

Viertes Forschungsprogramm zur
Invalidenversicherung (FoP4-IV)
**Entwicklung der Neurenten in der
Invalidenversicherung:
gemischte Methode, Sucht- und
psychische Erkrankungen**



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral 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.

Autorinnen/Autoren

Christian Bolliger, Madleina Ganzeboom
Büro Vatter AG
Politikforschung & -beratung
Gerbergasse 27, CH-3011 Bern
+41 (0) 31 312 65 75, info@buerovatter.ch
www.buerovatter.ch

Jürg Guggisberg, Tabea Kaderli
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG
Konsumstrasse 20, CH-3007 Bern
+41 (0)31 380 60 80, info@buerobass.ch
www.buerobass.ch

Auskünfte

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, CH-3003 Bern

Geschäftsfeld IV
Christina Eggenberger
+41 (0)58 462 92 15, christina.eggenberger@bsv.admin.ch

Bereich Forschung und Evaluation
Malte Flachmeyer
+41 (0)58 465 12 02, malte.flachmeyer@bsv.admin.ch

ISSN

1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion Deutsch)

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, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer

318.010.5/24D

Publikationsdatum und Auflage

September 2024, 1. Auflage

**Viertes Forschungsprogramm zur
Invalidenversicherung (FoP4-IV)
Entwicklung der Neurenten in der
Invalidenversicherung:
gemischte Methode, Sucht- und
psychische Erkrankungen**

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherungen

In den letzten 20 Jahren hat sich die Invalidenversicherung sukzessive von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung entwickelt. Die Revisionen 4, 5 und 6a des Invalidenversicherungsgesetzes und die Anfang 2022 in Kraft getretene Weiterentwicklung der Invalidenversicherung haben diesen Wandel und die dazu notwendigen Massnahmen eingeführt, ausgebaut und verstärkt.

Dementsprechend erhielten seit Mitte der Nullerjahre immer mehr versicherte Personen Eingliederungsleistungen anstatt IV-Renten zugesprochen. Dies hatte zur Folge, dass die IV-Neurenten sanken und sich auf vergleichsweise tiefem Niveau stabilisierten. Seit Mitte der 2010er Jahre zeigt sich nun ein neuer Trend: die Neurenten steigen erneut und bis heute kontinuierlich an.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wurde die Frage laut, ob und inwieweit die drei rechtlichen Änderungen in den Bereichen der psychischen Erkrankungen, der Suchterkrankungen und der angepassten Methode zur Invaliditätsbemessung bei Teilzeiterwerbstätigen allenfalls zum Anstieg der Neurenten beigetragen haben könnten. In der nun vorliegenden Studie wurden diese Fragen umfassend und detailliert analysiert.

Die Ergebnisse zeigen drei Entwicklungen: Zum einen manifestiert sich klar eine überproportionale Zunahme psychisch bedingter Neurenten ab Mitte/Ende der 2010er Jahre – insbesondere aufgrund psychogener und milieureaktiver Störungen. Ob diese Zunahme in kausalem Zusammenhang mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens bei versicherten Personen mit psychischen Erkrankungen steht, lässt sich nicht nachweisen, scheint aber aufgrund des Zeitraums plausibel zu sein.

Weiter zeigt sich eine eindeutige Zunahme an Neurenten und Revisionen mit Rentenerhöhung bei Teilzeiterwerbstätigen. Dies ist auf die Anpassung der Bemessungsgrundlage auf Basis der gemischten Methode ab dem Jahr 2018 zurückzuführen.

Die dritte Entwicklung zeigt sich bei den Neurenten von Suchterkrankten: Hier zeigt sich eine signifikante Zunahme von als Suchterkrankungen codierten Neurenten ab 2019. Im Juli dieses Jahres hielt ein Bundesgerichtsurteil fest, dass Suchterkrankungen bei der Invaliditätsbemessung dieselbe Relevanz zukommt wie anderen fachärztlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen und dass das strukturierte Beweisverfahren auch hier zur Anwendung kommt.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die IV grosse Herausforderungen zu meistern hat. Trotz einer breiten Palette von Eingliederungsmassnahmen und verstärkter Eingliederungsarbeit der IV-Stellen und ihrer involvierten Partner steigen die Neurenten wieder kontinuierlich an. Hinter dieser Zunahme stehen immer Menschen und ihr persönliches Leid. Aus der Sicht der Versicherung wird der Anstieg der Neurenten auch Einfluss auf die finanziellen Perspektiven haben. Es stellt sich zudem die Frage, wie die Eingliederungsmassnahmen allenfalls weiter angepasst werden und Neurenten verhindert werden können. Deshalb ist die sorgfältige Evaluation der Weiterentwicklung der IV von grosser Bedeutung. Zum heutigen Zeitpunkt ist es schwierig einzuschätzen, wie sich die Situation weiter entwickeln wird. Diese Entwicklung gilt es in den nächsten Jahren im Auge zu behalten, um die entsprechenden Rückschlüsse zu ziehen.

Florian Steinbacher
Vizedirektor
Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

Ces vingt dernières années, l'assurance-invalidité (AI) est passée d'une assurance de rentes à une assurance de réadaptation. Les révisions 4, 5 et 6a de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, ainsi que le Développement continu de l'AI entré en vigueur début 2022 ont introduit, étendu et renforcé ce changement et les mesures qu'il nécessite. En conséquence, depuis le milieu des années 2000, un nombre croissant d'assurés a bénéficié de prestations de réadaptation en lieu et place d'une rente AI. De ce fait, le nombre de nouvelles rentes a diminué et s'est stabilisé à un niveau relativement bas. Toutefois, depuis le milieu des années 2010, une nouvelle tendance se dessine : en effet, le nombre de nouvelles rentes augmente à nouveau.

Face à cette évolution, la question a été soulevée de savoir si et dans quelle mesure les trois modifications juridiques concernant les maladies psychiques, les addictions et le mode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel pourraient avoir contribué à l'augmentation du nombre de nouvelles rentes. La présente étude a analysé ces questions de manière complète et détaillée.

Les résultats de l'étude mettent en lumière trois évolutions : d'une part, à partir du milieu et de la fin des années 2010, l'étude constate une augmentation disproportionnée du nombre de rentes octroyées pour des raisons psychiques, surtout pour des troubles psychogènes ou réactifs au milieu. Le fait qu'un lien causal existe entre cette augmentation et l'introduction de la procédure structurée d'administration des preuves pour les assurés présentant des troubles psychiques semble plausible au vu de la période concernée, même s'il ne peut être prouvé.

En outre, on constate une nette augmentation du nombre de nouvelles rentes et de révisions de rentes débouchant sur une augmentation de la rente chez les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel. Cette évolution s'explique par l'adaptation de la base de calcul qui se fonde sur la méthode mixte à partir de l'année 2018.

La troisième évolution concerne les nouvelles rentes de personnes souffrant d'une toxicomanie : à partir de 2019, on constate une augmentation significative des nouvelles rentes codées toxicomanies. En juillet de cette année, un arrêt du Tribunal fédéral a souligné que les toxicomanies doivent être traitées de la même manière que les autres troubles psychiques diagnostiqués par un médecin spécialiste lors de l'évaluation de l'invalidité et qu'il faut appliquer ici aussi la procédure structurée d'administration des preuves.

Les résultats de l'étude montrent clairement que l'AI fait face à des défis majeurs : malgré un large éventail de mesures de réadaptation et un renforcement du travail de réadaptation fourni par les offices AI et leurs partenaires, le nombre de nouvelles rentes ne cesse de croître. Derrière cette hausse, il y a toujours des individus en souffrance. Du point de vue de l'assurance, l'augmentation des nouvelles rentes aura également des répercussions sur les perspectives financières de l'AI. En outre, la question se pose de savoir comment les mesures de réadaptation pourraient, le cas échéant, être à nouveau adaptées pour éviter l'octroi de nouvelles rentes. L'évaluation rigoureuse du Développement continu de l'AI est essentielle à cet égard. Il est actuellement difficile d'estimer comment la situation évoluera ; il s'agira de surveiller cette évolution ces prochaines années afin d'en tirer les conclusions pertinentes.

Florian Steinbacher

Vice-directeur

Responsable du domaine Assurance-invalidité

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Negli ultimi 20 anni l'assicurazione invalidità (AI) si è progressivamente trasformata da un'assicurazione di rendite a un'assicurazione finalizzata all'integrazione. Le revisioni 4a, 5a e 6a della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) e la riforma Ulteriore sviluppo dell'AI, entrata in vigore all'inizio del 2022, hanno sancito questo cambiamento di filosofia e introdotto, ampliato e rafforzato i provvedimenti necessari a tal fine. Di conseguenza, dalla metà degli anni 2000 sempre più persone hanno percepito prestazioni volte all'integrazione invece di rendite AI. L'effetto è stato una riduzione del numero di nuove rendite, che si è poi stabilizzato a un livello relativamente basso. Dalla metà degli anni 2010 fino a oggi la tendenza è nuovamente cambiata: il numero di nuove rendite ha ripreso progressivamente a salire.

A fronte di questa evoluzione è emersa con sempre più insistenza la questione se e in che misura le modifiche del diritto sulla concessione di rendite AI per malattie psichiche e sindromi da dipendenza nonché sull'adeguamento del metodo di calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale possano aver contribuito a un aumento del numero di nuove rendite. Nel presente studio queste domande sono state prese in esame in modo approfondito e dettagliato.

Dai risultati emergono tre fenomeni: innanzitutto si manifesta in modo evidente un incremento sovraproporzionale delle nuove rendite concesse per malattie psichiche a partire dalla seconda metà degli anni 2010, in particolare per disturbi psicogeni e psiconeurovegetativi. Non è possibile comprovare se vi sia una correlazione causale tra questo aumento e l'introduzione della procedura probatoria strutturata per gli assicurati affetti da malattie psichiche, ma considerato il lasso temporale questa ipotesi sembra plausibile.

Si registra poi un netto aumento di nuove rendite e revisioni che hanno portato a un aumento della rendita nel caso dei lavoratori a tempo parziale. Ciò è da ricondurre all'applicazione del metodo misto quale base di calcolo del grado d'invalidità a partire dal 2018.

Il terzo fenomeno riguarda l'evoluzione delle nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza: in questo caso risulta un significativo incremento delle nuove rendite codificate come tali a partire dal 2019. Nel luglio di quell'anno, il Tribunale federale ha stabilito in una sentenza che nell'ambito del calcolo del grado d'invalidità le sindromi da dipendenza hanno la stessa rilevanza di altre malattie psichiche diagnosticate da un medico specialista e che anche nel loro caso si applica la procedura probatoria strutturata.

I risultati dello studio mostrano con chiarezza le notevoli sfide che l'AI deve affrontare: nonostante l'ampio ventaglio di provvedimenti disponibili e il rafforzamento del lavoro d'integrazione degli uffici AI e dei partner coinvolti, il numero di nuove rendite continua a crescere. Dietro un tale aumento vi sono sempre delle persone e la loro sofferenza individuale. Dal punto di vista dell'assicurazione, l'aumento del numero di nuove rendite inciderà sulle prospettive finanziarie. Inoltre, si pone la questione di come poter adeguare ulteriormente i provvedimenti d'integrazione laddove necessario ed evitare così la concessione di nuove rendite. Per questi motivi, è fondamentale un'accurata valutazione della riforma Ulteriore sviluppo dell'AI. Allo stato attuale è difficile stimare come si evolverà la situazione. Per poter trarre le conclusioni del caso sarà necessario tenere d'occhio questa evoluzione nei prossimi anni.

Florian Steinbacher

Vicedirettore

Capo dell'Ambito Assicurazione invalidità

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Over the past 20 years, the primary objective of the Swiss Invalidity Insurance scheme (IV) has gradually shifted from the payment of pensions towards the provision of rehabilitation measures. This change and the measures needed to achieve it were instituted, enhanced and consolidated by Revisions 4, 5 and 6a of the Invalidity Insurance Act and by the Further Development of the IV programme, which came into effect in early 2022. Consequently, the number of individuals who are awarded rehabilitation measures instead of an IV pension began to rise in the mid-2000s. At the same time, the number of new IV pension recipients fell and remained relatively low. In the mid-2010s, however, the number of new IV pension recipients began to rise again and has been increasing steadily since then.

This detailed analysis seeks to ascertain whether and to what extent three legal amendments in relation to psychological disorders, addictions, and the method used to calculate the entitlement of claimants in part-time work to an IV pension have contributed to the rising number of new IV pension recipients.

The study identifies three trends. First, there has been a disproportionate increase since the mid- to late 2010s in successful invalidity pension claims from individuals with psychological disorders, especially disorders which are psychogenic in nature or due to environmental factors. Although the study could not find incontrovertible proof, it seems plausible – given the timeframe – that this increase is linked to the extension of the structured evidence-taking procedure to IV pension claims submitted by applicants with a psychological disorder.

The second trend identified by the study is the rising rate of successful IV pension claims and upward pension revisions among part-time workers. Adjustments to the mixed method used to assess claims, which were first introduced in 2018, are the main driver behind this trend.

The third trend concerns the share of individuals with addictions among new IV pension recipients. Since 2019 there has been a sharp rise in the number of new IV pensions coded as addictions. In July of that year, the Federal Supreme Court had ruled that addictions should be considered in the same way as other medically diagnosed psychological disorders when assessing a person's degree of invalidity, and that the structured evidence-taking procedure could also be used to review addiction-related IV pension claims.

The results clearly show that IV scheme faces major challenges. Despite the wide range of rehabilitation measures on offer and the increased integration efforts undertaken by the IV offices and their partners, the number of successful IV pension claims is on the rise again. It is important to remember, however, that behind each number is a human being and personal suffering. Nonetheless, this rise will have consequences for the finances of the IV scheme. Given this upward trend, consideration should be given to what further changes to existing integration measures could be made and how, and what additional steps could be taken to prevent new pension awards in the future. A thorough evaluation of the further development of the IV is therefore essential. While it is currently difficult to predict how this situation will evolve, developments over the coming years must be monitored closely so that we are in a position to draw informed conclusions on the matter.

Florian Steinbacher
Deputy Director FSIO
Head of Invalidity Insurance

Entwicklung der Neurenten in der Invalidenversicherung: gemischte Methode, Sucht- und psychische Erkrankungen

Schlussbericht

Projektteam

Büro Vatter: Christian Bolliger (Projektleitung), Madleina Ganzeboom

BASS: Jürg Guggisberg, Tabea Kaderli

Bern, 13. Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Abbildungen	VI
Tabellen	VIII
Zusammenfassung	IX
Sommaire	XV
Riassunto	XXI
Summary	XXVII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Vorgehensweise	2
1.3 Aufbau des vorliegenden Berichts	2
2 Grundlagen	3
2.1 Die schrittweise Einführung des strukturierten Beweisverfahrens.....	3
2.1.1 Wesentliche Merkmale des strukturierten Beweisverfahrens	3
2.1.2 Schrittweise Ausweitung des Anwendungsbereichs seit 2015	5
2.1.3 Flankierende Entwicklungen seit 2015	6
2.1.4 Bisherige Erfahrungen mit dem strukturierten Beweisverfahren.....	8
2.1.5 Fazit und Fragestellungen für die empirische Analyse.....	9
2.2 Die gemischte Methode bei Teilzeiterwerbenden	10
2.2.1 Vom EGMR-Entscheid zur Verordnungsänderung	10
2.2.2 Geltungsbereich	11
2.2.3 Inhalt der Anpassung	11
2.2.4 Potenziell spürbare Auswirkungen auf den IV-Grad	12
2.2.5 Fazit und Fragestellungen für die empirische Analyse.....	12
2.3 Vorgehen der Studie.....	13
2.3.1 Überblick	13
2.3.2 Auswahl der IV-Stellen für die Vertiefungsphase	14
2.3.3 Vertiefungsphase	15
2.3.4 Statistische Analysen.....	17
3 Rentenprüfung gemäss dem strukturierten Beweisverfahren	19
3.1 Allgemeine Einschätzung der Auswirkungen.....	19
3.1.1 Inhaltlich deutliche, prozessual eher schwache Auswirkungen	19
3.1.2 Einführung etappiert oder sofort umfassend	19
3.1.3 Häufigkeit und Konstellationen der Anwendung	19

3.2	<i>Prozessuale Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens</i>	21
3.2.1	Stellenwert des Eingliederungsverfahrens.....	21
3.2.2	Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und RAD	22
3.2.3	Zusammenarbeit mit Gutachterinnen und Gutachtern	24
3.2.4	Einbezug der versicherten Person sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte	24
3.3	<i>Inhaltliche Auswirkungen auf die Rentenprüfung</i>	25
3.3.1	Als besonders wichtig wahrgenommene Veränderungen bei der Abklärung	25
3.3.2	Herausforderungen bei der Abklärung	26
3.3.3	Besonderheiten bei der Prüfung spezifischer Diagnosen	28
3.4	<i>Qualitätsaspekte der Rentenprüfung und -entscheide</i>	30
3.4.1	Anspruch der Ergebnisoffenheit bei der Rentenprüfung.....	30
3.4.2	Nachvollziehbarkeit und Fundiertheit der Rentenentscheide	31
3.4.3	Angemessenheit der Entscheide.....	32
3.5	<i>Zusammenfassung und Fazit</i>	33
3.5.1	Prozessuale Veränderungen	33
3.5.2	Inhaltliche Aspekte der Rentenprüfung und Herausforderungen	34
3.5.3	Auswirkungen auf Qualitätsaspekte der Rentenprüfung.....	34
4	Entwicklung der Neuanmeldungen – Statistische Analyse	37
4.1	<i>Entwicklung 2012 bis 2020</i>	37
4.2	<i>Entwicklung der Neuanmeldungen unter Berücksichtigung der veränderten Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung</i>	42
4.3	<i>Entwicklung Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung</i>	44
5	Entwicklung der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen	47
5.1	<i>Statistische Analysen</i>	47
5.1.1	Entwicklungen allgemein	48
5.1.2	Entwicklungen detailliert	56
5.1.3	Wer erhält eine Neurente aufgrund psychischer Erkrankung?.....	56
5.1.4	Multivariate Analysen	60
5.1.5	Fazit zu den statistischen Analysen.....	63
5.2	<i>Einschätzungen und Erfahrungen involvierter Akteure</i>	64
5.2.1	Psychosomatische Einschränkungen (Leiturtel von 2015).....	64
5.2.2	Leichte bis mittelschwere Depressionen ohne Therapieresistenz.....	67
5.2.3	Fazit zu den vertiefenden Untersuchungen.....	69
6	Entwicklung der Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen	71
6.1	<i>Statistische Analysen</i>	71
6.1.1	Entwicklungen.....	71
6.1.2	Wer erhält eine Neurente aufgrund einer Suchterkrankung?	73

6.1.3	Multivariate Analyse	75
6.1.4	Fazit zu den statistischen Analysen.....	75
6.2	<i>Einschätzungen und Erfahrungen involvierter Akteure</i>	75
6.2.1	Erkenntnisse aus den Gesprächen und Fallbeispielen	75
6.2.2	Fazit	77
7	Neurenten und Rentenrevisionen bei Teilzeiterwerbenden	79
7.1	<i>Entwicklungen</i>	79
7.2	<i>Wer erhält eine Neurente mit Bemessungsmethode gemischte Methode?</i>	80
7.3	<i>Rentenrevisionen</i>	84
7.3.1	Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe	86
7.3.2	Multivariate Analyse	88
7.4	<i>Fazit zu den statistischen Analysen</i>	89
8	Schlussbetrachtungen	91
	Referenzen	95
	Anhang 1: Vergleich und Simulation der gemischten Methode	96
	Anhang 2: Ergänzende statistische Auswertungen	100
	Anhang 3: Beschreibung der Fallbeispiele	114

Abbildungen

Abbildung 1: Überblick über die Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens	4
Abbildung 2: Überblick über den Ablauf des Forschungsprojekts	13
Abbildung 3: Entwicklung Neuanmeldungen, absolut 2012-2020.....	37
Abbildung 4: Entwicklung Neuanmeldungen und versicherte Bevölkerung, indexiert 2012-2020 (2012 = 100) .	38
Abbildung 5: Entwicklung Neuanmeldequote, 2012-2020	38
Abbildung 6: Entwicklung Neuanmeldequote nach Geschlecht, 2012-2020.....	39
Abbildung 7: Entwicklung Neuanmeldequote nach Altersgruppe, 2012-2020.....	40
Abbildung 8: Entwicklung Neuanmeldequote nach Nationalität, 2012-2020	40
Abbildung 9: Entwicklung Neuanmeldequote nach Sprachregion, 2012-2020	41
Abbildung 10: Zusammensetzung Erwerbsstatus der neuangemeldeten Personen, 2012-2020	42
Abbildung 11: Tatsächliche und geschätzte Neuanmeldequote (Basis 2012)	43
Abbildung 12: Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung (T+4), nach Invaliditätsursache	45
Abbildung 13: Entwicklung Neurenten, absolut 2013-2021	48
Abbildung 14: Entwicklung Neurenten, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021	49
Abbildung 15: Zusammensetzung Neurenten, 2013-2021 nach Invaliditätsursache	49
Abbildung 16: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Altersgruppe	52
Abbildung 17: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Geschlecht	53
Abbildung 18: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Sprachregion.....	54
Abbildung 19: Neurenten 2015-2021, Zeitpunkt der Anmeldung	55
Abbildung 20: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert	57
Abbildung 21: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Altersgruppe.....	58
Abbildung 22: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Geschlecht.....	59
Abbildung 23: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen, 2015-2021, Zeitpunkt der Anmeldung.....	60
Abbildung 24: Entwicklung der Neurenten aufgrund Suchterkrankungen 2013-2021.....	71
Abbildung 25: Entwicklung der Neurenten aufgrund Suchterkrankungen 2013-2021, an den Neurenten insgesamt	72
Abbildung 26: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung 2019-2021, Zeitpunkt der Anmeldung, nach Typ der Erkrankung.....	73

Abbildung 27: Entwicklung Neurenten mit Bemessungsmethode gemischter Methode	79
Abbildung 28: Neurenten nach Bemessungsmethode	80
Abbildung 29: Rentenstufe der Neurenten insgesamt, 2013-2021	83
Abbildung 30: Rentenstufe der Neurenten mit Bemessungsmethode gemischte Methode, 2013-2021	84
Abbildung 31: Anteil Revisionen an laufenden Renten, 2013-2021	85
Abbildung 32: Entwicklung Revisionen nach Ergebnis, 2013-2021.....	85
Abbildung 33: Zusammensetzung Revisionen, 2013-2021	86
Abbildung 34: Zusammensetzung Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe, 2013-2021	86
Abbildung 35: Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe, Invaliditätsursache, 2013-2021	87
Abbildung 36: Zusammensetzung Neurenten nach den definierten Gruppen	93
Abbildung 37: Differenz des IV-Grads bei unterschiedlichen Pensen und Einkommenseinbussen	98
Abbildung 38: IV-Grad nach alter und neuer Berechnung, Beispiel.....	99
Abbildung 39: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Sprachregion	107
Abbildung 40: Alterszusammensetzung der Personen mit Neurente, Bemessungsmethode gemischte Methode	110
Abbildung 41: Zusammensetzung Geschlecht, Personen mit Neurente, Bemessungsmethode gemischte Methode	110
Abbildung 42: Haushaltstyp der Personen mit Neurenten, Bemessungsmethode gemischte Methode	111
Abbildung 43: Revisionen mit Erhöhung Rentenstufe, Rentenstufe nach Revision, 2013-2021	112
Abbildung 44: Zusammensetzung Neurenten nach Invaliditätsursache.....	113

Tabellen

Tabelle 1: Schrittweise Einführung des strukturierten Beweisverfahrens.....	6
Tabelle 2: Arbeitsschritte der Vertiefungsphase.....	16
Tabelle 3: Verwendete Daten für die statistischen Analysen	18
Tabelle 4: Entwicklung Anteil Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung an allen Neurenten, 2013-2021, nach IV-Stelle	50
Tabelle 5: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, detailliert	56
Tabelle 6: Regressionsresultate Modell 1: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt einer Neurente, dass diese aufgrund einer psychischen Erkrankung gesprochen wird	61
Tabelle 7: Regressionsresultate Modell 2: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt Neurente, dass diese aufgrund einer psychischen Erkrankung (Code 646 und psy. Erkrankung andere Codes) gesprochen wird	62
Tabelle 8: Personen mit Neurenten aufgrund Suchterkrankung, Unterschied 2018 und 2021.....	74
Tabelle 9: Deskriptive Statistik, Personen mit Neurente 2017 und 2021, Bemessungsmethode gemischte Methode.....	82
Tabelle 10: Veränderung Rentenstufe nach Revision mit Erhöhung, Renten gemischte Methode 2017 bis 2019	87
Tabelle 11: Regressionsresultate: Wahrscheinlichkeit Erhöhung der Rente mittels Revision, Personen mit bestehenden Teilrenten	89
Tabelle 12: Entwicklung Neuanmeldequote, 2012-2020, nach IV-Stelle.....	100
Tabelle 13: Entwicklung Neurenten, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach IV-Stelle und Invaliditätsursache	100
Tabelle 14: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Altersgruppe	102
Tabelle 15: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Geschlecht.....	102
Tabelle 16: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Sprachregion	102
Tabelle 17: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, detailliert, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach IV-Stelle.....	103
Tabelle 18: Charakteristika Neurentenbeziehende, psychische Erkrankungen (ohne Sucht), 2015 und 2021 ..	105
Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASSTabelle 19: Regressionsresultate Sucht: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt Neurente, dass diese aufgrund einer Suchterkrankung gesprochen wird.....	107
Tabelle 20: Entwicklung Anteil Neurenten mit Bemessungsmethode gemischte Methode, 2013-2021, je IV-Stelle	109

Zusammenfassung

Bei der Prüfung von Rentenansprüchen in der Invalidenversicherung (IV) hat die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren mehrere Änderungen herbeigeführt. Zum einen führte das Bundesgericht das so genannte strukturierte Beweisverfahren bei versicherten Personen mit psychischen Erkrankungen ein: Mittels einer systematischeren Erhebung und Interpretation von Informationen über die versicherte Person (Indikatoren) müssen die IV-Stellen die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit ergebnisoffen prüfen. 2015 führte das Bundesgericht dieses Verfahren zunächst bei psychosomatischen Leiden (BGE 141 V 281) ein. Zuvor war die IV bei solchen Erkrankungen von der Vermutung ausgegangen, dass sie nur ausnahmsweise zur Invalidität führen, weil sie als prinzipiell therapierbar gälten (Überwindbarkeitsvermutung). 2017 weitete das Bundesgericht das strukturierte Beweisverfahren auf alle psychischen Erkrankungen aus (BGE 143 V 409). Zudem war bei leichten bis mittelschweren Depressionen die Therapieresistenz keine zwingende Voraussetzung mehr, dass ein Rentenanspruch überhaupt näher geprüft wird (BGE 143 V 418). 2019 anerkannte das Bundesgericht schliesslich, dass es sich bei Sucht um ein «krankheitswertiges Geschehen» handle (BGE 145 V 215) und liess auch hier die Rentenprüfung nach dem strukturierten Beweisverfahren zu. Zuvor wurde Sucht in der IV nur relevant, wenn sie invalidisierende Krankheiten oder einen Unfall bewirkte oder infolge einer Krankheit entstand.

Zum anderen passte der Bundesrat nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte mit einer Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung die gemischte Methode zur Berechnung des Rentenanspruchs von Teilzeiterwerbstätigkeiten an. Das Gericht hatte diese Methode, die mehrheitlich Frauen betrifft, in bestimmten Fällen als diskriminierend eingestuft. Mit der Änderung wurde die doppelte Berücksichtigung des Teilzeitcharakters bei der Berechnung des Invaliditätsgrads im Erwerbsbereich beseitigt.

Fragestellung und Vorgehen

Die Studie verfolgte zwei Ziele: **Erstens** wurden die **Wirkungen der Rechtsänderungen auf die Zusprache von IV-Renten** für verschiedene Gruppen von versicherten Personen untersucht. Mittels deskriptiver und multivariater statistischer Analysen wurde überprüft, ob es Anhaltspunkte gibt, dass die Rechtsänderungen zu einer erhöhten Zunahme bei den Neurenten geführt haben. **Zweitens** wurden die **Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens auf die Arbeitsweise der IV-Stellen** bei der Rentenprüfung analysiert. Dies stützte sich auf Dokumentenanalysen und Befragungen von Mitarbeitenden der IV-Stellen, von regionalen ärztlichen Diensten (RAD) und von IV-externen Rechtsberaterinnen und -beratern in fünf Kantonen. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse der Studie zusammengefasst.

Die Rentenprüfung durch die IV-Stellen nach dem strukturierten Beweisverfahren

► **Mehr «Miteinander» statt «Nebeneinander» von IV-Stelle und RAD:** Der Ablauf des IV-Verfahrens ist durch das strukturierte Beweisverfahren nur punktuell verändert worden. Dies führte indes teils zu einem intensiveren Austausch zwischen RAD und Rechtsanwender. Die mit

den Leiturteilen des Bundesgerichts verbundene Annäherung der Perspektive von Medizin und Rechtsanwendung senkte teils aber (mit zunehmender Routine) auch den Gesprächsbedarf. Zumindest bei einigen IV-Stellen dürfte seit der Einführung des strukturierten Beweisverfahren der Stellenwert der Informationen aus dem Eingliederungsverfahren gestiegen sein, weil das Verhalten der versicherten Person in dieser Phase potenziell viel über ihren Leidensdruck verrät.

► **Rentenprüfung ist systematischer, aber weiterhin herausfordernd:** Die inhaltliche Herangehensweise der IV-Stellen an die Rentenabklärung hat sich mit dem strukturierten Beweisverfahren spürbar verändert. Die Befragten erleben die Abklärung der Arbeitsfähigkeit als aufwändiger, aber besser strukturiert, auch empfinden sie die Verlagerung des Fokus weg von der Diagnose und hin zu den konkreten Auswirkungen als sachgerechter. Als anspruchsvoll erlebt wird erstens der Indikator der Persönlichkeitsdiagnostik und der persönlichen Ressourcen: Externe Gutachten von hoher Qualität scheinen hier besonders wichtig für die Informationserhebung und eine sachgerechte Würdigung des Zusammenwirkens von Persönlichkeit und Krankheit, auch weil die vorhandenen Unterlagen diesbezüglich oft lückenhaft sind. Herausfordernd ist zweitens die Prüfung der Konsistenz: es ist schwierig, aus den verschiedenen Aktivitäten in den vergleichbaren Lebensbereichen Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu ziehen. Und es ist teils schwierig zu objektivieren, ob eine ungenügende Teilnahme an einer Behandlung oder Eingliederung die Folge eines geringen Leidensdrucks ist oder andere Gründe hat.

► **Ergebnisoffenere Herangehensweise und mehr Nachvollziehbarkeit, aber subjektive Elemente bleiben relevant:** Das strukturierte Beweisverfahren hat sowohl aus der Sicht der IV-Stellen als auch von IV-externen Rechtsberaterinnen und -beratern insgesamt zu ergebnisoffeneren Abklärungen beigetragen, wobei letztere teils eine zu mechanische Anwendung der Indikatoren bemängeln. Beide Seiten erwähnen, dass weiterhin auch individuelle Erfahrungen und Einstellungen der zuständigen Akteure die Abklärung beeinflussen. Als auffälligstes Beispiel wird die Schwelle für die Anerkennung von Sucht als einer Krankheit und die Interpretation ihrer Auswirkungen genannt. Tendenziell sind die Rentenentscheide durch das strukturierte Beweisverfahren auch besser nachvollziehbar geworden. Allerdings war unter den Befragten umstritten, ob dadurch die Akzeptanz der Entscheide bei den versicherten Personen gestiegen ist.

► **Entscheide sind angemessener als zuvor:** Nach der Erfahrung der Befragten fällt die IV insbesondere bei Suchterkrankungen, aber auch bei psychosomatischen Erkrankungen sowie bei leichten bis mittelschweren Depressionen insgesamt angemessenere Entscheide als zuvor: Begründet wird diese Einschätzung mit der Tatsache, dass der Zugang zur vertieften Rentenprüfung nicht aufgrund der Diagnose ausgeschlossen oder erschwert wird. Relativierend wurde von einigen Befragten kritisch angemerkt, dass bei den Depressionen der Trend wieder in Richtung Diagnose-rechtsprechung gehe, also weg von der Analyse der konkreten Auswirkungen im Einzelfall.

Die Entwicklung der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen

► **Überproportionaler Anstieg von psychisch bedingten Neurenten (exkl. Suchterkrankungen) 2 bis 4 Jahre nach der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens:** Die durchgeführten statistischen Analysen zeigen, dass in der Periode 2019 bis 2021 psychisch bedingte

Neurenten (ohne Suchterkrankungen) überproportional angestiegen sind, dies auch unter Berücksichtigung der sich im Zeitverlauf verändernden strukturellen Zusammensetzung der Neurentenbeziehenden. Dies widerspiegelt sich im Anteil an psychisch bedingten Neurenten am Total aller Neurenten. Dieser nimmt von 42% im Jahr 2017 auf 49% im Jahr 2021 stetig zu, womit gleichzeitig der Anteil an nicht-psychisch bedingten Neurenten stetig abnimmt. Während relativ zur versicherten Bevölkerung der Anteil der Neurenten mit allen anderen Invaliditätsursachen seit 2018 stabil bei rund 1.7 Promille liegt, ist er in derselben Periode bei den psychisch bedingten Neurenten von 1.2 auf 1.6 Promille angestiegen. Während im Jahr 2017 noch mehr Neurenten für andere, nicht psychisch bedingte Invaliditätsursachen gesprochen wurden, sind 2021 Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen damit praktisch gleich häufig wie die Neurenten für alle anderen Ursachen.

Hinter der Verlagerung stehen hauptsächlich Renten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen, welche die IV-Stellen mit dem IV-Gebrechenscode 646 (kurz: Code 646) dokumentieren. In dieser Kategorie finden sich vermutlich auch viele Personen mit psychosomatischen Erkrankungen und Depressionen, also jenen Diagnosen, bei denen das Bundesgericht nach 2015 den Zugang zu einer ergebnisoffenen Rentenprüfung erleichterte. Bei diesen Renten hat die überproportionale Zunahme schon ab 2018 begonnen. Auch die Entwicklung der Neurenten aufgrund der restlichen psychischen Erkrankungen hat zur Verlagerung zu den psychisch bedingten Neurenten beigetragen. Die Zunahme bei Renten aufgrund anderer psychischer Erkrankungen ist im Vergleich zu den Renten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) weniger ausgeprägt und wird etwas später beobachtet (ab 2020).

Die verstärkte Zunahme an psychisch bedingten Neurenten erfolgt rund 2 bis 4 Jahre nach der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens und kann nicht alleine mit der Zunahme der Neuanmeldungen erklärt werden, insbesondere deshalb, weil bei den Neuanmeldungen kein sprunghafter Anstieg nach der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens beobachtet werden kann. Während die Anzahl Neurenten aufgrund von nicht psychisch bedingten Renten trotz steigenden Neuanmeldungen in der Periode 2017 bis 2020 in etwa konstant geblieben sind, nehmen die psychisch bedingten Renten in derselben Periode zu. Mit anderen Worten steigt die Anzahl jährlich zugesprochener psychisch bedingter Renten ab 2018 bzw. 2020 schneller an als bei den übrigen Renten.

Die überproportionale Zunahme an psychisch bedingten Neurenten findet verstärkt bei jüngeren Personen bis 34 Jahre statt, dies sowohl bei Frauen wie auch bei Männern, wobei bei den Frauen die verstärkte Zunahme der Neurenten mit Code 646 im Vergleich zu den Männern etwas früher schon ab 2015 zu beobachten war. Bei den Männern setzte dieser Trend erst ab 2019 ein. In den Kantonen der lateinischen Schweiz setzt derselbe Trend ab 2015 etwas früher ein als in den Deutschschweizer Kantonen, wo er erst ab 2019 zu beobachten ist.

Entwicklung der Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen

► **Sprunghafter Anstieg von als Suchterkrankung kodierten Neurenten ab 2019:** Dass es im Nachgang des Leiturteils zu mehr als Suchterkrankungen kodierten Neurenten gekommen ist, kann basierend auf den vorliegenden Resultaten festgehalten werden. Diese zeigen einen sprunghaften

Anstieg von als Suchterkrankung kodierten Neurenten auf das Jahr 2020. Die Zahl ist zwischen 2013 und 2019 konstant und steigt anschliessend deutlich an: 2021 wurden knapp 400 Neurenten mit diesen Codes gesprochen. Der Anteil dieser Neurenten an allen Neurenten ist damit von 0.6% im Jahr 2018 auf 2.2% im Jahr 2021 angestiegen.

Nicht klar ist hingegen, ob es sich um eine Verlagerung handelt (dieselben Personen hätten schon vor 2019 eine Rente erhalten, aber unter einem anderen Gebrechenscode), ob mehr Personen, die unter der alten Situation keine Rente erhalten haben, nun eine erhalten (Zunahme der Berentungswahrscheinlichkeit) oder ob sich als Folge des Urteils mehr Personen mit Substanzabhängigkeiten bei der IV angemeldet haben und es deshalb nun mehr Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen gibt. Möglich ist auch, dass es sich bei der beobachteten Zunahme um eine Mischung der drei genannten Gründe handelt. Die Aussagen der im Rahmen dieser Studie befragten Mitarbeitenden der IV-Stellen lassen dies als plausibel erscheinen. Nach wie vor spielen die Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen im gesamten Rentengeschehen der IV aber eine vernachlässigbare Rolle. Ob in den nächsten Jahren mit einer weiteren Zunahme zu rechnen ist, oder ob sich die Rentenzusprachen auf diesem Niveau in etwa halten, kann aufgrund der zu kurzen Beobachtungszeit noch nicht beurteilt werden.

Neurenten und Rentenrevisionen bei Teilzeiterwerbenden

► **Vom erleichterten Zugang zu Renten bei Teilzeiterwerbenden profitieren weitgehend Frauen.** Die statistischen Analysen zeigen sehr deutlich, dass die auf den 1.1.2018 vom Bundesrat in Kraft gesetzte Anpassung der IVV, die für alle Personen mit Teilerwerbstätigkeit und einem zusätzlichen Aufgabenbereich galt (Art. 27^{bis} Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung gültig bis 31.12.2021), zu einem sprunghaften Anstieg der Anzahl Neurenten und zu rentenerhöhenden Revisionen mit der gemischten Methode als Bemessungsmethode geführt hat. Diese Zunahme bei den Neurenten mit gemischter Methode spiegelt sich auch im Anteil der Neurenten mit gemischter Methode wider. Dieser hat sich von 9% auf zunächst 13% erhöht und ist seit 2019 stabil bei 12%. Vom erleichterten Zugang profitieren weitgehend Frauen, die sowohl als Teilzeiterwerbstätige wie auch im Haushalt tätig sind. Im Zeitverlauf hat bei den Neurentenbeziehenden aufgrund der gemischten Methode der Anteil an Personen in Einpersonenhaushalten wie auch der Anteil von geschiedenen Personen zugenommen.

Fazit

Das strukturierte Beweisverfahren hat bei jenen psychischen Erkrankungen, bei denen zuvor ein Rentenanspruch nur ausnahmsweise oder gar nicht in Betracht kam, zu einer ergebnisoffeneren Prüfung des Rentenanspruchs geführt. Dies gilt auch für Suchterkrankungen. Gleichwohl bleibt die Rentenprüfung anspruchsvoll. Die fachliche Kompetenz der involvierten Akteure bei den Gutachterstellen, den RAD, den IV-Stellen und an den Gerichten bleibt entscheidend, damit die notwendigen Informationen vollständig und unverzerrt erhoben, beschrieben und auch korrekt interpretiert werden.

Die durchgeführten Analysen zur Entwicklung der Neurenten deuten darauf hin, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung bei psychosomatischen Leiden im Jahr 2015, die flächendeckende

Einführung des strukturierten Beweisverfahren bei allen psychischen Erkrankungen sowie die Vorgabe zur Prüfung des Leistungsanspruchs auch bei leichten bis mittelschweren Depressionen ohne Therapieresistenz im 2017 Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit hatten, eine Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erhalten. Ein statistischer Nachweis, dass die erhöhte Zunahme bei den psychisch bedingten Renten kausal mit den rechtlichen Änderungen in Zusammenhang steht, kann jedoch nicht erbracht werden. Dies, weil in den Daten weder Informationen zur Umsetzung des strukturierten Beweisverfahrens zur Verfügung stehen, noch die im Vordergrund stehenden Rentenzusprachen aufgrund von psychosomatischen Gebrechen und Depressionen verlässlich identifiziert werden können. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Neurenten in den nächsten Jahren entwickeln werden, um aus statistischer Sicht ein schlüssigeres Bild über die möglichen Gründe für die überproportionale Zunahme der psychisch bedingten Neurenten zu erhalten. Dazu können u.a. auch die weiteren Entwicklungen der Rentenbezugsquoten der Neuanmeldekohorten im Zeitverlauf einen Beitrag leisten.

Um zukünftig mittels statistischer Analysen präzisere Antworten auf die Frage der Gründe für Veränderungen bei Neurenten wie bspw. der Verlagerung von nicht psychisch zu psychisch bedingten Neurenten erhalten zu können, wäre es erforderlich, dass bestehende Lücken in den Datengrundlage systematisch identifiziert und gezielt geschlossen werden.

Sommaire

Au cours des dernières années, la jurisprudence a entraîné plusieurs modifications concernant l'examen du droit à la rente dans l'assurance-invalidité (AI). D'une part, le Tribunal fédéral a introduit la procédure structurée d'administration des preuves pour les assurés souffrant de maladies psychiques. Cela signifie que les offices AI doivent examiner sans a priori les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, en collectant et en interprétant de manière plus systématique les informations sur l'assuré (indicateurs). En 2015, le Tribunal fédéral a d'abord introduit cette procédure pour les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281). Auparavant, l'AI partait du principe que de telles maladies n'entraînaient une invalidité que dans des cas exceptionnels, car elles étaient considérées comme en principe traitables (présomption selon laquelle les troubles peuvent être surmontés par un effort de volonté, ou présomption de surmontabilité). En 2017, le Tribunal fédéral a étendu la procédure structurée d'administration des preuves à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409). De plus, en cas de dépression légère à modérée, la résistance au traitement n'était plus une condition obligatoire pour qu'un droit à la rente soit examiné de plus près (ATF 143 V 418). En 2019, le Tribunal fédéral a finalement reconnu que la toxicomanie devait être considérée de manière analogue à une maladie (ATF 145 V 215) et a autorisé, là aussi, l'examen de la rente selon la procédure structurée d'administration des preuves. Auparavant, la toxicomanie n'était prise en compte par l'AI que si elle était à l'origine d'une maladie invalidante ou d'un accident, ou si elle survenait à la suite d'une maladie.

D'autre part, suite à un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme, le Conseil fédéral a modifié le règlement sur l'assurance-invalidité (RAI) pour adapter la méthode mixte de calcul du droit à la rente des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel. Le tribunal avait estimé que cette méthode, qui concerne majoritairement les femmes, était discriminatoire dans certains cas. Dans le calcul du taux d'invalidité, le Conseil fédéral a ainsi supprimé la double prise en compte du fait que l'activité lucrative est exercée à temps partiel.

Questions de recherche et procédure

L'étude poursuivait deux objectifs : elle a **d'abord** examiné les **effets des modifications juridiques sur l'octroi des rentes AI** pour différents groupes d'assurés. Des analyses statistiques descriptives et multivariées ont permis de vérifier s'il existait des indices selon lesquels les modifications juridiques auraient entraîné une augmentation notable du nombre de nouvelles rentes. **Ensuite**, l'étude a analysé les **effets de la procédure structurée d'administration des preuves sur la méthode de travail des offices AI** lors de l'examen des rentes. Cette partie de l'étude s'est appuyée sur des analyses de documents et des entretiens avec des collaborateurs des offices AI et des services médicaux régionaux (SMR) ainsi qu'avec des conseillers juridiques externes à l'AI dans cinq cantons. Les conclusions principales de l'étude sont résumées ci-dessous.

Examen des rentes par les offices AI selon la procédure structurée d'administration des preuves

► **Offices AI et SMR – collaborer plutôt que coexister** : la procédure structurée d'administration des preuves n'a modifié le déroulement de la procédure AI que de manière ponctuelle. Elle a cependant conduit à une intensification des échanges entre les SMR et les praticiens du droit. Les arrêts principaux du Tribunal fédéral ont toutefois induit un rapprochement des perspectives de la médecine et de l'application du droit, ce qui (avec une routine croissante) a en partie rendu ces échanges moins nécessaires. Depuis l'introduction de la procédure structurée d'administration des preuves, certains offices AI accordent probablement plus d'importance aux informations issues de la procédure de réadaptation, car le comportement de l'assuré à ce stade en dit potentiellement long sur ses souffrances.

► **L'examen de la rente est plus systématique, mais reste un défi** : l'approche des offices AI concernant le contenu de l'examen de la rente a sensiblement changé avec la procédure structurée d'administration des preuves. Les personnes interrogées considèrent que l'évaluation de la capacité de travail est plus complexe, mais mieux structurée ; elles estiment par ailleurs que le fait de se concentrer non plus sur le diagnostic, mais sur les conséquences concrètes, est plus adéquat. Les personnes interrogées mentionnent deux éléments qui tendent à complexifier l'évaluation : premièrement, l'indicateur du diagnostic de la personnalité et des ressources personnelles. De bonnes expertises semblent ici particulièrement importantes pour la collecte d'informations et une appréciation correcte de l'interaction entre la personnalité et la maladie, notamment parce que les documents disponibles sont souvent lacunaires à cet égard. Le deuxième élément concerne l'examen de la cohérence : tirer des conclusions sur la capacité de travail à partir de différentes activités dans des domaines de vie comparables n'est pas chose aisée. En outre, il est parfois difficile de déterminer si une participation insuffisante à un traitement ou à une réadaptation est la conséquence d'une faible souffrance ou si elle a d'autres causes.

► **Une approche plus ouverte concernant les résultats et davantage de transparence, mais des éléments subjectifs toujours présents** : tant les offices AI que les conseillers juridiques externes estiment que la procédure structurée d'administration des preuves a globalement contribué à des instructions préjugant moins des résultats, mais certains conseillers déplorent une application trop mécanique des indicateurs. Les deux parties mentionnent que les expériences et les opinions individuelles des acteurs compétents continuent d'influencer l'instruction. L'exemple le plus frappant est le seuil à partir duquel la toxicomanie est considérée comme une maladie ainsi que l'interprétation de ses effets. De manière générale, la procédure structurée d'administration des preuves a renforcé la transparence des décisions relatives aux rentes. Quant à savoir si ces dernières sont mieux acceptées par les assurés, les personnes interrogées ont toutefois donné des réponses contrastées.

► **Des décisions plus adéquates** : sur la base de leurs expériences, les personnes interrogées estiment que, dans l'ensemble, l'AI prend des décisions plus adéquates qu'auparavant, en particulier concernant les toxicomanies, mais aussi pour les maladies psychosomatiques et les dépressions légères à modérées : elles expliquent cette appréciation par le fait que le diagnostic ne suffit plus à

exclure ou à entraver un examen approfondi de la rente. Certaines personnes interrogées ont toutefois fait remarquer de manière critique que, pour les dépressions, les décisions relatives aux rentes avaient tendance à se fonder à nouveau davantage sur le diagnostic, s'éloignant ainsi de l'analyse des effets concrets dans chaque cas particulier.

Évolution des nouvelles rentes pour cause de maladie psychique

► **Augmentation disproportionnée des nouvelles rentes octroyées pour des raisons psychiques (à l'exclusion des toxicomanies) deux à quatre ans après l'introduction de la procédure structurée d'administration des preuves** : les analyses statistiques effectuées montrent que les nouvelles rentes pour raisons psychiques (à l'exclusion des toxicomanies) ont augmenté de manière disproportionnée au cours de la période 2019 à 2021, et ce même en tenant compte de l'évolution de la composition structurelle des nouveaux bénéficiaires de rente. Cela se reflète dans la part des nouvelles rentes octroyées pour des raisons psychiques par rapport à l'ensemble des nouvelles rentes. Celle-ci augmente régulièrement, passant de 42 % en 2017 à 49 % en 2021, ce qui signifie que la part des nouvelles rentes octroyées pour des raisons non psychiques ne cesse de diminuer. Alors que, par rapport à la population assurée, la part des nouvelles rentes pour toutes les autres causes d'invalidité reste stable depuis 2018 à environ 1,7 pour mille, elle est passée durant la même période de 1,2 à 1,6 pour mille pour les nouvelles rentes d'origine psychique. Alors qu'en 2017 encore, la majorité des nouvelles rentes étaient octroyées pour des invalidités sans lien avec une maladie psychique, en 2021, les nouvelles rentes octroyées pour des raisons psychiques sont presque aussi nombreuses que celles accordées pour toutes les autres causes d'invalidité.

Derrière ce transfert se cachent principalement des rentes dues à des troubles réactifs du milieu ou psychogènes, que les offices AI documentent avec le code d'infirmité AI 646 (code 646). Dans cette catégorie, on trouve probablement aussi de nombreuses personnes souffrant de maladies psychosomatiques et de dépression, c'est-à-dire les diagnostics pour lesquels le Tribunal fédéral a, à partir de 2015, facilité l'accès à un examen de la rente ne préjugant pas des résultats. Pour ces rentes, l'augmentation disproportionnée a déjà commencé à partir de 2018. Si le nombre de nouvelles rentes dues à d'autres maladies psychiques augmente également, cette tendance est toutefois moins marquée que pour les rentes dues à des troubles réactifs du milieu ou psychogènes (code 646) et a été observée un peu plus tard (à partir de 2020).

