

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Evaluation der Regionalärztlichen Dienste (RAD)

Forschungsbericht Nr. 13/07



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

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

Autoren/Autor/innen: Bettina Wapf, Matthias Peters
Econcept AG
Lavaterstrasse 66
8002 Zürich
Tel. +41 (0) 44 286 75 75 Fax +41 (0) 44 286 75 76
E-mail: bettina.wapf@econcept.ch
mathias.peters@econcept.ch
Internet: www.econcept.ch

Auskünfte: Markus Buri
Mathematik Analysen Statistik
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. +41 (0) 31 322 91 35
E-mail: markus.buri@bsv.admin.ch

ISBN: 3-909340-48-2

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern

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

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

Bestellnummer: 318.010.13/07d

Evaluation
der regionalen ärztlichen Dienste (RAD)

Schlussbericht

econcept

Bettina Wapf / Matthias Peters

Zürich, 13. August 2007

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Mit dem Inkrafttreten der 4. IVG-Revision auf den 1. Januar 2004 wurde es möglich „regionale ärztliche Dienste“ (RAD) einzurichten. Seit dem 1. Januar 2005 wird eine flächendeckende Versorgung mit 10 RAD in der ganzen Schweiz aufgebaut. Ziel des Gesetzgebers war es, mit den RAD das medizinische und versicherungstechnische Know-How in der eidgenössischen Invalidenversicherung auszubauen. Zudem sind die RAD-Ärztinnen und -Ärzte nun berechtigt, Versicherte selbst zu untersuchen, was früher den Ärztinnen und Ärzten in den IV-Stellen nicht erlaubt war. Weiter wurde der Stellenetat der Invalidenversicherung im medizinischen Bereich stark ausgebaut.

Das BSV ist daran, im Rahmen des Umbaus der Versicherung (5. IVG-Revision) die Prozesse RAD-IV-Stelle zu analysieren. Die Empfehlungen von econcept werden geprüft und je nach Zuständigkeit, vom BSV, von den IV-Stellen bzw. gemeinsam an die Hand genommen. Die Invalidenversicherung führt neu ein QMS- sowie ein Steuerungssystem ein. Das BSV wird dabei die Wirkungsziele nur für die IV-Stellen definieren. Inwieweit für die RAD eigene Ziele nötig sind, müssen die für die RAD zuständigen IV-Stellen entscheiden.

Der Aufbau der RAD ging leider weniger schnell vonstatten, als geplant. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass es leider nicht möglich war die nötige Anzahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte zu finden, damit die RAD ihren Stellenplafond überhaupt besetzen konnten. Offenbar bestehen bei Ärztinnen und Ärzten in der „Kultur“ verankerte Erwartungen, die einem Engagement als Versicherungsarzt entgegenstehen. Weiter ist festzustellen, dass in der Schweiz Ausbildungsgänge für Mediziner im versicherungsmedizinischen Bereich kaum existieren. Die Aus- und Fortbildungstätigkeiten, die die Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin „Swiss Insurance Medicine“ (SIM) in Winterthur seit 2004 und die „Academy of Swiss Insurance Medicine“ (ASIM) am Universitätsspital Basel seit 2005 anbieten, könnten hier in Zukunft Abhilfe schaffen. Um die Attraktivität einer versicherungsmedizinischen Tätigkeit in der Schweiz zu erhöhen, werden derzeit in versicherungsmedizinischen Kreisen auch Szenarien für die Einführung eines Facharzttitels in Versicherungsmedizin diskutiert. Die im Bericht von econcept vorgeschlagene Erhöhung der Gehälter der RAD-Ärztinnen und -Ärzte von einer eidgenössischen Versicherung können kaum übernommen werden. Das BSV geht dennoch davon aus, dass der geplante Vollausbau der RAD bis Ende 2007 sich nur gering verzögern wird. Damit kann die Zahl der Untersuchungen von Versicherten durch den RAD erhöht werden.

Markus Buri
Projektleiter
Bereich Statistik

Alard Du Bois-Reymond
Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'entrée en vigueur de la 4^e révision de l'AI au 1^{er} janvier 2004 a permis la création de « services médicaux régionaux » (SMR). Un réseau complet de dix SMR couvrant l'ensemble du territoire suisse a été mis en place et fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2005. L'objectif visé par le législateur en instaurant ces services était d'augmenter dans l'assurance-invalidité fédérale le savoir-faire en matière d'expertise médicale et de technique d'application de la loi. De plus, les médecins des SMR sont désormais habilités à procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés, ce qui était auparavant interdit aux médecins des offices AI. En outre, les effectifs de l'assurance-invalidité dans le domaine médical ont été fortement augmentés.

L'OFAS s'apprête, dans le cadre de la transformation de l'assurance (5^e révision de l'AI), à analyser les processus du système SMR-office AI. Les recommandations formulées par econcept seront examinées dans ce contexte, et les démarches nécessaires entreprises, conjointement ou séparément, par l'OFAS et par les offices AI, en fonction des compétences respectives. L'assurance-invalidité applique depuis peu un système de management de la qualité ainsi qu'un système de pilotage. Dans ce dernier, l'OFAS définit des objectifs de résultats pour les offices AI uniquement. A ceux d'entre eux qui ont la compétence d'un SMR, il appartiendra de dire dans quelle mesure il conviendrait d'assigner aux SMR des objectifs de résultats spécifiques.

La mise en place des SMR n'a pas avancé aussi vite que prévu. L'une des raisons principales en est qu'il n'a malheureusement pas été possible de trouver un nombre suffisant de médecins qualifiés pour permettre aux SMR de pourvoir tous les postes de leur contingent. Manifestement, des attentes enracinées dans leur « culture » les retiennent parfois de s'engager dans la médecine des assurances. Force est d'ailleurs de constater qu'il n'existe en Suisse pratiquement aucune filière de formation en la matière. Les activités de formation universitaire et de formation postgrade dans cette branche proposées depuis 2004 à Winterthour par la communauté d'intérêts suisse de la médecine des assurances « Swiss Insurance Medicine » (SIM) et depuis 2005 à l'Hôpital universitaire de Bâle par l'« Academy of Swiss Insurance Medicine » (ASIM) pourraient à l'avenir combler cette lacune. Soucieux d'augmenter en Suisse l'attrait d'une activité dans ce domaine, les milieux intéressés discutent aussi, en ce moment, de scénarios d'introduction d'un titre de spécialiste en médecine des assurances. L'augmentation des salaires que le rapport d'econcept propose pour les médecins des SMR n'est guère réalisable, s'agissant d'une assurance sociale fédérale. L'OFAS n'en part pas moins du principe que le fonctionnement à plein régime des SMR, prévu pour la fin 2007, ne subira qu'un léger retard. Partant, le nombre d'examens effectués sur la personne des assurés par les médecins des SMR pourra augmenter.

Markus Buri

Chef de projet

Secteur Statistique

Alard du Bois-Reymond

Vice-directeur

Chef du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

L'entrata in vigore della 4a revisione AI, avvenuta il 1° gennaio 2004, ha reso possibile la creazione di "servizi medici regionali" (SMR). Dal 1° gennaio 2005 sono operativi dieci SMR che coprono l'intero territorio svizzero. L'obiettivo del legislatore era di ampliare nell'assicurazione invalidità federale le conoscenze concernenti le perizie mediche e l'analisi tecnica degli incarti. Inoltre i medici dei SMR sono ora autorizzati a procedere di persona ad accertamenti nei confronti degli assicurati, ciò che era vietato ai medici degli uffici AI. Infine sono stati notevolmente potenziati gli effettivi del personale medico dell'assicurazione invalidità.

Nell'ambito delle modifiche apportate all'assicurazione (5a revisione AI), l'UFAS sta analizzando i processi del sistema SMR - ufficio AI. Le raccomandazioni formulate dalla ditta econcept vengono esaminate in questo contesto e, a seconda delle competenze, attuate dall'UFAS o dagli uffici AI oppure da entrambi. L'assicurazione invalidità ha appena introdotto un sistema di gestione della qualità e un sistema di gestione. Al riguardo l'UFAS definirà gli obiettivi soltanto per gli uffici AI. Gli uffici AI competenti per i SMR dovranno decidere in che misura sarà necessario assegnare loro obiettivi specifici.

La creazione dei SMR non si è svolta così rapidamente come previsto. Questo è da ricondurre principalmente all'impossibilità di trovare un numero sufficiente di medici qualificati per permettere ai SMR di occupare tutti i posti assegnati loro. A quanto sembra, le aspettative radicate nella "cultura" dei medici li allontanano dalla medicina assicurativa. Inoltre si osserva che in Svizzera non esiste praticamente nessun ciclo di formazione per i medici nel campo della medicina assicurativa. I curricula di studio e gli studi postdiploma proposti dal 2004 a Winterthur dalla comunità d'interessi svizzera per la medicina assicurativa "Swiss Insurance Medicine" (SIM) e dal 2005 all'Ospedale universitario di Basilea dall'"Academy of Swiss Insurance Medicine" (ASIM) potrebbero colmare questa lacuna. Inoltre, al fine di aumentare in Svizzera l'interesse per un'attività in questo settore, gli ambienti interessati stanno discutendo di vari scenari per l'introduzione di un titolo di specialista in medicina assicurativa. L'aumento dei salari dei medici dei SMR, proposto nel rapporto della ditta econcept, non è realizzabile poiché si tratta di un'assicurazione federale. Ciononostante l'UFAS parte dall'idea che il funzionamento a pieno regime dei SMR, previsto per la fine del 2007, subirà solo un lieve ritardo di modo che il numero di accertamenti svolti dai medici dei SMR nei confronti degli assicurati potrà aumentare.

Markus Buri

Responsabile del progetto

Settore Statistica

Alard Du Bois-Reymond

Vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

The entry into force of the 4th IVG revision on 1 January 2004 led to the creation of “regional medical services” (RAD). Since 1 January 2005, ten RAD have been set up and are active throughout the country. The introduction of these new services was intended to contribute to the development of the medical and insurance expertise of the federal invalidity insurance system. Also, RAD physicians are now authorised to carry out medical examinations linked to IV benefit claims; previously this practice was restricted to physicians employed in the cantonal IV offices. The creation of RAD has also enabled the IV to take on more medical specialists.

As part of the overhaul of the invalidity insurance system (5th IVG revision), the FSIO is interested in analysing RAD-IV office processes. The recommendations proposed by ecoconcept are reviewed, and depending on the subject matter are handled by the FSIO and the IV offices either separately or jointly. The IV also now has both a quality management and a control system in place. Consequently, the FSIO will be responsible for setting objectives only for the IV offices. Responsibility for defining any RAD-specific goals falls to the IV office in charge of the given regional medical service.

The introduction of RAD has been slower than planned. This can be attributed to the fact that the necessary number of physicians needed to fully staff the RAD could not be found. It would appear that physicians have deep-rooted expectations which are incompatible with a career in insurance medicine. Furthermore, insurance medicine is virtually non-existent in the training of physicians in Switzerland. The training and further education programmes offered by the “Swiss Insurance Medicine” (SIM) association in Winterthur since 2004 and the “Academy of Swiss Insurance Medicine” (ASIM) at the University Hospital Basle since 2005 could help rectify this situation. To improve the appeal of a career in insurance medicine, Swiss insurance medicine circles are currently discussing the possible creation of a specialist insurance medicine elective in medicine degree programmes. The econcept report also proposed raising the salaries of RAD physicians; it would be impossible for one branch of the federal social security system to undertake such a move. Nevertheless, the FSIO believes that full staffing levels are still attainable, albeit slightly later than planned (end of 2007). This development will then lead to an increase in the volume of IV-related medical examinations carried out by the RAD.

Markus Buri
Project manager
Statistics Section

Alard Du Bois-Reymond
Vice director
Head of Invalidity Insurance

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VII
Résumé	XIII
Riassunto	XIX
Summary	XXV
Glossar	XXXI
1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.1 Hintergrund	1
1.2 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD)	2
Die Verfahren in der IV und dem RAD	3
2 Evaluationsauftrag und Hintergrund	7
2.1 Gegenstand und Ziele der Evaluation	7
2.2 Fragestellungen der Evaluation	9
3 Methodologie	11
3.1 Wirkungsmodell und Evaluationsansatz	11
3.2 Übersicht über die eingesetzten Methoden	12
4 Ergebnisse der Evaluation	15
4.1 Typologisierung der regionalen ärztlichen Dienste	15
Festlegung der Typologisierungsdimensionen	17
Der regionale ärztliche Dienst Zentralschweiz	29
Der regionale ärztliche Dienst Nordostschweiz	32
Der regionale ärztliche Dienst beider Basel	35
Der regionale ärztliche Dienst Rhône	38
Der regionale ärztliche Dienst Suisse Romande	41
Der regionale ärztliche Dienst Sud	44
Diskussion der Typisierungsdimensionen	47
4.2 Bewertung und Wirkungsanalyse	57

Unabhängige Variablen des Bewertungssystems	57
Abhängige Variablen des Bewertungssystems	59
Bewertungssystem	65
Diskussion der Ergebnisse	68
Fazit des Evaluationsteam	69
4.3 Analyse der Zielerreichung	70
Fazit des Evaluationsteams	74
5 Beantwortung der Evaluationsfragestellungen und Bilanz	75
6 Empfehlungen	79
Literaturverzeichnis	83
Anhang	85
Liste der interviewten Personen	85
Gesprächsleitfaden	86
Erhebungsblatt	91
Datenmaterial	93
Unabhängige Variablen	93
Abhängige Variablen	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Standorte und Tätigkeitsgebiet der RAD	3
Tabelle 2:	Die prioritären Evaluationsfragestellungen	9
Tabelle 3:	Übersicht über die durchgeführten Befragungen im Rahmen des ersten Arbeitsschrittes	13
Tabelle 4:	Indikatoren zum Kontext der RAD	17
Tabelle 5:	Indikatoren zur Organisation und Arbeitsweise der RAD	18
Tabelle 6:	Indikatoren zur Zusammenarbeit von RAD und IVST	19
Tabelle 7:	Kontext des RAD Mittelland	20
Tabelle 8:	Organisation und Arbeitsweise des RAD Mittelland	21
Tabelle 9:	Zusammenarbeit von RAD Mittelland und IVST AG	22
Tabelle 10:	Kontext des RAD BE-FR-SO	23
Tabelle 11:	Organisation und Arbeitsweise des RAD BE-FR-SO	24
Tabelle 12:	Zusammenarbeit zwischen RAD BE-FR-SO und IVST BE	25
Tabelle 13:	Kontext RAD Ostschweiz	26
Tabelle 14:	Organisation und Arbeitsweise des RAD Ostschweiz	27
Tabelle 15:	Zusammenarbeit IVST SG und RAD Ostschweiz	28
Tabelle 16:	Kontext RAD Zentralschweiz	29
Tabelle 17:	Organisation und Arbeitsweise RAD Zentralschweiz	30
Tabelle 18:	Zusammenarbeit RAD Zentralschweiz und IVST LU	31
Tabelle 19:	Kontext RAD Nordostschweiz	32
Tabelle 20:	Organisation und Arbeitsweise RAD Nordostschweiz	33
Tabelle 21:	Zusammenarbeit RAD Nordostschweiz und IVST ZH	34
Tabelle 22:	Kontext RAD beider Basel	35
Tabelle 23:	Organisation und Arbeitsweise RAD beider Basel	36
Tabelle 24:	Zusammenarbeit RAD beider Basel und IVST BL	37
Tabelle 25:	Kontext RAD Rhône	38
Tabelle 26:	Organisation und Arbeitsweise RAD Rhône	39
Tabelle 27:	Zusammenarbeit RAD Rhône und IVST VS	40
Tabelle 28:	Kontext RAD Suisse Romande	41
Tabelle 29:	Organisation und Arbeitsweise RAD Suisse Romande	42
Tabelle 30:	Zusammenarbeit RAD Suisse Romande und IVST VD	43
Tabelle 31:	Kontext RAD Sud	44
Tabelle 32:	Organisation und Arbeitsweise RAD Sud	45
Tabelle 33:	Zusammenarbeit RAD Sud und IVST TI	46
Tabelle 34:	Übersicht Unterscheidungsdimensionen	47
Tabelle 35:	Unterscheidungsdimensionen der 9 RAD	48
Tabelle 36:	Übersicht Unterscheidungsdimensionen RAD	51
Tabelle 37:	Synthese Unterscheidungsmerkmale	53
Tabelle 38:	Übersicht unabhängige Variablen des Bewertungssystems	58
Tabelle 39:	Übersicht unabhängige Variablen RAD	59
Tabelle 40:	Übersicht abhängige Variablen	60

Tabelle 41:	Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen, gruppiert nach RAD	62
Tabelle 42:	Durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Dossiers in den IV-Stellen, gruppiert nach RAD	63
Tabelle 43:	Neurentenquote nach RAD	64
Tabelle 44:	Entscheid der kantonalen Gerichte, gruppiert nach RAD	65
Tabelle 45:	Erwartete Zusammenhänge zwischen abhängiger und unabhängiger Variable	66
Tabelle 47:	Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen (Indikator 1)	93
Tabelle 48:	Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen (Indikatoren 2 und 3; ausführliche Daten)	94
Tabelle 49:	Übersicht Variable Entscheid der Kantonalen Gerichte (Indikatoren 2 und 3; ausführliche Daten)	95
Tabelle 50:	Übersicht Variable Liegezeiten von Dossiers (ausführliche Daten)	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	IV-Verfahren (Quelle: BSV 2005a: 18)	3
Abbildung 2:	Abklärungsverfahren (Quelle: BSV 2005a: 19)	4
Abbildung 3:	Entscheidungsmechanismen im RAD	5
Abbildung 4:	Entscheidungsmechanismen im RAD seit 2006	6
Abbildung 5:	Wirkungsmodell der RAD und Ansatzpunkte der Evaluation	11
Abbildung 6:	Organisation und Aufbau des RAD Mittelland	20
Abbildung 7:	Organisation RAD BE-FR-SO	23
Abbildung 8:	Organisation RAD Ostschweiz	26
Abbildung 9:	Organisation RAD Zentralschweiz	29
Abbildung 10:	Organisation RAD Nordostschweiz	32
Abbildung 11:	Organisation RAD beider Basel	35
Abbildung 12:	Organisation RAD Rhône	38
Abbildung 13:	Organisation und Aufbau RAD Suisse Romande	41
Abbildung 14:	Organisation und Aufbau RAD Sud	44
Abbildung 15:	Neurentenquote nach RAD	96
Abbildung 16:	Leistungsziel 2a pro IV-Stelle	98

Zusammenfassung

Hintergrund der Evaluation ist die seit Anfang der 1990er Jahre starke Zunahme der IV-Leistungsbezügerinnen und -Leistungsbezüger. Die daraus folgende zunehmende Verschlechterung der finanziellen Situation der IV löste die 4. IVG-Revision aus. In deren Vorfeld wurden im Bereich der medizinischen Prüfung der Anspruchsberechtigung auf IV-Leistungen verschiedene Mängel diagnostiziert und in der Folge die Einführung von regionalen ärztlichen Diensten (RAD) mit eigener Untersuchungskompetenz beschlossen.

Mit der **Einführung der RAD** wurden in erster Linie eine kompetentere und speditivere medizinische Beurteilung von IV-Leistungsbegehren, eine Vereinheitlichung der für das Entscheidungsverfahren notwendigen medizinischen Grundlagen sowie eine Beschleunigung der Verfahren angestrebt.

Im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprogramms (FoP-IV) zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes wurde die vorliegende Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste in Auftrag gegeben.

Gegenstand der Evaluation sind die regionalen ärztlichen Dienste (RAD), die mit der 4. IVG-Revision geschaffen wurden (Art. 59 Abs. 2 IVG), mit Ausnahme des RAD Ausland mit Sitz in Genf. Nach einer Pilotphase mit 4 RAD ab dem 1.1.2003 bestehen nun in der Schweiz zehn RAD mit rund 235 Vollzeitstellen (Stand Stellenplafond Dezember 2006).

Das konkrete **Ziel** der Evaluation besteht darin, die RAD und das Zusammenspiel zwischen RAD und IV-Stelle umfassend zu evaluieren. Schwerpunkte sollen dabei zum einen die Aufbau- und Durchführungsprozesse (Output), zum andern die Auswirkungen der RAD-Einführung (Impacts) sein.

Methodik: Die Evaluation, hauptsächlich als Vorher/Nachher-Vergleich konzipiert, umfasste vier Untersuchungsbereiche:

- Typisierung der RAD hinsichtlich ihrer Tätigkeiten und ihrer Zusammenarbeit mit den IV-Stellen
- Bewertung der Inputs, Outputs und Impacts der RAD hinsichtlich mehrerer Zieldimensionen
- Klärung und Bewertung der Zielerreichung
- Formulierung von Empfehlung hinsichtlich Verbesserungen im Arbeitsablauf sowie der Zielerreichung

Neben der Analyse von Dokumenten und BSV-internen Statistiken wurden eigene Datenerhebungen durchgeführt:

- Explorative halb-strukturierte Interviews mit dem Leiter der IV-Stelle Zürich, einer Office-Managerin der IVST Zürich und dem Leiter des RAD Nordostschweiz.
- Halb-strukturierte persönliche Interviews mit allen 9 RAD-Leitern und Leiterinnen, einem weiteren RAD-Arzt oder einer weiteren RAD-Ärztin sowie den Leitern und Leiterinnen der jeweiligen IV-Stellen, welchen das RAD angegliedert ist; persönliche Begehung der RAD und IV-Stelle.
- Halb-strukturierte telefonische Interviews mit jeweils einer weiteren IV-Stelle (IVST-Leiter/Leiterin), welche das RAD mit Dienstleistungen versorgt.

Die **Grenzen der Evaluation** bestehen in erster Linie in der eingeschränkten Datenlage.

Ergebnisse der Evaluation

Typologisierung der regionalen ärztlichen Dienste

Damit die RAD vor ihrem spezifischen **Kontext** beurteilt werden können, wird dieser in einem ersten Schritt näher charakterisiert. Es handelt sich hierbei um Unterschiede in der Betriebsdauer der RAD, der Heterogenität des zu bedienenden Versorgungsgebietes und der Heterogenität der EDV-Systeme. In einem zweiten Schritt werden die RAD hinsichtlich ihrer **Organisation und Arbeitsweise** charakterisiert. Dies beinhaltet eine Unterscheidung der RAD hinsichtlich ihrer personellen Dotierung, ihrer Untersuchungstätigkeit, ihrer Produktivität sowie ihrer Autonomie. Dabei zeigten sich Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der Daten. Diese Indikatoren sind daher als „Näherungswerte“ zu verstehen. In einem dritten Schritt werden die RAD hinsichtlich ihrer **Zusammenarbeit mit den IVST** charakterisiert. Dies beinhaltet eine Beurteilung des Inputs der IVST, der internen Arbeitsabläufe, der Einbindung des RAD in den IVST-Prozess sowie der Schnittstellen mit beruflicher Abklärung und Rechtsdienst. Die vorhandenen Daten für einen quantitativen Vergleich der RAD sind nicht gegeben, so dass wir uns mit einem qualitativen Vergleich begnügen müssen.

Gestützt darauf wird jeder der neun RAD in Bezug auf seinen Kontext, seine Organisation und Arbeitsweise sowie seine Zusammenarbeit mit den IV-Stellen charakterisiert. Die Angaben dazu stammen aus den Interviews. Die so entstehenden **Portraits** der neun RAD stellen eine Aussensicht dar.

Anschliessend wurden die neun RAD hinsichtlich verschiedener Unterscheidungsdimensionen **typologisiert**. Als Fazit lässt sich die Tatsache festhalten, dass sich die RAD in rund der Hälfte der untersuchten Dimensionen stark unterscheiden und geringe Unterschiede nur in zwei Dimensionen festzustellen sind. Dies weist bereits darauf hin, dass die föderalistische Umsetzung zu Vielfalt führte. Die strukturelle-organisatorische Einbettung und damit der Kontext des RAD erhält somit grosses Gewicht. So erstaunt es auch nicht, dass sich lediglich zwei Typen mit je zwei RAD bilden lassen. Die Vielfalt der RAD ist somit ein Abbild der Vielfalt der kantonal implementierten IV-Stellen.

Die dargestellten Merkmale der RAD und damit auch die Typen stellen eine Momentaufnahme dar. Die RAD und die IVST befinden sich in einem stetigen Wandel. Im Hinblick auf die 5. IV-Revision werden bereits interne Abläufe umgestaltet. Es werden neue Instrumente der interdisziplinären Zusammenarbeit getestet, die Auswirkungen auf die RAD haben werden.

Allerdings weisen wir auch darauf hin, dass die Beurteilungen der RAD aufgrund der eingeschränkten Datenlage und der uneinheitlichen Handhabung der Datenerhebung zwischen und innerhalb der RAD vorwiegend qualitativer Natur sind und somit ein gewisser Interpretationsspielraum vorhanden ist.

Bewertung und Wirkungsanalyse

Ausgehend von der Typologisierung wurde versucht, ein Bewertungssystem zu entwickeln, um die RAD quantitativ evaluieren zu können. Damit sollen etwa die Auswirkungen der Arbeitsweise der RAD, der verschiedenen EDV-Systeme, der unterschiedlichen Dossierführung, der versicherungsmedizinischen Kompetenz der RAD-Ärzte und -Ärztinnen, der personelle Dotierung der RAD und des Zusammenspiels zwischen RAD und IV-Stellen eruiert werden bezüglich folgender Dimensionen:

1. Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen
2. Dauer des Verfahrens
3. Berentungsquote
4. Effizienz des Systems RAD – IV-Stelle
5. Entscheide der kantonalen Gerichte

Als Fazit ist festzustellen, dass die beschränkte Datenlage sowie die verschiedenen IV-stelleninternen und -externen Kontextfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann, die Entwicklung eines quantitativen Bewertungssystems der RAD verunmöglichen. Mit der bestehenden Datenlage können keine gesicherten Aussagen darüber gemacht werden, welche der RAD-internen Faktoren in welcher Weise die abhängigen Variablen beeinflussen.

Die vermuteten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen konnten grösstenteils nicht bestätigt werden. Dies liegt höchstwahrscheinlich an RAD-externen Einflussfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann. Um gesicherte Aussagen machen zu können, müssten als erstes eine zwischen den RAD und den IV-Stellen einheitliche Erhebungspraxis von verschiedenen Indikatoren eingeführt werden sowie vertiefende Abklärungen zur inhaltlichen Qualität der medizinischen Stellungnahmen und der Einsprachen bzw. Beschwerden durchgeführt werden.

Analyse der Zielerreichung

Als Grundlage bei der Analyse der Zielerreichung dienten nebst der Botschaft zur 4. IVG-Revision auch das Referenzmodell der RAD sowie interne Protokolle von relevanten Gremien, z.B. die Protokolle der AHV-/IV-Kommission.

Verschiedene Zielsetzungen, die mit der Einführung des RAD angestrebt wurden, sind erfüllt worden. Die Aufstockung des medizinischen Personalbestandes ermöglichte eine Verbreiterung des fachärztlichen Spektrums und trug zu einer vertieften Dossierprüfung bei. Die vom BSV angebotenen Weiterbildungen haben die versicherungsmedizinische Kompetenz der in den RAD tätigen Ärzte und Ärztinnen erhöht und die Dossierbeurteilung unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten verbessert.

Bei einigen Zielsetzungen ist der Beitrag des RAD zu deren Erreichung nicht abschätzbar. Es ist unserer Meinung nach beispielsweise nicht möglich, die gesunkene Berentungsquote auf die Einführung der RAD zurückzuführen. Die gesunkene Berentungsquote scheint vielmehr das Ergebnis einer Vielzahl verschiedener Einflüsse zu sein, wovon einer der RAD ist. Gewisse Zielsetzungen sind für den RAD nur bedingt sinnvoll. Eine kürzere Verfahrensdauer kann in Widerspruch zur Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen stehen.

Gesamthaft betrachtet, sind bei fünf der acht untersuchten Zielsetzungen der RAD-Einführung im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision Verbesserungen erzielt worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision hat sich vieles verbessert: Die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen der IV-Stellen (Vereinheitlichung der Grundlagen und bessere Dossierbeurteilung) hat sich verbessert, das versicherungsspezifische Wissen und die Interdisziplinarität der Ärzteteams haben sich erhöht. Zudem beginnen die RAD auf die Ärzteschaft auszustrahlen und präventiv zu wirken.

In zwei Bereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrössen wirken, so dass sich ein Einfluss der RAD nicht feststellen lässt. Bezüglich der Verfahrensdauer kann eher von einer Verlängerung aufgrund der RAD ausgegangen werden, die jedoch eine erhöhte Qualität mit sich bringt.

Diese insgesamt positiven Auswirkungen der Einführung der RAD dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in verschiedenen Belangen noch Verbesserungsbedarf besteht. Zwischen den einzelnen RAD gibt es erhebliche Unterschiede im Vollzug von gewissen Dienstleistungen.

Bilanz

Grundsätzlich sind die **Tätigkeiten** von IV-Stelle und RAD geregelt. Allerdings ist die Ausgestaltung dieser Prozesse Sache der kantonalen IV-Stelle. Kommt dazu, dass die jeweilige Situation von IV-Stelle und RAD stark variiert, so dass sich kaum Parallelen zwischen den einzelnen IV-Stellen-RAD-Systemen ergeben.

Die **EDV-Systeme**, die bei den IV-Stellen verwendet werden, beeinflussen unseres Erachtens die Tätigkeit der RAD nur am Rande. Die RAD haben sich mit den jeweiligen Eigenheiten der EDV-Systeme arrangiert. Hat ein RAD mit mehreren IV-Stellen zu tun, die unterschiedliche EDV-Systeme verwenden, so bringt dies etwas Mehraufwand mit sich, der aber letztendlich nicht entscheidend zu sein scheint.

Wir beurteilen die Qualität der von den RAD gelieferten **Daten** als ungenügend für Vergleiche, da die Definitionen zu wenig konkret sind und klare, verbindliche Vorgaben für die Datenerhebung vom BSV fehlen. Die heute vorliegenden Daten lassen sich nur beschränkt als Indikatoren für Inputs sowie Leistungen und Auswirkungen der RAD einsetzen. Um dies zu ermöglichen, müssen operative Daten systematisch und zuverlässig gesammelt werden.

Es können keine systematischen **Zusammenhänge** zwischen den Merkmalen der RAD und IV-Stellen sowie ihrer Zusammenarbeit auf die folgenden Zieldimensionen festgestellt werden (Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen, Dauer des Verfahrens, Berentungsquote, Effizienz des Systems RAD–IV-Stelle und Entscheide der kantonalen Gerichte).

In fünf der acht untersuchten **Zielsetzungen** der RAD-Einführung sind Verbesserungen erreicht worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision ist die Qualität und die Homogenität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen erhöht worden, das Ärzteteam hat an Interdisziplinarität und versicherungsspezifischem Wissen gewonnen, die Entscheide der IV-Stellen wurden tendenziell versicherungskonformer und die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Verbänden wurde erhöht, was eine gewisse Präventivwirkung hatte. In zwei Zielbereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrössen wirken, so dass ein Einfluss der RAD nicht feststellbar ist. Die Verfahrensdauer hat sich aufgrund der Schaffung der RAD eher verlängert, dies jedoch zugunsten einer erhöhten Qualität.

Zur **Verbesserung** der Arbeitsabläufe empfehlen wir die Einführung eines Qualitätsmanagements, das insbesondere die Inputs bzw. die Outputs der verschiedenen am Prozess beteiligten Stellen

definiert und dafür Zielwerte formuliert und überprüft. Ebenfalls haben wir den Eindruck, dass eine elektronische Dossierführung die Arbeitsabläufe erleichtern würde.

Zusammenfassend kommt die Evaluation zum Schluss, dass die Einführung der RAD die erwarteten Entwicklungen eingeleitet hat, wenn auch weiter daran gearbeitet werden muss und die Ziele noch nicht erreicht sind.

Aufgrund der föderalistischen Struktur der IV-Organisation und damit auch der Umsetzung der RAD entwickelte sich eine grosse Vielfalt unterschiedlicher Erscheinungsformen von RAD, die nur beschränkt Gemeinsamkeiten aufweisen. Es lassen sich deshalb auch keine schlüssigen Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der RAD bzw. der Zusammenarbeit von RAD und IV-Stelle auf die Tätigkeit der RAD feststellen. Zudem vermuten wir, dass eine Schlüsselgrösse wie die Berentungsquote und die daraus ableitbaren Folgegrössen durch eine Vielzahl, vor allem kontextueller Faktoren bestimmt werden und die Merkmale der IV-Organisation nur beschränkt von Bedeutung sind.

Einer präzisen Analyse der oben erwähnten Zusammenhänge steht auch die schlechte Datenlage entgegen. Eine verlässliche Evaluation kann nur vorgenommen werden, wenn klar definierte Daten einheitlich und systematisch gesammelt werden, wie das die seinerzeitige Machbarkeitsstudie vorschlug. Die von den RAD gelieferten Daten sind wenig hilfreich, da es zu viele Ungenauigkeiten in der Erfassung gibt.

Empfehlungen

Im Hinblick auf die Sicherstellung eines effizienteren Verfahrensablaufs und die Erreichung der politisch gesteckten Ziele unterbreiten wir dem BSV verschiedene Empfehlungen. Diese Empfehlungen beziehen sich auf das heutige System der RAD und klammern darüber hinausgehende Aspekte aus.

Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation kommen wir zu den folgenden Empfehlungen:

1. Das BSV formuliert für alle zehn RAD übergeordnete strategische Ziele. Die strategischen Ziele dienen der langfristigen strategischen Orientierung und sind in der Regel Wirkungsziele.
2. Für eine effektive und effiziente Steuerung der Verfahren und Prozesse empfehlen wir den Aufbau eines umfassenden Controllings.
3. Das BSV definiert die Eckwerte des Qualitätsmanagement in den RAD und den IV-Stellen. Dies beinhaltet eine Operationalisierung der formulierten Input- und Outputziele sowie die Bestimmung der Zielwerte.
4. Im Hinblick auf eine Prozessoptimierung empfehlen wir dem BSV, in Absprache mit den RAD das Verhältnis von eigenen medizinischen Untersuchungen und externen Gutachten zu klären und diesbezüglich Vorgaben und Richtlinien zu erlassen.
5. Für eine Verbesserung der internen Prozesse in den IV-Stellen und den RAD empfehlen wir eine systematische Prozessanalyse, um Schwachstellen und Verbesserungspotenziale identifizieren zu können.

6. Das BSV fördert die Vereinheitlichung der RAD-Praxis durch Weiterbildung bzw. durch Vorgaben im Personalbereich (z. B. versicherungsmedizinische Ausbildung der RAD-Ärzte).
7. Um die Attraktivität der RAD bei Fachärzten zu steigern, empfehlen wir dem BSV, eine Erhöhung der Entlohnung für Fachärzte zu prüfen.
8. Die Sensibilisierung der Hausärzte für versicherungsmedizinische Belange soll durch alle RAD konsequent vorangetrieben werden.

Résumé

La présente évaluation a pour **arrière-plan** la forte augmentation du nombre de bénéficiaires de rentes AI observée depuis le début des années 90. L'aggravation croissante de la situation financière de l'AI qui en résultait a constitué le facteur déclenchant de la 4e révision de l'AI. Préalablement à celle-ci, on avait diagnostiqué, dans l'examen des conditions médicales du droit aux prestations AI, diverses lacunes qui avaient débouché sur la création de services médicaux régionaux (SMR) dotés de la compétence de procéder eux-mêmes à des examens médicaux.

La **création des SMR** visait plusieurs objectifs : rendre l'appréciation médicale des demandes de prestations AI plus compétente et plus rapide, uniformiser les bases médicales nécessaires à la décision et accélérer la procédure

La présente évaluation des services médicaux régionaux a été réalisée dans le cadre d'un programme pluriannuel de recherche (PR-AI) portant sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité.

L'évaluation a **pour objet** les services médicaux régionaux (SMR) introduits par la 4e révision de l'AI (art. 59, al. 2, LAI), à l'exception du SMR Etranger à Genève. Après une phase pilote impliquant quatre SMR, qui avait débuté le 1er janvier 2003, il existe maintenant en Suisse dix SMR comptant au total 235 postes à plein temps (plafond en décembre 2006).

L'**objectif** concret du présent mandat est d'évaluer de manière approfondie les SMR et la manière dont ils collaborent avec les offices AI. Nous avons mis l'accent, d'une part, sur les processus de mise en place et d'application et, d'autre part, sur les conséquences de la création des SMR (impact).

Méthodologie : l'évaluation, conçue principalement comme une comparaison avant/après, portait sur quatre domaines :

- caractérisation des SMR du point de vue de leurs activités et de leur collaboration avec les offices AI ;
- évaluation des inputs, des outputs et de l'impact en relation avec plusieurs objectifs ;
- examen et évaluation de l'atteinte des objectifs ;
- formulation de recommandations en vue d'améliorer le déroulement du travail de façon à atteindre les objectifs.

Nous avons analysé des documents et des statistiques internes de l'OFAS, mais aussi recueilli nous-mêmes des données :

- entretiens exploratoires semi-dirigés avec le directeur et une assistante administrative de l'office AI Zurich, ainsi qu'avec le directeur du SMR Nord-ouest de la Suisse ;
- entretiens personnels semi-dirigés avec les neuf responsables de SMR, un autre médecin de SMR et les responsables de tous les offices AI auxquels le SMR est rattaché ; visites sur place dans les SMR et les offices AI ;
- entretiens téléphoniques semi-dirigés avec le responsable d'un autre office AI auquel le SMR fournit des services.

La portée de l'évaluation est limitée principalement par le manque de données.

Résultats de l'évaluation

Typologie des services médicaux régionaux

Afin de pouvoir juger les SMR dans leur **contexte** propre, nous avons commencé par préciser celui-ci : différences portant sur leur durée de fonctionnement, sur les caractéristiques des zones desservies et sur les systèmes informatiques. Nous avons étudié ensuite les SMR du point de vue de leur **organisation** et de leur **façon de travailler**, c'est-à-dire leur dotation en personnel, le nombre d'exams pratiqués, leur productivité et leur autonomie. Nous avons rencontré à ce niveau des difficultés pour comparer les données, ce qui fait que ces indicateurs sont plutôt des « valeurs approchées ». Dans un troisième temps, nous avons examiné la **collaboration** des SMR avec les **offices AI**, afin d'évaluer les inputs des offices AI, les processus de travail internes et l'implication des SMR dans les processus des offices AI, ainsi que les points de contact avec le centre d'observation professionnelle et le service juridique. Il n'existe pas de données permettant une comparaison quantitative des SMR, de sorte que nous avons dû nous contenter d'une comparaison qualitative.

Partant de là, nous avons caractérisé chacun des neuf SMR d'après son contexte, son organisation, sa façon de travailler et sa collaboration avec les offices AI, en nous fondant sur les indications tirées des entretiens. Les **portraits** des SMR brossés à partir de ces indications en donnent une vision extérieure.

Nous avons ensuite établi, à partir de différents aspects, une **typologie** des neuf SMR. En conclusion, on peut dire que ceux-ci diffèrent fortement sur la moitié des points étudiés et faiblement sur deux points seulement, ce qui montre déjà que, en termes de mise en œuvre, fédéralisme est synonyme de diversité. Le cadre structurel et organisationnel, c'est-à-dire le contexte, joue donc un rôle majeur. Nous n'avons pu dégager finalement que deux types, comprenant chacun deux SMR. La diversité des SMR reflète la diversité des offices AI et de leur gestion par les cantons.

Ces caractéristiques des SMR, tout comme leurs types, ne représentent qu'un instantané. SMR et offices AI sont en constante évolution : en vue de la mise en œuvre de la 5e révision de l'AI, des processus internes sont modifiés ; de nouveaux instruments de collaboration interdisciplinaire, qui auront des répercussions sur les SMR, sont en phase de test.

Signalons par ailleurs que le jugement porté sur les SMR ne peut être que de nature qualitative, étant donné l'insuffisance des données et les différences entre les SMR, et même à l'intérieur de ceux-ci, en ce qui concerne la collecte des données ; il laisse une certaine marge d'interprétation.

Appréciation et analyse des effets

A partir de la typologie, nous avons tenté de développer un système d'appréciation permettant d'évaluer les SMR d'un point de vue quantitatif. Pour ce faire, nous avons analysé les conséquences qu'ont divers éléments comme la façon de travailler, les systèmes informatiques, la tenue des dossiers, les connaissances des médecins sur la médecine des assurances, la dotation en personnel et la collaboration avec les offices AI, le tout sous les aspects suivants :

1. qualité des bases de décision médicales et des décisions,
2. durée de la procédure,

3. taux de rentes,
4. efficacité du système SMR-offices AI,
5. décisions des tribunaux cantonaux.