L'augmentation du nombre de nouvelles rentes octroyées pour des raisons psychiques intervient environ deux à quatre ans après l'introduction de la procédure structurée d'administration des preuves. Elle ne peut donc pas s'expliquer uniquement par la recrudescence des nouvelles demandes, notamment du fait que ces dernières n'ont pas brusquement augmenté après l'introduction de la nouvelle procédure. Alors que le nombre de nouvelles rentes dues à des causes non psychiques est resté à peu près stable durant la période 2017 à 2020 malgré l'augmentation des nouvelles demandes, les offices AI ont enregistré sur la même période une hausse des rentes d'origine psychique. En d'autres termes, à partir de 2018 et 2020, le nombre de rentes octroyées chaque année pour des raisons psychiques croît plus rapidement que celui des autres rentes.

L'augmentation disproportionnée des nouvelles rentes d'origine psychique concerne davantage les jeunes jusqu'à 34 ans, tant chez les femmes que chez les hommes. Pour les infirmités documentées par le code 646, ce phénomène a toutefois été observé un peu plus tôt chez les femmes, à savoir dès 2015, contre 2019 pour les hommes. De même, cette tendance est plus précoce dans les cantons latins, où elle s'amorce dès 2015, alors qu'elle n'a été observée qu'à partir de 2019 dans les cantons alémaniques.

Évolution des nouvelles rentes pour cause de toxicomanie

► **Forte augmentation du nombre de nouvelles rentes codées comme toxicomanie à partir de 2019** : les résultats disponibles permettent de constater que le nombre de nouvelles rentes codées comme toxicomanie a augmenté suite à l'arrêt principal du Tribunal fédéral. En effet, ils révèlent une hausse soudaine de ces rentes pour l'année 2020. Entre 2013 et 2019, leur nombre était stable, augmentant nettement à partir de 2020. Ainsi, en 2021, près de 400 nouvelles rentes ont été octroyées sur la base de ce code. La part de ces nouvelles rentes par rapport à l'ensemble des nouvelles rentes est ainsi passée de 0,6 % en 2018 à 2,2 % en 2021.

En revanche, il n'est pas clair s'il s'agit d'un transfert (les mêmes personnes auraient déjà reçu une rente avant 2019, mais sous un autre code d'infirmité) ou d'une augmentation de la probabilité d'octroi d'une rente (des personnes qui ne recevaient pas de rente dans l'ancien système en reçoivent désormais une) ou si, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, davantage de personnes souffrant de toxicomanie ont déposé une demande auprès de l'AI. Il est également possible que ces trois causes soient toutes impliquées dans l'augmentation observée. Les déclarations des collaborateurs des offices AI interrogés dans le cadre de cette étude corroborent en effet cette hypothèse. Sur l'ensemble des rentes octroyées par l'AI, les nouvelles rentes pour cause de toxicomanie représentent toutefois toujours une part négligeable. La période d'observation étant trop courte, il n'est pas encore possible de déterminer si l'augmentation se poursuivra dans les années à venir ou si le nombre de rentes pour toxicomanie restera désormais stable.

Nouvelles rentes et révisions de la rente pour les personnes travaillant à temps partiel

► **L'accès facilité aux rentes pour les personnes travaillant à temps partiel profite surtout aux femmes** : Les analyses statistiques montrent très clairement que l'adaptation du RAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, qui s'applique à toutes les personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel et accomplissant par ailleurs des travaux habituels (art. 27^{bis}, al. 2 à 4, RAI dans la version valable jusqu'au 31 décembre 2021), a entraîné une hausse soudaine du nombre de nouvelles rentes et de révisions de rente en utilisant la méthode mixte comme méthode de calcul. Cette augmentation des nouvelles rentes avec méthode mixte se reflète également dans la part des nouvelles rentes appliquant cette méthode. Celle-ci est d'abord passée de 9 % à 13 % avant de se stabiliser à 12 % dès 2019. L'accès facilité profite en grande partie aux femmes qui travaillent à temps partiel et s'occupent du ménage. En raison de la méthode mixte, la part des personnes vivant dans un ménage d'une seule personne et celle des personnes divorcées ont progressivement augmenté parmi les nouveaux bénéficiaires de rente.

Conclusion

La procédure structurée d'administration des preuves a conduit à un examen plus ouvert du droit à la rente pour les maladies psychiques pour lesquelles ce droit n'était auparavant guère envisagé ou alors uniquement à titre exceptionnel. Ce constat est également valable pour la toxicomanie. L'examen des rentes n'en demeure pas moins exigeant. La compétence professionnelle des acteurs impliqués dans les centres d'expertises, les SMR, les offices AI et les tribunaux reste décisive pour que les informations nécessaires soient collectées, décrites et interprétées de manière complète et non biaisée.

Les analyses effectuées sur l'évolution des nouvelles rentes indiquent que l'abandon de la présomption de surmontabilité des affections psychosomatiques en 2015, l'introduction généralisée de la procédure structurée d'administration des preuves pour toutes les maladies psychiques ainsi que l'obligation d'examiner le droit aux prestations également en cas de dépression légère à modérée sans résistance au traitement en 2017 ont eu des répercussions sur la probabilité d'obtenir une rente en raison d'une maladie psychique. Il n'est toutefois pas possible d'apporter la preuve statistique que l'augmentation des rentes pour maladies psychiques est liée de manière causale à ces modifications juridiques. En effet, les données disponibles ne fournissent pas d'informations sur la mise en œuvre de la procédure structurée d'administration des preuves et ne permettent pas d'identifier de manière fiable les octrois de rentes en raison d'infirmités psychosomatiques et de dépressions. Il reste à voir comment les nouvelles rentes évolueront au cours des prochaines années afin d'obtenir, d'un point de vue statistique, une image plus concluante des raisons possibles de l'augmentation disproportionnée des nouvelles rentes pour maladies psychiques. L'évolution à venir des taux de perception des rentes des cohortes de nouveaux bénéficiaires fourniront notamment de précieuses indications.

Afin de permettre à l'avenir aux analyses statistiques de donner des réponses plus précises concernant les modifications des nouvelles rentes, comme le transfert de nouvelles rentes pour troubles non psychiques vers de nouvelles rentes pour troubles psychiques, il serait nécessaire d'identifier systématiquement les lacunes existantes dans les bases de données et de les combler de manière ciblée.

Riassunto

Negli ultimi anni la giurisprudenza ha apportato diversi cambiamenti per quanto concerne l'esame del diritto a una rendita dell'assicurazione invalidità (AI). Innanzitutto, nel 2015 il Tribunale federale ha introdotto la cosiddetta procedura probatoria strutturata nel caso degli assicurati affetti da malattie psichiche: gli uffici AI devono verificare senza pregiudizi le ripercussioni del danno alla salute sulla capacità al lavoro mediante il rilevamento sistematico e l'analisi di una serie di informazioni sulla persona in questione (indicatori). In precedenza, l'AI partiva dal presupposto che questo genere di malattie portasse solo in casi eccezionali a un'invalidità, poiché in linea di principio erano considerate curabili (presunzione della superabilità). Inizialmente introdotta per le affezioni psicosomatiche (DTF 141 V 281), nel 2017 la procedura probatoria strutturata è stata estesa dal Tribunale federale a tutte le malattie psichiche (DTF 143 V 409). Nello stesso anno è stata inoltre abolita la condizione della resistenza al trattamento quale presupposto per l'esame del diritto alla rendita nel caso dei disturbi depressivi di grado di gravità da lieve a medio (DTF 143 V 418). Nel 2019 il Tribunale federale ha infine riconosciuto che le sindromi da dipendenza sono da considerare danni alla salute rilevanti dal punto di vista del diritto dell'AI (DTF 145 V 215) e ha autorizzato l'esame del diritto alla rendita tramite procedura probatoria strutturata anche per questi casi. In precedenza, le sindromi da dipendenza erano considerate rilevanti per l'AI soltanto quando provocavano una malattia o un infortunio invalidante oppure erano la conseguenza di una malattia.

A seguito di una sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte EDU), inoltre, il Consiglio federale ha adeguato, attraverso una modifica dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) con effetto dal 1° gennaio 2018, il metodo misto per il calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale. La Corte EDU aveva infatti giudicato in alcuni casi discriminante la precedente applicazione del metodo misto, il quale riguarda prevalentemente donne. Con la modifica è stato eliminato il doppio conteggio dell'aspetto del tempo parziale nel calcolo del grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa.

Oggetti di studio e procedimento

Il presente studio ha preso in esame due oggetti. **Primo:** gli **effetti delle modifiche del diritto sulla concessione di rendite AI** per differenti gruppi di assicurati; attraverso analisi statistiche descrittive e multivariate si è verificata la presenza di indizi di un maggiore aumento delle nuove rendite a seguito delle modifiche del diritto. **Secondo:** le **ripercussioni dell'introduzione della procedura probatoria strutturata sul modo di lavorare degli uffici AI** per quanto concerne l'esame del diritto alla rendita; queste sono state esaminate attraverso analisi di documenti e inchieste tra i collaboratori degli uffici AI, i servizi medici regionali (SMR) e consulenti giuridici esterni all'AI, in cinque Cantoni. Di seguito sono sintetizzati i principali risultati dello studio.

Esame del diritto alla rendita da parte degli uffici AI in base alla procedura probatoria strutturata

► **Collaborazione più stretta tra uffici AI e SMR:** l'introduzione della procedura probatoria strutturata ha apportato solo cambiamenti isolati nelle procedure nell'AI. Per contro, si è intensificato il rapporto tra SMR e organi esecutivi. Nel contempo, con la progressiva acquisizione di una determinata routine, l'avvicinamento delle prospettive di medicina e applicazione del diritto, connesso alle sentenze principali del Tribunale federale, ha però in parte ridotto la necessità di dialogo. Per lo meno in alcuni uffici AI, dall'introduzione della procedura probatoria strutturata potrebbe essere aumentata l'importanza delle informazioni concernenti il processo d'integrazione, poiché il comportamento della persona assicurata in questa fase può rivelare parecchio sulla sua sofferenza.

► **L'esame del diritto alla rendita è più sistematico, ma rimane difficoltoso:** con l'introduzione della procedura probatoria strutturata, l'approccio degli uffici AI nel quadro dell'accertamento del diritto alla rendita è sensibilmente cambiato dal punto di vista dei contenuti. Le persone intervistate trovano l'accertamento della capacità al lavoro più impegnativo, ma strutturato in modo migliore. Ritengono inoltre maggiormente oggettivo che l'attenzione si sia spostata dalla diagnosi alle conseguenze concrete di un disturbo. Tra gli aspetti considerati impegnativi vi è innanzitutto l'indicatore «diagnostica della personalità e delle risorse personali»: in questo caso risulta particolarmente importante disporre di perizie di qualità che forniscano informazioni e un giudizio oggettivo sull'interazione tra personalità e malattia, anche perché la documentazione disponibile presenta spesso lacune a questo proposito. Un'altra sfida è rappresentata dall'esame della coerenza: è difficile trarre conclusioni sulla capacità al lavoro in base allo svolgimento delle varie attività in tutti gli ambiti della vita affini. Ed è in parte difficile determinare in modo oggettivo se una partecipazione insufficiente a un trattamento o al processo d'integrazione sia dovuta a un basso livello di sofferenza o ad altro.

► **Approccio meno influenzato da pregiudizi e maggiore comprensibilità, ma l'elemento soggettivo rimane rilevante:** sia gli uffici AI che i consulenti giuridici esterni all'AI ritengono che la procedura probatoria strutturata abbia complessivamente contribuito a ridurre i pregiudizi nell'ambito degli accertamenti, sebbene tra i consulenti alcuni criticano un'applicazione troppo meccanica degli indicatori. Entrambe le parti osservano che le esperienze e le posizioni individuali degli attori responsabili continuano a influenzare gli accertamenti. Quali esempi più evidenti sono menzionate la soglia per il riconoscimento di una sindrome da dipendenza quale malattia e l'interpretazione delle sue ripercussioni. Tendenzialmente, grazie alla procedura probatoria strutturata le decisioni in materia di rendita sono diventate più comprensibili. Tuttavia tra gli intervistati non è chiaro se ciò abbia contribuito ad accrescere il grado di accettazione delle decisioni tra gli assicurati.

► **Le decisioni sono più adeguate:** in base all'esperienza degli intervistati, in particolare nel caso delle sindromi da dipendenza, delle malattie psicosomatiche e dei disturbi depressivi di grado da lieve a medio l'AI emana nel complesso decisioni più adeguate rispetto a prima; questa percezione è sostenuta dal fatto che l'accesso all'esame approfondito del diritto a una rendita non è ostacolato o escluso in base alla diagnosi. Per contro, alcuni intervistati hanno osservato con tono critico che

nel caso delle depressioni la tendenza delle decisioni sta tornando alla priorità della diagnosi, dunque senza considerare l'analisi delle conseguenze concrete nel singolo caso.

Evoluzione delle nuove rendite concesse per malattie psichiche

► **Crescita sovrapporzionale delle nuove rendite concesse per malattie psichiche (escl. sindromi da dipendenza) tra i due e i quattro anni dopo l'introduzione della procedura probatoria strutturata:** dalle analisi statistiche condotte è emerso che nel periodo dal 2019 al 2021 il numero delle nuove rendite concesse per malattie psichiche (escl. sindromi da dipendenza) è cresciuto in misura proporzionalmente elevata, e questo anche se si tiene conto dei cambiamenti strutturali nella composizione dell'effettivo dei beneficiari di nuove rendite avvenuti nello stesso periodo. Ciò si rispecchia nella quota delle nuove rendite concesse per malattie psichiche sul totale di tutte le nuove rendite, cresciuta progressivamente dal 42 per cento nel 2017 al 49 per cento nel 2021, mentre parallelamente la quota delle nuove rendite concesse non per malattie psichiche ha continuato a calare. Dal 2018, rispetto all'intera popolazione assicurata, la quota delle nuove rendite concesse per tutte le altre cause d'invalidità è rimasta stabile a circa l'1,7 per mille, mentre quella delle nuove rendite concesse per malattie psichiche è cresciuta dall'1,2 all'1,6 per mille. Inoltre, se nel 2017 la quota delle nuove rendite concesse per altre cause d'invalidità era superiore a quella delle nuove rendite concesse per malattie psichiche, nel 2021 esse sono praticamente identiche.

A monte di questo cambiamento vi sono principalmente le rendite concesse a causa di disturbi psicogeni e psiconeurovegetativi, indicati dagli uffici AI con il codice d'infermità AI 646 (in breve: codice 646). In questa categoria rientrano probabilmente anche molte persone con disturbi psicosomatici e depressioni, vale a dire quelle diagnosi per le quali nel 2015 il Tribunale federale ha agevolato l'accesso a un esame senza pregiudizi del diritto alla rendita. Per questi casi l'aumento sovrapporzionale delle nuove rendite è iniziato già nel 2018. Anche l'evoluzione delle nuove rendite concesse per altri tipi di malattie psichiche ha contribuito allo spostamento verso nuove rendite concesse per malattie psichiche, ma l'aumento di queste ultime è meno accentuato rispetto a quello per i casi con codice 646 e si inizia ad osservare solo in un secondo tempo (dal 2020).

Il maggiore aumento delle nuove rendite concesse per malattie psichiche è rilevabile all'incirca tra i due e i quattro anni dopo l'introduzione della procedura probatoria strutturata e non può essere spiegato dal solo incremento delle nuove richieste di prestazioni dell'AI, in particolare per il fatto che nello stesso periodo non si osserva un improvviso aumento delle nuove richieste. Mentre tra il 2017 e il 2020 il numero delle nuove rendite concesse per altre cause d'invalidità è rimasto praticamente invariato nonostante l'incremento delle nuove richieste, nello stesso periodo il numero delle nuove rendite concesse per malattie psichiche ha registrato un aumento. In altre parole, ciò significa che a partire dal 2018 o 2020 il numero delle nuove rendite concesse ogni anno per malattie psichiche cresce più velocemente di quello delle nuove rendite per altre cause d'invalidità.

L'aumento sovrapporzionale delle nuove rendite concesse per malattie psichiche riguarda prevalentemente la fascia più giovane di assicurati fino ai 34 anni, in egual misura per donne e uomini, sebbene tra le prime l'aumento delle nuove rendite per i casi con codice 646 si osserva un po' prima (a partire dal 2015), mentre tra i secondi questa tendenza prende avvio soltanto dal 2019. Nei

Cantoni della Svizzera latina l'evoluzione descritta si osserva dal 2015, ovvero un po' prima che nei Cantoni della Svizzera tedesca, dove inizia solo a partire dal 2019.

Evoluzione delle nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza

► **Improvviso incremento delle nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza dal 2019:** sulla base dei risultati del presente studio si può affermare che a seguito della pertinente sentenza principale del Tribunale federale è aumentato il numero delle nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza. I dati mostrano infatti nel 2020 un improvviso incremento delle nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza. La cifra è aumentata costantemente tra il 2013 e il 2019 per poi fare un balzo: nel 2021 sono state concesse quasi 400 nuove rendite codificate come tali. La quota di queste rendite sul totale delle nuove rendite è così passata dallo 0,6 per cento nel 2018 al 2,2 per cento nel 2021.

Non è invece del tutto chiaro se si tratti di uno spostamento (ovvero: le persone interessate percepivano una rendita dell'AI già prima del 2019, ma in base a un altro codice d'infermità), di un aumento della probabilità di ricevere una rendita (ovvero: tra le persone a cui in base alla situazione precedente la rendita era stata rifiutata, un numero maggiore si vede ora riconosciuto il diritto alla rendita) oppure di prime richieste di prestazioni (ovvero: a seguito della sentenza del Tribunale federale è aumentato il numero delle persone affette da sindromi da dipendenza che inoltrano una richiesta di prestazioni dell'AI e di conseguenza il numero delle nuove rendite concesse per questo tipo di disturbi). È anche possibile che l'incremento osservato sia da ricondurre a una combinazione delle tre cause esposte. In base alle dichiarazioni raccolte tra i collaboratori degli uffici AI intervistati nel quadro del presente studio, questa ipotesi sembrerebbe plausibile. Nell'insieme dei casi di rendita dell'AI, però, le nuove rendite concesse per le sindromi da dipendenza continuano a rivestire un ruolo trascurabile. A causa del periodo esaminato troppo breve, non è ancora possibile valutare se nei prossimi anni ci sia da attendersi un ulteriore incremento delle rendite concesse in questi casi, oppure se il loro numero rimarrà più o meno stabile al livello attuale.

Nuove rendite e revisioni delle rendite nel caso dei lavoratori a tempo parziale

► **Dell'accesso agevolato alle rendite per i lavoratori a tempo parziale beneficiano in gran parte le donne.** Dalle analisi statistiche emerge in modo evidente che la modifica dell'OAI posta in vigore dal Consiglio federale con effetto dal 1° gennaio 2018 e applicabile agli assicurati con un'attività lucrativa a tempo parziale che svolgono anche mansioni consuete (art. 27^{bis} cpv. 2-4 OAI nella versione in vigore fino al 31.12.2021) ha portato a un netto incremento del numero di nuove rendite e di revisioni delle rendite in cui l'applicazione del metodo misto per il calcolo del grado d'invalidità ha portato a un aumento della rendita. L'incremento delle nuove rendite per le quali si è applicato il metodo misto si rispecchia anche nella loro quota sul totale delle nuove rendite, passata dal 9 al 13 per cento e poi stabilizzatasi dal 2019 al 12 per cento. Dell'accesso agevolato beneficiano in gran parte le donne con un'attività lucrativa a tempo parziale occupate anche nell'economia domestica. Con il passare del tempo, tra i nuovi beneficiari di rendita a cui si è applicato il metodo misto è cresciuta sia la quota delle persone che vivono sole che quella delle persone divorziate.

Conclusione

L'introduzione della procedura probatoria strutturata ha portato a un esame più aperto del diritto a una rendita nei casi delle malattie psichiche che in precedenza non erano prese in considerazione per il diritto alla rendita o lo erano soltanto in casi eccezionali. Lo stesso vale per i casi di sindromi da dipendenza. Al contempo, l'esame del diritto alla rendita rimane impegnativo. Le competenze tecniche degli attori coinvolti di centri peritali, SMR, uffici AI e tribunali rimangono decisive per garantire che le informazioni necessarie siano rilevate e redatte in modo completo e senza distorsioni, e anche interpretate correttamente.

Le analisi svolte sull'evoluzione delle nuove rendite indicano che la soppressione della «presunzione della superabilità» nel caso delle affezioni psicosomatiche nel 2015 e l'estensione, nel 2017, dell'applicazione della procedura probatoria strutturata a tutte le malattie psichiche nonché la prescrizione dell'esame del diritto alla rendita nel caso dei disturbi depressivi di grado da lieve a medio senza necessità di resistenza al trattamento hanno inciso sulla probabilità di vedersi riconosciuto il diritto a una rendita per malattie psichiche. Non è però possibile comprovare statisticamente una correlazione causale tra il maggiore incremento delle nuove rendite concesse per malattie psichiche e le modifiche del diritto. Questo perché, primo, i dati disponibili non comprendono informazioni sull'attuazione della procedura probatoria strutturata e, secondo, non è possibile individuare in modo attendibile i casi in cui la rendita è stata concessa per disturbi psicosomatici o depressivi. Per poter stilare un quadro statisticamente più concludente sulle possibili cause dell'incremento sproporzionale delle nuove rendite concesse per malattie psichiche bisognerà attendere l'evoluzione delle nuove rendite nei prossimi anni. Un contributo in questo senso potrà essere fornito anche dall'evoluzione della quota della concessione di una rendita nella coorte delle prime richieste di prestazioni dell'AI.

Affinché in futuro le analisi statistiche permettano di ottenere risposte più precise alla questione dei motivi a monte dei cambiamenti nel contesto delle nuove rendite e/o dello spostamento degli equilibri tra nuove rendite concesse per altre cause d'invalidità e nuove rendite concesse per malattie psichiche è necessario individuare sistematicamente e colmare in modo mirato le lacune esistenti nella base di dati disponibile.

Summary

Following several court rulings in recent years, the Invalidity Insurance scheme (IV) adapted the method it uses to assess IV pension claims. In 2015, a Federal Supreme Court (FSC) ruling introduced the ‘structured evidence-taking procedure’ for assessing claims from individuals with a psychological disorder. The procedure requires the IV offices to adopt a more methodical approach to the collection and interpretation of information about the insured (‘indicators’), and to evaluate without prejudice the effects that the health impairment has on that person’s ability to work. When the FSC introduced this procedure, it initially applied to IV pension claims from individuals with a psychosomatic illness (BGE 141 V 281); previously, the IV scheme assumed that these types of illness were treatable (‘presumption of surmountability’) and therefore would rarely lead to invalidity. In 2017, an FSC ruling extended the structured evidence-taking procedure to all psychological disorders (BGE 143 V 409). The ruling also rescinded the mandatory requirement to perform a more detailed assessment of IV pension claims from individuals with treatment-resistant mild to moderate depression (BGE 143 V 418). A later Federal Supreme Court ruling, in 2019, formally recognised addiction as a “medical affliction” (BGE 145 V 215) and indicated that the IV offices could also use the structured evidence-taking procedure to assess IV pension claim from individuals with an addiction. Prior to 2019, addictions were only covered by the IV scheme insofar as they had led to an incapacitating disease, were the cause of an accident, or had developed as the result of an earlier illness.

Another ruling which prompted changes to the assessment of IV pension claims was issued by the European Court of Human Rights (ECHR). It classified the mixed method used to calculate the entitlement of claimants in part-time work to an IV pension – who tend mostly to be women – as discriminatory in certain cases. The Federal Council amended the Invalidity Insurance Ordinance (InvIO) accordingly. As a result, the IV scheme no longer counts the part-time nature of the claimant’s employment twice when calculating their incapacity to work.

Research object and methodology

The study had two objectives. The **first** was to analyse the **effects of the legal amendments on the award of IV pensions** across different groups of insured. Descriptive and multivariate statistical analyses were used to find evidence that the changes had led to an increase in successful IV pension claims. The **second** was to examine **the effects of the structured evidence-taking procedure on pension claim assessments by the IV cantonal offices**. The authors analysed documents and interviewed personnel from the IV offices, the regional medical services (RAD) and external IV legal advisors in five cantons. What follows is a summary of the key findings.

Use of structured evidence-taking procedure for IV pension claim assessments

► **IV offices and the RAD now work more ‘together’ and less ‘in parallel’:** Only certain aspects of the IV assessment method have changed since the structured evidence-taking procedure was introduced. In some cases, it has led to greater dialogue between the RAD and legal

practitioners. At the same time, however, the convergence of medical and legal perspectives following the Federal Supreme Court's landmark rulings has on occasion reduced the need for the RAD and legal professionals to liaise (as use of the procedure gradually became more routine). It appears that since the introduction of the structured evidence-taking procedure, certain IV offices now give more weight to information gleaned from the integration process, as the behaviour of the insured person during this phase potentially offers a much deeper insight into the degree of psychological strain they are under.

► **Pension claim assessments are more methodical but challenges remain:** The IV offices have made significant changes to how they assess pension claims since the structured evidence-taking procedure was introduced. Respondents reported that the assessment of the claimant's ability to work is better structured but more complex. They also found that it made better sense to shift the assessment focus away from diagnoses towards an examination of the concrete effects of the disorder on the claimant. They cited the 'personality diagnosis and personal resources' indicator as an especially difficult part of the process. It appears that in such instances and given that the relevant documentation is often incomplete, thorough, professional appraisals are particularly important here as they facilitate the collection of information and the proper assessment of the claimant's personality and the proper assessment of the interaction between the claimant's personality and health status. Respondents also found consistency checks challenging; it is difficult to draw conclusions about a person's ability to work from how well they perform various activities in comparable areas of life. In some cases, it is also hard to determine whether a claimant's lack of engagement with treatment and in the integration process is due to a low level of suffering or some other reason.

► **A more unbiased process with greater transparency, but still a certain level of subjectivity persists:** According to IV office personnel and external IV legal advisors, the structured evidence-taking procedure has generally led to pension claim assessments that are more unbiased and more transparent. However, some of the legal experts criticised the overly rigid use of indicators. Both sides mentioned that individual experiences and attitudes of the professionals involved in the assessments continue to influence the procedure. The threshold for recognising addiction as an illness and the interpretation of its effects were cited as the most conspicuous example. The justifications for the pension claims decisions have also become generally clearer and easier to comprehend since the adoption of the structured evidence-taking procedure. However, not all respondents agreed that this has increased claimants' acceptance of the decisions.

► **Decisions are more appropriate than before:** Based on their own experiences, respondents reported that IV pension claim decisions are generally more appropriate than before, particularly claims from individuals with a psychosomatic illness or mild to moderate depression. This view is corroborated by the fact that the diagnosis no longer excludes or hampers access to a detailed pension claim assessment. However, it should be noted that several respondents criticised the tendency to revert to diagnosis-led decisions on pension claims from individuals with depression, i.e. a move away from an analysis of the concrete effects of their health problem on their ability to work.

Changes in the rate of successful pension claims for psychological disorders

► **Disproportionate rise in successful pension claims for psychological disorders (excluding addictions) during the two- and four-year period following the introduction of the structured evidence-taking procedure:** The statistical analyses show that successful pension claims for a psychological disorder (excluding addictions) increased disproportionately during the 2019–2021 period. The finding was the same even when account was taken of the changing structural composition of new pension recipients over time. This development is reflected in the share of new IV pension awards for psychological disorders relative to the total number of new IV pensions, which has steadily increased, from 42% in 2017 to 49% in 2021. At the same time, the equivalent share of new IV pension awards for other illnesses and disorders has consistently fallen, and the share these IV pension recipients relative to the total insured population has remained stable, at around 0.17% since 2018. In contrast, the share of new IV pension recipients with a psychological disorder relative to the total insured population has risen over the same period, from 0.12% to 0.16%. In 2017, the majority of new pension awards involved claimants whose invalidity was not due to a psychological disorder. In 2021, by contrast, as many new recipients of an IV pension had a psychological disorder as those who had not.

This shift is mainly due to pension awards owing to psychogenic and milieu-reactive disorders. The IV offices use the IV infirmity code 646 (code 646 for short) for these cases. This category presumably also includes many people with psychosomatic illnesses and depression, precisely those diagnoses for which after 2015 the Federal Supreme Court made it easier to access an unbiased assessment procedure. The disproportionate increase in the award of IV pensions categorised with Code 646 began in 2018. The number of new pension awards for all other psychological disorders has also contributed to the rise in successful pension claims owing to psychological disorders generally. The increase in successful pension claims by individuals with psychological disorders which do not fall into the Code 646 category is less pronounced than for individuals with a Code 646 disorder (psychogenic or milieu-reactive). In addition, this upswing began slightly later (since 2020).

The sharp increase in new pension awards among individuals with a psychological disorder occurred around two to four years following the introduction of the structured evidence-taking procedure. However, the rise cannot be attributed solely to the increase in new claims, as no major increase in new IV pension applications was observed in the years following the introduction of the structured evidence-taking procedure. The number of new pension awards due to work-disabling disorders which are not psychological in nature remained more or less constant between 2017 and 2020 despite an increase in the number of new claims. In contrast, new pension awards for psychological disorders rose during the same period. To put it another way, the number of pensions awarded to claimants with a psychological disorder rose faster year on year during the 2018–2020 period than it did for claimants with other work-disabling diseases or disorders.

The disproportionate increase in new pension awards due to a psychological disorder is more pronounced among younger men and women (aged 34 and under). However, a sharper increase in Code 646 pension awards was observed somewhat earlier (2015) among women than among men.

In French- and Italian-speaking Switzerland, this upward trend began a little earlier than 2015, while in the German-speaking cantons, it was first observed in 2019.

Pension awards due to addiction

► **Sharp increase in new pension awards due to addiction since 2019:** Based on the study findings, it can be concluded that more new pensions were coded as addictions following the FSC landmark ruling. They also observed that new pensions bearing the addiction code rose sharply in 2020. The numbers remained constant between 2013 and 2019 before rising sharply in 2021; that year, almost 400 of the new pensions awarded by the IV were coded as addictions. The share of new pensions awards due to addiction relative to total new pension awards increased from 0.6% in 2018 to 2.2% in 2021.

However, the reasons for this rise are not entirely clear. There are three possible explanations. The first is displacement, i.e. the same people would have received an IV pension prior to 2019 but under a different infirmity code. The second is that more individuals now meet pension entitlement criteria than before changes were made as a result of the court ruling (increase in likelihood of pension entitlement). The third is that changes have led more individuals with an addiction to submit an IV pension claim. It is also possible that the observed increase is due to a combination of all three of these factors. This plausible explanation seems to be borne out by the statements of the IV office personnel interviewed as part of the study. However, new pension awards due to addiction account for a negligible share of total IV pension claims and awards. Owing to the short observation period, it is not yet possible to gauge whether a further increase can be expected in the coming years or whether the number of pension awards will remain stable.

Rate of successful pension claims and pension reviews among part-time workers

► **Women are main beneficiaries of easier IV pension access for part-time workers.** The statistical analyses show very clearly that the amendment to the InvIO enacted by the Federal Council on 1 January 2018, which applies to all persons in part-time employment and to an additional area of responsibility (Art. 27^{bis} para. 2–4 InvIO in the version which was valid until 31 December 2021), has led to a sharp increase in the number of new pension awards and positive pension reviews (pension increase) due to the resulting changes in the mixed method used to assess claims. The increase in the number of new pensions awards which were assessed using the mixed method has also increased the share of these pensions relative to the total number of new pension awards. Initially, the share rose from 9% to 13% but has remained stable, at 12%, since 2019. Women who both work in the home and are in part-time employment are the main beneficiaries of these changes. Over time, the mixed method has led to an increase share of single-person households and divorced individuals among the group of new pension recipients.

Conclusion

The structured evidence-taking procedure has led to a more unbiased and better documented assessment of pension claims submitted by individuals with a psychological disorder. Previously, such disorders were rarely, if ever, considered grounds for entitlement to an IV pension. The same also

applies to addictions. Nevertheless, the pension claim assessment process remains challenging. The professional expertise of those involved at the appraisal centres, the RAD, the IV offices and the courts remains crucial to ensuring that the necessary information is collected, mapped and interpreted correctly, thoroughly and with a minimum of bias.

The analyses carried out on new pension awards over time indicate that the increase in the likelihood of pension entitlement was possibly driven by three factors. The first is the abandonment in 2015 of the presumption of surmountability for psychosomatic conditions. The second is the nationwide roll-out in 2017 of the structured evidence-taking procedure for all IV pension claims from individuals with a psychological disorder. The third is the requirement to assess pension claims from individuals with mild to moderate depression regardless of whether the depression is therapy-resistant or not. However, the study was unable to provide statistical evidence of a causal link between the further increase in IV pension awards and the legal changes. This is due to the fact that the data provided no information on the implementation of the structured evidence-taking procedure or made it possible to reliably identify pension awards to claimants with depression and psychosomatic ailments, which are of primary interest here. It remains to be seen how new pension awards will evolve over the next few years and if it will become possible to generate a more statistically robust picture of the possible reasons for the disproportionate increase in the share of new pensions awarded on the grounds of a psychological disorder. Tracking the pension award rate among the cohort of new claimants could deliver valuable insights as well.

If statistical analyses are to precisely determine the factors which have driven these changes as regards new IV pension awards (e.g. rate of successful pension claims among individuals with a psychological disorder outstripping those among individuals with a disease or disorder that is not psychological in nature), gaps in the existing data must first be identified and filled.

1 Einleitung

Die vorliegende Studie befasst sich mit Rechtsänderungen in der Invalidenversicherung (IV) seit 2015, ihren Folgen für die Arbeitsweise der IV-Stellen und ihren allfälligen Auswirkungen auf IV-Rentenentwicklungen.

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Bei der Prüfung von Rentenansprüchen in der Invalidenversicherung hat die Rechtsprechung in den vergangenen Jahren mehrere Änderungen herbeigeführt:

Strukturiertes Beweisverfahren bei psychischen Erkrankungen: Bereits 2015 hatte das Bundesgericht bei psychosomatischen Leiden verlangt, den Rentenanspruch neu aufgrund des so genannten strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen (BGE 141 V 281). Damit wurde ein ergebnisoffeneres Vorgehen bei der Rentenprüfung vorgegeben. Zuvor war die IV bei solchen Erkrankungen von der Vermutung ausgegangen, dass sie nur ausnahmsweise zur Invalidität führen (sog. Überwindbarkeitsvermutung). Ende November 2017 weitete das Bundesgericht diese Anforderung an die Rentenprüfung auf alle psychischen Erkrankungen aus (BGE 143 V 409). Zudem war bei leichten bis mittelschweren Depressionen die Therapieresistenz keine zwingende Voraussetzung mehr, dass ein Rentenanspruch überhaupt näher geprüft wird (BGE 143 V 418; Medienmitteilung vom 17. Dezember 2017). Der Anteil der Neurenten aufgrund psychischer Krankheiten an allen Neurenten lag in den Jahren vor 2018 bei gut 42%, bis 2021 stieg er auf 49%, bei insgesamt steigenden Neurentenzahlen (Quelle: IV-Statistik, Bundesamt für Sozialversicherungen, BSV). Welchen Anteil psychosomatische Leiden und leichte bis mittelschwere Depressionen an der Anzahl Verfahren und Rentenzusprachen haben, ist nicht bekannt.

Strukturiertes Beweisverfahren bei Suchterkrankungen: In einem Urteil vom 11. Juli 2019 anerkannte das Bundesgericht, den Erkenntnissen der Medizin folgend, dass es sich bei Sucht um ein «krankheitswertiges Geschehen» handle (BGE 145 V 215). Rentengesuche aufgrund von Suchterkrankungen sind seither wie die übrigen fachärztlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen (Medienmitteilung vom 5. August 2019). Zuvor wurde Sucht in der IV nur relevant, wenn sie invalidisierende Krankheiten oder einen Unfall bewirkte oder infolge einer Krankheit entstand.

Gemischte Methode bei Teilzeiterwerbstätigkeit: Infolge eines Entscheids des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte änderte der Bundesrat die Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Die gemischte Methode zur Berechnung des Rentenanspruchs von Teilzeiterwerbstätigkeiten wurde vom Gericht in bestimmten Fällen als diskriminierend eingestuft. Mit der IVV-Änderung wurde die doppelte Berücksichtigung des Teilzeitcharakters bei der Festlegung der Invalidität im Erwerbsbereich beseitigt (Leuzinger 2017; Leuenberger/Mauro 2018). Erste Berechnungen zeigten bei Personen mit Teilzeiterwerb einen deutlichen Anstieg der Heraufsetzungen und der Neurenten in den ersten Jahren nach der Rechtsänderung; 2020 machten Renten nach der gemischten Methode 12% aller Neurenten aus (Baumann/Jentsch 2021)

In allen drei Bereichen zeigt sich somit ein Anstieg der Neurenten parallel zu den Änderungen. Es ist jedoch nicht abschliessend geklärt, zu welchem Grad diese Entwicklungen auf die Rechtsänderungen zurückzuführen sind, und bei welchen Gruppen versicherter Personen die Wahrscheinlichkeit einer Berentung gestiegen ist. Die vorliegende Studie verfolgt zwei Ziele:

1. Die sich aufgrund der Rechtsänderungen ergebenden **Wirkungen** auf die Zusprache von IV-Renten für verschiedene Gruppen von versicherten Personen sollen untersucht werden.
2. Die **Umsetzung** der rechtlichen Änderungen durch die IV-Stellen soll analysiert werden. Der Fokus wurde dabei bewusst auf die Frage gelegt, wie sich das strukturierte Beweisverfahren auf die Art und Weise der Rentenprüfung auswirkte und inwieweit insbesondere der Anspruch der ergebnisoffenen Herangehensweise eingelöst wurde. Dabei standen die drei in den Leitentscheiden erwähnten Beschwerdebilder im Vordergrund: psychosomatische Erkrankungen, leichte bis mittelschwere Depressionen und Suchterkrankungen. Die Umsetzung der Änderungen bei der gemischten Methode wurden nicht vertieft analysiert, da hier nur ein geringfügiger Spielraum besteht und diese mit den Teilzeiterwerbenden nur eine eher kleine Minderheit der Rentenzusprachen betreffen.

1.2 Vorgehensweise

Die Auswirkungen der Rechtsänderungen wurden mittels **statistischer Analysen** untersucht. Dabei lag der Fokus auf der Beantwortung der Frage, inwieweit es Anhaltspunkte gibt, dass die erläuterten Rechtsänderungen zu einer erhöhten Zunahme bei den Neurenten geführt haben. Anhaltspunkte deshalb, weil mit den vorhandenen Daten keine kausalen Zusammenhangsanalysen möglich sind. Es wurden sowohl deskriptive als auch multivariate Analysen durchgeführt.

Die Analyse der Umsetzung stützte sich auf **qualitative Analysen** bei fünf IV-Stellen. Dabei wurden Arbeitsanleitungen und andere Hilfsmittel der IV-Stellen für ihre Mitarbeitenden analysiert, insgesamt 15 ausführliche Leitfadengespräche und Gruppengespräche mit Mitarbeitenden von IV-Stellen und regionalen ärztlichen Diensten (RAD) geführt sowie eine kleine Auswahl an Falldossiers vertieft analysiert. Für eine fachlich fundierte Aussensicht auf die IV wurden in den fünf Kantonen auch Leitfadengespräche mit Personen geführt, welche versicherte Personen in den IV-Verfahren rechtlich beraten.

1.3 Aufbau des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Bericht geht in Kapitel 2 (Grundlagen) auf die in dieser Studie massgeblichen Rechtsänderungen ein und beschreibt das methodische Vorgehen. Kapitel 3 widmet sich vertiefend der Umsetzung des strukturierten Beweisverfahrens in den IV-Stellen und seiner Auswirkungen auf die Art und Weise der Rentenprüfung. Kapitel 4 analysiert die Entwicklung der Neuanmeldungen zum Leistungsbezug. In Kapitel 5 wird die Entwicklung der IV-Renten aufgrund von psychischen Erkrankungen analysiert, in Kapitel 6 die Entwicklung aufgrund von Suchterkrankungen. Beide Kapitel stützen sich auf statistische Analysen sowie Einschätzungen und Erfahrungen der involvierten Akteure. In Kapitel 7 wird die Rentenentwicklung bei Teilzeiterwerbenden statistisch untersucht. In Kapitel 8 werden Schlussbetrachtungen angestellt.

2 Grundlagen

In diesem Kapitel werden zunächst die rechtlichen Veränderungen im Bereich der psychischen Erkrankungen und der Suchterkrankungen beschrieben. Hierzu ist auf die schrittweise Einführung des strukturierten Beweisverfahrens und die bisherigen Erfahrungen einzugehen. Im zweiten Abschnitt werden die Änderungen der Gemischten Methode vorgestellt. Beide Abschnitte schliessen mit einem kurzen Fazit und den Fragestellungen, welche für die jeweiligen Themenbereiche empirisch untersucht werden. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels wird das Vorgehen der Studie beschrieben.

2.1 Die schrittweise Einführung des strukturierten Beweisverfahrens

2.1.1 Wesentliche Merkmale des strukturierten Beweisverfahrens

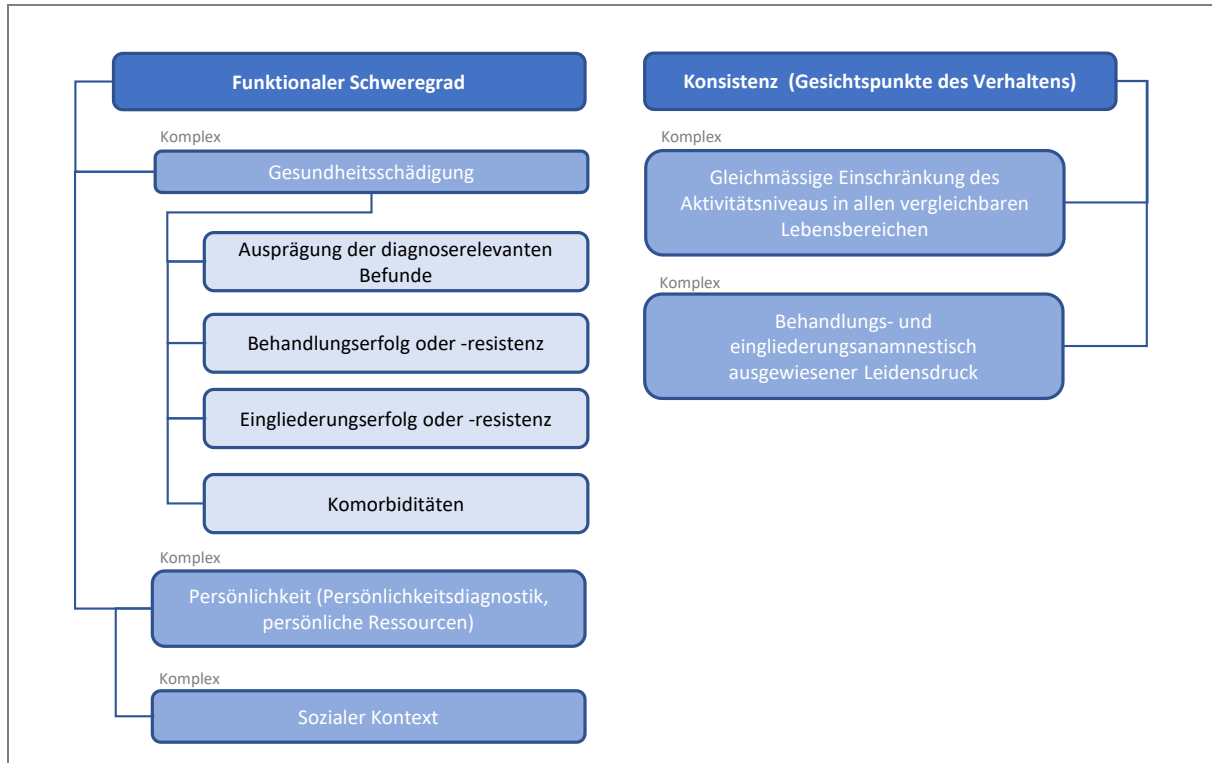
Mit seinem Leiturteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht detaillierte Vorgaben gemacht, wie im Rahmen des neu eingeführten strukturierten Beweisverfahrens der Anspruch auf eine IV-Rente zu prüfen ist. Wesentliche Merkmale des strukturierten Beweisverfahrens sind die folgenden:

- **Indikatorenkatalog:** Das Bundesgericht beschreibt präziser und expliziter als zuvor, welche Indikatoren heranzuziehen sind, um die Auswirkung einer Einschränkung auf die Erwerbsfähigkeit zu erfassen (so genannte Standardindikatoren). Voraussetzung für die Durchführung dieser Indikatorenprüfung ist ein diagnostizierter Gesundheitsschaden. Das Beweisverfahren erfolgt anhand der Systematik von Abbildung 1, wobei die Kategorie des funktionellen Schweregrads das Grundgerüst der Folgenabschätzung bildet. Die Folgerungen müssen dann der Konsistenzprüfung unterzogen werden. Die einzelnen Indikatoren hat das Bundesgericht im Leiturteil beschrieben und begründet; das BSV hat sie in seine Weisungen übernommen, wo sie auch erläutert werden (IV-Rundschreiben Nr. 334; heute sind sie in Anhang I KSIR¹ beschrieben).
- **Keine Checkliste:** Das Bundesgericht spricht bewusst von Indikatoren und nicht von Kriterien. Das BSV übernimmt in seinem Kreisschreiben diese Anweisung: Die Handhabung des Katalogs müsse stets den Umständen des Einzelfalles gerecht werden. Es handle sich nicht um eine „abhakbare Checkliste“.
- **Auswirkungen auf Erwerbsfähigkeit stehen im Vordergrund:** Mit dem Urteil betont das Bundesgericht noch stärker als zuvor, dass die Diagnose allein in aller Regel keine Entscheidungsgrundlage für den Rentenentscheid sein kann, sondern immer die konkreten Auswirkungen im Einzelfall zu prüfen sind. Aus diesem Gedanken leitet sich direkt die Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung bei psychosomatischen Gebrechen und die

¹ Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung (KSIR), gültig ab 1. Januar 2022. Bereits 2016 übernahm das BSV die Standardindikatoren in seine Weisungen (ins damalige Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung KSIH).

Abkehr von rentenausschliessenden Diagnosen ab (z.B. leichte bis mittelschwere Depression ohne Therapieresistenz; Suchterkrankung; siehe Abschnitt 2.1.2)

Abbildung 1: Überblick über die Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens



Darstellung nach: koordination.ch (<https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/atsg/erwerbsunfaehigkeit/beweisverfahren/>); 19.9.2022). Siehe auch Anhang I KSIR, gültig ab 1. Januar 2022

- **Verzicht in klaren Fällen möglich:** Das Bundesgericht präzisiert in seinem Leiturteil von 2017, dass in gewissen Fällen auf das strukturierte Beweisverfahren verzichtet werden kann. Jedoch darf dieser Verzicht nicht vorschnell erfolgen, sondern ist immer am Einzelfall zu entscheiden. So sei einerseits an «Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen» (BGE 139 V 547 E. 7.1.4). Auch hier jedoch sei eine vertiefende Prüfung nötig, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder gar Simulation bestehen. Andererseits kann auf das strukturierte Beweisverfahren auch dann verzichtet werden, wenn beweiswertige fachärztliche Berichte die Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar begründet verneinen und anderslautenden Aussagen kein Beweiswert zukomme.
- **Beweislast bleibt bei der versicherten Person:** Das Bundesgericht stellt klar, dass die Beweislast weiterhin bei der versicherten Person liegt: Eine Invalidität besteht nur, wenn die aufgrund des Gesundheitsschadens resultierenden funktionellen Auswirkungen «schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.» (BGE 141 V 281, E. 6).

2.1.2 Schrittweise Ausweitung des Anwendungsbereichs seit 2015

Das Bundesgericht hat das strukturierte Beweisverfahren in drei Schritten für zunehmend mehr Arten von gesundheitlichen Einschränkungen durchgesetzt. Von besonderem Interesse sind dabei drei Arten oder Gruppen von Gebrechen, bei denen das Bundesgericht gleichzeitig mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens auch die Eintrittshürde in die Rentenprüfung beseitigt hat: Psychosomatische Einschränkungen, bestimmte Depressionen und Suchterkrankungen (Tabelle 1).

- **2015 – somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche psychosomatische Einschränkungen:** Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht das strukturierte Beweisverfahren eingeführt. Für versicherte Personen mit psychosomatischen Leiden galt vor diesem Urteil die so genannte Überwindbarkeitsvermutung. Das heisst, die IV ging zuvor bei ihrer Rentenprüfung davon aus, dass solche Einschränkungen nur in Ausnahmefällen invalidisierend seien (BGE 130 V 352 vom 12. März 2004). Zu prüfen waren hierfür die so genannten «Förster-Kriterien» (vgl. KSSB 2015, Rz. 1017²): Eine Rentenzusprache konnte nur ausnahmsweise in Betracht gezogen werden, nämlich *entweder* wenn eine ausgewiesene psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität mitwirkt *oder* wenn andere, qualifizierte Kriterien in einem erheblichen Ausmass vorliegen: Chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein primärer Krankheitsgewinn, eine konsequent durchgeführte Behandlung mit unbefriedigendem Ergebnis (Therapieresistenz). Das Kreisschreiben (Rz. 1017.3) betonte angelehnt an die bundesgerichtliche Rechtsprechung die Strenge der Handhabung: «Das Vorliegen einiger dieser Kriterien reicht allein noch nicht aus, um von einer Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Vielmehr müssen diese Kriterien in einem erheblichen Ausmass vorliegen».
- **2017 – alle psychischen Erkrankungen und leichte bis mittelschwere Depressionen ohne Therapieresistenz:** Mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 kam das Bundesgericht zum Schluss, das strukturierte Beweisverfahren sei bei allen psychischen Erkrankungen anzuwenden. Im Gegensatz zu den psychosomatischen Erkrankungen galt hier vor dem Leiturteil keine Überwindbarkeitsvermutung. Einen Sonderfall bildeten allerdings leichte bis mittelschwere Depressionen: Hier galt, dass nur bei einer ausgewiesenen Therapieresistenz eine Rente näher zu prüfen war, womit eine Rente bei dieser Diagnose «so gut wie ausgeschlossen» war (Weiss 2019a). Dieses Ausschlusskriterium hob das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 auf. In der aktuelleren Literatur wird zum Teil kritisiert, dass das Bundesgericht bei den Depressionen in Folgeurteilen das Leiturteil wieder abgeschwächt habe und tendenziell sich wieder zurück bewege in Richtung eines Ausschlusses aufgrund der Diagnose (Jeger 2022).

² Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH), gültig ab 01.01.2015. Neben der somatoformen Schmerzstörung nennt dieses KSIH zehn weitere Diagnosen, auf welche die Überwindbarkeitsvermutung gemäss BGE 130 V 352 analog anzuwenden war (Rz. 1017.4), so z.B. auch die Fibromyalgie («Weichteilrheuma») oder die posttraumatische Belastungsstörung.

- **2019 – Suchterkrankungen:** Mit BGE 145 V 215 vom 11. Juli 2019 änderte das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Beurteilung des Anspruchs auf Leistungen der IV bei Suchterkrankungen. Fachärztlich einwandfrei diagnostizierte Abhängigkeitssyndrome sind seither grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden zu betrachten. Somit sind seit diesem Leiturteil auch Rentengesuche von versicherten Personen mit Suchterkrankungen (genauer: Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen) nach strukturierten Beweisverfahren zu prüfen. Zuvor schrieb die IV der Sucht keinen selbständigen Krankheitswert zu, womit eine IV-Rente höchstens in Frage kam, wenn als Folge der Sucht ein anderer Gesundheitsschaden entstand, der die Arbeitsfähigkeit einschränkte oder wenn die Sucht die Folge einer anderen Erkrankung war.

Alle drei Leitentscheide bezogen sich jeweils nur auf Verfahren, die zum Zeitpunkt des jeweiligen Entscheids noch nicht rechtskräftig entschieden waren. Eine Person mit einem nach altem Beweisverfahren abgelehnten Rentenanspruch konnte sich somit für eine erneute Prüfung nach strukturiertem Verfahren nur dann anmelden, wenn sie auch gesundheitliche Veränderungen oder die Veränderung anderer Umstände mit potenziellen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit geltend machen konnte.

Tabelle 1: Schrittweise Einführung des strukturierten Beweisverfahrens

Diagnose	Leiturteil	Änderung
Psychosomatische Gebrechen*	3.6.2015: BGE 141 V 281	Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung; Ablösung der so genannten «Förster-Kriterien» zu Gunsten des strukturierten Beweisverfahrens
Übrige psychische Gebrechen	30.11.2017: BGE 143 V 418	Alle psychischen Erkrankungen sind einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen.
Leichte bis mittelschwere Depressionen	30.11.2017: BGE 143 V 409	Leichte bis mittelschwere Depressionen sind nicht mehr nur dann (nach dem strukturierten Beweisverfahren) zu prüfen, wenn deren Therapieresistenz überwiegend wahrscheinlich ist, sondern in allen Fällen. Zuvor war es ausgeschlossen, dass diese Diagnose einen Rentenanspruch begründete.
Suchterkrankungen (Substanzabhängigkeit)	11.7.2019: BGE 145 V 215	Bei fachärztlich einwandfrei diagnostiziertem Abhängigkeitssyndrom muss neu das strukturierte Beweisverfahren durchgeführt werden. Zuvor wurde der Substanzabhängigkeit keine selbständige Invalidisierungswirkung zugestanden.

Darstellung Büro Vatter. * Schrittweise verlangt das BGer in der Folge für weitere, ähnliche Diagnosen das strukturierte Beweisverfahren.

2.1.3 Flankierende Entwicklungen seit 2015

Die folgenden Entwicklungen sind im Zusammenhang mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens bedeutsam.

Geltungsbereich des strukturierten Beweisverfahrens ab 2015: Das Bundesgericht bezog sein Urteil von 2015 einzig auf psychosomatische Erkrankungen und lehnte das strukturierte Beweisverfahren bei anderen Erkrankungen in verschiedenen Fällen ab; einzige Ausnahme bildete die posttraumatische Belastungsstörung (Meier 2017: 113-114). Demgegenüber drängte das BSV schnell auf eine breite Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens. Mit Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015 erliess es erstmals einen Fragekatalog «in Form eines für die IV-Stellen verbindlichen Auftrags für die medizinische Begutachtung in der Invalidenversicherung». Dieser Fragekatalog sollte alle Themen des strukturierten Beweisverfahrens abdecken. Den neuen Gutachterauftrag erklärte das BSV als «für alle Arten von Gesundheitsschädigungen anwendbar, da es im Hinblick auf eine ressourcenorientierte Abklärung keinen Sinn mehr macht, zwischen psychosomatischen und anderen Leiden zu differenzieren.» Auf die Frage, ab wann die IV-Stellen das strukturierte Beweisverfahren für alle psychischen Gebrechen einführen, wird in Abschnitt 3.1 eingegangen (vgl. zur Auseinandersetzung über die Anwendbarkeit auch Hermelink/Kocher 2016).

Neue Qualitätsleitlinien der Begutachtung psychischer Leiden: Es kann vermutet werden, dass vom verbindlichen einheitlichen Gutachterauftrag eine harmonisierende Wirkung auf die Begutachtung ausging. Im Juni 2016 verabschiedete überdies die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) ihre überarbeiteten Leitlinien für die Begutachten psychiatrischer und psychosomatischer Störungen in der Versicherungsmedizin (SGPP-Leitlinien). Explizit erwähnt und begrüsst wird in diesen das Leiturteil BGE 141 V 281, weil es eine ergebnisoffene Prüfung der Arbeitsfähigkeit vorsehe «und die Bedeutung der hier vorgestellten Methodik zur Begutachtung unterstützt». Es kann somit davon ausgegangen werden, dass aufseiten der begutachtenden Medizin zumindest auf der Ebene der Qualitätsleitlinien der SGPP die Entwicklung der Rechtsprechung grundsätzlich gut und offen aufgenommen und sogar begrüsst wurde. Dies zeigt sich auch an der Tatsache, dass sich das Leiturteil des Bundesgerichts teils auf die gleiche Fachliteratur abstützt wie die Qualitätsrichtlinien. Die Leitlinien weisen inhaltlich viele Parallelen zum Leiturteil auf (vgl. hierzu auch Meier 2018: 70), und beziehen sich nicht einzig auf psychosomatischen Leiden.

Breite Wahrnehmung des strukturierten Beweisverfahrens als Kulturwandel und Chance: Das Leiturteil von 2015 wurde in der Fachwelt breit besprochen (vgl. die Hinweise bei Gächter/Meier 2016: 293), und sowohl von medizinischer als juristischer Seite wurde die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung zugunsten einer «ergebnisoffenen» (Jeger 2015: Rz. 42), resp. einer «ganzheitlicheren, dem Einzelfall besser entsprechenden» Prüfung der Arbeitsunfähigkeit (z.B. Gächter/Meier 2016: 293) begrüsst. Die beiden Autoren sahen im Leitentscheid einen Kulturwandel «in der Anspruchsprüfung von Invalidenrenten, die namentlich von den Versicherten nicht mehr nur als reine Abwehr der Invalidenversicherung wahrgenommen werden dürfte». Auch die Ausweitung des strukturierten Beweisverfahrens auf psychische Gebrechen und die Anerkennung von Suchterkrankungen als Krankheit wurden positiv aufgenommen (z.B. Weiss 2019a; Weiss 2019b).

2.1.4 Bisherige Erfahrungen mit dem strukturierten Beweisverfahren

Systematische Analysen zu den Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens auf die Berentungspraxis bestehen bisher nicht. Einzig eine Analyse der «neuen Schmerzrechtsprechung» des Bundesgerichts von Juni 2015 bis 1. Dezember 2018 liegt vor (vgl. Meier 2017; 2018). Untersucht wurden rund 280 Bundesgerichtsurteile mit inhaltlichem Bezug zur Schmerzrechtsprechung, womit der Autor nach eigener Einschätzung vermutlich die meisten Urteile zu Rentenverfahren von Personen mit psychosomatischen Erkrankungen im fraglichen Zeitraum identifiziert hat. Urteile aus der lateinischen Schweiz sind unterproportional häufig (9%). Mutmassliche Erklärungen sind eine geringere Prävalenz psychosomatischer Leiden oder eine grosszügigere Praxis der zuständigen IV-Stellen und Gerichte (Meier 2017: 112).

In der grossen Mehrheit folgte das Bundesgericht der Ablehnung einer Rente. Lediglich in 10 Fällen kam es zu dem Schluss, dass eine solche zu gewähren sei. In ca. 16 Fällen wies es einen Rentenanspruch nach Neubegutachtung zurück. Meier (2018: 64) beurteilt folglich die Wirkung des strukturierten Beweisverfahrens im Bereich der psychosomatischen Leiden als «(noch) bescheiden». Einzig aufgrund von Bundesgerichtsentscheiden eine Schlussfolgerung auf die mengenmässigen Auswirkungen des Leiturteils zu ziehen, ist nicht zulässig, da lediglich strittige IV-Entscheidungen von den Versicherten vor Gericht angefochten werden. Das Ergebnis sagt primär aus, dass das Bundesgericht die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens durch die Vorinstanz in aller Regel als korrekt taxiert hat.

Argumentativ sind jedoch die Thesen des Autors, mit denen er seine Einschätzung der bescheidenen Wirkung begründet, sorgfältig hergeleitet. Insgesamt fällt auf, dass er der medizinischen Abklärung beim strukturierten Beweisverfahren eine Schlüsselrolle zuschreibt und die hohen fachlichen Anforderungen an Medizin und Rechtsanwendung betont. Drei Thesen beziehen sich auf Übergangspänomene, die hier nicht mehr wiedergegeben werden müssen. Zwei Thesen haben eher grundsätzlichen Charakter:

- **Feines Raster des strukturierten Beweisverfahrens als feines Sieb:** Meier kommt zum Schluss, dass das feine Raster mit «sieben bis zehn» Indikatoren zwangsläufig zu einer Verschärfung der Beweisanforderungen geführt habe; diese seien höher als bei somatischen Leiden. Er kommt auch zum Schluss, dass das Indikatorenraster tendenziell entgegen der Vorgabe als Checkliste verwendet werde, die nur bei vollständiger Erfüllung zur Bejahung des Rentenanspruchs führe: «Mit der Vorstellung, dass weniger stark ausgeprägte Indikatoren möglich sind, sofern sie anderswo ‘kompensiert’ werden, tut sich die Praxis scheinbar noch schwer» (Meier 2018: 75). Zentral für eine Behebung dieser Problematik sind aus seiner Sicht qualitativ hochwertige Gutachten, in denen die Indikatoren abgearbeitet und gewürdigt werden.
- **Konsistenz als (zu) hohe Hürde:** Die Prüfung der Konsistenz in allen vergleichbaren Lebensbereichen stellt laut Meier hohe, wenn nicht sogar zu hohe Anforderungen an die Lebensgestaltung. Gemäss seiner Auswertung bildet die fehlende Konsistenz der häufigste Grund, weshalb das Bundesgericht Schmerzpatienten eine Rente verweigert hat. Meier bemängelt, dass in vielen Fällen die rechtsanwendende Behörde und nicht der Gutachter/die

Gutachterin die abschliessende Konsistenzbeurteilung vornehme. Eine Rückweisung wäre in vielen Fällen sinnvoller als eine Ablehnung, da nur die begutachtende Stelle über das nötige Fachwissen verfüge, um nachvollziehbar aufzuzeigen, wie das festgestellte Verhalten (z.B. Autofahren, reisen, Freunde treffen) konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Meier bemängelt denn auch, dass häufig eine vertiefte Begründung fehle, weshalb ein als inkonsistent erachtetes Verhalten zum Rentenausschluss führe. In einigen Fällen kann sich der Autor «des Eindrucks nicht verwehren, dass die Begründung der Ablehnung gesucht ist» (Meier 2018: 78). Dies widerspreche dem Anspruch der ergebnisoffenen Prüfung. Auch Bollag (2017: 94) hält fest, die Gefahr einer Übergewichtung der Konsistenzprüfung liege auf der Hand, und formuliert Empfehlungen für eine sachgerechte Konsistenzprüfung. Sie bezeichnet die Konsistenzprüfung als «ein wesentliches, wenn nicht das wesentlichste Prüfelement nach der neuen Rechtsprechung» (Bollag 2017: 89).

2.1.5 Fazit und Fragestellungen für die empirische Analyse

Im Hinblick auf die zu untersuchende Frage nach den **Wirkungen der Rechtsänderungen auf die Rentenzusprache**, kann zusammenfassend folgendes festgehalten werden: Das strukturierte Beweisverfahren wurde nicht mit dem Zweck eingeführt, einen Rentenanspruch zu begründen, wo es vorher keinen gab. Es wurde lediglich das Abklärungsverfahren verändert, mit dem Ziel einer ergebnisoffenen Prüfung der Auswirkungen einer festgestellten Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit und damit des Rentenanspruchs. Eine unmittelbare Wirkung hin zu mehr Berentungen war nicht beabsichtigt und es ist bei den meisten Diagnosen nicht zu erwarten, zumal gemäss der Fachliteratur das strukturierte Beweisverfahren weiterhin anspruchsvolle Beweishürden aufstellt.

Bei drei Diagnosegruppen haben jedoch die Leiturteile zumindest die Eingangshürde in die Rentenprüfung gesenkt: Bei psychosomatischen Leiden hat die IV die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben; leichte bis mittelschwere Depressionen sind auch ohne Therapieresistenz nicht mehr von der Prüfung ausgeschlossen, und das gleiche gilt auch bei Suchterkrankungen. *Die offene und empirisch zu klärende Frage ist, wie oft und in welchen Konstellationen es (insbesondere) bei diesen Gebrechensgruppen aufgrund des strukturierten Beweisverfahrens auch zu Rentenzusprachen gekommen ist, und ob diese Fälle so häufig waren, dass sie den beobachteten zahlenmässigen Anstieg der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen zumindest teilweise erklären können.*

Im Rahmen der statistischen Analysen wurde somit der Frage nachgegangen, ob die Rechtsänderungen zu einer erhöhten Zunahme von Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen geführt haben. Insbesondere interessierte die Entwicklung bei der Untergruppe der psychogenen und milieureaktiven Störungen, zusammengefasst unter dem IV-Gebrechenscode 646, in denen auch die psychosomatischen Leiden wie auch leichte bis mittelschwere Depressionen zu finden sein sollten.³

³ Psychosomatische Leiden wie auch leichte bis mittelschwere Depressionen können in den Daten nicht einzeln als solche identifiziert werden.

Dazu, ob im Rahmen der Abklärungen und Überprüfung des Rentenanspruchs ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt wurde, liegen in den Registerdaten keine Informationen vor. Von der Verwendung der Information zu medizinischen Gutachten als Proxy für die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens wurde nach vertieften Vorabklärungen abgesehen.

Im Hinblick auf die **Umsetzung der Rechtsänderungen** interessiert als Leitfrage insbesondere, *inwieweit der Anspruch des strukturierten Beweisverfahrens einer ergebnisoffenen Prüfung des Rentenanspruchs in jenen Fällen erfüllt wird, in denen zuvor ein solcher nur ausnahmsweise oder gar nicht in Betracht kam.*

Im Rahmen der empirischen Analysen wurde dabei erstens der Frage nachgegangen, ob und wenn ja, wie das strukturierte Beweisverfahren den Abklärungsprozess der IV-Stellen bei der Rentenprüfung *in prozessualer* Hinsicht verändert hat. Dabei wurde die Zusammenarbeit und der Einbezug der verschiedenen in die Abklärung von Leistungsansprüchen involvierten Akteure (insb. fallführende Personen und Abteilungen der IV, RAD, begutachtende Stellen, versicherte Person, behandelnde Ärztinnen und Ärzte) untersucht.

Zweitens wurden die *inhaltlichen Auswirkungen* auf die Herangehensweise untersucht. Hier stand der Aspekt der ergebnisoffenen und dem Einzelfall angemessenen Prüfung des Rentenanspruchs direkter im Vordergrund. Dabei interessierten neben dem Aspekt der Qualität der Rentenprüfung auch die Herausforderungen, welche die involvierten Akteure damit erleben.

2.2 Die gemischte Methode bei Teilzeiterwerbenden

Die IV prüft den Rentenanspruch einer versicherten Person, die teilzeiterwerbstätig ist, nach der gemischten Methode. Für den Erwerbsteil wird wie bei Vollerwerbstätigkeit ein Einkommensvergleich durchgeführt. Für den Teil, in dem die Person in einem anderen Aufgabenbereich tätig ist (z.B. Haushalt), wird ein spezifischer Betätigungsvergleich durchgeführt, der eine Abklärung vor Ort beinhaltet. Die beiden separat ermittelten Invaliditätsgrade werden nach dem Anteil, welche eine Person im jeweiligen Bereich verbringt, gewichtet und danach addiert. Die gemischte Methode wird hauptsächlich bei der Invaliditätsbemessung für Frauen angewendet, die ihr Erwerbsspensum reduzieren, um sich um die Kinder und den Haushalt zu kümmern.

2.2.1 Vom EGMR-Entscheid zur Verordnungsänderung

Der Bundesrat selbst hatte die gemischte Methode bereits in seinem Bericht zum Postulat Jans (12.3960) als anpassungsbedürftig bezeichnet, und die Methode gab auch in der Lehre Anlass zu viel Kritik (z.B. Leuzinger 2017). Unmittelbarer Auslöser für die Anpassung der gemischten Methode war ein Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016. Diesem zufolge verletzte die damalige Methode die EMRK, «wenn allein familiäre Gründe (die Geburt von Kindern und die damit einhergehende Reduktion des Erwerbsspensums) für einen Statuswechsel von vollerwerbstätig zu teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich sprechen.» (Leuenberger/Mauro 2018).

Das BSV reagierte zunächst mit einer Übergangsregelung, die vom Bundesgericht bestätigt wurde (Rundschreiben Nr. 355 vom 31. Oktober 2016). Diese Anpassung beschränkte sich vorerst auf Fälle mit einer ähnlichen Konstellation wie im strittigen EMGR-Fall.

Auf den 1.1.2018 setzte der Bundesrat eine weitergehende Anpassung der IVV in Kraft, die für alle Personen mit Teilerwerbstätigkeit gilt, die sich zusätzlich in einem anderen Aufgabenbereich betätigen (Art. 27^{bis} Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung gültig bis 31.12.2021). Die Studie beschränkt sich auf die Wirkungen der Verordnungsänderung.

2.2.2 Geltungsbereich

Die neue Regel galt auch für Personen, bei denen die IV bereits zuvor einen rechtskräftigen Rentenentscheid gefällt hatte.

- Für alle Personen, die nach der gemischten Methode bereits eine Teilrente hatten, mussten die IV-Stellen eine Revision vornehmen und den Anspruch neu berechnen (wobei auch neue Abklärungen vorgenommen werden konnten). Eine allfällige Rentenerhöhung wurde rückwirkend per 1.1. 2018 (Inkrafttreten der geänderten Verordnung) gewährt.
- Diejenigen Personen, die sich nach altem Regime angemeldet hatten, aber nach alter gemischter Methode einen IV-Grad unter 40% hatten, konnten sich selbst aktiv neu anmelden. Der Rentenanspruch konnte dann wie üblich frühestens sechs Monate nach der Neuanmeldung entstehen.

2.2.3 Inhalt der Anpassung

Anders als beim strukturierten Beweisverfahren handelt es sich bei der Anpassung der gemischten Methode nicht um eine Veränderung der Abklärungen, sondern um eine Anpassung bei der Berechnung des Rentenanspruchs. Die neue Berechnungsweise diente direkt dem Ziel, die Chancen der teilzeiterwerbstätigen Personen bei gleicher Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu vorher zu verbessern. Ausserdem wurden mit der Verordnungsänderung per 1.1.2018 auch die Bestandteile des Aufgabenbereichs Haushalt angepasst. Dieser Aspekt wird jedoch in der vorliegenden Studie nicht näher untersucht. Das konkrete Vorgehen der IV-Stellen näher zu untersuchen, hätte angesichts der Tatsache, dass die gemischte Methode nur einen geringen Teil der Rentenprüfungen betrifft, einen geringen Erkenntnisgewinn bei wesentlich höherem Aufwand bedeutet. Die Berechnungsmethode selbst lässt den IV-Stellen keinen Spielraum, so dass sich hierzu keine weiteren Abklärungen bei den IV-Stellen aufdrängten.

Bemängelt wurde an der altrechtlichen gemischten Methode unter anderem eine doppelte Berücksichtigung des Teilzeitcharakters bei der Festlegung der Invalidität im Erwerbsbereich: Das Teilzeitpensum floss nicht nur erstens in die Gewichtung des Erwerbsteils bei der Invaliditätsberechnung ein, sondern zweitens auch bei der Berechnung des massgebenden Valideneinkommens: Es wurde lediglich der Verdienst im Teilzeitpensum berücksichtigt, d.h. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

Mit der neuen gemischten Methode wird diese doppelte Berücksichtigung des Teilzeitcharakters eliminiert: Das erzielte Einkommen vor Invalidität wird auf ein 100%-Pensum hochgerechnet, bevor es in den Einkommensvergleich eingeht. Das Valideneinkommen wird nach neuer Berechnung somit grösser, wenn die Person vorher nicht schon 100% arbeitete. Die Berechnung des Invalideneinkommens (also des Einkommens, das nach Eintreten der Invalidität erzielt werden könnte), bleibt gleich. Insgesamt steigt somit die Erwerbseinbusse und damit der IV-Grad an.

Bis Ende 2021 gab es im Übrigen aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts die Kategorie der Teilzeiterwerbstätigen ohne Aufgabenbereich. Bei diesen wurde lediglich der Einkommensvergleich auf Basis des (hochgerechneten) Teilzeitpensums durchgeführt. Das Restpensum galt als Freizeit und somit als nicht versichert. Personen ohne Aufgabenbereich waren somit schlechter gestellt als jene mit Aufgabenbereich. Dies führte z.B. in Fällen, «in denen das Erwerbspensum weniger als 70% beträgt dazu, dass diese Personen keinen Anspruch auf eine ganze Rente mehr erreichen können, selbst wenn sie keine Resterwerbsfähigkeit mehr aufweisen» (BSV 2022).

Mit der Weiterentwicklung IV wurde dieser Status ab dem 1.1.2022 abgeschafft, so dass seither der verbleibende Teil bis 100% neben dem Erwerbspensum immer dem Aufgabenbereich zugeordnet wird und immer die gemischte Methode anzuwenden ist.

2.2.4 Potenziell spürbare Auswirkungen auf den IV-Grad

Um besser abschätzen zu können, welche potenziellen Auswirkungen die Anpassungen der Gemischten Methode hat, wurde eine einfache mathematische Simulation durchgeführt. Sie zeigt auf, wie sich der resultierende IV-Grad der versicherten Person im Erwerbsteil in Abhängigkeit vom Pensum und dem Verhältnis des Invalideneinkommens und dem tatsächlichen (also nicht auf 100% hochgerechneten) Valideneinkommen verändert (vergleiche für eine ausführliche Darstellung Anhang 1). Aus der Simulation lässt sich zunächst ablesen, dass die angepasste gemischte Methode tatsächlich in verschiedenen Konstellationen zu einem höheren IV-Grad führt. Die Differenz zwischen dem IV-Grad nach altem und neuem Recht ist tendenziell grösser bei Personen, die vor der Invalidität in mittleren Erwerbspensen tätig waren, als bei hohen oder niedrigen Pensen. Der Effekt der neuen Methode ist zudem grösser, wenn die Einkommen vor der Invalidität und mit der Invalidität eher geringfügig voneinander abweichen.

2.2.5 Fazit und Fragestellungen für die empirische Analyse

Anders als die anderen Rechtsänderungen diente die Anpassung der gemischten Methode explizit dazu, die Wahrscheinlichkeit einer Rente (und die Höhe der Rente) bei Personen mit einem Teilzeiterwerb zu erhöhen. Zu untersuchen ist, wie sich die neue Berechnungsweise des Rentenanspruchs auf die Berentungspraxis auswirkte. Dabei interessieren auch Rentenrevisionen. Umsetzungsfragen wie z.B. die Auswirkung der Änderung der Bestandteile im Aufgabenbereich auf die entsprechenden Abklärungen wurden nicht untersucht.

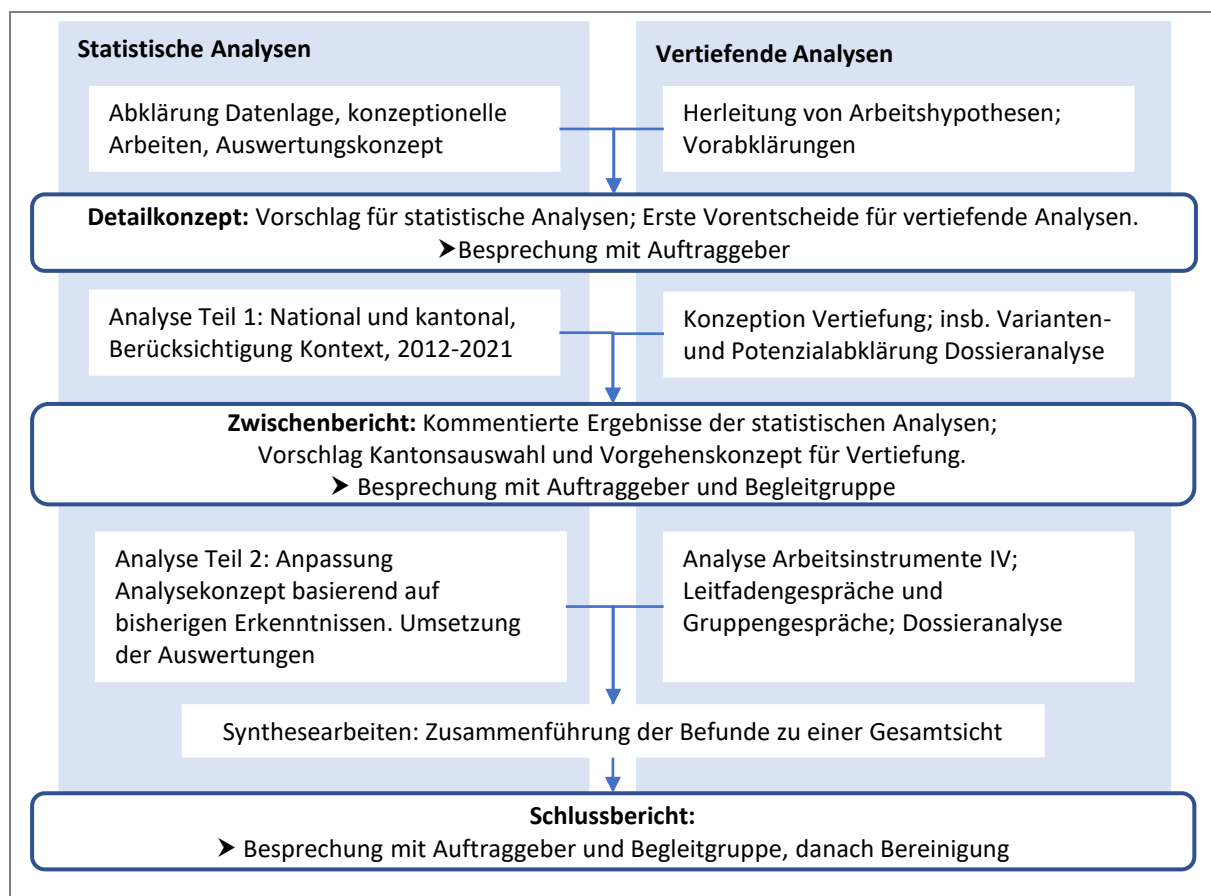
Im Rahmen der empirischen Analysen wurde ermittelt, ob sich die Zusprache von Neurenten nach der Verordnungsänderung verändert hat und welche Auswirkungen die Anpassung der gemischten Methode auf die Anzahl und das Ergebnis von Rentenrevisionen hatte.

2.3 Vorgehen der Studie

2.3.1 Überblick

Zentrale Elemente des Vorgehens waren erstens die Kombination von statistischen Analysen und vertiefenden qualitativen Analysen sowie zweitens eine rollende Planung. Das Detailkonzept und der Zwischenbericht liefern hierzu die notwendigen Entscheidungsgrundlagen und konkrete Vorschläge (Abbildung 2).

Abbildung 2: Überblick über den Ablauf des Forschungsprojekts



Darstellung Büro Vatter

Der **statistische Teil der Studie** zielt **primär auf die Untersuchung von möglichen Auswirkungen der rechtlichen Anpassungen**. In einer ersten Phase wurden v.a. detaillierte deskriptive statistische Analysen mit einem Kohortendesign durchgeführt. Diese Analysen wurden als Grundlage für die Auswahl der IV-Stellen in der Vertiefungsphase herangezogen. Nach dem Zwischenbericht wurde das Analysekonzept basierend auf den Resultaten angepasst und der zweite Teil der statistischen Analysen fokussierte auf die Entwicklung der Neurenten.

Im vertiefenden Teil wurden Arbeitsdokumente der IV-Stellen und Falldossiers analysiert sowie Interviews mit Personen geführt, die in den IV-Verfahren involviert sind. **Im Vordergrund dieser Arbeiten stand zum einen die prozessuale und inhaltliche Umsetzung** des strukturierten

Beweisverfahrens. Zum anderen wurden auch Einschätzungen zu den Wirkungen dieser Rechtsänderungen auf die Ergebnisse der Rentenprüfung bei Personen mit psychosomatischen Gebrechen, leichten bis mittelschweren Depressionen und mit Suchterkrankungen eingeholt. Zur Plausibilisierung allfälliger Wirkungen auf die Neurenten sollte versucht werden, anhand von Fallbeispielen aufzuzeigen, in welchen konkreten Konstellationen das neue Beweisverfahren die Wahrscheinlichkeit einer Berentung allenfalls erhöhte. Die Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens und die dadurch induzierten Veränderungen in der Rentenprüfung sollten zudem anhand der Analyse einzelner IV-Dossiers veranschaulicht werden.

2.3.2 Auswahl der IV-Stellen für die Vertiefungsphase

Für die Auswahl wurden nur IV-Stellen berücksichtigt, bei denen sowohl bei der Neuanmeldekohorte 2012 als auch 2017 mindestens 100 Personen eine Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung zugesprochen wurde, damit die beobachteten Trends als genügend zuverlässig betrachtet werden können und davon ausgegangen werden kann, dass bezüglich der interessierenden Untergruppen (psychosomatische Gebrechen, leichte bis mittelschwere Depressionen, Sucht) eine gewisse Erfahrung besteht.

Die Auswahl der IV-Stellen stützte sich primär auf die zentralen Befunde der bis zum Zeitpunkt des Zwischenberichts durchgeführten statistischen Analysen. Als Hauptkriterium diente die Entwicklung der Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung (innerhalb von vier Jahren nach Neuanmeldung) aufgrund psychischer Erkrankungen, in Relation zur Entwicklung der Neuanmeldungen. Bei dieser Auswertung wurden für jede Kohorte⁴ der Jahre 2012 bis 2017 die Anzahl Personen berücksichtigt, denen innerhalb von 4 Jahren nach der Neuanmeldung eine Rente zugesprochen wurde (und die diese auch vier Jahre nach Neuanmeldung noch bezogen). Gesamtschweizerisch zeigte sich bis zur Kohorte 2014 ein Rückgang, danach ein langsamer Anstieg. Insgesamt wird erst mit der Kohorte 2017 das Ausgangsniveau von 2012 wieder erreicht und leicht übertroffen. Währenddessen war das Wachstum der Neuanmeldungen deutlich ausgeprägter. Die Rentenzusprachen haben somit deutlich langsamer zugenommen als die Neuanmeldungen, das heisst, der Anteil der neuangemeldeten Personen, die berentet wurden, sank. Dies wird in Kapitel 4.3 diskutiert.

Im Vergleich der IV-Stellen zeigten sich hinsichtlich der Entwicklung der Rentenzusprachen aufgrund psychischer Erkrankungen deutliche Unterschiede. Es wurden vier Verlaufstypen ausgewählt, die unterschiedlichen Pfade repräsentieren. Aus diesen vier Verlaufstypen wurden fünf IV-Stellen ausgewählt:

- Verlaufstyp 1: Ähnlicher Verlauf wie die Gesamtschweiz, also Rückgang bei den Kohorten bis 2014, danach Anstieg (IV-Stellen B, A)
- Verlaufstyp 2: Rückgang. Die Rentenzusprachen sinken zunächst markant, danach bleiben die Zahlen fast auf diesem niedrigen Niveau. (IV-Stelle G)

⁴ Eine Kohorte umfasst alle Personen, die sich im entsprechenden Jahr neu angemeldet haben und die über vier Jahre beobachtet werden können (d.h. in der Schweiz wohnhaft sind, nicht versterben und nicht das Rentenalter erreichen).

- Verlaufstyp 3 (Anstieg parallel zu den Neuanmeldungen: Die Rentenzusprachen aufgrund psychischer Gebrechen nehmen gleich schnell zu wie die Anmeldungen (IV-Stelle U):
- Verlaufstyp 4: Anstieg (ab 2015) parallel zu den Neuanmeldungen: Die Rentenzusprachen stagnieren bis zur Kohorte 2015, danach nehmen sie gleich schnell zu wie die Neuanmeldungen (IV-Stelle W):

Ergänzend wurde bei der Auswahl auch darauf abgestellt, wie sich der Anteil Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen an der Gesamtheit der Berentungen verändert. Diese Veränderung zeigt auf, ob sich der Trend bei den psychisch begründeten Renten in einen Gesamt-Trend einbettet, oder ob sich psychisch und somatisch begründete Renten unterschiedlich entwickeln. Auch bei diesem Indikator zeigten sich unterschiedliche Entwicklungen, die bei der Auswahl ebenfalls berücksichtigt werden konnten. Beachtet wurden auch regionale Kriterien (Sprachregion, Stadt-Land).

Bezüglich dieser Faktoren sollen die ausgewählten IV-Stellen möglichst deutliche Kontraste abbilden. Der Verlaufstyp mit einem Rückgang der Rentenbezugsquote bei den Kohorten bis 2014 und anschliessendem Anstieg ist auch gesamtschweizerisch zu beobachten, weshalb zwei IV-Stellen ausgewählt wurden, die einen solchen Verlauf aufweisen. Von den übrigen Verlaufstypen wurde jeweils eine IV-Stelle ausgewählt.

2.3.3 Vertiefungsphase

Auch in der Vertiefungsphase wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, da der Ertrag einzelner Schritte im Vornherein teils nur schwer abzuschätzen war (Tabelle 2).

Schritt 1: Zunächst war für die ausgewählten IV-Stellen zu beschreiben, wie sie das strukturierte Beweisverfahren eingeführt und konkret umgesetzt haben. Da die Einführung bereits mehrere Jahre her ist, waren Vorher-Nachher-Vergleiche nur beschränkt möglich. Um das Vorgehen zu erproben, wurde eine IV-Stelle zeitlich vorgezogen und das Vorgehen danach leicht justiert. Die Beschreibung des Vorgehens der IV-Stellen stützte sich primär auf zwei Elemente:

- **Analyse von Arbeitsinstrumenten der IV-Stellen:** Die ausgewählten IV-Stellen wurden gebeten, Dokumente zur Verfügung zu stellen, die darüber informieren, wie die Umsetzung der drei Rechtsänderungen erfolgen sollte. Dabei konnte es sich um interne Informationsschreiben und Weisungen, Arbeitsanleitungen und Schulungsunterlagen der IV-Stelle oder des RAD zur konkreten Umsetzung der Rechtsänderungen handeln, aber auch um Formulare oder Musterfragenkataloge für die Bestellung von Arztberichten, Einschätzungen des RAD oder medizinischen Gutachten.
- **Informationsgespräche:** Mit einer Kaderperson für den Bereich der Rentenprüfung wurden in einem Gespräch jene Umsetzungsfragen besprochen, die sich aufgrund der Dokumente nicht abschliessend beantworten lassen. Ergänzend wurden Informationsgespräche mit Mitarbeitenden des jeweils für die IV-Stelle zuständigen RAD geführt. Auch wurde nach Besonderheiten bei der Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens bei den drei

besonders interessierenden Gebrechensgruppen (psychosomatische Gebrechen, Depressionen, Suchterkrankungen) gefragt.

Schritt 2: Dieser Arbeitsschritt bestand erstens aus einem Gruppengespräch mit erfahrenen fallführenden Personen in der Rentenprüfung, Mitarbeitenden des Rechtsdienstes und des RAD. Die Beteiligung aller drei Untergruppen konnten aus organisatorischen Gründen nicht bei allen Gesprächen gewährleistet werden. In diesen Gesprächen standen die Erfahrungen mit dem strukturierten Beweisverfahren im Mittelpunkt.

- Der erste Teil des Gesprächs fokussierte auf die **inhaltlichen Auswirkungen** und Herausforderungen des strukturierten Beweisverfahrens.
- Der zweite Teil thematisierte die **möglichen Auswirkungen auf die Berentungswahrscheinlichkeit**. Hierzu wurden die Gesprächsteilnehmenden gebeten, illustrative Fallbeispiele zusammenzutragen. Gesucht waren Beispiele von versicherten Personen, die entweder nach altem Recht keine IV-Rente erhalten hatten/hätten und denen nach neuem Recht eine Rente zugesprochen wurde, oder die weder nach altem noch nach neuem Recht eine Rente zugesprochen erhielten/erhalten hätten. Zudem sollte bei diesen Beispielen entweder eine psychosomatische Diagnose oder eine leichte bis mittelschwere Depression ohne Therapieresistenz im Vordergrund stehen. Das Ziel war, vor allem anhand dieser Beispiele typische Konstellationen zu identifizieren, in denen die alte und die neue Rechtslage zu unterschiedlichen oder gleichen Ergebnissen führen und zu beurteilen, ob dies häufig vorkommt. Abschliessend konnten die Befragten eine Einschätzung abgeben, ob bei diesen Gebrechensgruppen (und auch bei Suchterkrankungen) das jeweils massgebliche Leiturteil zu mehr Rentenzusprachen geführt hat, keine Veränderung oder sogar einen Rückgang bewirkte. Es kann vorweggenommen werden, dass sich viele der befragten Personen mit einer Beurteilung schwertaten. Es erwies sich auch als herausfordernd, aussagekräftige Fallbeispiele zu finden. In einer IV-Stelle gelang dies gar nicht.

Befragt wurden zweitens IV-externe Rechtsberaterinnen, die in den betreffenden Kantonen versicherte Personen in den IV-Verfahren begleiten (nachfolgend wird bisweilen auf den Zusatz «IV-extern» verzichtet).

Schritt 3: Die qualitative Analyse einzelner ausgewählter Falldossiers bildete den abschliessenden Schritt. Sie bezweckte, die in den Gesprächen aufgezeigten Konstellationen und Unterschiede zwischen alter und neuer Rechtsanwendung, aber auch Gemeinsamkeiten anhand konkreter Beispiele vertiefter zu analysieren und veranschaulichen zu können. Gestützt auf die kurzen Fallbeschriebe aus den Gesprächen wurde zunächst eine Vorauswahl getroffen und hernach geeignete Beispiele ausgewertet.

Tabelle 2: Arbeitsschritte der Vertiefungsphase

Arbeitsschritt	Durchgeführte Arbeiten
Schritt 1A – Pilotkanton: Analyse der Umsetzung (Fokus auf Prozessuale Auswirkungen) in einer IV-Stelle, inklusive Erarbeitung Analyseraster	Dokumentenanalyse, Leitfadengespräch mit einer Kaderperson der IV-Stelle aus dem Rentenbereich und einem/einer Mitarbeiter/in des RAD

Schritt 1B: Analyse der Umsetzung in den übrigen ausgewählten IV-Stellen	
Schritt 2: Inhaltliche Auswirkungen auf die Rentenprüfung, sowie Wirkungen auf die Berentungswahrscheinlichkeit	Gruppengespräche mit Mitarbeitenden der IV-Stellen inkl. RAD und teilweise Rechtsdienst (Besprechen von Fallbeispielen); Interviews mit IV-externen Rechtsberater/innen
Schritt 3: Qualitative Analyse ausgewählter IV-Falldossiers	Inhaltliche Analyse der Rentenprüfung und allfälliger Wirkungsmechanismen zur Veranschaulichung anhand einzelner Fälle

Darstellung Büro Vatter

2.3.4 Statistische Analysen

Der **Hauptfokus** aller statistischen Analysen liegt auf der Beantwortung der Frage, inwieweit es Anhaltspunkte gibt, dass die erläuterten **rechtlichen Änderungen** zu einer **erhöhten Zunahme bei den Neurenten** geführt haben. Anhaltspunkte deshalb, weil mit den vorhandenen Daten keine kausalen Zusammenhangsanalysen möglich sind.⁵ In den verschiedenen Kapiteln werden die Entwicklungen der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen, aufgrund Suchterkrankungen und bei Personen mit Teilzeiterwerb untersucht. Zunächst werden allerdings die Neuanmeldungen analysiert, um die Entwicklungen bei den Neurenten anschliessend einordnen zu können. Die rechtlichen Änderungen könnten gleichzeitig auch zu einer Erhöhung der Neuanmeldungen oder zu einer veränderten Zusammensetzung der neuangemeldeten Personen geführt haben.

Die **Grundgesamtheit** für die statistischen Analysen sind Personen, die sich zwischen 2012 bis 2021 bei der IV angemeldet haben und/oder in diesem Zeitraum eine Leistung der IV erhalten haben.⁶ Für diese Personen liegen in den **IV-Registerdaten** Informationen zum Zeitpunkt der Anmeldung und den erhaltenen Leistungen vor. Zudem geben die **Einträge in den individuellen Konten (IK-Registerdaten)** Aufschluss über AHV-pflichtige Erwerbseinkommen. Ergänzt werden die Daten mit Informationen aus der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte **STATPOP**.

Um die Zahl der Personen mit Neuanmeldung und/oder Leistung der IV einordnen zu können, wird sie ins Verhältnis zur gesamten versicherten Bevölkerung gestellt. Die Zahlen dazu basieren auf Statpop und wurden vom BSV zur Verfügung gestellt.

Wichtig zu wissen: Versicherte Bevölkerung

Die **versicherte Bevölkerung** besteht aus Personen der ständigen Wohnbevölkerung im Erwerbsalter (18 bis 63 Jahre für Frauen bzw. 64 Jahre für Männer).

⁵ Dazu fehlen zum einen verlässliche Angaben zur Krankheit zum Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV, Informationen darüber, ob und bei wem im Rahmen der Abklärungen und Überprüfung des Rentenanspruchs ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt wurde oder nicht und zum anderen auch detailliertere Angaben zur rentenbegründenden IV-Ursache bei psychisch bedingten Renten.

⁶ D.h. Personen mit Neuanmeldung, Verfügung, Rechnung, Rentenbeschluss und / oder IV-Rente in den Jahren 2012-2021.

Tabelle 3 führt die verwendeten Daten, den jeweiligen Zeitraum und die relevanten Inhalte auf.

Tabelle 3: Verwendete Daten für die statistischen Analysen

Datenbezeichnung und Quelle	Zeitraum	Inhalt
IV-Registerdaten BSV	2012-2021*	Informationen zu Neuanmeldungen und Leistungen (Renten, Massnahmen, etc.)
IK-Registerdaten ZAS	2011-2021**	Einträge in den individuellen Konten: AHV-pflichtiges Einkommen
Statpop BFS	2012-2021	Informationen zu Wohnort, Haushaltszusammensetzung etc.
Versicherte Bevölkerung BSV	2012-2021	Zahl der versicherten Bevölkerung (ständige Wohnbevölkerung im Erwerbsalter) nach Alter, Kanton und Nationalität

Anmerkungen: *Neuanmeldungen werden vom BSV aufbereitet und waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bis 2020 vorhanden. **Wobei 2021 von der ZAS noch nicht abgeschlossen wurde, das heisst, insbesondere Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit dürften noch fehlen. Darstellung BASS

Angaben zu Ausbildungsniveau, Gesundheitszustand oder zur Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung sind in den Daten nicht systematisch enthalten, da diese verfahrenstechnisch erst zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden. So steht zum Zeitpunkt der Anmeldung die Erkrankung der versicherten Person häufig noch nicht eindeutig fest, weshalb die IV die gesundheitliche Situation und die (noch) vorhandene Erwerbsfähigkeit der versicherten Person zuerst abklären muss, bevor sie über die Zusprache von Eingliederungsmassnahmen oder einer Rente entscheiden kann. Die Frage, inwieweit sich im Zeitverlauf die strukturelle Zusammensetzung der Neuanmeldungen hinsichtlich dieser Grössen verändert hat, kann mit der vorliegenden Datengrundlage nicht beantwortet werden.

3 Rentenprüfung gemäss dem strukturierten Beweisverfahren

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie sich das strukturierte Beweisverfahren darauf ausgewirkt hat, wie die IV-Stellen den Rentenanspruch der versicherten Personen prüfen. Dabei stehen zuerst die prozessualen Auswirkungen im Vordergrund, danach die inhaltliche Herangehensweise. Hier wird auch auf die Herausforderungen eingegangen. Vorangestellt werden einige allgemeine Einschätzungen zur Einführung und zur Häufigkeit. Die Erkenntnisse stützen sich auf die Analyse von Arbeitsdokumenten der IV-Stellen, Informationsgespräche mit Kadermitarbeitenden der IV-Stellen und RAD-Mitarbeitenden sowie auf Gruppengespräche mit Mitarbeitenden der IV-Stellen. Veranschaulichend konnten Befunde aus der Analyse der Fallbeispiele beigezogen werden. Im Bericht werden die für das jeweilige Thema jeweils relevanten Aspekte dargestellt. Eine umfassende Beschreibung der Verfahrensverläufe dieser Fallbeispiele findet sich in Anhang 3.

3.1 Allgemeine Einschätzung der Auswirkungen

3.1.1 Inhaltlich deutliche, prozessual eher schwache Auswirkungen

Grössere Umstellungen am Ablauf der Verfahren hatte das strukturierte Beweisverfahren in den fünf näher untersuchten IV-Stellen nicht zur Folge. Die Prozesse als solche wurden deswegen nicht verändert. Es zeigten sich nur teilweise punktuelle Veränderungen, auf die in den nachfolgenden Abschnitten eingegangen wird. Jedoch wurde die Einführung des strukturierten Beweisverfahrens von den befragten Personen als inhaltlich bedeutende Änderung in der Herangehensweise der Rentenprüfung erlebt. Heute sei dieses Verfahren Alltag und gut etabliert. Besonders stark betroffen waren die RAD, da sie z.H. der IV-Stelle die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs prüfen und gestützt auf die Indikatoren eine medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen. Betroffen waren mithin auch die IV-externen Gutachterstellen.

3.1.2 Einführung etappiert oder sofort umfassend

Bei der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens wählten die IV-Stellen unterschiedliche Tempi: Zwei der IV-Stellen (W, U) führten das strukturierte Verfahren nach dem Leitentscheid des Bundesgerichts von 2015 schnell breit für alle psychischen Erkrankungen ein und beschränkten sich nicht auf die psychosomatischen Gebrechen. Bei zwei bis drei weiteren (G, A, B unsicher) erfolgte die Ausdehnung des Verfahrens von den psychosomatischen Gebrechen auf die übrigen psychischen Erkrankungen erst mit dem Leiturteil des Bundesgerichts von Ende 2017.

3.1.3 Häufigkeit und Konstellationen der Anwendung

Ein strukturiertes Beweisverfahren ist auch bei psychischen Gebrechen nicht erforderlich, wenn aufgrund der vorhandenen ärztlichen Unterlagen eine klare Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit auch ohne dieses möglich ist (Rz. 1107 KSIR; BGE 143 V 418: E. 7.1, S. 428/429). Zu wissen, wie häufig das strukturierte Beweisverfahren zur Anwendung kommt, könnte somit

auch dazu beitragen, seine potenziellen Auswirkungen (auch auf die Berentungsentscheide) einzuschätzen. In den Informationsgesprächen wurden die Befragten um entsprechende Schätzungen gebeten, was aber in den meisten Fällen nicht möglich war. Zur Frage, in welchen Fällen auf ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtet wird, sind gleichwohl einige Aussagen möglich:

Diagnosen: In den erhaltenen Arbeitsunterlagen von drei IV-Stellen (A, G, B) für ihre Mitarbeitenden finden sich Hinweise auf psychische Diagnosen, die für sich allein als nicht invalidisierend bezeichnet werden. Genannt werden z.B. so genannte Z-Diagnosen nach ICD-10, die Dysthymie oder auch noch nicht chronifizierte leichtgradige depressive Störungen. Die IV-Stelle A präzisiert, dass das strukturierte Beweisverfahren grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen angewendet werde. Eine IV-Stelle gab im Gespräch auch an, bei einzelnen ganz klaren und einwandfrei festgestellten psychischen Diagnosen wie z.B. einer Schizophrenie mit sehr schweren Persönlichkeitsstörungen eine Rente ohne strukturiertes Beweisverfahren zuzusprechen (G). Die anderen beiden IV-Stellen (U, W) gaben an, dass sie nicht über solche diagnosebezogenen Richtlinien verfügen.