La conclusion que l'on peut tirer est que, en raison de l'insuffisance des données et de la diversité des facteurs contextuels internes et extérieurs aux offices AI – que l'on ne peut pas contrôler –, il est impossible d'élaborer un système d'appréciation quantitatif des SMR. Vu la situation actuelle en matière de données, nous ne pouvons pas dire avec certitude quels facteurs internes influent sur les variables dépendantes ni, bien évidemment, de quelle manière.

Nous n'avons pas pu confirmer, en général, les liens supposés entre variables indépendantes et variables dépendantes, ce qui est dû très vraisemblablement aux facteurs extérieurs, pour lesquels aucun contrôle n'est possible. Si l'on veut parvenir à des conclusions sûres, deux conditions sont nécessaires : tout d'abord, uniformiser entre SMR et offices AI la façon de noter divers indicateurs ; ensuite, analyser de manière approfondie la qualité du contenu des avis médicaux et des oppositions ou des recours.

Analyse de l'atteinte des objectifs

Pour analyser l'atteinte des objectifs, nous avons utilisé, outre le message concernant la 4e révision de l'AI, le modèle de référence des SMR ainsi que des procès-verbaux internes rédigés par divers organes, par exemple ceux de la Commission AVS/AI.

Plusieurs objectifs visés par la création des SMR ont été atteints. La plus grande dotation en personnel médical a permis d'élargir la palette de spécialistes, d'où un examen plus poussé des dossiers. Les formations proposées par l'OFAS ont amélioré les connaissances des médecins en médecine des assurances et, par conséquent, l'évaluation des dossiers de ce point de vue.

Pour certains objectifs, on ne peut pas juger dans quelle mesure les SMR ont contribué à leur atteinte. A notre avis, il est impossible de savoir, par exemple, si la diminution du taux de rentes s'explique par la création des SMR ; elle paraît davantage résulter d'un certain nombre de facteurs, dont l'un est le travail des SMR. Nous estimons que d'autres objectifs ne sont pas très judicieux ; par exemple, raccourcir la durée de la procédure risque d'être en contradiction avec la qualité des bases de décision médicales.

Globalement, on peut dire que pour cinq des huit objectifs que nous avons étudiés, il y a eu des améliorations par rapport à la période antérieure à la 4e révision de l'AI, même si ces objectifs n'ont sans doute pas été complètement atteints. Par rapport à cette époque, beaucoup de choses se sont améliorées : la qualité des bases de décision médicales dont disposent les offices AI (uniformisation, meilleure tenue des dossiers) a augmenté, de même que la connaissance de la médecine des assurances et l'interdisciplinarité de l'équipe médicale ; de plus, les SMR ont commencé à se faire connaître auprès du corps médical et à exercer ainsi un effet préventif.

Dans deux domaines (diminution du taux de rentes et évitement des rentes injustifiées), les facteurs susceptibles de jouer un rôle sont certainement nombreux, de sorte qu'on ne peut guère tirer des conclusions quant à l'influence des SMR. En ce qui concerne la durée de la procédure, on peut supposer que ceux-ci ont plutôt tendance à l'allonger, mais ce phénomène s'accompagne d'une amélioration de la qualité.

Cependant, l'arbre ne doit pas cacher la forêt : malgré ces points positifs, de nombreux aspects doivent encore être améliorés. Dans la façon d'exécuter certains services, les différences entre SMR sont considérables.

Bilan

Même si, en principe, les **activités** de l'office AI cantonal et du SMR sont soumises à un certain nombre de règles, c'est le premier qui organise concrètement les processus. De plus, la situation varie d'un office AI et d'un SMR à l'autre, si bien qu'on ne peut guère tirer de parallèle entre les différents systèmes OAI-SMR.

Les **systèmes informatiques** n'exercent, à notre avis, qu'une influence mineure sur l'activité des SMR, qui se sont adaptés à leurs particularités. Quand un SMR a à faire avec plusieurs offices AI utilisant des systèmes différents, la tâche est un peu plus complexe, mais en fin de compte cet élément ne semble pas déterminant.

Nous estimons que les **données** fournies par les SMR sont d'une qualité insuffisante pour permettre des comparaisons, car les définitions ne sont pas assez concrètes et l'OFAS n'a pas donné de prescriptions claires et contraignantes pour leur collecte. On peut difficilement utiliser celles qui sont actuellement disponibles comme indicateurs pour les inputs, les prestations et les effets des SMR. Il faudrait pour cela collecter d'une manière systématique et fiable des données sur le fonctionnement.

Nous n'avons pas trouvé de **liens** systématiques entre les caractéristiques des SMR et des offices AI ou de leur collaboration pour ce qui est des aspects suivants : qualité des bases de décision et des décisions médicales, durée de la procédure, taux de rentes, efficacité du système SMR-office AI et décisions des tribunaux cantonaux.

Pour cinq des huit **objectifs** de la création des SMR que nous avons étudiés, il y a eu des améliorations, même si les objectifs ne sont sans doute pas complètement atteints. Par rapport à la période antérieure à la 4e révision de l'AI, la qualité et l'homogénéité des bases de décision médicales ont été améliorées, l'équipe médicale a gagné en interdisciplinarité et en connaissance de la médecine des assurances, les décisions des offices AI ont été dans l'ensemble plus conformes à l'esprit de l'assurance, et la collaboration avec le corps médical et les associations s'est développée, ce qui a eu un certain effet préventif. Pour deux des objectifs (diminuer le taux de rentes et éviter les rentes injustifiées), les facteurs susceptibles de jouer un rôle sont certainement nombreux, de sorte qu'on ne peut guère tirer de conclusions quant à l'influence des SMR. La création de ces derniers a plutôt eu pour effet d'allonger la durée de la procédure, mais au profit d'une meilleure qualité.

Pour **améliorer** les processus de travail, nous préconisons d'introduire un management de la qualité ; celui-ci devrait notamment définir les inputs et les outputs des divers services impliqués dans lesdits processus et, à cet effet, fixer des valeurs cibles et les contrôler. Nous avons l'impression qu'une gestion électronique des dossiers faciliterait également le travail.

En résumé, l'évaluation conclut que la création des SMR a commencé à amener les effets escomptés, même s'il reste des améliorations à apporter et que les objectifs ne sont pas encore atteints.

La structure de l'AI étant fédéraliste, la mise en œuvre des SMR l'est aussi ; ceux-ci ont donc pris des formes très diverses sans guère de points communs. Il est par conséquent difficile d'en tirer des conclusions nettes sur le lien entre les caractéristiques des SMR ou de leur collaboration avec les offices AI d'un côté et l'activité des SMR de l'autre. Nous supposons en outre qu'une valeur clé comme le taux de rentes et les chiffres qui en découlent sont déterminés par de multiples facteurs, avant tout d'ordre contextuel, et que les caractéristiques organisationnelles de l'AI ne jouent qu'un rôle mineur.

Par ailleurs, les données sont insuffisantes pour permettre une analyse précise de ces liens. Une évaluation fiable ne sera possible que lorsque les données seront recueillies d'une manière clairement définie, uniforme et systématique, comme l'étude de faisabilité l'avait proposé. Les données fournies par les SMR ne sont pas d'une grande utilité, car leur collecte comporte trop d'imprécisions.

Recommandations

Dans la perspective d'accroître l'efficacité de la procédure et d'atteindre les objectifs assignés par les instances politiques, nous soumettons à l'OFAS un certain nombre de recommandations, qui se cantonnent au système des SMR tel qu'il se présente actuellement.

Les conclusions de notre évaluation nous amènent à formuler les recommandations suivantes :

1. L'OFAS définit à l'intention des dix SMR des objectifs stratégiques supérieurs, qui soutiennent l'orientation stratégique à long terme et qui, en règle générale, portent sur les résultats.
2. Un controlling complet est mis en place afin de garantir l'efficacité de la procédure et des processus.
3. L'OFAS définit les principales valeurs du management de la qualité dans les SMR et les offices AI, ce qui signifie qu'il traduit en termes concrets et mesurables les objectifs formulés pour les inputs et les outputs, et qu'il fixe les valeurs cibles.
4. Afin d'optimiser les processus, l'OFAS, en accord avec les SMR, examine le rapport entre examens médicaux réalisés en interne et expertises externes, et édicte à ce sujet des prescriptions et des directives.
5. Les processus internes des offices AI et des SMR sont soumis à une analyse systématique visant à identifier les points faibles et les potentiels d'amélioration.
6. L'OFAS fait en sorte d'harmoniser la pratique des SMR en organisant des formations et en édicte des prescriptions relatives au personnel (p. ex. n'embaucher que des médecins ayant suivi une formation en médecine des assurances).
7. L'OFAS étudie la possibilité d'augmenter le salaire des médecins spécialistes afin d'accroître pour eux l'attrait du travail dans les SMR.
8. Tous les SMR s'emploient systématiquement à sensibiliser les généralistes aux questions de médecine des assurances.

Riassunto

Alla **base della valutazione** vi è il forte aumento del numero di beneficiari di prestazioni AI registrato a partire dall'inizio degli anni Novanta. Il conseguente, progressivo peggioramento della situazione finanziaria dell'AI ha portato alla 4a revisione della LAI. I lavori preliminari alla revisione hanno evidenziato diverse lacune nella valutazione medica del diritto alle prestazioni dell'AI, ragion per cui si è deciso di istituire Servizi medici regionali (SMR) dotati della competenza di svolgere propri esami.

Con l'**introduzione dei SMR** si è voluto garantire una maggiore competenza e rapidità della valutazione medica delle richieste di prestazioni AI, uniformare i dati medici di base necessari per la procedura decisionale e accelerare le procedure.

La presente valutazione dei Servizi medici regionali è stata commissionata nel quadro di un progetto di ricerca pluriennale (FoP-IV) sull'invalidità e la disabilità e sull'attuazione della legge sull'assicurazione per l'invalidità.

La valutazione ha per oggetto i Servizi medici regionali (SMR) creati con la 4a revisione della LAI (art. 59 cpv. 2 LAI), eccettuato il SMR Estero con sede a Ginevra. Dopo una fase pilota iniziata il 1° gennaio 2003 con la creazione di 4 SMR, in Svizzera sono stati istituiti complessivamente dieci SMR, che impiegano l'equivalente di circa 235 collaboratori a tempo pieno (limite dei posti del dicembre 2006).

L'**obiettivo** concreto di questo studio è di offrire un'ampia valutazione dei SMR e della loro collaborazione con gli uffici AI. L'analisi si concentra principalmente sulla costituzione dei SMR e i processi esecutivi (*output*) e sugli effetti dell'introduzione dei SMR.

Metodo: la valutazione, concepita essenzialmente quale confronto tra la situazione precedente e quella successiva all'introduzione dei SMR, si estende a quattro settori di analisi:

- definizione dei tipi di SMR in funzione delle attività svolte e della collaborazione con gli uffici AI;
- valutazione degli *input*, degli *output* e degli effetti dei SMR in funzione di vari obiettivi;
- accertamento e valutazione del raggiungimento degli obiettivi;
- formulazione di raccomandazioni per il miglioramento dei processi lavorativi e il raggiungimento degli obiettivi.

Oltre ad analizzare la documentazione e le statistiche interne dell'UFAS, gli autori dello studio hanno proceduto a proprie rilevazioni di dati sotto forma di:

- interviste esplorative semistrutturate con il capo dell'ufficio AI di Zurigo, un'*office manager* dell'UAI di Zurigo e il capo del SMR Svizzera Nordorientale;
- interviste personali semistrutturate con i 9 capi dei SMR esaminati, un ulteriore medico per ogni SMR e i capi degli uffici AI cui sono aggregati i SMR; visita di persona presso i SMR e gli uffici AI;
- interviste telefoniche semistrutturate con i capi di altri uffici AI che beneficiano dei servizi dei SMR (uno per ogni SMR).

La **valutazione ha dei limiti**, soprattutto a causa della scarsità dei dati disponibili.

Risultati della valutazione

Definizione dei tipi di Servizi medici regionali

Per poter valutare i SMR tenendo conto del loro **contesto** specifico, in un primo tempo si è proceduto ad una descrizione dettagliata di quest'ultimo: i SMR sono molto eterogenei quanto a durata dell'attività, zona di copertura del servizio e sistemi informatici. In un secondo tempo sono stati caratterizzati l'**organizzazione e il funzionamento** dei SMR, che sono stati distinti in funzione della dotazione di personale, dell'attività di esame, della produttività e dell'autonomia. Il confronto dei dati si è rivelato difficoltoso. Questi indicatori vanno dunque interpretati quali "valori approssimativi". In una terza fase gli uffici AI sono stati caratterizzati sotto il profilo della loro **collaborazione con gli uffici AI**. Sono cioè stati valutati gli *input* degli uffici AI, i processi lavorativi interni, il collocamento dei SMR all'interno del processo dell'UAI e i punti di contatto con l'accertamento professionale e il servizio giuridico. Non essendo disponibili i dati necessari per un confronto quantitativo tra i SMR, ci si è dovuti accontentare di un confronto qualitativo.

Sulla base di quest'ultimo, ogni SMR è stato caratterizzato in funzione del suo contesto, della sua organizzazione, del suo funzionamento e della sua collaborazione con gli uffici AI. I dati provengono dalle interviste. I nove "**ritratti**" dei SMR sono una descrizione esterna.

I nove SMR sono stati successivamente **suddivisi in tipi** sulla base di vari criteri distintivi. Riassumendo si può constatare che i SMR divergono molto in circa la metà degli aspetti analizzati e che le differenze sono lievi soltanto sotto due aspetti. Come si può vedere già da questo fatto, l'introduzione dei SMR nel sistema federalistico ha prodotto una grande varietà di forme. Per questa ragione assume una grande importanza la collocazione strutturale e organizzativa dei SMR e quindi il loro contesto. Non stupisce dunque che sia stato possibile definire soltanto due tipi, ciascuno dei quali rappresentato da due SMR. La varietà dei SMR riflette la varietà degli uffici AI istituiti a livello cantonale.

Le caratteristiche dei SMR e quindi anche i tipi individuati non sono che un'istantanea, dal momento che i SMR e gli UAI sono in continua trasformazione. Nel quadro della 5a revisione si sta già procedendo alla ridefinizione dei processi interni e si stanno sperimentando nuovi strumenti di collaborazione interdisciplinare che influiranno sui SMR.

Ribadiamo tuttavia che le valutazioni dei SMR, a causa della limitatezza dei dati disponibili e della diversità dei modi in cui sono state condotte le rilevazioni, sono sostanzialmente di natura qualitativa e che quindi sussiste un certo margine di interpretazione.

Valutazione e analisi degli effetti

Sulla base dei tipi definiti si è cercato di sviluppare un sistema che permetta una valutazione quantitativa dei SMR. Questo sistema dovrebbe per esempio consentire di determinare le ripercussioni delle differenze a livello di funzionamento dei SMR, sistemi informatici, gestione delle pratiche, competenze dei medici nel campo della medicina assicurativa, dotazione di personale e collaborazione con gli UAI sugli aspetti seguenti:

1. qualità delle basi decisionali mediche e delle decisioni;
2. durata della procedura;

3. quota delle nuove rendite;
4. efficienza del sistema SMR – ufficio AI;
5. decisioni dei tribunali cantonali.

Si può concludere che la limitatezza dei dati disponibili e i vari fattori contestuali interni ed esterni agli uffici AI, che non possono essere controllati, impediscono lo sviluppo di un sistema di valutazione quantitativo. Con i dati disponibili è impossibile affermare con sicurezza quali fattori interni ai SMR influenzino le variabili dipendenti e in che modo.

La maggior parte delle ipotesi formulate riguardo ai nessi tra le variabili indipendenti e dipendenti non hanno trovato conferma. Ciò dipende molto probabilmente dai fattori di influenza esterni ai SMR, che non possono essere controllati. Per poter fare affermazioni fondate, sia i SMR che gli uffici AI dovrebbero innanzitutto adottare una prassi uniforme per la rilevazione di vari indicatori. Andrebbero inoltre svolti accertamenti approfonditi sulla qualità del contenuto dei pareri medici e delle opposizioni/dei ricorsi.

Analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi

Per l'analisi del grado di raggiungimento degli obiettivi ci si è basati, oltre che sul messaggio sulla 4a revisione della LAI, anche sul modello di riferimento dei SMR e sui verbali delle sedute di organi collegiali rilevanti, p. es. la Commissione dell'AVS/AI.

Diversi obiettivi stabiliti all'introduzione dei SMR sono stati raggiunti. L'incremento del personale medico ha permesso di ampliare la gamma degli specialisti e di approfondire maggiormente l'esame delle pratiche. Grazie ai perfezionamenti offerti dall'UFAS, i medici impiegati presso i SMR hanno potuto accrescere le proprie competenze in materia di medicina assicurativa, il che ha portato ad un miglioramento della valutazione delle pratiche sotto il profilo medico-assicurativo.

Per quel che concerne altri obiettivi, non è possibile determinare in che misura i SMR abbiano contribuito al loro raggiungimento. Gli autori dello studio ritengono per esempio che il calo della quota di nuove rendite non sia riconducibile unicamente all'introduzione dei SMR. Questo calo sembrerebbe invece essere il risultato di una moltitudine di fattori, uno dei quali è l'introduzione dei SMR. Alcuni obiettivi non hanno molto senso per i SMR. Una riduzione della durata della procedura può infatti pregiudicare la qualità delle basi decisionali mediche.

In cinque degli otto ambiti per i quali erano stati formulati obiettivi, l'introduzione dei SMR ha portato ad un miglioramento rispetto alla situazione precedente la 4a revisione dell'AI, anche se probabilmente gli obiettivi non sono ancora stati raggiunti pienamente. I miglioramenti sono molti: la qualità delle basi decisionali mediche degli uffici AI (armonizzazione delle basi e migliore valutazione delle pratiche) è migliorata e sono aumentate le conoscenze specifiche in medicina assicurativa e l'interdisciplinarietà delle equipe di medici. I SMR cominciano inoltre ad influire sul comportamento dei medici curanti, esplicando così un effetto preventivo.

In due settori (riduzione delle quote di nuove rendite e prevenzione della riscossione ingiustificata di rendite) i fattori in gioco sono probabilmente molti, ragion per cui non è possibile stabilire quale sia l'influenza dei SMR. Con l'introduzione dei SMR, la durata della procedura si è probabilmente allungata. In compenso dovrebbe esserne anche aumentata la qualità.

Le conseguenze complessivamente positive dell'introduzione dei SMR non devono però far dimenticare che in diversi ambiti sono ancora necessari miglioramenti. I SMR presentano notevoli differenze nella fornitura di determinati servizi.

Bilancio

I principi delle **attività** degli uffici AI e dei SMR sono regolamentati. L'impostazione concreta dei processi è tuttavia compito degli uffici AI cantonali. A ciò si aggiunge che la situazione di ogni ufficio AI e del relativo SMR è assai differente da quella degli altri. Per questa ragione, tra i vari sistemi (ufficio AI – SMR) non vi sono praticamente parallelismi.

Secondo gli autori dello studio, i **sistemi informatici** degli uffici AI influenzano solo marginalmente l'attività dei SMR. I SMR si sono adeguati alle particolarità dei vari sistemi informatici. Il fatto che un SMR presti i suoi servizi a più uffici AI che utilizzano sistemi informatici differenti comporta qualche onere in più, ma alla fin fine non sembra avere un'influenza determinante.

La qualità dei **dati** forniti dai SMR è insufficiente per un confronto, in quanto le definizioni sono troppo poco concrete e l'UFAS non ha impartito istruzioni chiare e vincolanti per la rilevazione dei dati. I dati attualmente disponibili possono essere impiegati soltanto in misura limitata quali indicatori degli *input*, delle prestazioni e degli effetti dei SMR. Perché ciò sia possibile occorrerebbe raccogliere in modo sistematico e affidabile dati operativi.

Non è possibile constatare un'**influenza** delle caratteristiche dei SMR, degli uffici AI e della loro collaborazione sui seguenti indicatori: qualità degli elementi di decisione medici e delle decisioni, durata della procedura, quota delle nuove rendite, efficienza del sistema (SMR-ufficio AI) e decisioni dei tribunali cantonali.

In cinque degli otto ambiti per i quali erano stati formulati **obiettivi**, l'introduzione dei SMR ha portato ad un miglioramento, anche se è probabile che gli obiettivi non siano ancora stati raggiunti pienamente. Rispetto alla situazione precedente la 4a revisione dell'AI, la qualità e l'omogeneità delle basi decisionali mediche sono aumentate, l'interdisciplinarietà e le conoscenze in materia di medicina assicurativa delle equipe di medici sono migliorate, le decisioni degli uffici AI sono diventate in generale più conformi agli obiettivi dell'assicurazione e la collaborazione con il corpo medico e le associazioni è migliorata, il che ha avuto un certo effetto preventivo. In due settori (riduzione delle quote di nuove rendite e prevenzione della riscossione ingiustificata di rendite) vi sono probabilmente molti fattori che giocano un ruolo, ragion per cui non è possibile determinare con precisione l'influsso dei SMR. La creazione dei SMR non ha comportato una riduzione della durata della procedura, ma piuttosto un allungamento, che è stato però compensato da un aumento della qualità.

Per **migliorare** i processi lavorativi raccomandiamo l'introduzione di un sistema di gestione della qualità che definisca in particolare gli *input* e gli *output* delle varie unità coinvolte nel processo, stabilisca obiettivi quantitativi e ne verifichi il raggiungimento

Riassumendo, lo studio giunge alla conclusione che l'introduzione dei SMR ha dato il via agli sviluppi auspicati. Il lavoro non è però terminato e gli obiettivi non sono ancora raggiunti.

A causa della struttura federalistica dell'organizzazione dell'AI e quindi anche dei processi di attuazione, si è assistito allo sviluppo di una moltitudine di forme di SMR, che si assomigliano solo parzialmente. Per questa ragione, non è neppure possibile individuare le relazioni tra le caratteristiche dei SMR o la collaborazione tra SMR e uffici AI e l'attività dei SMR. Si presume inoltre che alcuni indicatori chiave quali la quota delle nuove rendite e gli indicatori che ne derivano siano determinati da numerosi fattori, soprattutto contestuali, e che le caratteristiche dell'organizzazione dell'AI siano poco rilevanti.

Un altro ostacolo all'analisi precisa delle summenzionate relazioni è la lacunosità dei dati disponibili. Per poter svolgere una valutazione attendibile, è indispensabile raccogliere in modo uniforme e sistematico una serie ben definita di dati, come proposto a suo tempo nello studio di fattibilità. I dati forniti dai SMR sono di scarso aiuto, poiché sono stati rilevati con troppa imprecisione.

Raccomandazioni

Al fine di garantire una maggiore efficienza nello svolgimento della procedura e il raggiungimento degli obiettivi politici, rivolgiamo all'UFAS le seguenti raccomandazioni, che si riferiscono all'attuale sistema dei SMR e non tengono conto di ulteriori aspetti.

Sulla base dei risultati della valutazione raccomandiamo quanto segue:

1. L'UFAS formula obiettivi strategici generali validi per tutti i SMR. Questi obiettivi definiscono l'orientamento strategico a lungo termine e si riferiscono per principio ai risultati.
2. Per garantire una gestione efficiente ed efficace delle procedure e dei processi va allestito un *controlling* dettagliato.
3. L'UFAS stabilisce i principi per la gestione della qualità nei SMR e negli uffici AI. A tal fine vanno definite le modalità per la misurazione degli obiettivi formulati per l'*input* e l'*output* e fissati obiettivi quantitativi.
4. Al fine di ottimizzare i processi, raccomandiamo all'UFAS di chiarire d'intesa con i SMR il rapporto tra i propri esami medici e le perizie esterne e di emanare prescrizioni e direttive a questo proposito.
5. Per migliorare i processi interni degli uffici AI e dei SMR occorre effettuare un'analisi sistematica dei processi al fine di individuare i punti deboli e le possibilità di miglioramento.
6. L'UFAS promuove l'armonizzazione della prassi dei SMR attraverso perfezionamenti o istruzioni in materia di personale (p. es. richiesta di una formazione in medicina assicurativa per i medici dei SMR).
7. Per rendere più interessante per gli specialisti l'attività presso i SMR, raccomandiamo all'UFAS di considerare l'eventualità di aumentare la retribuzione dei medici specialisti.
8. Tutti i SMR devono sensibilizzare assiduamente i medici di famiglia su aspetti di natura medico-assicurativa.

Summary

The evaluation **is based** on the strong increase in DI beneficiaries since the early 1990s, and the resulting deterioration of the DI system's financial situation, which gave rise to the 4th revision of the law on DI. As part of this revision, various gaps in the medical assessment of claims to DI benefits were noted, leading to the introduction of regional medical services (RAD) with their own examining competence.

The aim of **RAD introduction** was above all faster and competent medical assessment of DI claims, a more uniform medical basis for decision making, and more rapid procedures.

The present evaluation of RAD was mandated as part of a research program on disability and handicaps and the ongoing implementation of DI legislation (FoP-IV).

The **object** of the evaluation are the regional medical services (regionale ärztliche Dienste RAD), set up by the 4th revision of DI legislation. (Art. 59 paragraph 2 IVG), except for the RAD abroad which is based in Geneva. After a pilot phase with four RAD as of 1.1.2003, there are now ten RAD in Switzerland, with approximately 235 full time posts (status December 2006).

The concrete aim of the evaluation is to comprehensively examine RAD and its interplay with the DI office. Priorities will be the construction and implementation processes (output) on the one hand, on the other hand the effects of RAD establishment (impacts).

Methodology: The evaluation, designed as a pre-post comparison, included four main areas:

- Establishing a typology of RAD on the basis of their activities and co-operation with DI offices
- Assessment of inputs, outputs and impacts of RAD in view of several target criteria
- Establishment and evaluation of goals reached
- Recommendations concerning improved working procedures and goals

Besides analysing documents and internal Federal Social Insurance Office (FSIO) statistics, the study analysed independently collected:

- Exploratory semi-structured interviews with the head of the DI office in Zurich, an office manager of the Zurich DI office, and the head of the RAD for north-eastern Switzerland.
- Semi-structured personal interviews with all nine RAD directors, a further RAD physician and the heads of the corresponding DI offices; on-site visits to the RAD and DI office.
- Semi-structured telephone interviews with a further DI body (head of DI office), which provides services to the RAD.

The **limits of the evaluation** are principally due to inadequate data.

Evaluation results

Typology of regional medical services (RAD)

In order to assess RAD in their specific **context**, it was necessary to establish their characteristics more closely. This meant differentiating between their length of operation, the heterogeneity of the area to be serviced, and the heterogeneity of the IT systems. In a second step, RAD were characterised according to their **organisation and methods of working**, including staff data, examination

activity, productivity and autonomy. Data here proved difficult to compare, and these indicators should be considered “approximate”. A third step characterised RAD in view of their **cooperation with the DI offices**, including an assessment of DI office inputs, internal working processes, inclusion of the RAD in the DI office process and interfaces with professional clearance and legal services. Data for a quantitative comparison of RAD are not available, i.e. we had to make do with a qualitative comparison.

On this basis, each RAD is characterised as to its context, organisation and methods of cooperating with DI offices. Information was provided by the interviews. The resulting **portraits** of the nine RAD thus present an external view.

Then a **typology** of the nine RAD was set up according to various distinctive criteria. We may conclude that the RAD differ as to approximately half of the criteria examined, and small differences appear in only two of them. This already indicates that federal implementation gives rise to great variety. Thus, the structural and organisational environment and context of the RAD are very important. It comes as no surprise that that we were only able to establish two types with two RAD each. The variety of RAD mirrors the variety of DI offices operating at cantonal level.

The represented RAD characteristics and their types represent a snapshot of sorts, since both RAD and DI offices are changing constantly. Internal processes are already being modified in view of the 5th DI revision. New instruments for interdisciplinary cooperation are being tested, which will have an impact on RAD.

However, we would like to note that due to limited data and disparate data collection between and even within the RAD, RAD assessments are principally qualitative and therefore leave room for interpretation.

Assessment and impact analysis

Going out from the typology, we attempted to develop a system of assessment to evaluate the RAD quantitatively. This was meant to analyse the impact of the RAD working methods, the various IT systems, case management methods, the medical insurance competence of the RAD physicians, RAD staff and the interplay between RAD and DI offices, according to the following criteria:

1. Quality of medical decision-making bases and decisions
2. Length of process
3. Pension recipients' quota
4. Efficiency of RAD – DI office system
5. Decisions of cantonal courts

We conclude that the limited data base and different DI office internal and external context factors, which cannot be controlled, make it impossible to establish a quantitative system to assess RAD. The existing data base allows for no reliable statements on internal RAD factors and the ways in which they influence dependent variables.

Assumed connections between dependent and independent variables were in most cases impossible to confirm, probably due to factors external to the RAD, which cannot be controlled. To make reliable statements, one would have to introduce a uniform practice of collecting indicators for the

RAD and DI offices, and conduct in-depth analyses of the content of medical opinions, and objections or complaints.

Analysis of goals reached

The goals reached were analysed on the basis of the Federal Council's Message on the 4th revision of DI legislation, the reference model of the RAD, and internal protocols of relevant bodies, e.g. the protocols of the OASI/DI Commission.

Various goals targeted by the introduction of RAD have been met. Increased medical staff made it possible to expand the specialist range and more in-depth case examinations. Ongoing training proposed by the FSIO has increased the insurance competence of physicians working in RAD, and improved case assessment from an insurance point of view.

However, in certain areas it is impossible to measure the contribution of RAD to targeted goals. For example, we think it impossible to explain lower pension quota by RAD. They seem to be due to a number of factors, of which RAD are just one. Certain goals also seem not very feasible for the RAD – for example shorter procedure lengths may counteract the quality of medical decision-making.

Overall, in five of the eight analysed goals of RAD introduction, improvements have been reached as against the period prior to the 4th revision of DI legislation, although the goals have not been met completely. In comparison to the period before the revision, the situation has improved markedly: the quality of medical decision-making bases of DI offices (more uniform bases and better case management) has improved, insurance-related knowledge and the interdisciplinarity of the teams of physicians is also better. Moreover, RAD are beginning to have an impact on other physicians and thus generate preventive impact.

In two areas (drop in pension recipient quotas and avoiding unjustified pensions) we are most likely dealing with a number of factors, making it impossible to determine RAD influence. Concerning length of procedure, RAD seems to have extended them, but improved their quality.

These overall positive effects of RAD introduction cannot hide the fact that improvements are still necessary in a number of areas. Also, there are considerable disparities in the services provided by the various RAD.

Conclusion

Basically, the **activities** of the DI office and RAD are regulated, although the concrete implementation of these processes is the job of the cantonal DI office. Moreover, the situation of individual DI offices and RAD varies strongly, making it difficult to establish parallels between the different systems.

The **IT systems** used by the various DI offices seem to have only a marginal influence on RAD activity. The latter seem to have adapted to the specificities of the different IT systems. A RAD may deal with several DI offices making use of different IT systems, thus generating more work, but seemingly without impact on the end effect.

We consider the quality of **data** provided by RAD as insufficient for comparisons, since definitions are not concrete enough and there are no clear and binding instructions for data collection from the FSIO. Current data can only be used in limited fashion, as indicators on inputs, services and effects of RAD are inadequate. Operative data would have to be collected systematically and reliably.

No systematic **relationships** between RAD characteristics and DI offices and their cooperation on the following target criteria were established (quality of medical decision-making bases, decisions, length of procedure, pension recipient quota, efficiency of the RAD–DI office system, decisions of cantonal courts).

Improvements have been attained in five of the eight **goals** of RAD introduction, although the goals have not been met completely. In comparison to the period prior to the 4th revision of DI legislation, the quality and homogeneity of medical decision-making bases has improved, the physicians' team has become more interdisciplinary and knowledgeable on insurance-related issues, the decisions of DI offices are more in line with the insurance system, and cooperation between physicians and medical associations has improved, leading to better preventive effects. In two of the targeted goals (reducing pension recipients' quota and avoiding unjustified pensions) we are most likely dealing with a number of different factors, making it impossible to determine the influence of RAD introduction. Procedure length has increased owing to RAD, but quality has also improved.

To **improve** working processes we recommend the introduction of quality management to define inputs and outputs of the various parties involved in the process, and formulate and monitor target objectives. Electronic case management would also facilitate work.

To sum things up, the evaluation arrived at the conclusion that RAD introduction has launched expected developments, although more work is required and goals have not yet been fully met.

Owing to the federal structure of DI organisation and thus RAD implementation, RAD have assumed a variety of different forms, and are quite dissimilar. Thus no reliable connections between RAD characteristics and/or the cooperation between RAD and DI office on RAD activity can be made. We moreover assume that a key factor such as the pension recipient quota and resulting factors are influenced by a number of contextual elements, and that the characteristics of the given DI organisation have limited significance.

Poor data also make it difficult to analyse the above-mentioned connections. A reliable evaluation will only be possible if clearly defined data are collected uniformly and systematically, as suggested by the feasibility study. The data supplied by RAD are too imprecise to be of much use.

Recommendations

To ensure more efficient procedures and reach the objectives that have been defined by the relevant policies, we have a number of recommendations for the FSIO. These refer to the present RAD system and leave aside other aspects.

Our recommendations, based on the foregoing evaluation, are:

1. The FSIO should establish strategic goals for all ten RAD. These will serve as a long term strategic orientation basis and generally have an impact on goals.
2. For an efficient and effective steering of procedures and processes we recommend the set-up of comprehensive controlling.
3. The FSIO should define benchmark figures for RAD and DI office quality management, including the operationalisation of targeted inputs and outputs, and the establishment of target values.
4. To improve procedures we recommend that the FSIO together with the RAD clarify the relationship between its own medical examinations and external opinions, and provide relevant provisions and guidelines.
5. To improve internal processes in DI offices and RAD we recommend systematic process analysis to pinpoint weak spots and potential improvements,
6. The FSIO should foster more uniform RAD practice via ongoing training and provisions relative to staff (e.g. training of RAD physicians in insurance medicine).
7. To make RAD more attractive for specialists, we recommend they be paid higher fees.
8. All RAD should raise awareness of insurance medicine-related issues among family doctors.

Glossar

AMA	Arbeitsmarktliche Abklärungen
AUF	Arbeitsunfähigkeit
BBI	Bundesblatt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CEP	Commission d'évaluation préalable, Kommission aus Vertretern der Sachbearbeitung, der Rechtsabteilung und des RAD zur Bearbeitung von Dossiers mit klarem Sachverhalt oder mit speziellem Zeitdruck
EDV-System	System zur elektronischen Datenverarbeitung
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
ELAR	EDV-System
ERFA	Erfahrungsaustausch
FoP-IV	Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes
IGS	EDV-System
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
IVST	IV-Stelle
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
Impact	Im Hinblick auf eine Zielsetzung bewertete Auswirkungen einer Massnahme
Input	Ressourcen und Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen im Hinblick auf eine Zielerreichung
MEDAS	Medizinische Abklärungsstelle
OSIV	EDV-System
Output	Im Hinblick auf eine Zielsetzung durchgeführte Massnahme
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst
SMR	Service medicale régional = RAD
QM	Qualitätsmanagement

1 Ausgangslage und Problemstellung

1.1 Hintergrund

Seit Anfang der 1990er Jahre ist die Invalidenversicherung (IV) mit einer starken Zunahme der Leistungsbezügerinnen und Leistungsbezüger sowie der damit verbundenen Ausgaben konfrontiert. Als mögliche Gründe für die starke Zunahme der IV-Renten werden verschiedene gesellschaftliche, wirtschaftliche und medizinische Veränderungen sowie Koordinationsprobleme zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen vermutet (BBI 2005 4481ff.). Die zunehmende Verschlechterung der finanziellen Situation der IV löste die 4. IVG-Revision aus, deren Hauptzielsetzungen die finanzielle Konsolidierung der IV, Anpassungen im Leistungsbereich, eine verstärkte Aufsicht des Bundes sowie Verbesserungen und Vereinfachungen von Struktur und Verfahren der IV waren (BBI 2001 3209f).

Im Vorfeld der 4. IVG-Revision wurden im Bereich der medizinischen Prüfung der Anspruchsberechtigung auf IV-Leistungen verschiedene Mängel diagnostiziert. So hat sich gezeigt, dass das versicherungsspezifische Wissen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mangelhaft ist und deren Berichte besser überprüft werden müssen, die kleinen IV-Stellen über zu wenig medizinisches Wissen verfügen, die Ärztinnen und Ärzte in den IV-Stellen nicht befugt sind Untersuchungen vorzunehmen sowie die Berentungsquoten in den Kantonen hohe Unterschiede aufweisen. Mit einer verstärkten Aufsicht des Bundes sollten die Voraussetzungen für eine gesamtschweizerisch möglichst einheitliche Beurteilung von Leistungsgesuchen geschaffen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die Einführung von regionalen ärztlichen Diensten (RAD) mit eigener Untersuchungskompetenz beschlossen.

Mit der Einführung der RAD werden in erster Linie eine kompetentere und speditivere medizinische Beurteilung von IV-Leistungsbegehren, eine Vereinheitlichung der für das Entscheidungsverfahren notwendigen medizinischen Grundlagen sowie eine Beschleunigung der Verfahren angestrebt. Der Gesetzgeber erhoffte sich mit dieser strukturellen Massnahme letztendlich eine Eindämmung des Ausgabenwachstums im Bereich der IV-Renten (BBI 2001 3259).

Auf der Grundlage von Art. 68 IVG, der den Bund zur wissenschaftlichen Analyse der Gesetzesumsetzung verpflichtet, hat das Bundesamt für Sozialversicherungen 2006 mit der Lancierung eines mehrjährigen Programms (FoP-IV) zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) begonnen. Schwerpunkte des Programms sind Ursachen des raschen Wachstums der Invaliditätszahlen aufzudecken, Grundlagen (Kriterien und Daten) zur Beurteilung der Wirksamkeit von Massnahmen der IV-Revisionen zu erarbeiten sowie neue Instrumente zur Unterstützung der Zielsetzungen des IVG und notwendige Gesetzesanpassungen vorzuschlagen, welche die Wirksamkeit des Gesetzes erhöhen könnten. Der vierte Themenblock des FoP-IV behandelt die Wirkungen des Gesetzes, der Revisionen und neuer Instrumente: In diesem Themenbereich geht es um die Evaluation gesetzlicher Bestimmungen und Massnahmen, die Wirkungen der wichtigsten Punkte der 4. und 5. IVG-Revision und um neue Instrumente etwa im Rahmen der Früherkennung und -erfassung oder der medizinischen, beruflichen oder arbeitsmarktlichen Abklärungen. Darunter fällt auch die Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste.

1.2 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD)

Jede Abklärung von IV-Leistungsbegehren beinhaltet grundsätzlich¹ auch eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Die RAD unterstützen die IV-Stellen indem sie die versicherungsmedizinischen Aspekte der Anspruchsvoraussetzungen bei IV-Leistungsgesuchen beurteilen, insbesondere die Arbeitsunfähigkeit im Rentenfall sowie die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit. Die RAD sind dabei in der Wahl der geeigneten medizinischen Prüfmethode frei; sie können bei Bedarf auch eigene ärztliche Untersuchungen durchführen. Für jeden geprüften Fall stellen die RAD den IV-Stellen einen schriftlichen Bericht mit den Ergebnissen der medizinischen Abklärungen zu und machen Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (vgl. Art. 47-50 IVV). Die Kriterien für die Zuweisung der Dossiers an den RAD sind im Kreisschreiben des BSV vom 1. Januar 2004 festgehalten (vgl. Anhang IV in Bohny und Reutter 2003)².

Nebst den bereits erwähnten Zielsetzungen wurden mit der Schaffung der RAD im Referenzmodell² des BSV auch folgende Ziele angestrebt (Bohny und Reutter 2003):

- Eine Verbesserung der Akzeptanz der Entscheide der IV-Stellen durch für Nichtmediziner und -medizinerinnen nachvollziehbar dokumentierte medizinische Grundlagen.
- Ein kompetentes, systematisches, einheitliches, zweckmässiges, effizientes, im Rahmen der Materie einfaches, speditives und in einem vernünftigen Kosten-/Nutzenverhältnis stehendes Verfahren.
- Eine permanente und vom BSV koordinierte Aus- und Weiterbildung der in den RAD tätigen Medizinalpersonen im IV-relevanten versicherungsärztlichen Bereich.
- Eine umfassende Beratung des Personals der IV-Stellen und der Regressdienste in IV-relevanten medizinischen Belangen.
- Eine enge fachliche Zusammenarbeit mit der praktisch tätigen Ärzteschaft und deren Verbänden zur Verbesserung der Kenntnisse über den Zweck und die Anforderungen der IV.