Spezifische Fallkonstellationen ohne RAD-Konsultation: Wenn die Ausgangslage hinreichend klar ist, verzichten die IV-Stellen auf eine umfassende Konsultation des RAD, was meist dem Verzicht auf ein umfassend durchgeführtes strukturiertes Beweisverfahren gleichkommen dürfte. Wie häufig dies vorkommt, ist schwierig zu schätzen. Eine IV-Stelle gab an, 90% der Rentenzusprachen erfolgten mit einer Konsultation des RAD (W), äusserte sich aber nicht zu den Ablehnungen. Der Verzicht auf die RAD-Konsultation ist möglich, wenn im Dossier bereits genügend medizinische Unterlagen z.B. von anderen Versicherungen auffindbar sind oder wenn sich bereits in der Eingliederungsphase eindeutige Hinweise ergeben haben, ob eine rentenbegründende Invalidität vorliegt oder nicht. Eine IV-Stelle erlaubt bei nachvollziehbarem Arztbericht Rentenzusprachen ohne Konsultation des RAD (und damit ohne strukturiertes Beweisverfahren) explizit, wenn eine befristete Rente geprüft wird, bei Revisionen und wenn die versicherte Person älter als 55jährig ist (B). Wie oft dies bei psychiatrischen Diagnosen der Fall ist, konnte nicht eruiert werden. Einen Sonderfall bilden in der gleichen IV-Stelle (allerdings zunehmend seltene) Fälle, in denen die fallführende Person der IV-Stelle selbst die Indikatoren aufgrund der Unterlagen prüft (z.B. auf Wunsch von Dritten, bei Zweifeln an der Einschätzung des RAD oder Hinweisen auf Aggravation).

Verfahren mit Konsultation des RAD: Wenn der RAD konsultiert wird, wird bei psychiatrischen Diagnosen überwiegend das strukturierte Beweisverfahren durchgeführt, gestützt auf die vorhandenen Unterlagen, auf eigens eingeholte medizinische Gutachten und seltener auch auf eigene Abklärungen. Das Abklärungsergebnis zu den einzelnen Indikatoren wird aber dabei nicht zwingend detailliert im Einzelnen festgehalten. Ein RAD versuchte eine Schätzung, wie oft er in den ihm vorgelegten Fällen auf das strukturierte Beweisverfahren verzichtet: Bei psychosomatischen Einschränkungen und leicht- bis mittelgradigen Depressionen kommt dies nie vor, bei Substanzabhängigkeit in etwa 20% und bei den übrigen psychischen Erkrankungen in etwa 30% der Fälle.

Diese Angaben lassen keine quantitative Schätzung zu. Es scheint aber plausibel, dass das strukturierte Beweisverfahren bei psychischen Erkrankungen häufig zur Anwendung kommt, wenn auch nicht immer im gleich umfassenden Sinne.

3.2 Prozessuale Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens

Nachfolgend wird auf verschiedene Facetten der Rentenabklärung eingegangen, und untersucht, ob das strukturierte Beweisverfahren hier zu Veränderungen führte. Thematisiert werden der Stellenwert des Eingliederungsverfahrens, die Zusammenarbeit der IV-Stelle mit dem RAD, die Zusammenarbeit mit Gutachterinnen und Gutachtern sowie der Einbezug der versicherten Person und der behandelnden Ärzte und Ärztinnen.

3.2.1 Stellenwert des Eingliederungsverfahrens

Im strukturierten Beweisverfahren verweist der Indikator des Eingliederungserfolgs, resp. -resistenz auf die Bedeutung des Eingliederungsverfahrens. Insbesondere ist der Grund gescheiterter Eingliederungsbemühungen relevant: Ein Scheitern trotz Kooperation spricht für Eingliederungsresistenz, ein Scheitern aufgrund mangelnder Kooperation wird als Ausdruck eines geringen Leidensdrucks interpretiert. Deshalb wurde in den IV-Stellen nachgefragt, ob die Erkenntnisse aus dem Eingliederungsverfahren in der Rentenprüfung aufgrund der strukturierten Beweisverfahrens verstärkt einbezogen würden.

Alle befragten IV-Stellen bezeichnen Informationen aus dem Eingliederungsverfahren als wichtige Grundlage für das strukturierte Beweisverfahren. Die IV-Stelle A hat im Gesprächsprotokoll für den/die Eingliederungsfachperson gezielt Fragen eingebaut, damit schon in einer frühen Phase des Verfahrens die gesamte Lebenssituation und auch die Gestaltung der Freizeit erhoben wird. Die IV-Stelle G betont die gestiegene Bedeutung der Eingliederungsphase als Entscheidungsgrundlage: Abschlussberichte müssen dort theoretisch in einem Gespräch besprochen werden, was jedoch nicht immer umgesetzt werde. Bei Unklarheiten fragten jedoch die fallführenden Personen im Rentenverfahren nach. Nachfragen beim Eingliederungsberater oder der Eingliederungsberaterin, oder auch beim RAD zum Verlauf der Eingliederung sind in allen IV-Stellen möglich und werden bei Bedarf auch genutzt. Die IV-Stelle W bezeichnet die Erkenntnisse aus der Eingliederung als wichtigste Grundlage zur Beurteilung der Konsistenz. Eine IV-Stelle (A) relativiert den Effekt des strukturierten Beweisverfahrens und gibt an, die Informationen aus dem Eingliederungsverfahren seien immer schon wichtig gewesen. Ein befragter IV-externer Rechtsberater bemängelte indessen, dass die Gutachterstellen die Erfahrungen aus der Eingliederung zu wenig sorgfältig würdigen. Sie verliessen sich bei der Beurteilung lieber auf ihre eigenen Fragen und Eindrücke. Als exemplarisch für deutliche Unterschiede in der Beachtung des Eingliederungsverfahrens kann im Übrigen das Fallbeispiel 1 betrachtet werden.

Auszug aus Fallbeispiel 1 (Mann, 42, IV-Stelle B)

Altrechtliche Rentenprüfung (Überwindbarkeitsvermutung; Förster-Kriterien): Bevor es zur Rentenprüfung kommt, wird gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten ein Arbeitstraining durchgeführt. Dieses hatte noch Behandlungsoptionen und eine Arbeitsfähigkeit von 40% attestiert. Die IV-Stelle bricht das Arbeitstraining nach viereinhalb Monaten ab, weil es nicht gelingt, die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person aufzubauen. Ihre Ermüdung und die sich verstärkenden Symptome (Kopfschmerzen) sind im Abschlussbericht zur Eingliederung dokumentiert. Die Berufsberatung geht weiterhin von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 100% aus. Die IV-Stelle lehnt schliesslich die Rente ab, ohne auf den Verlauf der Eingliederung

einzuweisen. Die Beschwerden seien angehend und die Person verfüge über genügend Ressourcen, wie ihr aktives Alltagsverhalten zeige.

Neurechtliche Rechtsprechung (strukturiertes Beweisverfahren): Aufgrund einer Beschwerde weist das kantonale Gericht 2016 den Fall zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurück. Unter anderem bemängelt es, auch die Berichte der Eingliederungsfachpersonen der IV-Stelle wiesen auf dauerhafte Leistungseinbussen hin, wenn auch nicht so stark wie von der versicherten Person behauptet. Auch im späteren IV-Entscheid werden die gescheiterten Eingliederungsversuche als Hinweise für die nicht aufbaubare Arbeitsfähigkeit herangezogen.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

3.2.2 Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und RAD

Von medizinischer Seite war, wie in Kapitel 2 berichtet, die Preisgabe der als medizin-fremd erlebten Überwindbarkeitsvermutung und der Verzicht auf Ausschlussdiagnosen begrüsst worden. Die Befragungen im Rahmen dieser Studie bestätigen diesen Eindruck: Die Preisgabe der Überwindbarkeitsvermutung 2015, der Wegfall von Ausschlussdiagnosen und die mit dem strukturierten Beweisverfahren verbundene Fokussierung auf die konkreten Auswirkungen des Gebrechens führten zu einer Annäherung der Perspektive der RAD-Ärztinnen und -Ärzte und jener der Rechtsanwenderinnen und -anwender (fallführende Personen und Rechtsdienste der IV-Stellen).

Veranschaulichend kann Fallbeispiel 4 angeführt werden, in dem sich der Rechtsdienst noch vor 2015 aus rein rechtlichen Gründen über die gutachterliche Sicht hinwegsetzt und später dafür vom Kantonsgericht gerügt wird. Auch in Beispiel 1, das im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde, klaffen unter dem alten Recht die Einschätzung im Gutachten und jene der IV-Stelle auseinander.

Auszug aus Fallbeispiel 4 (Mann, 31, IV-Stelle A)

Altrechtliche Rentenprüfung (Überwindbarkeitsvermutung; Förster-Kriterien): Ein polydisziplinäres Gutachten attestiert dem Mann in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50-60%. Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, zum Begutachtungszeitpunkt mittelgradige Episode; leichte kognitive Störung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Rückfragen der IV-Stelle an die Gutachterstellen zielen u.a. darauf ab, zu klären, inwieweit die Arbeitseinschränkung auf somatische Ursachen zurückzuführen ist oder inwieweit diese auszuschliessen ist. In ihrem Entscheid schliesst die IV-Stelle sämtliche somatischen Ursachen aus und begründet danach rein rechtlich die von ihr angenommene volle Arbeitsfähigkeit, gestützt auf die Überwindbarkeitsvermutung und die Förster-Kriterien. Die Depression wird in der Folge unter Berufung auf die damalige bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht als Komorbidität anerkannt. Das gleiche gelte für die kognitive Funktionsstörung ohne somatische Ursache.

Neurechtliche Rechtsprechung (strukturiertes Beweisverfahren): Aufgrund einer Beschwerde muss das kantonale Gericht entscheiden. Im Entscheid vom Dezember 2016 kritisiert es das Abweichen der IV-Stelle von der Sicht des Gutachtens als nicht gerechtfertigt, noch bevor es auf den inzwischen Massgeblichen BGE 141 V 281 eingeht, attestiert es gestützt auf das Gutachten, die Depression sei von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, und es handle sich um eine eigenständige Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es stützt die Sicht des Gutachtens, wonach bereits die Depression und die neuropsychologisch nachgewiesenen kognitiven Defizite die vom Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50% hervorrufe. Die somatoforme Schmerzstörung sei somit unerheblich.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Eine IV-Stelle (A) betont, bei ihr habe das strukturierte Beweisverfahren zu deutlich mehr interdisziplinären Fallbesprechungen geführt. In der Anfangsphase nach Einführung des strukturierten Beweisverfahrens seien sogar alle psychosomatischen Fälle so besprochen worden, unterdessen nur noch komplexe Fälle. Ein Austausch sei notwendig, weil Rentenentscheidungen auf medizinischen, Eingliederungs- und rechtlichen Aussagen basieren. Aus den Befragungen lässt sich auch ableiten, dass es dabei u.a. um die Interpretation und Würdigung der einzelnen Indikatoren geht.

Umgekehrt beschreiben die befragten Kaderpersonen von zwei IV-Stellen (G und B), die Annäherung der Perspektiven und das detaillierte Indikatorenset des strukturierten Beweisverfahrens hätten eher zu mehr Klarheit und weniger interdisziplinärem Besprechungsbedarf geführt. Im Gruppengespräch der IV-Stelle B wurde jedoch von einem verstärkten „Miteinander“ statt „Nebeneinander“ gesprochen: Die Befragten merkten an, dass der Austausch zugenommen hätte, aber das Verständnis immer noch variabel sei und von den individuellen Einstellungen abhängen. Es gäbe jetzt mehr Zusammenarbeit, und die Welten von RAD und Rechtsanwendern seien näher zusammengedrückt. Die IV-Stelle G verweist auf die bei ihr institutionalisierten Gespräche mit dem RAD in der Eingliederungsphase und ergänzt, die beratende Rolle des RAD sei gestärkt worden. Im Gruppengespräch erinnerte sich eine Person, zu Beginn der neuen Rechtsprechung sei versucht worden, Fälle unterschiedlich zur medizinischen Einschätzung zu beurteilen, was sich jedoch aufgrund von Gerichtsurteilen wieder synchronisiert hätte.

Eine IV-Stelle (W) hat unabhängig vom strukturierten Beweisverfahren die Kommunikation zwischen RAD und fallführenden Personen verstärkt. Die rechtliche Perspektive ist bei dieser IV-Stelle im Verfahren auch personell stark verankert: Der RAD hat eine eigene rechtliche Beratung, und auch die fallführenden Personen können direkt auf so genannte Verfahrensjuristinnen und -juristen zurückgreifen, während ein separater Rechtsdienst v.a. bei den Beschwerdefällen zuständig ist. Die IV-Stelle W betont, dass die Interaktion wichtig sei und dass sich vor allem bei Fällen von Substanzabhängigkeit die Konsultation des RAD verstärkt hätte, denn bei den anderen psychischen Störungen sei die Konsultation mit dem RAD vorher schon notwendig gewesen. Eine Person betonte, dass der Rechtsdienst nun mehr Wert auf eine sorgfältige Argumentation lege, weshalb es gelegentlich zu Rückfragen beim RAD kommen könne, jedoch gäbe es selten echte Meinungsverschiedenheiten. Die transparentere Darlegung von Informationen und die Entfernung der Überwindbarkeitsvermutung habe die Zusammenarbeit erleichtert. Wobei dieser Austausch nie als problematisch angesehen wurde.

Inwieweit die IV-Stellen die medizinisch-theoretischen Beurteilungen des RAD hinterfragen und deren Nachvollziehbarkeit prüfen, wurde nicht untersucht. Grundsätzlich sind überall Rückfragen möglich und die analysierten Falldossiers zeigen, dass die IV-Mitarbeitenden davon Gebrauch machen. Die Gespräche lassen vermuten, dass im Ausmass dieses Hinterfragens zwischen den IV-Stellen deutliche Unterschiede bestehen. In der IV-Stelle B sind die Fallführenden grundsätzlich aufgerufen, die Indikatoren selbst zu prüfen, wenn sie den Verdacht haben, dass von der Stellungnahme des RAD abgewichen werden könne; inzwischen besteht aber gemäss Aussagen im Informationsgespräch hierfür nur noch selten Bedarf. Dies kann als weiteres Indiz für eine Annäherung der Sichtweisen der Medizin und des Rechtsanwenders gelesen werden.

In der IV-Stelle U gehen die berichteten Erfahrungen auseinander: Einerseits wurde keine wesentliche Veränderung in der Interaktion zwischen RAD und Rechtsanwendern festgestellt. Eine Kaderperson dieser IV-Stelle widerspricht allerdings dieser Beobachtung und stellt fest, dass die Zusammenarbeit zwischen dem RAD und den Rechtsanwendern verbessert worden sei, indem die Rollen klarer definiert worden seien.

Mehrere Personen erwähnen, die Rolle des Rechtsanwenders (gemeint ist die fallführende Person) sei mit dem strukturierten Verfahren wichtiger geworden: Eine Person beschreibt zuspitzend, dass die fallführenden Personen nicht mehr nur Briefträgerinnen und Briefträger seien, sondern Sachbearbeitende im wahren Sinn des Wortes, also mit einer inhaltlich wichtigeren Rolle. Eine andere Person spricht von einer «Emanzipation des Rechtsanwenders». Diese Veränderungen betreffen nicht alle IV-Stellen gleichermassen und dürften stark von deren Organisation und Arbeitsteilung mit dem RAD abhängen. Die fallführenden Mitarbeitenden einer IV-Stelle betonten im Gegenteil, ihre Rolle habe sich nicht verändert, da die Indikatoren vom RAD untersucht würden.

3.2.3 Zusammenarbeit mit Gutachterinnen und Gutachtern

Rein prozessual hat sich die Zusammenarbeit mit den Gutachterinnen und Gutachtern nach Aussagen der IV-Stellen aufgrund des strukturierten Beweisverfahrens nicht verändert. Es handle sich auch nicht um eine Zusammenarbeit, sondern um einen Auftrag, der unabhängig erledigt werden müsse. Dieser Auftrag hat sich inhaltlich verändert, weil die Vorgaben für die Gutachterstruktur angepasst und vereinheitlicht wurden. Aus den Unterlagen einzelner IV-Stellen und Informationsgesprächen wurde ersichtlich, dass diese oder die RAD für ihre Gutachterinnen und Gutachter zum Teil auch Tagungen organisieren und diese schulen (insb. IV-Stellen A, W). Diese Gelegenheiten wurden genutzt, um auf das strukturierte Beweisverfahren und die veränderte Gutachterstruktur hinzuweisen. Die Qualität der Gutachten war kein Thema der vorliegenden Studie. Ungefragt hielten mehrere Gesprächsteilnehmerinnen fest, dass auch mit dem neuen Fragenkatalog die Qualität der Gutachten v.a. von den Kompetenzen der Gutachterinnen und Gutachter abhängen.

3.2.4 Einbezug der versicherten Person sowie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte

Die Phase der Rentenprüfung im IV-Verfahren ist in allen befragten IV-Stellen klar schriftlich dominiert. Dies hat sich auch mit dem strukturierten Beweisverfahren nicht verändert. Dies gilt für den Austausch der fallführenden mit der versicherten Person und auch für den Austausch mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin, der v.a. durch den RAD erfolgt. Eine persönliche Interaktion mit der versicherten Person findet im Normalfall primär mit den IV-externen Gutachterinnen und Gutachtern statt. Untersuchungen durch Ärztinnen und Ärzte des RAD sind selten, wie die IV-Stellen berichteten.

Mündliche Kontakte zum behandelnden Arzt, zur behandelnden Ärztin dienen insbesondere Nachfragen. Zwei IV-Stellen erwähnen, dass ein mündlicher Kontakt insbesondere auch gesucht wird, wenn eine Auflage zur Schadenminderung ein Thema ist (Psychotherapie, Suchtbehandlung).

Die IV-Stelle U hat spezifisch für das strukturierte Beweisverfahren die Arztberichtformulare mit zusätzlichen Fragen ergänzt, insbesondere für Psychiater und somatische Spezialärzte, damit die Informationen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte den Indikatoren besser gerecht werden. Dies erlaube manchmal auf Gutachten zu verzichten. Auch die IV-Stelle W verwendet nicht die Standardformulare der IV für die Arztberichte. Sie hat einfachere Formulare kreiert, dafür formulieren die RAD-Ärztinnen und -Ärzte systematisch fallspezifische Fragen.

3.3 Inhaltliche Auswirkungen auf die Rentenprüfung

In diesem Abschnitt stehen die inhaltlichen Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens auf die Rentenprüfung im Vordergrund. Dabei geht es hier nicht um die Wahrscheinlichkeit einer Rentenzusprache oder -abweisung, sondern um Auswirkungen auf die Art und Weise der Abklärung und Herausforderungen. Die Erkenntnisse stützen sich primär auf die Gruppengespräche und die Interviews mit Rechtsberaterinnen und -beratern, ergänzend wurden auch Aussagen aus den anderen Interviews herangezogen.

3.3.1 Als besonders wichtig wahrgenommene Veränderungen bei der Abklärung

Mit offenen Fragen wurde in den Gesprächen allgemein nach auffälligen Veränderungen der Rentenprüfung gefragt, die mit dem strukturierten Beweisverfahren einher gegangen sind. Dabei wurden folgende Aspekte hervorgehoben, die sich teils mit Erkenntnissen aus der prozessualen Analyse (Abschnitt 3.2) überschneiden:

- **Verschobener Fokus und stärkere Strukturierung der Abklärung:** Der Fokus bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs hat sich von der (Art der) Diagnose zur Prüfung der Auswirkungen verschoben (vgl. dazu auch in Abschnitt 3.2.2 den Auszug zur altrechtlichen Rentenprüfung aus Fallbeispiel 4). Gleichzeitig sei die Prüfung dieser Auswirkungen dank der Indikatoren stärker strukturiert worden. Beide Auswirkungen werden als qualitätsfördernd begrüßt (vgl. zur Qualität Abschnitt 3.4): Eine Person folgerte, unter der alten Rechtslage sei mehr Erfahrung nötig gewesen, um einen Fall beurteilen zu können. Mit dem strukturierten Beweisverfahren sei die Bedeutung der Erfahrungswerte etwas relativiert worden.
- **Annäherung der rechtlichen und der medizinischen Perspektive:** Bei den befragten Ärztinnen und Ärzten der RAD wurde das strukturierte Beweisverfahren sehr positiv aufgenommen, da es mehr der medizinischen Vorgehensweise entspreche als die vorherige Überwindbarkeitsrechtsprechung (Zur Zusammenarbeit zwischen Rechtsanwender und RAD vgl. Abschnitt 3.2.2). Diese Annäherung beobachten und begrüßen auch die befragten Rechtsberaterinnen und -berater.
- **Aufwändigere Abklärung:** Die meisten der Befragten erlebten das neue Verfahren – vor allem zu Beginn – als aufwändig. Erwähnt wird, dass mehr Fälle vertieft angeschaut werden mussten und es zu mehr Fallbesprechungen kam. Die Rentenprüfung sei komplexer geworden und die Abklärungen aufwändiger, da sich die fallführende Person ein

umfassenderes Bild von der versicherten Person mache. Auch RAD-Mitarbeitende betonten, die Indikatoren durcharbeiten bedeute mehr Aufwand als früher.

3.3.2 Herausforderungen bei der Abklärung

Allgemein

Die Befragten dreier IV-Stellen (G, B, Teilnehmende Person des RAD in U) beschrieben in den Gruppengesprächen die Rentenprüfung als anspruchsvoller. Der allgemeine Tenor lautet, dass die Prüfung umfangreicher geworden sei. So werden Informationen aus allen Lebensbereichen benötigt, diese seien aber nicht vollständig in der Akte der behandelnden Ärzte und Ärztinnen enthalten. Die Begründungsdichte sei gestiegen. In einem Gruppengespräch wurde betont, dass die IV-Stelle seit dem strukturierten Beweisverfahren durch ihre eigene Prüfung eher zu einem anderen Entscheid kommen könne als das Gutachten. Dies erfordere aber eine breite Rücksprache mit dem RAD und den fallführenden Personen aus der Eingliederungsphase. Einen solchen Entscheid der versicherten Person zu erklären, sei anspruchsvoll.

Eine Person relativiert, durch die Indikatorenprüfung sei die Prüfung zwar aufwändiger und umfangreicher geworden, aber auch einfacher, weil die breitere Informationsbasis mehr Klarheit schaffe. Eine ähnliche Einschätzung wurde auch von den Rechtsberaterinnen und -beratern geäußert.

Einschätzungen zu einzelnen Indikatoren

Die Befragten wurden gebeten anzugeben, welchen Indikator sie als besonders anspruchsvoll erlebten. Dabei kristallisierte sich nicht ein einzelner Indikator heraus. Erwähnt wurden folgende Indikatoren und Begründungen:

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde: Eine IV-Stelle (B) erwähnt diesen Indikator und bezieht sich hierbei vor allem auf die Aggravation. Einerseits können sprachliche und kulturelle Unterschiede die Beurteilung erschweren. Bei begrenzten Deutschkenntnissen neigten Personen dazu, ihre Beschwerden übermässig darzustellen (weil der Wortschatz und die sprachlichen Fertigkeiten für die Differenzierung fehlen) und je nach kulturellem Hintergrund neigten Menschen zu als ungewohnt dramatisch empfundenen Ausdrucksweisen, was beides die Erkennung von Aggravation erschwere. Die grösste Herausforderung liege jedoch in der Analyse von Aggravation selbst. Sie erfordere eine gründliche Untersuchung und könne nicht einfach oberflächlich erwähnt werden. Aggravation sei auch subjektiv und müsse im gesamten Dossier nachweisbar sein. Selbst wenn eine Person offensichtlich krank sei, könne Aggravation nicht immer eindeutig festgestellt werden.

Persönlichkeitsdiagnostik und persönliche Ressourcen: Die Erfassung der Persönlichkeit in einem strukturierten Beweisverfahren wird von mehreren Befragten einschliesslich der IV-externen Rechtsberaterinnen und -berater als anspruchsvoll bezeichnet. Sie erfordere spezifische psychiatrische Kenntnisse und sei oft nicht ausreichend in den medizinischen Akten der Behandlerinnen und Behandler dokumentiert. Es sei schwer, völlig objektiv bei seiner Bewertung zu sein, da

dies von der persönlichen Geschichte, der Persönlichkeit und dem sozialen Umfeld der Person abhängen. Die Qualität der Gutachten und die wichtige Rolle des RAD beim Nachfragen und Interpretieren der Erkenntnisse wurde hier betont. Fallbeispiel 1 zeigt eindrücklich, dass in der Persönlichkeit ein Schlüssel dafür liegen kann, wie gut der Person die Bewältigung ihrer gesundheitlichen Situation gelingt; die IV-Stelle stützt sich in diesem Fall bei der neurechtlichen Beurteilung stark auf ein psychiatrisches Teilgutachten ab. Eine Rechtsberaterin kritisiert, was als Ressource angesehen werde, sei nicht immer nachvollziehbar und nur das Vorhandensein eines Elements allein, wie z.B. eines Hundes, reiche nicht aus, um es automatisch als Ressource zu betrachten.

Auszug aus Fallbeispiel 1 (Mann, 42, IV-Stelle B)

Altrechtliche Rentenprüfung (Überwindbarkeitsvermutung; Förster-Kriterien): In der Folge eines Gewaltdelikts leidet der Mann dauerhaft unter verschiedenen psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Die IV-Stelle lehnt ab, mit der Begründung, die Beschwerden seien remittiert, nicht erklärbar, therapeutisch noch angebar oder überwindbar. Aus dem geregelten Tagesablauf, den sozialen Kontakten und den Freizeitaktivitäten schliesst die IV-Stelle, dass der Versicherte genügend Ressourcen habe, um seine Einschränkungen zu überwinden.

Neurechtliche Rechtsprechung (strukturiertes Beweisverfahren): Aufgrund einer Beschwerde weist das kantonale Gericht 2016 den Fall zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurück. Diese spricht aufgrund eines polydisziplinären Gutachtens nun eine Rente zu. Der Komplex «Gesundheitsschädigung und Persönlichkeit» spielt in der Argumentation eine wichtige Rolle: Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten wird erklärt, weshalb sich in diesem Fall ein Ereignis wie der Überfall so stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, und keine Verarbeitung der Unfallfolgen gelingt, sondern der Schmerz chronifiziert.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus: Schwierigkeiten bereitet hier erstens die Interpretation der erhobenen Informationen: Da es keine Schwellenwerte gäbe, sei schwierig festzustellen, bei welchem Aktivitätenniveau von einer Gleichmässigkeit oder Ungleichmässigkeit ausgegangen werden könne. Es sei nicht immer klar, wie man Beobachtungen bewertet. Hierfür sei ein interdisziplinärer Austausch notwendig, denn der Entscheid basiere auf dem medizinischen und rechtlichen Bereich und den Aussagen aus der Eingliederung. Aus diesen drei Bereichen müsse es ein in sich stimmiges Bild ergeben. Ein befragter RAD-Mitarbeiter vermisst hier ebenfalls eine Konkretisierung z.B. durch die Rechtsprechung. Es sei nicht trivial, eine freiwillige Aktivität im Privatleben mit dem hierarchischen Setting des Arbeitsplatzes zu vergleichen. Andere Befragte betonten zweitens, dass es schwierig sei, die Informationen zum Tagesablauf der versicherten Person zu erheben. Auch in zwei Gesprächen mit IV-externen Rechtsberaterinnen und Rechtsberatern wurde dieser Indikator als schwierig zu objektivieren bezeichnet. Eine der beiden Personen bezog sich dabei jedoch allgemeiner auf die Konsistenz als Ganze und somit auch auf den Komplex des Leidensdrucks.

Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck: Der Leidensdruck wird aus der Inanspruchnahme oder Vernachlässigung therapeutischer Optionen abgeleitet. Dieser Indikator wurde in zwei Gruppengesprächen als anspruchsvoll erwähnt: Einmal lautet hier die Erklärung, dass er sehr schwer zu objektivieren sei und einmal, dass es schwer zu erkennen sei, wie sehr der Schmerz das tägliche Leben der Person beeinflusse. Dies zeige sich auch dadurch,

dass es oft in Gutachten nicht angegeben werde, dies insbesondere bei somatoformen Schmerzstörungen.

3.3.3 Besonderheiten bei der Prüfung spezifischer Diagnosen

Die RAD-Vertreterinnen und Vertreter wurden danach gefragt, inwieweit es bei den Anwendungen des strukturierten Beweisverfahrens bei den drei in dieser Studie im Vordergrund stehenden Diagnosen Besonderheiten zu beachten gäbe.

Psychosomatische Erkrankungen und Depression

Bezüglich der psychosomatischen Erkrankungen und Depressionen meinte eine befragte Person zusammenfassend, das strukturierte Beweisverfahren sei genau für diese Erkrankungen entwickelt worden, weshalb es auch gut anwendbar sei. Eine andere Person beschreibt die Unabhängigkeit von der Diagnose als wesentliche Eigenheit des strukturierten Beweisverfahrens. Dass die anderen Befragten nur wenige Besonderheiten anmerkten, bestätigt diese Sichtweisen.

- Psychosomatische Gebrechen: Das häufige Scheitern von Behandlungen sei typisch, fast schon Teil der Diagnose, weshalb insbesondere die Gleichmässigkeit der Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen als wichtiger Indikator hervortrete. Eine andere Einschätzung betonte, bei diesen Diagnosen sei ein aussagekräftiger Vorher-Nachher-Vergleich des Aktivitätsniveaus vor und nach Eintreten des Gebrechens besonders wichtig für die Feststellung seiner Auswirkungen (vgl. hierzu nachfolgend den Auszug aus Fallbeispiel 1)
- Depression: Mehrere Personen betonten, dass es besonders wichtig sei, sorgfältig zu prüfen, ob die von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt gestellte Diagnose tatsächlich den anerkannten Kriterien entspreche. Ebenfalls sei die Behandlungsresistenz sorgfältig zu prüfen.

Auszug aus Fallbeispiel 1 (Mann, 42, IV-Stelle B)

Neurechtliche Rechtsprechung (strukturiertes Beweisverfahren): Aufgrund einer Beschwerde weist das kantonale Gericht 2016 den Fall aufgrund ungenügender Abklärungen zur Neuurteilung an die IV-Stelle zurück. Bei der Neuurteilung anhand der Standardindikatoren wird der Indikator «Sozialer Kontext» als belastend beschrieben. Dies v.a., weil die Lebenssituation des Versicherten seit dem Auftreten der Unfallfolgen im Vergleich vorher stark eingeschränkt sei. Diese Ausprägung ist einer der Faktoren, der dazu beiträgt, dass die IV der versicherten Person nun eine Rente zuspricht. Nach altrechtlicher Rechtsprechung war dieser Aspekt nicht thematisiert worden.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Suchterkrankungen

Eine Person erwähnte, dass Komorbiditäten und ihr Zusammenwirken mit der Substanzabhängigkeit besonders sorgfältig zu beachten seien. Generell wurde in den Interviews betont, dass Substanzabhängigkeit fast nie isoliert auftrete, sondern fast immer von anderen psychischen und somatischen Gebrechen begleitet sei. Zwei Fragen wurden gezielt beleuchtet:

- **Abgrenzung der Behandlungsresistenz von der Kernsymptomatik:** Die Abgrenzung, ob gescheiterte Therapien Hinweis auf mangelnden Leidensdruck sind oder umgekehrt Ausdruck der Schwere der Suchterkrankung (nicht überwindbarer Konsumdrang, so genanntes Craving), wird von den Befragten als anspruchsvolle Aufgabe beschrieben. Eine Person vermutet hier deutliche Unterschiede zwischen den IV-Stellen und auch zwischen Gutachtern, die teils voreilig aus dem Scheitern der Therapie auf einen geringen Leidensdruck schlossen. Die Studie konnte den empirischen Gehalt dieser Vermutungen nicht systematisch prüfen. Die befragten RAD-Ärztinnen und -Ärzte betonten jedoch alle, eine differenzierte Betrachtung der persönlichen Geschichte der Person und insbesondere der Gründe des Scheiterns von Therapien seien hierzu erforderlich. Das unten kurz und im Kapitel 6 ausführlicher geschilderte Fallbeispiel 5 stellt einen aus Sicht der zuständigen IV-Stelle klaren Fall dar. Eine Person konkretisierte dies (von IV-Stelle G) und beschreibt das Vorgehen: Bei Personen mit langer Suchtgeschichte und vielen Therapien führe oft nur eine kleine Unsicherheit in der Lebenssituation zu einem Rückfall. Diese reduzierte Belastbarkeit müsse bei der Beurteilung berücksichtigt werden. Diese IV-Stelle macht bei Suchterkrankungen systematisch Therapieauflagen, wenn nicht aus den Akten bereits ersichtlich ist, dass Therapien versucht wurden, aber gescheitert sind. Wenn dann die Person gar nicht teilnehme, komme es in den meisten Fällen zu einem Nichteintretensentscheid. Wenn die Person teilnimmt, und es dann zu einem Abbruch oder Rückfällen kommt, beurteilt der RAD aufgrund der Gründe des Scheiterns die Arbeitsunfähigkeit.
- **Nicht-somatische Folgeschäden bei der Beurteilung des funktionellen Schweregrads:** Die befragten IV-Stellen geben an, dass kognitive Beeinträchtigungen aufgrund der Sucht als Faktoren des funktionellen Schweregrads der Erkrankung mitbeachtet werden müssen. Eine Person erwähnte in diesem Zusammenhang eine beobachtbare «Verlangsamung» als Indiz, eine andere gab an, man stütze sich auf Tests und bildgebende Verfahren. In Fällen, wo diese Methoden auf kognitive Beeinträchtigungen hinweisen, sei indessen meist auch aufgrund anderer Indikatoren klar, dass eine Invalidität gegeben sei. Drei RAD-Mitarbeitende erwähnen auch, dass Auswirkungen der Sucht auf das Ausbildungsniveau berücksichtigt würden. Bei sozialen Auswirkungen wie Verwahrlosung oder sogar Obdachlosigkeit gaben drei Befragte an, dies würde berücksichtigt, eine Stelle betonte dabei, dass die Fallgeschichte sorgfältig rekonstruiert werden müsse, um zu klären, ob die Verwahrlosung auf die Sucht zurückzuführen sei, oder ob diese nicht andere Ursachen habe. Eine Person erwähnte, sie würde zunächst klären, ob eine theoretische Arbeitsfähigkeit gegeben sei und dann allenfalls eine Integrationsmassnahme veranlassen.

Auszug aus Fallbeispiel 5 (Mann, 61, IV-Stelle G)

Vorgeschichte bis Anmeldung (Januar 2022): Der Versicherte wird mit 19 Jahren drogenabhängig und bleibt danach abhängig von verschiedenen Substanzen. Lehrabbruch, nicht existenzsichernde Teilzeitarbeit. Mehrere vergebliche Entzugsversuche und Langzeittherapie. Er ist zunächst in einem Methadon-, danach in einem Heroinprogramm. Später gelingt eine schrittweise Umstellung auf eine Substitutionstherapie. Er scheidet trotz Eingliederungsbemühungen des regionalen Arbeitsvermittlungszentrum früh aus dem ersten Arbeitsmarkt aus. Letzter Versuch der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt 2009 gescheitert. Seit 2012 arbeitet

er teilweise an einem geschützten Arbeitsplatz. Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung von der Sozialhilfe unterstützt.

Leistungsentscheid der IV-Stelle (Oktober 2022) – Zusprache einer ganzen Rente: Der Entscheid der IV-Stelle stützt sich im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD ab. Die Stellungnahme des RAD beurteilt gestützt auf Arztberichte von behandelnden Ärzten. Diese stellt bei mehreren Indikatoren auf die gescheiterten Bemühungen des Versicherten ab, sich zu therapieren und in den Arbeitsmarkt reintegrieren. Dabei wird mehrfach die Ernsthaftigkeit dieser Bemühungen attestiert. Es wird noch eine maximale Belastbarkeit von 50% nur unter optimalen Bedingungen im geschützten Rahmen ausgewiesen.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

3.4 Qualitätsaspekte der Rentenprüfung und -entscheide

In diesem Abschnitt wird untersucht, inwieweit sich die veränderte Herangehensweise der IV-Stellen auf verschiedene Aspekte der Qualität der Rentenprüfung und -entscheide ausgewirkt hat, resp. wie die befragten Personen von IV-Stellen und IV-externen Rechtsberaterinnen und -beratern dies wahrnehmen. Thematisiert werden die Ergebnisoffenheit, die Nachvollziehbarkeit und die Angemessenheit der Entscheide.

3.4.1 Anspruch der Ergebnisoffenheit bei der Rentenprüfung

Mit dem Verzicht auf Ausschlussdiagnosen und die Überwindbarkeitsvermutung strebte das Bundesgericht eine ergebnisoffene Prüfung des Rentenanspruchs an, auch bei Gebrechen, bei denen zuvor rein aufgrund der Diagnose von vornherein ein Anspruch verneint wurde (leichte bis mittelschwere Depression ohne Therapieresistenz, Suchterkrankung) oder ein Regel-Ausnahme-Schema galt (psychosomatische Diagnosen).

Einschätzung der IV-Stellen

Alle Befragten der IV-Stellen in den Gruppengesprächen stimmen zu, dass das strukturierte Beweisverfahren ergebnisoffener sei als das vorherige Vorgehen. Eine Person sagte sinngemäss, die Ausschlusskriterien der alten Rechtsprechung hätten gelegentlich zu Entscheidungen geführt, die dem Bauchgefühl widersprochen hätten. Allerdings relativieren drei der fünf IV-Stellen (B, U, W) die Ergebnisoffenheit oder die Veränderung, welche das neue Verfahren brachte:

Bleibender Raum für individuelle Einflüsse: Die Teilnehmenden am Gruppengespräch der IV-Stelle B berichten von weiterhin bestehenden Unterschieden in den Ansichten und Einstellungen der Fachpersonen, die die Bewertung der Fälle beeinflussen würden (Gutachterinnen und Gutachter, RAD, fallführende Personen und Rechtsdienst der IV-Stelle) Die Verwendung von Standardindikatoren wird als hilfreich angesehen, um eine gewisse Objektivität in der Beurteilung zu gewährleisten, aber es wird betont, dass Raum für individuelle Erfahrungen und Einstellungen bleibe. Insbesondere wird die Sucht als Beispiel dafür genannt, dass nicht alle am Verfahren Beteiligten die Krankheit als solche anerkennen und dass persönliche Einstellungen bei der Interpretation eine Rolle spielen können.

Schon vorher genau geprüft: Die IV-Stelle U stellt fest, dass es nur in Bezug auf Suchterkrankungen ergebnisoffener geworden sei. Denn früher habe es gereicht, dass der Arzt oder die Ärztin

eine primäre statt sekundäre Suchterkrankung diagnostiziert habe und die Person wurde ausgeschlossen. Es handle sich allerdings nicht um viele Fälle, die dadurch mit der neuen Rechtsprechung eine Rente gesprochen bekämen. Die Untersuchung von somatoformen Störungen sei schon vor der Änderung des Verfahrens komplex gewesen und hätte eine genaue Prüfung von Kriterien benötigt, weshalb es bei diesen Erkrankungen trotz der Modifikation des Verfahrens keine grosse Veränderung gegeben habe. Dasselbe gelte in Bezug auf Depressionen. Mittelschwere Depressionen mussten schon vorher genau geprüft werden. Leichte Depressionen werden mit der neuen Rechtsprechung wegen des Aufgebens des Kriteriums der Behandlungsresistenz ebenso genauer untersucht. Allerdings kommt es hier nicht zu mehr Rentenzusprachen. Auch die IV-Stelle W äussert sich sehr ähnlich wie die IV-Stelle U. Das neue Verfahren sei ergebnisoffener für Suchterkrankungen, leichte Depressionen müssen jetzt genauer untersucht werden und die anderen Diagnosen mussten schon vorher genauer untersucht werden. Dass schon unter der alten Rechtsprechung sorgfältig geprüft wurde, berichtete auch eine Kaderperson der IV-Stelle G.

Aussensicht von Rechtsberaterinnen und -beratern

Auch die befragten Rechtsberaterinnen und -berater anerkennen, das Abklärungsverfahren sei tendenziell ergebnisoffener geworden. Positiv gewürdigt wird z.B. die differenziertere Auseinandersetzung mit den medizinischen Gutachten.

Auch sie relativieren indes und differenzieren nach den Diagnosen: Eine Person stellt ähnlich wie die IV-Stelle B fest, dass der Grad der Ergebnisoffenheit (und damit vermutlich auch das Ergebnis) noch immer von der Haltung der Person und der IV-Stelle abhängt, welche die Indikatoren bearbeitet. Eine Person bemängelt, die leichte Depression werde nach wie vor oft von vornherein ausgeschlossen, wenn es um eine Rente gehe. Bei der somatoformen Schmerzstörung habe hingegen die Rechtsprechung dazu beigetragen, dass Ärzte sensibilisiert worden wären und die somatoforme Schmerzstörung als echte Diagnose hätten anerkennen können. Durch die Abschaffung der Vermutung der Überwindbarkeit sei die Offenheit gegenüber den Ergebnissen erhöht worden.

3.4.2 Nachvollziehbarkeit und Fundiertheit der Rentenentscheide

Die Befragten wurden auch zur Qualität der Rentenentscheide befragt. Im Vordergrund der Diskussion stand dabei weniger das Ergebnis als vielmehr die Fundiertheit und Nachvollziehbarkeit der Rentenentscheide. Die Einschätzungen der IV-Stellen sind unterschiedlich. Es werden die folgenden positiven und kritischen Aspekte genannt:

- **Besser abgestützte Entscheide dank Indikatorenkatalog:** Als positive Punkte nennen die Befragten das breitere und transparentere Fundament an erhobenen Informationen, sowie die Standardisierung und Bewertung aufgrund einheitlicher Kriterien (gemeint sind die Indikatoren). Dass die Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit und nicht die Diagnose selbst noch stärker als vorher im Mittelpunkt der Rentenprüfung stehen, wird als qualitätssteigernd hervorgehoben. Das transparentere Vorgehen erleichtere es auch weniger erfahrenen Mitarbeitenden, einen guten Entscheid zu fällen. Auch bei diesem Aspekt hängt die Beurteilung, ob das strukturierte Beweisverfahren eine Verbesserung brachte,

davon ab, als wie ergebnisoffen die IV-Stelle ihr Vorgehen vor dem strukturierten Beweisverfahren beschreibt. Relativierend sind hier auch die Hinweise auf die fortbestehende Bedeutung subjektiver Einflüsse (vgl. Abschnitt 3.4.1). Die Rechtsberaterinnen und -berater beurteilen den Indikatorenkatalog unterschiedlich: Einige sehen diesen als Fortschritt an, während andere keine Veränderung feststellen oder kritisieren, er werde zu mechanisch und unpersönlich angewendet, obwohl das Bundesgericht ausdrücklich darauf hingewiesen habe, es handle sich nicht um eine Checkliste.

- **Besser kommunizierbare Entscheide?** Das bessere Fundament erlaubt nach Einschätzung mehrerer Befragter auch besser begründete Entscheide. Eine IV-Stelle berichtet, sie habe die Formulierung ihrer Entscheide angepasst: Es werde nicht mehr davon gesprochen, dass ein Gebrechen überwindbar sei, sondern offener formuliert und begründet. Dies führe zu einer höheren Akzeptanz bei den Versicherten. Eine IV-externe Rechtsberaterin verweist auf einen ähnlichen Effekt bei der Begutachtung: Der Verzicht auf Ausschlussdiagnosen habe zu einer höheren Akzeptanz der Gutachten geführt, da diese sich nun intensiver mit den spezifischen Krankheiten auseinandersetzen würden. Diese intensivere Auseinandersetzung wiederum trage dazu bei, dass die betroffenen Personen sich besser behandelt fühlen würden und offener für eine Eingliederung in den Arbeitsmarkt seien. Andere Befragte relativieren, dass es für die Akzeptanz der Entscheidungen durch die Versicherten keinen Unterschied mache, welche Rechtsprechung angewendet werde.
- **Qualität der Gutachten entscheidender:** Insbesondere zwei IV-Stellen (U, W) relativieren die Qualitätsverbesserung durch das strukturierte Beweisverfahren stark. Prägender für die Qualität des Entscheids ist ihnen zufolge bei den psychischen Gebrechen weiterhin die Qualität der Gutachten. Diese wird wie erwähnt als unterschiedlich bezeichnet. Diese Bemerkungen dürften sich nicht nur auf die Nachvollziehbarkeit, sondern fast stärker auf die Angemessenheit beziehen (siehe nachfolgend Abschnitt 3.4.3)

Die Rechtsberaterinnen und -berater wurden auch um eine Einschätzung gebeten, ob die Unterschiede in der Rentenprüfung zwischen IV-Stellen mit dem strukturierten Beweisverfahren verringert hätten. Dies wäre plausibel, weil ein präziseres Raster zur Bewertung vorliegt als zuvor. Die befragten Personen sind sich jedoch einig, dass das strukturierte Beweisverfahren die Unterschiede in der Rentenprüfung zwischen den IV-Stellen nicht wesentlich verändert hätte. Die Verwendung desselben Rasters hätte zu einer gewissen strukturellen Annäherung geführt. Es gäbe jedoch immer noch auf den Entscheid durchschlagende Unterschiede in den Haltungen der IV-Stellen und gemäss einer befragten Person genug Stellen im Prozess, die Willkür grundsätzlich zulassen würden.

3.4.3 Angemessenheit der Entscheide

Die IV-Stellen wurden in den Gruppengesprächen um eine Einschätzung gebeten, ob die Rentenentscheide der IV-Stelle angemessener geworden seien. Angemessenheit wurde dabei den Befragten umschrieben als «richtig, in dem Sinne, dass man der Wahrheit bezüglich Arbeitsunfähigkeit so nahe wie möglich kommt». Es interessierte insbesondere die Wirkung des Verzichts auf «Ausschlussdiagnosen» wie Depressionen ohne Therapieresistenz und Suchterkrankung, aber auch die Abkehr von der Überwindbarkeitsvermutung und damit einem Regel-Ausnahme-Schema.

Insgesamt vertraten die Befragten die Ansicht, die Änderungen hätten zu angemesseneren Rentenentscheiden geführt. Besonders sei dies der Fall bei Suchterkrankungen, wobei eine Person dem widerspricht. Diese Person räumt offen ein, dass sie sich mit der neuen Rechtsprechung schwertut. Die IV-Stellen betonen, dass heute mehr auf die individuellen Umstände und die Gesamtsituation des Versicherten geachtet würde, anstatt nur auf die Diagnose. Dies habe zu einer tiefergehenden Untersuchung der individuellen Umstände und einer umfassenderen Überprüfung der Ressourcen des Versicherten geführt, wobei auch psychologische Aspekte stärker berücksichtigt werden würden. Es sei fairer, keine Diagnosen von vornherein auszuschliessen. Diese Sichtweise unterstützen auch die Rechtsberaterinnen und -berater.

3.5 Zusammenfassung und Fazit

Im Hinblick auf die **Umsetzung der Rechtsänderungen** interessiert als Leitfrage insbesondere, *inwieweit der Anspruch des strukturierten Beweisverfahrens einer ergebnisoffenen Prüfung des Rentenanspruchs in jenen Fällen erfüllt wird, in denen zuvor ein solcher Anspruch nur ausnahmsweise oder gar nicht in Betracht kam.*

Untersucht wurde bei fünf IV-Stellen zunächst, wie das strukturierte Beweisverfahren sich in prozessualer Hinsicht auswirkte, wobei die Zusammenarbeit mit den involvierten Akteuren im Vordergrund stand. In einem zweiten Schritt standen die inhaltlichen Veränderungen im Fokus.

3.5.1 Prozessuale Veränderungen

Die Einführung des strukturierten Beweisverfahrens hat die Prozesse der IV-Stellen nicht grundlegend verändert. Die punktuellen Anpassungen an Abläufen oder Arbeitsinstrumenten und die eher graduellen Veränderungen bei der Zusammenarbeit sind aber dennoch spürbar. Dabei gibt es auch Unterschiede zwischen den IV-Stellen. Festgehalten werden können folgende Punkte:

Informationen aus dem Eingliederungsverfahren werden tendenziell stärker herangezogen: Alle IV-Stellen betonen die Relevanz der Informationen aus der Eingliederung für die Rentenprüfung (Eingliederungserfolg/-resistenz; Leidensdruck). Zumindest bei einigen Stellen dürfte seit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens deren Stellenwert gestiegen sein. Aus Sicht der IV-externen Rechtsberatung wird demgegenüber bezweifelt, ob die Erfahrungen in der Eingliederung bei den Gutachterstellen immer den Stellenwert erhalten, der ihnen gebührt.

Zusammenarbeit zwischen Rechtsanwender und RAD verbessert: Das strukturierte Beweisverfahren führte teils zu einem intensiveren Austausch (mehr «Miteinander» statt «Nebeneinander») zwischen RAD und Rechtsanwender. Die mit den Leiturteilen des Bundesgerichts verbundene Annäherung der Perspektive von Medizin und Rechtsanwendung senkte umgekehrt (mit zunehmender Routine) nach Erfahrung einzelner IV-Stellen aber auch den Gesprächsbedarf. Die Zusammenarbeit mit Gutachterinnen und Gutachtern und auch der Einbezug der versicherten Person und ihrer Behandlerinnen und Behandler hat sich aufgrund des strukturierten Beweisverfahrens nicht verändert.

3.5.2 Inhaltliche Aspekte der Rentenprüfung und Herausforderungen

Die inhaltliche Herangehensweise der IV-Stellen an die Rentenabklärung hat sich mit dem strukturierten Beweisverfahren spürbar verändert. Als besonders wichtige Veränderungen erleben die befragten Mitarbeitenden von IV-Stellen und RAD sowie Rechtsberaterinnen und -berater, dass die Abklärung der Arbeitsfähigkeit aufwändiger, aber stärker strukturiert geworden sei und dass der Fokus weg von der Diagnose und hin zu den konkreten Auswirkungen verschoben habe. Sie erleben tendenziell eine Aufwertung der fallführenden Person, wobei dies stark auch von der konkreten Arbeitsteilung in der IV-Stelle abhängen dürfte. Stark betont und begrüsst wird die Annäherung der rechtlichen und medizinischen Perspektive. Folgende Herausforderungen wurden genannt:

Anspruchsvoller, weil umfassender – aber einfacher, weil besser strukturiert: Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist mit dem strukturierten Beweisverfahren nach Einschätzung der Befragten insgesamt eher anspruchsvoller geworden, weil mehr Elemente erhoben und zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden müssen. Als Erleichterung wird umgekehrt die Strukturiertheit des neuen Verfahrens wahrgenommen.

Persönlichkeit und Konsistenz als besonders herausfordernde Aspekte: Als anspruchsvoll erlebt wird erstens der Indikator der Persönlichkeitsdiagnostik und der persönlichen Ressourcen: Gute Gutachten scheinen hier besonders wichtig für die Informationserhebung und eine sachgerechte Würdigung des Zusammenwirkens von Persönlichkeit und Krankheit, auch weil die vorhandenen Unterlagen diesbezüglich oft lückenhaft sind. Der zweite und der dritte Punkt betreffen die beiden Indikatoren der Konsistenz, also jenen Komplex, der auch in der Literatur als herausfordernd beschrieben wird (vgl. Abschnitt 2.1.4): Es wird als anspruchsvoll erlebt, aus den verschiedenen Aktivitäten in den vergleichbaren Lebensbereichen Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu ziehen. Und es ist teils schwierig zu objektivieren, ob eine ungenügende Teilnahme an einer Behandlung oder Eingliederung als Folge eines geringen Leidensdrucks zu beurteilen ist. Insbesondere bei Suchterkrankungen ist die Beurteilung herausfordernd, ob gescheiterte Therapien ein Hinweis auf mangelnden Leidensdruck sind – oder umgekehrt Ausdruck der Schwere der Suchterkrankung. Präzisierende Guidelines, die den medizinischen Wissensstand aufnehmen und die aktuelle Rechtsprechung reflektieren sowie ein besonderes Augenmerk auf diese Aspekte bei Schulungen sowohl der Mitarbeitenden der IV-Stellen, der RAD und der Gutachterinnen und Gutachter auf diese Indikatoren erscheinen aus Sicht des Forschungsteams angebracht.

3.5.3 Auswirkungen auf Qualitätsaspekte der Rentenprüfung

Bezüglich der untersuchten Qualitätsaspekte ergaben sich folgende Befunde, wobei festzuhalten ist, dass sich die drei untersuchten Dimensionen nicht vollständig trennen lassen.

Ergebnisoffenere Herangehensweise, aber subjektive Elemente bleiben relevant: Das strukturierte Beweisverfahren hat sowohl aus der Sicht der IV-Stellen als auch von IV-externen Rechtsberaterinnen und -beratern insgesamt zu ergebnisoffeneren Abklärungen beigetragen. Beide Seiten erwähnen aber, dass weiterhin auch individuelle Erfahrungen und Einstellungen der zuständigen Akteure die Abklärung beeinflussen. Als auffälligstes Beispiel wird die Schwelle für die

Anerkennung von Sucht als einer Krankheit und die Interpretation ihrer Auswirkungen genannt. Bei Suchtkrankheiten erleben die Befragten die stärkste Veränderung in Richtung Ergebnisoffenheit. Bei den anderen Diagnosen hängt die Beurteilung bis zu einem gewissen Grad davon ab, wie ergebnisoffen in der jeweiligen IV-Stelle bereits unter der alten Rechtsprechung gearbeitet wurde. Eine Rechtsberaterin bemängelt, bei leichten Depressionen werde die Berentung weiterhin von vornherein ausgeschlossen.

Entscheide besser abgestützt – sind sie auch besser akzeptiert? Die Einschätzungen zur Frage der Nachvollziehbarkeit gehen auseinander. Die positive Lesart lautet, dass das Indikatoren-raster und insbesondere auch die gründlichere Prüfung bei jenen Gebrechen, in denen eine Rente von vornherein ausgeschlossen wurde oder nur ausnahmsweise in Betracht kam, zu besser abgestützten und nachvollziehbarer begründeten Entscheiden geführt hat. Im besten Fall steigt damit die Akzeptanz, weil im Entscheid nicht mehr verkürzend mitgeteilt wird, das Leiden sei überwindbar. Diese Wirkung wird jedoch teils auch bestritten. Zur Fundiertheit des Entscheids ist festzuhalten, dass externe Akteure die Anwendung der Indikatoren teils als zu mechanisch bemängeln.

Entscheide sind angemessener als zuvor: Nach der Erfahrung der Befragten fällt die IV insbesondere bei Suchterkrankungen, aber auch bei psychosomatischen Erkrankungen sowie bei leichten bis mittelschweren Depressionen insgesamt angemessenere Entscheide als zuvor: Begründet wird diese Einschätzung mit der Tatsache, dass der Zugang zur vertieften Rentenprüfung nicht aufgrund der Diagnose ausgeschlossen oder erschwert wird.

4 Entwicklung der Neuanmeldungen – Statistische Analyse

Wichtig zu wissen: Neuanmeldungen

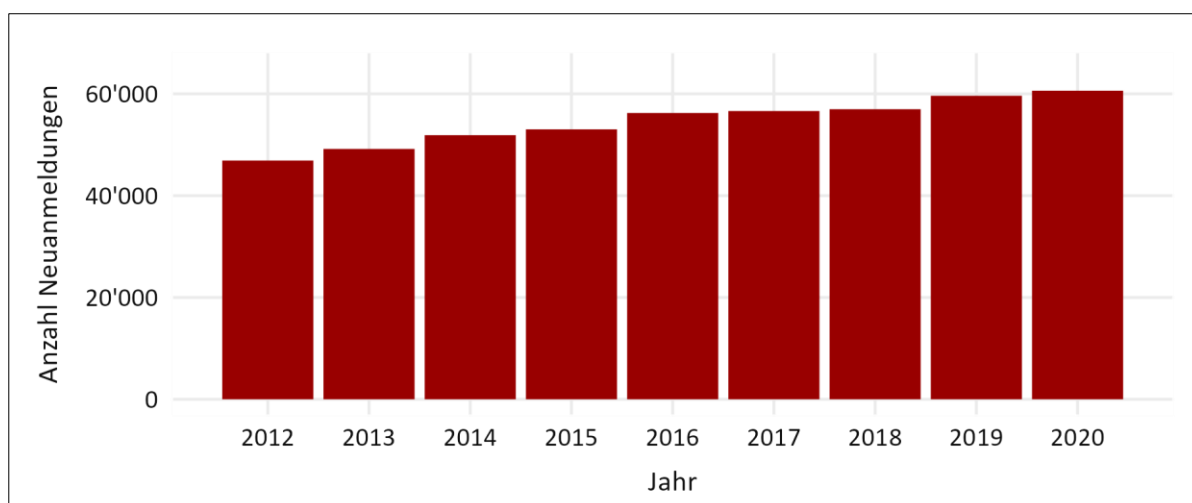
Neuanmeldungen werden für statistische Zwecke in den Forschungsprojekten des BSV gebildet und verwendet. Sie umfassen alle von den IV-Stellen in ihre Systeme eingetragenen Anmeldungen, bei denen in den fünf Jahren vor der betreffenden Anmeldung weder eine andere Anmeldung oder Leistung der IV erfasst und an die Zentrale Ausgleichsstelle gemeldet wurde. Dabei werden alle Anmeldeformulare berücksichtigt. Bei rund 85% der Neuanmeldungen handelt es sich um Personen, die zum allerersten Mal mit der IV in Kontakt kommen (Erstanmeldungen gemäss KSGLS). Daten zu Neuanmeldungen liegen im vorliegenden Projekt bis 2020 vor und werden eingeschränkt auf Neuanmeldungen von in der Schweiz wohnhaften Personen.

Obwohl der Hauptfokus dieser Untersuchung auf der Analyse der Neurenten liegt, erfolgt zunächst eine Analyse der Neuanmeldungen 2012 bis 2020. Die Ergebnisse liefern eine kontextuelle Einbettung für die Betrachtung und Beurteilung der Entwicklung der Neurenten. Insbesondere wird auch der Frage nachgegangen, ob es Hinweise gibt, dass die Rechtsänderungen zu mehr Neuanmeldungen bei der IV geführt haben könnten.

4.1 Entwicklung 2012 bis 2020

Die Zahl der Neuanmeldungen bei der IV hat zwischen 2012 und 2020 stetig zugenommen, von 46'900 auf 60'600 pro Jahr, was einer Zunahme um 29% entspricht (vgl. Abbildung 3).

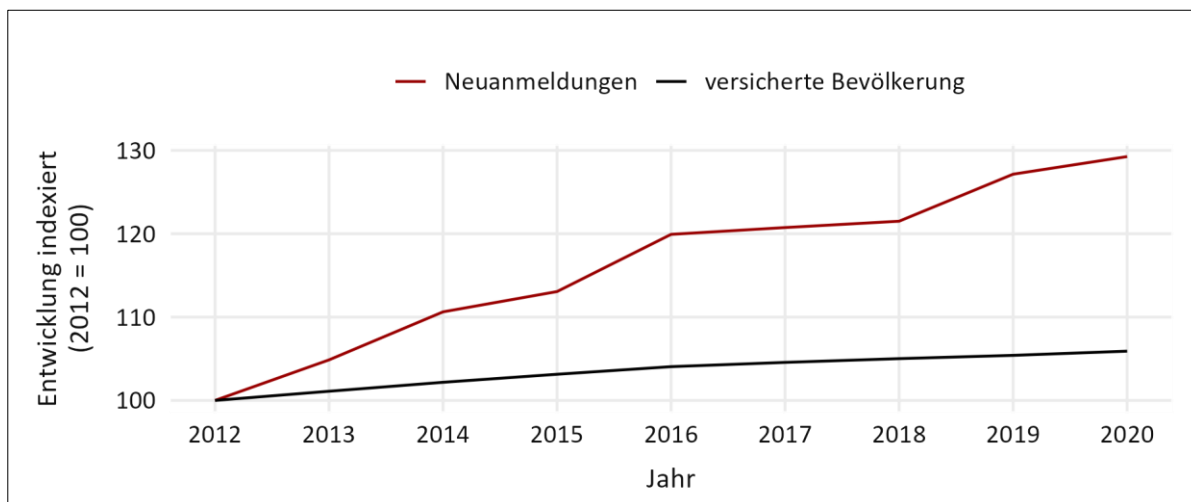
Abbildung 3: Entwicklung Neuanmeldungen, absolut 2012-2020



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Da im gleichen Zeitraum auch die versicherte Bevölkerung gewachsen ist, stellt Abbildung 4 die Entwicklung der Neuanmeldungen und der versicherten Bevölkerung indexiert dar. Auf diese Weise kann die Zunahme der beiden Grössen verglichen werden.

Abbildung 4: Entwicklung Neuanmeldungen und versicherte Bevölkerung, indexiert 2012-2020 (2012 = 100)

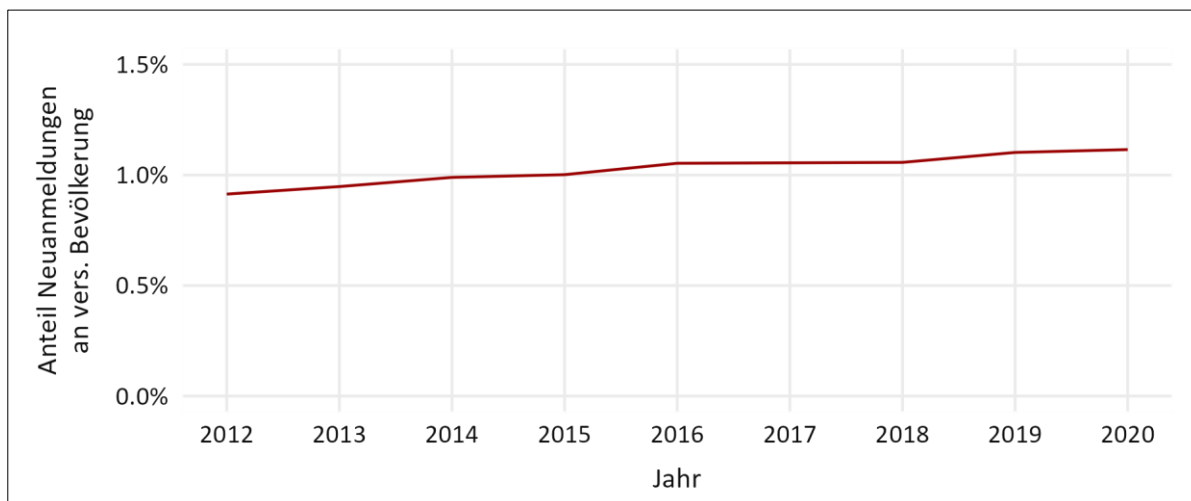


Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Während die Bevölkerung nur leicht zugenommen hat (Anstieg des Index von 100 auf 106), ist der Zuwachs bei den Neuanmeldungen deutlich stärker (von 100 auf 129 Indexpunkte). D.h. 6 der 29 angestiegenen Indexpunkte können demnach auf die Zunahme der Bevölkerung zurückgeführt werden, oder anders ausgedrückt, rund 21% der Zunahme der Neuanmeldungen ist auf das Wachstum der versicherten Bevölkerung zurückzuführen. Das heisst von den knapp 14'000 Neuanmeldungen, die 2020 mehr verzeichnet wurden als 2012, können 2'900 dem Bevölkerungswachstum zugeschrieben werden.

Das auch unter Berücksichtigung der versicherten Bevölkerung ein Anmeldewachstum stattgefunden hat, zeigt sich nochmals in Abbildung 5 beim Anteil der Neuanmeldungen an der versicherten Bevölkerung. Die Neuanmeldequote stieg im untersuchten Zeitraum von 0.91 auf 1.11%.

Abbildung 5: Entwicklung Neuanmeldequote, 2012-2020



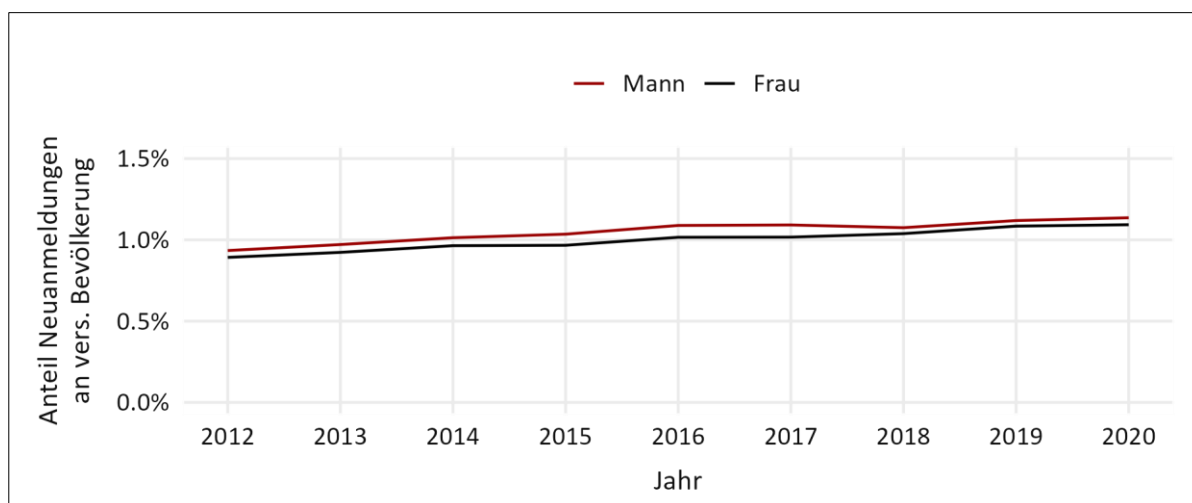
Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Eine Zunahme der Neuanmeldequote ist in allen IV-Stellen zu beobachten, wobei die Zunahme aber von unterschiedlichen Niveaus ausgeht: So lag 2012 die Neuanmeldequote je nach IV-Stelle zwischen minimal 0.6% und maximal 1.2%, 2020 bewegte sie sich zwischen 0.7% und 1.4%. Die Hälfte der IV-Stellen weist dabei im Jahr 2020 Neuanmeldequoten zwischen 1% und 1.2% auf, 2012 lag dieser Bereich zwischen 0.8% und 1.0% (siehe Tabelle 12 im Anhang).

Unterschiedliche Entwicklungen in der Neuanmeldequote nach Geschlecht, Altersgruppe, Nationalität und Sprachregion werden in der Folge kurz beschrieben.

■ **Neuanmeldequote nach Geschlecht:** Sowohl bei Männern als auch bei Frauen hat die Neuanmeldequote zugenommen. Bei den Männern ist zwischen 2015 und 2017 eine leicht stärkere Zunahme zu beobachten als bei den Frauen. Die Quoten gleichen sich anschliessend jedoch wieder an.

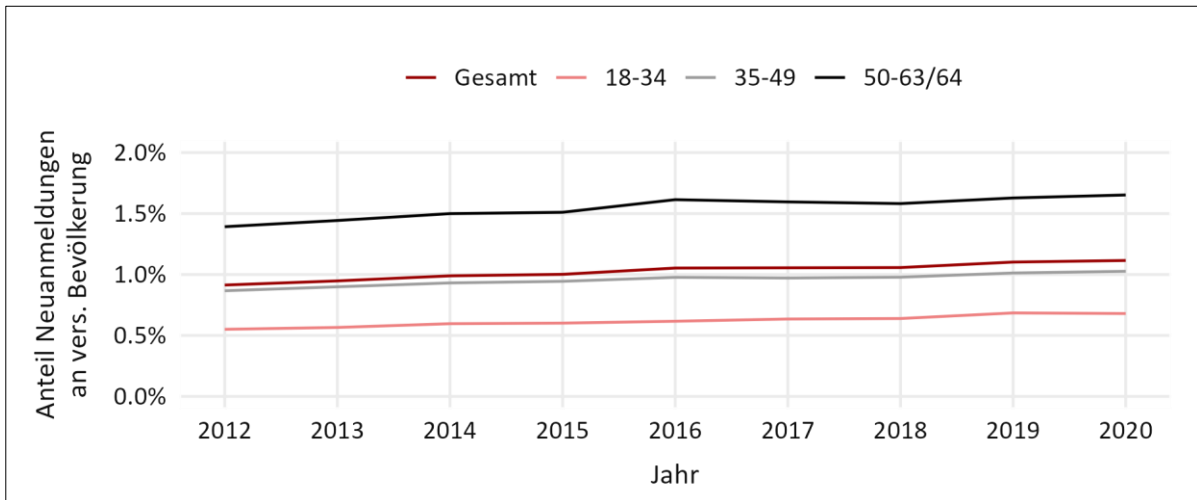
Abbildung 6: Entwicklung Neuanmeldequote nach Geschlecht, 2012-2020



Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

■ **Neuanmeldequote nach Alter:** Je älter eine Person ist, umso eher findet in der Regel eine Anmeldung bei der IV statt. Zwischen 2012 und 2020 haben die Neuanmeldequoten bei allen Altersklassen zugenommen. Am markantesten war die Zunahme bei der Altersgruppe der 18-34-jährigen.

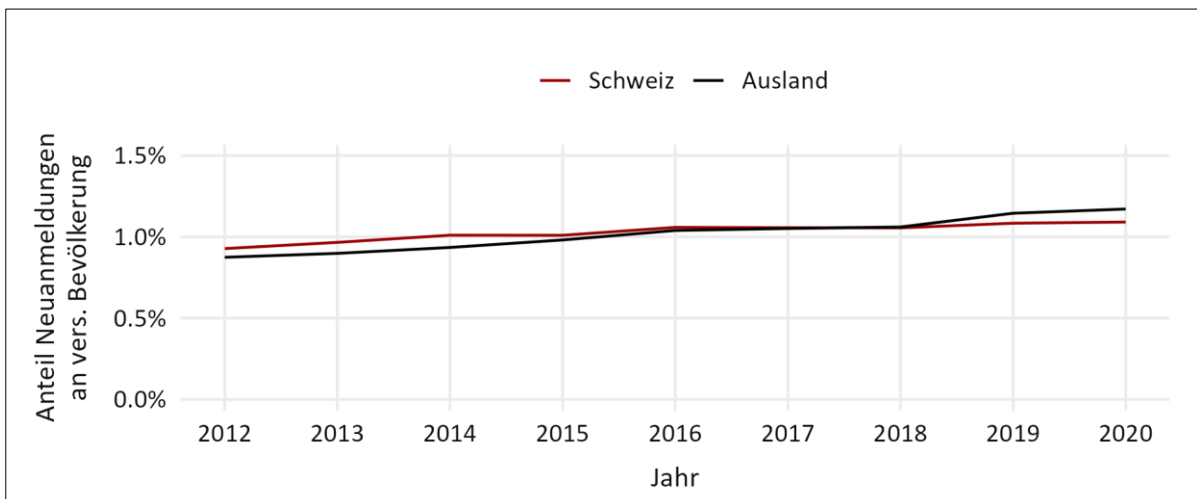
Abbildung 7: Entwicklung Neuanmeldequote nach Altersgruppe, 2012-2020



Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

■ **Neuanmeldequote nach Nationalität:** Zwischen 2008 und 2018 hat eine Angleichung der Neuanmeldequoten von Personen mit schweizerischer und ausländischer Staatsangehörigkeit stattgefunden. Ab 2018 ist die Neuanmeldequote von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit etwas gestiegen, während von Schweizerinnen und Schweizern fast konstant blieb.

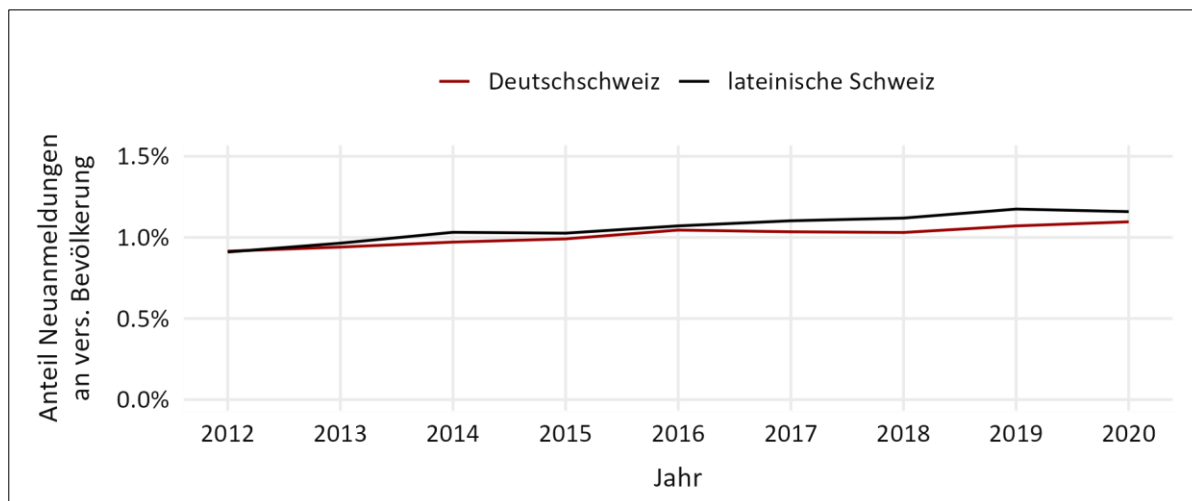
Abbildung 8: Entwicklung Neuanmeldequote nach Nationalität, 2012-2020



Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

■ **Neuanmeldequote nach Sprachregion⁷:** Die Neuanmeldequote hat sich bis 2016 in der Deutschschweiz und lateinischen Schweiz praktisch parallel entwickelt und ist anschliessend in der lateinischen Schweiz stärker angestiegen.

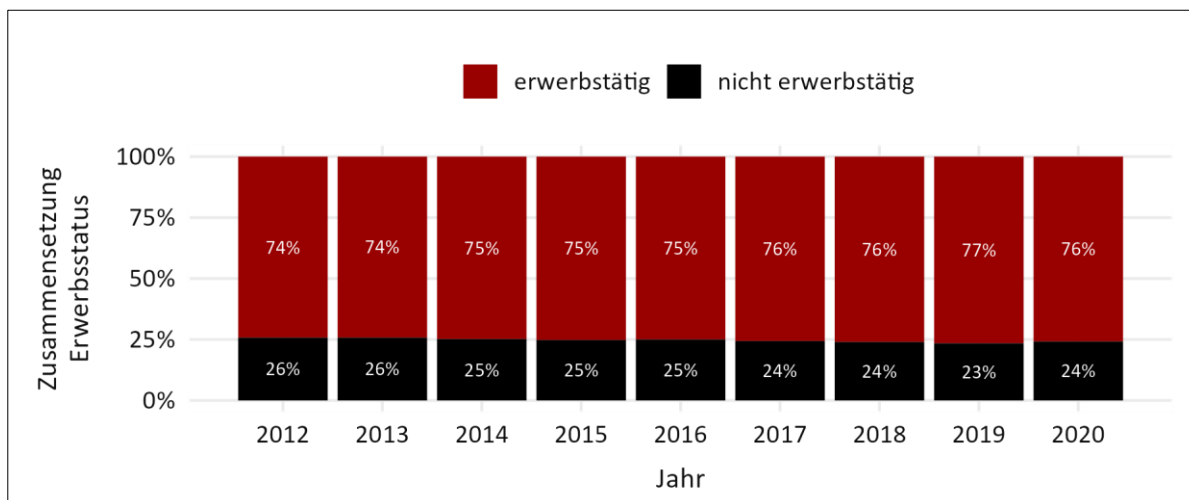
Abbildung 9: Entwicklung Neuanmeldequote nach Sprachregion, 2012-2020



Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

■ **Erwerbstätigkeit im Jahr der Anmeldung:** Wer im gesamten Jahr der IV-Anmeldung ein AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen von mindestens 2'300 Franken erzielt hat, gilt als erwerbstätig. 2012 waren gemäss dieser Definition 74% der neuangemeldeten Personen erwerbstätig. Dieser Anteil ist bis 2017 auf 76% angestiegen und seither konstant.

⁷ Die Sprachregion ist auf Ebene des Kantons definiert, dabei wird jeweils die von der Mehrheit der Bevölkerung gesprochene Sprache verwendet. Demnach gehören die Kantone Tessin, Genf, Waadt, Freiburg, Wallis, Neuenburg und Jura zur lateinischen Schweiz, die übrigen Kantone zur Deutschschweiz. Der Grund für die Verwendung dieser Definition ist, dass die Daten zur versicherten Bevölkerung auf Ebene Kanton zur Verfügung standen.

Abbildung 10: Zusammensetzung Erwerbsstatus der neuangemeldeten Personen, 2012-2020

Quelle: IV-Registerdaten BSV, IK-Registerdaten ZAS. Berechnung BASS

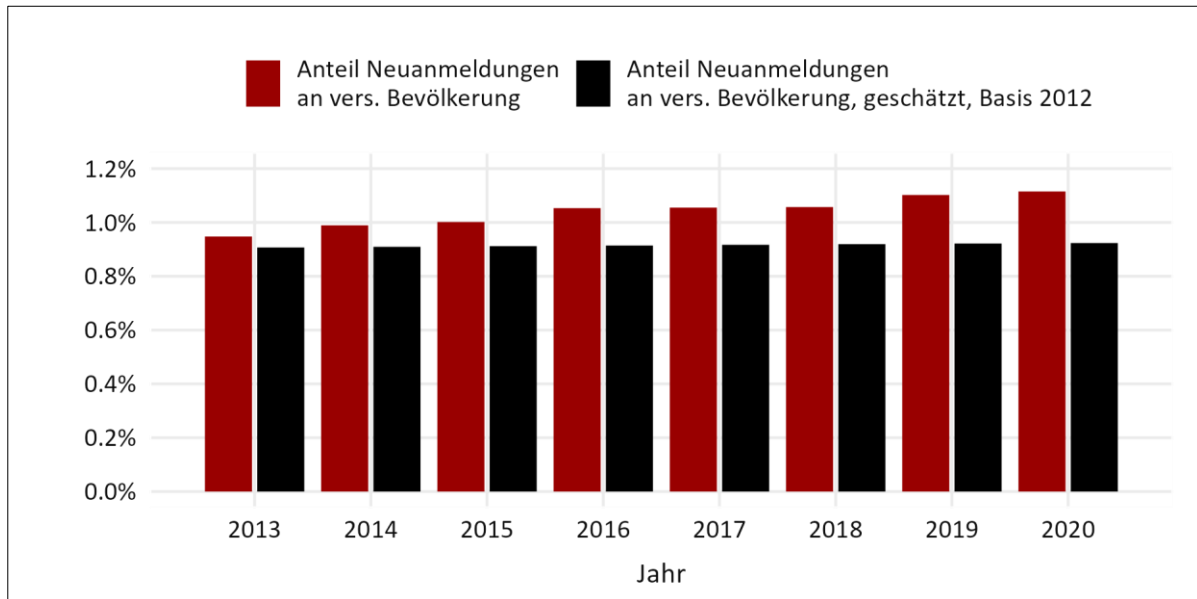
Wichtig zu wissen: Invaliditätsursache

Die Invaliditätsursache wird erst bei einer Leistungszusprache erfasst. Bezüglich Zusammensetzung der neu angemeldeten Personen nach Invaliditätsursache sind demnach keine Aussagen möglich.

4.2 Entwicklung der Neuanmeldungen unter Berücksichtigung der veränderten Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung

In den vorangehenden Abbildungen konnten einige Änderungen in den Neuanmeldequoten je nach Gruppe, beobachtet werden. Mit dem Bevölkerungswachstum im beobachteten Zeitraum geht möglicherweise auch eine veränderte Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung einher, die sich auf die Anmeldewahrscheinlichkeit bei der IV auswirkt. Daher wurde geschätzt, wie sich die Neuanmeldungen aufgrund der zunehmenden versicherten Bevölkerung und ihrer Zusammensetzung verändert hätten.

Basis bildet eine logistische Regression für die versicherte Bevölkerung 2012 mit den erklärenden Variablen Geschlecht, Alter, Nationalität und Kanton auf die Anmeldung bei der IV. Mit den daraus resultierenden Wahrscheinlichkeiten, lässt sich die **hypothetische Anzahl Neuanmeldungen bei der tatsächlich beobachteten Struktur** (Geschlecht, Alter, Nationalität, Kanton) aber ansonsten gleichbleibender Bedingungen berechnen. Die tatsächliche und so geschätzte Neuanmeldequote ist in Abbildung 11 dargestellt.

Abbildung 11: Tatsächliche und geschätzte Neuanmeldequote (Basis 2012)

Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Aufgrund der veränderten Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung wäre nur eine leichte Zunahme der Neuanmeldequote zu erwarten gewesen – diese ist in Abbildung 11 aber kaum sichtbar (schwarze Balken: Zunahme von 0.91% im Jahr 2012 auf 0.92% im 2020). Tatsächlich ist die Neuanmeldequote aber von den erwähnten 0.91% im Jahr 2012 auf 1.11% im Jahr 2020 angestiegen (dunkelrote Balken).

Wichtiges Ergebnis

Basierend auf den durchgeführten statistischen Analysen gibt es keine Hinweise, dass die Einführung des strukturierten Beweisverfahrens in der Periode 2015 bis 2017 zu einer Erhöhung der -Neuanmeldungen geführt hat. Die Zunahme bei den Neuanmeldungen hat schon vor 2015 eingesetzt. In der Periode 2016 bis 2018 sind die Neuanmeldequoten konstant geblieben ehe auf das Jahr 2019 wieder ein Anstieg zu verzeichnen war. Die im Zeitverlauf veränderte Zusammensetzung der versicherten Bevölkerung kann den kontinuierlichen Anstieg der Neuanmeldequoten bei der IV innerhalb der letzten 10 Jahren nicht erklären.

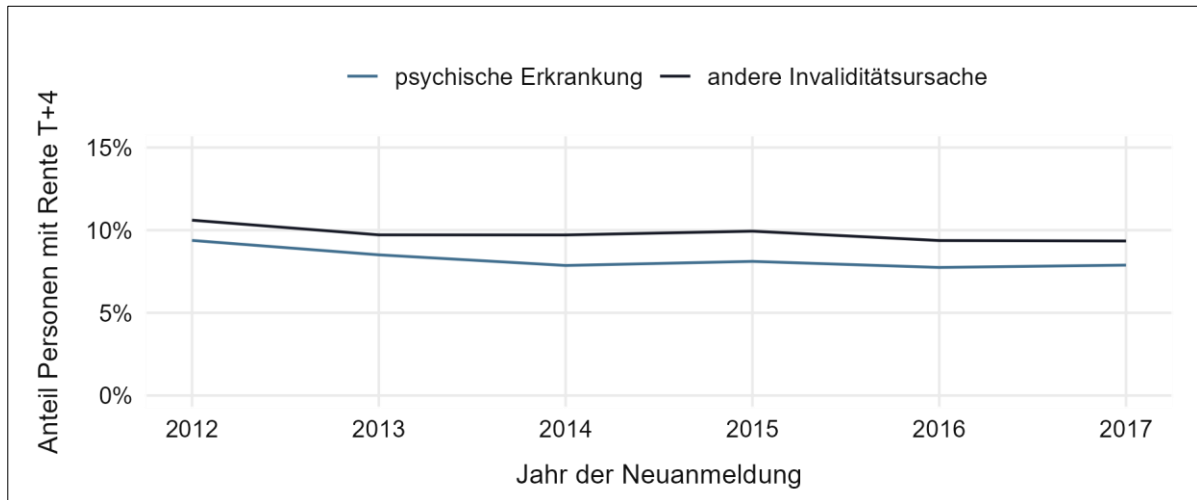
4.3 Entwicklung Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung

Wichtig zu wissen: Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung

Die Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung gibt Auskunft darüber, wie viele Personen innerhalb einer bestimmten Periode nach der Neuanmeldung eine Rente zugesprochen erhalten und diese auch zum Ende dieser Periode noch erhalten. Sie ergibt sich durch die Division der Anzahl Renten, bspw. 4 Jahre nach Neuanmeldung (Neuanmeldung zum Zeitpunkt T_0), durch die Summe der Neuanmeldungen (T_0). Für die Berechnung der Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung werden nur Personen berücksichtigt, die über die gesamte Zeitperiode beobachtet werden können (d.h. in der Schweiz wohnhaft sind, nicht versterben und nicht das Rentenalter erreichen).

Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Neuanmeldung innerhalb von 4 Jahren eine Rente zu erhalten, ist in der betrachteten Zeit von 2012 bis 2017 gesunken, wie Guggisberg und Kaderli (2023) schon in einer anderen Untersuchung, bei der ein Kohortendesign zur Anwendung kam, konstatieren. Dabei wurden für die Kohorten der neuangemeldeten Personen 2012 bis 2017 berechnet, wie viele der bei der IV neu angemeldeten Personen 4 Jahre nach der Anmeldung ($T+4$) eine Rente beziehen. Die Rentenbezugsquote vier Jahre nach Neuanmeldung betrug für die Kohorte 2012 (d.h. Neuanmeldung im Jahr 2012) 20% und lag bei der Kohorte 2017, bei der die Rentenzusprachen bis 2021 berücksichtigt werden, bei 17% (ibid.).

Der Rückgang der Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung ($T+4$) ist sowohl für die psychisch bedingten wie auch nicht-psychisch bedingten Krankheiten festzustellen (vgl. Abbildung 12). Für psychisch bedingte Renten sinkt die Quote von 9.3% (Neuanmeldekohorte 2012; $T+4$) um 1.4 Prozentpunkte auf 7.9% (Neuanmeldekohorte 2017; $T+4$) relativ betrachtet sogar stärker (Rückgang um 15%) als für die nicht-psychisch bedingten Renten, wo sie um minus 1.2 Prozentpunkte von 10.6% auf 9.4% sinkt (Rückgang um 11%). Im Gegensatz zu den nicht psychisch bedingten Renten, bei denen die Quote zwischen 2015 bis 2017 noch gesunken ist, ist diese bei den psychisch bedingten Renten von 2016 auf 2017 wieder leicht angestiegen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Quoten in den folgenden Jahren weiterentwickeln, um beurteilen zu können, ob der Anstieg in Zusammenhang mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens stehen könnte.

Abbildung 12: Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung (T+4), nach Invaliditätsursache

Quelle: IV-Registerdaten BSV, Berechnung BASS

Wichtiges Ergebnis

Grundsätzlich können wir festhalten, dass die absolute Zunahme der Renten (vgl. Abbildung 13) nicht darauf zurückzuführen ist, dass bei gleicher Neuanmeldezahl häufiger Renten gesprochen werden, sondern dass bei stark zunehmender Neuanmeldezahl etwas seltener Renten gesprochen werden.

Im Fokus von der nun vorliegenden Untersuchung steht jedoch nicht die Entwicklung der Rentenbezugsquote nach Neuanmeldung, sondern die Entwicklung der Neurenten mit Fokus auf Renten bei psychischen Erkrankungen und die Frage, ob die Rechtsänderungen auf die Entwicklung der Neurenten einen Einfluss gehabt hat. Die Ergebnisse der hinsichtlich dieser Thematik durchgeführten Analysen werden im folgenden Kapitel vorgestellt und diskutiert.

5 Entwicklung der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen

Im Fokus der Analysen zur Entwicklung der Neurenten von Personen mit psychischen Erkrankungen steht die Frage, inwieweit es Anhaltspunkte gibt, dass die Rechtsanpassungen aufgrund der Bundesgerichtsentscheide von Juni 2015 und November 2017 zu einer **erhöhten Zunahme** bei den **Neurenten** geführt haben.

5.1 Statistische Analysen

Bei den statistisch ausgerichteten Analysen liegt der Fokus darauf, wie sich **vor** (2013 bis 2014), **während** (2015 bis 2017) und **nach** (2018 bis 2021) **der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens** die Anzahl psychisch und nicht psychisch bedingter Neurenten entwickelt haben und in wieweit dabei in den verschiedenen Phasen eine unterschiedliche Entwicklung stattgefunden hat.

Wichtig zu wissen

Als **Neurentner/innen** gelten Personen, die im Dezember eines bestimmten Jahres eine IV-Rente bezogen, nicht aber im Dezember des Vorjahres. Zu welchem Zeitpunkt sich die Neurentner/innen bei der IV angemeldet haben – ob erst vor kurzem oder schon vor längerer Zeit – wird dabei nicht berücksichtigt.

Informationen darüber, ob im Rahmen der Abklärungen zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Neurente das strukturierte Beweisverfahren zur Anwendung gekommen ist oder nicht, sind in den für die Statistik zur Verfügung stehenden Daten nicht enthalten. Der Nachweis eines direkt beobachtbaren (statistischen) Zusammenhangs zwischen der Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens und der Wahrscheinlichkeit einer Rentenzusprache ist aus diesem Grund nicht möglich. Die Analyse der Entwicklung bei Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen kann aber Hinweise auf allfällige Effekte der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens liefern. In nachfolgendem Textkasten wird kurz ausgeführt, wie psychische Erkrankungen in den Daten erfasst werden und wie sie für den Untersuchungszweck kategorisiert werden.

Wichtig zu wissen

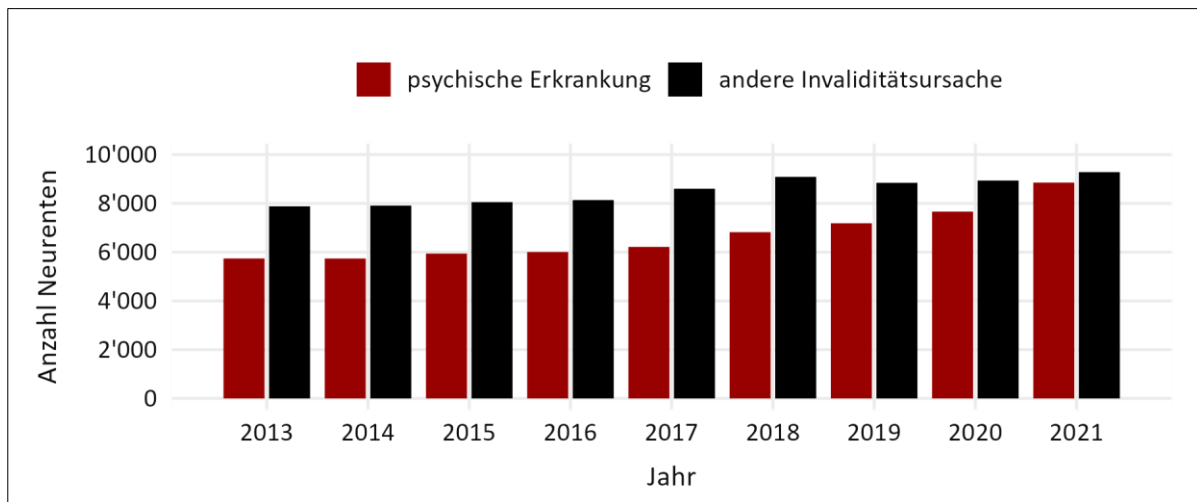
In Anhang C zum KSGLS sind die Codes 641-649 als **psychische Erkrankungen** zusammengefasst. Drei Kategorien werden im Folgenden unterschieden: Code 646, Psychogene oder milieureaktive Störungen (darunter fallen Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden), Suchterkrankungen werden mit den Codes 647 und 648 gekennzeichnet (647 Alkoholismus, 648 Übrige Süchte) und die übrigen Codes 641-645 sowie 649 werden als «übrige psychische Erkrankungen» zusammengefasst (641, Schizophrenie, 642 Manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie), 643 Organische Psychosen und Leiden des Gehirns, 644

Übrige Psychosen, 645 Psychopathie und 649 Übrige geistige und charakterliche Störungen, Oligophrenie). Bei der Kodierung der Gebrechen nach KSGLS ist wichtig zu wissen, dass immer nur ein Code erfasst wird, auch wenn mehrere zutreffen würden und Komorbiditäten vorliegen.

5.1.1 Entwicklungen allgemein

In absoluten Zahlen haben sowohl Neurenten aufgrund von psychischen Erkrankungen als auch aufgrund von anderen Invaliditätsursachen zugenommen, wobei die Zunahme bei den Renten aufgrund von psychischen Erkrankungen ab 2019 ausgeprägter ist (Abbildung 13).

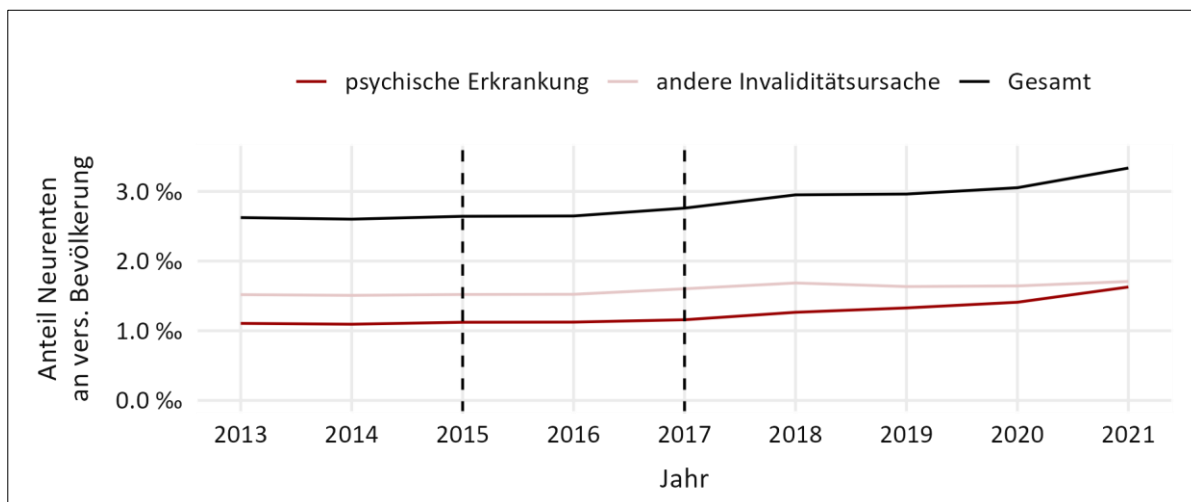
Abbildung 13: Entwicklung Neurenten, absolut 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Dies wird aus Abbildung 14 etwas deutlicher ersichtlich: Relativ zur versicherten Bevölkerung ist der Anteil der Neurenten mit allen anderen Invaliditätsursachen bis 2016 konstant geblieben und hat anschliessend leicht zugenommen. Seit 2018 scheint der Anteil wieder stabil, und es ist kein klarer Trend feststellbar.

Abbildung 14: Entwicklung Neurenten, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021

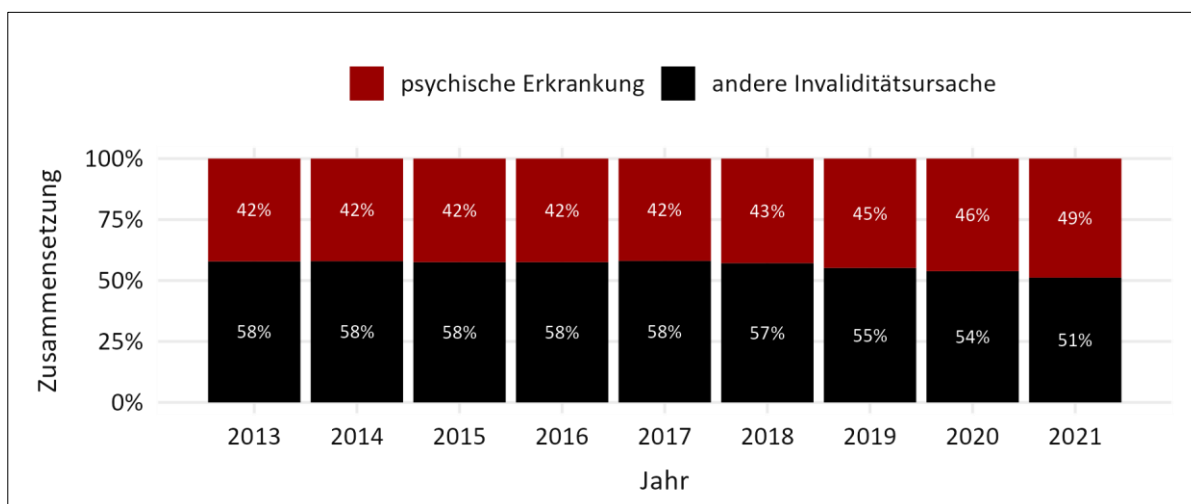


Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Bei den Renten aufgrund psychischer Erkrankungen verläuft die Entwicklung bis 2016 praktisch parallel zur Entwicklung der Neurenten von nicht-psychischen Erkrankungen. Ab 2017 steigt der Anteil stetig. Während im Jahr 2017 im Verhältnis zur versicherten Bevölkerung noch mehr Neurenten für andere, nicht psychisch bedingte Invaliditätsursachen gesprochen wurden, sind im Jahr 2021 Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen praktisch gleich häufig der Grund wie die Neurenten für alle anderen Ursachen (Abbildung 14). Seit 2019 findet demnach im Vergleich zu nicht psychisch bedingten Neurenten eine überproportionale Zunahme an psychisch bedingten Neurenten statt.

Der Anteil an psychisch bedingten Neurenten am Total aller Renten nimmt damit seit 2018 von 42% (2017) auf 49% (2021) stetig zu, womit gleichzeitig der Anteil an nicht-psychisch bedingten Neurenten stetig abnimmt. Dies wird in Abbildung 15 nochmals deutlich erkennbar.

Abbildung 15: Zusammensetzung Neurenten, 2013-2021 nach Invaliditätsursache



Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Die Zunahme des Anteils der Renten aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Neurenten ist in praktisch allen IV-Stellen zu beobachten (Tabelle 4). Unterschiede gibt es dabei im Ausgangsniveau und dem Umfang der Zunahme. Informationen zum Anteil Neurenten an der versicherten Bevölkerung je IV-Stelle finden sich in Tabelle 13 im Anhang.