Es wurden 10 RAD geschaffen, die jeweils die IV-Stellen eines oder mehrerer Kantone mit ihren Leistungen versorgen:

¹ Die IV anerkennt grundsätzlich nur gesundheitliche Gründe für eine Rente; da das versicherte Risiko der IV die Invalidität ist. Das heisst, die durch einen Gesundheitsschaden entstandene länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsfähigkeit, bzw. Unfähigkeit sich in einem bestimmten Aufgabenbereich zu betätigen.

² Das Referenzmodell wurde vom BSV per 1.2.2007 ausser Kraft gesetzt.

Tabelle 1: Übersicht Standorte und Tätigkeitsgebiet der RAD

Bezeichnung	Administration	Zuständig für IV-Stelle
SMR Suisse Romande	IVST VD	JU, NE, VD, GE
SMR Rhône	IVST VS	VS, Ausland ³
RAD BE-FR-SO	IVST BE	BE, FR, SO
RAD Mittelland	IVST AG	AG
RAD beider Basel	IVST BL	BS, BL
SMR Sud	IVST TI	TI, italienischsprachiger Teil des Kantons GR
RAD Nordostschweiz	IVST ZH	GL, SH, ZH
RAD Ostschweiz	IVST SG	AI, AR, GR, TG, SG
RAD Zentralschweiz	IVST LU	UR, SZ, OW, NW, LU, ZG
SMR Ausland ⁴	IVST Ausland	Ausland

Die IV-Stellen der Regionen errichten und betreiben die regionalen ärztlichen Dienste. Die RAD unterliegen allerdings der fachlichen Weisung des BSV; sie sind aber im Einzelfall unabhängig vom BSV. Administrativ wird jeder RAD von einer Betriebskommission der angeschlossenen IV-Stellen bzw. von einer dazu bestimmten IV-Stelle verwaltet.

Parallel zu den Gesetzgebungsarbeiten zur 4. IVG-Revision haben per 1.1.2002 in einer Pilotphase vier RAD ihre Tätigkeit aufgenommen: Der RAD Sud, der RAD Mittelland, der RAD Ostschweiz sowie der RAD Suisse Romande. Per 1.1.2005 nahmen die restlichen sechs RAD ihren Betrieb auf. Im so genannten Referenzmodell wurden die Anforderungen an das medizinische Personal der RAD, dessen Ausbildung sowie die Kommunikation zwischen RAD und den IV-Stellen vom BSV per 1.1.2005 verbindlich festgelegt (Bohny und Reutter 2003).

Die Verfahren in der IV und dem RAD

Der Ablauf eines ordentlichen IV-Verfahrens besteht in der Regel aus den drei Hauptschritten:

Abbildung 1: IV-Verfahren (Quelle: BSV 2005a: 18)

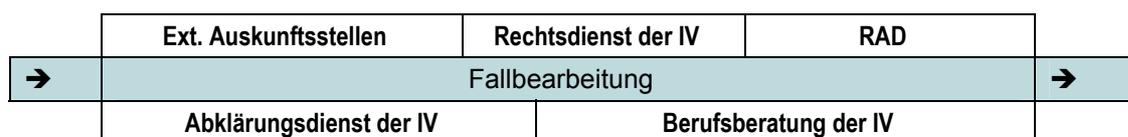
Nach der erfolgten IV-Anmeldung einer versicherten Person ist bei den IV-Stellen in der Regel die Sachbearbeitung zuständig für den Ablauf des Abklärungsverfahrens. Die IV-Stellen eröffnen ein Dossier für die versicherte Person und beschaffen sich die für den Entscheid notwendigen Angaben

³ Der RAD Rhône ist zudem zuständig für gewisse Belange der IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

⁴ Der RAD Ausland mit Sitz in Genf ist nicht Gegenstand der Evaluation.

und Unterlagen, um Auskunft zu erhalten über den Gesundheitszustand, die Einkommensverhältnisse, die Eingliederungsfähigkeit sowie die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der versicherten Person. Nach Prüfung der Richtigkeit und Vollständigkeit der eingegangenen Unterlagen erfolgen detaillierte Abklärungsschritte. Die IV-Stelle unterbreitet das Dossier dem RAD zur Prüfung des medizinischen Sachverhaltes und stellt – falls nötig – sachdienliche versicherungsmedizinische Fragen. Im Abklärungsprozess sind nebst dem RAD auch andere interne und externe Akteure in den Abklärungsprozess involviert.

Abbildung 2: Abklärungsverfahren (Quelle: BSV 2005a: 19)

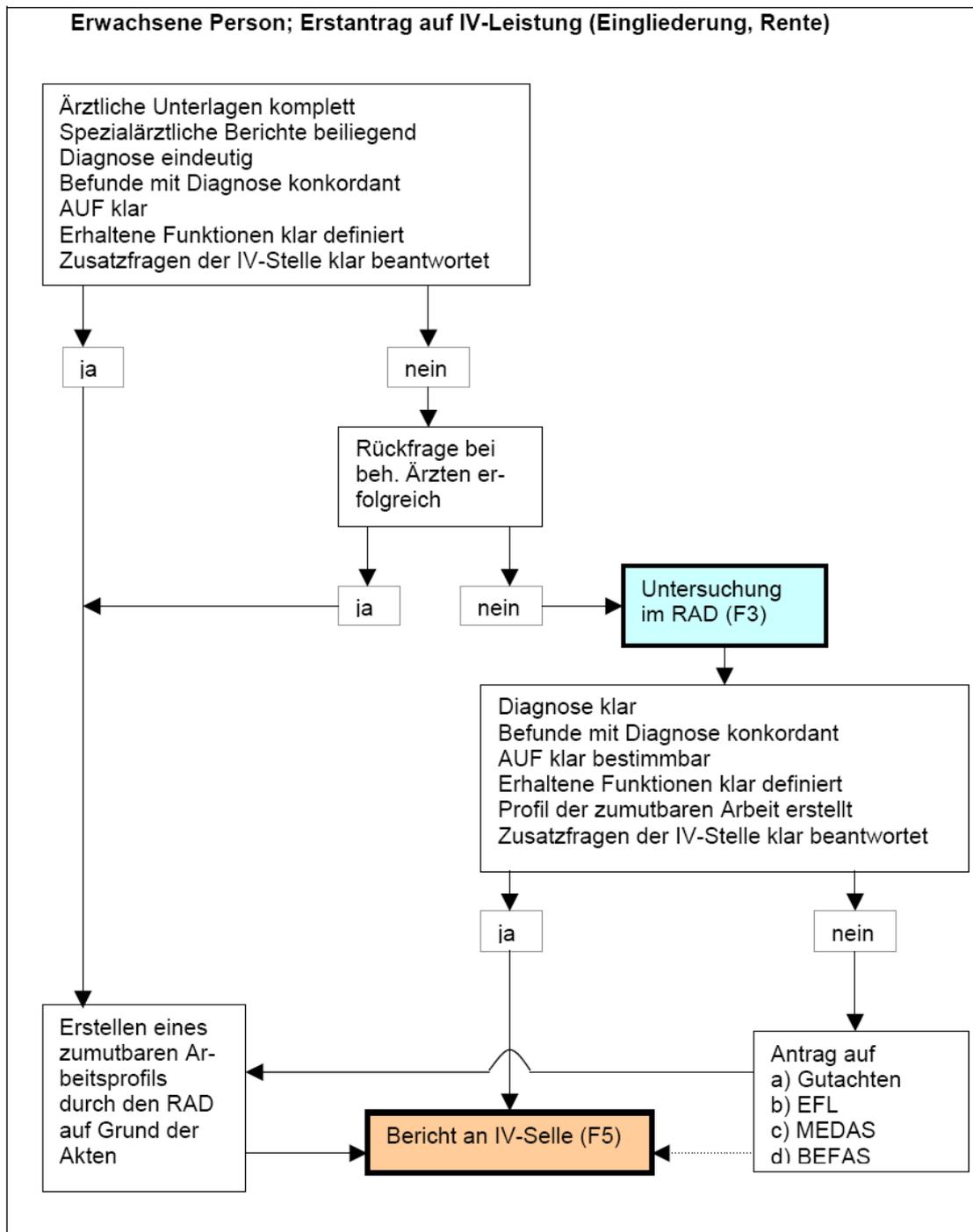


Für die versicherungsmedizinische Beurteilung stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung: reine Dossierarbeit, eigene klinische Untersuchung im RAD, externe medizinische Begutachtung. Ein externes Gutachten ist in der Regel dann notwendig, wenn aufgrund des Arztberichtes und nach Ausschöpfen aller weiteren dem RAD zur Verfügung stehenden Abklärungsmöglichkeiten bestimmte Fragen hinsichtlich des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person nicht beantwortet werden können. Ein polydisziplinäres Gutachten der medizinischen Abklärungsstelle der IV (MEDAS) wird in der Regel vom RAD nur dann veranlasst, wenn eine mehr als zwei Fachdisziplinen berührende komplexe Fragestellung besteht, die im RAD nicht abgeklärt werden kann, oder wenn eine gerichtliche Anordnung besteht. Die Empfehlung an die IV-Stelle, ein spezialärztliches externes Gutachten oder eine polydisziplinäre Abklärung vorzunehmen, setzt in jedem Fall eine Beurteilung im RAD oder ein fachärztliches Konsilium voraus (BSV 2005a: 64). Der RAD prüft die eingeholten Gutachten nach inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten.

Der RAD stellt der IV-Stelle für jeden geprüften Fall einen schriftlichen Bericht bzw. Stellungnahme mit den notwendigen Angaben zu. Dieser enthält die Ergebnisse der medizinischen Prüfung und eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht. Die Stellungnahme wird mit dem Namen des zuständigen RAD-Arztes bzw. der zuständigen RAD-Ärztin und dessen/deren Fachrichtung versehen. Dabei gilt es darauf zu achten, dass die Berichte des RAD verständlich und medizinisch nachvollziehbar abgefasst sind, so dass sie auch für NichtmedizinerInnen (Sachbearbeitung, juristischer Dienst) verständlich sind.

Die nachfolgende Graphik zeigt anhand eines Erstantrages auf IV-Leistungen die Entscheidungsmechanismen im RAD wie sie gemäss Referenzmodell bis am 1.2.2007 in den RAD zur Anwendung kamen.

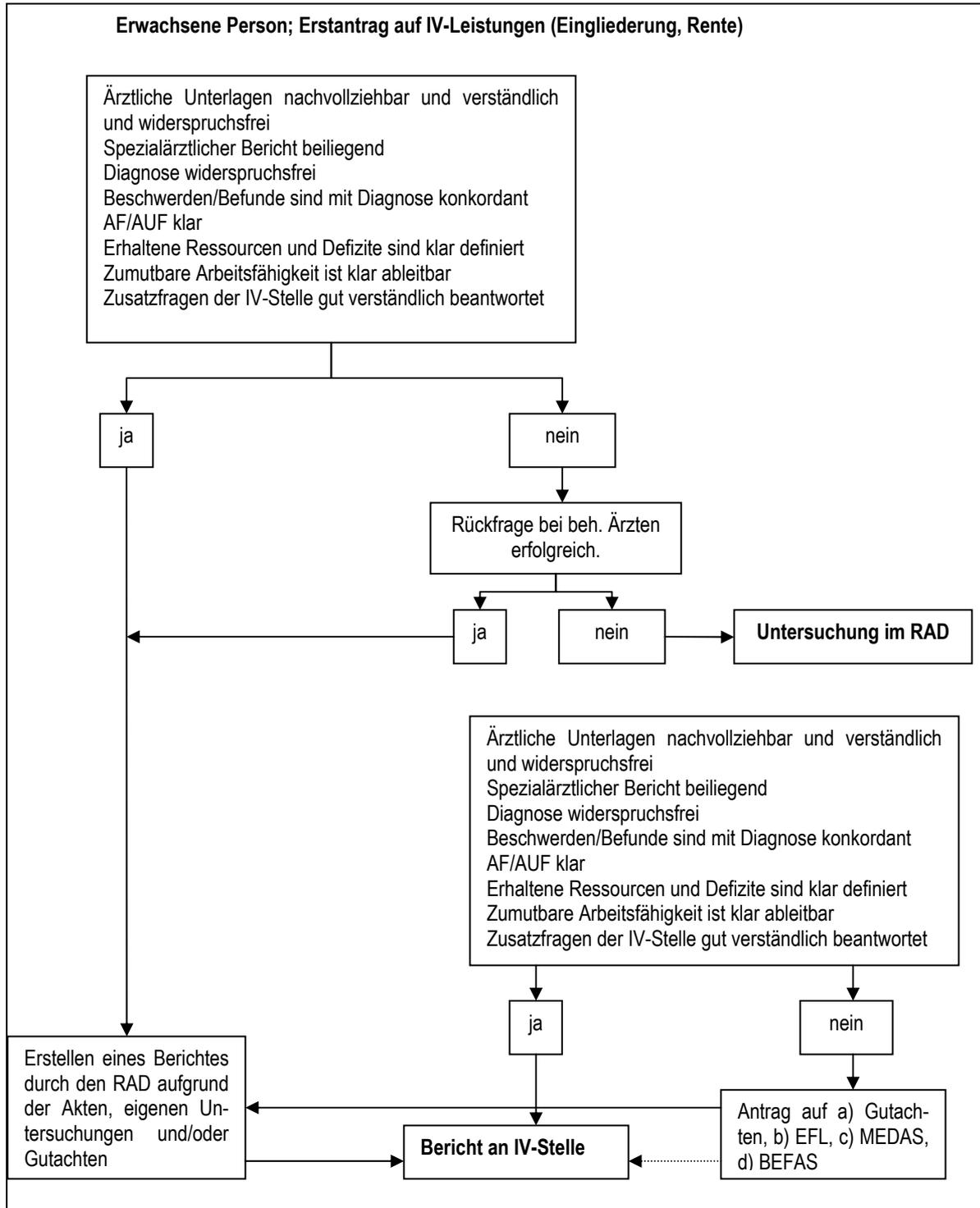
Abbildung 3: Entscheidungsmechanismen im RAD



Quelle: BSV (2005a: 65)

Im Laufe des Jahres 2006 wurde das Referenzmodell mit den RAD-Leiter und Leiterinnen in zahlreichen RAD-Workshops und RAD-Tagungen modifiziert. Die nachfolgende Darstellung zeigt die aktuellen RAD-internen Entscheidungsmechanismen anhand eines Erstantrages auf IV-Leistungen.

Abbildung 4: Entscheidungsmechanismen im RAD seit 2006



Quelle: Eigene Darstellung

2 Evaluationsauftrag und Hintergrund

2.1 Gegenstand und Ziele der Evaluation

Gegenstand der Evaluation sind die regionalen ärztlichen Dienste (RAD), die mit der 4. IV-Revision geschaffen wurden (Art. 59 Abs. 2 IVG). Der Gesetzgeber beabsichtigte damit eine kompetentere medizinische Beurteilung von Leistungsbegehren, eine Beschleunigung der Verfahren und damit eine Verringerung des Wachstums der Rentenkosten. Die Revision des Invalidenversicherungsgesetzes trat auf den 1.1.2004 in Kraft.

Die Aufgaben der RAD sind in den Art. 47–50 IVV umschrieben. Nach einer Pilotphase mit 4 RAD ab dem 1.1.2003 bestehen nun in der Schweiz zehn RAD mit rund 235 Vollzeitstellen (Stand Stellenplafond Dezember 2006). Die Unterschiede zwischen den RAD sind gross und zwar in Bezug auf verschiedene Dimensionen: z.B. Ausschöpfung der Stellendotation, Arbeitsweise (Untersuchungstätigkeit, Aktenbearbeitung), Zuweisungspraxis der IV-Stellen, Dossierführung.

Die Evaluation ist Teil eines mehrjährigen, breit angelegten Forschungsprogramms des Bundesamtes für Sozialversicherungen zur Invalidenversicherung (IV). Das Programm hat zum **Zweck**, wissenschaftlich gesichertes Wissen zur IV und zur Umsetzung der eingeleiteten Reformen zu erarbeiten und nutzbar zu machen.

Das konkrete **Ziel** der Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste besteht darin, die RAD und das Zusammenspiel zwischen RAD und IV-Stelle umfassend zu evaluieren. Schwerpunkte sollen dabei zum einen die Aufbau- und Durchführungsprozesse (Output), zum andern die Auswirkungen der RAD-Einführung (Impacts) sein.

Die Evaluation sieht zur Erreichung dieser Zielsetzungen folgende vier **Arbeitsschritte** vor:

Arbeitsschritt 1: Typisierung der RAD

Deskriptive Typisierung der Tätigkeiten der RAD und der IV-Stellen, des Zusammenspiels zwischen RAD und IV-Stellen und der Auswirkung von verschiedenen EDV-Systemen auf die Arbeit der RAD. Prüfung der Qualität der gelieferten Daten sowie Beurteilung der Konstitutierungstypen vor ihrem spezifischen Kontext.

Arbeitsschritt 2: Bewertung und Wirkungsanalyse

Entwicklung eines Bewertungssystems zur quantitativen Evaluation der RAD, wobei folgende Variablen zu berücksichtigen sind:

Unabhängige Variablen:

- Arbeitsweise der RAD
- EDV-Systeme
- Dossierführung
- medizinische Untersuchungskompetenz der RAD-Ärzte und Ärztinnen
- personelle Dotierung der RAD

- Zusammenspiel zwischen RAD und IV-Stellen

*Abhängige Variablen:*⁵

- Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen (Fall- und Aggregatsvariable)
- Dauer des Verfahrens (Fallvariable)
- Berentungsquote RAD (Aggregatsvariable)
- Effizienz des Systems RAD – IV-Stelle (Aggregatsvariable)
- Entscheide der kantonalen Gerichte (Fall- und Aggregatsvariable)

Arbeitsschritt 3: Zielerreichung

Klärung der Erreichung der Ziele der RAD gemäss 4. IV-Revision

Arbeitsschritt 4: Formulierung von Empfehlungen

Formulierung von Empfehlungen zur möglichst effizienten Verfahrensabwicklung (Arbeitsabläufe von RAD und IV-Stellen sowie deren Zusammenarbeit) und zur Erreichung der gesteckten politischen Ziele.

⁵ Die abhängigen Variablen sind teilweise Fallvariablen, teilweise Aggregatsvariablen für den RAD. Aus ersteren können Aggregatsvariablen gebildet werden.

2.2 Fragestellungen der Evaluation

Die **Evaluationsfragestellungen** lassen sich aus den in der Ausschreibung vorgegebenen Arbeitsschritte wie folgt ableiten:

Tabelle 2: Die prioritären Evaluationsfragestellungen

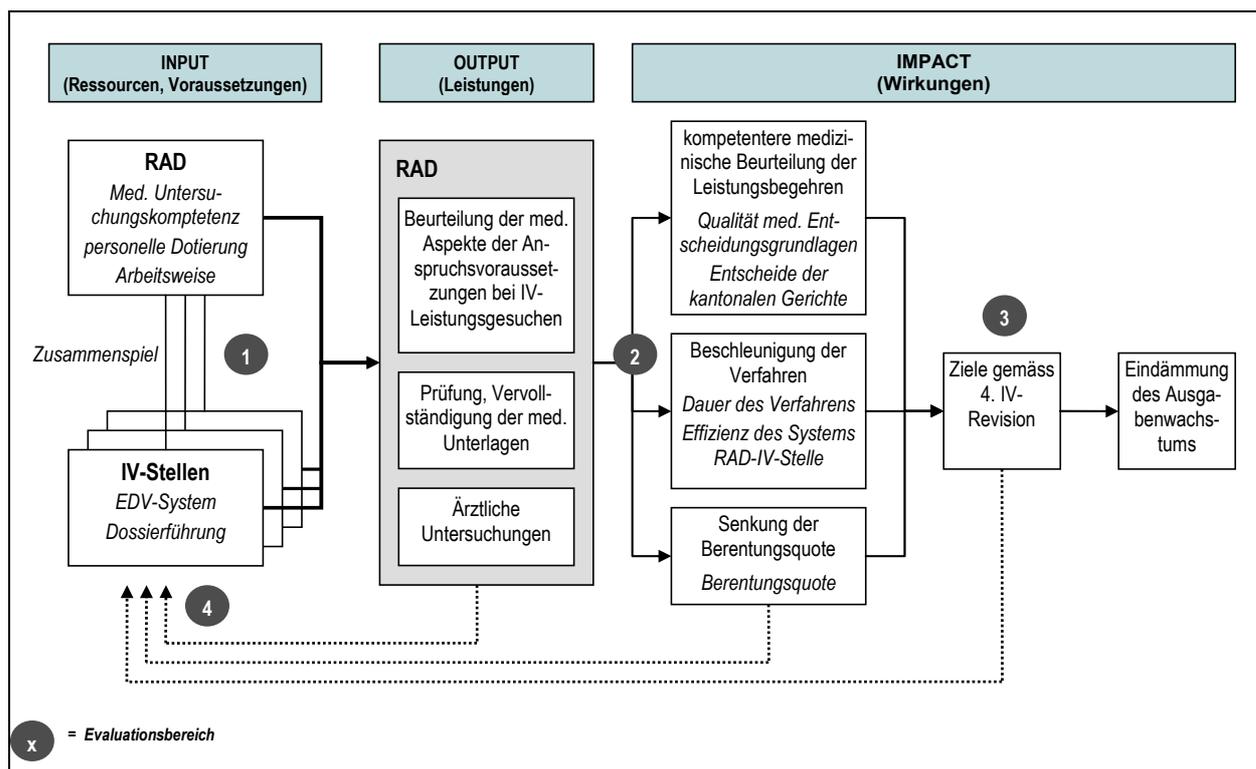
Evaluationsfragestellungen		
Typisierung	Bewertung und Wirkungsanalyse	Zielerreichung
Welche Typen von Tätigkeiten gibt es bei den RAD, den IV-Stellen und der Zusammenarbeit von RAD und IV-Stellen?	Mit welchem Bewertungssystem (Indikatoren) können die Inputs und Voraussetzungen für die RAD einerseits und ihre Leistungen und Wirkungen andererseits beschrieben bzw. gemessen werden?	In welchem Ausmass sind die in der Botschaft zur 4. IV-Revision enthaltenen Ziele der Schaffung der RAD erreicht worden?
Welche Typen von Auswirkungen der EDV-Systeme auf die Tätigkeit der RAD gibt es?	Welche Auswirkungen haben die Merkmale der RAD (Arbeitsweise, medizinische Untersuchungskompetenz, personelle Dotierung) und der IV-Stellen (EDV-System, Dossierführung) sowie ihre Zusammenarbeit auf die folgenden Zieldimensionen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen, ▪ die Dauer des Verfahrens, ▪ die Berentungsquote, ▪ die Effizienz des Systems RAD-IV-Stelle, ▪ die Entscheide der kantonalen Gerichte? 	Aus welchen Gründen wurden die Ziele allenfalls nur teilweise oder nicht erreicht?
Wie ist die Qualität der gelieferten Daten zu beurteilen?		Welche Massnahmen sind allenfalls im Hinblick auf eine bessere Zielerreichung angezeigt?
Empfehlungen		
Welche Änderungen in den Arbeitsabläufen der RAD, der IV-Stellen sowie in der Zusammenarbeit sind zur Verbesserung der Effizienz der Verfahrensabläufe nötig?		

3 Methodologie

3.1 Wirkungsmodell und Evaluationsansatz

Die Stellung der RAD im System, ihre Leistungen und Ziele sind im Wirkungsmodell vereinfacht dargestellt.

Abbildung 5: Wirkungsmodell der RAD und Ansatzpunkte der Evaluation



Quelle: Eigene Darstellung

Aus dem Wirkungsmodell und den Evaluationsfragestellungen ergeben sich folgende **Untersuchungsbereiche** für die Evaluation:

- 1) Typisierung der RAD hinsichtlich ihrer Tätigkeiten und ihrer Zusammenarbeit mit den IV-Stellen
- 2) Bewertung der Inputs, Outputs und Impacts der RAD hinsichtlich mehrerer Zieldimensionen
- 3) Klärung und Bewertung der Zielerreichung
- 4) Formulierung von Empfehlung hinsichtlich Verbesserungen im Arbeitsablauf sowie der Zielerreichung

Die Evaluation ist hauptsächlich als Vorher/Nachher-Vergleich konzipiert. Die Beurteilung der Wirkungszusammenhänge (Evaluationsfragestellung 2) ist zudem als „policy on/off“⁶ Vergleich konzipiert, um den Einfluss der 4. IV-Revision abzuschätzen. Die Beantwortung der Evaluationsfragestellung 3 erfolgt zudem unter dem Beurteilungsansatz eines Soll/Ist-Vergleiches.

3.2 Übersicht über die eingesetzten Methoden

Die Darstellung der eingesetzten Methoden zur Beantwortung der Evaluationsfragestellungen gliedert sich nach den einzelnen Arbeitsschritten.

Arbeitsschritt 1 Typologisierung der RAD:

Um die RAD zu typologisieren sind Daten notwendig hinsichtlich den Arbeitsweisen der RAD und den IV-Stellen sowie Daten zu den Schnittstellen der RAD mit den IV-Stellen.

Es wurden die folgenden eigenen Datenerhebungen durchgeführt:

- Explorative halb-strukturierte Interviews mit dem Leiter der IV-Stelle Zürich, einer Office-Managerin der IVST Zürich und dem Leiter des RAD Nordostschweiz.
- Halb-strukturierte persönliche Interviews mit allen 9 RAD-Leitern und Leiterinnen, einem weiteren RAD-Arzt oder einer weiteren RAD-Ärztin sowie den Leitern und Leiterinnen der jeweiligen IV-Stellen, welchem das RAD angegliedert ist; persönliche Begehung der RAD und IV-Stelle.
- Halb-strukturierte telefonische Interviews mit jeweils einer weiteren IV-Stelle (IVST-Leiter/Leiterin), welche das RAD bedient.⁷

Daneben wurden die gesetzlichen Grundlagen und die zu den RAD verfügbaren Dokumente des BSV (RAD-Journale, div. interne Statistiken) analysiert sowie bereits bestehende Berichte (Sekundärquellen) ausgewertet.

In der nachfolgenden Tabelle sind die durchgeführten Befragungen synoptisch zusammengefasst.

Alle befragten Personen wurden vorgängig per Email über den Inhalt und Zweck der Evaluation informiert. Dem Kontaktschreiben war ein Empfehlungsschreiben des BSV beigelegt. Die Gespräche wurden in der Regel persönlich geführt. Die Liste der Gesprächspartner sowie der Gesprächsleitfäden findet sich im Anhang.

⁶ Dabei wird gefragt, was wäre, wenn bestimmte Voraussetzungen anders wären bzw. wie sich die Situation bei anderen Voraussetzungen gestalten könnte.

⁷ Sofern ein RAD mehrere Kantone bedient.

Tabelle 3: Übersicht über die durchgeführten Befragungen im Rahmen des ersten Arbeitsschrittes

Datenquelle (Grundgesamtheit/Stichprobe)	Wichtigste Themen	Methode der Datenerhebung	Anzahl Befragte
Leiter/Leiterin RAD (Vollerhebung)	Input RAD, Zusammenarbeit IVST- RAD, Output RAD, Prozesse innerhalb RAD	Halb-strukturierte persönliche Interviews	9
Arzt/Ärztin RAD (gezielte Auswahl)			9
LeiterIn (oder Stv.) derjenigen IV-Stelle, welcher der RAD angegliedert ist. (Vollerhebung)			9
LeiterIn (oder Stv.) einer IV-Stelle, die von RAD mit Dienstleistungen versorgt wird. (gezielte Auswahl)	Input RAD, Zusammenarbeit IVST-RAD, Output RAD	Halb-strukturierte telefonische Interviews	6
Back office ManagerIn bei IVST (gezielte Auswahl)			Halb-strukturierte persönliche Interviews

Arbeitsschritte 2, 3 und 4 (Bewertung und Wirkungsanalyse, Zielerreichung und Formulierung von Empfehlungen):

Für die Arbeitsschritte 2, 3 und 4 wurde auf das in den Interviews erhobene Datenmaterial zurückgegriffen sowie ergänzend dazu, Sekundärdaten hinzugezogen.

Die **Grenzen der Evaluation** bestehen in erster Linie in der vorhandenen Datenlage. Die Evaluation kann nur Aussagen zu Bereichen machen, wo einigermassen gesicherte und unter Umständen vergleichbare Daten vorhanden sind. Eine verlässliche Evaluation kann daher nur vorgenommen werden, wenn auf klar definierte, einheitlich und systematisch erhobene Daten zurückgegriffen werden kann oder die Möglichkeit besteht, diese selber zu erheben.

4 Ergebnisse der Evaluation

4.1 Typologisierung der regionalen ärztlichen Dienste

Erste Erkenntnisse zu möglichen Typisierungsdimensionen lassen sich aus der Machbarkeitsstudie und dem Detailkonzept ableiten. In der Machbarkeitsstudie zur Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste (evaluanda 2003) werden verschiedene Evaluationsindikatoren vorgeschlagen für die Erfassung der Bearbeitungszeiten der IV-Dossiers, der Organisation der externen Gutachten und der Zusammenarbeit von IV-Stellen und RAD. Unter anderem wurde die Erhebung der folgenden Indikatoren empfohlen:

- Bearbeitungsdauer eines Dossiers beim RAD
- Anzahl MEDAS Gutachten
- Anzahl Fälle mit/ohne Untersuchung der Versicherten
- Anzahl vom RAD behandelte Anfragen

Im Detailkonzept Steuerung 07 (BSV 2006) werden für die Führung der RAD die Erhebung der folgenden vier Indikatorengruppen empfohlen:

- **Qualität und Brauchbarkeit der medizinischen Stellungnahmen des RAD:** qualitativer Indikator
- **Bearbeitungsdauer der Anfragen:** Median der Bearbeitungsdauer einer Anfrage im RAD
- **Rückgriff auf externe Experten:** Durchschnittliche Anzahl externer Gutachten pro Jahr
- **Produktivität RAD:** Durchschnittliche Anzahl der bearbeiteten Dossiers pro Jahr und pro MitarbeiterIn; Durchschnittliche Anzahl eigener Untersuchungen pro Jahr und pro MitarbeiterIn

Ein Teil der obigen Indikatoren wird bereits vom RAD in seinen Journalen erhoben. Das RAD-Journal dient der statistischen quantitativen Erfassung der Aktivitäten innerhalb des RAD. Es werden unter anderem Daten zur Liegezeit (Zeitspanne, für welche sich ein Dossier zur Bearbeitung beim RAD befindet), der Bearbeitungszeit der einzelnen Dossiers, der Untersuchungstätigkeit, der Gründe zur Dossievorlage (Einsprache, Gerichtsverfahren, Regress etc.) und zum Thema der RAD Stellungnahme (Gesundheitsschaden, Geburtsgebrechen, berufliche Massnahmen etc.) erfasst. Das Journal wird durch das Personal des RAD ausgefüllt. In einem ersten Schritt wurden die BSV internen Auswertungen der RAD-Journale (Kurth 2005, Reuter 2001, 2004, 2005) studiert.

Für die Pilotphase liegen Auswertungen der RAD-Journale vor, diese wurden teilweise für das Jahr 2005 für alle regionalen ärztlichen Dienste aktualisiert (Kurth 2005). Wie die Durchsicht dieser Auswertungen gezeigt hat, sind die in den RAD-Journalen erhobenen Daten nur in limitierter Masse für Vergleiche zwischen den RAD geeignet. Das BSV erliess nie eine Weisung betreffend der Handhabung des RAD-Journals. Dies hat zu unterschiedlichen Zuordnungskriterien, ungleichen Erfassungs- bzw. Erhebungsarten sowie Ungenauigkeiten in der Erfassung geführt. Der Fallbegriff und die Definition der Bearbeitungsdauer (Liegezeit) werden in den einzelnen RAD unterschiedlich gehandhabt.

Die Daten der einzelnen RAD sind daher sehr inhomogen.⁸ Aus diesem Grund wird auf eine detaillierte Präsentation der Ergebnisse der BSV internen Auswertungen verzichtet.

Bei der Analyse der RAD-Journalen zeigten sich einige grundlegende Probleme, die auch bei der Datenerhebung der Interviews zum Tragen kamen: Die Datenerhebung ist nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der einzelnen RAD unterschiedlich. Wenn ein RAD mehrere IV-Stellen mit seinen Leistungen versorgt, kann es vorkommen, dass die Daten von den einzelnen RAD vor Ort unterschiedlich erhoben werden. Dies kann verschiedene Gründe haben. Einerseits kann es daran liegen, dass die IV-Stellen mit unterschiedlichen EDV-Systemen arbeiten oder eine unterschiedliche Zuweisungspraxis der Dossiers haben. Andererseits wird die Datenerhebung zu wenig vom RAD gesteuert und harmonisiert. Dies führt zu unterschiedlichen Erhebungs- und Erfassungsarten.

Insbesondere bei der Erfassung der Liegezeiten der Dossiers und der Anzahl der bearbeiteten Anfragen sind innerhalb und zwischen den RAD Erhebungs- und Erfassungsunterschiede auszumachen. Einige RAD erfassen die Liegezeit eines Dossiers ab dem Zeitpunkt, wenn die Anfrage der IVST beim RAD eingetroffen ist. Andere RAD hingegen erfassen die Liegezeit der Dossiers erst ab dem Zeitpunkt, wenn ein RAD-Arzt/Ärztin eine Anfrage zu bearbeiten beginnt. Pro Versichertendossiers können mehrere An- bzw. Rückfragen an den RAD gestellt werden. Wenn aufgrund von Unklarheiten oder Rückfragen eine Anfrage gleich wieder an die IVST zurück geht, so kann dies die interne Statistik dahingehend verfälschen, dass es eine kurze Bearbeitungsdauer (und ein hohes Bearbeitungsvolumen) suggeriert. Die Erfassung solcher Mehrfachanfragen wird sowohl innerhalb als auch zwischen den RAD unterschiedlich gehandhabt.

Kommentar des Evaluationsteams

Aufgrund fehlender verbindlicher Vorgaben des BSV variiert die Datenerhebung in den RAD-Journalen innerhalb und zwischen den RAD beträchtlich. Die statistischen Voraussetzungen für einen quantitativen Vergleich der RAD sind nicht gegeben.

Aus den RAD-Journalen sind Unterschiede zwischen den neun RAD feststellbar: Sie unterscheiden sich unter anderem in der personellen Dotierung, der Anzahl eigener ärztlicher Untersuchungen, der Anzahl der bearbeiteten Anfragen sowie den Liegezeiten der Dossiers. Aufgrund der uneinheitlichen Datenlage sind die festgestellten Unterschiede zwischen den RAD jedoch nur von beschränkter Aussagekraft.

⁸ Die RAD-Journale waren ursprünglich nur für die Pilotphase geplant und waren nicht auf eine Vergleichbarkeit zwischen den RAD ausgerichtet. Nach der Pilotphase erfolgte keine Weiterentwicklung der RAD-Journale und es fand keine Schulung der RAD-Ärzte und -Ärztinnen statt, um eine einheitliche Datenerfassung zu gewährleisten.

Festlegung der Typologisierungsdimensionen

Basierend auf der Dokumentenanalyse und den Explorationsgesprächen wurden die Typologisierungsdimensionen festgelegt. Gemäss der Ausschreibung des BSV gilt es, die RAD hinsichtlich der folgenden Merkmale zu gruppieren:

- Organisation und Arbeitsweise RAD („Tätigkeiten der RAD“)
- Organisation und Arbeitsweise der IV-Stellen („Tätigkeiten der IV-Stellen“)
- das Zusammenspiel zwischen RAD und IV-Stellen
- die verschiedenen EDV-Systeme⁹

Die RAD sollen vor ihrem spezifischen Kontext beurteilt werden. Daher wird dieser in einem ersten Schritt näher charakterisiert. Es handelt sich hierbei um Unterschiede in der Betriebsdauer der RAD, der Heterogenität des zu bedienenden Versorgungsgebietes und der Heterogenität der EDV-Systeme.

Tabelle 4: Indikatoren zum Kontext der RAD

Kontext der RAD	Beschreibung der Indikatoren
Bestandesdauer RAD	Betriebszeit in Jahren (Pilot-RAD ja/nein)
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl zu bedienende Kantone ▪ Subj. Einschätzung von RAD und IVST hinsichtlich der Schwierigkeiten und Probleme bei der Bedienung mehrerer Kantone
Heterogenität der EDV-Systeme	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl verschiedene EDV-Systeme ▪ Subj. Einschätzung von RAD und IVST hinsichtlich Problemen und Schwierigkeiten im täglichen Umgang mit der EDV

In einem zweiten Schritt gilt es, die RAD hinsichtlich ihrer Organisation und Arbeitsweise zu charakterisieren. Dies beinhaltet eine Unterscheidung der RAD hinsichtlich ihrer personellen Dotierung, ihrer Untersuchungstätigkeit, ihrer Produktivität sowie ihrer Autonomie.

Dabei zeigten sich Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der Daten. Wie bereits vorgängig diskutiert besteht die Schwierigkeit in der Vergleichbarkeit der Daten, da die einzelnen RAD mit unterschiedlichen EDV-Systemen arbeiten, teilweise ihre Leistungen mehreren Kantonen zur Verfügung stellen und die Daten in den RAD-Journalen unterschiedlich erheben. Insbesondere die Liegezeiten der vom RAD behandelten Anfragen und die Anzahl der bearbeiteten Anfragen/Dossiers werden uneinheitlich erhoben. Diese Indikatoren sind daher als „Näherungswerte“ zu verstehen.

⁹ Die Auswirkungen der EDV-Systeme auf die Tätigkeit des RAD wird nicht als separate Unterscheidungsdimension aufgeführt. Stattdessen werden die Auswirkungen der EDV-Systeme bei verschiedenen Unterscheidungsdimensionen diskutiert, beispielsweise bei der Dossierführung oder dem Kontext der RAD.

Tabelle 5: Indikatoren zur Organisation und Arbeitsweise der RAD

Organisation und Arbeitsweise der RAD	Beschreibung der Indikatoren
Personelle Dotierung RAD	Ausschöpfung Stellenplafonds absolut und in %
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Anzahl vom RAD bearbeitete Anfragen ¹⁰ pro Jahr absolut
Medizinische Untersuchungen	Anzahl medizinische Untersuchungen pro Jahr absolut und in % der bearbeiteten Anfragen
Externe Gutachten	Anzahl externe Gutachten pro Jahr absolut und in % der bearbeiteten Anfragen
MEDAS-Gutachten	Anzahl MEDAS Gutachten pro Jahr absolut und in % der bearbeiteten Anfragen
Produktivität	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchschnittliche Liegezeit der Dossiers im RAD (in Tagen)¹¹ ▪ Subj. Einschätzung von RAD und IVST hinsichtlich Produktivität
Qualitätsmanagement RAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzung von RAD hinsichtlich seines QM ▪ Vorhandensein von QM-Instrumenten
Autonomie RAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzung von IVST und RAD hinsichtlich Autonomie des RAD ▪ Kompetenzen des RAD-Leiters (Budgethoheit, Personal)

In einem dritten Schritt werden die RAD hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit mit den IVST charakterisiert. Dies beinhaltet eine Beurteilung des Inputs der IVST, der internen Arbeitsabläufe, der Einbindung des RAD in den IVST-Prozess sowie der Schnittstellen mit beruflicher Abklärung und Rechtsdienst.

¹⁰ Pro Versicherten-Dossier können mehrere Anfragen an den RAD gemacht werden. Deshalb wird der Fallbegriff der „Anfrage an den RAD“ verwendet. Es gilt jedoch zu beachten, dass in den einzelnen RAD der Fallbegriff unterschiedlich gehandhabt wird (vgl. Kapitel 4.1).

¹¹ Die Erfassung der Liegezeiten wird in den einzelnen RAD teilweise unterschiedlich gehandhabt (vgl. Kapitel 4.1). Die Vergleichbarkeit ist daher eingeschränkt.