Tabelle 4: Entwicklung Anteil Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung an allen Neurenten, 2013-2021, nach IV-Stelle

IV-Stelle	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	37.5%	39.1%	47.9%	49.0%	41.2%	43.1%	45.4%	49.8%	52.9%
B	45.3%	42.6%	41.7%	41.3%	41.2%	43.2%	47.4%	49.6%	52.5%
C	45.4%	44.3%	46.7%	46.1%	39.1%	40.7%	39.2%	43.2%	46.0%
D	45.9%	46.7%	50.0%	42.0%	45.2%	38.5%	45.2%	52.0%	48.7%
E	39.9%	36.8%	42.6%	37.3%	34.2%	35.6%	35.9%	40.8%	41.6%
F	55.9%	52.4%	47.2%	52.7%	53.7%	59.3%	55.0%	60.3%	57.8%
G	36.6%	43.1%	38.8%	41.0%	41.3%	38.9%	45.2%	42.0%	48.9%
H	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
I	38.6%	46.8%	45.8%	44.6%	43.5%	43.8%	44.4%	46.5%	48.3%
J	36.2%	32.7%	40.4%	37.5%	27.5%	36.2%	35.9%	30.0%	35.2%
K	34.2%	34.0%	39.3%	39.3%	44.0%	50.6%	46.2%	40.9%	36.6%
L	43.5%	41.9%	40.8%	40.7%	47.3%	43.5%	42.1%	41.9%	44.9%
M	47.2%	41.7%	43.4%	36.3%	41.9%	51.6%	42.2%	47.2%	47.2%
N	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
O	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
P	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
Q	46.8%	46.8%	47.7%	54.1%	47.1%	52.4%	47.1%	47.8%	46.3%
R	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
S	44.9%	48.3%	41.9%	45.5%	48.3%	43.0%	47.7%	51.9%	54.4%
T	35.9%	37.3%	37.5%	39.4%	37.7%	35.9%	37.5%	39.1%	44.9%
U	48.1%	48.6%	52.0%	48.8%	51.4%	52.9%	52.8%	53.1%	52.9%
V	33.7%	31.8%	25.4%	30.5%	32.1%	33.5%	38.5%	38.1%	35.5%
W	50.2%	46.9%	46.1%	45.8%	47.1%	50.1%	53.0%	52.5%	56.0%
X	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
Y	34.8%	37.3%	34.1%	32.8%	34.2%	34.2%	37.3%	36.7%	39.5%
Z	36.1%	36.2%	37.0%	37.9%	35.3%	37.3%	38.5%	41.0%	44.0%
Schweiz gesamt	42.1%	42.0%	42.5%	42.5%	41.9%	42.9%	44.8%	46.2%	48.8%

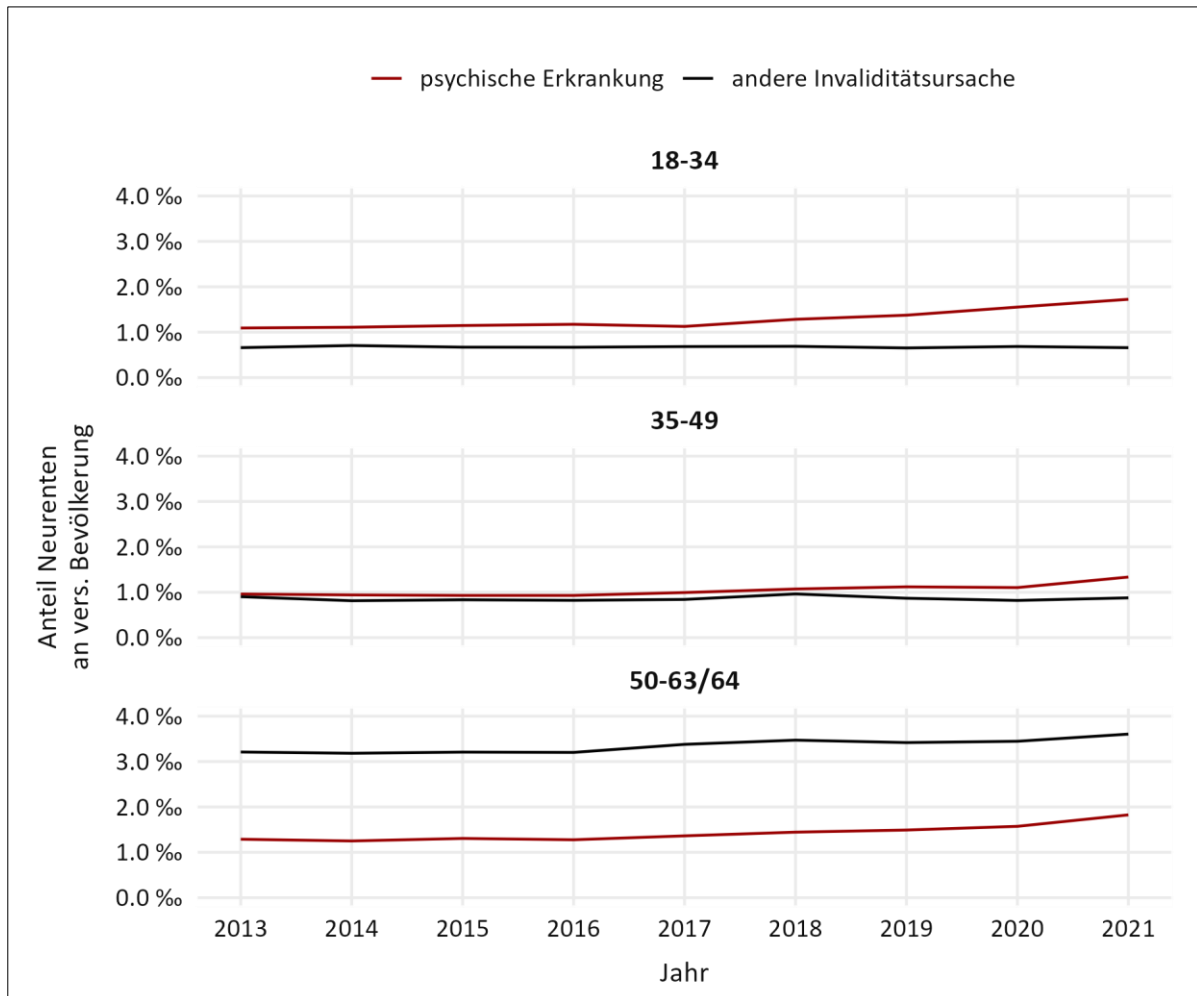
Anmerkung: (.) IV-Stellen mit weniger als 100 Neurenten pro Jahr werden nicht dargestellt. Es werden nur IV-Stellen gezeigt, für welche die Entwicklung vollständig abgebildet werden kann. Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

In einem ersten Schritt versuchen wir nun zu ergründen, inwieweit die überproportionale Zunahme an psychisch bedingten Neurenten mit einer Veränderung der Struktur der Neurentenbeziehenden erklärt werden kann.

Dazu werden im Folgenden die Entwicklungen der psychisch und nicht-psychisch bedingten Neurenten, gemessen am Anteil der versicherten Bevölkerung miteinander verglichen. Insbesondere wird darauf geachtet, ob bei bestimmten Gruppen die Entwicklung der psychisch bedingten Renten deutlich anders verlaufen ist als die Entwicklung der Renten bei allen anderen Invaliditätsursachen. Für die Vergleiche wird der Indikator «Anteil Neurenten an der versicherten Bevölkerung» benutzt.

In Abbildung 16 ist die Entwicklung nach **Altersgruppen** dargestellt. Während bei der ältesten Gruppe (50-63/64) die Entwicklung bei Renten aufgrund psychischer Erkrankungen und aufgrund anderer Invaliditätsursachen weitgehend parallel verlaufen ist, ist bei den 35-49jährigen sowie den 18-34jährigen nach einer anfänglichen parallelen Entwicklung eine Zunahme der Renten aufgrund psychischer Erkrankungen sichtbar. Bei den 18-34jährigen ist auch bei den Renten aufgrund anderer Invaliditätsursachen ab 2017 eine leichte Zunahme auszumachen, allerdings gefolgt von einem Rückgang, wodurch dann die Kurven ab 2018 auseinander gehen.

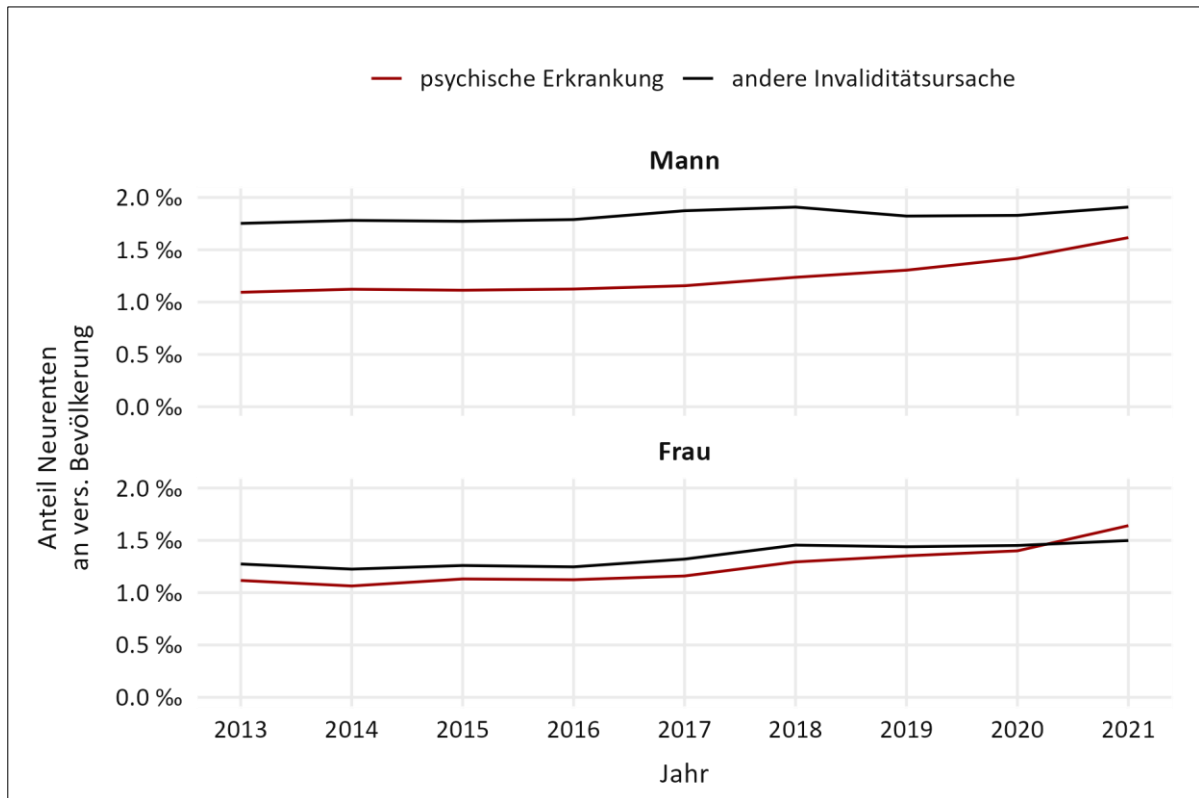
Abbildung 16: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Altersgruppe



Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

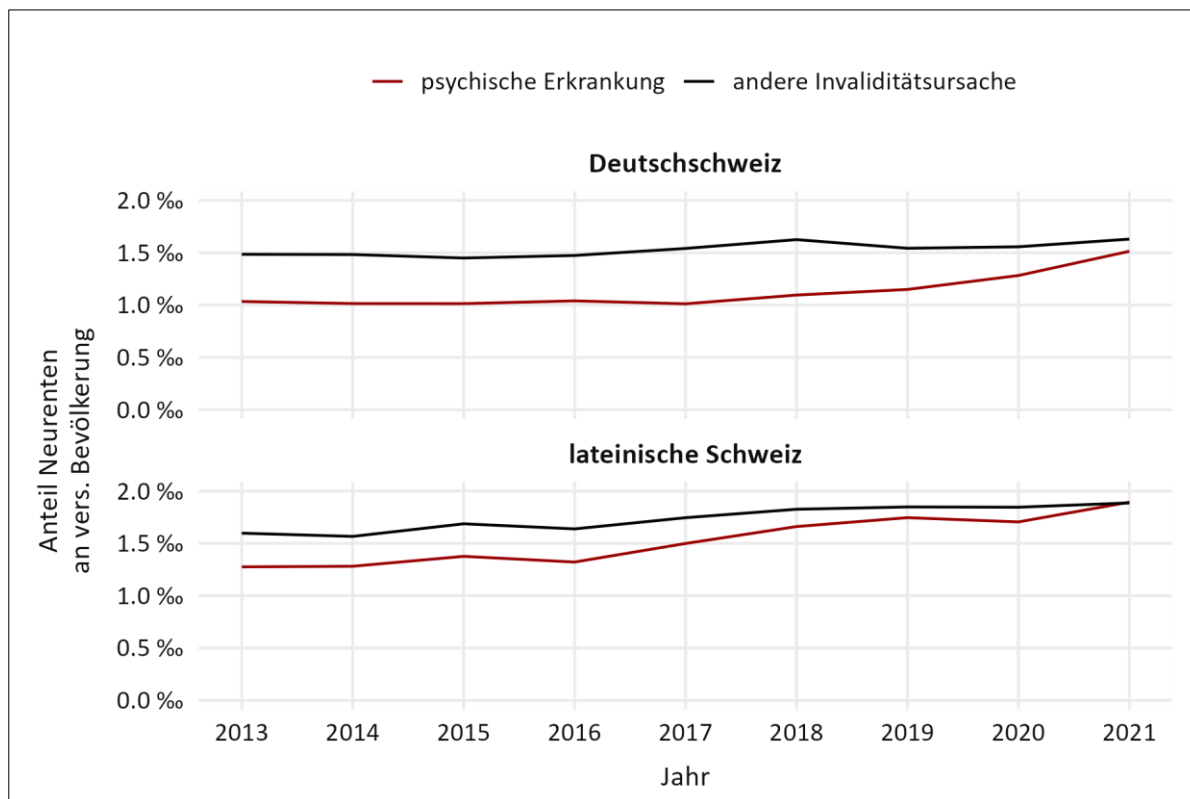
Betrachten wir Frauen und Männer getrennt (Abbildung 17), kann auch hier bis 2018 von einer parallelen Entwicklung der Renten aufgrund psychischer Erkrankungen und aufgrund anderer Invaliditätsursachen gesprochen werden. Anschliessend gibt es sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern einen leichten Rückgang im Anteil Renten aufgrund anderer Invaliditätsursachen und eine stärkere Zunahme bei den Renten aufgrund psychischer Erkrankungen. Dadurch nähern sich die beiden Kurven an, bei den Frauen ist 2021 der Anteil Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung an der versicherten Bevölkerung höher als jener aufgrund anderer Ursachen.

Abbildung 17: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Geschlecht



Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

In der Deutschschweiz nehmen die Renten aufgrund psychischer Erkrankung ab 2018 stärker zu als jene aufgrund anderer Ursachen, in der lateinischen Schweiz ist diese Tendenz bereits ab 2016 sichtbar (Abbildung 18).

Abbildung 18: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Sprachregion

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

In Abbildung 19 wird ersichtlich, in welchem Jahr sich die Bezügerinnen und Bezüger einer Neurente angemeldet haben.⁸ Im Vergleich zwischen den Neurenten aufgrund einer psychischen Erkrankung und aufgrund anderer Invaliditätsursachen zeigt sich, dass bei den **Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung** die Anmeldung öfters **länger** zurückliegt bzw. der Prozess bis zur **Zusprache** der Rente bei psychischen Erkrankungen länger dauert als bei den restlichen Rentenzusprachen. Während 2021 bei den psychischen Renten bei der Hälfte aller Neurenten die Anmeldung mehr als 2 Jahre zurück liegt, sind es bei den nicht-psychisch bedingten Neurenten mit einem Drittel bedeutend weniger.

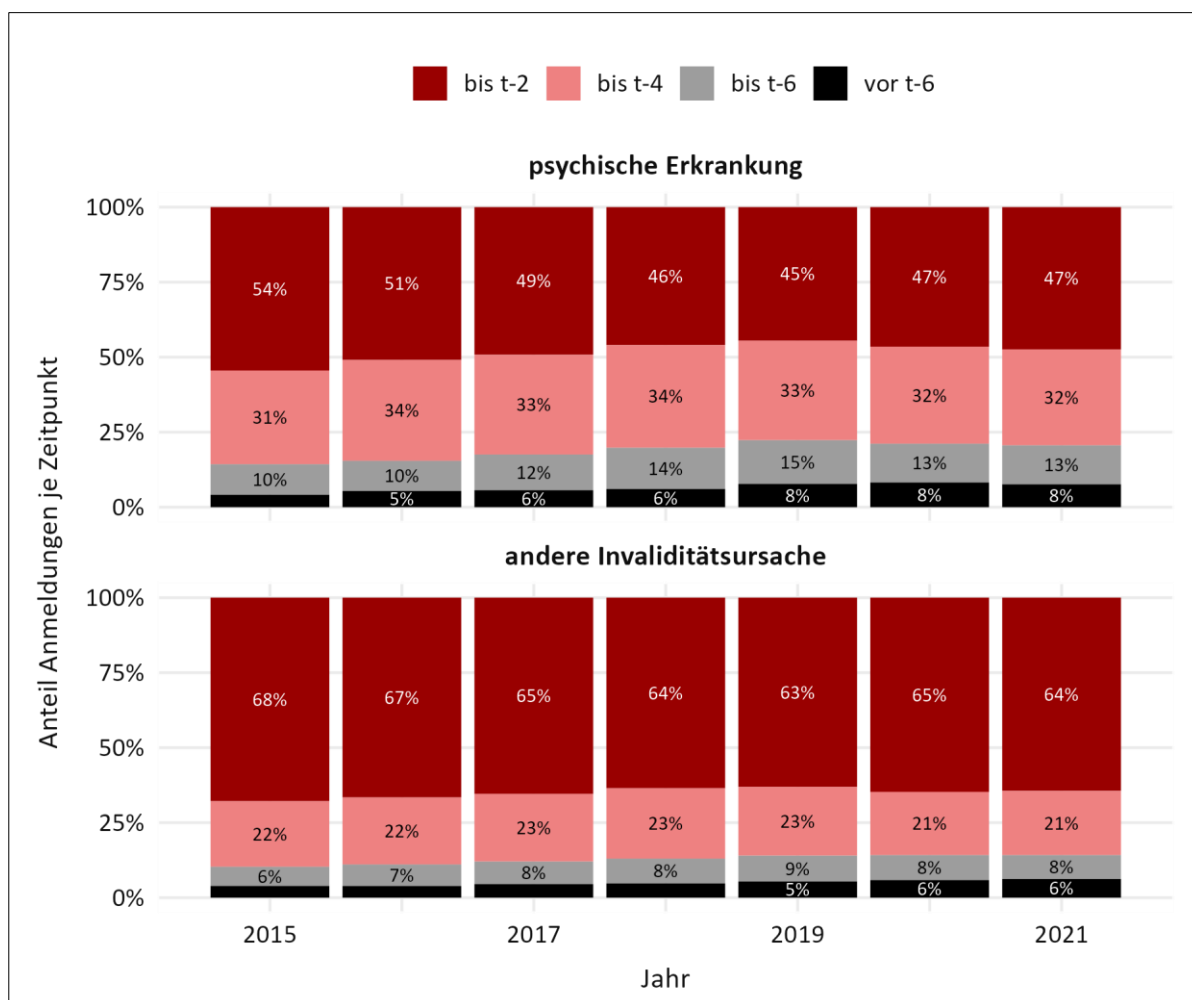
Aus Abbildung 19 wird auch ersichtlich, dass sich im Zeitverlauf die **mittlere Dauer** von der Anmeldung bis zur **Zusprache einer Neurente** in der Periode 2015 bis 2019 **verlängert** hat bzw. dass vermehrt Neurenten gesprochen werden, für die die Abklärung des Rentenanspruchs mehr Zeit in Anspruch nehmen als in früheren Jahren. Zudem wird beim Vergleich über die Zeit auch deutlich, dass diese Entwicklung bei **Neurenten mit psychischen Krankheiten** deutlich **ausgeprägter** ist als bei den restlichen Neurenten. Während es für 14% der psychisch bedingten Neurenten von 2015 von der Anmeldung bis zum Rentenzuspruch mehr als 4 Jahre gedauert hat, ist

⁸ Zur Identifizierung des Anmeldejahrs wird das Anmeldejahr gemäss Rentenbeschluss verwendet. Es muss sich dabei nicht um eine Neuanmeldung wie in Kapitel 4 definiert handeln.

dieser Anteil für die Neurenten 2021 auf 21% angestiegen. Demgegenüber sank der Anteil an raschen Zusprachen bei psychisch bedingten Neurenten, die innerhalb von 2 Jahren ab der Anmeldung stattgefunden haben, von 54% (2012) auf 47% (2021). Interessant ist jedoch auch, dass die Zuspracheverfahren auf die Jahre 2020 und 2021 hin bei den psychisch bedingten Neurenten wieder etwas schneller wurden. Es ist denkbar, dass diese Beschleunigung die verstärkte Zunahme ggf. zu einem Teil erklären kann.

Die Verlangsamung bei den nicht psychisch bedingten Rentenzusprachen im Zeitverlauf ist deutlich geringer, wie aus Abbildung 19 entnommen werden kann. Hier ist ein Rückgang von «schnellen» Rentenzusprachen innerhalb von 2 Jahren ab IV-Anmeldung lediglich von 68 auf 64% und eine Zunahme von Rentenzusprachen, die länger als 4 Jahre ab Anmeldung dauern von 10% auf 14% zu beobachten.

Abbildung 19: Neurenten 2015-2021, Zeitpunkt der Anmeldung



Anmerkungen: Das Anmeldedatum wird dem Rentenbeschluss entnommen. Es muss sich dabei nicht um eine Neuanmeldung handeln. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

5.1.2 Entwicklungen detailliert

Die detaillierte Zusammensetzung der Neurenten aufgrund von psychischen Erkrankungen ist in Tabelle 5 ersichtlich. Thematisch im Vordergrund stehen Rentenzusprachen aufgrund von psychosomatischen Gebrechen und Depressionen. Diese können in den verfügbaren Daten jedoch nicht eindeutig identifiziert werden. Sie werden in der Gruppe von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) mitgezählt. Während Neurenten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) im Jahr 2013 noch 46% vom Total aller psychisch bedingten Neurenten ausmachten, stieg der Anteil ab 2018 innerhalb von 2 Jahren auf rund 50% und blieb in den nächsten Jahren auf diesem Niveau. Demgegenüber sank der Anteil an Renten mit den restlichen psychischen Erkrankungen von 52% (2013) auf rund 46% (2021). Darin aufgeführt sind auch die Rentenzusprachen bei Suchterkrankungen (Code 647 und 648), die gemäss den Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik auch den psychischen Krankheiten zugeordnet werden. Auf die spezifische Thematik der Rentenzusprache bei Suchterkrankungen wird in Kapitel 6 detaillierter eingegangen. In den nun folgenden Analysen sind die Neurenten aufgrund von Alkoholismus und übrigen Suchterkrankungen nicht enthalten.

Tabelle 5: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, detailliert

Invaliditätsursache Neurenten	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Psychogene und milieureaktive Störungen (Code 646*)	46.0% 2'635	43.9% 2'520	46.3% 2'750	47.2% 2'836	46.5% 2'887	47.6% 3'244	50.3% 3'612	48.9% 3'745	49.7% 4'396
Sucht (Code 647/648)	1.9% 110	2.0% 115	1.9% 110	1.8% 111	1.4% 85	1.5% 102	1.3% 91	2.9% 219	4.5% 397
andere psychische Erkrankungen (Code 641-645 und 649)	52.1% 2'989	54.1% 3'102	51.9% 3'080	50.9% 3'057	52.2% 3'242	50.9% 3'472	48.5% 3'481	48.3% 3'697	45.8% 4'057
Total	100.0% 5'734	100.0% 5'737	100.0% 5'940	100.0% 6'004	100.0% 6'214	100.0% 6'818	100.0% 7'184	100.0% 7'661	100.0% 8'850

Anmerkungen: *Code 646: Psychogene oder milieureaktive Störungen; Neurosen; Borderline cases (Grenzbereich Psychose – Neurose); einfache psychische Fehlentwicklungen z.B. depressiver, hypochondrischer oder wahnhafter Prägung; funktionelle Störungen des Nervensystems und darauf beruhende Sprachstörungen, wie Stottern; psychosomatische Störungen, soweit sie nicht als körperliche Störungen codiert werden.

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

5.1.3 Wer erhält eine Neurente aufgrund psychischer Erkrankung?

Von den Neurentenbeziehenden 2021 sind im Jahr der Rentenzusprache weniger erwerbstätig als dies noch 2015 der Fall war (2015: 28%, 2021: 25%), der Anteil Personen mit psychisch bedingten Neurenten aus der Deutschschweiz ist leicht angestiegen von 63% (2015) auf 65% (2021), ebenso der Anteil Frauen hat von 50% (2015) leicht auf 51% (2021) zugenommen. Im Vergleich zu 2015 sind die Neurentenbeziehenden mit einer psychischen Krankheit etwas jünger geworden. Das Medianalter sank von 43 (2015) auf 42 Jahre (2021).

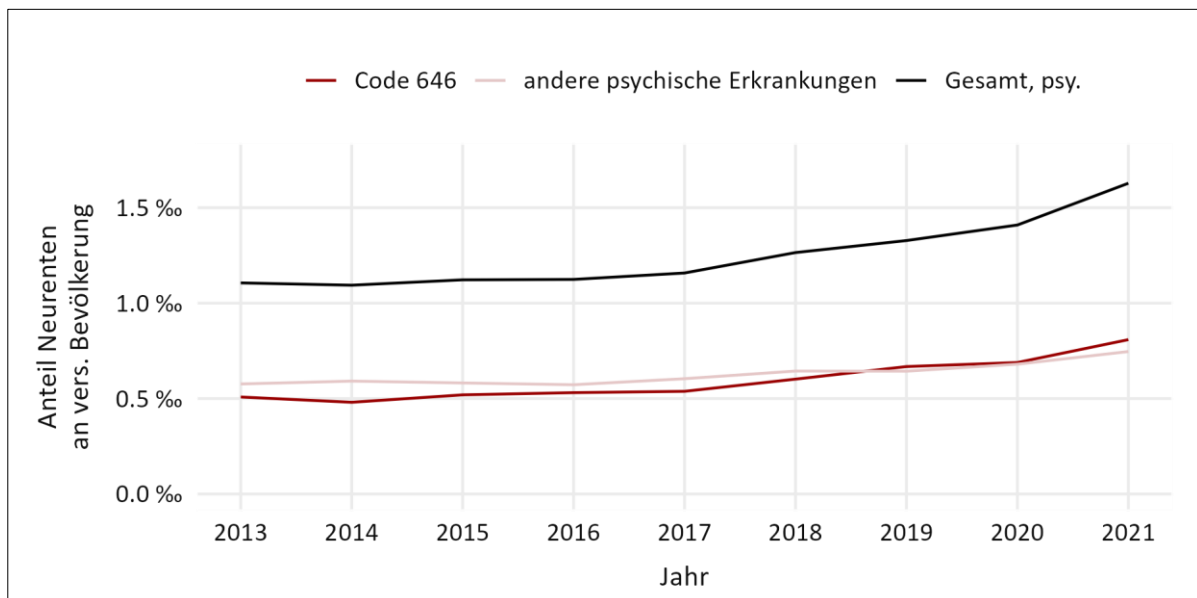
Die Verteilung hinsichtlich Gemeindetyp – also städtisch, ländlich oder Agglomeration – der Personen hat sich nicht verändert. Deutlich mehr Neurentenbeziehende sind ledig als noch 2015 (2015: 53%, 2021: 56%) und leben in Einpersonenhaushalten (2015: 33%, 2021: 37%). Schliesslich

wurde bei markant mehr Personen innerhalb von drei Jahren vor der Rentenzusprache ein medizinisches Gutachten durchgeführt (2015: 35%, 2021: 41%).

Die Zusammensetzung nach Invaliditätsursache hat sich insbesondere ab 2019 leicht verändert, wie schon in Tabelle 5 ersichtlich wurde. Letztere Entwicklung kann in Abbildung 20 beobachtet werden. So hat innerhalb der psychisch bedingten Renten ab 2019 eine leichte Verschiebung hin zu etwas mehr Neurenten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) stattgefunden. So gibt es seit 2019 absolut betrachtet etwas mehr Neurenten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) als Neurenten aufgrund aller anderen psychischer Erkrankungen.

Eine detaillierte Auflistung der Zusammensetzung nach allen in diesem Abschnitt bisher erwähnten Variablen findet sich in Tabelle 18 im Anhang.

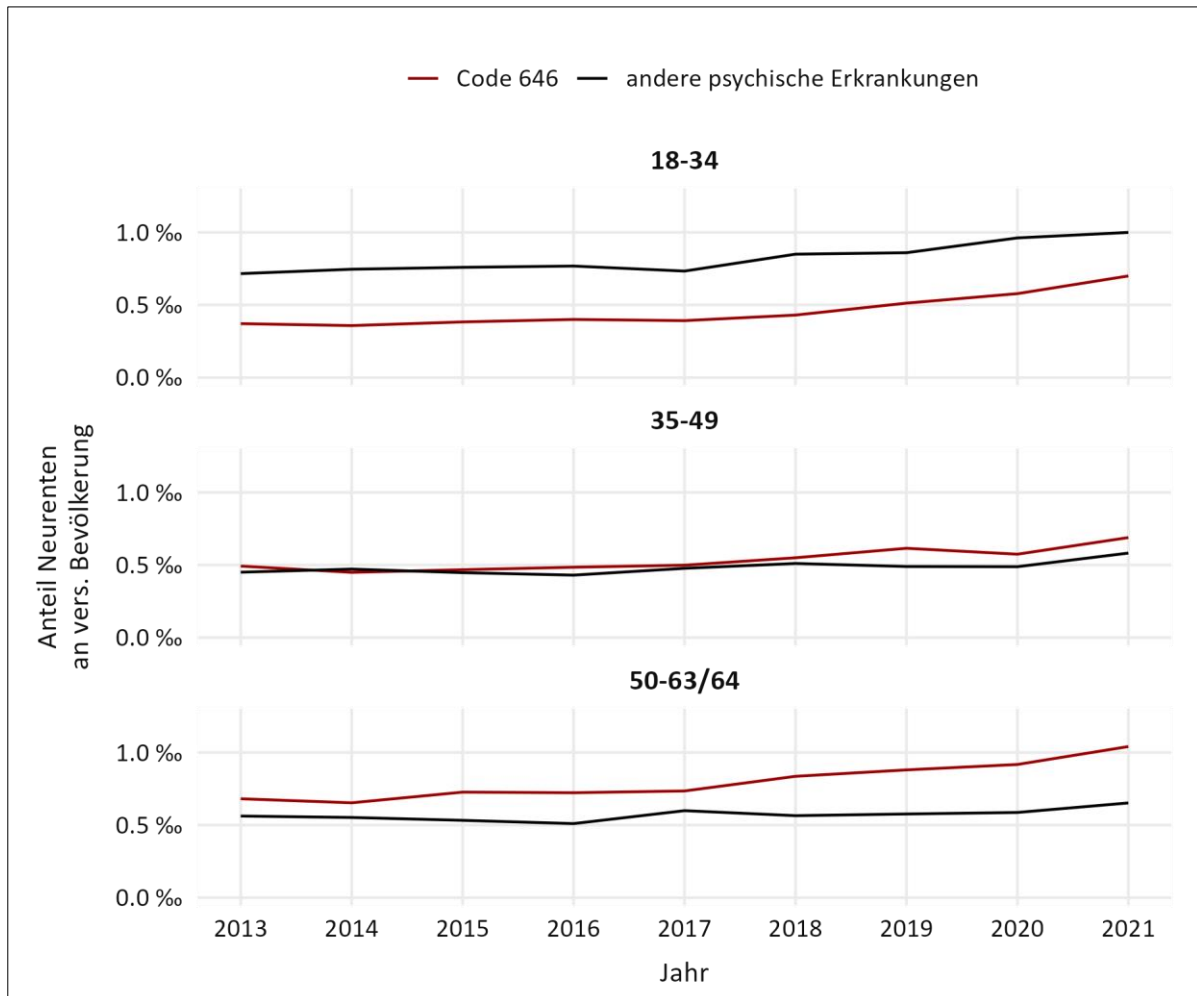
Abbildung 20: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert



Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

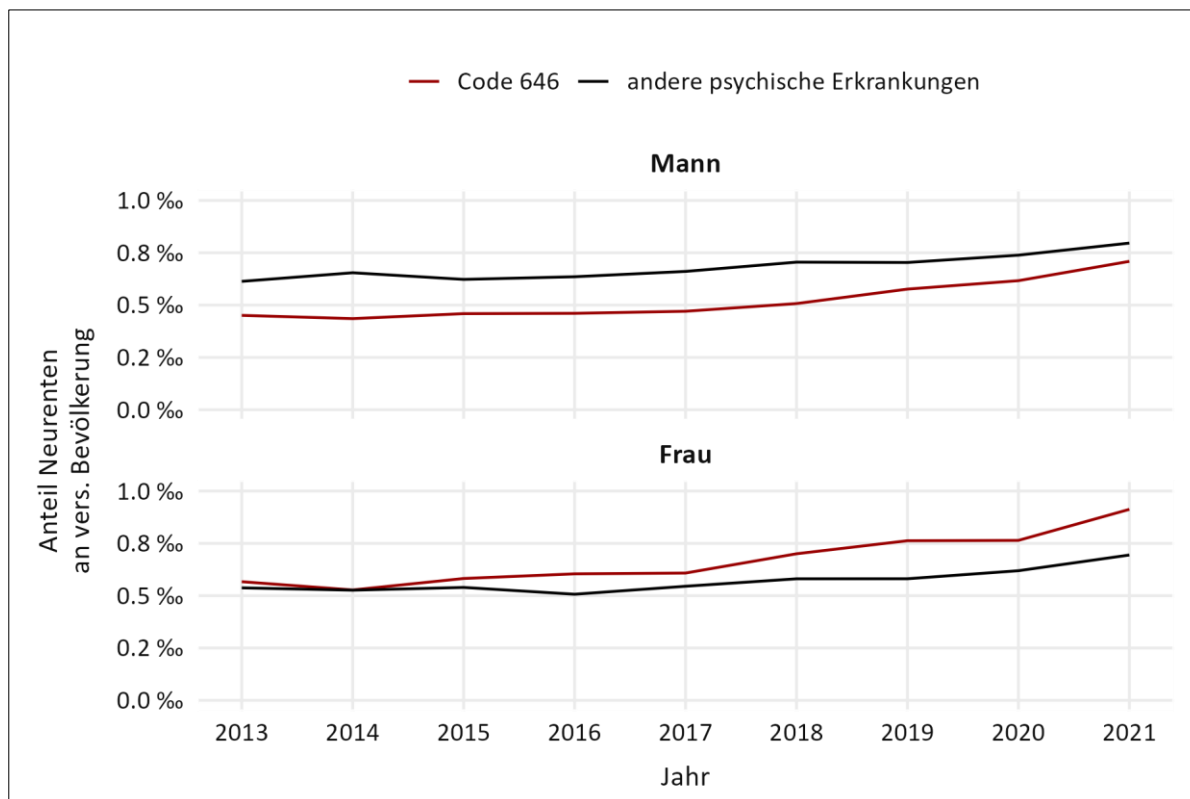
Dass seit 2019 mehr Neurenten an Personen mit psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) als an Personen mit anderen psychischen Erkrankungen gesprochen wurden, ist u.a. darauf zurückzuführen, dass der verstärkte Zuwachs vor allem bei den älteren Personen ab 50 Jahren stattgefunden hat, wie aus Abbildung 21 entnommen werden kann. Ausdruck davon ist das Auseinanderlaufen der beiden Kurven der ab 50-jährigen Neurentner/innen ab 2018, während diese sich bei den 18-34-Jährigen weitgehend parallel entwickeln. Auch bei den 35-49-Jährigen ist ein leichtes Auseinanderdriften der beiden Kurven zu beobachten.

Abbildung 21: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Altersgruppe



Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

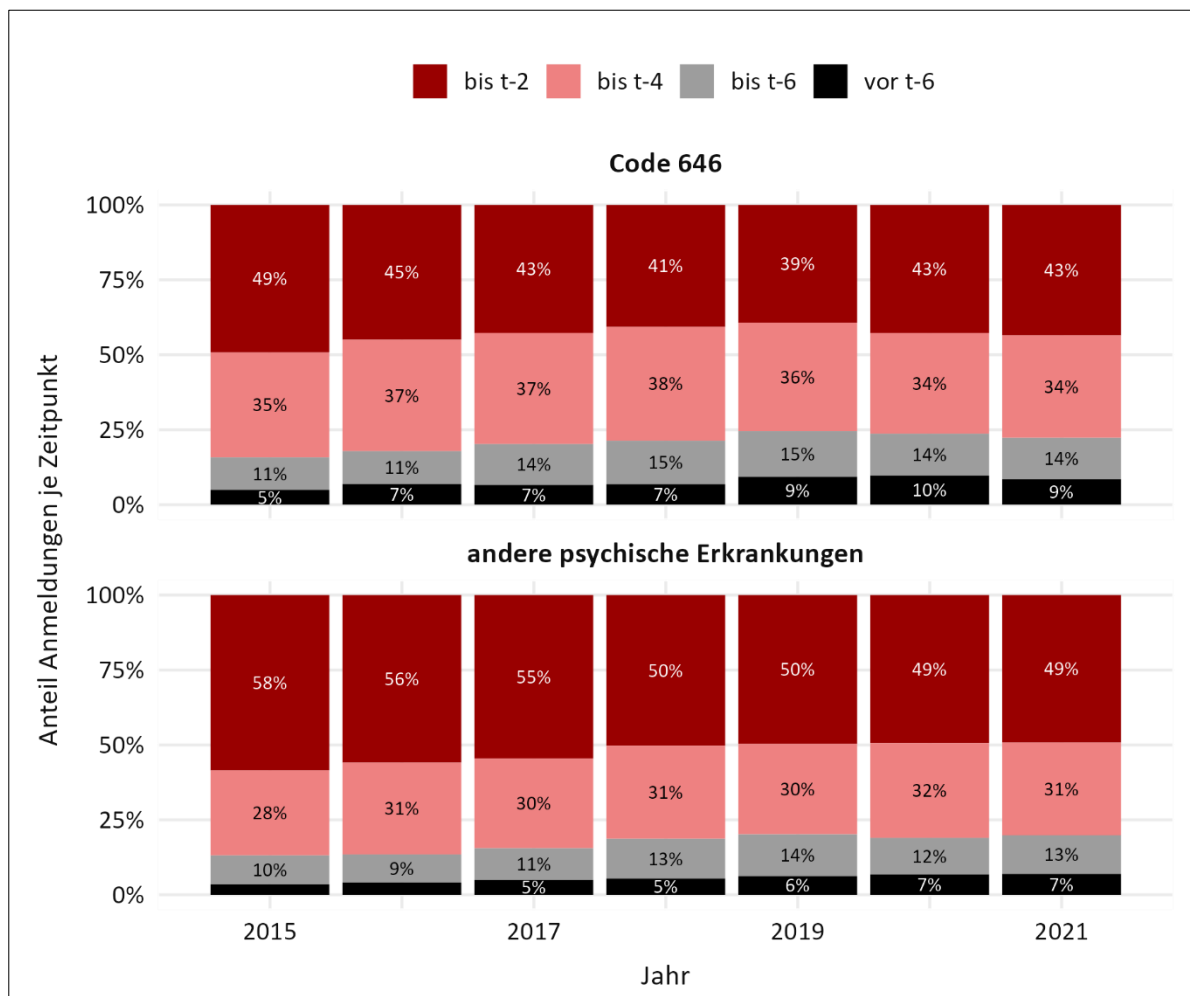
Bei den Frauen ist ein nicht unwesentlicher Unterschied in der Entwicklung zwischen Neurenten aufgrund Code 646 und den anderen psychischen Erkrankungen erkennbar. Während die beiden Entwicklungen bei den Männern bis 2018 fast parallel verlaufen, steigt bei den Frauen der Anteil Neurenten mit Code 646 im Vergleich zu den restlichen krankheitsbedingten psychischen Neurenten schon ab dem Jahr 2015 stärker an als bei den restlichen psychisch bedingten Neurenten und verstärkt sich dann ab 2019 nochmals. Bei den Männern setzt dieser Trend erst ab 2019 ein.

Abbildung 22: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Geschlecht

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Zwischen den IV-Stellen gibt es bezüglich der Entwicklungen im Zeitverlauf Unterschiede. In 7 von 26 IV-Stellen ist der Anteil Neurenten an der versicherten Bevölkerung mit Code 646 im 2021 nicht höher als im 2013. Die detaillierten Zahlen zur Entwicklung der psychisch bedingten Neurenten je nach IV-Stelle sind in Tabelle 17 im Anhang zu finden.

Hinsichtlich der Geschwindigkeit der Rentenzusprache zeigt sich bei Renten mit Code 646 ein etwas anderes Bild als bei den anderen psychischen Erkrankungen. Bei ersteren nehmen die Renten, welche relativ schnell (Anmeldung vor bis zu 2 Jahren) zugesprochen wurden bis 2019 kontinuierlich ab, und anschliessend wieder leicht zu. Die eher langen Verfahren (Anmeldung vor mehr als 6 Jahren) nehmen 2019 etwas zu. Bei den Renten aufgrund von anderen psychischen Erkrankungen nimmt der Anteil der «schnellen» Renten von 2018 auf 2019 markant ab (-5 Prozentpunkte) und bleibt anschliessend auf dem Niveau. Bei knapp 50% der Neurenten haben sich die Personen bis zu zwei Jahre vorher angemeldet. Das eher heterogene Bild, das sich bei der Entwicklung der Dauer bis zu einer Rentenzusprache zeigt, lässt keinen klaren Schluss zu, ob die Veränderungen in Zusammenhang mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens stehen.

Abbildung 23: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen, 2015-2021, Zeitpunkt der Anmeldung

Anmerkungen: Das Anmeldedatum wird dem Rentenbeschluss entnommen. Es muss sich dabei nicht um eine Neuanmeldung handeln. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass sich die strukturelle Zusammensetzung der Neurentenbeziehenden insgesamt aber auch innerhalb der Gruppe der Personen, die eine Neurente aufgrund einer psychischen Krankheit erhalten haben, in der Periode 2013 bis 2021 verändert hat. Mit Hilfe von multivariaten Analysemethoden kann in einem letzten Analyseschritt aufgezeigt werden, inwieweit die für diese Analysen zur Verfügung stehenden Merkmale einen Beitrag an die Erklärung der Entwicklung der Neurenten und damit an die spezifische Zunahme bei den psychisch bedingten Neurenten beitragen kann.

5.1.4 Multivariate Analysen

Während in den deskriptiven Auswertungen die Zunahme an Renten aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich sichtbar wurde, gibt es bisher noch keine klaren Anhaltspunkte, dass diese Zunahme auf die vorgenommenen rechtlichen Änderungen zurückzuführen ist. Mit einer multivariaten Analyse wird im Folgenden geprüft, ab welchem Jahr der Anteil Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen zunimmt. Dies kann einen Hinweis darauf geben, ob die Zunahme als

Folge der rechtlichen Änderungen auftritt. Die Feststellung eines kausalen Zusammenhangs ist dabei nicht möglich.

In Tabelle 6 sind die Resultate der Regressionsanalyse festgehalten. Interessant in Zusammenhang mit der Frage der erhöhten Zunahme bei den psychisch bedingten Neurenten sind die Ergebnisse zur Entwicklung im Zeitverlauf (in Tabelle 6 «Jahr»). In den Effekten zeigt sich, ob und wenn ja, in welchen der im Modell enthalten Jahren sich bezüglich des Anteils an psychisch bedingten Neurenten eine signifikante Veränderung ergeben hat. Die Ergebnisse zeigen nun deutlich, dass gegeben die Zusammensetzung der Neurentner/innen ab 2019 eine signifikante Verlagerung von nicht psychisch bedingten Renten hin zu Renten aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen ist, die nicht mit einer Veränderung der strukturellen Zusammensetzung der Neurentner/innen in Verbindung steht.

Tabelle 6: Regressionsresultate Modell 1: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt einer Neurente, dass diese aufgrund einer psychischen Erkrankung gesprochen wird

Variable	Rente aufgrund psychischer Erkrankung			
	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert
Alter	-0.046	0.955	0.000	0.000
Geschlecht (Ref: Mann)				
Frau	0.263	1.301	0.012	0.000
Nationalität (Ref: Schweiz)				
EU/EFTA	-0.207	0.813	0.017	0.000
Drittstaaten	0.075	1.078	0.020	0.000
Sprachregion (Ref: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	0.208	1.232	0.040	0.000
Jahr (Ref: 2015)				
2013	-0.018	0.982	0.027	0.490
2014	-0.013	0.987	0.027	0.615
2016	0.002	1.002	0.026	0.942
2017	0.006	1.006	0.026	0.810
2018	0.033	1.034	0.025	0.188
2019	0.108	1.115	0.025	0.000
2020	0.174	1.191	0.025	0.000
2021	0.297	1.345	0.024	0.000
Fixed-Effects: IV-Stelle				Ja
Standardfehler			Heteroskedast.-rob.	
Beobachtungen				132'629
Squared Cor.				0.116
Pseudo R				0.088
BIC				166'581

Anmerkungen: logistische Regression, abhängige Variable: Neurente aufgrund psychischer Erkrankung ja/nein. p-Werte < 0.05 sind hervorgehoben. Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

Bei der differenzierteren Betrachtung nach Art der psychischen Erkrankung werden die Ergebnisse der vorherigen multivariaten Ergebnisse noch etwas differenziert. So zeigt sich, dass im Vergleich zu nicht psychisch bedingten Renten die Renten aufgrund psychogener und milieureaktiver Störungen (Code 646) schon ab 2018 überproportional angestiegen sind, wogegen die restlichen Renten aufgrund von psychischen Krankheiten erst ab 2020 signifikant angestiegen sind (Tabelle 7). Die überproportionale Zunahme ist bei den Renten aufgrund psychogener und milieureaktiver Störungen (Code 646) insgesamt deutlich ausgeprägter als bei der Restgruppe der psychisch bedingten Renten (andere Codes), wie ein Vergleich der Odds Ratios (OR) zeigt. Bei OR von über 1 gilt: Je grösser die OR, umso stärker der Effekt.

Tabelle 7: Regressionsresultate Modell 2: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt Neurente, dass diese aufgrund einer psychischen Erkrankung (Code 646 und psy. Erkrankung andere Codes) gesprochen wird

Variable	Rente aufgrund psychogener und milieureaktiver Störungen, Code 646				Rente aufgrund psy. Erkrankung, andere Codes			
	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert
Alter	-0.032	0.969	0.001	0.000	-0.059	0.943	0.001	0.000
Geschlecht (Ref: Mann)								
Frau	0.483	1.621	0.015	0.000	0.065	1.067	0.015	0.000
Nationalität (Ref: Schweiz)								
EU/EFTA	-0.170	0.843	0.022	0.000	-0.233	0.792	0.023	0.000
Drittstaaten	0.092	1.096	0.026	0.000	0.091	1.095	0.025	0.000
Sprachregion (Ref: Deutschschweiz)								
Lateinische Schweiz	0.194	1.214	0.047	0.000	0.287	1.332	0.053	0.000
Jahr (Ref: 2015)								
2013	-0.001	0.999	0.034	0.980	-0.015	0.985	0.034	0.654
2014	-0.059	0.942	0.034	0.083	0.020	1.020	0.034	0.555
2016	0.033	1.033	0.033	0.324	-0.029	0.971	0.034	0.391
2017	0.015	1.015	0.033	0.644	0.018	1.018	0.033	0.593
2018	0.065	1.067	0.032	0.043	0.015	1.015	0.033	0.642
2019	0.173	1.189	0.032	0.000	0.062	1.064	0.033	0.058
2020	0.232	1.261	0.032	0.000	0.093	1.097	0.032	0.004
2021	0.356	1.428	0.031	0.000	0.167	1.181	0.032	0.000
Fixed-Effects:				Ja				Ja
IV-Stelle								
Standardfehler			Heteroskedast.-rob.				Heteroskedast.-rob.	
Beobachtungen			101'908				103'425	
Squared Cor.			0.08827				0.16213	
Pseudo R²			0.07862				0.14108	
BIC			110'973.3				106'532.2	

Anmerkungen: logistische Regression, abhängige Variable: Neurente aufgrund psychischer Erkrankung Code 646 gegenüber nicht psychisch bedingten Neurenten (ja/nein); Neurente aufgrund psychischer Erkrankung andere Codes gegenüber nicht psychisch bedingten Neurenten (ja/nein). p-Werte < 0.05 sind hervorgehoben. Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

5.1.5 Fazit zu den statistischen Analysen

Basierend auf den durchgeführten statistischen Analysen kann abschliessend festgehalten werden, dass in der Periode 2020 bis 2021 psychisch bedingte Neurenten überproportional angestiegen sind, dies auch unter Berücksichtigung der sich im Zeitverlauf verändernden strukturellen Zusammensetzung der Neurentenbeziehenden. Hinter der Verlagerung stehen hauptsächlich Renten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646). Bei diesen Renten hat die überproportionale Zunahme ab 2018 begonnen. Auch die Entwicklung der Neurenten aufgrund der restlichen psychischen Erkrankungen hat zur Verlagerung zu den psychisch bedingten Neurenten beigetragen. Aus statistischer Sicht ist die Zunahme bei Renten aufgrund anderer psychischer Erkrankungen im Vergleich zu den Renten aufgrund von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) weniger ausgeprägt und wird etwas später beobachtet (ab 2020). Die verstärkte Zunahme an psychisch bedingten Neurenten insgesamt erfolgt rund 2 bis 4 Jahre nach der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens. Die zu beobachtende verstärkte Zunahme ab 2018 bzw. 2020 kann nicht allein mit der Zunahme der Neuanmeldungen erklärt werden, insbesondere deshalb, weil wie in Kapitel 4 aufgezeigt wird, kein sprunghafter Anstieg nach der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens beobachtet werden kann. Während die Anzahl Neurenten aufgrund von nicht psychisch bedingten Renten trotz steigenden Neuanmeldungen in der Periode 2017 bis 2020 in etwa konstant geblieben sind, nehmen die psychisch bedingten Renten in derselben Periode zu. Mit anderen Worten steigt die Anzahl jährlich zugesprochener psychisch bedingter Renten ab 2018 bzw. 2020 schneller an als bei den übrigen Renten.

Die überproportionale Zunahme an psychisch bedingten Neurenten findet verstärkt bei jüngeren Personen bis 34 Jahre statt, dies sowohl bei Frauen wie auch bei Männern, wobei bei den Frauen die verstärkte Zunahme der Neurenten mit Code 646 im Vergleich zu den Männern etwas früher schon ab 2015 zu beobachten war (vgl. Abbildung 22). Bei den Männern setzte dieser Trend erst ab 2019 ein. In den Kantonen der lateinischen Schweiz setzt derselbe Trend ab 2015 etwas früher ein als in den Deutschschweizer Kantonen, wo er erst ab 2019 zu beobachten ist (vgl. Abbildung 39 im Anhang).

Die durchgeführten Analysen deuten darauf hin, dass die rechtlichen Anpassungen im 2015 und 2017 Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit hatten, eine Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erhalten. Ein statistischer Nachweis, dass die erhöhte Zunahme bei den psychisch bedingten Renten kausal mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens in Zusammenhang steht, kann jedoch nicht erbracht werden. Dies weil in den Daten weder Informationen zur Umsetzung des strukturierten Beweisverfahrens zur Verfügung stehen noch die im Vordergrund stehenden Rentenzusprachen aufgrund von psychosomatischen Gebrechen und Depressionen verlässlich identifiziert werden können. Sie werden in der Gruppe von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) zwar mitgezählt, Aussagen über die Anzahl und die Entwicklung im Zeitverlauf sind jedoch nicht möglich. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Neurenten in den nächsten Jahren entwickeln werden, um aus statistischer Sicht ein schlüssigeres Bild über die möglichen Gründe für die überproportionale Zunahme der psychisch bedingten Neurenten zu erhalten. Dazu könnten u.a. auch die weiteren Entwicklungen der Rentenbezugsquoten der Neuanmeldekohorten im Zeitverlauf einen Beitrag leisten.

5.2 Einschätzungen und Erfahrungen involvierter Akteure

In diesem Abschnitt werden die Erkenntnisse der vertiefenden qualitativen Analysen zur Entwicklung der Neurenten aufgrund psychischer Erkrankungen dargestellt. Damit wird versucht, die Erkenntnisse aus den statistischen Analysen zu ergänzen und plausibilisieren, indem nach Gründen und Mechanismen gesucht wird, welche für oder gegen eine Zunahme sprechen.

In Gruppengesprächen mit Mitarbeitenden der fünf ausgewählten IV-Stellen und Interviews mit IV-externen Rechtsberaterinnen und -beratern von versicherten Personen wurde erörtert, inwieweit die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung bei psychosomatischen Erkrankungen (BGE 141 V 281; 2015) und die Verpflichtung zur vertieften Rentenprüfung von leichten bis mittelschweren Depressionen auch ohne Therapieresistenz (BGE 143 V 418; 2017), zu mehr Rentenzusprachen geführt haben könnte. Hierzu wurde anhand von Fallbeispielen, welche die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer aus ihrer Fallpraxis mitbrachten, über konkrete Mechanismen und Konstellationen diskutiert, in denen die Rechtsänderungen zu einem anderen Ergebnis der Rentenprüfung geführt haben (oder zumindest haben könnten), oder eben nicht. Einzelne Fallbeispiele wurden zur Veranschaulichung ausgewählt und gestützt auf die Auswertung der Fallakten genauer analysiert und beschrieben.

5.2.1 Psychosomatische Einschränkungen (Leiturteil von 2015)

Einschätzung der Auswirkungen

Von den fünf IV-Stellen bilanzierten die Befragten einer IV-Stelle (B), dass in ihrem Kanton das Leiturteil des Bundesgerichts von 2015 möglicherweise die Hürde, eine Rente zu erhalten, für Personen mit psychosomatischen Gebrechen leicht gesenkt hat und somit die Wahrscheinlichkeit einer Berentung von Personen mit solchen Einschränkungen leicht erhöht hat. Sie erklären dies primär damit, dass die IV-Stelle vor diesem Urteil die Überwindbarkeitsvermutung eher rigoros angewendet habe. Fallbeispiel 1 steht exemplarisch für ein solches Moment, das zu einem geänderten Resultat der Rentenprüfung führt: Es erfolgt eine detailliertere und ergebnisoffenere Prüfung. Besonders deutlich hervor tritt hier die Loslösung von einer eher «diagnoseorientierten» Rentenprüfung zu einer, welche die individuellen Folgen des Gesundheitsschadens in den Vordergrund rückt.

Beispiel 2 ist ein Gegenbeispiel, bei dem die IV-Stelle (B) nach alter und neuer Rechtsprechung aus den gleichen Gründen den Rentenanspruch verneinte. Befragte dieser IV-Stelle vertraten aber auch die Ansicht, die IV sei allgemein in den vergangenen Jahren etwas weniger streng geworden. Bei der IV-Stelle G ist es genau umgekehrt – die befragten Personen hier erlebten das Leiturteil insofern nicht als Einschnitt, als die vorher anzuwendenden Förster-Kriterien auch schon konsequent geprüft worden seien (Leider konnte hierzu kein Fallbeispiel gefunden werden). Diese seien den Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens sehr ähnlich. Die befragten Personen sind denn auch überzeugt, dass sich die Berentungswahrscheinlichkeit mit dem Leiturteil nicht verändert hat. Bei den anderen drei IV-Stellen trauten sich die Befragten keine Einschätzung zu. Ob das strukturierte Beweisverfahren eine Veränderung bewirkte, dürfte somit auch von der Praxis der IV-Stellen vor dem Leiturteil abhängen.

Auszug aus Fallbeispiel 1 (Mann, 42, IV-Stelle B)

Altrechtlicher Entscheid – keine Rente: Der zuvor als Kaderperson arbeitende Mann leidet unter psychosomatischen Beschwerden nach einem 2009 erlittenen Gewaltdelikt. Dessen verschiedene psychischen und psychosomatischen Beschwerden seien remittiert, nicht erklärbar, therapeutisch noch angehbar oder überwindbar. Aus dem geregelten Tagesablauf, den sozialen Kontakten und den Freizeitaktivitäten schliesst die IV-Stelle, dass der Versicherte genügend Ressourcen habe, um seine Einschränkungen zu überwinden.

Neurechtlicher Entscheid – ganze Rente: Nach einer Beschwerde weist das kantonale Gericht den Fall (bereits nach BGE 141 V 281) an die IV-Stelle zu vertieften Abklärungen zurück. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten werden nun die Standardindikatoren geprüft. Es ergeben sich markante Abweichungen bei der Interpretation der vorliegenden Informationen. Zudem wird das Zusammenwirken der Persönlichkeitsstruktur und (Nicht-)Bewältigung des Gewaltdelikts betont.

- Komplexe Gesundheitsschädigung und Persönlichkeit: Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten wird erklärt, weshalb sich in diesem Fall ein Ereignis wie der Überfall so stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und keine Verarbeitung der Unfallfolgen gelingt, sondern der Schmerz chronifiziert.
- Sozialer Kontext: Dieser wird neu als belastend beschrieben, v.a. weil die Lebenssituation nach dem Auftreten der Unfallfolgen im Vergleich zu vorher stark eingeschränkt sei.
- Konsistenz: Im Alltagsbeschrieb werden nicht nur Aktivitäten beschrieben, sondern auch Grenzen aufgezeigt. Dieser Alltag wird nun nicht mehr als Inkonsistenz ausgelegt.
- Eingliederungsresistenz: Die gescheiterten Eingliederungsversuche werden in diesem Entscheid als Beleg für die nicht aufbaubare Arbeitsfähigkeit herangezogen.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Auszug aus Fallbeispiel 2 (Frau, 39, IV-Stelle B)

Altrechtlicher Entscheid – keine Rente: Die Hilfsarbeiterin in einer Fabrik erleidet einen Arbeitsunfall, in dessen Folge sie psychische und psychosomatische Erkrankungen hat. Die IV-Stelle lehnt das Leistungsgesuch aufgrund der Überwindbarkeitsvermutung und der Förster-Kriterien ab. Da die mittelgradige depressive Episode ein vorübergehendes Leiden sei, könne sie nicht als Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Ausprägung anerkannt werden. Auch die weiteren Förster-Kriterien sind laut IV-Stelle nicht erfüllt: Einerseits liege kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor, denn die Versicherte kümmere sich um ihre Kinder und gehe nach draussen. Weiter pflege sie soziale Kontakte und könne in die Ferien verreisen. Auch seien die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft.

Neurechtlicher Bundesgerichtsentscheid – keine Rente: Nach einer Abweisung der Beschwerde durch das kantonale Gericht (noch vor BGE 141 V 281) geht der Fall vors Bundesgericht. Hier steht aber nur die Beurteilung der mittelschweren Depression im Vordergrund. Diese taxiert das Bundesgericht getreu seiner bisherigen Rechtsprechung als therapeutisch angehbar. Angesichts des Fehlens einer konsequent durchgeführten Depressionstherapie wird eine invalidisierende Wirkung verneint. Das Bundesgericht äussert sich auch kurz zur Somatisierungsstörung, obwohl sich die Beschwerde dazu gar nicht mehr äussert. Es verneint deren Invalidisierungswirkung auch im Lichte seines Leiturteils BGE 141 V 281. Angesichts der in den Akten beschriebenen Inkonsistenzen und Aggravationstendenzen fehle ein «stimmiges Gesamtbild».

Erneuter neurechtlicher Entscheid – keine Rente: 2020 tritt die IV-Stelle auf eine erneute Anmeldung ein. Das Begehren wird jedoch aus folgenden Gründen abgewiesen: Nach wie vor finde keine leitliniengerechte Behandlung statt, auch nehme die versicherte Person gemäss Laborbefunden die verordneten Medikamente nicht wie verordnet ein, was auf einen fehlenden Leidensdruck hinweise. Aus psychiatrischer Sicht liege eine erheblich selbstlimitierende Grundhaltung sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn vor. Auch zeigten sich eine Reihe von Inkonsistenzen (Mahlzeiten zubereiten, leichte Haushaltstätigkeiten, Autofahren) – im Alltag zeige sich somit keine starke Einschränkung.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Mechanismen und Konstellationen

Gleichwohl berichteten die IV-Stellen von einzelnen Konstellationen, die nach der neuen Indikatorenrechtsprechung zu einer Rente führen, aber nach alter Rechtsprechung (mutmasslich) nicht. Der Hauptgrund ist die Gründlichkeit der Abklärung: Nach alter Rechtsprechung wurde beim Fehlen von Komorbiditäten in den vorliegenden Arztberichten die Rente ohne weitere Abklärungen abgelehnt. Nach neuer Rechtsprechung muss auch in diesen Fällen weiter abgeklärt werden. Dabei können weitere Diagnosen zum Vorschein kommen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, und allenfalls sogar die ursprüngliche Diagnose als Hauptdiagnose «ablösen». Fallbeispiel 4 kann zu einem gewissen Grad als solches Beispiel gelten: Es veranschaulicht eindrücklich eine Kluft zwischen der gutachterlichen Sicht und der rechtlichen Perspektive im Zeitraum vor dem strukturierten Beweisverfahren: Die Prüfung des Rentenanspruchs fokussiert zunächst auf die Frage, ob die Schmerzen eine somatische Ursache haben. Nachdem dies ausgeschlossen wird, kommen die Überwindbarkeitsvermutung und die Förster-Kriterien zum Tragen (BGE 130 V 352). Die IV-Stelle anerkennt insbesondere die Depression nicht als eigenständige Komorbidität. Nach einer Beschwerde kommt jedoch das kantonale Gericht (nach BGE 141 V 218) zu einem anderen Schluss. Nach seinem Urteil sind - gestützt auf das Gutachten - nicht die Schmerzen in den Vordergrund zu stellen, sondern die anderen Beschwerden (Depression und kognitive Defizite), welche invalidisierend seien. Relativierend ist anzubringen, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass das Gericht die IV-Stelle schon vor dem Leiturteil für sein «Übersehen» der massgeblichen Diagnosen und fokussieren auf die Schmerzstörung gerügt hätte.

Fälle, in denen neue Diagnosen auftauchen oder in den Vordergrund rücken, seien aber selten. Häufiger zeige sich zwar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die jedoch oftmals zu geringfügig sei, um einen Rentenanspruch zu begründen. Eine IV-Stelle unterstellte im Übrigen, dass gewisse Behandler in der Zeit vor dem Leiturteil im Wissen um die Bedeutung von Komorbiditäten jene besonders betont hätten. Ebenfalls nicht ausgeschlossen, aber noch seltener sind nach der Schilderung einer IV-Stelle (W) Fälle, in denen die versicherten Personen nach der Indikatorenrechtsprechung allein aufgrund der Auswirkungen eines psychosomatischen Gebrechens (z.B. somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie) berentet werden. Dies war zuvor praktisch ausgeschlossen. Dass solche Schmerzstörungen allein ohne andere Gebrechen auftreten, sei ohnehin schon selten. Dies veranschaulichen auch die Fallbeispiele, bei denen es immer um eine Gemengelage verschiedener Gebrechen geht.

Auszug aus Fallbeispiel 4: Mann, 31 (IV-Stelle A)

Altrechtlicher Entscheid – keine Rente: Der Mann arbeitet als Gemüserüster und befristet als Unterhaltsarbeiter. Er leidet unter einer rezidivierenden depressiven Störung (zum Begutachtungszeitpunkt mittelgradige Episode), einer kognitiven Störung sowie einer chronische Schmerzstörung. Ein polydisziplinäres Gutachten attestiert in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50-60%. Die IV-Stelle begründet das Abweichen vom Gutachten rein rechtlich, den Beweiswert des Gutachtens bezweifelt sie nicht. Nach Einschätzung des Rechtsdiensts ist eine organische Ursache der Schmerzen zu verneinen; der Gesundheitsschaden ist somit nach dem Leiturteil BGE 130 V 352 (Überwindbarkeit; Förster-Kriterien) zu beurteilen. Das Vorliegen einer Komorbidität wird verneint: Die Depression wird in der Folge unter Berufung auf die damalige bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht als Komorbidität, sondern in (engem) Zusammenhang mit dem

Schmerzleiden stehend beurteilt (siehe auch KSIH 2015; Rz. 1017.2). Das gleiche gelte für die kognitive Funktionsstörung ohne somatische Ursache.

Neurechtlicher Entscheid – ganze Rente: Das kantonale Gericht hebt gestützt auf das Gutachten den IV-Entscheid aus: Es handle sich bei der Depression um eine eigenständige Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, die somatoforme Schmerzstörung sei somit unerheblich. Summarisch geht das Gericht danach auf die Standardindikatoren ein. Das Gutachten habe nur geringe Ressourcen und diverse erhebliche Handicaps ergeben. Es bestünden keine Hinweise auf Inkonsistenzen oder auf aggravatorisches Verhalten. Auch die Behandlung der psychischen Erkrankung sei (gestützt auf Blutuntersuchungen) als genügend taxiert worden (Therapieresistenz/Leidensdruck).

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Einschätzung der Rechtsberaterinnen und -berater

Die befragten Rechtsberaterinnen und -berater von versicherten Personen teilen die gemeinsame Einschätzung, dass nach neuer Rechtsprechung allenfalls Einzelfällen eine Rente zugesprochen werde, die zuvor keine erhalten hätten. Die IV-Stellen müssen zwar genauer hinschauen und z.B. auch die Eingliederung prüfen, aber zu mehr Renten komme es deshalb hier kaum. Erwähnt wird auch von dieser Seite, dass bei Personen mit psychosomatischen Diagnosen oft Komorbiditäten im Spiel sind, die nach alter Rechtsprechung auch geprüft werden mussten.

5.2.2 Leichte bis mittelschwere Depressionen ohne Therapieresistenz

Einschätzung der Auswirkungen

Die Einschätzungen der IV-Stellen gehen auseinander. Zwei IV-Stellen (G, U) verneinen explizit eine Veränderung der Berentungswahrscheinlichkeit von Personen mit leichten bis mittelschweren Depressionen ohne Therapieresistenz aufgrund des Leiturteils, bei einer dritten (W) deuten die Aussagen (abgesehen von Einzelfällen) auch in diese Richtung. Die Begehren werden nicht mehr kurzerhand aufgrund der Diagnose abgewiesen, sondern anhand der Indikatoren geprüft und z.B. eine Therapie auferlegt. Der Rentenanspruch scheidet zum einen oft an der zu kurzen Dauer der Beeinträchtigung, zum anderen sei die Arbeitsfähigkeit in der Regel zu wenig stark beeinträchtigt, um eine Rente zu begründen. Eine Stelle erwähnt, die Indikatorenprüfung bringe auch Inkonsistenzen hervor: Die Person fühle sich subjektiv nicht in der Lage zu arbeiten, aber wenn man einen typischen Tag betrachte, stelle man fest, dass die Person über genügend Ressourcen verfüge, um eine Arbeit auszuüben. Eine dieser drei IV-Stellen (G) hält zudem fest, sie habe schon vor dem Leiturtel diese Depressionsfälle nicht einfach von einer genauen Prüfung ausgeschlossen, sondern die geprüft. Als Gegenbeispiel kann auf das weiter oben beschriebene Beispiel 2 (einer anderen IV-Stelle) verwiesen werden, in dem das Bundesgericht einer mittelschweren Depression getreu seiner Prinzipien vor dem Leiturtel 143 V 418 eine invalidisierende Wirkung absprach. Auch im Fallbeispiel 3 wird auf die Depression vor diesem Leiturtel nur summarisch eingegangen. Die Prüfung der Indikatoren erfolgt aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Zwei IV-Stellen berichten, das Leiturtel habe neu zu mehr Berentungen aufgrund von Depressionen geführt. Die Wirkung war aber nach deren Beschreibung begrenzt: Eine der beiden Stellen betont (A), es handle sich dabei v.a. um Teilrenten. Ob ein Rentenanspruch begründet sei, hänge

auch von den vorherigen wirtschaftlichen Verhältnissen der versicherten Person ab (je besser, desto eher wird beim Einkommensvergleich die Schwelle von 40% Erwerbsunfähigkeit erreicht). Die zweite IV-Stelle (B) relativiert ihre Aussage in Bezug auf die Wirkung: Die weitere Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Depressionen nach dem Leiturteil von 2017 habe den Zugang wieder verengt, sodass eine Rentenzusprache ohne Komorbiditäten heute kaum mehr wahrscheinlich sei.

Eine ähnliche Wahrnehmung haben auch die befragten Rechtsberaterinnen und -berater: Sie glauben eher nicht an eine spürbare Steigerung der Renten aufgrund des Leiturteils zu den leichten bis mittelschweren Depressionen ohne Therapieresistenz. Eine befragte Person beobachtet eine anfängliche, aber vorübergehende Lockerung der Praxis. Eine andere sagte, mit einer leichten bis mittelschweren Depression sei allenfalls eine zeitlich begrenzte Rente denkbar (vgl. Fallbeispiel 3). Tendenziell nehmen sie diese Diagnose weiterhin als rentenausschliessend wahr.

Auszug aus Fallbeispiel 3 (Frau, 33, IV-Stelle G)

Vorgeschichte: Die versicherte Person schliesst die obligatorischen Schulen ab. Lehrabbruch, danach ein Berufsvorbereitungsjahr und mehrere Praktika. Div. Stellen (Verkauf, Gastro, Kinderbetreuerin), auch Ausbildung als Hundetrainerin und Inhaberin einer eigenen Hundeschule. Angefangene Ausbildung mit dem Ziel Erwachsenenmaturität. Verheiratet. Die Frau leidet seit ihrer Kindheit immer wieder an depressiven Phasen; Vergewaltigung als Teenager, in der Folge mehrfach psychotisch anmutende Zustände, mehrere stationäre psychiatrische Behandlungen; Suizidversuche. Zuletzt auch ambulante psychiatrische Behandlung (schon während des IV-Verfahrens). Zuvor keine dauerhafte ambulante Behandlung. Die Frau leidet (gemäss erstem Gutachten von 2016) unter einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig leichte Episode) und einer komplexen posttraumatische Belastungsstörung mit aktuell geringgradiger Symptomatik.

Altrechtlicher Entscheid – keine Rente: Die IV-Stelle attestiert der Frau grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen (Arbeitsunfähigkeit von 30% in angepasster Tätigkeit). Die IV-Stelle auferlegt im Juni 2016 zur Schadenminderung (und zur Unterstützung der Eingliederung) eine ambulante psychiatrische Behandlung (Therapie, Medikamente). Die Frau befolgt die Auflage nicht, worauf die IV-Stelle die berufliche Massnahme ablehnt und auch den ablehnenden Rentenentscheid fällt: Die depressive Störung sei zeitweise durch psychosoziale Faktoren beeinflusst und eine konsequente Depressionstherapie sei in der Vergangenheit nicht durchgeführt worden. Deshalb könne keine Therapieresistenz attestiert werden. Die Auswirkungen der psychosomatischen Belastungsstörung prüft die IV-Stelle hingegen anhand der Standardindikatoren.

Neurechtlicher Entscheid – vorübergehend Rente: Die Frau meldet sich aufgrund einer länger andauernden Verschlechterung des Zustands (schwere psychische Dekompensation). Nach diesem Zeitraum sei jedoch wieder der ursprüngliche Zustand eingetreten oder habe sich sogar verbessert: Die psychische Störung sei remittiert, die von der versicherten Person geltend gemachten «erheblichen Einbrüche» seien nicht dauerhaft. Der Entscheid geht zusammenfassend auf die weiteren Indikatoren ein. Dabei wird im Wesentlichen das gleiche Bild gezeichnet wie beim ersten Rentenentscheid.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

Mechanismen und Konstellationen

Vor dem Leiturteil haben beide IV-Stellen, die eine (vorübergehende) Zunahme berichten, aufgrund des momentanen Zustands, resp. gestützt auf die Diagnose und die Einschätzung der fehlenden Therapieresistenz eine Rente abgelehnt. Seither kläre man weiter ab und auferlege oftmals als Schadenminderungsmassnahme eine Therapie (vgl. oben Beispiel 3). Wenn diese trotz guter Teilnahme der versicherten Person keine Wirkung zeigt, kann es zu einer Rente kommen. Eine Person berichtet als zusätzlich rentenfördernden Effekt, dass sich während dieser langen Abklärungsphase der Zustand verschlechtern und chronifizieren könne. Dazu trügen auch die

Existenzängste der versicherten Person in dieser Phase bei. Dies sei aber selten. In den Gesprächen wurde ebenfalls berichtet, die begrenzte Dauer depressiver Episoden führe allenfalls zu zeitlich begrenzten Rentenzusprachen.

Auch bei den Depressionen kann es zudem vorkommen, dass die genauere Abklärung weitere Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ans Licht bringt. Nach alter Rechtsprechung wäre hier bei fehlender Therapieresistenz nicht weiter abgeklärt, sondern abgelehnt worden. Dies seien aber Ausnahmefälle, wurde im betreffenden Gruppengespräch (W) betont. In der Regel übersähen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte keine wesentlichen Diagnosen.

5.2.3 Fazit zu den vertiefenden Untersuchungen

Die statistischen Analysen zeigten ab 2019 eine spürbare Zunahme zu anteilig mehr Rentenzusprachen aufgrund von psychischen Erkrankungen. Diese Entwicklung ist grundsätzlich mit der Hypothese vereinbar, die Leiturteile des Bundesgerichts zum strukturierten Beweisverfahren hätten zu mehr Berentungen aufgrund psychischer Erkrankungen geführt. Ein Nachweis eines solchen Zusammenhangs war indes nicht möglich.

Auch die qualitative Vertiefung erlaubt kein abschliessendes Urteil, ob die Leiturteile des Bundesgerichts massgeblich zur Zunahme an psychischen Renten beigetragen haben, oder nicht.

In beiden besonders interessierenden Fallgruppen (psychosomatische Gebrechen, leichte bis mittelschwere Depressionen ohne Therapieresistenz) gibt es gemäss den durchgeführten Gesprächen und den exemplarisch eingesehenen Dossiers zwar tatsächlich Fälle, bei denen nach alter Rechtsprechung kein Rentenanspruch bestand (resp. bestehen würde), nach neuer Rechtsprechung hingegen schon. Folgende Mechanismen konnten beobachtet werden:

- (1) Ganz allgemein kann angenommen werden, dass die gründlichere und ergebnisoffene Abklärung tatsächlich in einigen Fällen eine Invalidität aufzeigt, in denen vorhin ausgehend von einem Regel-Ausnahme-Schema (psychosomatische Gebrechen) restriktiver und oberflächlicher geprüft wurde oder eine vertiefte Prüfung aufgrund der Diagnose abgelehnt wurde (Depressionen). Für diese Konstellation steht insb. Beispiel 1.
- (2) Bei Depressionen lehnen die IV-Stellen bei fehlender Therapieresistenz nicht mehr sofort ab, sondern auferlegen eine Therapie (Schadenminderung), bevor über die Rente entschieden wird. Dabei kann (muss aber nicht, siehe Beispiel 3) eine Therapieresistenz resultieren, die zu einer Berentung beiträgt. In diesem Zusammenhang kann es auch vorkommen, dass sich der Zustand während der längeren Abklärungsdauer in Fällen verschlechtert. Diese Fälle wurden indes als selten bezeichnet.
- (3) In den Gesprächen erwähnt wurden auch (Einzel-)Fälle mit Depression oder der psychosomatischen Erkrankung, in denen erst aufgrund der sorgfältigeren Abklärungen invalidisierende Diagnosen entdeckt werden. Es handelt sich aber eher um Ausnahmen.

Es ist somit auch aus der Detailperspektive «von innen heraus» grundsätzlich plausibel, dass es zu zusätzlichen Rentenzusprachen gekommen ist. Die IV-Stellen sind teilweise zurückhaltend mit Einschätzungen, ob solche Fälle häufig sind und damit die geänderte Rechtsprechung zu einer

spürbaren und nachhaltigen Zunahme an Berentungen geführt hat. Im Übrigen sind die Einschätzungen unterschiedlich.

Bei den psychosomatischen Gebrechen trauen sich lediglich zwei IV-Stellen eine Einschätzung zu: Die eine vermutet eine leichte Zunahme, die andere IV-Stelle verneint dies. Es scheint plausibel, dass die wahrgenommene Veränderung davon abhängt, wie streng zuvor die altrechtliche Berentungspraxis war. Bei den Depressionen verneinen drei IV-Stellen (eher) eine Zunahme der Renten, zwei spüren eine Zunahme, wobei eine diese aufgrund der späteren Rechtsprechung des Bundesgerichts nur als vorübergehend bezeichnet und die andere betont, es handle sich überwiegend um Teilrenten. Oftmals ist hingegen die attestierte Arbeitsunfähigkeit zu schwach oder zu wenig dauerhaft, um einen Rentenanspruch zu begründen. Die IV-externen Rechtsberaterinnen und -berater gehen bei beiden Gebrechensgruppen nicht von einer Veränderung aus: auch mit dem Indikatorennenverfahren seien die Hürden für eine Berentung nach wie vor so hoch, dass die Leiterteile nicht eine spürbare Veränderung zu bewirken vermöchten.

6 Entwicklung der Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen

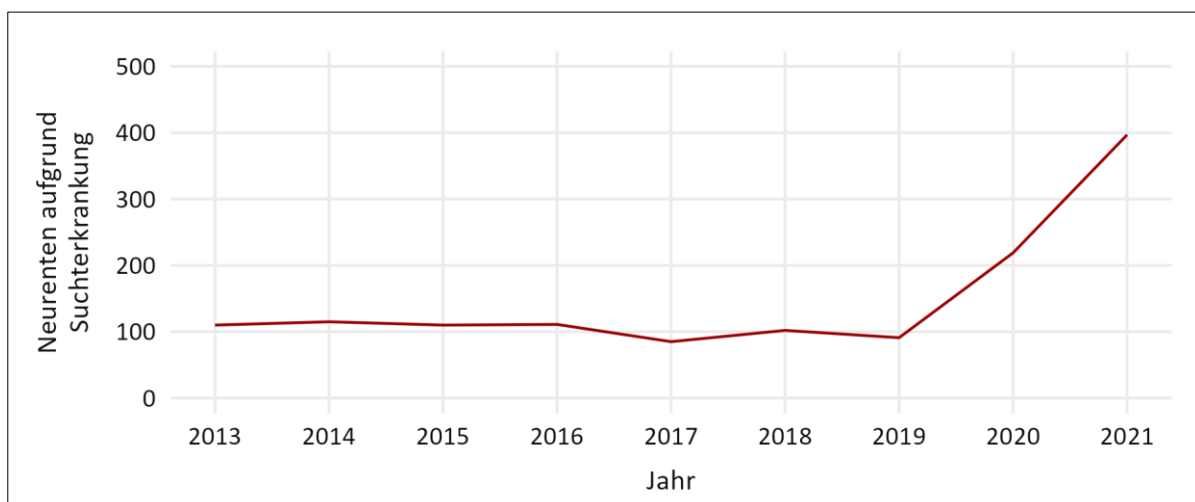
Im Fokus dieses Kapitels steht die Betrachtung der Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen. Basis der Analysen bilden die im Rahmen der Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik erfassten Neurenten mit Code 647 und 648. Im Rahmen der Statistik ist es nicht möglich zu untersuchen, ob es sich bei den beobachteten Entwicklungen hauptsächlich um eine Änderung der Kodierung handelt, oder ob die rechtlichen Änderungen zu zusätzlichen, neuen Renten geführt haben. Das heisst konkret: Erhalten Personen, die vor der Rechtsanpassung keine Rente erhalten hätten, mit denselben Problematiken nun eine Rente oder erhalten Personen, die schon vorher eine Rente erhalten hätten, nun eine Rente, die als Suchterkrankung kodiert ist (während vorher eine andere Erkrankung, die als Folge der Sucht besteht, kodiert wurde)? Was von der Statistik her möglich ist, ist eine detailliertere Analyse der Personen, die in der Periode 2013 bis 2021 eine als Suchterkrankung kodierte Neurente erhalten haben.

6.1 Statistische Analysen

6.1.1 Entwicklungen

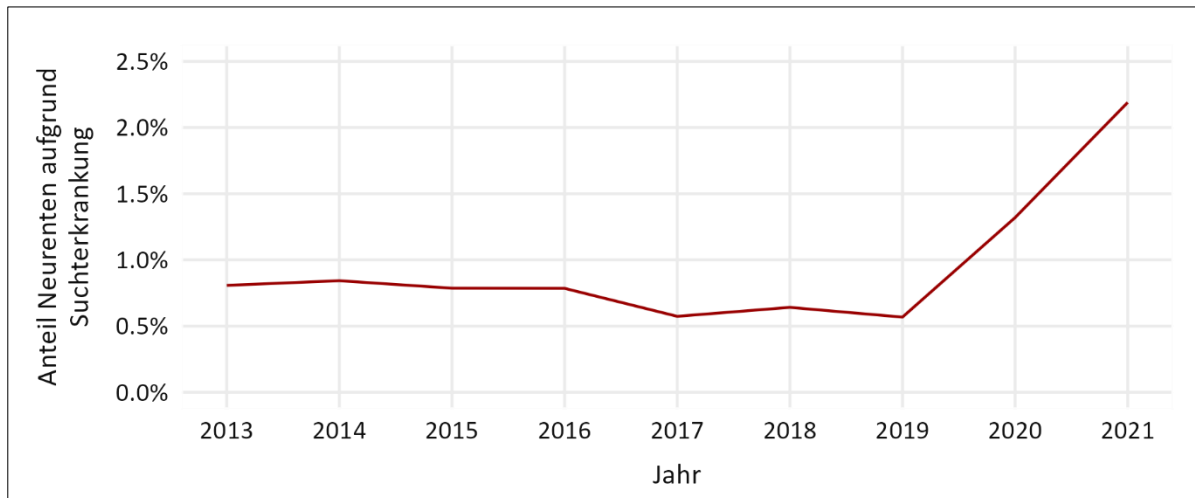
Abbildung 24 zeigt die Entwicklung der Neurenten aufgrund Sucherkrankungen auf (Codes 647, 648). Die Zahl ist zwischen 2013 und 2019 konstant und steigt anschliessend deutlich an, 2021 werden knapp 400 Neurenten mit diesen Codes gesprochen. Der Anteil dieser Neurenten an allen Neurenten ist von 0.6% im Jahr 2018 auf 2.2% im Jahr 2021 angestiegen (Abbildung 25).

Abbildung 24: Entwicklung der Neurenten aufgrund Suchterkrankungen 2013-2021



Anmerkung: Suchterkrankungen werden mit den Gebrechenscodes 647 und 648 kodiert. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

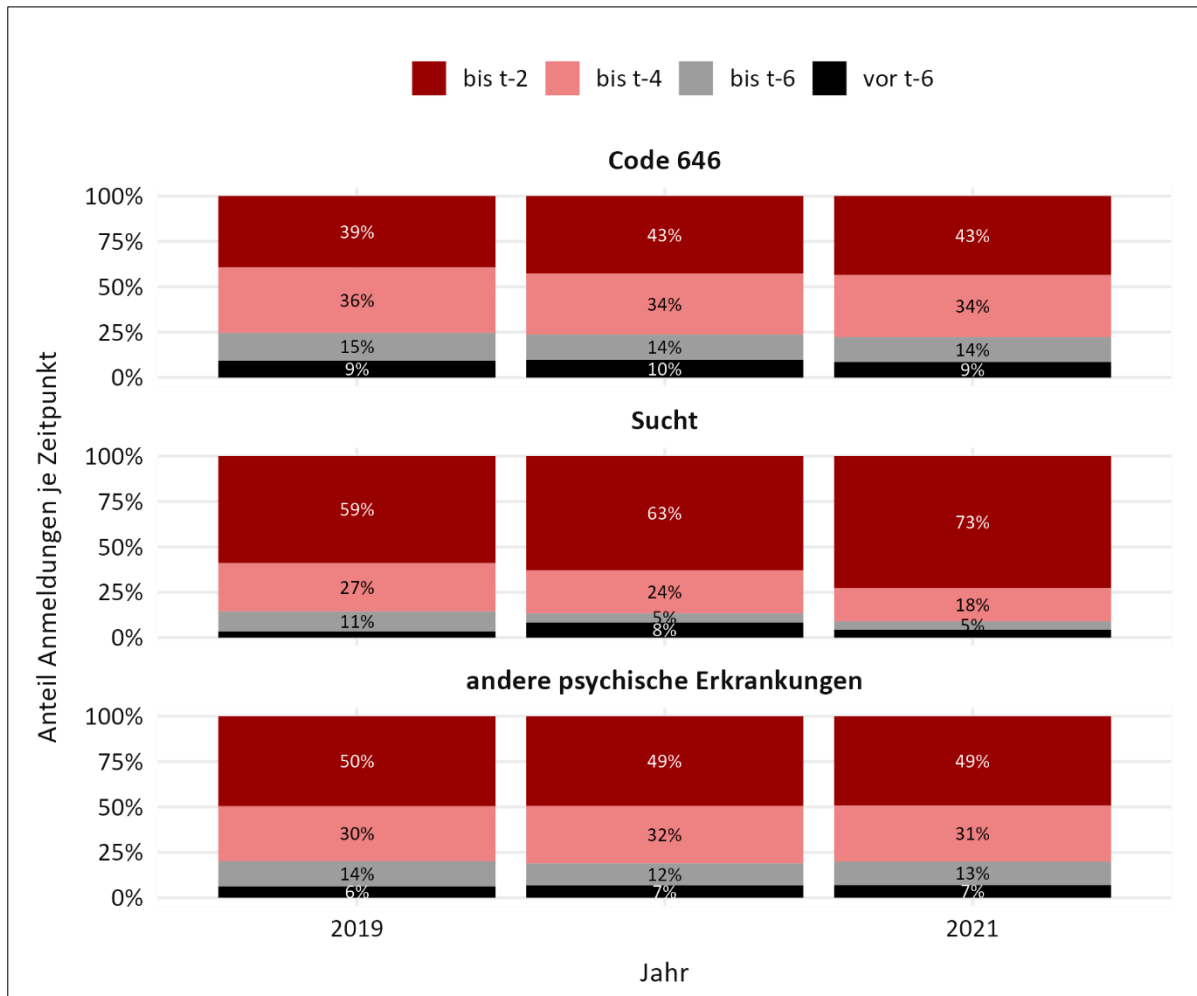
Abbildung 25: Entwicklung der Neurenten aufgrund Suchterkrankungen 2013-2021, an den Neurenten insgesamt



Anmerkung: Suchterkrankungen werden mit den Gebrechenscodes 647 und 648 kodiert. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Die Entwicklung spricht grundsätzlich klar dafür, dass die Zunahme auf den Bundesgerichtsentcheid vom 11. Juli 2019 (145 V 215) zurückzuführen ist.

Im Vergleich zu den anderen psychischen Erkrankungen, wurden die Neurenten aufgrund einer Suchterkrankung öfters rasch gesprochen. Von den Personen mit Neurente 2021 haben sich 73% in den Jahren 2019-2021 bei der IV angemeldet. Bei den anderen beiden Gruppen waren es deutlich weniger aus diesen Jahren (Abbildung 26).

Abbildung 26: Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung 2019-2021, Zeitpunkt der Anmeldung, nach Typ der Erkrankung

Anmerkungen: Das Anmeldedatum wird dem Rentenbeschluss entnommen. Es muss sich dabei nicht um eine Neuanmeldung handeln. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

6.1.2 Wer erhält eine Neurente aufgrund einer Suchterkrankung?

Die Personen mit Neurente aufgrund einer Suchterkrankung sind in Tabelle 8 charakterisiert, zum einen vor der Änderung 2018 und im neusten verfügbaren Jahr 2021.

Zwischen 2018 und 2021 gibt es signifikante Unterschiede⁹ in der Zusammensetzung der Personen mit Neurenten aufgrund Suchterkrankungen hinsichtlich: Geschlecht (mehr Männer), Alter (Personen sind rund 3 Jahre jünger), Gebrechenscode (mehr Renten mit Code 648, d.h. andere Süchte), Zivilstand (mehr ledige Personen) und Nationalität (mehr Personen mit ausländischer Nationalität als zuvor). Keine Unterschiede hingegen sind bezüglich Einkommenskategorie vor der Rente, Erwerbstätigkeit und Haushaltstyp ersichtlich.

⁹ Zwei-Stichproben T-Test, signifikant mind. auf 5%-Level

Tabelle 8: Personen mit Neurenten aufgrund Suchterkrankung, Unterschied 2018 und 2021

Variable	Neurenten 2018 N = 101 ¹	Neurenten 2021 N = 396 ¹	Unterschied signifikant
Alter	53 (55)	49 (52)	ja
Geschlecht			ja
Mann	67 (66%)	306 (77%)	
Frau	34 (34%)	90 (23%)	
Erwerbstätigkeit			nein
nicht erwerbstätig	86 (85%)	355 (90%)	
erwerbstätig	15 (15%)	41 (10%)	
Nationalität			ja
Schweiz	85 (84%)	297 (75%)	
Ausland	16 (16%)	99 (25%)	
Sprachregion			nein
Deutschschweiz	74 (73%)	284 (72%)	
lateinische Schweiz	27 (27%)	112 (28%)	
keine Angabe	1	6	
Gemeindetyp			nein
Städtisch	75 (75%)	280 (72%)	
Agglomeration/Ländlich	25 (25%)	110 (28%)	
keine Angabe	1	6	
Einkommenskategorie (t-1)			nein
nicht erwerbstätig, keine IV und keine ALE	82 (81%)	334 (84%)	
ALE	6 (5.9%)	16 (4.0%)	
erwerbstätig	13 (13%)	46 (12%)	
Gebrechenscode			ja
647	68 (67%)	218 (55%)	
648	33 (33%)	178 (45%)	
Zivilstand			
ledig	34 (34%)	205 (52%)	ja
verheiratet	24 (24%)	64 (16%)	nein
verwitwet/geschieden	43 (43%)	126 (32%)	nein
keine Angabe		1	-
Haushaltstyp			nein
HH ohne K u18	74 (94%)	297 (94%)	
HH mit K u18	5 (6.3%)	20 (6.3%)	
keine Angabe	22	79	-
medizinisches Gutachten innerhalb 3 Jahren vor Rentenzusprache			nein
kein med. Gutachten	72 (71%)	251 (63%)	
med. Gutachten	29 (29%)	145 (37%)	

Anmerkungen: ¹ Durchschnitt (Median); n (%), aufgrund tiefer Fallzahlen wurden einzelne Kategorien zusammengefasst. Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

6.1.3 Multivariate Analyse

Analog zu den multivariaten Analysen im vorangehenden Kapitel wurde auch hier der Effekt des Jahres der Rentenzusprache geprüft. Die Regressionsresultate bestätigen den bivariat schon klar identifizierte überproportionale Anstieg an Renten für die Jahre 2020 und 2021, die aufgrund von Suchterkrankungen gesprochen wurden (siehe Tabelle 19 im Anhang). Der Anstieg in den Jahren 2020 und 2021 ist aus statistischer Sicht als signifikant zu betrachten.

6.1.4 Fazit zu den statistischen Analysen

Dass es im Nachgang des Leiturteils zu mehr als Suchterkrankungen kodierten Neurenten gekommen ist, kann basierend auf diesen Resultaten festgehalten werden. Nicht klar ist aber, ob es sich um eine Verlagerung handelt (dieselben Personen hätten schon vor 2019 eine Rente erhalten, aber unter einem anderen Gebrechenscode), ob mehr Personen, die unter der alten Situation keine Rente erhalten haben, nun eine erhalten (Zunahme der Berentungswahrscheinlichkeit) oder ob sich als Folge des Urteils mehr Personen mit Substanzabhängigkeiten bei der IV angemeldet haben und es deshalb nun mehr Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen gibt. Möglich ist auch, dass es sich bei der beobachteten Zunahme um eine Mischung der drei genannten Gründe handelt. Diesbezüglich verweisen wir auch auf die Einschätzungen und Erfahrungen der zu dieser Thematik befragten Akteure, die im folgenden Abschnitt ausgeführt werden. Nach wie vor spielen die Neurenten aufgrund von Suchterkrankungen im gesamten Rentengeschehen der IV aber eine vernachlässigbare Rolle. Ob in den nächsten Jahren mit einer weiteren Zunahme zu rechnen ist, oder ob sich die Rentenzusprachen auf diesem Niveau in etwa halten, kann aufgrund der zu kurzen Beobachtungszeit noch nicht beurteilt werden.

6.2 Einschätzungen und Erfahrungen involvierter Akteure

6.2.1 Erkenntnisse aus den Gesprächen und Fallbeispielen

Die Eindrücke der IV-Stellen decken sich überwiegend mit den Erkenntnissen aus der Statistik: Das Leiturteil, gemäss dem auch die Substanzabhängigkeit als solche nicht à priori als rentenaus-schliessend angesehen wird, habe zu zusätzlichen Rentenzusprachen geführt. Vier der fünf IV-Stellen bejahen dies. Eine dieser vier Stellen berichtet neben der Senkung der Berentungsschwelle von einem weiteren Effekt: Es meldeten sich auch versicherte Personen an, die auch schon unter der alten Rechtsprechung (z.B. Rente, wenn die Suchtfolgen invalidisierend sind) vermutlich Anspruch gehabt hätten, denen dies aber nicht bewusst war (A). Andere IV-Stellen, die darauf angesprochen werden konnten, verneinen einen solchen Effekt (U, W).

Die fünfte IV-Stelle (W) ist bezüglich der Auswirkungen zurückhaltend. Sie erlebt wenige Fälle, in denen die Sucht nicht von anderen körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen begleitet ist. Dies spricht dafür, dass evtl. ein Teil der statistisch beobachteten Zunahme auch ein Verlagerungseffekt sein könnte. Dies wäre der Fall, wenn Renten, die zuvor unter dem Gebrechenscode der Folgeerscheinung registriert wurden, heute als Renten aufgrund einer

Substanzabhängigkeit erfasst werden. Auch die befragten Rechtsberaterinnen und -berater halten diese Verlagerungsthese für plausibel. Teils wird auch eine nach wie vor hohe Hürde zur Berentung vermutet, weil erst bei sehr lang andauernder Sucht und vielen gescheiterten Therapieversuchen von einer Invalidisierung ausgegangen werde.

Auf Fallbeispiel 5 trifft dies zu, wobei keine Aussage möglich ist, ob die IV-Stelle auch bei weniger lang andauernden Bemühungen um Therapie und Eingliederung bereits eine Rente gesprochen hätte. Wie die Beschreibung zeigt, handelt es sich um einen Fall ohne anderweitige Folgeerkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, also einen laut den Gesprächen eher untypischen, weil «reinen» Fall von invalidisierender Substanzabhängigkeit. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte bei einem Leistungsgesuch vor dem Leiturtel des Bundessgerichts zur Substanzabhängigkeit keinen Anspruch auf eine Rente gehabt hätte. Typisch ist dafür gemäss der statistischen Analyse die kurze Verfahrensdauer von typischen Fällen, in denen die Rentenzusprache nach einer nur kurzen Verfahrensdauer von weniger als einem Jahr erfolgte. Wie die Beschreibung zeigt, handelt es sich um einen sehr klaren Fall von jahrelanger Abhängigkeit und gescheiterten Entzugsversuchen. Der Fall war unumstritten, weil trotz einem wiederholten aktiven Bemühen des Versicherten weder die Sucht überwunden noch eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt gelang. Die Rente wurde einzig gestützt auf Berichte der behandelnden Ärzte zugesprochen.

Auszug aus Fallbeispiel 5: Mann, 61 (IV-Stelle G)

Vorgeschichte bis Anmeldung: Der Versicherte wird mit 19 Jahren drogenabhängig und bleibt danach abhängig von verschiedenen Substanzen (Opiode, Benzodiazepine, Cannabinoide, Kokain). Lehrabbruch, nicht existenzsichernde Teilzeitarbeit. Mehrere vergebliche Entzugsversuche und Langzeittherapie. Er ist zunächst in einem Methadon-, danach in einem Heroinprogramm. Später gelingt eine schrittweise Umstellung auf eine Substitutionstherapie. Er scheidet trotz Eingliederungsbemühungen des regionalen Arbeitsvermittlungszentrum früh aus dem ersten Arbeitsmarkt aus. Letzter Versuch der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt 2009 gescheitert. Seit 2012 arbeitet er teilzeitlich an einem geschützten Arbeitsplatz. Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung wird er von der Sozialhilfe unterstützt.

Alle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hängen direkt mit der Substanzabhängigkeit zusammen (Diagnosen gemäss den ICD-Codes 10 bis 19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen)

Entscheid der IV-Stelle – ganze Rente: Der Entscheid der IV-Stelle stützt sich im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD ab. Dieser wiederum basiert primär auf dem Arztbericht der psychiatrischen Klinik, bei welcher der Versicherte seit Jahren ambulant im Substitutionsprogramm ist. Die Stellungnahme des RAD beurteilt darauf gestützt die Indikatoren:

- *Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome:* Hier wird im Wesentlichen die Vorgeschichte und die aktuelle Lebenssituation (Dauerhafte Abhängigkeit, gescheiterte Arbeitsmarktintegration und gescheiterte Therapiebemühungen) zusammengefasst.
- *Eingliederungserfolg beziehungsweise -resistenz:* Die gescheiterten Eingliederungsversuche des RAV und die aktuelle Beschäftigung im zweiten Arbeitsmarkt werden beschrieben. Es wird eine maximale Belastbarkeit von 50% nur unter optimalen Bedingungen im geschützten Rahmen ausgewiesen.
- *Komorbiditäten:* Werden erwähnt (Rezidivierende Depressionen, die aber die Diagnosekriterien einer depressiven Störung nicht erfüllen; behandelte Hepatitis C, Leberzirrhose)
- *Persönlichkeitsstruktur:* Aktuell «emotionale Verflachung» mit einem Verlust der kognitiven Flexibilität, eine Abnahme der persönlichen Interessen und Aktivitäten, die zu einem immer einfacheren, gleichförmigerem und überschaubarerem Alltag führt.

- *Sozialer Kontext:* Seit Behandlungsbeginn sozial isoliert. Beziehungen nur zur Mutter, ihrem Lebenspartner und ihrer Schwester und zu den professionellen Personen des Helfernetzwerks.
- *Aktivitätsniveau:* Gleichmässige Einschränkungen in allen Lebensbereichen: immer gleichförmigerer Alltag, zunehmende Unflexibilität im Handeln, Denken und Fühlen ausserhalb der Alltagsroutine; zunehmende Überforderung in ungewohnten Situationen und in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen.
- *Leidensdruck:* Der Leidensdruck ist ausgewiesen: Verweis auf Eingliederungsbemühungen bei zuverlässiger Teilnahme und therapeutische Compliance.

Beschreibung aufgrund Falldossier; vgl. ausführliche Beschreibung des Falls in Anhang 3.

6.2.2 Fazit

Die Einschätzungen und Erfahrungen der IV-Stellen decken sich überwiegend mit den statistischen Erkenntnissen: Im Bereich der Suchterkrankungen hat der Leitentscheid des Bundesgerichts von 2019 zu mehr Berentungen geführt. Dies primär wegen der Anerkennung der Substanzabhängigkeit als krankheitswertig. Möglich ist aber auch, dass der Entscheid zu Neuanmeldungen von Personen geführt hat, die zuvor nicht mit einem Anspruch rechneten, obwohl ein solcher bestand. Umgekehrt kann aber auch ein statistischer Verlagerungseffekt nicht vollends ausgeschlossen werden. Demnach wäre ein Teil der neuen Renten vor 2019 auch gesprochen, aber unter deren Folgeerkrankungen der Sucht registriert worden.