Tabelle 6: Indikatoren zur Zusammenarbeit von RAD und IVST

Zusammenarbeit von RAD und IVST	Beschreibung der Indikatoren
Qualität Input an RAD	Subj. Einschätzung von Seiten der IVST und dem RAD sowie Vorhandensein von Richtlinien hinsichtlich der folgenden Punkte: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität der Anfragen an RAD ▪ Qualität der Dossieraufbereitung ▪ Qualität der Zuweisungspraxis
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Subj. Einschätzungen von Seiten der IVST und dem RAD bzgl. interner Kommunikation, Systematik des Einbezugs des RAD (Fallführung) etc.
Schnittstellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzungen von Seiten der IVST und dem RAD hinsichtlich der Schnittstellen mit der beruflichen Abklärung und dem Rechtsdienst ▪ Vorhandensein von Richtlinien und Gefässen bzgl. der Schnittstellen mit Rechtsdienst und beruflicher Abklärung (bspw. interdisziplinäre Triagegespräche)
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Subj. Einschätzungen von Seiten der IVST und dem RAD hinsichtlich der Konflikthaftigkeit ihrer Zusammenarbeit

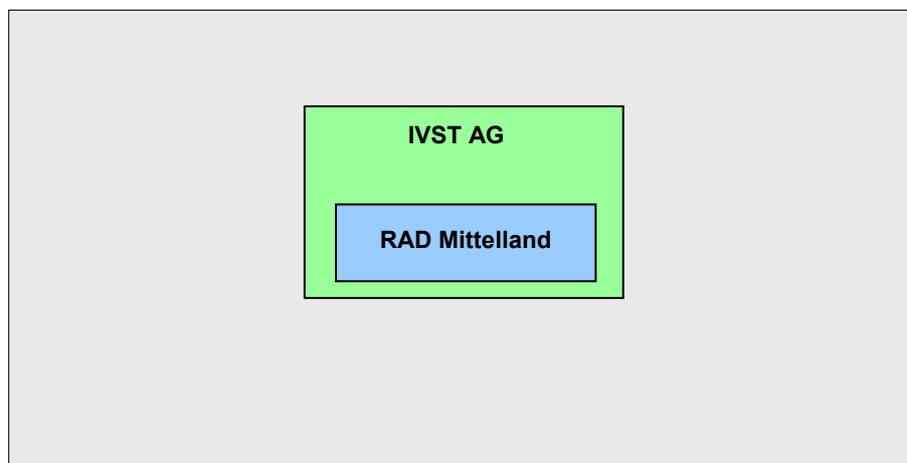
Nachfolgend wird jeder der neun RAD in Bezug auf seinen Kontext, seine Organisation und Arbeitsweise sowie seine Zusammenarbeit mit den IV-Stellen charakterisiert. Die Angaben dazu stammen aus den Interviews. Die interviewten Personen wurden um ihre subjektive Einschätzung hinsichtlich verschiedener Aspekte gebeten. Zusätzlich wurde bei einzelnen Aspekten um quantitative Angaben gebeten (vgl. obige Tabellen). Die Informationen aus den Interviews wurden qualitativ verarbeitet. Die Portraits der neun RAD stellen eine Aussensicht dar, die wir aufgrund der Informationen aus den Interviews erhalten haben.

In einem zweiten Schritt wurden die neun RAD hinsichtlich verschiedener Unterscheidungsdimensionen typologisiert.

Der regionale ärztliche Dienst Mittelland

Der RAD Mittelland ist administrativ der IV-Stelle Aargau angegliedert. Der RAD Mittelland bedient nur den Kanton Aargau mit seinen medizinischen Beurteilungen.

Abbildung 6: Organisation und Aufbau des RAD Mittelland



Beim RAD Mittelland handelt es sich um einen Pilot-RAD. Aufgrund der Tatsache, dass der RAD Mittelland nur eine IVST mit seinen Leistungen bedient, wird die Heterogenität des Einzugsgebietes und des EDV-Systems als gering eingestuft.

Tabelle 7: Kontext des RAD Mittelland

Kontext des RAD Mittelland	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2002 (Pilot-RAD)
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Geringe Heterogenität (1 Kanton)
Heterogenität der EDV-Systeme	Geringe Heterogenität (1 EDV-System) Die IVST Aargau arbeitet mit dem EDV-System OSIV. Die Dossierführung ist mehrheitlich elektronisch. Einzig Dossiers, die vor 1997 eröffnet wurden, werden in Papierform bearbeitet. Diese parallele Dossierführung ist aufwändig. Die Umstellung auf rein elektronische Dossiers ist in Planung.

Im Vergleich zum Jahr 2005 konnte der RAD Mittelland dank mehreren Neuanstellungen seinen Stellenplafonds voll ausschöpfen.

Bei 3.3% der begutachten Dossiers wurden eigene medizinische Untersuchungen durchgeführt. Die Anzahl eigener medizinischer Untersuchungen konnte dank verbessertem Personalbestand im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht werden. Bei 8.7% der begutachten Dossiers wurde ein externes Gutachten eingeholt, bei 1.7% ein MEDAS-Gutachten. In rund 85% der Dossiers erfolgte die medizinische Stellungnahme des RAD aufgrund der Aktenlage.

Tabelle 8: Organisation und Arbeitsweise des RAD Mittelland

Organisation und Arbeitsweise	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der Stellenplafonds wird vollständig ausgeschöpft. Alle 20 Vollzeitstellen sind besetzt.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Der RAD Mittelland begutachtete 7'269 Dossiers.
Medizinische Untersuchungen	Der RAD Mittelland führte 243 eigene medizinische Untersuchungen durch. Dies entspricht 3.3% der vom RAD bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	Der RAD gab 635 externe Gutachten in Auftrag. Dies entspricht 8.7% der vom RAD bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Der RAD gab 118 MEDAS-Gutachten in Auftrag. Dies entspricht 1.6% der vom RAD bearbeiteten Anfragen.
Produktivität	Die durchschnittliche Liegezeit der Dossiers beträgt rund 44.5 Tage.
Qualitätsmanagement RAD	Das interne Qualitätsmanagement ist im Aufbau. Das interne QM hat zwei Zielsetzungen. Zum einen soll damit eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Stellungnahmen erreicht werden. Dafür ist eine systematische Überprüfung der Stellungnahmen durch die RAD-Leitung in Planung. Zum andern soll mit dem internen QM die Wahl der Untersuchungsmittel optimiert werden, vor allem im Hinblick auf die kantonale Rechtspraxis. ¹² Im Rahmen des internen Qualitätsmanagement werden Beurteilungskriterien für die Qualität von externen Gutachten erarbeitet. Eine „Gutachtenverwaltung“ ist bereits eingeführt mit dem Ziel, die Qualität der externen Gutachten zu optimieren. Ein Untersuchungskonzept ist in Erarbeitung, welches festhält, wann welche Untersuchungsmethode unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten am sinnvollsten ist.
Autonomie RAD	Die Autonomie des RAD wird als gross beurteilt. Der Leiter des RAD Mittelland verfügt über Budgethoheit und stellt autonom das medizinische und administrative Personal ein. Er führt den RAD in administrativen, finanziellen und personellen Belangen.

Die Zusammenarbeit zwischen RAD und IVST gestaltet sich gesamthaft betrachtet relativ reibungslos. Zurzeit sind Reorganisationen in den internen Abläufen und der internen Kommunikation im Gange, ausgelöst durch den personellen Wechsel bei der Leitung der IVST.

¹² Dies vor dem Hintergrund, dass vor dem lokalen Gericht unter Umständen Einschätzungen des RAD einen höheren Stellenwert haben, wenn sie auf eigene fachärztliche Untersuchungen oder auf externe bzw. MEDAS-Gutachten gestützt sind, als wenn es sich um Entscheide aufgrund der Aktenlage („Dossierentscheid“) handelt.

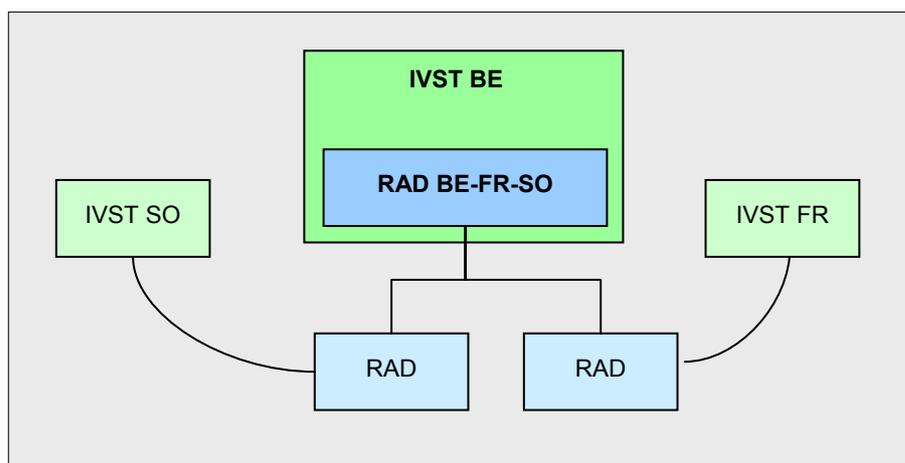
Tabelle 9: Zusammenarbeit von RAD Mittelland und IVST AG

Zusammenarbeit von RAD und IVST	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Die Vorgaben des BSV bezüglich der Zuweisung der Dossiers an den RAD wurden in der Vergangenheit aufgrund der massiven personellen Unterbesetzung des RAD nicht immer erfüllt. Mittlerweile wird die Zuweisung der Dossiers jedoch als adäquat erachtet. Beim Zuweisungszeitpunkt ist noch Optimierung möglich. So wurden die Dossiers teilweise in einer zu späten Prozessphase dem RAD vorgelegt. Eine interne Weisung, welche Fälle dem RAD zu welchem Zeitpunkt vorgelegt werden müssen, existiert (noch) nicht.</p> <p>Die Aufbereitung der Dossiers (Dossierführung) sowie Inhalt und Formulierung der Anfragen an den RAD sind noch nicht optimal. Mit dem EDV-System OSIV lässt sich zwar eine Fallchronik generieren, diese ist jedoch unzureichend. Bei den Papierdossiers sind die Dokumente oftmals nicht geordnet, was ein Auffinden der gewünschten Unterlagen zusätzlich erschwert. Dies führte teilweise zu Konflikten zwischen dem RAD und der Sachbearbeitung der IVST.</p> <p>Die Qualität der Anfragen an den RAD soll durch Präzisierungen bei der Fragestellung verbessert werden. Bestrebungen dazu sind im Gange, in Form eines internen Qualitätsmanagements.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	<p>Der RAD Mittelland ist in den Arbeitsprozess der IV-Stelle Aargau eingebunden, allerdings gibt es keine Fixpunkte, zu welchem Zeitpunkt der RAD beigezogen werden soll. Die Fallführung liegt bei der Sachbearbeitung der IV-Stelle. Diese macht die Triage der Fälle.</p> <p>Die Kommunikation zwischen der Sachbearbeitung der IVST und dem RAD ist teilweise noch mangelhaft. Die Zahl der unnötigen Zweitanfragen an den RAD soll durch eine verbesserte (d.h. persönliche anstelle von schriftliche) Kommunikation reduziert werden.</p>
Schnittstellen	<p>Zur Verbesserung der internen Kommunikation wurden interne Plattformen (ERFA-Sitzungen) geschaffen sowie die Schnittstellen mit der Berufsberatung und der Arbeitsvermittlung neu definiert.</p> <p>Im Hinblick auf die 5. IVG-Revision wurden in der IVST AG neue Instrumente angewandt. Im Rahmen des Pilotprojektes „Integration“ wird bei rund einem Drittel der Fälle ein Erstgespräch durchgeführt. Bei diesem Gespräch sind neben Vertretungen der Sachbearbeitung und der beruflichen Eingliederung auch eine Vertretung des RAD anwesend.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	<p>Abgesehen von Problemen in der Kommunikation zwischen Sachbearbeitung und RAD wird die Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit als niedrig eingestuft.</p>

Der regionale ärztliche Dienst Bern Freiburg Solothurn (RAD BE-FR-SO)

Der RAD BE-FR-SO ist organisatorisch der IV-Stelle Bern angegliedert und bedient zusätzlich die IV-Stellen Freiburg und Solothurn mit seinen medizinischen Stellungnahmen. Dafür hat der RAD BE-FR-SO in Freiburg und Solothurn eigene Teams vor Ort („Satelliten-RAD“).

Abbildung 7: Organisation RAD BE-FR-SO



Das Einzugsgebiet des RAD BE-FR-SO ist heterogen. Die unterschiedlichen EDV-Systeme und eine Zusammenarbeit über die Sprachgrenze hinweg, stellen den RAD vor Herausforderungen.

Tabelle 10: Kontext des RAD BE-FR-SO

Kontext des RAD BE-FR-SO	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2005
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Grosse Heterogenität (3 Kantone; Bedienung unterschiedlicher Sprachräume)
Heterogenität der EDV-Systeme	Grosse Heterogenität (2 EDV-Systeme, die IV-Stellen Bern und Solothurn arbeiten mit OSIV, die IV-Stelle Freiburg mit GILAI) Insbesondere die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Freiburg ist logistisch aufwändig, da die IV-Stelle Freiburg über ein anderes EDV-System verfügt als die IV-Stelle Bern. ¹³

Der RAD BE-FR-SO ist personell stark unterdotiert. Der Stellenplafonds wird nur rund zur Hälfte ausgeschöpft. Die starke personelle Unterdotierung hat Auswirkungen auf die Arbeitsweise des

¹³ Ein Grossteil der medizinischen Untersuchungen findet in Bern statt. Dies machte es notwendig, dass Dossiers von Freiburg nach Bern transportiert werden müssen. Aufgrund der unterschiedlichen EDV-Systeme ist kein elektronischer Dossiertransfer möglich. Dossiers der IV-Stelle Freiburg müssen kopiert, dann per Privatauto nach Bern transportiert und anschliessend nach Gebrauch wieder vernichtet werden.

RAD BE-FR-SO, insbesondere auf die eigene Untersuchungstätigkeit und die Liegezeit der Dossiers im RAD. Die durchschnittliche Liegezeit beträgt momentan rund 30 Tage. Zudem gab es hohe Personalfluktuationen, was sich negativ auf die Effizienz des RAD auswirkte.

Tabelle 11: Organisation und Arbeitsweise des RAD BE-FR-SO

Organisation und Arbeitsweise des RAD BE-FR-SO	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der Stellenplafonds wird rund zur Hälfte ausgeschöpft. Das RAD BE-FR-SO verfügt über 42.5 Planstellen, davon ist rund die Hälfte (21.5 Stellen) aktuell besetzt. Davon befinden sich 2.7 Planstellen in Solothurn, 3.3 Planstellen in Freiburg und 15.5 Planstellen in Bern. Die Anzahl der fachärztlichen Richtungen wird als unzureichend empfunden, insbesondere Fachärzte der Richtung Rheumatologie und Orthopädie fehlen.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Im Jahr 2006 bearbeitete der RAD BE-FR-SO insgesamt 20'599 Anfragen. Davon entfielen 6910 Anfragen auf BE, 4724 Anfragen auf SO und 8965 Anfragen auf FR. ¹⁴
Medizinische Untersuchungen	Insgesamt wurden rund 400 eigene ärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dies entspricht 1.9% der bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	Es wurden rund 2'500 externe Gutachten (davon 450 polydisziplinäre Gutachten) in Auftrag gegeben. Dies entspricht 12.1% der bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Im Jahr 2006 wurden 575 MEDAS-Gutachten in Auftrag gegeben. Dies entspricht 2.8% der bearbeiteten Anfragen. Die Anzahl MEDAS-Gutachten hat aufgrund der langen Wartezeiten abgenommen.
Qualitätsmanagement RAD	Ein eigentliches Qualitätsmanagement gibt es beim RAD BE-FR-SO noch nicht. In der MitarbeiterInnenbeurteilung werden jedoch auch Qualitätsaspekte angesprochen. Die Mitarbeiterbeurteilung beinhaltet die durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro Dossier sowie auch die Qualität der medizinischen Stellungnahmen.
Produktivität	Die durchschnittliche Liegezeit beträgt rund 30 Tage.
Autonomie RAD	Der RAD-Leiter verfügt über keine Budgethoheit. Die Anstellungen werden primär vom Leiter der IV-Stelle (in Rücksprache mit dem RAD-Leiter) vorgenommen. Die Autonomie des RAD wird vom RAD selbst als insgesamt hoch erachtet. Von aussen betrachtet macht es jedoch den Anschein, dass der RAD sehr stark der IV-Stelle BE angegliedert ist; da der Leiter des RAD nur über beschränkte Kompetenzen verfügt, um die administrative, finanzielle und personelle Leitung des RAD wahrzunehmen. Zudem bestehen unterschiedliche Sichtweisen zwischen der Leitung RAD und der Leitung der IV-Stelle Bern hinsichtlich der Produktivität und Effizienz des RAD. ¹⁵

¹⁴ Die im Vergleich zu Bern sehr hohe Zahl von Anfragen in FR und SO hat zwei Ursachen. Zum einen variieren die Erhebungsarten zwischen den drei IVST, zum andern ist die Zahl an Mehrfachanfragen in SO und FR um einiges höher als in BE (vgl: BE Faktor 1.3, SO Faktor 2.5, in FR Faktor 2.6).

¹⁵ Die IVST ermahnt den RAD zu mehr Optimierungsüberlegungen. Die IVST wünscht sich vom RAD ein verstärktes Arbeiten mit Wirkungs- und Leistungszielen.

Die Zusammenarbeit zwischen IVST und RAD ist noch nicht optimal. Einerseits führt die parallele Dossierführung zu Ineffizienz in den Arbeitsabläufen, andererseits führen unpräzise oder unpassende Anfragen¹⁶ an den RAD zu Unstimmigkeiten zwischen Sachbearbeitung und RAD.

Tabelle 12: Zusammenarbeit zwischen RAD BE-FR-SO und IVST BE

Zusammenarbeit von RAD und IVST	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	Die parallele Dossierführung ¹⁷ bei der IVST BE ist aufwändig und arbeitsintensiv. Die Schnittstelle RAD und IVST ist nicht sauber definiert. Dies führt zu Problemen in der Zusammenarbeit. Bei den internen Abläufen besteht noch Optimierungsbedarf. Insbesondere bei den Anfragen (Fragestellungen) an den RAD und der Zuweisung der Fälle an den RAD gibt es Verbesserungspotenzial. Die Anfragen an den RAD sind teilweise sehr vage formuliert oder betreffen Aspekte, zu denen der RAD nicht Stellung nehmen kann (beispielsweise Anfragen zu juristischen Aspekten).
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Es gibt keine interne Weisung der IV-Stelle, zu welchem Zeitpunkt und in welchen Fällen der RAD in den Arbeitsprozess eingebunden werden soll. Eine schriftliche Abbildung der Arbeitsprozesse fehlt. Im Hinblick auf die Ziele der 5. IVG-Revision („Eingliederung vor Rente“) wird verstärkt versucht, den RAD frühzeitig einzubinden. Mit dem neu geschaffenen Instrument der „intake“ Gespräche soll diese frühzeitige Einbindung sicher gestellt werden. Es gibt Kommunikationsprobleme zwischen IVST und RAD. Unnötige Mehrfachanfragen an den RAD aufgrund von Unklarheiten sollen in Zukunft dadurch reduziert werden, dass bei Zweitanfragen direkt (d.h. persönlich) mit dem RAD kommuniziert werden muss.
Schnittstellen	Die Stellungnahmen des RAD zur Erwerbsfähigkeit führen teilweise zu Konflikten mit den Fachleuten aus der beruflichen Abklärung; da der Abklärungsdienst vor Ort zu anderen Einschätzungen kommt. Mit dem Pilotprojekt AMA soll die Zusammenarbeit zwischen RAD und beruflicher Abklärung verbessert werden. Eine klar definierte Schnittstelle mit dem Rechtsdienst fehlt. Das RAD wird sporadisch darüber informiert, ob ihre Einschätzungen vor Gericht gestützt wurden oder nicht.
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Die Stellungnahmen des RAD sind für die IVST nicht verbindlich. Sie dienen lediglich als Entscheidungsgrundlage und haben für die IVST Empfehlungscharakter. Dies kann zu Konflikten mit dem RAD führen. Vor allem bei der Beurteilung von psychischen Erkrankungen gibt es Rückfragen von der IVST beim RAD.

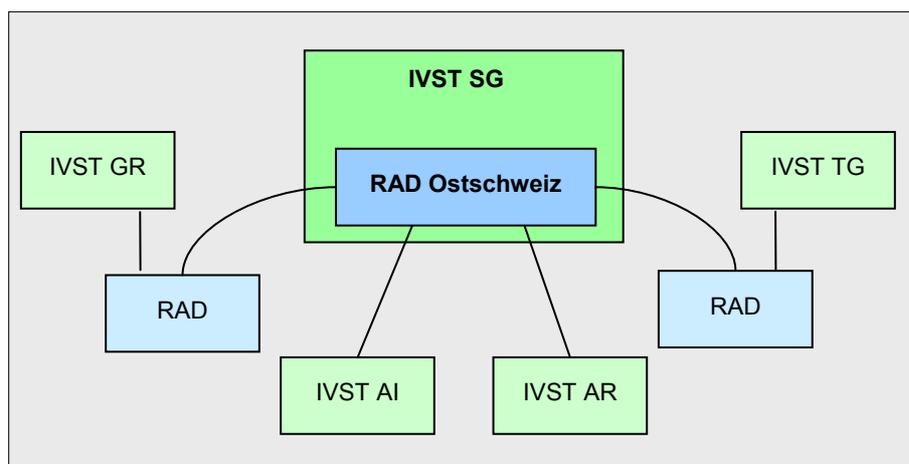
¹⁶ Damit sind Anfragen gemeint, zu deren Stellungnahme der RAD nicht befugt ist (rechtliche Aspekte etc).

¹⁷ Versichertendossiers, die vor 1998 eröffnet wurden, sind nur in Papierform vorhanden, danach erfolgte die Dossierführung elektronisch. Eine Umstellung auf rein elektronische Dossiers ist noch offen. Ein weiterer Kritikpunkt am EDV-System ist, dass OSIV nicht die „first in – first out“ Arbeitsweise unterstützt, was ein diszipliniertes Abarbeiten der Pendenzen erschwere.

Der regionale ärztliche Dienst Ostschweiz

Der RAD Ostschweiz ist administrativ der IV-Stelle St. Gallen angegliedert und bedient, nebst St. Gallen, auch die Kantone Appenzell Innen- und Ausserrhoden, Thurgau und Graubünden. Für die Bedienung der Kantone Thurgau und Graubünden besteht jeweils ein RAD-Team vor Ort („Satelliten-RAD“). Die Kantone AI und AR werden von St. Gallen aus bedient. Alle medizinischen Untersuchungen finden jedoch in St. Gallen statt.

Abbildung 8: Organisation RAD Ostschweiz



Die Bedienung von fünf IV-Stellen ist mit grossem logistischen Aufwand verbunden; insbesondere die Harmonisierung der Arbeitsabläufe ist zeitaufwändig (Eigendynamik der Abläufe). Die internen Prozesse und Arbeitsweisen sind sehr unterschiedlich zwischen den einzelnen IV-Stellen. Eine Harmonisierung von internen Abläufen wird in der Betriebskommissionssitzung¹⁸ angestrebt.

Tabelle 13: Kontext RAD Ostschweiz

Kontext des RAD Ostschweiz	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2002 (Pilot-RAD)
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Grosse Heterogenität (5 Kantone)
Heterogenität der EDV-Systeme	Geringe - Mittlere Heterogenität (2 EDV-System) Alle vom RAD Ostschweiz bedienten IV-Stellen arbeiten mit ELAR, einzig Appenzell Ausserrhoden arbeitet mit einem anderen EDV-System (mit OSIV). Dies wird als unproblematisch erachtet. Zwei Mitarbeiter sind nebst ELAR auch auf OSIV geschult. Die Dossierführung ist elektronisch, einzig AI und AR arbeiten nebst elektronischen auch noch mit Papier-Dossiers.

¹⁸ Die Betriebskommission besteht aus den Leiter und Leiterinnen der IVST SG, GR, TG, AI und AR sowie der Leiterin des RAD Ostschweiz.

Der RAD Ostschweiz stützt sich in der Beurteilung der Dossiers mehrheitlich auf externe Gutachten ab. Die niedrige medizinische Untersuchungstätigkeit wird dahingehend begründet, dass dafür eine Aufstockung der personellen Ressourcen notwendig wäre.

Tabelle 14: Organisation und Arbeitsweise des RAD Ostschweiz

Organisation und Arbeitsweise RAD	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Das RAD St. Gallen verfügt über 32 Planstellen; derzeit beträgt die Ausschöpfung des Stellenplafonds rund 80%. 17 Vollzeitstellen befinden sich in SG; Graubünden verfügt über 3 Vollzeitstellen, Thurgau über 5 Vollzeitstellen. Die Stellendotierung in St. Gallen wird als knapp ausreichend empfunden, Graubünden ist personell unterdotiert und Thurgau ist ebenfalls knapp an Personal.
Vom RAD behandelte Dossiers	Der RAD Ostschweiz bearbeitete 23'947 Anfragen (Dossiers), davon entfielen 12'372 auf SG, 5'188 auf GR, 4'975 auf TG, 1'034 auf AR und 378 auf AI.
Medizinische Untersuchungen	Im Jahr 2006 wurden 270 eigene fachärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dabei handelte es sich vor allem um rheumatologisch/orthopädische, psychiatrische und internistisch/pneumologische sowie arbeitsmedizinische Untersuchungen. Dies entspricht 1.1% der vom RAD bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	Es wurden rund 1'100 externe Gutachten eingeholt. Dies entspricht 4.5% der vom RAD bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Es wurden insgesamt 467 MEDAS-Gutachten eingeholt. Dies entspricht 1.9% der vom RAD bearbeiteten Anfragen. Von den MEDAS-Gutachten entfielen 355 auf SG, 72 auf TG und 40 auf GR sowie einige wenige auf AI und AR. Infolge eines vorübergehenden Aufnahmestopps ist die Anzahl MEDAS-Gutachten im Vergleich zum Vorjahr rückläufig.
Qualitätsmanagement RAD	Die Qualitätskontrolle der Arbeit des RAD umfasst nebst stichprobenartigen Kontrollen der Qualität der Gutachten auch eine Abgleichung mit den Gerichtsurteilen.
Produktivität	Für den RAD Ostschweiz sind zur Liegezeit der Dossiers keine Angaben erhältlich. Die Liegezeit der Dossiers variiert je nach Erhebungsmethode stark.
Autonomie RAD	Die Leiterin des RAD Ostschweiz verfügt über eine grosse Entscheidungsfreiheit. Sie hat die administrative und personelle Leitung des RAD. Sie stellt das medizinische Personal ein und beurteilt dessen Leistung, trifft strategische Entscheidungen und ist für die Koordination der internen Abläufe verantwortlich.

Die Zusammenarbeit zwischen RAD und IVST ist noch nicht optimal. Es besteht Optimierungspotenzial bei der internen Kommunikation, der Dossieraufbereitung und der Anfragen an den RAD.

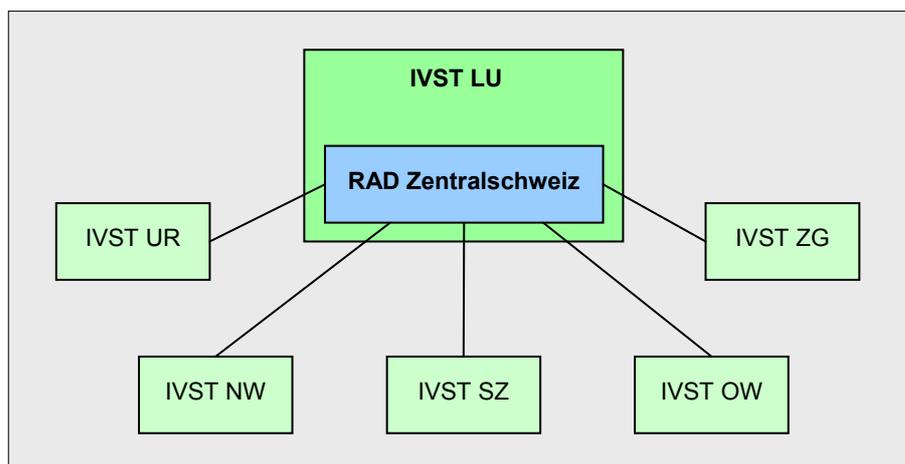
Tabelle 15: Zusammenarbeit IVST SG und RAD Ostschweiz

Zusammenarbeit von RAD und IVST	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Die Zuweisungspraxis ist noch nicht optimal. Bis anhin gelangten zu viele unnötige und unpräzise Anfragen an den RAD. Aus diesem Grund wurde eine interne Weisung erarbeitet, die festlegt, welche Anfragen dem RAD zwingend vorgelegt werden müssen. Es sind dies alle Rentenfälle und Massnahmen zur beruflichen Eingliederung.</p> <p>Bei den Anfragen an den RAD gibt es Optimierungsbedarf. In der Betriebskommission wurde ein Workshop abgehalten, der dazu diente, die Fragestellungen an den RAD zu verbessern. Insbesondere die Zahl der sehr offenen („out of the blue“) Fragestellungen soll minimiert werden.</p> <p>Die Dossieraufbereitung ist sehr unterschiedlich; teilweise sind die Dossiers unvollständig, d.h. Arztberichte oder Gutachten fehlen, was zu administrativem Mehraufwand für den RAD führt. Zurzeit ist man daran, die Fallzusammenfassung zu optimieren, indem festgelegt wird, welche Punkte in der Fallzusammenfassung vorkommen sollten.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Die interne Kommunikation zwischen RAD und IVST ist mangelhaft. Bei Unklarheiten wird zu wenig oft das direkte Gespräch gesucht. Um dies zu verbessern, wurden zwei FallkoordinatorInnen eingesetzt. Zudem wird bei den Erstgesprächen eine erste Triage der Fälle gemacht, um so den Bearbeitungsverlauf zu beschleunigen.
Schnittstellen	<p>Im Rahmen einer Dienstleistungsvereinbarung sucht der Rechtsdienst das Gespräch mit dem RAD. Bei abweichenden Gerichtsentscheiden wird der RAD und die Sachbearbeitung informiert und es werden die Gründe für den abweichenden Entscheid eruiert. Dies dient dem internen Qualitätsmanagement.</p> <p>Mit der Berufsberatung und Arbeitsvermittlung arbeitet der RAD im Rahmen der Erstgespräche zusammen.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Die Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit wird insgesamt als gering eingestuft.

Der regionale ärztliche Dienst Zentralschweiz

Der RAD Zentralschweiz ist administrativ der IV-Stelle Luzern angegliedert. Er bedient die IV-Stellen Luzern, Ob- und Nidwalden, Uri, Zug sowie Schwyz mit seinen medizinischen Beurteilungen.

Abbildung 9: Organisation RAD Zentralschweiz



Es sind jeweils ein bis zwei RAD-Ärzte/ Ärztinnen für die Bedienung der Aussenkantone zuständig. Alle Untersuchungen finden jedoch in Luzern statt. Die Bedienung mehrerer Kantone wird als logistisch aufwändig empfunden; erschwerend kommt hinzu, dass mit unterschiedlichen EDV-Systemen gearbeitet wird. Die IV-Stelle Luzern arbeitet mit OSIV alle anderen IV-Stellen, welche im Einzugsgebiet des RAD Zentralschweiz liegen, arbeiten mit IGS (ELAR). Die Dossierführung ist bei allen IV-Stellen vollelektronisch.

Tabelle 16: Kontext RAD Zentralschweiz

Kontext des RAD Zentralschweiz	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2005
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Hohe Heterogenität (6 Kantone)
Heterogenität der EDV-Systeme	Hohe Heterogenität (2 EDV-Systeme) Luzern arbeitet mit OSIV, die restlichen Kantone arbeiten mit IGS (ELAR)

Bei der IVST LU ist die berufliche Eingliederung von zentraler Bedeutung. Dies führt dazu, dass der RAD mehrheitlich das Instrument der Einzelgespräche (Patientengespräche) benutzt, um den Fallverlauf zu beschleunigen und frühzeitig Massnahmen der beruflichen Wiedereingliederung einzuleiten.

Tabelle 17: Organisation und Arbeitsweise RAD Zentralschweiz

Organisation und Arbeitsweise RAD	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der RAD Zentralschweiz verfügt über 20.5 Planstellen, die per 1. April 2007 alle besetzt sein werden. Die Ausschöpfung des Stellenplafonds ist somit hoch.
Vom RAD begutachte Dossiers	Der RAD Zentralschweiz bearbeitete im Jahr 2006 rund 18'000 Dossiers.
Medizinische Untersuchungen	Es wurden ca. 200 eigene fachärztliche Untersuchungen durchgeführt sowie ca. 650 Triage- und Einzelgespräche (Patientengespräche) geführt. Dies entspricht 1.1% (4.7%) ¹⁹ der bearbeiteten Anfragen. Aufgrund eines personellen Wechsels (eingespieltes Team von PsychiaterIn und RheumatologIn) gab es weniger fachärztliche Untersuchungen als im Vorjahr.
Externe Gutachten	Insgesamt wurden rund 300 externe Gutachten eingeholt. Dies entspricht 1.6% der bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Bei MEDAS wurden 72 Gutachten in Auftrag gegeben. Dies entspricht 0.4% der bearbeiteten Anfragen. Die niedrige Anzahl MEDAS-Gutachten ist auf die langen Wartezeiten (1.5 bis 2 Jahre) zurückzuführen. Zeitweise gab es beim MEDAS Luzern einen Zulassungsstopp.
Qualitätsmanagement RAD	Ein umfassendes QM ist erst in Ansätzen vorhanden. Die MitarbeiterInnenbeurteilung beinhaltet Qualitätsaspekte wie die Verständlichkeit der Stellungnahmen sowie quantitative Aspekte wie die Anzahl der bearbeiteten Dossier, Untersuchungen, Gespräche etc.
Produktivität	Die Einstellung von neuen MitarbeiterInnen führte dazu, dass die Pendenzen abgearbeitet werden konnten, die durchschnittliche Liegezeit beträgt zurzeit rund 14 Tage (nur Luzern). Die Erfassung der Liegezeiten in den anderen Kantonen, welche der RAD bedient, ist sehr unterschiedlich. Aufgrund der unterschiedlichen EDV-Systeme werden sie nicht zentral erfasst.
Autonomie RAD	Die Autonomie des RAD wird von den befragten Personen als hoch erachtet. Allerdings verfügt die Leiterin des RAD nur über wenig Kompetenzen, um den RAD in finanziellen, personellen und administrativen Belangen zu führen. Die Personaleinstellungen werden primär vom Leiter der IV-Stelle vorgenommen, in Rücksprache mit der RAD-Leitung.

Gesamthaft betrachtet ist der RAD Zentralschweiz gut in die IVST LU eingebunden. Bei der IVST LU wird die berufliche Wiedereingliederung und die Interdisziplinarität gross geschrieben, die Zusammenarbeit mit dem RAD ist danach ausgerichtet.

¹⁹ Inkl. Einzelgespräche/Patientengespräche.

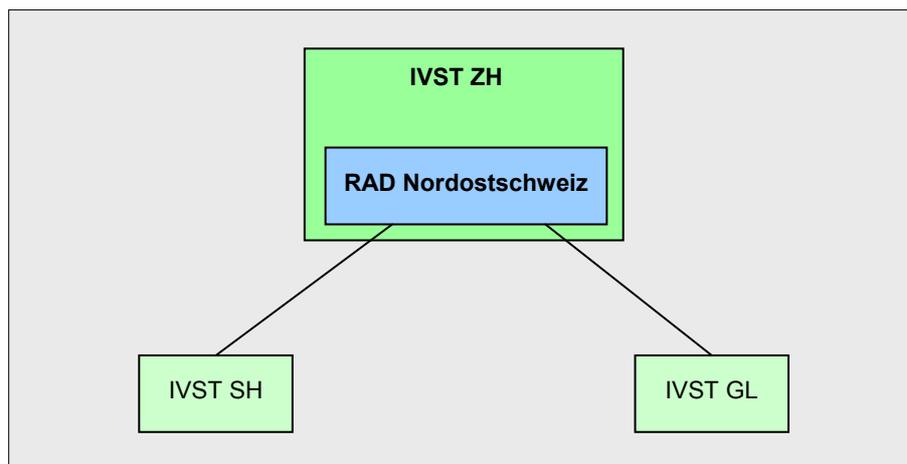
Tabelle 18: Zusammenarbeit RAD Zentralschweiz und IVST LU

Zusammenarbeit von RAD und IVST	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	Die Qualität der Dossieraufbereitung und der Anfragen an den RAD wird insgesamt als gut erachtet. Bei der Fallzusammenfassung besteht noch Optimierungsbedarf. Die Zuweisungspraxis wird als adäquat erachtet.
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Der RAD ist gut in den Arbeitsprozess der IVST Luzern eingebunden. Es gibt noch einzelne Doppelspurigkeiten. Die IVST LU ist daran, die Abläufe zu optimieren, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden. In Luzern wird die berufliche Wiedereingliederung und die Interdisziplinarität gross geschrieben, danach ist der Arbeitsprozess in der IV-Stelle ist danach ausgerichtet. Bei Neuanmeldungen findet in der Regel ein interdisziplinäres Erstgespräch statt, bei dem ein Vertretung der Sachbearbeitung, der beruflichen Eingliederung/Arbeitsvermittlung sowie des RAD anwesend sind. Diese Triage-Gespräche dienen primär dazu, den Fallverlauf zu beschleunigen. Vor Fallabschluss findet bei unterschiedlichen Einschätzungen des Sachverhalts wiederum ein interdisziplinäres Gespräch statt; dazwischen können bei Bedarf Krisengespräche abgehalten werden.
Schnittstellen	Der RAD arbeitet eng mit der beruflichen Wiedereingliederung/Arbeitsvermittlung zusammen. Dies ist die zentrale Schnittstelle zwischen der IV-Stelle und dem RAD. Mit dem Rechtsdienst wird ebenfalls Rücksprache genommen.
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Die Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit ist gering.

Der regionale ärztliche Dienst Nordostschweiz

Der RAD Nordostschweiz ist administrativ in die IV-Stelle Zürich eingebunden und bedient nebst der IV-Stelle Zürich auch die IV-Stellen Glarus und Schaffhausen mit seinen medizinischen Beurteilungen. Für die Bedienung der IV-Stellen SH und GL ist ein- bis zweimal pro Woche ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin vor Ort. Alle medizinischen Untersuchungen finden jedoch in Zürich statt.

Abbildung 10: Organisation RAD Nordostschweiz



Das Einzugsgebiet des RAD Nordostschweiz zeichnet sich durch eine mittlere Heterogenität aus. Der RAD Nordostschweiz bedient zwar nebst Zürich noch zwei weitere IV-Stellen mit seinen Dienstleistungen. Diese beiden Kantone sind jedoch in Bezug auf das zu bearbeitende Dossievolumen von geringer Grösse.

Tabelle 19: Kontext RAD Nordostschweiz

Kontext des RAD Nordostschweiz	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2005
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Mittlere Heterogenität (3 Kantone)
Heterogenität der EDV-Systeme	Niedrige Heterogenität (1 EDV-System) Die IV-Stelle Zürich arbeitet mit dem EDV-System IGS (ELAR), ebenso Schaffhausen und Glarus. Die Dossierführung ist vollelektronisch.

Der RAD Nordostschweiz verfügt über einen Stellenplafonds von 35.5 Stellen. Von den 28 Planstellen (nur ÄrztInnen, d.h. ohne administratives Personal) sind derzeit 19.5 Stellen besetzt. Diese personelle Unterdotierung hat Auswirkungen auf die Liegezeiten der Dossiers und die Untersuchungstätigkeit der RAD. Der RAD Nordostschweiz stützt seine Stellungnahmen zu einem grossen Teil auf externe Gutachten und MEDAS-Gutachten ab. Eigene medizinische Untersuchungen finden praktisch keine statt.

Tabelle 20: Organisation und Arbeitsweise RAD Nordostschweiz

Organisation und Arbeitsweise RAD	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der RAD Nordostschweiz verfügt über einen Stellenplafonds von 35.5 Stellen. Von den 28 Planstellen (nur ÄrztInnen) sind derzeit 19.5 Stellen besetzt. Die fachliche Diversifizierung ist noch nicht ausreichend.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Der RAD Nordostschweiz bearbeitete 23'881 Anfragen.
Medizinische Untersuchungen	Aufgrund der personellen Unterdotierung wurden lediglich 12 eigene fachärztliche Untersuchungen durchgeführt. Dies entspricht 0.05% der bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	Es wurden 1'699 externe Gutachten eingeholt. Dies entspricht 7.1% der bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Es wurden 687 MEDAS-Gutachten in Auftrag gegeben. Dies entspricht 2.9% der bearbeiteten Anfragen.
Qualitätsmanagement RAD	Die Qualität der Anfragen von der IV-Stelle ZH an den RAD sowie die Stellungnahmen des RAD werden intern regelmässig überprüft. Die IVST ZH arbeitet mit dem QM-System scorecard, damit lässt sich auch die Anzahl der bearbeiteten Dossiers des RAD sowie die durchschnittliche Bearbeitungsdauer erfassen. Beim RAD werden stichprobenartige Input/Output Kontrollen durchgeführt. Qualitätskriterien für den Output des RAD sind: Nachvollziehbarkeit der Stellungnahme, Vollständigkeit, Benennung des Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf Arbeitsweise und eine allfällige angepasste Tätigkeit, Aufzeigen von Therapien zur Schadenminderungspflicht.
Produktivität	Die durchschnittliche Liegezeit der Dossiers beträgt 85 Arbeitstage (Erhebung erst ab 1. Juni 2006).
Autonomie RAD	Der RAD ist autonom in seinen medizinischen Entscheiden. In administrativen Belangen (bspw. Personal) ist der RAD nicht unabhängig. Bei der administrativen Führung des RAD ist ein starker Einfluss der IV-Stelle ZH spürbar. Bei Personalentscheiden muss Rücksprache mit der IV-Stellenleitung genommen werden; diese hat ein Vetorecht.

Im Bereiche der Prozessorganisation ist der RAD Nordostschweiz auf einem hohen Stand und ganz in die Prozessorganisation der IV-Stelle Zürich integriert. Diese starke Integration geht aber einher mit einer eingeschränkten Autonomie des RAD; dies führte zu Konflikten zwischen IV-Stelle und RAD.

Tabelle 21: Zusammenarbeit RAD Nordostschweiz und IVST ZH

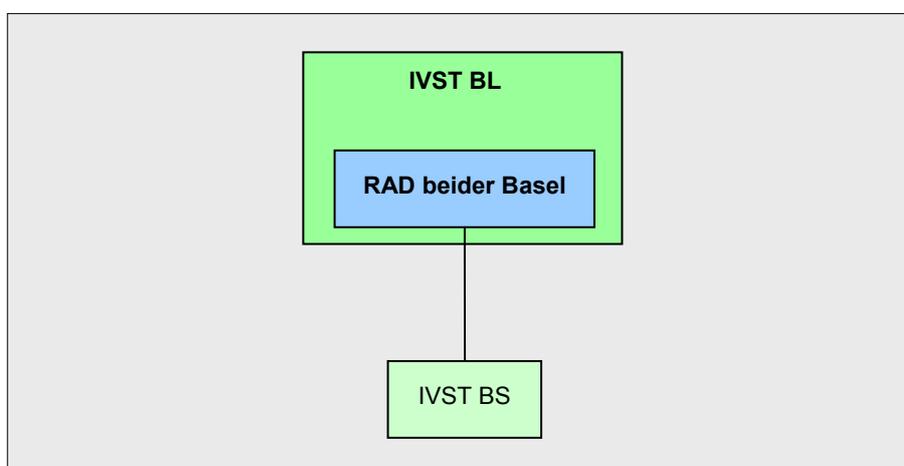
Zusammenarbeit von RAD und IVST	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Die Qualität der Anfragen, welche der RAD von der IV-Stelle erhält, wird gesamt-haft betrachtet als relativ gut eingestuft. Teilweise gelangen jedoch noch unpräzise Fragestellungen an den RAD.</p> <p>Bei unklaren Anfragen oder sonstigen Unklarheiten wird vom RAD Rücksprache mit der Sachbearbeitung genommen.</p> <p>Die Dossierführung wird alles in allem als zufrieden stellend beurteilt.</p> <p>Alle wichtigen Erkenntnisse werden auf dem so genannten Feststellungsblatt festgehalten, dieses dient auch als interne chronologische Fallzusammenfassung. Das elektronische Ablagesystem funktioniert in der Regel gut.</p> <p>Für die Zuweisungspraxis der Dossiers wurde eine interne Weisung erarbeitet. Alle Rentenansprüche und Ansprüche für berufliche Massnahmen werden dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	<p>Der Bearbeitungsverlauf eines Dossiers und somit der Einbezug des RAD wird von der Sachbearbeitung gesteuert (Prozesslinien). Inzwischen ist die Integration des RAD in den IVST-Prozess gut vorangeschritten.</p> <p>Zurzeit ist die IV-Stelle Zürich am Aufbau eines interdisziplinären „gate-keeper team“, welches dem eigentlichen Verfahrensablauf vorgelagert ist und dafür sorgen soll, dass die Dossiers frühzeitig der richtigen Stelle zugewiesen werden können (RAD, Berufsberatung/Arbeitsvermittlung oder Sachbearbeitung), damit soll die Bearbeitungsdauer verkürzt werden.</p>
Schnittstellen	<p>Die Schnittstellen mit dem Rechtsdienst und der beruflichen Abklärung erfolgen primär über die Sachbearbeitung.</p> <p>Ein systematisches Feedback des Rechtsdienstes zur Gerichtspraxis gibt es nicht.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	<p>Die ungelöste Frage der Autonomie des RAD führte zu Konflikten zwischen IVST und RAD hinsichtlich der internen Organisation des RAD und in Fragen von Personaleinstellungen.</p>

Der regionale ärztliche Dienst beider Basel

Der RAD beider Basel ist der IV-Stelle Basel-Landschaft angegliedert. Er wird von einer Betriebskommission geleitet, die aus den Leitern der beiden IV-Stellen sowie dem RAD-Leiter besteht. In der Linie untersteht der RAD-Leiter dem IV-Stellenleiter Basel-Landschaft, der ihn auch qualifiziert und der die Budgethoheit hat. Die Anstellung von Personal erfolgt durch die Betriebskommission. Der RAD-Leiter hat eine eigenständige Position.

Der RAD befindet sich aus Platzgründen in Bottmingen und nicht bei der IV-Stelle Basel-Landschaft in Binningen.

Abbildung 11: Organisation RAD beider Basel



Beide IV-Stellen arbeiten mit OSIV, allerdings sind die IV-Stellen untereinander nicht vernetzt. Die Dossierführung ist in Basel-Stadt vollelektronisch, in Basel-Landschaft wird mit temporären Papierdossiers gearbeitet.

Tabelle 22: Kontext RAD beider Basel

Kontext des RAD beider Basel	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit dem 1.1.2005
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Mittlere Heterogenität (2 Kantone)
Heterogenität der EDV-Systeme	Niedrige Heterogenität (1 EDV-System) Vollelektronische Dossierführung in BS, in BL wird mit temporären Papierdossiers gearbeitet. Beide IV-Stellen arbeiten mit OSIV.

Auch wenn die beiden IVST, denen der RAD zugeteilt ist, in Philosophie und Stil unterschiedlich geführt werden, scheint das auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit des RAD keine Auswirkungen zu haben. Auch die Tatsache, dass die beiden IVST mit unterschiedlichen Features von OSIV arbeiten und RAD-Ärzte, die Dossiers aus beiden IVST bearbeiten, dies aus Gründen des Datenschutzes auf unterschiedlichen Computern tun müssen, bietet offenbar keine Probleme.

Tabelle 23: Organisation und Arbeitsweise RAD beider Basel

Organisation und Arbeitsweise	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der RAD verfügt über 15.5 Planstellen, davon 12 Arztstellen. Der ärztliche Stellenplafond ist zurzeit zu rund 88% ausgeschöpft. Von beiden IV-Stellen wird die Dotation als zu gering beurteilt, da eine gewünschte grössere Zahl von medizinischen Untersuchungen heute nicht möglich sei.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Der RAD beider Basel bearbeitete 12'984 Anfragen.
Medizinische Untersuchungen	Der RAD führte 392 eigene medizinische Untersuchungen durch. Dies entspricht 3% der bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	k.A.
MEDAS-Gutachten	k.A.
Qualitätsmanagement RAD	Die IV-Stelle BL hat ein umfassendes Qualitäts- und Controllingsystem. Jeden Monat werden die Statistiken besprochen aufgrund der Ziele des IVST-Leiters. Die Qualitätskriterien für die Stellungnahmen des RAD umfassen unter anderem die Kriterien Plausibilität und Nachvollziehbarkeit. Wenn eine Anfrage ungenügend bearbeitet wird, erfolgt Rücksprache beim betreffenden Arzt/Ärztin via den RAD-Leiter.
Produktivität	Die Liegezeit der Dossiers beträgt rund 3 Wochen. Die eigene Untersuchungstätigkeit hat die Liegezeit der Dossiers verlängert. Es gibt die offizielle Weisung, die ältesten Dossiers vorrangig zu bearbeiten. Im Januar 2007 wurden 99% der Anfragen innert 30 Tagen beantwortet. Bei den medizinischen Untersuchungen ist die Bearbeitungszeit deutlich länger: Innert 60 Tagen wurden 33% der Untersuchungen durchgeführt, innert 90 Tagen rund 55%.
Autonomie RAD	Der RAD wird von einer Betriebskommission geführt, die aus den Leitern der beiden IV-Stellen und dem RAD-Leiter besteht. Letzterer ist in der Linie dem IV-Stellenleiter Basel-Landschaft unterstellt ist. Auch wenn die Autonomie des RAD gering ist, ist die Zusammenarbeit mit beiden IV-Stellen reibungslos.

Gesamthaft betrachtet arbeitet der RAD beider Basel reibungslos, auch wenn die Kontextbedingungen nicht die einfachsten sind. Da er von der direkt übergeordneten IV-Stelle unternehmerisch geprägt und mit Zielvorgaben geführt wird, wird intern an der Optimierung gearbeitet. Zudem ist anzumerken, dass beide IV-Stellen unter Einbezug des RAD bereits Vorbereitungsarbeiten für die 5. IV-Revision geleistet haben.

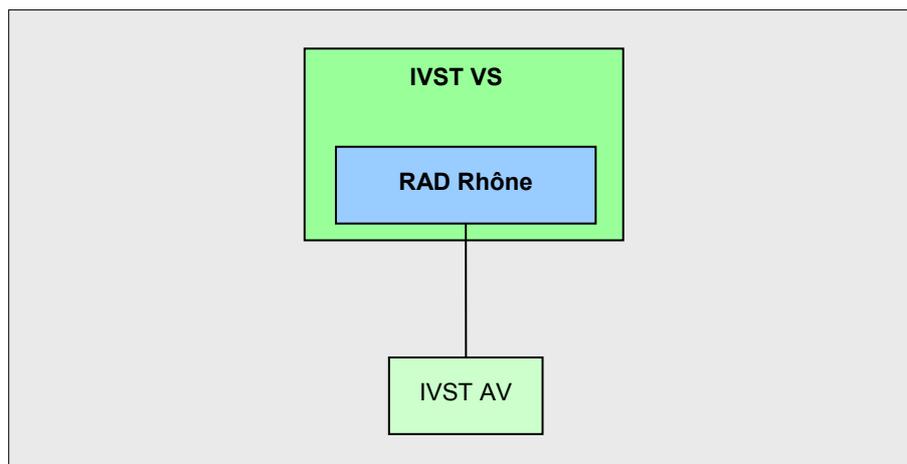
Tabelle 24: Zusammenarbeit RAD beider Basel und IVST BL

Zusammenarbeit von RAD und IVST BL	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Qualität der Dossierführung ist gesamthaft betrachtet gut. Allerdings variiert sie zwischen den Mitarbeitenden der IVST. Die Dossieraufbereitung ist chronologisch, allerdings gibt es kein Verlaufsprotokoll.</p> <p>Die Anfragen an den RAD sind in der Regel adäquat. Die Qualität der Fragestellungen variiert jedoch zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen. Es gibt keine klaren Regeln für die Formulierung von Anfragen an den RAD, aber es gilt, dass sie spezifisch sein sollen.</p> <p>Die Zuweisung der Fälle erfolgte gemäss dem Kreisschreiben (Referenzmodell) des BSV. Alle Dossiers mit Antrag auf IV-Rente gehen an den RAD. Nach Aufhebung des Referenzmodells gilt es erneut zu prüfen, welche Dossiers dem RAD zwingend vorgelegt werden müssen.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Die Sachbearbeitung macht die Triage der Fälle und bindet den RAD ein, wenn es um die Abklärung medizinischer Sachverhalte geht.
Schnittstellen	<p>Es finden regelmässige Sitzungen mit dem Rechtsdienst oder mit JuristInnen der Sachbearbeitung statt.</p> <p>Wichtige Gerichtsentscheide gehen beim RAD in Zirkulation. Einmal pro Monat finden Fallbesprechungen statt.</p> <p>Bei der Zusammenarbeit mit der Berufsberatung besteht Verbesserungspotenzial, vor allem bei der Früherfassung der Fälle.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Keine Konflikte zwischen RAD und IVST.

Der regionale ärztliche Dienst Rhône

Der RAD Rhône ist organisatorisch der IV-Stelle VS angegliedert und versorgt den Kanton Wallis mit seinen Dienstleistungen. Die Schaffung des RAD Rhône war politisch sehr umstritten. Um auf die vom BSV geforderten Fallzahlen zu kommen, ist der RAD Rhône auch teilweise für die Bearbeitung der Anfragen von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (AV) zuständig.

Abbildung 12: Organisation RAD Rhône



Die IV-Stelle VS und die IV-Stelle für Versicherte im Ausland arbeiten mit unterschiedlichen EDV-Systemen, die lange Zeit untereinander nicht vernetzt waren. Dies verursachte für den RAD erhebliche Probleme, da der Dossiertransfer aufwändig war: Die Dossiers der IV-Stelle für Versicherte im Ausland mussten auf DVD gespeichert und per Post an den RAD gesendet werden. Insgesamt ist die Dossierbearbeitung für die IV-Stelle für Versicherte im Ausland um einiges zeitaufwändiger als für die IV-Stelle VS. Der RAD Rhône hat seit diesem Jahr direkten Zugriff auf die Daten des EDV-Systems der IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

Tabelle 25: Kontext RAD Rhône

Kontext des RAD Rhône	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	Seit 1.1.2005
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Mittlere Heterogenität (2 IVST)
Heterogenität der EDV-Systeme	Grosse Heterogenität (2 EDV System) Die IV-Stelle VS und die IV-Stelle für Versicherte im Ausland verwenden unterschiedliche EDV-Systeme. Seit Anfang 2007 hat der RAD Rhône einen direkten Zugriff auf die Daten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

Der RAD Rhône zeichnet sich durch eine hohe Untersuchungstätigkeit aus. Bei jeder 10. Anfrage wurde eine eigene medizinische Untersuchung durchgeführt.

Tabelle 26: Organisation und Arbeitsweise RAD Rhône

Organisation und Arbeitsweise	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Der RAD Rhône schöpft den Stellenplafonds aus; das heisst alle 15 zugesprochenen Vollzeitstellen sind besetzt.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Der RAD Rhône bearbeitete 9'709 Anfragen. 5'587 Anfragen für die IVST VS und 4'122 Anfragen für die IV-Stelle für Versicherte im Ausland.
Medizinische Untersuchungen	Es wurden 598 eigene medizinische Untersuchungen durchgeführt. Dies entspricht 6.2% der bearbeiteten Anfragen. Den eigenen Untersuchungen wird eine hohe Wichtigkeit eingeräumt; zumal bei den externen Gutachten häufig Defizite im versicherungsmedizinischen Bereich bestehen.
Externe Gutachten	Es wurden in etwa 150 externe Gutachten in Auftrag gegeben. Dies entspricht 1.5% der bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Es wurden 63 MEDAS-Gutachten eingeholt. Dies entspricht 0.6% der bearbeiteten Anfragen. Bei den MEDAS-Gutachten ist die Tendenz sinkend.
Qualitätsmanagement RAD	Es gibt kein eigentliches Qualitätsmanagement. Die Formulare für die Stellungnahmen des RAD wurden jedoch dahingehend ausgearbeitet, dass eine ungenügende Argumentation von Seiten des RAD schnell erkannt wird.
Produktivität	Die Liegezeit eines Dossiers beträgt rund einen Monat für Dossiers der IVST für ausl. Versicherte (keine medizinische Untersuchungen, jedoch komplizierte Dossierführung). Die Liegezeit der Dossiers für die IVST VS beträgt 3-4 Wochen ohne medizinische Untersuchungen und rund 3 Monate bei eigenen medizinischen Untersuchungen. Die Produktivität wird von allen befragten Personen als hoch eingestuft.
Autonomie RAD	Die Autonomie des RAD wird in medizinischen Belangen als hoch, in administrativen Belangen jedoch als mittel eingestuft. Die Anstellungskompetenz liegt beim IV-Stellenleiter. Dieser entscheidet über die Einstellung von RAD-Personal, unter Einbezug des RAD-Leiters. Der RAD-Leiter nimmt Leitungs- und Verwaltungsaufgaben wahr. Er weist aufgrund von verschiedenen Kriterien (u.a. Sprachkenntnisse, medizinische Anforderungen) den RAD-Ärzten und -Ärztinnen die Dossiers zu. Er hat zudem für jeden RAD-Arzt/-Ärztin ein Bearbeitungskontingent festgelegt, abhängig von den Anstellungsprozenten und dem medizinischen Spezialisierungsgrad ist ein Richtwert vorgegeben bezüglich der Anzahl der zu bearbeitenden Dossiers. Es bestehen zudem Soll-Werte für die Anzahl medizinischer Untersuchungen und die Dauer der Dossierbearbeitung.

Die Zusammenarbeit mit der IVST VS ist gut standardisiert und eingespielt. Aufgrund der nicht vernetzten EDV-Systeme und unterschiedlicher Dossierführung gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der IV-Stelle für Versicherte im Ausland als zeitaufwändiger.

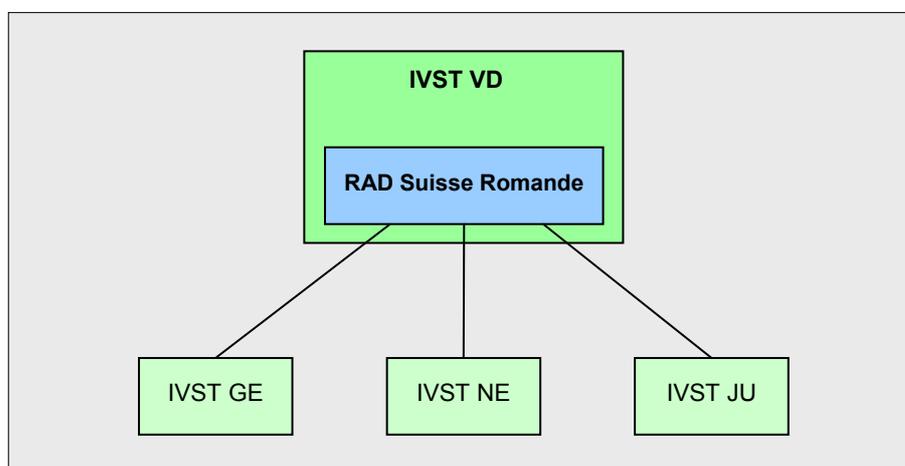
Tabelle 27: Zusammenarbeit RAD Rhône und IVST VS

Zusammenarbeit von RAD und IVST VS	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Die interne Zuweisungspraxis der IVST VS sieht vor, dass alle Rentenansprüche, alle Wiedereingliederungsanträge sowie alle Rentenrevisionen mit veränderter Sachlage dem RAD vorgelegt werden müssen.</p> <p>Die Qualität der Anfragen von Seiten der IVST an den RAD werden als gut beurteilt.</p> <p>Eine eigentliche Verlaufsdocumentation bzw. Dossieraufbereitung gibt es nicht. Allerdings können die Dokumente elektronisch chronologisch sortiert sowie nach Kategorien aufgerufen werden. Zudem werden von der Sachbearbeitung die wichtigsten Merkmale einer versicherten Person (Angaben zu Ausbildung, Arbeitssituation etc.) auf einem so genannten Feststellungsblatt notiert. Die Dossierbearbeitung für die IV-Stelle für ausländische Versicherte ist demgegenüber um einiges zeitaufwändiger (rund 2.5-mal mehr Zeitaufwand). Es gibt weder eine Verlaufsdocumentation, noch ist eine chronologische Struktur der Dossiers möglich.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	<p>Die IVST VS hat in Zusammenarbeit mit dem RAD verschiedene Prozess- und Arbeitsabläufe standardisiert, dafür wurden spezielle Formulare geschaffen. Dadurch wurde einerseits die Integration des RAD in den IVST-Prozess sichergestellt; andererseits dienen sie auch dem internen Qualitätsmanagement.</p> <p>Verbesserungspotential gibt es bei der Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren (RAD, Sachbearbeitung, Rechtsdienst und Berufsberatung/Arbeitsvermittlung).</p> <p>In der IVST wurde eine RAD-Anlaufstelle eingerichtet, um dringende oder kleinere Fragen (Rechnungen etc.) in kurzer Zeit abklären zu können.</p>
Schnittstellen	<p>Die Gerichtspraxis wird verfolgt. In der Regel haben die RAD-Gutachten einen hohen Stellenwert vor dem Gericht.</p> <p>In regelmässigen Abständen finden Gespräche zwischen dem RAD und der IVST statt, um verschiedene Gesichtspunkte zu diskutieren und den Austausch zwischen IVST und RAD zu fördern.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	<p>Die Konflikthaftigkeit in der Zusammenarbeit wird als niedrig bis mittel eingestuft. Technische Probleme (EDV) sowie die unterschiedlichen „Kulturen“ der Mitarbeitenden führen teilweise zu internen Konflikten.</p>

Der regionale ärztliche Dienst Suisse Romande

Der RAD Suisse Romande ist der IV-Stelle VD angegliedert. Er erbringt Dienstleistungen für die IV-Stellen der Kantone Jura, Neuenburg, Genf und Waadt. Der RAD wurde kürzlich intern neu organisiert. Neu sind die Dossier-bearbeitenden Ärzte und Ärztinnen (AllgemeinmedizinerInnen) in 4 kantonale Gruppen (VD, GE, JU, NE) aufgeteilt. Jeder Gruppe steht ein Gruppenleiter bzw. eine Gruppenleiterin vor, welche/r die Dossiers zuteilt. SpezialistInnen der verschiedenen Fachgebiete führen die internen medizinischen Untersuchungen durch. Der RAD erbringt alle seine Dienstleistungen vom Standort Vevey aus. Es wurden jedoch RAD-Anlaufstellen bei den IVST NE, JU und GE vor Ort geschaffen.

Abbildung 13: Organisation und Aufbau RAD Suisse Romande



Die Bedienung mehrerer IV-Stellen ist mit einem logistischen Mehraufwand verbunden, da die Struktur und Aufbereitung der Dossiers unterschiedlich ist.

Tabelle 28: Kontext RAD Suisse Romande

Kontext des RAD Suisse Romande	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	1.1.2002 (Pilot-RAD)
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Grosse Heterogenität (4 Kantone) Die Bedienung mehrerer Kantone ist noch nicht optimal. Mit der neuen internen Organisation der Ärzte und Ärztinnen nach IVST wird eine effizientere Dossierbearbeitung erhofft.
Heterogenität der EDV-Systeme	Geringe Heterogenität (1 EDV-System) Alle IVST arbeiten mit dem gleichen EDV-System. Dies ist dennoch mit Mehraufwand verbunden, da es kantonale Unterschiede in der Struktur und Aufbereitung der Dossiers gibt.

Der RAD Suisse Romande ist analog zum RAD Rhône charakterisiert durch eine hohe eigene Untersuchungstätigkeit.

Tabelle 29: Organisation und Arbeitsweise RAD Suisse Romande

Organisation und Arbeitsweise	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Von den insgesamt 40.7 Planstellen des RAD Suisse Romande sind 37.5 Stellen besetzt. Der Stellenplafonds wird somit zu über 90% ausgeschöpft. Die personelle Dotierung und die Anzahl fachärztlicher Richtungen wird als ausreichend empfunden.
Vom RAD bearbeitete Anfragen	Insgesamt wurden im Jahr 2006 rund 25'000 Anfragen vom RAD bearbeitet, wobei 14 Vollzeitstellen für die Dossierbearbeitung vorgesehen sind. Die übrigen Ärzte/Ärztinnen führen nur medizinische Untersuchungen durch.
Medizinische Untersuchungen	Es wurden 2'690 eigene medizinische Untersuchungen durchgeführt. Dies entspricht 10.8% der bearbeiteten Anfragen.
Externe Gutachten	Es wurden 927 externe Gutachten eingeholt. Dies entspricht 3.5% der bearbeiteten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Es wurden 596 MEDAS-Gutachten eingeholt. Dies entspricht 2.4% der bearbeiteten Anfragen.
Qualitätsmanagement RAD	Ein Qualitätsmanagement ist noch nicht vorhanden.
Produktivität	Die durchschnittliche Liegezeit eines Dossiers im RAD beträgt 136 Tage (Auswertungszeitraum Januar bis März 2007). Dies wird als zu lang empfunden. Die subjektiven Einschätzungen über die Produktivität des RAD variieren stark zwischen IVST und RAD. Während der RAD seine Produktivität als hoch einschätzt, beurteilen die befragten IVST die Produktivität des RAD lediglich als niedrig bis mittel.
Autonomie RAD	Die Autonomie des RAD ist hoch im medizinischen Bereich. Im administrativen Bereich ist die Autonomie des RAD jedoch beschränkt.

Die Zusammenarbeit zwischen RAD und IVST VD ist konfliktbehaftet. Dies ist primär auf die ungeklärte Frage der Autonomie des RAD zurück zu führen. Die Konfliktpunkte betreffen in erster Linie die interne Organisation des RAD.

Tabelle 30: Zusammenarbeit RAD Suisse Romande und IVST VD

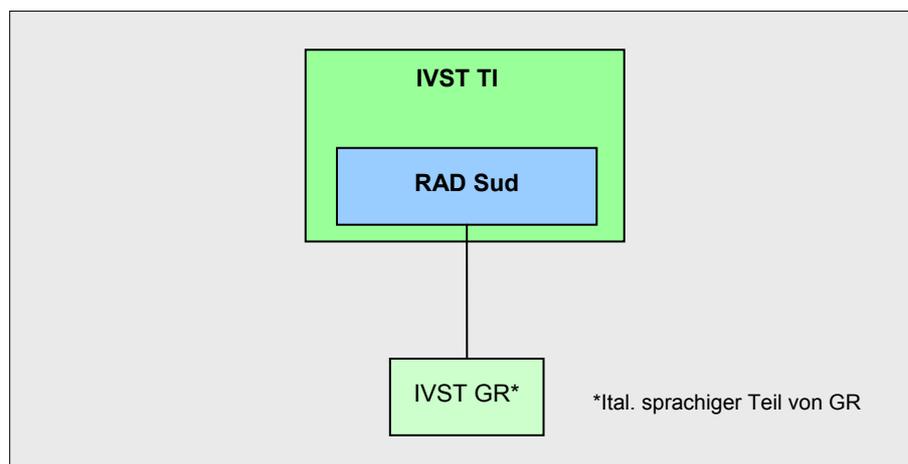
Zusammenarbeit von RAD und IVST VD	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Hinsichtlich der Zuweisungspraxis gibt es keine klaren Richtlinien. Grundsätzlich wird der RAD bei allen Dossiers mit Rentenantrag beigezogen. Gewisse IV-Stellen befolgen bei der Zuweisung die Vorgaben des BSV. Andere IVST weisen dem RAD auch darüber hinausgehend Dossiers zu.</p> <p>Die Dossieraufbereitung ist in der Regel zufrieden stellend, variiert jedoch zwischen den einzelnen IVST. Im EDV-System können die einzelnen Dokumente innerhalb eines Dossiers chronologisch oder nach Dokumententyp sortiert werden.</p> <p>Die Fragestellungen sind je nach IVST von unterschiedlicher Qualität. Bei den meisten IVST bestehen Fallzusammenfassungen. Bei einigen IVST müssen die Dossiers vom RAD aufgearbeitet werden. Bestrebungen sind im Gange, um die Formulierung der Anfragen an den RAD aller 4 IVST zu harmonisieren.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	<p>In allen IVST gibt es eine Anlaufstelle beim RAD für punktuelle Fragen, die während des ganzen Bearbeitungsverlaufs zur Verfügung steht. In der Zusammenarbeit von IVST und RAD gibt es jedoch Reibungsverluste. Dies ist auf die noch nicht ausgereifte interne Organisation des RAD zurückzuführen.²⁰</p> <p>In der IVST VD arbeitet der RAD in der Commission d'évaluation préalable (CEP) eng mit der IVST zusammen.</p> <p>Mit der Einführung der kantonalen Ärzte-Gruppen wird erhofft, insbesondere die Zusammenarbeit mit den IVST JU, NE und GE zu beschleunigen.</p>
Schnittstellen	<p>Die Commission d'évaluation préalable (CEP) setzt sich aus einer Vertretung der Sachbearbeitung, der Rechtsabteilung und des RAD zusammen. Diese wird bei Dossiers mit klarem Sachverhalt oder bei Dossiers mit speziellem Zeitdruck beigezogen (Kurzverfahren). Ziel dieser Kommission ist die Beschleunigung des Verfahrensverlaufs.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	<p>Die Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit wird insgesamt als hoch eingestuft. Die Konfliktpunkte betreffen vor allem die interne Organisation und Autonomie des RAD und wirtschaftliche Aspekte der Arbeitsweise des RAD (Effizienz).</p>

²⁰ Es wurde festgestellt, dass viele Dossiers im RAD während vieler Wochen keinem Arzt bzw. keiner Ärztin zugeteilt wurden. Dies führte zu grossen Verspätungen. Die neu geschaffene Ebene der GruppenleiterIn führte zu einer effizienteren Dossierzuteilung.

Der regionale ärztliche Dienst Sud

Der RAD Sud ist der IV-Stelle Tessin angegliedert und erbringt medizinische Dienstleistungen für die IV-Stelle Tessin sowie zu einem kleinen Teil auch für die IV-Stelle GR.

Abbildung 14: Organisation und Aufbau RAD Sud



Die IVST TI hat eine parallele Dossierführung. Die Versichertendossiers liegen grösstenteils in Papierform vor. Die Umstellung auf eine vollelektronische Dossierführung ist jedoch im Gange.

Tabelle 31: Kontext RAD Sud

Kontext des RAD Sud	Beschreibung
Bestandesdauer RAD	1.1.2002 (Pilot-RAD)
Heterogenität Einzugsgebiet RAD	Geringe Heterogenität (2 Kantone) Der italienischsprachige Teil des Kantons Graubünden ist ein sehr kleines Einzugsgebiet.
Heterogenität der EDV-Systeme	Mittlere Heterogenität (2 EDV-Systeme) Die IVST TI arbeitet mit GILAI. Die IVST GR arbeitet mit IGS. Dies wird jedoch nicht als Problem empfunden.

Der RAD Sud stützt seine Stellungnahmen grösstenteils auf externe Gutachten. Eigene medizinische Untersuchungen werden nur bei rund 1.5% der bearbeiteten Anfragen durchgeführt.

Tabelle 32: Organisation und Arbeitsweise RAD Sud

Organisation und Arbeitsweise	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Personelle Dotierung RAD	Die aktuelle Ausschöpfung des Stellenplafonds beträgt knapp 90%. 11,5 der 13 Planstellen sind besetzt.
Vom RAD behandelte Anfragen	Insgesamt wurden 7'649 Anfragen bearbeitet.
Medizinische Untersuchungen	Es wurden 120 eigene medizinische Untersuchungen (vor allem rheumatologische und psychiatrische Untersuchungen) durchgeführt. Dies entspricht 1.5% der behandelten Anfragen.
Externe Gutachten	Es wurden 797 externe Gutachten eingeholt. Dies entspricht 10.4% der behandelten Anfragen.
MEDAS-Gutachten	Es wurden 486 MEDAS-Abklärungen in Auftrag gegeben. Dies entspricht 6.3% der behandelten Anfragen.
Qualitätsmanagement RAD	Es gibt noch kein umfassendes Qualitätsmanagement. Von Seiten der IV-Stelle TI wird primär die Liegezeit der Dossiers im RAD respektive die bearbeitenden Quantitäten (Anzahl Dossiers pro Quartal, pro RAD-Arzt/Ärztin) verfolgt. Der RAD wünscht sich jedoch zusätzliche qualitative Kriterien bspw. die Anzahl unnötiger Zweitanfragen.
Produktivität	Die durchschnittliche Liegezeit der Dossiers im RAD beträgt rund 3 Monate (48 Arbeitstage). Die Produktivität wird unterschiedlich beurteilt. Von Seiten des RAD wird sie unter Anbetracht des zur Verfügung stehenden Personals als gut beurteilt. Die IVST wünscht sich eine schnellere Dossierbearbeitung.
Autonomie RAD	Die Autonomie des RAD ist hoch in medizinischen Belangen, in administrativen Belangen ist sie jedoch eingeschränkt. Die Einstellung von RAD-Ärzten/Ärztinnen wird von der IV-Stelle TI (unter Rücksprache mit dem RAD) vorgenommen. Das Budget für den RAD von der IV-Stelle erstellt sowie zahlreiche administrative Entschiede werden von der IV-Stelle getroffen.

Optimierungsbedarf besteht sowohl bei der Dossieraufbereitung als auch bei der Zuweisungspraxis. Die ungeklärte Frage der Autonomie führt zu internen Konflikten bezüglich der internen Organisation und der Personal-Rekrutierung.

Tabelle 33: Zusammenarbeit RAD Sud und IVST TI

Zusammenarbeit von RAD und IVST TI	Bestandesaufnahme für das Jahr 2006
Qualität Input an RAD	<p>Die Qualität der Dossiers, welche der RAD von der IVST TI erhält, wird unterschiedlich eingeschätzt. Der RAD hat eine kritischere Haltung bezüglich der Dossierqualität als die IVST. Die Qualität der Dossiers variiert zwischen den MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung. Teilweise sind die Dossiers unvollständig.</p> <p>Die Dossieraufbereitung ist chronologisch, allerdings wird nicht nach den unterschiedlichen Dokumententypen unterschieden.²¹ Dadurch, dass nicht alle Dossiers elektronisch erfasst sind, kann es für den RAD-Arzt bzw. die RAD-Ärztin zu Zeitverlusten in der Dossierbearbeitung kommen.</p> <p>Für die Anfragen an den RAD gibt es zwei standardisierte Formulare, welche die Fragestellungen an den RAD regelt. Die Fallzusammenfassungen von Seiten der Sachbearbeitung werden grösstenteils nicht gemacht. Dies führt zu einem Zeitverlust für die RAD-Ärzte und Ärztinnen und zu unnötigen Rückfragen an die IVST.</p> <p>Die Zuweisungspraxis wird als adäquat erachtet. Alle Rentenansprüche werden dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet.</p>
Einbindung des RAD in den IVST-Prozess	Im Prozessverlauf wird der RAD in der Regel dann bei gezogen, wenn alle Informationen zu einem Versicherten vorliegen.
Schnittstellen	<p>Die Schnittstellen mit der beruflichen Abklärung und dem Rechtsdienst sind eher informeller Natur.</p> <p>Zur Besprechung von operativen Anliegen wurde ein internes Gremium geschaffen, in dem eine Vertretung der Sachbearbeitung, des RAD, der beruflichen Abklärung und des Rechtsdienstes einsitzen. Dieses interne Gremium trifft sich alle 3 Monate.</p>
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	Die eingeschränkte Autonomie des RAD in administrativen Belangen führt zu Konflikten mit der IVST bezüglich Administration (bspw. Dossierzuteilung), Personalbestand (Generalisten vs. Spezialisten) und Organisation des RAD.

²¹ Dies ist ein Problem von GILAI. Die Dossiers lassen sich nicht nach Dokumententypen sortieren.

Diskussion der Typisierungsdimensionen

Die Unterscheidungsmerkmale lassen sich in vier Gruppen einordnen. Es sind zum einen Merkmale, welche sich aus der Ausgestaltung der RAD ergeben und somit auch nicht veränderbar sind, beispielsweise die Anzahl Kantone, die ein RAD in seinem Einzugsgebiet hat oder die Anzahl unterschiedlicher EDV-Systeme, mit denen ein RAD arbeiten muss. Es handelt sich hierbei um den Kontext bzw. die regionalen Gegebenheiten, vor denen die einzelnen RAD beurteilt werden müssen.

Die zweite Gruppe umfasst Charakteristika zu Organisation und Arbeitsweise der RAD. Darin enthalten sind Beurteilungskriterien, welche die personellen Ressourcen und die Arbeitsweise der RAD betreffen. Die dritte Gruppe umfasst qualitative Indikatoren zum Input der IV-Stellen. Es geht um Messgrößen bezüglich der Qualität der Dossieraufbereitung, der Anfragen an den RAD und die Zuweisungspraxis. Die vierte Gruppe umfasst Messgrößen zur Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und RAD. Hier sind insbesondere die Einbindung des RAD in die Prozesse der IVST von Bedeutung sowie die Schnittstellen zur beruflichen Abklärung/Berufsberatung sowie zum Rechtsdienst.

Die verschiedenen Merkmale der RAD lassen sich in die vier Untersuchungsdimensionen Kontext, Arbeitsweise und Organisation RAD, Input RAD und Zusammenarbeit IVST – RAD zusammenfassen.

Tabelle 34: Übersicht Unterscheidungsdimensionen

Kontext	Arbeitsweise Organisation RAD	Input RAD	Zusammenarbeit IVST – RAD
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestandesdauer RAD ▪ Heterogenität Einzugsgebiet ▪ Heterogenität EDV-Systeme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personelle Dotierung ▪ Eigene Untersuchungstätigkeit ▪ Einholung ext. Gutachten ▪ Einholung MEDAS-Gutachten ▪ Liegezeit Dossier RAD²² ▪ Qualitätsmanagement RAD ▪ Autonomie RAD²³ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualität der Dossieraufbereitung ▪ Qualität der Anfragen an RAD ▪ Qualität der Zuweisungspraxis 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einbindung RAD in IVST-Prozess ▪ Schnittstelle berufliche Abklärung ▪ Schnittstellen Rechtsdienst ▪ Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit

Nachfolgend sind die Unterscheidungsmerkmale der neun RAD zusammengefasst.

²² Das Unterscheidungsmerkmal „Autonomie RAD“ bezieht sich nicht auf die Autonomie des RAD hinsichtlich der Wahl der Untersuchungsmethoden, sondern ob die RAD-Leitung in ihrer Führung gegenüber der IV-Stelle autonom ist und auch über die notwendigen Kompetenzen dazu verfügt.

²³ Das Unterscheidungsmerkmal „Liegezeit der Dossiers im RAD“ ist der Vollständigkeit halber aufgeführt. Wie sich in den Gesprächen verdeutlicht hat, ist dieser Indikator aufgrund der sehr heterogenen Erhebungspraxis innerhalb und zwischen den einzelnen RAD wenig aussagekräftig.

Tabelle 35: Unterscheidungsdimensionen der 9 RAD

Unterscheidungsdimensionen	RAD Mittel-land	RAD BE-FR-SO	RAD Ost-schweiz	RAD Zentral-schweiz	RAD Nord-ostschweiz	RAD beider Basel	RAD Rhône	RAD Suisse Romande	RAD Sud
Bestandesdauer RAD (Pilot-RAD)	Pilot-RAD	-	Pilot-RAD	-	-	-	-	Pilot-RAD	Pilot-RAD
Heterogenität Einzugsgebiet RAD (hoch, mittel, niedrig) (Anzahl zu bedienende Kantone; „Mentalitätsunterschiede“)	Niedrig 1 Kanton	Hoch 3 Kantone; FR	Hoch 5 Kantone	Hoch 5 Kantone	Mittel 3 Kantone	Niedrig 2 Kantone	Mittel 1 Kanton; IV-Stelle für Versicherte im Ausland	Hoch 4 Kantone	Niedrig 2 Kantone
Heterogenität der EDV-Systeme (hoch, mittel, niedrig) (Anzahl versch. EDV-Systeme, subj. Einschätzung zu Problematik im tägl. Umgang)	Niedrig 1 EDV-System	Hoch 2 EDV-Systeme; FR	Niedrig 2 EDV-Systeme	Niedrig 2 EDV-Systeme	Niedrig 1 EDV-System	Niedrig 1 EDV-System	Hoch 2 EDV-Systeme; IV-Stelle für Versicherte im Ausland	Niedrig 1 EDV-System	Niedrig 1 EDV-System
Personelle Dotierung (hoch, mittel, niedrig) (Ausschöpfung Stellenplans in %)	Hoch 90%	Niedrig 50%	Mittel 80%	Hoch 100%	Niedrig 55%	Hoch 88%	Hoch 100%	Hoch 90%	Hoch 90%
Eigene Untersuchungstätigkeit (hoch, mittel, niedrig) (in % der bearbeiteten Anfragen)	Niedrig 3.3%	Niedrig 1.9%	Niedrig 1.1%	Niedrig 4.7%	Niedrig 0.05%	Niedrig 3.0%	Mittel 6.2%	Hoch 10.8%	Niedrig 1.5%
Einholung externer Gutachten (hoch, mittel, niedrig) (in % der bearbeiteten Anfragen)	Mittel 8.7%	Hoch 12.1%	Mittel 4.5%	Niedrig 1.6%	Mittel 7.1%	k.A.	Niedrig 1.5%	Mittel 3.5%	Hoch 10.4%
Einholung MEDAS-Gutachten (hoch, mittel, niedrig) (in % der bearbeiteten Anfragen)	Niedrig 1.6%	Niedrig 2.8%	Niedrig 1.9%	Niedrig 0.4%	Niedrig 2.9%	k.A.	Niedrig 0.6%	Niedrig 2.4%	Hoch 6.3%

4. Ergebnisse der Evaluation

Unterscheidungsdimensionen	RAD Mittel-land	RAD BE-FR-SO	RAD Ost-schweiz	RAD Zentral-schweiz	RAD Nord-ostschweiz	RAD beider Basel	RAD Rhône	RAD Suisse Romande	RAD Sud
Liegezeit der Dossiers im RAD (hoch, mittel, niedrig) (in Anzahl Tagen)	<i>Mittel</i> 44 Tage	<i>Mittel</i> 30 Tage	k.A.	<i>Niedrig</i> 14 Tage	<i>Hoch</i> 85 Tage	<i>Niedrig</i> 21 Tage	<i>Mittel</i> 24 Tage; 90 Tage bei U.suchungen	<i>Hoch</i> 136 Tage	<i>Mittel</i> 48 Tage
Qualitätsmanagement RAD (gut, mittel, niedrig) (Subj. Einschätzung zu QM, Mitarbeiterbeurteilung)	<i>Mittel</i> QM im Aufbau	<i>Niedrig</i> QM erst in Ansätzen vorhanden	<i>Mittel</i> QM im Aufbau	<i>Mittel</i> QM im Aufbau	<i>Gut</i> Umfassendes QM	<i>Gut</i> Umfassendes QM	<i>Niedrig</i> QM erst in Ansätzen vorhanden	<i>Niedrig</i> QM erst in Ansätzen vorhanden	<i>Niedrig</i> QM erst in Ansätzen vorhanden
Autonomie RAD (hoch, mittel, niedrig) (subj. Einschätzung bzgl. Kompetenzen RAD-Leitung)	<i>Hoch</i> Budgethoheit, Anstellungs-kompetenz	<i>Niedrig</i> keine Budgethoheit/ Anstellungs-kompetenz	<i>Hoch</i> Anstellungs-kompetenz	<i>Niedrig</i> keine Budget-hoheit/ Anstel-lungskomp-tenz	<i>Niedrig</i> Keine Bü-dethoheit/ Anstellungs-kompetenz	<i>Niedrig</i> Keine Bü-dethoheit/ Anstellungs-kompetenz	<i>Mittel</i> keine Budget-hoheit	<i>Niedrig</i> keine Budget-hoheit/ Anstel-lungs-kompetenz	<i>Niedrig</i> keine Budget-hoheit/ Anstel-lungs-kompetenz
Qualität der Dossieraufbe-reitung (gut, mittel, niedrig) (subj. Einschätzung bzgl. Dossierführung, Dossierform (elekt./pap.))	<i>Niedrig-mittel</i> Elekt/Pap., Fallchronik unzureichend	<i>Niedrig</i> Elekt./Pap., keine Fall-chronik	<i>Mittel</i> Teilweise unvollständige Dossiers	<i>Gut</i>	<i>Mittel</i> teilweise unvollständige Dossiers	<i>Mittel-Gut</i> keine Ver-laufsdoku-mentation	<i>Mittel</i> Dossiers der IVST für ausl. Vers. proble-matisch	<i>Mittel</i> Qualität vari-iert zwischen IVST	<i>Niedrig-mittel</i> unvollst. Fall-zusam-menfassung
Qualität der Anfragen an den RAD (gut, mittel, niedrig) (subj. Einschätzung, Vor-handensein von Richtlinien etc.)	<i>Mittel</i> viele Zweit-an-fragen; Richt-linie in Bear-beitung	<i>Niedrig-Mittel</i> viele vage Anfragen an RAD	<i>Mittel</i> teilw. vage Anfragen, Richtlinie erarbeitet	<i>Gut</i> dank Triage-gesprächen	<i>Mittel</i> teilw. unpräzi-ose Anfragen	<i>Mittel</i> keine klare Regelung für Fragestellung	<i>Gut</i> int. Richtlinien	<i>Mittel</i> Dossier-aufbereitung variiert nach IVST	<i>Mittel</i> unnötige Rückfragen
Qualität der Zuweisungs-praxis (gut, mittel, niedrig) (subj. Einschätzung, Vor-handensein von Richtlinien etc.)	<i>Mittel</i> Zuweisungs-zeitpunkt nicht optimal	<i>Mittel</i> int. Richtlinie fehlt	<i>Mittel - gut</i> Richtlinie zu Zuweisungs-praxis	<i>Gut</i> dank Triage-gesprächen	<i>Gut</i> int. Richtlinie	<i>Gut</i> klare Zuwei-sungs-kriterien	<i>Gut</i> int. Richtlinie	<i>Mittel</i> Zuweisungs-praxis variiert nach IVST	<i>Mittel-Gut</i> int. Richtlinie
Einbindung RAD in IVST-Prozess (gut, mittel, niedrig) (Subj. Einschätzung bzgl. interne Kommunikation, Systematik des Einbezugs RAD)	<i>Mittel</i> Schaffung int. Kommuni-kations-plattformen	<i>Niedrig - mittel</i> int. Kommuni-kation man-gelhaft	<i>Mittel</i> int. Kommuni-kation man-gelhaft	<i>Gut</i> Dank Triage-gesprächen	<i>Gut</i> Prozesslinie	<i>Gut</i>	<i>Mittel - gut</i> int. Kommuni-kation noch nicht optimal	<i>Niedrig</i> interne Kon-flikte erschwe-ren die Ein-bindung des RAD	<i>Gut</i>

4. Ergebnisse der Evaluation

Unterscheidungsdimensionen	RAD Mittel-land	RAD BE-FR-SO	RAD Ost-schweiz	RAD Zentral-schweiz	RAD Nord-ostschweiz	RAD beider Basel	RAD Rhône	RAD Suisse Romande	RAD Sud
Schnittstellen berufliche Abklärung (gut, mittel, niedrig) (Subj. Einschätzung; Vorhandensein von Instrumenten, Richtlinien)	Gut ERFA-Sitzung, Def. Schnittstelle	Niedrig keine def. Schnittstelle	Mittel Triage-Gespräche im Aufbau	Gut Triage-Gespräche	Niedrig keine klar def. Schnittstelle	Mittel Schnittstelle noch nicht optimal	Niedrig - Mittel Schnittstelle noch nicht optimal	k.A.	Mittel int. Gremium
Schnittstellen Rechtsdienst (gut, mittel, niedrig) (Subj. Einschätzung; Vorhandensein von Instrumenten, Richtlinien)	Gut ERFA-Sitzung	Niedrig - mittel keine def. Schnittstelle, AMA im Aufbau	Gut Dienstleistungsvereinbarung	Gut gute Kommunikation	Niedrig keine klar def. Schnittstelle	Gut regelmässige Arbeitsitzungen	Niedrig - Mittel Schnittstelle noch nicht optimal	Gut CEP	Mittel int. Gremium
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit (hoch, mittel, niedrig) Subj. Einschätzung	Niedrig	Mittel	Niedrig IVST FR	Niedrig	Hoch int. Konflikte	Niedrig	Niedrig - mittel IVST für Versicherte im Ausland	Hoch int. Konflikt	Niedrig - mittel

In der untenstehenden Tabelle sind alle Unterscheidungsmerkmale mit einer geringen Heterogenität hell eingefärbt. Unterscheidungsmerkmale mit einer mittleren Heterogenität sind schraffiert und alle Unterscheidungsmerkmale, bei denen es grosse Unterschiede zwischen den RAD gibt, sind dunkel markiert. Es zeigt sich, dass sich die neun RAD insbesondere in der personellen Dotierung, der Liegezeit der Dossiers, der Autonomie des RAD, der Qualität der Dossieraufbereitung sowie in der Zusammenarbeit mit den IVST unterscheiden.²⁴

Tabelle 36: Übersicht Unterscheidungsdimensionen RAD

		Kontext	Organisation RAD	Input RAD	Zusammenarbeit
Kontext	Bestandesdauer RAD				
	Heterogenität Einzugsgebiet				
	Heterogenität EDV-Systeme				
Organisation und Arbeitsweise RAD	Personelle Dotierung				
	Eigene Untersuchungstätigkeit				
	Einholung externer Gutachten				
	Einholung MEDAS-Gutachten				
	Liegezeit Dossier RAD ²⁵				
	Qualitätsmanagement RAD				
	Autonomie RAD ²⁶				
Qualität Input	Qualität der Dossieraufbereitung				
	Qualität der Anfragen an RAD				
	Qualität der Zuweisungspraxis				
Zusammenarbeit RAD -	Einbindung RAD in IVST-Prozess				
	Schnittstelle berufliche Abklärung				
	Schnittstellen Rechtsdienst				
	Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit				

Werden nun die Unterscheidungsmerkmale (ohne Kontextvariablen)²⁷ pro RAD betrachtet, so lassen sich daraus gewisse Typen von RAD erkennen. In der nachfolgenden Tabelle wurden die Vari-

²⁴ Die Unterscheidung, ob von einer grossen, mittleren oder kleinen Heterogenität gesprochen werden kann, basiert nicht nur darauf, wie viele RAD sich tatsächlich in einem Merkmal unterscheiden, sondern auch auf unserer subjektiven Einschätzung nach der Wichtigkeit einer Unterscheidungsdimension.

²⁵ Das Unterscheidungsmerkmal "Autonomie RAD" bezieht sich nicht auf die Autonomie des RAD hinsichtlich der Wahl der Untersuchungsmethoden, sondern ob die RAD-Leitung in ihrer Führung gegenüber der IV-Stelle autonom ist und auch über die notwendigen Kompetenzen dazu verfügt.

²⁶ Das Unterscheidungsmerkmal „Liegezeit der Dossiers im RAD“ ist der Vollständigkeit halber aufgeführt. Wie sich in den Gesprächen verdeutlicht hat, ist dieser Indikator aufgrund der sehr heterogenen Erhebungspraxis innerhalb und zwischen den einzelnen RAD wenig aussagekräftig.

²⁷ Die Kontextvariablen werden bewusst weggelassen, da wir davon ausgehen, dass sich diese in den restlichen Untersuchungsdimensionen widerspiegeln. Ob ein RAD beispielsweise Teil des Pilotprojektes war oder nicht, kann sich in der

ablen für die Qualität des Inputs zu einer Variable (Qualität Input) zusammengefasst. Die beiden Variablen Schnittstelle berufliche Abklärung und Schnittstelle Rechtsdienst wurden weggelassen, da davon ausgegangen werden kann, dass sie sich bereits in der Variable „Einbindung des RAD in den IVST-Prozess“ widerspiegeln.

Einbindung des RAD in die IVST-Prozesse oder in der Qualität des Inputs widerspiegeln. Da den Pilot-RAD (Start 1.1.2002) im Vergleich zu den RAD, die am 1.1.2005 den Betrieb aufnahmen, mehr Zeit für die Umsetzung der Prozesse zur Verfügung standen. Ausserdem wurde das Unterscheidungsmerkmal „Anteil MEDAS-Gutachten“ weggelassen, da sich die RAD in diesem Merkmal kaum unterscheiden.

Tabelle 37: Synthese Unterscheidungsmerkmale

	Niedrig	Mittel	Hoch
Personelle Dotierung	RAD BE-FR-SO RAD Nordostschweiz	RAD Ostschweiz	RAD Mittelland RAD Zentralschweiz RAD beider Basel RAD Rhône RAD Suisse Romande RAD Sud
Eigene Untersuchungstätigkeit	RAD Mittelland RAD Ostschweiz RAD BE-FR-SO RAD Nordostschweiz RAD Zentralschweiz RAD beider Basel RAD Sud		RAD Rhône RAD Suisse Romande
Einholung ext. Gutachten	RAD Zentralschweiz RAD Rhône	RAD Mittelland RAD Ostschweiz RAD Suisse Romande RAD Nordostschweiz	RAD BE-FR-SO RAD Sud
Liegezeit Dossier RAD	RAD Zentralschweiz RAD beider Basel	RAD Mittelland RAD BE-FR-SO RAD Rhône RAD Sud	RAD Nordostschweiz RAD Suisse Romande
Qualitätsmanagement RAD	RAD Rhône RAD Suisse Romande RAD Sud	RAD Mittelland RAD Ostschweiz RAD BE-FR-SO RAD Zentralschweiz	RAD Nordostschweiz RAD beider Basel
Autonomie RAD	RAD BE-FR-SO RAD Nordostschweiz RAD Zentralschweiz RAD beider Basel RAD Suisse Romande RAD Sud	RAD Rhône	RAD Mittelland RAD Ostschweiz
Qualität Input RAD	RAD BE-FR-SO RAD Sud RAD Mittelland	RAD Suisse Romande RAD Nordostschweiz RAD Ostschweiz	RAD Zentralschweiz RAD beider Basel RAD Rhône
Einbindung RAD in IVST-Prozess	RAD BE-FR-SO (<i>niedrig-mittel</i>) RAD Suisse Romande	RAD Mittelland RAD Ostschweiz RAD Rhône (<i>mittel-gut</i>)	RAD Zentralschweiz RAD beider Basel RAD Nordostschweiz RAD Sud
Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit	RAD Mittelland RAD Ostschweiz RAD Zentralschweiz RAD beider Basel	RAD BE-FR-SO RAD Sud RAD Rhône	RAD Nordostschweiz RAD Suisse Romande

Der unterschiedliche Kontext der neun RAD hat Auswirkungen auf die einzelnen Variablen. Ein RAD, der Dienstleistungen für mehrere Kantone erfüllen und mit unterschiedlichen EDV-Systemen

arbeiten muss, hat andere Voraussetzungen als ein RAD, der seine Dienstleistungen lediglich einem Kanton zur Verfügung stellen muss. Dies hat Auswirkungen auf die RAD-Typen. Es lassen sich lediglich zwei eindeutige Typen von RAD unterscheiden:

Gruppe A: RAD mit hoher Autonomie

Zugehörige RAD: RAD Mittelland, RAD Ostschweiz

Charakteristika: Diese Gruppe ist charakterisiert durch eine hohe Autonomie des RAD. Die RAD-Leitung verfügt über die Kompetenzen den RAD nicht nur in medizinischen, sondern auch in administrativen Belangen zu führen. Weitere Charakteristika sind eine gute Einbindung des RAD in die IV-Stelle sowie eine relativ reibungslose Zusammenarbeit mit den IV-Stellen. Beide RAD sind ehemalige Pilot-RAD.

Gruppe B: RAD mit gut eingespielter Zusammenarbeit mit IVST

Zugehörige RAD: RAD Zentralschweiz, RAD beider Basel

Charakteristika: Diese Gruppe ist in erster Linie charakterisiert durch die gute Einbindung des RAD in die IV-Stellen, die Schnittstellen sind sauber definiert und die Qualität des Inputs der IV-Stelle ist hoch. Weitere Merkmale dieser RAD sind eine gute personelle Dotierung, eine niedrige Untersuchungstätigkeit, eine geringe Autonomie der RAD sowie eine reibungslose Zusammenarbeit mit den IV-Stellen.

Die restlichen RAD lassen sich nicht eindeutig einem Typ zuordnen, da sich einige RAD auf bestimmten Dimensionen stark gleichen, auf anderen Unterscheidungsdimensionen jedoch stark voneinander abweichen. Die beiden Westschweizer RAD zeichnen sich durch eine hohe eigene Untersuchungstätigkeit aus. Sie weichen jedoch bezüglich ihrer internen Organisation und der Zusammenarbeit mit den IV-Stellen voneinander ab. Die beiden RAD BE-FR-SO und Nordostschweiz sind charakterisiert durch eine niedrige personelle Dotierung, unterscheiden sich jedoch in ihrer internen Organisation und Zusammenarbeit mit den IV-Stellen erheblich.

Der RAD Nordostschweiz und der RAD Suisse Romande zeichnen sich durch eine konfliktbehaftete Zusammenarbeit mit der IV-Stelle aus, unterscheiden sich jedoch in ihrer Arbeitsweise und ihrer personellen Dotierung erheblich. Der RAD BE-FR-SO und der RAD Suisse Romande weisen einen ähnlichen Grad der Einbindung in den IVST-Prozess auf, weichen aber in vielen anderen Dimensionen wie der internen Organisation und der Untersuchungstätigkeit stark voneinander ab. Der RAD Sud und der RAD Rhône stellen Sonderfälle dar, sie weisen relativ wenige Ähnlichkeiten mit anderen RAD auf.

Beurteilung der RAD-Typen

Die neun RAD unterscheiden sich auf verschiedenen Ebenen, sei es in ihrer internen Organisation, ihrer Methodenwahl, ihrer Autonomie oder ihrer Zusammenarbeit und Schnittstellen mit den IV-Stellen. Einige RAD haben ihre internen Abläufe und ihre Zusammenarbeit mit der IVST bereits weitgehend optimiert und verfügen auch bereits über ein internes Qualitätsmanagement. Andere RAD befinden sich hingegen noch in der Aufbauphase. Ausserdem lassen sich unterschiedliche „Betriebskulturen“ ausmachen, die sich nicht alleine aufgrund von regionalen Gegebenheiten erklären lassen. Regionale ärztliche Dienste mit einer sehr grossen Autonomie stehen RAD gegenüber, die stark von der IV-Stelle gesteuert werden.

Die verschiedenen Unterscheidungsdimensionen dürfen nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Die Wahl der Untersuchungsinstrumente oder die Liegezeiten der Dossiers stehen beispielsweise in Abhängigkeit zur personellen Dotierung des RAD, der Anzahl der vertretenen Fachrichtungen, der Zuweisungspraxis der Dossiers und der Wartezeiten für externe bzw. MEDAS-Gutachten. Zudem übt der Kontext, in den die RAD eingebettet sind, einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Unterscheidungsdimensionen aus. Die Pilot-RAD verfügten über eine längere Zeitspanne, um ihre internen Abläufe und die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen zu optimieren als RAD, die erst im Jahr 2005 ihren Betrieb aufnahmen. Die organisatorische Ausgestaltung des RAD hat ebenfalls einen nicht unerheblichen Einfluss auf deren Arbeitsweise. Ob ein RAD nur einen oder mehrere Kantone mit Dienstleistungen versorgt bzw. ob mit einem oder mehreren EDV-Systemen gearbeitet werden muss, hat Einfluss auf die Effizienz und den Harmonisierungsgrad der Arbeitsabläufe.

Obwohl einige RAD sich in gewissen Unterscheidungsdimensionen sehr ähnlich sind, lassen sich dennoch nur zwei eindeutige Typen unterscheiden. Die restlichen RAD stellen eine Mischform dar. Einige haben Gemeinsamkeiten auf der internen, organisatorischen Ebene, andere in ihrer Zusammenarbeit mit den IV-Stellen und wieder andere in ihrer Autonomie. Gemeinsam ist den beiden RAD-Typen die relativ gute Einbindung in die IVST-Prozesse und die harmonische Zusammenarbeit mit den IVST. Die beiden RAD-Typen unterscheiden sich in erster Linie in der Autonomie des RAD. Es kann daher nicht per se gesagt werden, dass eine niedrige Autonomie die Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit begünstigt oder sich negativ auf die Effizienz der Zusammenarbeit auswirkt. Auch die Anzahl der zu bedienenden Kantone scheint nicht per se einen Einfluss auf die Effizienz der Zusammenarbeit auszuüben. So sind in beiden Gruppen RAD vertreten, die nur einen bzw. mehrere Kantone mit ihren Dienstleistungen versorgen.

Fazit des Evaluationsteams

Die Tatsache, dass sich die RAD in rund der Hälfte der untersuchten Dimensionen stark unterscheiden und geringe Unterschiede nur in zwei Dimensionen festzustellen sind, weist bereits darauf hin, dass die föderalistische Umsetzung zu Vielfalt führte. Die strukturelle-organisatorische Einbettung und damit der Kontext des RAD erhält somit grosses Gewicht. So erstaunt es auch nicht, dass sich lediglich zwei Typen mit je zwei RAD bilden lassen. Die Vielfalt der RAD ist somit ein Abbild der Vielfalt der kantonal implementierten IV-Stellen.

Die dargestellten Merkmale der RAD und damit auch die Typen stellen eine Momentaufnahme dar. Die RAD und die IVST befinden sich in einem stetigen Wandel. Im Hinblick auf die 5. IV-Revision werden bereits interne Abläufe umgestaltet. Es werden neue Instrumente der interdisziplinären Zusammenarbeit getestet, die Auswirkungen auf die RAD haben werden.

Allerdings weisen wir auch darauf hin, dass die Beurteilungen der RAD aufgrund der eingeschränkten Datenlage und der uneinheitlichen Handhabung der Datenerhebung zwischen und innerhalb der RAD vorwiegend qualitativer Natur sind und somit ein gewisser Interpretationsspielraum vorhanden ist.

4.2 Bewertung und Wirkungsanalyse

Ausgehend von der Typologisierung gilt es in einem zweiten Schritt ein Bewertungssystem zu entwickeln, um die RAD quantitativ evaluieren zu können. Damit sollen etwa die Auswirkungen der Arbeitsweise der RAD, der verschiedenen EDV-Systeme, der unterschiedlichen Dossierführung, der versicherungsmedizinischen Kompetenz²⁸ der RAD-Ärzte und -Ärztinnen, der personelle Dotierung der RAD und des Zusammenspiels zwischen RAD und IV-Stellen eruiert werden bezüglich folgender Dimensionen:

1. Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen
2. Dauer des Verfahrens
3. Berentungsquote
4. Effizienz des Systems RAD – IV-Stelle
5. Entscheide der kantonalen Gerichte

Unabhängige Variablen des Bewertungssystems

In einem ersten Schritt gilt es die unabhängigen Variablen zu bestimmen. Basierend auf der Typologisierung der RAD und der Ausschreibung werden die unabhängigen Variablen „Personelle Dotierung“, „eigene Untersuchungstätigkeit“, „Einholung externer Gutachten“, „Qualitätsmanagement“, „Autonomie RAD“ und „Zusammenspiel RAD – IVST“ gewählt. In der untenstehenden Tabelle findet sich ein Beschrieb der Indikatoren dieser sechs Variablen.

²⁸ Eine umfassende Abklärung der versicherungsmedizinischen Kompetenz der RAD-Ärzte und -Ärztinnen war im Rahmen dieser Evaluation nicht möglich. In den Interviews wurden die befragten Personen um eine Einschätzung hinsichtlich der versicherungsmedizinischen Kompetenz der RAD-Ärzte und -Ärztinnen gebeten. Die Beurteilung fiel sehr homogen aus (vgl. Tabelle 47 im Anhang). Daher wurde auf diese unabhängige Variable verzichtet.

Tabelle 38: Übersicht unabhängige Variablen des Bewertungssystems

Unabhängige Variable	Beschreibung der Indikatoren
Personelle Dotierung	Ausschöpfung Stellenplafonds absolut und in %; Einteilung in die Kategorien hoch, mittel, tief
Eigene Untersuchungstätigkeit	Anzahl medizinische Untersuchungen pro Jahr absolut und in % der bearbeiteten Anfragen; Einteilung in die Kategorien hoch, mittel, tief
Einholung ext. Gutachten (inkl. MEDAS-Gutachten)	Anzahl externe Gutachten und MEDAS-Gutachten pro Jahr absolut und in % der bearbeiteten Anfragen
Qualitätsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzung der RAD hinsichtlich seines QM ▪ Vorhandensein von QM-Instrumenten; Einteilung in die Kategorien hoch, mittel, tief
Autonomie RAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzung der IVST und RAD hinsichtlich Autonomie des RAD ▪ Kompetenzen der RAD-Leitung (Budgethoheit, Personal); Einteilung in die Kategorien hoch, mittel, tief
Zusammenspiel RAD – IVST	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Additiver, ungewichteter Index aus den Indikatoren „Qualität Input RAD“, „Einbindung RAD in IVST-Prozess“ und „Konflikthaftigkeit der Zusammenarbeit“; Einteilung in die Kategorien hoch mittel, tief, sehr tief

Aufgrund der qualitativ gewonnen Daten und der heterogenen Datenlage erachten wir ein qualitatives anstelle eines quantitativen Vorgehens als sinnvoller. Damit wollen wir eine mögliche „Überinterpretation“²⁹ der Daten vermeiden.

In der nachfolgenden Tabelle sind die unabhängigen Variablen für jeden RAD dargestellt. Variablen der Ausprägung „tief“ sind dunkel, der Ausprägung „mittel“ sind schraffiert und der Ausprägung „hoch“ sind hell eingefärbt. Im Falle der Variable „Zusammenspiel IVST – RAD“ bedeutet eine dunkle Einfärbung den Wert „genügend“, eine schraffierte Schraffierung den Wert „mittel“ und eine helle Einfärbung den Wert „gut“.

²⁹ Die Daten wurden vor allem qualitativ erhoben. Somit besteht ein gewisser Interpretationsspielraum. Zudem ist die Datenlage sehr heterogen, da die einzelnen RAD bzw. IVST die Daten nicht einheitlich erheben. Die Vergleichbarkeit der Daten ist daher beschränkt. Durch eine quantitative Verarbeitung von qualitativen bzw. heterogener Daten wird der Eindruck einer „Scheingenauigkeit“ erhoben, die nicht mit der Realität übereinstimmt und somit zu einer Überinterpretation der Daten führen kann.

Tabelle 39: Übersicht unabhängige Variablen RAD

	RAD Mittelland	RAD BE-FR-SO	RAD Ostschweiz	RAD Zentralschweiz	RAD Nordostschweiz	RAD beider Basel	RAD Rhône	RAD Suisse Romande	RAD Sud
Personelle Dotierung	Grün	Rot	Gelb gestreift	Grün	Rot	Grün	Grün	Grün	Grün
Eigene Untersuchungstätigkeit	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Rot	Grün	Grün	Rot
Ext. Gutachten (inkl. MEDAS)	Gelb gestreift	Grün	Gelb gestreift	Rot	Gelb gestreift	k.A.	Rot	Gelb gestreift	Grün
Qualitätsmanagement	Gelb gestreift	Gelb gestreift	Gelb gestreift	Gelb gestreift	Grün	Grün	Rot	Rot	Rot
Autonomie RAD	Grün	Rot	Grün	Rot	Rot	Rot	Gelb gestreift	Rot	Rot
Zusammenspiel RAD - IVST	Rot	Rot	Gelb gestreift	Grün	Rot	Grün	Gelb gestreift	Rot	Rot

Bei der Betrachtung der unabhängigen Variablen fällt auf, dass die personelle Dotierung, die von den RAD als sehr wichtig bezeichnet wird, nicht in allen RAD ausgeschöpft wird. Die eigene Untersuchungstätigkeit erscheint ebenfalls als stark ausbaufähig. Allerdings weisen verschiedene RAD darauf hin, dass dafür die personelle Dotierung noch erhöht werden müsste. Im Weiteren fällt auf, dass die Variablen „personelle Dotierung“, „eigene Untersuchungstätigkeit“ und „externe Gutachten“ zu einem gewissen Grad miteinander verknüpft zu sein scheinen. So führen RAD mit einer niedrigen personellen Dotierung tendenziell eher weniger eigene medizinische Untersuchungen durch und stützen sich in erster Linie auf externe Gutachten. Allerdings gilt der Umkehrschluss nicht.

Beim Qualitätsmanagement scheint ebenfalls Entwicklungsbedarf zu bestehen. Die Autonomie der RAD ist in der Regel entweder hoch oder tief. Da deren Auswirkung auf die abhängigen Variablen unklar ist (vgl. Tabelle 45), kann daraus kein Entwicklungsbedarf abgeleitet werden. Das Zusammenspiel zwischen RAD und IVST ist stark unterschiedlich und teilweise in hohem Masse verbesserungsfähig.

Abhängige Variablen des Bewertungssystems

Die abhängige Variable „Effizienz des Systems RAD – IVST“ wird bewusst weggelassen, da wir zum einen davon ausgehen, dass dieser Aspekt bereits in der unabhängigen Variable „Zusammenspiel RAD – IVST“ berücksichtigt ist. Unserer Ansicht nach ist die Effizienz des Systems RAD – IVST als Input-Variable zu betrachten und nicht als Output-Variable. Zum anderen sind keine verlässlichen Zahlen für die beiden Effizienz-Aspekte „Liegezeiten der Dossiers“ und „Anzahl erledigte Anfragen pro MitarbeiterIn“ vorhanden. Eine quantitative Abbildung der Variable Effizienz des Systems RAD – IVST ist somit nicht möglich; deshalb greifen wir auf eine qualitative Input-Variable zurück.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Indikatoren für die einzelnen Variablen beschrieben.

Tabelle 40: Übersicht abhängige Variablen

Unabhängige Variable	Beschreibung der Indikatoren
Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Subj. Einschätzung von RAD und IVST bzgl. Klarheit, Prägnanz und Inhalt der Stellungnahmen vom RAD <p>Als Näherungsvariablen werden hinzugezogen:³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ % der Einsprachen³¹ die teilweise oder ganz gutgeheissen wurden (Anzahl Fälle Gutheissung plus Anzahl Fälle teilweise Gutheissung / Total Einsprachen) für jede IVST, welche ein RAD mit Dienstleistungen versorgt. ▪ % der Einsprachen, die zu weiteren Abklärungen zurückgewiesen wurden (Anzahl Fälle Rückweisung zu weiteren Abklärungen / Total Einsprachen) für jede IVST, welche ein RAD mit Dienstleistungen versorgt. <p>Bei RAD, die mehrere IVST bedienen, wird der nach Anzahl Einsprachen pro IVST gewichtete Durchschnitt verwendet.</p> <p>Angaben aus BSV (2006b)</p>
Dauer des Verfahrens	Erstmalige Anmeldungen; Dauer zwischen Anmeldung und Erledigung, Leistungsziel 2a: 75% der Gesuche sind innerhalb von 360 Kalendertagen bereinigt. Angaben aus BSV interner Statistik.
Berentungsquote	Neurentenquote nach RAD (Angaben vom BSV)
Entscheide der kantonalen Gerichte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ % der Fälle, in der versicherte Person obsiegt oder wo es zu einer „teilweisen Gutheissung“ der Beschwerde des Versicherten kommt (Anzahl Fälle Versicherte Person obsiegt plus Anzahl Fälle teilweise Gutheissung / Total Anzahl Entscheide des kantonalen Gerichts) ▪ % der Fälle „weitere Abklärung“ (Anzahl Fälle „weitere Abklärung“ / Total Anzahl Entscheide des kantonalen Gerichts) <p>Alle Angaben aus BSV (2005b)³²</p> <p>Bei RAD, die mehrere IVST bedienen, wird der nach Anzahl Beschwerden pro IVST gewichtete Durchschnitt verwendet</p>

Im Folgenden werden die abhängigen Variablen pro RAD dargestellt. Bei den abhängigen Variablen gilt es anzumerken, dass die in der Tabelle präsentierten Zahlen nicht die Werte pro RAD darstellen, sondern jeweils bezogen auf die IV-Stellen sind, welche ein RAD bedient. Wenn ein RAD mehrere IV-Stellen bedient, wird das gewichtete arithmetische Mittel verwendet. In einem zweiten Schritt werden die Variablen in die Kategorien tief, mittel, hoch eingeteilt, um die Vergleichbarkeit der Daten zu verbessern. Von jeder Variable findet sich eine detaillierte Aufstellung im Anhang.

³⁰ Das im Jahr 2003 eingeführte Einspracheverfahren für die IV wurde Mitte 2006 bereits wieder abgeschafft. Daher sind Vergleiche mit Vorjahren nur beschränkt möglich.

³¹ Versicherte, die mit dem Entscheid der IV-Stelle nicht einverstanden sind, können bei der verfügbaren IV-Stelle Einsprache erheben. Falls sie mit dem Einspracheentscheid der IV-Stelle nicht einverstanden sind, können sie sich mittels einer Beschwerde an das zuständige kantonale Versicherungsgericht wenden (vgl. Variable „Entscheid der kantonalen Gerichte“).

³² Daten für 2006 sind noch nicht vorhanden.

Die Variable „Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen“ wird durch drei Indikatoren erhoben (vgl. Tabelle 40). Einerseits wurden die befragten VertreterInnen der RAD und IVST um eine subjektive Einschätzung hinsichtlich Prägnanz, Klarheit und Inhalt der Stellungnahmen gebeten. Andererseits wurden die Einspracheentscheide der IV-Stellen beigezogen.

Die Befragungen der RAD hat gezeigt, dass die inhaltliche Qualität der Stellungnahmen von allen befragten Personen der neun RAD als hoch eingestuft wird (vgl. Tabelle 47 im Anhang). Die Kritikpunkte betreffen in der Regel die sprachliche Verständlichkeit der Stellungnahmen für die Sachbearbeitung. Da dieser Indikator unter den einzelnen RAD nicht gross variiert, wird für die Variable „inhaltliche Qualität der Stellungnahmen“ der Fokus im Speziellen auf die Einspracheentscheide der IV-Stellen gelegt (vgl. Tabelle 41). Die homogene Einschätzung der befragten Gruppen zur Qualität der medizinischen Stellungnahmen muss nicht zwangsläufig heissen, dass die Qualität der Stellungnahmen zwischen den RAD identisch ist. Die Homogenität kann auch dahingehend begründet werden, dass die IV-Stellen unter Umständen die inhaltliche Qualität nicht umfassend beurteilen können oder aber, dass den befragten Personen die Vergleichsbasis fehlt, da sie nur die Stellungnahmen „ihres“ RAD kennen.

Hinsichtlich der Einspracheentscheide der IV-Stellen lässt sich folgendes festhalten: Sowohl eine Gutheissung einer Einsprache als auch die Rückweisung einer Einsprache kann als Indiz für eine nicht optimale Qualität der medizinischen Stellungnahmen von Seiten des RAD aufgefasst werden. In beiden Fällen kann eine unzureichende medizinischen Stellungnahme des RAD ausschlaggebend für den Entscheid gewesen sein. Wie viele Einsprachen tatsächlich gut geheissen bzw. für weitere Abklärungen zurückgewiesen wurden aufgrund einer qualitativ unzureichenden Stellungnahme des RAD ist nicht bekannt. Die für die einzelnen RAD berechneten Werte stellen daher lediglich Näherungswerte dar.

Tabelle 41: Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen, gruppiert nach RAD

RAD	Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen	
	<i>Gutheissung der Einsprache in % (Jahr 2006)</i>	<i>Rückweisung weitere Abklärung in % (Jahr 2006)</i>
RAD Mittelland	16.7% / <i>mittel</i>	0.0% / <i>tief</i>
RAD BE-FR-SO	18.9% / <i>mittel</i>	0.4% / <i>tief</i>
RAD Ostschweiz	11.5% / <i>tief</i>	14.2% / <i>hoch</i>
RAD Zentralschweiz	19.9% / <i>mittel</i>	0.6% / <i>tief</i>
RAD Nordostschweiz	17.8% / <i>mittel</i>	2.0% / <i>mittel</i>
RAD beider Basel	19.5% / <i>mittel</i>	0.0% / <i>tief</i>
RAD Rhône ³³	18.8% / <i>mittel</i>	0.4% / <i>tief</i>
RAD Suisse Romande	20.4% / <i>mittel</i>	1.5% / <i>mittel</i>
RAD Sud ³⁴	29.3% / <i>hoch</i>	0.2% / <i>tief</i>

Bei der Betrachtung der obigen beiden Indikatoren fällt folgendes auf: Die Unterschiede zwischen den RAD bewegen sich, was die Rückweisung für weitere Abklärungen betrifft, mehrheitlich in der selben Bandbreite. Die hohe Rückweisungsquote des RAD Ostschweiz lässt sich vermutlich dahingehend erklären, dass bei den vom RAD Ostschweiz bedienten IV-Stellen die Praxis dahingehend ausgestaltet ist, dass im Zweifelsfalle eher eine Einsprache für weitere Abklärungen an den RAD zurück gegeben wird (vgl. tiefe Zusprachenquote).

In der untenstehenden Tabelle findet sich die Zahlen zur Verfahrensdauer, ausgedrückt durch den Prozentsatz aller Erstanmeldungen, die innerhalb eines Jahres erledigt wurden.

³³ RAD Rhône ohne IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

³⁴ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

Tabelle 42: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Dossiers in den IV-Stellen, gruppiert nach RAD

	Anzahl Erstanmeldungen in %, die innerhalb 360 Tage bearbeitet wurden (Jahr 2006)
RAD Mittelland	83.6% / <i>mittel</i>
RAD BE-FR-SO ³⁵	82.8% / <i>mittel</i>
RAD Ostschweiz	79.3% / <i>mittel</i>
RAD Zentralschweiz	82.9% / <i>mittel</i>
RAD Nordostschweiz	86.8% / <i>hoch</i>
RAD beider Basel	70.3% / <i>tief</i>
RAD Rhône ³⁶	84.8% / <i>mittel</i>
RAD Suisse Romande	72.9% / <i>tief</i>
RAD Sud ³⁷	68.5% / <i>tief</i>

Die Liegezeiten der Dossiers variieren zwischen den RAD: Die IV-Stellen, welche dem RAD Nordostschweiz angegliedert sind, haben eine leicht überdurchschnittliche Bearbeitungszeit der Dossiers; die IV-Stellen, welche dem RAD beider Basel, dem RAD Suisse Romande und dem RAD Sud angegliedert sind, haben eine eher unterdurchschnittliche Bearbeitungsdauer der Dossiers. Die restlichen RAD bewegen sich in etwa in der selben Bandbreite.

Die Neurentenquote der IV-Stellen, welche von einem RAD mit Dienstleistungen versorgt werden, sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

³⁵ RAD BE-FR-SO ohne Daten der der IVST FR.

³⁶ RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

³⁷ Beim RAD Sud werden nur die Daten etc. der IVST Tessin berücksichtigt.

Tabelle 43: Neurentenquote nach RAD

	Neurentenquote in % (Jahr 2006)
RAD Mittelland	0.28% / <i>tief</i>
RAD BE-FR-SO	0.31% / <i>mittel</i>
RAD Ostschweiz	0.39% / <i>hoch</i>
RAD Zentralschweiz	0.29% / <i>tief</i>
RAD Nordostschweiz	0.32% / <i>mittel</i>
RAD beider Basel	0.46% / <i>hoch</i>
RAD Rhône ³⁸	0.30% / <i>tief</i>
RAD Suisse Romande	0.33% / <i>mittel</i>
RAD Sud ³⁹	0.41% / <i>hoch</i>
CH total	0.33%

Im Vergleich zum schweizerischen Durchschnitt weisen die RAD Sud, beider Basel und Ostschweiz eine erhöhte Neurentenquote auf. Die Neurentenquote des RAD beider Basel (IV-Stelle BL und IV-Stelle BS) ist beispielsweise um 40% höher als die durchschnittliche Neurentenquote. Die Neurentenquoten variieren sowohl innerhalb als auch zwischen den verschiedenen IV-Stellen, die ein RAD mit Dienstleistungen versorgt. So unterscheiden sich beispielsweise die Neurentenquote zwischen dem RAD Sud (IV-Stelle TI) und dem RAD beider Basel (IV-Stelle BL und IV-Stelle BS) um 0.18 Prozentpunkte. Dies ist nicht erstaunlich, da die IV-Stellen in einen jeweils unterschiedlichen Kontext eingebettet sind. Äussere Faktoren wie städtisch-ländliche Umgebung, Ärztedichte und Altersstruktur der Bevölkerung üben einen entscheidenden Einfluss auf die Berentungsquoten aus (Spycher et al. 2003).

Bei der kantonalen Gerichtspraxis zeigt sich, dass die Rückweisung von Beschwerden für weitere Abklärungen deutlich höher ist als dies bei Einsprachen bei der IV-Stelle der Fall ist (vgl. Tabelle 41). Die IV-Stellen, welche von den RAD Ostschweiz, beider Basel und Suisse Romande mit Dienstleistungen versorgt werden, sind charakterisiert durch eine relativ hohe Quote der Gutheissungen der eingereichten Beschwerden vor den kantonalen Gerichten. Die IV-Stellen, welche von den RAD Nordostschweiz und Mittelland mit Leistungen versorgt werden, weisen vor den kantonalen Gerichten eine hohe Rückweisungsquote der Beschwerden zu weiteren Abklärungen auf. Diese Unterschiede sind vermutlich zu einem grossen Teil auf eine unterschiedliche lokale Gerichtspraxis zurück zu führen.

³⁸ RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

³⁹ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

Tabelle 44: Entscheid der kantonalen Gerichte, gruppiert nach RAD

RAD	Kantonale Gerichtspraxis - Gerichtsentscheide Renten 2005	
	Gutheissung Beschwerde in %	Rückweisung weitere Abklärung in %
RAD Mittelland	7.0% / <i>tief</i>	35.7% / <i>hoch</i>
RAD BE-FR-SO	14.2% / <i>mittel</i>	30.8% / <i>mittel</i>
RAD Ostschweiz	17.4% / <i>hoch</i>	30.5% / <i>mittel</i>
RAD Zentralschweiz	14.8% / <i>mittel</i>	31.8% / <i>mittel</i>
RAD Nordostschweiz	10.1% / <i>mittel</i>	40.1% / <i>hoch</i>
RAD beider Basel	16.9% / <i>hoch</i>	21.2% / <i>tief</i>
RAD Rhône ⁴⁰	7.6% / <i>tief</i>	6.3% / <i>tief</i>
RAD Suisse Romande	16.9% / <i>hoch</i>	26.1% / <i>mittel</i>
RAD Sud ⁴¹	9.7% / <i>tief</i>	20.4% / <i>tief</i>

Bewertungssystem

Für die Bewertung von unabhängigen und abhängigen Variablen wird in einem ersten Schritt der erwartete Zusammenhang zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen postuliert.⁴² Im Falle der Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen bedeutet ein positiver Zusammenhang eine bessere Qualität, ein negativer Zusammenhang eine schlechtere Qualität. Im Falle der Verfahrensdauer bedeutet ein positiver Zusammenhang eine Verlängerung des Verfahrens, ein negativer Zusammenhang eine Verkürzung des Verfahrens. Bei der Berentungsquote bedeutet ein positiver Zusammenhang eine höhere Berentungsquote, ein negativer Zusammenhang eine tiefere Berentungsquote. Beim Entscheid der kantonalen Gerichte bedeutet ein positiver Zusammenhang, dass die Entscheide der IV-Stelle vor dem kantonalen Gericht eher gestützt werden, ein negativer Zusammenhang, dass das kantonale Gericht, die Entscheide der IV-Stelle eher nicht stützt. In Tabelle 45 sind die vermuteten Zusammenhänge zwischen unabhängiger und abhängiger Variablen im Überblick dargestellt sowie jeweils eine kurze Begründung für den vermuteten Zusammenhang aufgeführt.

⁴⁰ RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

⁴¹ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

⁴² Ein negativer Zusammenhang bedeutet, dass die Werte der einen Variable steigen und die Werte der anderen Variable dadurch sinken (oder umgekehrt: die einen sinken und die anderen steigen). Bei einer positiven Beziehung steigen oder sinken die Werte beider Variablen.

Tabelle 45: Erwartete Zusammenhänge zwischen abhängiger und unabhängiger Variable

Unabhängige Variablen	Abhängige Variablen			
	Qualität der med. Entscheidungsgrundlagen	Dauer des Verfahrens	Berentungsquote	Entscheidung der kantonalen Gerichte
Personelle Dotierung	<i>Zusammenhang positiv</i> Mehr Personal führt zu sorgfältigeren Abklärungen.	<i>Zusammenhang negativ</i> Mehr Personal führt zu schnelleren Abklärungen und somit einer kürzeren Verfahrensdauer.	<i>Zusammenhang negativ</i> Mehr Personal führt zu fundierteren Abklärungen und somit zu einer härteren Beurteilung der Rentengesuche.	<i>Zusammenhang positiv</i> Mehr Personal führt zu sorgfältigeren Abklärungen und somit zu einer Stärkung der IVST vor den kant. Gerichten.
Eigene Untersuchungstätigkeit	<i>Zusammenhang positiv</i> Mehr eigene Untersuchungen führt zu sorgfältigeren Abklärungen.	<i>Zusammenhang positiv</i> Mehr eigene Untersuchungen führen tendenziell zu längeren Wartezeiten im RAD.	<i>Zusammenhang negativ</i> Mehr eigene Untersuchungen führen zu fundierteren Abklärungen und somit zu einer härteren Beurteilung der Rentengesuche.	<i>Zusammenhang positiv</i> Mehr eigene Untersuchungen führen zu sorgfältigeren Abklärungen und somit zu einer Stärkung der IVST vor den kant. Gerichten.
Einholung externer Gutachten	<i>Zusammenhang unklar</i> Versicherungsmedizinische Qualität der Gutachten ist umstritten.	<i>Zusammenhang unklar</i> Lange Wartezeiten für externe Gutachten verlängern die Verfahrensdauer; kurze Wartezeiten führen zu kürzerer Verfahrensdauer.	<i>Zusammenhang unklar</i> Versicherungsmedizinische Qualität der Gutachten ist umstritten.	<i>Zusammenhang unklar</i> Versicherungsmedizinische Qualität der Gutachten ist umstritten.
Qualitätsmanagement	<i>Zusammenhang positiv</i> Gutes Qualitätsmanagement führt zu verbesserter Output-Qualität.	<i>Zusammenhang negativ</i> Ein gutes QM führt zu Verbesserung der Prozessabläufe.	<i>Zusammenhang negativ</i> Ein gutes QM führt zu Verbesserung der Output-Qualität und somit zu einer verbesserten Entscheidungsgrundlage für die IVST.	<i>Zusammenhang positiv</i> Ein gutes QM führt zu Verbesserung der Output-Qualität und somit zu einer verbesserten Entscheidungsgrundlage für die IVST vor den kant. Gerichten.
Autonomie RAD	<i>Zusammenhang unklar</i>	<i>Zusammenhang unklar</i>	<i>Zusammenhang unklar</i>	<i>Zusammenhang unklar</i>
Zusammenspiel RAD - IVST	<i>Zusammenhang neutral/ eher positiv</i> Gute Zusammenarbeit führt vermutlich zu verbesserter Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen.	<i>Zusammenhang negativ</i> Effizientes Zusammenspiel von RAD und IVST führt zu einer schnellen Bearbeitung der IV-Anträge.	<i>Zusammenhang unklar</i>	<i>Zusammenhang unklar</i>

Werden abhängige und unabhängige Variablen in qualitativer Art dahingehend überprüft, ob die in der obigen Tabelle postulierten Zusammenhänge auftreten; so zeigt sich, dass bei der überwiegenden Mehrheit der Variablen kein Zusammenhang sichtbar ist.

Personelle Dotierung: RAD mit guter personeller Dotierung haben keine tiefere Gutheissungsquote der Einsprachen respektive eine niedrige Rückweisungsquote für weitere Abklärungen. Ebenso wenig ist der gegenteilige Effekt bei RAD mit niedriger personeller Dotierung feststellbar. Bei der Verfahrensdauer ist der postulierte Zusammenhang ebenfalls nicht feststellbar. IV-Stellen, die von RAD mit niedriger personeller Dotierung bedient werden wie das RAD BE-FR-SO und das RAD Nordostschweiz weisen nicht höhere Liegezeiten der Dossiers auf als IV-Stellen, die von personell gut dotierten RAD bedient werden. Im Gegenteil, die IV-Stellen, welche bspw. vom RAD Nordostschweiz

mit Dienstleistungen versorgt werden, bearbeiteten den höchsten Prozentsatz von Erstanmeldung innerhalb eines Jahres, nämlich 86.5%. Bei den Berentungsquoten und den Entscheiden der kantonalen Gerichten ist ebenfalls kein Zusammenhang feststellbar. RAD mit niedriger/höher Ausschöpfung des Stellenplafonds weisen nicht eine höhere/niedrigere Berentungsquote auf oder eine schlechtere/bessere Stützung ihrer Entscheide durch die kantonalen Gerichte.

Eigene Untersuchungstätigkeit: Zwischen der eigenen medizinischen Untersuchungstätigkeit der RAD und den abhängigen Variablen lassen sich keine klaren Zusammenhänge erkennen. Die beiden RAD mit hoher eigener Untersuchungstätigkeit weisen nicht eine höhere Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen, höhere Liegezeiten oder eine vermehrte Stützung ihrer Entscheide durch die kantonale Gerichtsbarkeit aus. Sie variieren untereinander teilweise auch erheblich, beispielsweise im Bezug auf die Variable „Entscheid der kantonalen Gerichte“. Einzige Gemeinsamkeit ist, dass die IV-Stellen, welche Dienstleistungen der beiden Westschweizer RAD beziehen, eine eher niedrige Berentungsquote aufweisen. Dieser Effekt ist unserer Meinung nach jedoch eher zufälliger Natur.

Externe Gutachten: Zwischen der unabhängigen Variable „externe Gutachten“ und den abhängigen Variablen lassen sich ebenfalls nur sehr wenige Zusammenhänge erkennen. In Bezug auf die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen lassen sich keine Unterschiede feststellen zwischen RAD, die sich zu einem grossen Teil auf externe Gutachten abstützen wie bspw. das RAD Sud, und RAD, welche dies nur in geringem Masse tun. Bei der Berentungsquote und der Entscheide der kantonalen Gericht sieht dies ähnlich aus. Tiefe Berentungsquoten oder eine Stützung der Entscheide vor kantonalen Gerichten haben sowohl IV-Stellen, welche von RAD mit Dienstleistungen versorgt werden, die sich in hohem Masse auf externe Gutachten stützten, als auch IV-Stellen, die RAD zugehörig sind, die sich in geringem Masse auf externe Gutachten stützen. Bei der Bearbeitungsdauer zeigt sich, dass die IV-Stellen, welche vom RAD Suisse Romande und RAD Sud bedient werden, also RAD, die relativ viele externe Gutachten einholen, eher lange Wartezeiten (d.h. eine niedrige Dossierverarbeitungsquote) haben.

Qualitätsmanagement: Beim Qualitätsmanagement lassen sich keine Zusammenhänge feststellen. RAD mit gutem/schwach ausgeprägtem Qualitätsmanagement variieren in Bezug auf die unabhängigen Variablen sowohl innerhalb als auch zwischen den Gruppen. Es lässt sich keine Systematik erkennen.

Autonomie RAD: Zwischen RAD mit hoher Autonomie (RAD Ostschweiz und RAD Mittelland) und RAD mit niedriger Autonomie lassen sich in Bezug auf alle vier abhängigen Variablen keine systematischen Unterschiede feststellen.

Zusammenspiel RAD – IVST: Die beiden RAD mit einer reibungslosen Zusammenarbeit zwischen RAD und IV-Stelle (RAD Zentralschweiz, RAD beider Basel) sind sich relativ ähnlich in Bezug auf die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen und der Berentungsquote, unterscheiden sich jedoch in den restlichen beiden abhängigen Variablen. Zwischen RAD mit einer reibungslosen Zusammenarbeit zwischen RAD und IV-Stellen und RAD, bei denen die Zusammenarbeit nicht so reibungslos verläuft, gibt es keine systematischen Unterschiede.

Da keine systematischen Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen feststellbar sind, wird die Entwicklung eines umfassenden Bewertungssystems hinfällig.

Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse spiegeln ein grundlegendes Problem der Daten und Indikatoren wieder. Einerseits lassen sich Kontexteinflüsse nicht isolieren, andererseits spielen Einflussgrössen eine Rolle, die ausserhalb der Kontrollierbarkeit der RAD liegen. Zudem kann aufgrund der uneinheitlichen und teilweise lückenhaften Datenlage die Realität nur näherungsweise abgebildet werden.

Betrachtet man als erstes die abhängigen Variablen so muss folgendes festgehalten werden:

- Die **Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlage und Verfügungen** kann nur Ansatzweise mit den beiden verwendeten Indikatoren erfasst werden. Die beiden Indikatoren geben zu einem gewissen Teil auch die Praxis der IV-Stellen wider. IV-Stellen, die sehr gesetzeskonform entscheiden, sind vermutlich mit einer grösseren Anzahl von Einsprachen konfrontiert als IV-Stellen, welche im Zweifelsfalle lieber einen gewissen Interpretationsspielraum nutzen und zugunsten der versicherten Person entscheiden. Ebenso kann ein hoher Prozentsatz von Rückweisungen an den RAD ein Ausdruck dafür sein, dass eine Einsprache im Zweifelsfalle lieber nochmals für weitere Abklärungen an den RAD zurückgewiesen wird. Diese unterschiedlichen „Handhabungsphilosophien“ können unabhängig vom RAD vorkommen und somit unabhängig von erklärenden Variablen wie personelle Dotierung oder Untersuchungstätigkeit des RAD sein. Für gesicherte Aussagen wäre eine detaillierte Untersuchung der Einsprachen notwendig, mit Fokus auf die Gründe, welche zu einer Ablehnung geführt haben.
- Die **Verfahrensdauer** insgesamt, das heisst die Dauer von der Erstanmeldung für IV-Leistungen bis zum abschliessenden Entscheid, hängt nicht allein vom RAD ab. Ein RAD kann dank ausreichender personeller Dotierung und effizienten internen Abläufen eine schnelle Bearbeitung der Anfragen der IV-Stelle gewährleisten, die Verfahrensdauer insgesamt kann jedoch aufgrund von Ineffizienzen innerhalb der IV-Stelle (exkl. RAD) trotzdem hoch sein. Solche Faktoren können mit den vorhandenen Daten nicht kontrolliert werden.
- Die **Berentungsquote** ist zu stark von äusseren Faktoren abhängig, für die in der vorliegenden Studie keine Kontrollmöglichkeiten bestehen. Wie verschiedene Studien gezeigt haben (vgl. Spycher et al. 2003), erklären sich die interkantonalen Unterschiede bei den IV-Rentenquoten zu zwei Dritteln mit IV-stellenexternen Faktoren wie die Alterszusammensetzung der Bevölkerung, der Höhe der Erwerbslosigkeit, der Finanzkraft sowie der Urbanitätsgrad der Kantone.⁴³ Innerhalb der IV-Stellen führen unterschiedliche Organisationsstrukturen und Strategien, die auf eine unterschiedliche Interpretation der Aufgabe der Invalidenversicherung zurückgehen, zu einer kantonal unterschiedlichen Auslegung der vom Gesetz und der Materie vorgegebenen Handlungs- und Ermessensspielräume. Welcher Einfluss bei diesen IV-stelleninternen Faktoren dem RAD zukommt, kann mit der bestehenden Datenlage nicht beurteilt werden.
- Die **Entscheide der kantonalen Gerichte** sind vermutlich zum Teil auch geprägt von einer unterschiedlichen kantonalen Gerichtspraxis. Zu vermuten ist, dass kantonale Gerichte, die den RAD als unabhängig ansehen, seinen Einschätzungen eine höhere Beweiskraft zuerkennen als

⁴³ Dies heisst jedoch nicht, dass sich die verbleibenden Unterschiede alleine durch IV-stelleninterne Faktoren erklären lassen.

kantonale Gerichte, die den RAD als Advokat der IV-Stelle wahrnehmen. Die Vermutung wonach IV-Stellen, die von RAD mit Dienstleistungen versorgt werden, die ihre Stellungnahmen in hohem Masse auf eine eigene Untersuchungstätigkeit oder auf externe Gutachten stützen, eine tiefe Gutheissungsquote von Beschwerden bzw. eine tiefe Rückweisungsquote für weitere Abklärungen aufweisen, bestätigt sich nur in geringem Masse. Dieser Zusammenhang ist zwar feststellbar im Falle des RAD Rhône und des RAD Sud, nicht aber im Falle des RAD Suisse Romande, das sich am meisten auf eigene Untersuchungen oder externe (inkl. MEDAS-) Gutachten stützt. Für gesicherte Aussage wäre eine detaillierte Untersuchung der kantonalen Gerichtspraxis notwendig.

Fazit des Evaluationsteam

Die beschränkte Datenlage sowie die verschiedenen IV-stelleninternen und -externen Kontextfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann, verunmöglichen die Entwicklung eines quantitativen Bewertungssystems der RAD. Mit der bestehenden Datenlage können keine gesicherten Aussagen darüber gemacht werden, welche der RAD-internen Faktoren in welcher Weise die abhängigen Variablen beeinflussen.

Die vermuteten Zusammenhänge zwischen den unabhängigen und abhängigen Variablen konnten grösstenteils nicht bestätigt werden. Dies liegt höchstwahrscheinlich an RAD-externen Einflussfaktoren, für die nicht kontrolliert werden kann. Um gesicherte Aussagen machen zu können, müssten als erstes eine zwischen den RAD und den IV-Stellen einheitliche Erhebungspraxis von verschiedenen Indikatoren eingeführt werden sowie vertiefende Abklärungen zur inhaltlichen Qualität der medizinischen Stellungnahmen und der Einsprachen bzw. Beschwerden durchgeführt werden.

4.3 Analyse der Zielerreichung

Im Rahmen der Analyse der Zielerreichung gilt es abzuklären, in wieweit die in der Botschaft über die 4. IV-Revision gesetzten Ziele erreicht wurden. Um die Analyse der Zielerreichung vorzunehmen, wurde in einem ersten Schritt geklärt, welche Ziele mit der Schaffung der RAD verfolgt wurden. Dazu wurden nebst der Botschaft zur 4. IVG-Revision auch das Referenzmodell der RAD analysiert sowie interne Protokolle von relevanten Gremien ausgewertet⁴⁴.

In der **Botschaft zur 4. IV Revision** werden die regionalen ärztlichen Dienste als Instrument für die verstärkte Aufsicht des Bundes aufgeführt. Sie unterstehen der unmittelbaren fachlichen Aufsicht des BSV. Durch diese direkte Anbindung an das Bundesamt besteht die Möglichkeit, den regionalen ärztlichen Diensten im medizinischen Bereich Weisungen zu erteilen, was zu einer Vereinheitlichung der für das Entscheidungsverfahren notwendigen medizinischen Grundlagen führen soll. Das Erreichen dieser Vereinheitlichung wird zudem durch die interdisziplinäre Zusammensetzung der Ärzteteams und deren versicherungsspezifischen Wissens unterstützt. Die direkte Anbindung an das BSV und das Know-how der Ärzteteams haben zudem das Ziel, eine erhöhte Qualität und ein beschleunigtes Verfahren bei der Beurteilung der Dossiers zu erreichen. Gemäss der Botschaft erhoffte sich der Bundesrat auch, dass durch die Schaffung der regionalen ärztlichen Dienste, trotz anfänglicher Mehrkosten von jährlich 20 Millionen, das starke Wachstum im Bereich der Ausgaben durch eine Senkung der Rentenausgaben abgebremst werden kann.

Die Prüfung der **Unterlagen der AHV-/IV-Kommissionssitzungen** und weiterer Besprechungen bezüglich der 4. IVG Revision haben zusätzliche Ziele aufgezeigt, welche mit die Einführung der regionalen ärztlichen Dienste verfolgt wurden und die nicht explizit in der Botschaft aufgeführt sind: Mit der direkten Anbindung der RAD an das BSV wird eine Vereinfachung des Verfahrens angestrebt. Ein weiteres zentrales Anliegen aller Beteiligten war es, die kantonalen Unterschiede in den Berentungsquoten auszugleichen. Zudem soll mit der Schaffung der RAD die Anzahl der Rentenzusprüche sinken, was unter anderem durch die vermehrte Aufdeckung von Missbräuchen erreicht werden sollte. Weitere Zielsetzungen sind eine erhöhte Effizienz in der medizinischen Beurteilung, die zu Kostensenkungen beitragen soll sowie die Verfahrensdauer verkürzen und bessere Eingliederungsmassnahmen zu Gunsten der Versicherten ermöglichen soll. Dies würde letztendlich zu einer Entlastung der Sozialämter führen. Ein letzter Punkt, welcher von einigen Beteiligten als weiteres Ziel in die Diskussion eingebracht wurde, war eine Präventivwirkung bei den Hausärztinnen und Hausärzten aufgrund der verbesserten Bearbeitung der Unterlagen.

Im **Referenzmodell der RAD** werden als Ziele ebenfalls die Vereinheitlichung der versicherungs- und allgemeinen medizinischen Grundlagen und ein effizienteres Verfahren genannt. Diese beiden Ziele sollen durch vom BSV koordinierte Aus- und Weiterbildung im versicherungsärztlichen Bereich, durch die Beratung der IV-Stellen bezüglich der medizinischen Grundlagen sowie durch eigene Untersuchungen von Versicherten erreicht werden. Zusätzlich wird im Referenzmodell das Ziel der erhöhten Akzeptanz der IV betont. Dieses wird einerseits durch für NichtmedizinerInnen nachvollziehbare medizinische Grundlagen angestrebt, wodurch die Entscheide besser verstanden wer-

⁴⁴ Es handelt sich dabei in erster Linie um die Protokolle der AHV-/IV-Kommission.

den, und andererseits durch eine enge fachliche Zusammenarbeit mit der praktisch tätigen Ärzteschaft und deren Verbänden.

Zusammengefasst wurden bei der Einführung der regionalen ärztlichen Dienste die in der folgenden Tabelle dargestellten Ziele verfolgt:

Tabelle 46: Übersicht Ziele der RAD-Einführung

Verfolgte Ziele bei der RAD Einführung	
Ziele der Botschaft:	Weitere Ziele:
<ul style="list-style-type: none"> - Vereinheitlichung der medizinischen Grundlagen - Interdisziplinäre Ärzteteams - Verbessertes versicherungsspezifisches Wissen der Ärzteteams - Erhöhte Qualität der Dossierbeurteilungen - Kürzere Verfahrensdauer - Finanzielle Einsparungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Stärkere Verantwortung des BSV - Vereinfachung der Verfahren - Kantonale Unterschiede der Berentungsquoten ausgleichen - Berentungsquote senken - Aufdeckung von Missbräuchen - Bessere Eingliederungsmöglichkeiten - Entlastung der Sozialämter - Präventivwirkung bei HausärztInnen - Enge fachliche Zusammenarbeit mit der praktisch tätigen Ärzteschaft und deren Verbände - Für NichtmedizinerInnen nachvollziehbar dokumentierte medizinische Grundlagen

Wie aus der Analyse der Unterlagen von Kommissionssitzungen und des Referenzmodells des BSV ersichtlich wird, weichen die hier genannten Ziele nicht wesentlich von den in der Botschaft zur 4. IVG-Revision vorgeschlagenen Ziele ab. Zu den folgenden Zielen kann eine Aussage gemacht werden:

- Vereinheitlichung der medizinischen Grundlagen
- Interdisziplinäre Ärzteteams
- Verbessertes versicherungsspezifisches Wissen der Ärzteteams
- Erhöhte Qualität der Dossierbeurteilungen
- Kürzere Verfahrensdauer
- Senkung und Harmonisierung der kantonale unterschiedlichen Berentungsquoten
- Senkung von ungerechtfertigtem Leistungsbezug
- Präventivwirkung bei HausärztInnen und eine verbesserte fachliche Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Verbänden

Der Ansatz der Beurteilung ist ein vorher/nachher Vergleich (bezogen auf die 4. IV-Revision), der sich in erster Linie auf die Erkenntnisse aus den Interviews sowie auf Sekundärdaten abstützt.

Vereinheitlichung der medizinischen Grundlagen: Im Vergleich zu vor Einführung der RAD werden die Versichertendossiers sorgfältiger angeschaut und unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten beurteilt. Diesbezüglich hat im Vergleich zu vorher eine Vereinheitlichung der medizi-

nischen Entscheidungsgrundlagen stattgefunden. Allerdings besteht noch Verbesserungsbedarf. Aufgrund fehlender verbindlicher Vorgaben vom BSV im Bereich der Datenerhebung und mangelnder Vollzugskontrolle ist die Handhabung der Versichertendossiers zwischen den RAD unterschiedlich. So haben beispielsweise personelle Ressourcen, die Zusammenarbeit mit den IV-Stellen oder die interne Organisation des RAD einen Einfluss auf die Wahl der Untersuchungsmethoden.

Interdisziplinäre Ärzteteams: Im Vergleich zur Zeit vor Einführung der RAD hat die Interdisziplinarität der Ärzteteams zugenommen. Dies schlichtweg deshalb, weil die Anzahl Ärzte und Ärztinnen pro RAD um ein Vielfaches höher ist als früher bei den ärztlichen Diensten der IV-Stellen. Jedoch besteht auch hier Verbesserungspotenzial. Die im Vergleich zur Privatwirtschaft eher tiefen Löhne und das „Image“ des RAD-Arztbes bzw. -Ärztin führen dazu, dass viele RAD lange Zeit Mühe bekundeten, ihren Stellenplafonds auszuschöpfen. Schwierig ist es insbesondere, geeignete FachärztInnen zu finden. Viele RAD empfinden ihre Anzahl von FachärztInnen als nicht ausreichend, gesucht sind insbesondere RheumatologInnen, OrthopädiInnen und ArbeitsmedizinerInnen.

Verbessertes versicherungsspezifisches Wissen der Ärzteteams: Das versicherungsspezifische Wissen des Ärzteteams hat sich dank internen und externen Schulungen im Vergleich zur Zeit vor Einführung der RAD verbessert. Das versicherungsspezifische Wissen der RAD-Ärzteteams wird als gut, oftmals aber auch als noch verbesserungswürdig eingestuft.

Erhöhte Qualität der Dossierbeurteilungen: Im Vergleich zu der Zeit vor der 4. IVG-Revision werden die Dossiers heute sorgfältiger und umfassender, vor allem auch unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten, beurteilt. Dies vor allem auch aufgrund der Tatsache, dass sich die Kapazität im Vergleich zu früher massiv erhöht hat. Früher waren pro IV-Stelle einige wenige IV-ÄrztInnen angestellt, wohingegen heute den RAD ein Vielfaches an Stellenprozenten zur Verfügung steht. Die Tiefe und die Qualität der Dossierbeurteilungen hat somit markant zugenommen. Jedoch gibt es auch hier noch Verbesserungsbedarf. Viele RAD verfügen beispielsweise noch nicht über ein umfassendes Qualitätsmanagement zur regelmässigen Überprüfung ihrer Arbeit.

Kürzere Verfahrensdauer: Die Verfahrensdauer hat sich im Vergleich zu vor Schaffung der RAD tendenziell eher verlängert. Eigene medizinische Untersuchungen sind zeitaufwändig und die Einholung externer Gutachten ist oftmals mit langen Wartezeiten verbunden. Dies trägt zu einer Verlängerung des Verfahrens bei. Verschiedene Faktoren, welche die Verfahrensdauer verkürzen können, wie eine verbesserte Früherfassung und Triage der Fälle, liegen ausserhalb des Handlungsspielraums des RAD. Es stellt sich auch die Frage, ob diese mit der Einführung des RAD erhoffte Zielsetzung als sinnvoll zu erachten ist, da Verfahrensdauer und Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen in einem Widerspruch zueinander stehen können. Die Verfahrensdauer hat sich unter anderem bedingt durch die Einführung des RAD tendenziell im Vergleich zu früher verlängert, die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen ist jedoch auch gestiegen.

Senkung und Angleichung der kantonal unterschiedlichen Berentungsquoten: Die Zahl der Neuberentungen ist seit 2002 rückläufig. Im Jahr 2005 wurden 19'600 (gewichtete) Neurenten erfasst, gegenüber 23'200 Neurenten im Jahr 2004. Dies entspricht einer Abnahme von 16%. Gegenüber dem Jahr 2003 mit einem Maximum von 28'200 Neurenten bedeutet das einen Rückgang von

30% (BSV 2007).⁴⁵ Die sinkende Anzahl Neurenten wird als Auswirkung der allgemeinen Sensibilisierung der relevanten Akteure für das Thema der steigenden IV-Ausgaben, der erhöhten Ablehnungsquote der IV-Stellen sowie als Wirkung der 4. IVG-Revision (u.a. die Einführung der RAD) interpretiert. Wie gross der Einfluss der verbesserten medizinischen Beurteilungen durch die RAD ist, können wir nicht beurteilen.

Die kantonalen Unterschiede lassen sich teilweise durch strukturelle, wirtschaftliche, demographische, soziale und politische Faktoren erklären, auf welche die IV-Stellen keine Einfluss haben (vgl. Botschaft zur 5. IVG-Revision). Diese IV-stellenexternen Faktoren erklären rund zwei Drittel der Unterschiede zwischen den kantonalen IV-Rentenquoten (vgl. Spycher et al. 2003). Es besteht Grund zur Annahme, dass sich der Gesetzesvollzug zwischen den IV-Stellen unterscheidet. Welcher Einfluss der RAD auf den kantonal unterschiedlichen Gesetzesvollzug hat, kann nicht beantwortet werden.

Senkung von ungerechtfertigtem Leistungsbezug: Die sorgfältigere und umfassendere Beurteilung der Dossiers hat höchstwahrscheinlich zu einer gesetzeskonformeren Beurteilung der Rentengesuche geführt (vgl. Ott, Bade, Wapf 2007). Dies implizieren auch die sinkende Anzahl Neurenten, die zum einen auf einen Rückgang der Neuanmeldungen, zum andern aber auch auf eine erhöhte Ablehnungsquote⁴⁶ der IV-Stellen zurückgeführt wird (vgl. BSV 2007). Die medizinische Entscheidungsgrundlage der IV-Stellen hat sich im Vergleich zu früher erheblich verbessert. Daher haben diese im Vergleich zu früher auch die Möglichkeit zu einer gesetzeskonformeren Beurteilungspraxis. Wie hoch der Einfluss des RAD bei der Reduktion von ungerechtfertigtem Leistungsbezug ist, kann nicht beurteilt werden.

Präventivwirkung bei HausärztInnen und eine verbesserte fachliche Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Verbänden: Es kann davon ausgegangen werden, dass die RAD eine Präventivwirkung entfalten, da die hausärztlichen Gutachten unmittelbar und routinemässig einer gründlichen medizinischen Expertise unterworfen werden. Dank dem Kontakt der RAD mit der Allgemeinärzteschaft hat sich die Zusammenarbeit im Vergleich zur Zeit vor der Schaffung der RAD verbessert. Es scheint, dass die RAD teilweise eine Entlastung der HausärztInnen bewirken können. Der Verweis auf die medizinische Kompetenz der RAD kann offenbar den Druck der PatientInnen auf den Hausarzt bzw. die Hausärztin verringern. Allerdings bestehen hinsichtlich der Häufigkeit und der Institutionalisierung des fachlichen Dialoges zwischen den verschiedenen RAD erhebliche Unterschiede. Hier besteht noch Verbesserungsbedarf.

⁴⁵ Die Zahlen zu den durchschnittlichen Neuberentungen finden sich in der IV Statistik 2006 (BSV 2006).

⁴⁶ Die Ablehnungsquote der erstmaligen Berentungen erhöhte sich von 42% im Jahr 2005 auf 45% im Jahr 2006.

Fazit des Evaluationsteams

Verschiedene Zielsetzungen, die mit der Einführung des RAD angestrebt wurden, sind erfüllt worden. Die Aufstockung des medizinischen Personalbestandes ermöglichte eine Verbreiterung des fachärztlichen Spektrums und trug zu einer vertieften Dossierprüfung bei. Die vom BSV angebotenen Weiterbildungen haben die versicherungsmedizinische Kompetenz der in den RAD tätigen Ärzte und Ärztinnen erhöht und die Dossierbeurteilung unter versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten verbessert.

Bei einigen Zielsetzungen ist der Beitrag des RAD zu dessen Erreichung nicht abschätzbar. Es ist unserer Meinung nach beispielsweise nicht möglich, die gesunkene Berentungsquote auf die Einführung der RAD zurückzuführen. Die gesunkene Berentungsquote scheint vielmehr das Ergebnis einer Vielzahl verschiedener Einflüsse zu sein, wovon einer der RAD ist. Gewisse Zielsetzungen sind für den RAD nur bedingt sinnvoll. Eine kürzere Verfahrensdauer kann in Widerspruch zur Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen stehen.

Gesamthaft betrachtet, sind bei fünf der acht untersuchten Zielsetzungen der RAD-Einführung im Vergleich zur Zeit vor der 4. IV-Revision Verbesserungen erzielt worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IV-Revision hat sich vieles verbessert: Die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen der IV-Stellen (Vereinheitlichung der Grundlagen und bessere Dossierbeurteilung) hat sich verbessert, das versicherungsspezifische Wissen und die Interdisziplinarität der Ärzteteams haben sich erhöht. Zudem beginnen die RAD auf die Ärzteschaft auszustrahlen und präventiv zu wirken.

In zwei Bereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrößen wirken, so dass sich ein Einfluss der RAD nicht feststellen lässt. Bezüglich der Verfahrensdauer kann eher von einer Verlängerung aufgrund der RAD ausgegangen werden, die jedoch eine erhöhte Qualität mit sich bringt.

Diese insgesamt positiven Auswirkungen der Einführung der RAD dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in verschiedenen Belangen noch Verbesserungsbedarf besteht. Zwischen den einzelnen RAD gibt es erhebliche Unterschiede im Vollzug von gewissen Dienstleistungen.

5 Beantwortung der Evaluationsfragestellungen und Bilanz

Die in Kapitel 2.2 vorgestellten Evaluationsfragestellungen lassen sich wie folgt beantworten:

9. *Typisierung*

Welche Typen von Tätigkeiten gibt es bei den RAD, den IV-Stellen und der Zusammenarbeit von RAD und IV-Stellen?

Diese Evaluationsfragestellung macht aus heutiger Sicht keinen Sinn. Grundsätzlich sind die Tätigkeiten von IV-Stelle und RAD geregelt (vgl. Kap. 1.3). Allerdings ist die Ausgestaltung dieser Prozesse Sache der kantonalen IV-Stelle. Kommt dazu, dass die jeweilige Situation von IV-Stelle und RAD stark variiert, so dass sich kaum Parallelen zwischen den einzelnen IV-Stellen-RAD-Systemen ergeben. Es handelt sich um Einzelfälle.

Welche Typen von Auswirkungen der EDV-Systeme auf die Tätigkeit der RAD gibt es?

Die EDV-Systeme, die bei den IV-Stellen verwendet werden, beeinflussen unseres Erachtens die Tätigkeit der RAD nur am Rande. Die RAD haben sich mit den jeweiligen Eigenheiten der EDV-Systeme arrangiert. Hat ein RAD mit mehreren IV-Stellen zu tun, die unterschiedliche EDV-Systeme verwenden, so bringt dies etwas Mehraufwand mit sich, der aber letztendlich nicht entscheidend zu sein scheint. Als störender wird oftmals die Tatsache empfunden, dass die EDV-Systeme der IV-Stellen untereinander (also selbst EDV-Systeme des gleichen Typus) nicht vernetzt sind. Wichtiger erscheint uns, die RAD-Ärzte und -Ärztinnen systematisch und gezielt auf der Benutzung der EDV-Systeme zu schulen und deren EDV-Kenntnisse zu verbessern, um eine optimale Benutzung des jeweiligen EDV-Systems sicherzustellen.

Wie ist die Qualität der gelieferten Daten zu beurteilen?

Wir beurteilen die Qualität der von den RAD gelieferten Daten als ungenügend für Vergleiche, da die Definitionen zu wenig konkret sind und klare, verbindliche Vorgaben für die Datenerhebung vom BSV fehlen.

10. *Bewertung und Wirkungsanalyse*

Mit welchem Bewertungssystem (Indikatoren) können die Inputs und Voraussetzungen für die RAD einerseits und ihre Leistungen und Wirkungen andererseits beschrieben bzw. gemessen werden?

Die heute vorliegenden Daten lassen sich nur beschränkt als Indikatoren für Inputs sowie Leistungen und Auswirkungen der RAD einsetzen. Das in der seinerzeitigen Machbarkeitsstudie (Evaluana 2003) formulierte Postulat nach genügend aktuellen operativen Daten, die systematisch und zuverlässig gesammelt werden, gilt nach wie vor.

Welche Auswirkungen haben die Merkmale der RAD (Arbeitsweise, medizinische Untersuchungskompetenz, personelle Dotierung) und der IV-Stellen (EDV-System, Dossierführung) sowie ihre Zusammenarbeit auf die folgenden Zieldimensionen:

- die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen,
- die Dauer des Verfahrens,
- die Berentungsquote,
- die Effizienz des Systems RAD–IV-Stelle,
- die Entscheide der kantonalen Gerichte?

Es können keine systematischen Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der RAD und IV-Stellen sowie ihrer Zusammenarbeit auf die Zieldimensionen festgestellt werden.

11. In welchem Ausmass sind die in der Botschaft zur 4. IV-Revision enthaltenen Ziele der Schaffung der RAD erreicht worden? Aus welchen Gründen wurden die Ziele allenfalls nur teilweise oder nicht erreicht? Welche Massnahmen sind allenfalls im Hinblick auf eine bessere Zielerreichung angezeigt?

In fünf der acht untersuchten Zielsetzungen der RAD-Einführung sind Verbesserungen erzielt worden, auch wenn die Ziele noch nicht vollumfänglich erreicht worden sein dürften. Im Vergleich zur Zeit vor der 4. IVG-Revision ist die Qualität und die Homogenität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen erhöht worden, das Ärzteteam hat an Interdisziplinarität und versicherungsspezifischem Wissen gewonnen, die Entscheide der IV-Stellen wurden tendenziell versicherungskonformer und die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und Verbänden wurde erhöht, was eine gewisse Präventivwirkung hatte.

In zwei Zielbereichen (Senkung der Berentungsquoten und Verhinderung von ungerechtfertigtem Rentenbezug) dürfte eine Vielzahl von Einflussgrössen wirken, so dass ein Einfluss der RAD nicht feststellbar ist. Die Verfahrensdauer hat sich aufgrund der Schaffung der RAD eher verlängert, dies jedoch zugunsten einer erhöhten Qualität.

12. Welche Verbesserungen in den Arbeitsabläufen der RAD, der IV-Stellen sowie in der Zusammenarbeit sind zur Verbesserung der Effizienz der Verfahrenabläufe nötig?

Zur Verbesserung der Arbeitsabläufe empfehlen wir die Einführung eines Qualitätsmanagements, das insbesondere die Inputs bzw. die Outputs der verschiedenen am Prozesse beteiligten Stellen definiert und dafür Zielwerte formuliert und überprüft.

Ebenfalls haben wir den Eindruck, dass eine elektronische Dossierführung die Arbeitsabläufe erleichtern würde.

Im Sinne einer **Bilanz** kommt die Evaluation zum Schluss, dass die Einführung der RAD die erwarteten Entwicklungen eingeleitet hat, wenn auch weiter daran gearbeitet werden muss und die Ziele noch nicht erreicht sind.

Aufgrund der föderalistischen Struktur der IV-Organisation und damit auch der Umsetzung der RAD entwickelte sich eine grosse Vielfalt unterschiedlicher Erscheinungsformen von RAD, die nur beschränkt Gemeinsamkeiten aufweisen. Es lassen sich deshalb auch keine schlüssigen Zusammenhänge zwischen den Merkmalen der RAD bzw. der Zusammenarbeit von RAD und IV-Stelle auf die Tätigkeit der RAD feststellen. Zudem vermuten wir, dass eine Schlüsselgrösse wie die Berentungsquote und die daraus ableitbaren Folgegrössen durch eine Vielzahl, vor allem kontextueller Faktoren bestimmt werden und die Merkmale der IV-Organisation nur beschränkt von Bedeutung sind.

Einer präzisen Analyse der oben erwähnten Zusammenhänge steht auch die schlechte Datenlage entgegen. Eine verlässliche Evaluation kann nur vorgenommen werden, wenn klar definierte Daten einheitlich und systematisch gesammelt werden, wie das die seinerzeitige Machbarkeitstudie vorschlug. Die von den RAD gelieferten Daten sind wenig hilfreich, da es zu viele Ungenauigkeiten in der Erfassung gibt.

6 Empfehlungen

Im Hinblick auf die Sicherstellung eines effizienteren Verfahrensablaufs und die Erreichung der politisch gesteckten Ziele unterbreiten wir dem BSV verschiedene Empfehlungen. Diese Empfehlungen beziehen sich auf das heutige System der RAD und klammern darüber hinausgehende Aspekte aus.

Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation kommen wir zu den folgenden Empfehlungen:

1. Das BSV formuliert für alle zehn RAD übergeordnete strategische Ziele. Die strategischen Ziele dienen der langfristigen strategischen Orientierung und sind in der Regel Wirkungsziele.⁴⁷

Zusätzlich werden operative Ziele für die zehn RAD erarbeitet. Diese Ziele müssen SMART formuliert sein, das heisst spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert. Sie umfassen Input- und Output-Ziele. Die operativen Ziele bilden die Grundlage für das Controlling. Das BSV begleitet und unterstützt die RAD gezielt im Hinblick auf die definierten Ziele. Da die einzelnen RAD als Einzelfälle in je besonderen Umständen zu verstehen sind, empfehlen wir, in Absprache mit den jeweiligen RAD und IV-Stellen, RAD-spezifische Entwicklungsziele festzulegen, und diese in Form von RAD-spezifischen Zielvereinbarungen festzuschreiben.

2. Für eine effektive und effiziente Steuerung der Verfahren und Prozesse empfehlen wir den Aufbau eines umfassenden Controlling. Das BSV erarbeitet diesbezüglich Vorgaben für die RAD. Basierend auf den strategischen und operativen Zielsetzungen wird das strategische und operative Controlling aufgebaut. Dadurch wird einerseits der Grad der Zielerreichung laufend überprüft, andererseits wird die Effizienz der Leistungserbringung im Auge behalten. Die Beurteilungskriterien des Controlling umfassen quantitative und qualitative Indikatoren, wie sie für die Zielerreichung auf strategischer (z.B. Leistungsauftrag) und operativer Ebene (z.B. Leistungsvereinbarung) definiert worden sind.

Wir empfehlen dem BSV auf die weitere Einholung der Daten gemäss RAD-Journal zu verzichten, da sie nicht zielführend sind. Stattdessen soll (auch im Hinblick auf eine spätere Evaluation) gestützt auf ein Wirkungsmodell ein Satz von systematisch erhobenen Kenngrössen (Indikatoren) definiert werden, die Art und Ausmass der Zielerreichung dokumentieren. Ansätze dazu finden sich im Steuerungskonzept und der Evaluation von evaluanda (2003). Wichtig sind in diesem Zusammenhang ein einheitlicher Fallbegriff und eine einheitliche Erhebung der Liegezeiten der Dossiers im RAD (differenziert nach Bearbeitungsarten) sowie eine einheitliche Erhebung der Verfahrensdauer (inkl. Sichtbarmachen von externen Perioden⁴⁸). Für die Identifizierung von *best practices* empfehlen wir, gestützt auf die im Rahmen des Controlling definierten Indikatoren, ein umfassendes Benchmarking aufzubauen. Zudem gilt es den Aufbau eines

⁴⁷ Eine römische Redewendung besagt: *“Wenn man nicht weiss, welchen Hafen man ansteuert, ist kein Wind günstig.”* (Seneca d.J.) (www.de.wikiquote.org/wiki/Seneca_d.J.)

⁴⁸ In der Verfahrensdauer sollen je separat ausgewiesen werden die Bearbeitungszeit der IV-Stelle, das Warten auf externe Gutachten, MEDAS-Gutachten oder weitere Abklärungen bei Haus- oder Fachärzten der versicherten Person.

systematischen Monitoring zu prüfen, um so Veränderungen und/oder Trends bei der Umsetzung und den Wirkungen frühzeitig festzustellen.⁴⁹

3. Das BSV definiert die Eckwerte des Qualitätsmanagement in den RAD und den IV-Stellen. Dies beinhaltet eine Operationalisierung der formulierten Input- und Outputziele sowie die Bestimmung der Zielwerte. Da die RAD administrativ verschiedenen IV-Stellen unterstehen, die teilweise bereits über ein Qualitätsmanagement verfügen, können wir nur allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement der RAD formulieren.

Das Qualitätsmanagement muss Eckwerte zur Qualität der Dossiers und der Anfragen beinhalten. Die Dossiers müssen vollständig, übersichtlich und gut erschliessbar sein. Eine elektronische Dossierführung ist in allen RAD zu prüfen. Die Anfragen der IV-Stellen an den RAD müssen spezifisch sein und sich auf den medizinischen Sachverhalt bzw. den Gesundheitsschaden beziehen. Die Stellungnahmen des RAD müssen vollständig sein, so dass keine Rückfragen an den RAD mehr erforderlich sind, sprachlich auch für NichtmedizinerInnen verständlich formuliert sein sowie innerhalb einer nützlichen Frist bearbeitet werden. Das Qualitätsmanagement soll auch die Qualität der eigenen klinischen Untersuchungstätigkeit und der externer Gutachten sicherstellen. Erste Ansätze des Qualitätsmanagement wurden bereits im Steuerungskonzept (BSV 2006a) erarbeitet.

4. Im Hinblick auf eine Prozessoptimierung empfehlen wir dem BSV, in Absprache mit den RAD das Verhältnis von eigenen medizinischen Untersuchungen und externen Gutachten zu klären und diesbezüglich Vorgaben und Richtlinien zu erlassen. Im Hinblick auf eine effiziente Nutzung von finanziellen und personellen Ressourcen gilt es – unter Berücksichtigung der lokalen Gerichtspraxis – zu klären, wann welche Abklärungsform (eigene klinische Untersuchung, Patientengespräch, externes Gutachten etc.) sinnvoll ist.
5. Für eine Verbesserung der internen Prozesse in den IV-Stellen und den RAD empfehlen wir eine systematische Prozessanalyse, um Schwachstellen und Verbesserungspotenziale identifizieren zu können. Bei RAD, die für mehrere IV-Stellen arbeiten, gilt es abzuklären, welche internen Organisationsformen dazu am besten geeignet sind. In Zusammenarbeit mit den IV-Stellen und den RAD formuliert das BSV Empfehlungen für die Verbesserung der Kommunikation und die Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe. Bei RAD, die ein sehr heterogenes Versorgungsgebiet haben, sollen andere organisatorische Lösungen (andere Zuteilung, neuer RAD etc.) geprüft werden.
6. Das BSV fördert die Vereinheitlichung der RAD-Praxis durch Weiterbildung bzw. durch Vorgaben im Personalbereich (z. B. versicherungsmedizinische Ausbildung der RAD-Ärzte). Im Hinblick auf den Ausbau der versicherungsmedizinischen Ausbildung in der Schweiz (asim) empfehlen wir dem BSV, gewisse Weiterbildungen der asim im versicherungsmedizinischen Bereich für die RAD-Ärzte und -Ärztinnen verbindlich vorzuschreiben. Nebst den vom BSV organisierten Fachtagungen empfehlen wir, auf Ebene der RAD die Schaffung von lokalen ERFA-Sitzungen zu prüfen, umso die unité de doctrine zu fördern.

⁴⁹ Die Begriffe Controlling und Monitoring werden analog dem Arbeitspapier der interdepartementalen Kontaktgruppe "Wirkungsprüfung" (IDEKOWI) verwendet (Läubli et al. 2004).

7. Um die Attraktivität der RAD bei Fachärzten zu steigern, empfehlen wir dem BSV, eine Erhöhung der Entlohnung für Fachärzte zu prüfen.
8. Die Sensibilisierung der Hausärzte für versicherungsmedizinische Belange soll durch alle RAD konsequent vorangetrieben werden. Dazu gilt es die Einführung von regelmässigen Fachtagungen zu prüfen, bei denen die RAD-Ärzte und -Ärztinnen über ihre Arbeit und andere versicherungsmedizinisch relevante Fragestellungen informieren.

Literaturverzeichnis

- Bohny, C.L. und E. Reutter (2003): Der Regionale ärztliche Dienst in der Invalidenversicherung – Referenzmodell. Im Auftrag von B. Breitenmoser, BSV.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2006a): Concept détaillé du pilotage orienté résultats. Dokumentversion 2.0. Verfasst von Véronique Merckx.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2006b): Reporting IV – 4. Quartal 2006. Excel-File.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2005a): RAD-Manual – Handbuch für den Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2005b): Geschäftstätigkeit der IV-Stellen – Auswertungsbericht 2005.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2004): Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) vom 1. Januar 2004.
- Bundesrat (2001): Botschaft über die 4. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 21. Februar 2001. BBI 2001 3205-3322.
- Bundesrat (2005): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) vom 22. Juni 2005. BBI 2005 4459-4601.
- Evaluanda (2003): Machbarkeitsstudie zur Evaluation der regionalen ärztlichen Dienste (RAD). Zusammenfassung des Schlussberichtes.
- Kurth, Hedwig (2005): Bericht 2005 – aus den RAD-Journalen und Evaluationen (Entwurf).
- Läubli, Marlène, Bardin Arigioni Gabriella und Werner Bussmann (2004): Définitions des termes „évaluation, controlling et monitoring“. Arbeitspapier der interdepartementalen Kontaktgruppe „Wirkungsprüfungen“ (IDEKOWI).
- Ott, Walter; Bade, Stephanie und Bettina Wapf (2007): Ungerechtfertigter Leistungsbezug in der Invalidenversicherung, **e c o n c e p t** im Auftrag des BSV.
- Sozialversicherung Aargau (SVA) (2006:) Jahresbericht.
- Spycher, Stefan; Baillod, Jürg; Guggisberg, Jürg und Marianne Schär Moser (2003): Analyse der interkantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung, Büro BASS.

Anhang

Liste der interviewten Personen

	Organisation	Interviewte Person
RAD beider Basel	IV-Stelle BS	Jürg Schelling (Leiter Aus-/Fortbildung & Controlling IVST BS)
	IV-Stelle BL	Roland E. Maillard (Leiter IVST BL)
	RAD beider Basel	Paul Vogt (Leiter RAD beider Basel) Roland Voëlin (Arzt RAD beider Basel)
RAD Mittelland	IV-Stelle AG	Vinzenz Baur (Leiter IVST AG)
	RAD Mittelland	Roman Bel (Leiter RAD Mittelland) Urs Affolter (Arzt RAD Mittelland)
RAD BE-FR-SO	IV-Stelle Bern	Markus Gamper (Leiter IVST BE)
	RAD BE-FR-SO	Roman Masé (Leiter RAD BE-FR-SO) Michel Anderthalder (Arzt RAD BE-FR-SO)
RAD Nordostschweiz	IV-Stelle ZH	Urs Mattenberger (Leiter IVST ZH) Erika Button (Sachbearbeitung IVST ZH)
	RAD Nordostschweiz	Arnulf Möller (Ärztlicher Leiter RAD Nordostschweiz) Wolfgang Boothe (Arzt RAD)
	IV-Stelle SH	René Gisler (IVST SH)
RAD Ostschweiz	IV-Stelle SG	Susanne Schocher (Leiterin IVST SG)
	IV-Stelle GR	Josef Nauer (Leiter IVST GR)
	RAD Ostschweiz	Monika Hermelink (Leiterin RAD Ostschweiz) Wolfgang Neupärtl (Arzt RAD Ostschweiz)
RAD Rhône	IV-Stelle VS	Guy Riand (Stell. Leiter IVST VS) Antonio Viscomi (Vorsteher der juristischen Abteilung IVST VS)
	SMR Rhône	Maurice Theytaz (Leiter RAD Rhône)
RAD Suisse Romande	IV-Stelle GE	Nicoletta Cacitti (Leiterin IVST GE)
	IV-Stelle VD	Jean-Philippe Ruegger (Leiter IVST VD)
	RAD Suisse Romande	Jean-Philippe Ruegger (Vorsteher RAD Suisse Romande) Antoinette Vincent (Leiterin RAD Suisse Romande)
RAD Tessin	IV-Stelle TI	Monica Maestri (Leiterin IVST TI) Claudio Buloncelli (Stell. Leiter IVST TI)
	RAD Tessin	Sergio Luisoli (Leiter RAD Tessin) Danilo Erba (Arzt RAD)
RAD Zentralschweiz	IV-Stelle LU	Werner Durrer (Leiter IVST LU) Neisa Cuonz (Fachdienst Berufliche Eingliederung)
	IV-Stelle NW	Andreas Dummermuth (Leiter IVST NW)
	RAD Zentralschweiz	Ursula Winklehner (Leiterin RAD Zentralschweiz) Duko Sperlich (Arzt RAD Zentralschweiz)

Gesprächsleitfaden

Interviewleitfaden RAD

1. Einstieg

Was macht der RAD konkret im Alltag? (*genereller Beschrieb der Aufgaben*)

Wie lässt sich der Bearbeitungsverlauf eines Dossiers mit Rentenantrag beschreiben?

Wie ist die Zuweisungspraxis der Dossiers (d.h. bei welchen Dossiers wird der RAD beigezogen)? Gibt es dazu eine interne Weisung?

Gibt es im Bearbeitungsverlauf eines Dossiers mit Rentenantrag Fixpunkte, wann der RAD beigezogen wird?

Wie ist der Dossieraufbau/Dossierführung? (*Mögliche Kriterien sind: chronologisch geordnet/ungeordnet, mit/ohne Verlaufsdocumentation*)

Gibt es interne Weisung bezüglich der Formulierung der Fragestellung an den RAD? Erfolgt die Fragestellung an den RAD mit/ohne Aufarbeitung der Dossiers?

2. Typisierung gemäss Formular

(So weit IVST-Leitung darüber Auskunft geben kann, sonst durch RAD-Leitung ergänzen lassen. Bei Beurteilungen: beide Seiten fragen.)

3. Ergänzenden Fragen zum Verhältnis von IVST und RAD

Falls ein RAD für mehrere IVST tätig ist: Wie ist das Verhältnis anderer IVST zum RAD? Bevorzugung oder Benachteiligung?

Arbeiten alle zu bedienenden IVST mit dem gleichen Computersystem? (Wenn nein, welche Probleme ergeben sich dadurch?) Welche Probleme gibt es generell, bei der Bedienung mehrerer IVST?

Welches ist generell der Einfluss des EDV-Systems auf die Tätigkeit des RAD?

Wie verhalten sich IVST-Prozesse und RAD-Prozess? Ist RAD-Prozess integrierter Bestandteil der IVST-Prozesse? Welche Schnittstellen/ Berührungspunkte gibt es (bspw. mit der beruflichen Eingliederung oder mit dem rechtlichen Dienst)?

Wer hat Anstellungskompetenz für RAD-Personal? Wer führt Mitarbeitergespräche mit RAD-Personal?

Gibt es messbare Qualitätsparameter für Input des RAD (d.h. Aufbereitung Dossiers, Fragestellung, die RAD von IVST erhält)?

4. RAD

Hat der RAD eine eigene Identität oder ist er Teil der IVST? Wie sieht er seine Verantwortung bei Entscheiden?

Wie gross ist versicherungsmedizinische Kompetenz der RAD-Ärzte?

Gibt es Richtlinien/ Vorgaben von der IVST oder beim RAD wann a) eigene medizinische Untersuchungen gemacht werden, b) externe Gutachten oder c) MEDAS-Gutachten eingeholt werden?

Welche Haltung hat der RAD gegenüber eigenen medizinischen Untersuchungen? (*Notwendigkeit, Nutzen, Wirkungen, Vor- und Nachteile etc.*)

Welche Haltung hat der RAD gegenüber dem Einholen von externen Gutachten (*Notwendigkeit, Nutzen, Wirkungen, Vor- und Nachteile etc.*)

Welche Haltung hat der RAD gegenüber dem Einholen von MEDAS-Gutachten: (*Notwendigkeit, Nutzen, Wirkungen, Vor- und Nachteile etc.*)

Weiss der RAD, wie seine Empfehlungen von der IVST umgesetzt werden? Falls nein: Wäre es nicht nötig, das zu wissen, um Ergebnis IV-Entscheidung zu verbessern?

Weiss der RAD, wie seine Beurteilungen vor Gericht gestützt werden?

Falls nein: Wäre es nicht nötig, das zu wissen, um Ergebnis IV-Entscheidung zu verbessern?

Gibt es Kenngrössen für die Leistungsbeurteilung (Output) des RAD?⁵⁰ Wie aussagekräftig sind diese Kenngrössen?

5. Fragen nach Veränderungen

(Wenn RAD-Leitung oder MA neu sind, ist wohl ein Vergleich mit der Zeit vor RAD nicht möglich.)

(Bei negativen Beurteilungen nach Gründen fragen)

Wie wird die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Dauer des Verfahrens beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Effizienz des Systems IVST beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Wirksamkeit des Systems IVST beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Berentungsquote beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Welchen Stellenwert hat Entscheidung IVST dank medizinischen Entscheidungsgrundlagen des RAD vor Gericht? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wo liegen die Stärken des RAD?

⁵⁰ Mögliche Beurteilungsgrößen wären etwa: Erfassung Anzahl bearbeiteter Dossiers pro Arzt (evt. unterteilt nach Leistungskategorien wie Rentenfälle oder Geburtsgebrechen), Qualität der medizinischen Stellungnahmen RAD Arzt

Wo liegen die Schwächen des RAD und wo gibt es Verbesserungsbedarf?

6. Bilanz

Hat sich aus Ihrer Sicht die Schaffung der RAD gelohnt oder nicht?

In welche Richtung soll sich der RAD entwickeln?

Interviewleitfaden IVST

1. Einstieg

Wie lässt sich der Bearbeitungsverlauf eines Dossiers mit Rentenantrag beschreiben? Welche Stationen durchläuft das Dossier?

Gibt es im Bearbeitungsverlauf eines Dossiers mit Rentenantrag Fixpunkte, wann der RAD beizogen wird?

Wie ist die Zuweisungspraxis der Dossiers (d.h bei welchen Dossiers wird der RAD beizogen)? Gibt es dazu eine interne Weisung?

Wie ist der Dossieraufbau/Dossierführung? (*Mögliche Kriterien sind: chronologisch geordnet/ungeordnet, mit/ohne Verlaufsdocumentation*)

Gibt es interne Weisung bezüglich der Formulierung der Fragestellung an den RAD? Erfolgt die Fragestellung an den RAD mit/ohne Aufarbeitung der Dossiers?

2. Typisierung gemäss Formular

(So weit bei Sachverhalten IVST-Leitung Auskunft geben kann. Bei Beurteilungen: beide Seiten fragen.)

3. Ergänzenden Fragen zum Verhältnis von IVST und RAD

Falls ein RAD für mehrere IVST tätig ist: Wie ist das Verhältnis anderer IVST zum RAD? Bevorzugung oder Benachteiligung?

Wer hat Anstellungskompetenz für RAD-Personal? Wer führt Mitarbeitergespräche mit RAD-Personal?⁵¹

Ist RAD-Prozess integrierter Bestandteil der IVST-Prozesse? Welche Schnittstellen/Berührungspunkte gibt es (bspw. mit der beruflichen Eingliederung oder mit dem rechtlichen Dienst)?

Gibt es messbare Qualitätsparameter für Input bzw. Output des RAD? (gegenüber IVST? Und gibt es solche Parameter auch für Output der IVST?)⁵²

Wo gibt es Reibungsverluste im Zusammenspiel von RAD und IVST? Wie können Reibungsverluste optimiert werden?

Welches ist der generell Einfluss des EDV-Systems auf die Tätigkeit des RAD?

⁵¹ Stellt der IVST-Leiter das medizinische Personal ein oder delegiert er dies an den Leiter des RAD?

⁵² Mögliche Beurteilungsgrößen wären etwa: Erfassung Anzahl bearbeiteter Dossiers pro Arzt (evt. unterteilt nach Leistungskategorien wie Rentenfälle oder Geburtsgebrechen), Qualität der medizinischen Stellungnahmen RAD Arzt

4. Fragen nach Veränderungen

(Bei negativen Beurteilungen nach Gründen fragen)

Wie wird die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Dauer des Verfahrens beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Effizienz des Systems IVST beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Wirksamkeit des Systems IVST beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wie wird die Berentungsquote beurteilt? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Welchen Stellenwert hat Entscheid IVST dank medizinischen Entscheidungsgrundlagen des RAD vor Gericht? Im Vergleich zur Zeit vor RAD?

Wo liegen heute die Stärken des Systems IVST-RAD?

Wo liegen heute die Schwächen und wo gibt es Verbesserungsbedarf?

5. Bilanz

Hat sich aus Ihrer Sicht die Schaffung der RAD gelohnt oder nicht?

In welche Richtung soll sich der RAD entwickeln?

Erhebungsblatt

Beschreibungsdimensionen	RAD
Organisationsform IVST (selbständig vs. integriert) ⁵³	
Stellung RAD in IVST (org. Subeinheit oder integriert)	
Direkter Vorgesetzter RAD-Leitung ⁵⁴	
Räuml. Organisation des RAD (separiert vs. integriert)	
EDV-System (A, B oder C) ⁵⁵	
Dossierführung (elektron, vs. Papier)	
Zugesprochene Stellenzahl Ärzte/Andere (Stellenplafonds) ⁵⁶	
Aktuelle Ausschöpfung des Stellenplafonds für Ärzte (besetzte Stellen, Ausschöpfung in %)	
Anzahl fachärztliche Richtungen ausreichend? (ja/nein)	
Stellung Empfehlung RAD: Gilt er als interne Weisung? (j/n)	
Qualität der Dossier, die RAD erhält (schlecht -mittel-gut) ⁵⁷	
Qualität der Dossiers, die IVST von RAD erhält bzw. mediz. Qualität der RAD-Stellungnahme, (schlecht –mittel-gut) ⁵⁸	
Anzahl eigener medizin. Untersuchungen des RAD (pro Jahr)	
Anzahl MEDAS-Abklärungen (pro Jahr)	
Anzahl sonstige externe Gutachten (exkl. MEDAS) (pro Jahr)	
Durchschnittl. Dauer der Bearbeitungszeit eines Dossiers insgesamt (in Wochen)	
Durchschnittl. Dauer der Bearbeitungszeit eines Dossiers im RAD (in Wochen)	
Durchschnittl. Anzahl bearbeiteter Dossiers je RAD-Arzt (pro Jahr)	
Beurteilung der Produktivität des RAD (niedrig-mittel-hoch)	
Selbsteinschätzung der Autonomie ⁵⁹ (tief-mittel-hoch)	
Konflikthaftigkeit der Beziehung zwischen RAD und IVST (auch persönl. Ebene) (tief-mittel-hoch)	

⁵³ Ist IVST mit Ausgleichskasse und andern Sozialversicherungen zusammengefasst oder nicht?

⁵⁴ Wem ist der RAD-Leiter in der Linie unterstellt?

⁵⁵ Es geht hier nur darum zu sehen, wo die gleichen Systeme benutzt werden: A=GILAI, B=OSIV, C=IGS, D= ELAR

⁵⁶ Basis: RAD-Stellen 2007 (Angaben BSV)

⁵⁷ Vgl. "Erfolgsfaktoren für die RAD": Voraussetzungen für kürzere Bearbeitungsdauer: Vollständiges Dossier, so dass keine Rückfragen von RAD mehr nötig sind, Vorliegen von Fallzusammenfassung, chronologische Ordnung der medizinischen Akten.

⁵⁸ Vgl. "Erfolgsfaktoren für RAD": "Stellungnahmen sind so formuliert, dass keine Rückfragen an den RAD mehr nötig sind"; Stellungnahmen sollten i.d.R. folgende Punkte beinhalten: kritische Würdigung Vorgeschichte, Ausreichende Beschreibung des physischen, psychischen und geistigen Gesundheitszustandes, Beschrieb der Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit, Aufzeigen der Bedeutung der IV-fremden Faktoren, Vorschläge zur Eingliederung.

⁵⁹ Hier geht es um die Frage, ob die RAD sich tatsächlich in ihrer Arbeit als selbständig und autonom sehen, wie sie das vom Gesetz her sein sollen, oder ob sie sich „am Gängelband“ der IVST fühlen.

Datenmaterial

Unabhängige Variablen

Tabelle 47: Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen (Indikator 1)

RAD	Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen <i>Subj. Einschätzung von RAD und IVST</i>
RAD Mittelland	Die Qualität der medizinischen Stellungnahmen wird insgesamt als gut erachtet. Die medizinische Entscheidungsgrundlage der IVST AG hat sich seit der Einführung des RAD massiv verbessert. Dennoch besteht bei der Stellungnahme durch den RAD noch Optimierungsbedarf. Die Stellungnahmen sind teilweise sprachlich noch zu wenig den Bedürfnissen der Sachbearbeitung angepasst.
RAD BE-FR-SO	Die inhaltliche Qualität der Stellungnahmen des RAD wird insgesamt als gut beurteilt. Die Qualität der Entscheidungsgrundlage für die IVST hat sich deutlich verbessert. Dies wird als positiv beurteilt, vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität der Rentenfälle. Teilweise gibt es Rückfragen der IVST an den RAD aufgrund von Unklarheiten oder wenn Einschätzungen des RAD nicht geteilt werden.
RAD Ostschweiz	Die inhaltliche Qualität der Stellungnahmen des RAD wird insgesamt als gut beurteilt. Teilweise gibt es Rückfragen der IVST an den RAD aufgrund von Unklarheiten oder wenn Einschätzungen des RAD nicht geteilt werden. Im Vergleich zu früher hat sich die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen stark verbessert.
RAD Zentralschweiz	Die inhaltliche Qualität der RAD-Stellungnahmen wird als gut beurteilt. Im Vergleich zu früher liegt der gesundheitliche Befund des Versicherten differenzierter vor, was sich positiv auf die Massnahmen zur beruflichen Eingliederung auswirkt. Bei den Stellungnahmen gibt es teilweise noch sprachliche Schwierigkeiten oder die Stellungnahmen sind zu wenig problemzentriert. Wenn die Stellungnahme für die IVST sprachlich oder inhaltlich nicht verständlich ist, wird Rücksprache genommen. Um den Prozessablauf zu optimieren hat der RAD in Zusammenarbeit mit dem juristischen Dienst ein Formular für die Stellungnahme des RAD ausgearbeitet. Dieses beinhaltet Aussagen zum Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen sowie zum ergonomischen Profil des Versicherten. Diese Strukturierung hat die Verständlichkeit bei der Sachbearbeitung erhöht.
RAD Nordostschweiz	Die Qualität der medizinischen Beurteilungen und die „Bearbeitungstiefe“ hat seit Einführung des RAD deutlich zugenommen.
RAD beider Basel	Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlage hat sich für die IVST verbessert. RAD-Stellungnahmen, die von der IV-Stelle als ungenügend beurteilt werden, gehen, im Sinne des internen Qualitätsmanagements, über die RAD-Leitung an den RAD zurück. Qualität der Arbeit des RAD ist besserbar. Insbesondere in Bezug auf die Versicherungsmedizin. Unklarheiten gibt es meist wegen fehlender Details betreffend der Arbeitsfähigkeit. Empfehlungen des RAD werden in der Regel eingehalten. Allerdings keine systematische Rückmeldung bei Nichteinhaltung. Übernahme der RAD-Empfehlung ist geringer bei Beurteilung der Schadenminderungspflicht und bei Anträgen auf Gutachten.
RAD Rhône	Die Struktur der Argumentation – speziell im Hinblick auf rechtliche Belange – ist bei den Stellungnahmen des RAD vorgegeben. Die Stellungnahmen werden von der IVST in der Regel befolgt, bei Abweichungen oder Unklarheiten wird das Gespräch mit dem RAD gesucht. Insgesamt wird die Qualität der Stellungnahmen des RAD als gut beurteilt. Im Vergleich zu vorher hat sich die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen für die IVST massiv verbessert.
RAD Suisse Romande	Die inhaltliche Qualität der medizinischen Stellungnahme wird als gut eingeschätzt. Die Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen hat sich für die IVST stark verbessert. Die Stellungnahme des RAD hat einen hohen Stellenwert. Bei Abweichungen oder Uneinigkeiten wird von der IVST der Dialog mit dem RAD gesucht.
RAD Sud	Qualität der Stellungnahmen wird als ziemlich gut bis gut erachtet. Sie sind in der Regel vollständig und sprachlich verständlich. Verbesserungsmöglichkeiten bestehen bei der Detaillierung der Aspekte der Arbeitsfähigkeit.

Abhängige Variablen

Tabelle 48: Übersicht Variable Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen (Indikatoren 2 und 3; ausführliche Daten)

RAD	Qualität der medizinischen Entscheidungsgrundlagen und Verfügungen	
	<i>Gutheissung Beschwerde in % (Jahr 2006)</i>	<i>Rückweisung weitere Abklärung in % (Jahr 2006)</i>
RAD Mittelland	IVST AG: 16.7%	IVST AG: 0.0%
RAD BE-FR-SO	IVST BE: 15.2% IVST FR: 15.0% IVST SO: 28.2% Gewichteter Durchschnitt: 18.9%	IVST BE: 0.4% IVST FR: 0.4% IVST SO: 0.2% Gewichteter Durchschnitt: 0.4%
RAD Ostschweiz	IVST SG: 9.0% IVST TG: 11.6% IVST AI: 30.0% IVST AR: 7.8% IVST GR: 15.1% Gewichteter Durchschnitt: 11.5%	IVST SG: 16.6% IVST TG: 10.3% IVST AI: 0.0% IVST AR: 0.0% IVST GR: 8.1% Gewichteter Durchschnitt: 14.2%
RAD Zentralschweiz	IVST LU: 20.9% IVST NW: 12.1% IVST OW: 24.1% IVST UR: 20.4% IVST SZ: 13.3% IVST ZG: 11.4% Gewichteter Durchschnitt: 19.9%	IVST LU: 0.3% IVST NW: 1.7% IVST OW: 0.0% IVST UR: 0.0% IVST SZ: 0.3% IVST ZG: 5.9% Gewichteter Durchschnitt: 0.6%
RAD Nordostschweiz	IVST ZH: 16.5% IVST GL: 20.0% IVST SH: 29.7% Gewichteter Durchschnitt: 17.8%	IVST ZH: 0.4% IVST GL: 0.0% IVST SH: 4.5% Gewichteter Durchschnitt: 2.0%
RAD beider Basel	IVST BL: 23.6% IVST BS: 12.5% Gewichteter Durchschnitt: 19.5%	IVST BL: 0.0% IVST BS: 0.0% Gewichteter Durchschnitt: 0.0%
RAD Rhône ⁶⁰	IVST VS: 18.8%	IVST VS: 0.4%
RAD Suisse Romande	IVST VD: 22.1% IVST GE: 15.9% IVST NE: 21.6% IVST JU: 24.3% Gewichteter Durchschnitt: 20.4%	IVST VD: 0.1% IVST GE: 1.6% IVST NE: 0.0% IVST JU: 0.0% Gewichteter Durchschnitt: 1.5%
RAD Sud ⁶¹	IVST TI: 29.3%	IVST TI: 0.2%

⁶⁰ RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

⁶¹ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

Tabelle 49: Übersicht Variable Entscheid der Kantonalen Gerichte (Indikatoren 2 und 3; ausführliche Daten)

RAD	Entscheid der Kantonalen Gerichte	
	<i>Gutheissung Beschwerde in % (Jahr 2006)</i>	<i>Rückweisung weiter Abklärung in % (Jahr 2006)</i>
RAD Mittelland	IVST AG: 7.0%	IVST AG: 35.7%
RAD BE-FR-SO	IVST BE: 12.4% IVST FR: 1.7% IVST SO: 21.8% Gewichteter Durchschnitt: 14.2%	IVST BE: 33.1% IVST FR: 17.2% IVST SO: 16.4% Gewichteter Durchschnitt: 30.8%
RAD Ostschweiz	IVST SG: 27.1% IVST TG: 16.2% IVST AI: 0.0% IVST AR: 22.2% IVST GR: 3.8% Gewichteter Durchschnitt: 17.4%	IVST SG: 28.8% IVST TG: 33.8% IVST AI: 33.3% IVST AR: 0.0% IVST GR: 19.2% Gewichteter Durchschnitt: 30.5%
RAD Zentralschweiz	IVST LU: 15.1% IVST NW: 0.0% IVST OW: 20.0% IVST UR: 0.0% IVST SZ: 9.1% IVST ZG: 18.2% Gewichteter Durchschnitt: 14.8%	IVST LU: 22.3% IVST NW: 6.7% IVST OW: 20.0% IVST UR: 80.0% IVST SZ: 36.4% IVST ZG: 30.9% Gewichteter Durchschnitt: 31.8%
RAD Nordostschweiz	IVST ZH: 10.2% IVST GL: 6.3% IVST SH: 0.0% Gewichteter Durchschnitt: 10.1%	IVST ZH: 40.0% IVST GL: 50.0% IVST SH: 21.4% Gewichteter Durchschnitt: 40.1%
RAD beider Basel	IVST BL: 10.3% IVST BS: 19.1% Gewichteter Durchschnitt: 17.5%	IVST BL: 17.9% IVST BS: 22.3% Gewichteter Durchschnitt: 21.1%
RAD Rhône ⁶²	IVST VS: 7.6%	IVST VS: 6.3%
RAD Suisse Romande	IVST VD: 13.7% IVST GE: 20.0% IVST NE: 2.9% IVST JU: 9.1% Gewichteter Durchschnitt: 16.9%	IVST VD: 5.6% IVST GE: 22.5% IVST NE: 35.3% IVST JU: 36.4% Gewichteter Durchschnitt: 26.1%
RAD Sud ⁶³	IVST TI: 9.7%	IVST TI: 20.4%

⁶² RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

⁶³ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

Abbildung 15: Neurentenquote nach RAD

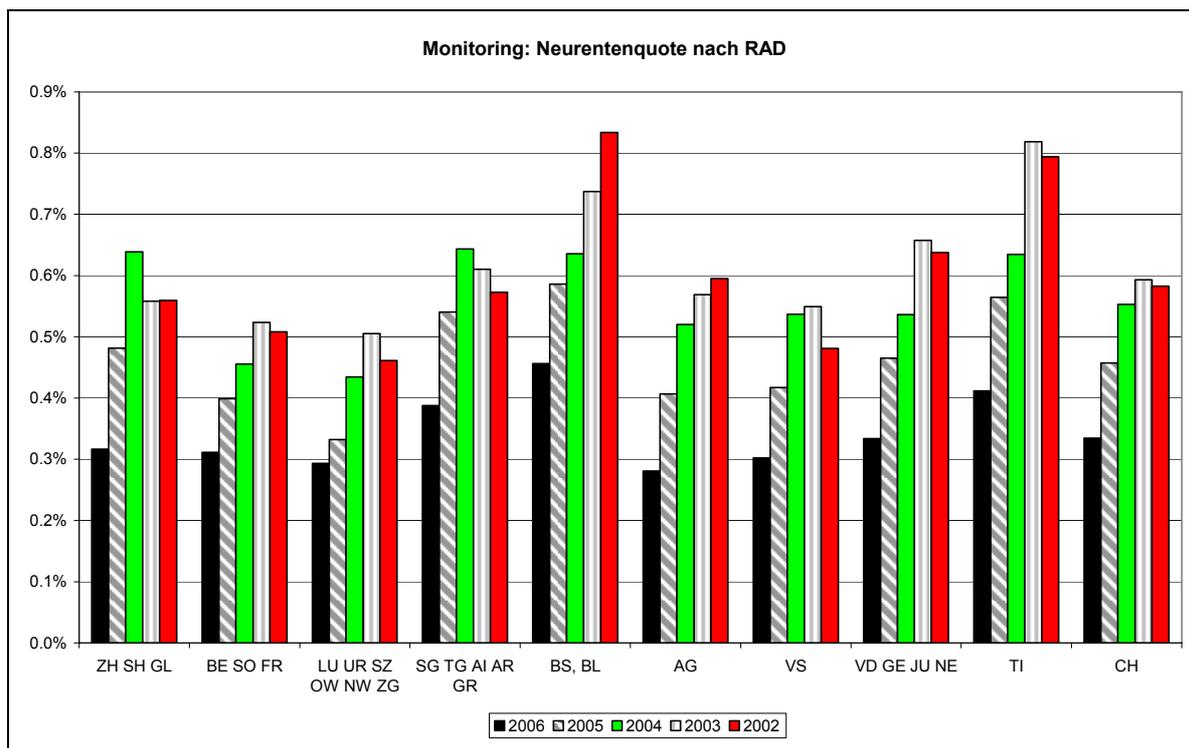


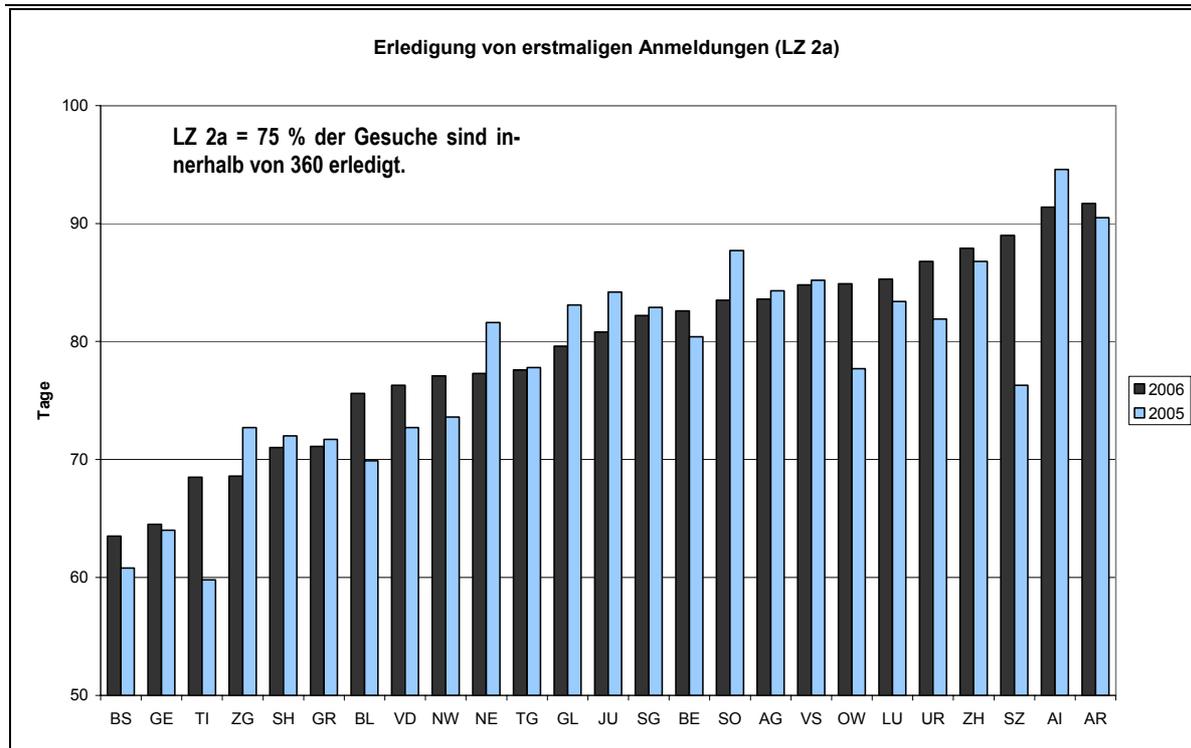
Tabelle 50: Übersicht Variable Liegezeiten von Dossiers (ausführliche Daten)

RAD	Liegezeiten
	<i>Durchschnittliche Liegezeiten in Tagen (Jahr 2006)</i>
RAD Mittelland	IVST AG: 83.6
RAD BE-FR-SO	IVST BE: 82.6 IVST FR: - IVST SO: 83.5 Gewichteter Durchschnitt: 82.8
RAD Ostschweiz	IVST SG: 82.2 IVST TG: 77.6 IVST AI: 91.4 IVST AR: 91.7 IVST GR: 71.1 Gewichteter Durchschnitt: 79.3
RAD Zentralschweiz	IVST LU: 85.3 IVST NW: 77.1 IVST OW: 84.9 IVST UR: 86.8 IVST SZ: 89.0 IVST ZG: 68.6 Gewichteter Durchschnitt: 82.9
RAD Nordostschweiz	IVST ZH: 87.9 IVST GL: 79.6 IVST SH: 71.0 Gewichteter Durchschnitt: 86.8
RAD beider Basel	IVST BL: 75.6 IVST BS: 63.5 Gewichteter Durchschnitt: 70.3
RAD Rhône ⁶⁴	IVST VS: 84.8
RAD Suisse Romande	IVST VD: 76.3 IVST GE: 64.5 IVST NE: 77.3 IVST JU: 80.8 Gewichteter Durchschnitt: 72.9
RAD Sud ⁶⁵	IVST TI: 68.5

⁶⁴ RAD Rhône ohne IVST für ausländische Versicherte.

⁶⁵ Beim RAD Sud werden nur die Zahlen der IVST Tessin berücksichtigt.

Abbildung 16: Leistungsziel 2a pro IV-Stelle



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

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

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

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

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

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

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

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