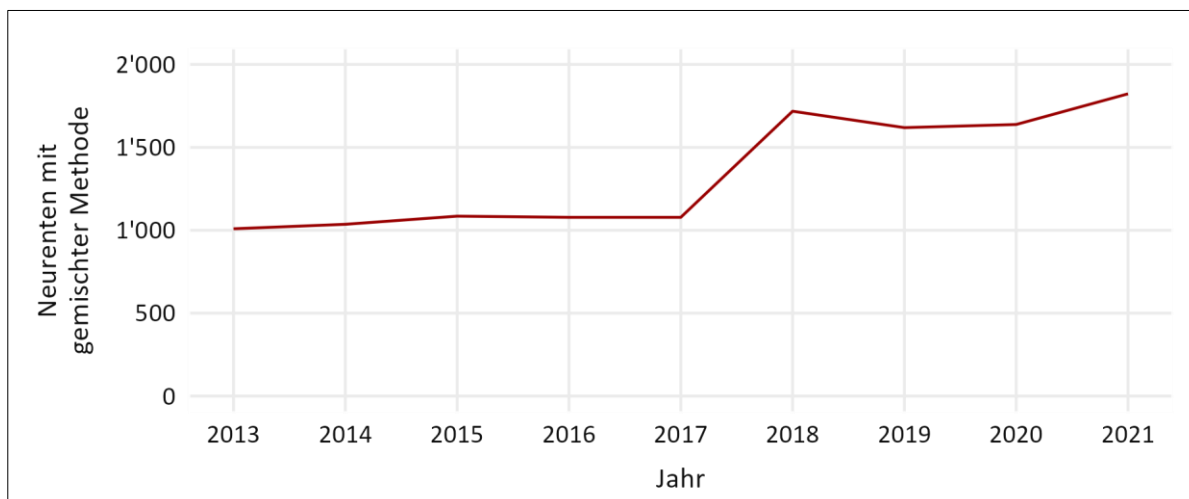
7 Neurenten und Rentenrevisionen bei Teilzeiterwerbenden

Per 1. Januar 2018 wurde ein neues Berechnungsmodell für die gemischte Methode eingeführt, mit der der Invaliditätsgrad von teilerwerbstätigen Versicherten berechnet wird, die auch in einem anderen Aufgabenbereich tätig sind (z.B. Haushalt). Im Fokus dieses Kapitels stehen damit verbundenen Auswirkungen bei den Neurenten wie auch den Revisionen.

7.1 Entwicklungen

Die Neurenten mit einer Invaliditätsgradbemessung anhand der gemischten Methode waren zwischen 2013 und 2017 stabil und haben dann zwischen 2017 auf 2018 sprunghaft zugenommen (Abbildung 27).¹⁰ Die sprunghafte Zunahme korrespondiert mit der auf den 1.1.2018 vom Bundesrat in Kraft gesetzten Anpassung der IVV, die für alle Personen mit Teilerwerbstätigkeit galt (Art. 27^{bis} Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung gültig bis 31.12.2021). Seither ist noch kein klarer Trend ersichtlich.

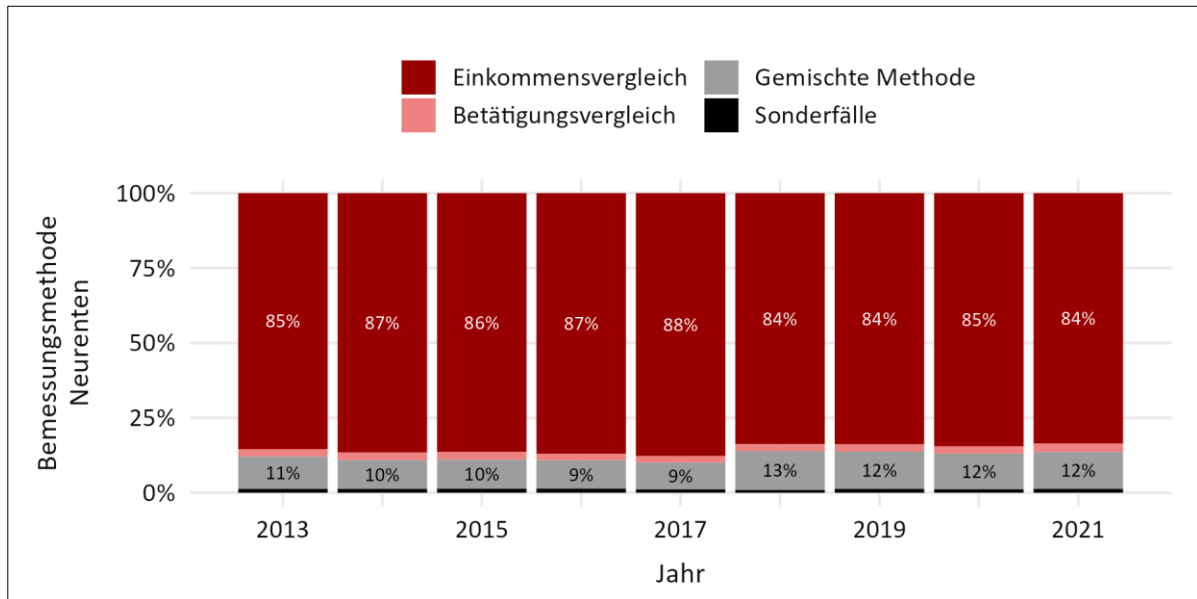
Abbildung 27: Entwicklung Neurenten mit Bemessungsmethode gemischter Methode



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Diese Zunahme bei den Neurenten mit gemischter Methode spiegelt sich auch im Anteil der Neurenten mit gemischter Methode wieder. Dieser hat sich von 9% auf 13% erhöht und ist seit 2019 stabil bei 12% (Abbildung 28).

¹⁰ Damit der Effekt der Einführung der Neuerung im Jahr 2018 möglichst exakt abgebildet werden kann, werden in diesem Kapitel für die gesamte Zeitperiode 2013 bis 2021 nur jene Neurenten mit Bemessungsgrundlage der gemischten Methode berücksichtigt, bei denen der Beschluss aus demselben Jahr stammt. Aus diesem Grund sind die in diesem Kapitel angegebenen Mengen zu den Neurenten mit Bemessungsmethode gemischter Methode nicht identisch mit den Zahlen in Abbildung 36 (Kapitel 8, S. 93).

Abbildung 28: Neurenten nach Bemessungsmethode

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Die Zunahme im Anteil Neurenten nach gemischter Methode von 2017 auf 2018 kann in allen IV-Stellen beobachtet werden und bewegt sich zwischen 1 und 6 Prozentpunkten (vgl. Tabelle 20 im Anhang).

Vor der Anpassung der IVV hat sich die Zusammensetzung der Neurenten nach Bemessungsmethode seit 2013 nur geringfügig verändert, der Anteil Neurenten mit Einkommensvergleich ist leicht gestiegen und jener mit gemischter Methode hat etwas abgenommen.

7.2 Wer erhält eine Neurente mit Bemessungsmethode gemischte Methode?

Wenig überraschend hat sich mit der Änderung der IVV und damit verbunden mit dem Anstieg der Neurenten mit Bemessungsmethode gemischte Methode auch die Zusammensetzung der Neurentenbeziehenden mit Gemischter Methode etwas verändert. In Tabelle 9 ist die Zusammensetzung für 2017 und 2021 aufgeführt. 2021 ist der Anteil der Männer leicht höher, ebenso der Anteil von Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und Personen aus nicht-städtischen Gebieten. Auch nach den Änderungen gehen nach wie vor mehr als 90% der Renten nach gemischter Methode an Frauen, und in absoluten Zahlen haben 2021 deutlich mehr Frauen eine so berechnete Rente erhalten als noch 2017.

Es sind etwas mehr Personen erwerbstätig und mehr Personen beziehen im Jahr vor der Rentenzusprache Arbeitslosenentschädigung (ALE). Letzteres könnte allerdings auch mit der Covid-19

Pandemie und der Verlängerung der Rahmenfrist zusammenhängen.¹¹ Die Zusammensetzung nach Invaliditätsursache hat sich deutlich verändert, die Zunahme von Renten aufgrund psychischer Erkrankung ist auch in dieser Subgruppe sichtbar. Mehr Personen leben in Einpersonenhaushalten, zugenommen hat auch der Anteil von geschiedenen Personen. Die Betrachtung über die Zeit zeigt auch bei den anderen Haushaltstypen leichte Schwankungen, es ist aber kein klarer Trend erkennbar (siehe dazu Abbildung 42 im Anhang).

Praktisch keine Unterschiede zwischen 2017 und 2021 gibt es bezüglich Alter, Sprachregion und medizinischen Gutachten.

¹¹ Um Aussteuerungen zu vermeiden, wurde am 25. März 2020 vom Bundesrat entschieden, dass alle anspruchsberechtigten Personen maximal 120 zusätzliche Taggelder erhalten und die Rahmenfrist für den Leistungsbezug um 2 Jahre verlängert, sofern der vollständige Bezug in der laufenden Rahmenfrist nicht möglich war.

Tabelle 9: Deskriptive Statistik, Personen mit Neurente 2017 und 2021, Bemessungsmethode gemischte Methode

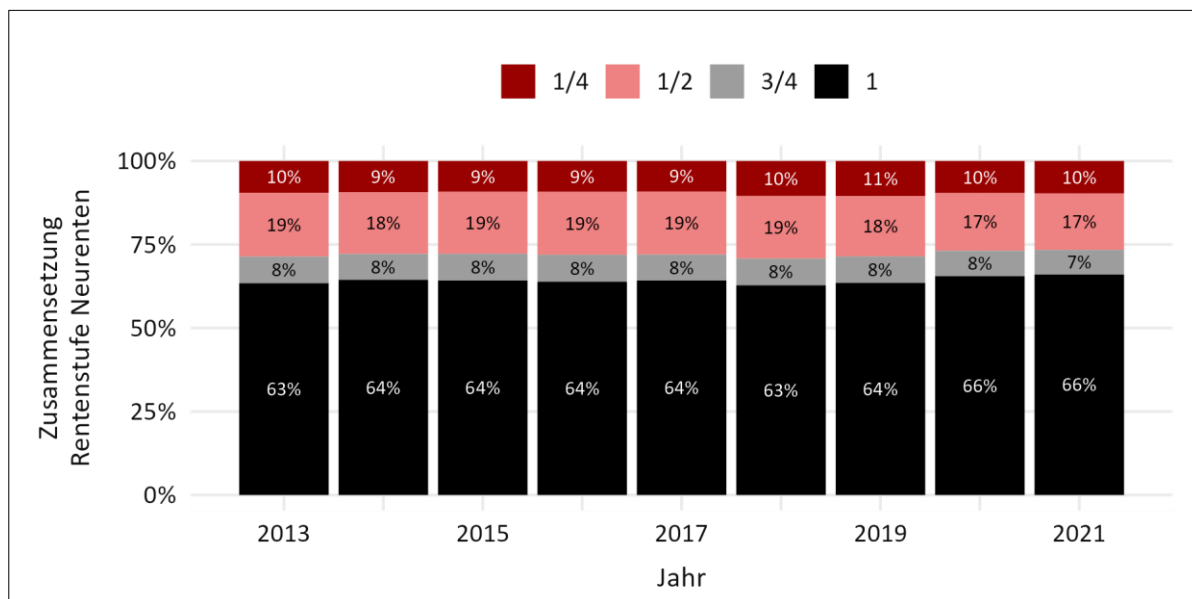
Variable	2017 N = 1'065 ¹	2021, N = 1'802 ¹
Alter	52 (54)	52 (54)
Geschlecht		
Mann	63 (5.9%)	123 (6.8%)
Frau	1'002 (94%)	1'679 (93%)
Erwerbstätigkeit		
nicht erwerbstätig	757 (71%)	1'246 (69%)
erwerbstätig	308 (29%)	556 (31%)
Nationalität		
Schweiz	876 (82%)	1'430 (79%)
EU/EFTA	122 (11%)	229 (13%)
Drittstaaten	67 (6.3%)	143 (7.9%)
Sprachregion		
Deutschschweiz	765 (72%)	1'280 (72%)
lateinische Schweiz	298 (28%)	499 (28%)
keine Angabe	2	23
Gemeindetyp		
Städtisch	666 (63%)	1'093 (61%)
Agglomeration	204 (19%)	395 (22%)
Ländlich	193 (18%)	291 (16%)
keine Angabe	2	23
Einkommenskategorie (t-1)		
nicht erwerbstätig, keine IV und keine ALE	560 (53%)	950 (53%)
ALE	80 (7.5%)	166 (9.2%)
bis 3'000 Franken/Mt. Erwerbseinkommen (keine IV/ALE)	340 (32%)	518 (29%)
mehr als 3'000 Franken/Mt. Erwerbseinkommen (keine IV/ALE)	85 (8.0%)	168 (9.3%)
Invaliditätsursache		
Psychische Krankheiten	371 (35%)	746 (41%)
Andere Krankheiten	644 (61%)	977 (54%)
Unfall	40 (3.8%)	63 (3.5%)
Geburtsgebrechen	9 (0.8%)	16 (0.9%)
keine Angabe	1	
Zivilstand		
ledig	156 (15%)	328 (18%)
verheiratet	668 (63%)	998 (56%)
verwitwet	36 (3.4%)	54 (3.0%)
geschieden	203 (19%)	417 (23%)
keine Angabe	2	5

Haushaltstyp		
Einpersonen-HH	197 (19%)	367 (21%)
Zweipersonen-HH	355 (34%)	589 (33%)
Mehrpersonen-HH	198 (19%)	303 (17%)
Eineltern-HH, K u18	50 (4.8%)	110 (6.2%)
Familien-HH, K u18	163 (16%)	285 (16%)
Mehrpersonen-HH, K u18	82 (7.8%)	117 (6.6%)
keine Angabe	20	31
medizinisches Gutachten innerhalb 3 Jahren vor der Rentenzusprache		
kein med. Gutachten	713 (67%)	1'189 (66%)
med. Gutachten	352 (33%)	613 (34%)

Anmerkung: ¹ Durchschnitt (Median); n (%), Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

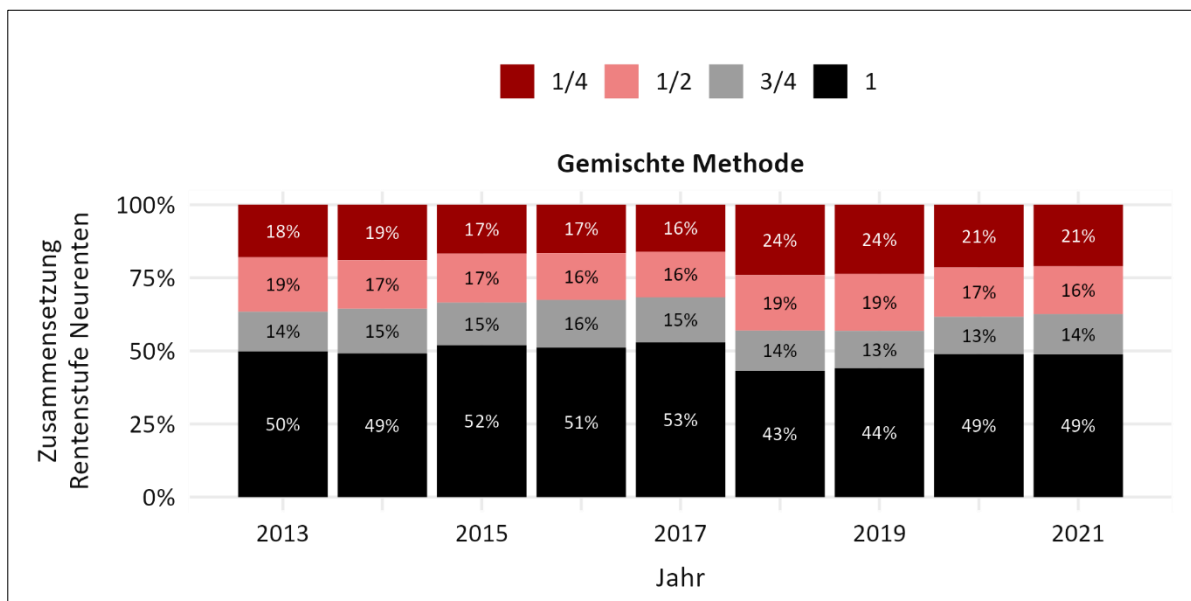
Während es über alle Bemessungsmethoden hinweg relativ gesehen keinen Anstieg von Teilrenten gab (vgl. Abbildung 29), haben die Teilrenten bei Renten mit Bemessungsmethode gemischte Methode ab 2018 sprunghaft von 47% (2017) auf 57% (2018) zugenommen (Abbildung 30). Insbesondere ist eine verstärkte Zunahme von Viertelsrenten zu beobachten.

Abbildung 29: Rentenstufe der Neurenten insgesamt, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Abbildung 30: Rentenstufe der Neurenten mit Bemessungsmethode gemischte Methode, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Direkt im Jahr der Verordnungsänderung (2018) gab es deutlich mehr Teilrenten, insb. Viertelsrenten und halbe Renten. Bis 2021 haben die ganzen Renten aber wieder zugenommen. Nach wie vor gibt es mehr Viertelsrenten als vor der Gesetzesänderung und weniger ganze Renten, die halben Renten sind aber wieder auf dem Niveau von 2017.

7.3 Rentenrevisionen

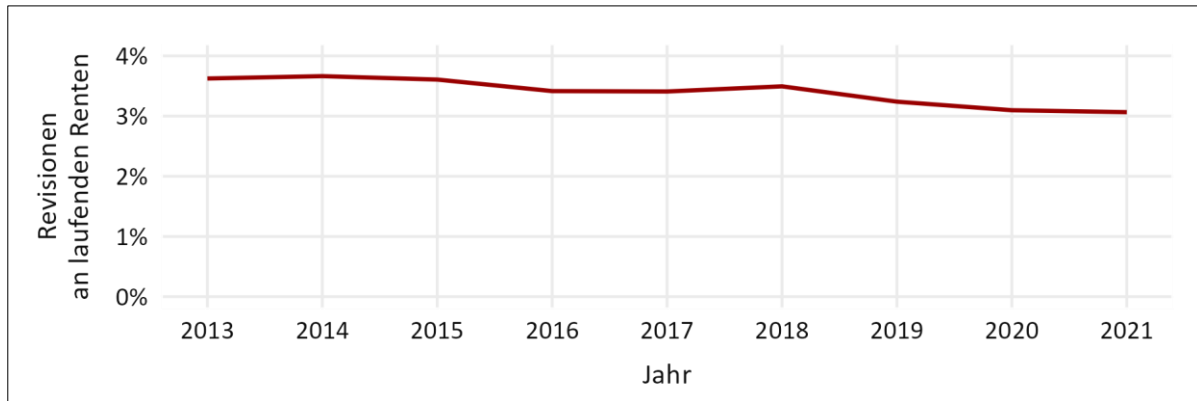
Die Revisionen zeigen in erster Linie potentielle Auswirkungen der rechtlichen Änderungen in den Übergangsphasen auf. Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, musste aufgrund der Verordnungsänderung für alle Personen, die nach der gemischten Methode bereits eine Teilrente hatten, der Anspruch neu geprüft werden. Eine allfällige Rentenerhöhung wurde dann rückwirkend per 1.1.2018 (Inkrafttreten der geänderten Verordnung) gewährt. Entsprechend wurde ein Anstieg der Revisionen im Jahr 2018 erwartet.

Wichtig zu wissen: Rentenrevisionen

Rentenrevisionen werden in den Daten anhand einer Änderung in der Rentenstufe von einem zum anderen Jahr identifiziert. Das heisst, der Zeitpunkt der Rentenänderung wird beobachtet und nicht unbedingt der Revisionszeitpunkt – im vorliegenden Fall werden die Rentenerhöhungen rückwirkend gewährt. Die Änderung darf dabei weder auf einen Todesfall noch auf einen Übertritt ins Rentenalter zurückzuführen sein (beide Fälle führen zu einer Aufhebung der Rente).

Dies wird auch in den Daten beobachtet: Der Anteil an Revisionen gemessen an allen laufenden Renten ist auf das Jahr 2018 hin leicht angestiegen – während der Trend seit 2013 rückläufig ist (Abbildung 31).

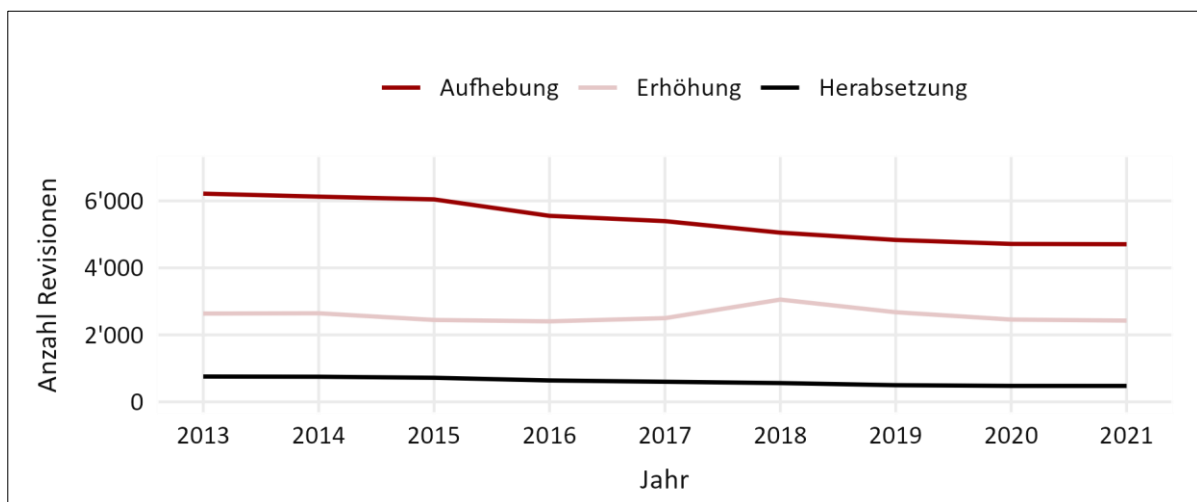
Abbildung 31: Anteil Revisionen an laufenden Renten, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Betrachtet man das Ergebnis der Revision nach Jahr fällt der starke Anstieg der Rentenerhöhungen bei Revisionen von 2017 auf 2018 auf, absolut (Abbildung 32) wie auch im Verhältnis zu den Revisionen insgesamt (Abbildung 33).

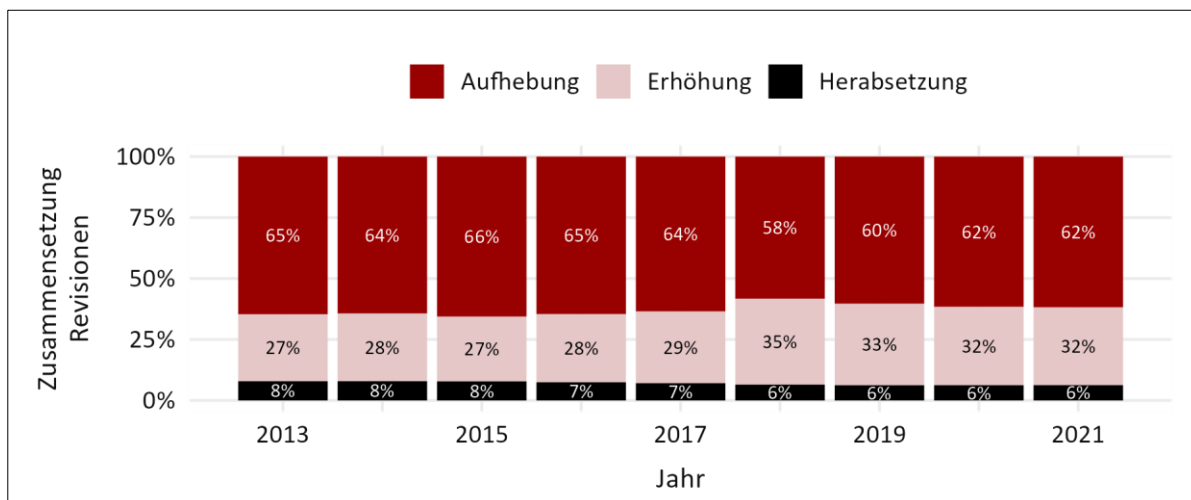
Abbildung 32: Entwicklung Revisionen nach Ergebnis, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Nach dem starken Anstieg von 29% auf 35% pendelt sich der Anteil Rentenerhöhungen an allen Revisionen bei rund einem Drittel ein.

Abbildung 33: Zusammensetzung Revisionen, 2013-2021

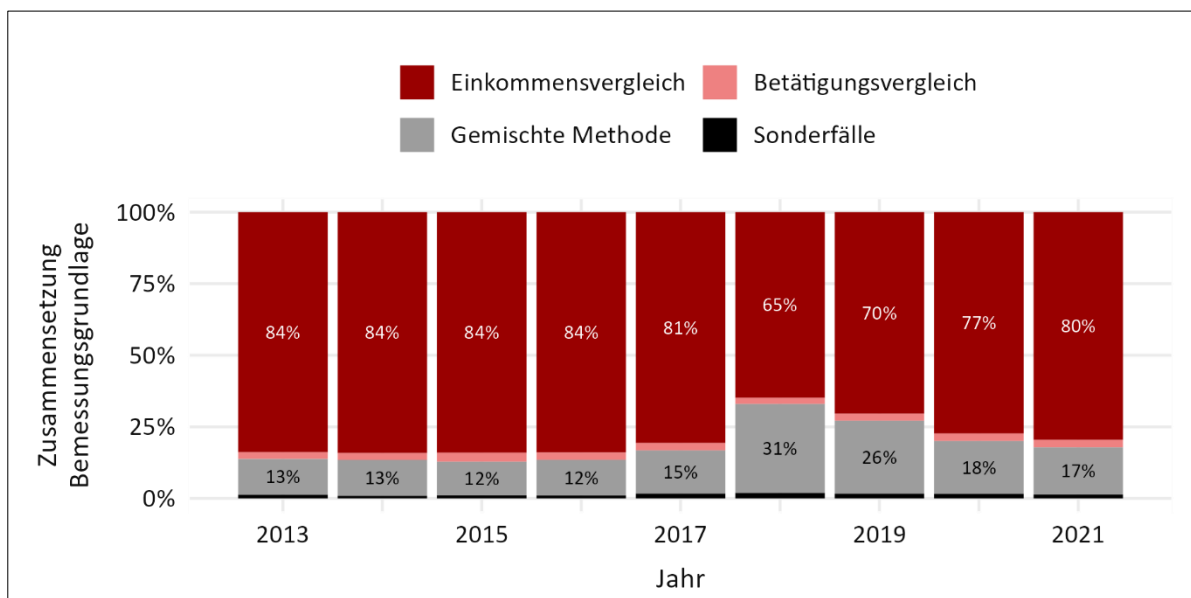


Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

7.3.1 Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe

Bei Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe war die Zusammensetzung nach Bemessungsmethode zwischen 2013 und 2017 stabil, mit leichter Zunahme des Anteils der gemischten Methode im Jahr 2017. 2018 war letzterer Anteil dann mit 31% über doppelt so hoch wie 2017, hat anschließend aber wieder abgenommen und betrug 17% im Jahr 2021. Die Zahlen der nun folgenden Jahre werden zeigen, ob die Übergangsphase damit abgeschlossen ist.

Abbildung 34: Zusammensetzung Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Die Betrachtung der Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe zeigt, dass die Änderung bei der Anwendung der gemischten Methode ab 2018 überwiegend bei Viertelsrenten, aber auch bei

halben Renten und Dreiviertelrenten zu Revisionen mit anschliessender Erhöhung des Rentengrades geführt hat. Dies wird in Tabelle 10 beim Anteil Teilrenten mit gemischter Methode und Erhöhung Rentenstufe ersichtlich. Im 2018 hat bei 20.9% aller Viertelrenten eine Revision mit Erhöhung stattgefunden. Bei Revisionen mit anderer Bemessungsmethode gibt es über die Zeit keine ausgeprägten Änderungen (siehe Abbildung 43 im Anhang).

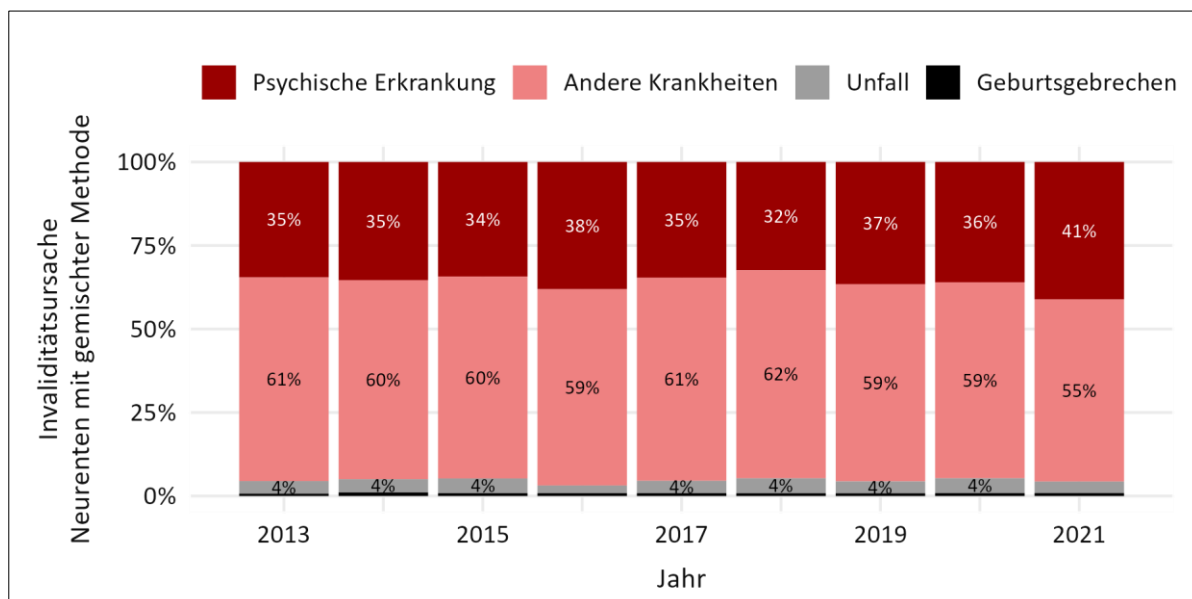
Tabelle 10: Veränderung Rentenstufe nach Revision mit Erhöhung, Renten gemischte Methode 2017 bis 2019

	2017			2018			2019		
	¼ - Rente	½- Rente	¾- Rente	¼ - Rente	½- Rente	¾- Rente	¼ - Rente	½- Rente	¾- Rente
Total Teilrenten mit gemischter Methode	2177	2674	2259	2195	2705	2337	2091	2967	2539
Anzahl Teilrenten mit gemischter Methode und Erhöhung Rentengrad	129	148	98	459	316	171	278	256	148
Anteil Teilrenten mit gemischter Methode und Erhöhung Rentengrad	5.9%	5.5%	4.3%	20.9%	10.7%	7.3%	13.3%	8.6%	5.8%
Neuer Rentengrad nach Revision									
Halbe Rente	42	-	-	354	-	-	153	-	-
Dreiviertelrente	27	38	-	34	222	-	50	128	-
Ganze Rente	60	110	98	71	94	171	75	128	148

Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Hinsichtlich der Invaliditätsursache ist bei den Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe (Bemessungsmethode gemischte Methode) keine abrupte Veränderung zwischen 2017 und 2018 erkennbar (Abbildung 35). Eine Zunahme des Anteils an psychischen Erkrankungen zeigt sich erst 2019 und in den beiden darauffolgenden Jahren.

Abbildung 35: Revisionen mit Erhöhung der Rentenstufe, Invaliditätsursache, 2013-2021



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

7.3.2 Multivariate Analyse

Im Folgenden wird in einer Regressionsanalyse untersucht, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Revision mit Erhöhung der Rentenstufe beeinflussen. Die dafür betrachtete Grundgesamtheit sind Rentenbeziehende mit Teilrenten in den Jahren 2016, 2018 und 2021. Für jedes Jahr wird ein Modell geschätzt. Dies ermöglicht den Vergleich zwischen der Situation vor der Änderung, in der Übergangsphase und am vermuteten Ende der Übergangsphase.

Übersicht Regressionsanalysen «Revisionen mit Erhöhung»

- **Sample:** Rentenbeziehende mit Teilrenten 2016, 2018 und 2021
- **Abhängige Variablen**
 - **Modell 1:** Revision mit Erhöhung ja/nein 2016
 - **Modell 2:** Revision mit Erhöhung ja/nein 2018
 - **Modell 3:** Revision mit Erhöhung ja/nein 2021
- **Unabhängige Variablen:** Alter, Geschlecht, Nationalität, Sprachregion, Bemessungsmethode, Rentenstufe im Jahr zuvor (t-1), Invaliditätsursache, Kantons-Fixed Effects

Die Ergebnisse bestätigen weitgehend die deskriptiven Ergebnisse (Tabelle 11). In der Übergangsphase 2018 zeigt sich, dass Personen mit Renten basierend auf einer Berechnung mittels gemischter Methode eine deutlich grössere Chance auf eine Revision mit Erhöhung der Rentenstufe hatten. Weder vor noch nach der Übergangsphase war in Bezug auf die Wahrscheinlichkeiten einer Revision mit Erhöhung der Rentenstufe ein Zusammenhang mit der Bemessungsgrundlage festzustellen. Im Vergleich zur Ausgangssituation von Rentenbezüger/innen mit einer halben Rente, weisen Rentenbezüger/innen mit einer Viertel Rente eine erhöhte Wahrscheinlichkeit und Rentenbezüger/innen mit einer Drei-Viertel Renten eine geringere Wahrscheinlichkeit auf eine rentenerhöhende Revision auf. Der ermittelte Effekt bei den Personen mit Viertel Renten ist in allen drei Phasen, d.h. vor der Änderung (2016), in der Übergangsphase (2018) und am Ende der Übergangsphase (2021) zu beobachten, wobei der Effekt in der Übergangsphase deutlich stärker ist.¹² Bezüglich der Nationalität zeigt sich, dass Personen aus Drittstaaten signifikant geringere Chancen auf eine Revision mit Erhöhung der Rentenstufe als Schweizer/innen aufweisen. Dieser Befund steht jedoch nicht in Zusammenhang mit den Änderungen der Berechnungsgrundlagen bei der gemischten Methode. Der Effekt ist relativ stabil in allen drei Modellen (2016, 2018 und 2021). Mögliche Gründe, die diesen Effekt erklären könnten, sind uns keine bekannt.

¹² Dazu können die Werte in der Spalte der Odds Ratios (OR) miteinander verglichen werden. Bei Werten über 1 gilt, je höher der OR umso ausgeprägter der Effekt.

Tabelle 11: Regressionsresultate: Wahrscheinlichkeit Erhöhung der Rente mittels Revision, Personen mit bestehenden Teilrenten

Variable	Revision mit Erhöhung der Rente											
	2016				2018				2021			
	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert
Alter	-0.004	0.996	0.002	0.066	-0.004	0.996	0.002	0.078	-0.004	0.996	0.002	0.066
Geschlecht (Ref: Mann)												
Frau	-0.005	0.995	0.049	0.913	0.000	1.000	0.048	0.997	0.092	1.096	0.048	0.057
Nationalität (Ref: Schweiz)												
EU/EFTA	-0.051	0.950	0.073	0.482	-0.146	0.864	0.068	0.032	-0.026	0.974	0.068	0.703
Drittstaaten	-0.681	0.506	0.099	0.000	-0.570	0.565	0.086	0.000	-0.490	0.613	0.091	0.000
Sprachregion (Ref: Deutschschweiz)												
Lateinische Schweiz	-0.059	0.943	0.119	0.618	0.091	1.095	0.107	0.394	0.132	1.142	0.114	0.245
Bemessungsgrundlage (Ref: Einkommensvergleich)												
Betätigungsvergleich	-0.163	0.850	0.149	0.273	-0.120	0.887	0.145	0.408	-0.047	0.954	0.146	0.746
Gemischte Methode	-0.067	0.935	0.073	0.360	1.230	3.421	0.052	0.000	0.110	1.116	0.065	0.093
Sonderfälle	-0.296	0.744	0.210	0.158	0.613	1.845	0.144	0.000	0.101	1.107	0.189	0.593
Rentengrad t-1 (Ref: 1/2)												
1/4	0.205	1.228	0.056	0.000	0.541	1.717	0.046	0.000	0.125	1.133	0.054	0.021
3/4	0.047	1.048	0.055	0.393	-0.169	0.844	0.054	0.002	-0.087	0.916	0.055	0.111
Invaliditätsursache (Ref: Andere Krankheiten)												
Psychische Erkrankung	-0.047	0.954	0.050	0.348	-0.179	0.836	0.045	0.000	-0.054	0.947	0.048	0.261
Unfall	-0.469	0.626	0.089	0.000	-0.530	0.588	0.084	0.000	-0.482	0.618	0.094	0.000
Geburtsgebrechen	0.358	1.431	0.092	0.000	0.168	1.182	0.092	0.069	0.007	1.007	0.104	0.950
Fixed-Effects: IV-Stelle				Ja				Ja				Ja
Standardfehler		Heteroskedast.-rob.				Heteroskedast.-rob.				Heteroskedast.-rob.		
Beobachtungen				44'258				45'486				472103
Squared Cor.				0.00472				0.03894				0.00358
Pseudo R²				0.01259				0.05910				0.00994
BIC				17'276.5				19'938.0				18'055.4

Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

7.4 Fazit zu den statistischen Analysen

Die statistischen Analysen zeigen sehr deutlich, dass die auf den 1.1.2018 vom Bundesrat in Kraft gesetzte Anpassung der IVV, die für alle Personen mit Teilerwerbstätigkeit galt (Art. 27^{bis} Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung gültig bis 31.12.2021), zu einem sprunghaften Anstieg der Anzahl Neurenten und zu rentenerhöhenden Revisionen mit Bemessungsmethode gemischte Methode geführt hat. Von dem erleichterten Zugang profitieren weitgehend Frauen, die sowohl als Teilzeiterwerbstätige wie auch im Haushalt tätig sind. Im Zeitverlauf hat bei den Neurentenbeziehenden mit

Bemessungsmethode gemischte Methode der Anteil an Personen in Einpersonenhaushalten wie auch der Anteil von geschiedenen Personen zugenommen.

8 Schlussbetrachtungen

In dieser Studie standen verschiedene Rechtsänderungen der IV und ihre Auswirkungen auf die Art und Weise der Rentenprüfung sowie auf die Entwicklung der IV-Neurenten im Zentrum.

Zu den **Auswirkungen des strukturierten Beweisverfahrens auf die Art und Weise der Rentenprüfung** (Kapitel 3) kann eine positive Bilanz gezogen werden: Das strukturierte Beweisverfahren war eine bedeutende Umstellung, ist aber inzwischen in den IV-Stellen etabliert. Es hat in jenen Fällen, in denen zuvor ein Rentenanspruch nur ausnahmsweise oder gar nicht in Betracht kam, zu einer ergebnisoffeneren Prüfung des Rentenanspruchs geführt. Dies betrifft vor allem drei Gruppen von versicherten Personen: Erstens die Rentenprüfung von versicherten Personen mit psychosomatischen Gebrechen, wo die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben wurde. Zweitens betrifft es Personen mit leichten bis mittelschweren Depressionen ohne Therapieresistenz und drittens Personen mit einer Suchterkrankung; diese zweite und dritte Gruppe waren zuvor aufgrund ihrer Diagnose von der Prüfung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von vornherein ausgeschlossen. Relativierend wurde von einigen Befragten kritisch angemerkt, dass bei den Depressionen der Trend der Rechtsprechung wieder in Richtung Diagnoserechtsprechung gehe (vgl. auch Jeger 2022). Mit den Verbesserungen einher geht – zumindest in den untersuchten IV-Stellen – auch eine breitere, strukturiertere und fundiertere Abklärung und Interpretation des Zusammenwirkens derjenigen Indikatoren, die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im konkreten Einzelfall entscheidend sind. Die Entscheide sind dadurch besser nachvollziehbar geworden.

Es bleibt indes festzuhalten, dass auch das strukturierte Beweisverfahren die Relevanz der involvierten Akteure bei der Rentenabklärung nicht beseitigt. Im Gegenteil, die Prüfung des Rentenanspruchs bei psychischen Erkrankungen bleibt auch mit dem Indikatorenraster eine anspruchsvolle Aufgabe. Die fachliche Kompetenz der involvierten Akteure bei den Gutachterstellen, den RAD, den IV-Stellen und an den Gerichten wird entscheidend bleiben, damit die notwendigen Informationen vollständig und unverzerrt erhoben, beschrieben und auch korrekt interpretiert werden. Schulungen, geeignete Arbeitsinstrumente oder Guidelines, anhand derer besonders anspruchsvolle Indikatoren wie z.B. die Persönlichkeitsstruktur und die Ressourcen sowie die Bewertung des Verhaltens in vergleichbaren Lebensbereichen und der Leidensdruck interpretiert werden können, wären angebracht. Diese Hilfestellungen sollten jeweils den aktuellen Stand des medizinischen Wissens und der Rechtsprechung aufbereiten.

In Kapitel 5, 6 und 7 wurden die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zu der **Entwicklung der Neurenten** aufgrund von psychischen Erkrankungen, aufgrund von Suchterkrankungen und aufgrund von Teilzeitbeschäftigten mit weiterem Aufgabenbereich vorgestellt. In Bezug auf die Frage, inwieweit die Rechtsanpassungen im Bereich der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens bei psychischen Erkrankungen und bei Suchterkrankungen sowie der Anpassungen der Berechnungsgrundlagen bei der gemischten Methode insgesamt zu einer Erhöhung der Neurenten geführt hat, ergibt sich nicht in allen der drei im Fokus dieser Untersuchung stehenden Teilgruppen ein klares Bild.

Die durchgeführten Analysen zur Entwicklung der Neurenten deuten darauf hin, dass die rechtlichen Anpassungen in den Jahren 2015 und 2017 in Zusammenhang mit der Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung und der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit hatten, eine Rente aufgrund einer psychischen Erkrankung zu erhalten. Ein statistischer Nachweis, dass die erhöhte Zunahme bei den psychisch bedingten Renten kausal mit der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens in Zusammenhang steht, kann jedoch nicht erbracht werden, da dessen Anwendung in den statistischen Daten nicht erkennbar ist, ebenso wenig wie leichte bis mittelschwere Depressionen als spezifische psychische Gebrechen. Um mittels statistischer Analysen schlüssigere Antworten auf die Frage der Gründe für die Zunahme von Neurenten wie bspw. den psychisch bedingten Neurenten erhalten zu können, wäre es erforderlich, dass bestehende Lücken in den Datengrundlage systematisch identifiziert und gezielt geschlossen werden könnten.

Klare Resultate liefern die Analysen hinsichtlich der Frage der Auswirkungen der Rechtsanpassungen bei Rentenzusprachen von Suchterkrankungen sowie den Renten für Teilzeiterwerbstätige mit Tätigkeiten in einem anderen Aufgabenbereich. Dabei ist ein deutlicher Anstieg nach Einführung der Änderungen sowohl bei den Renten für Suchterkrankte ab 2019 wie auch bei den Teilzeiterwerbstätigen festzustellen. Hingegen sind die in den Jahren 2018 bis 2021 beobachtbaren überproportionalen Anstiege von psychisch bedingten Renten, insbesondere den Neurenten mit Code 646 nicht eindeutig der Einführung des strukturierten Beweisverfahrens zuzuordnen.

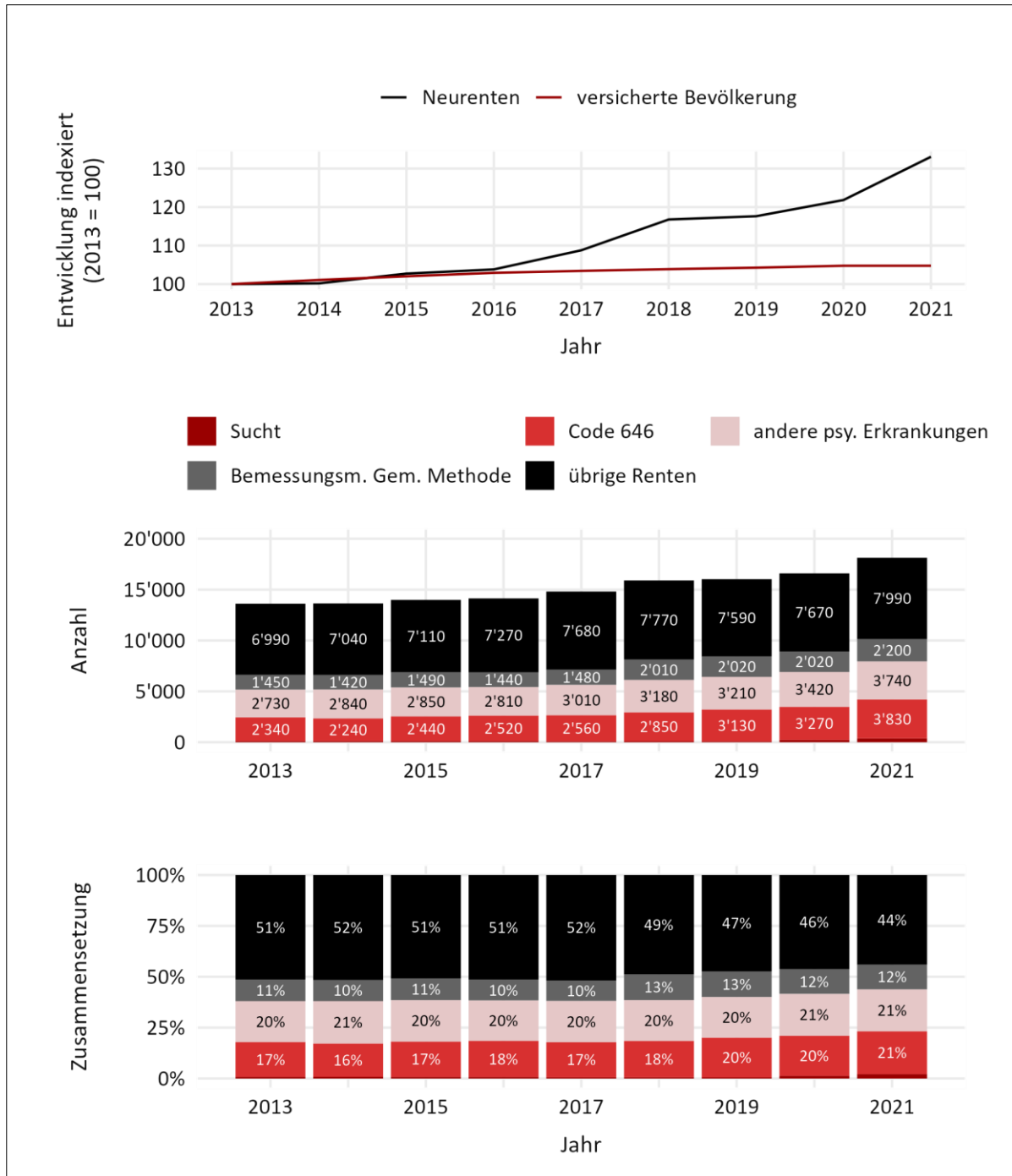
Auch die Gespräche mit den Fachpersonen der IV-Stellen und Rechtsberaterinnen und Rechtsberatern erlauben keine abschliessende Beurteilung. Die Befragten konnten zwar Konstellationen und Beispiele von Rentenzusprachen nach den Leiturteilen des Bundesgerichts beschreiben, die zuvor an der Überwindbarkeitsvermutung (psychosomatische Gebrechen) oder am Ausschluss von der vertieften Prüfung (Depressionen ohne Therapieresistenz) scheiterten resp. gescheitert wären. Soweit sie sich überhaupt eine Einschätzung zutrauen, ob die Rentenzusprachen für diese Gruppen spürbar zugenommen haben, gehen ihre Aussagen indes auseinander.

Abbildung 36 erlaubt eine mengenmässige Einordnung bezüglich der Zunahme der Neurenten in den drei im Fokus dieser Untersuchung stehenden Gruppen.¹³ Ebenfalls zeigt sie nochmals auf, wie sich im beobachteten Zeitraum die versicherte Bevölkerung entwickelt hat. Bezüglich der Entwicklung der Anzahl Neurenten im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Zunahme ab 2018 weitgehend auf einer sprunghaften Zunahme von Renten basierend auf der gemischten Methode sowie einer erhöhten Zunahme von psychisch bedingten Neurenten, insbesondere von psychogenen und milieureaktiven Störungen (Code 646) beruht. Bei der Zunahme der Renten mit Bemessungsgrundlage gemischte Methode wird nicht nach der rentenauslösenden Ursache unterschieden. Hier haben die Analysen gezeigt, dass die Änderung kaum zu grösseren Verschiebungen bezüglich der

¹³ Dazu wurde zunächst unterschieden zwischen Personen mit Bemessungsmethode gemischte Methode (unabhängig von der Invaliditätsursache) und solchen mit anderer Bemessungsmethode. Bei Personen mit anderer Bemessungsmethode wurde anschliessend nach Invaliditätsursache differenziert. Das heisst, wenn nur die Zusammensetzung nach Invaliditätsursache interessiert, müssen die Neurenten nach gemischter Methode den vier verwendeten Kategorien zugeordnet werden. Eine solche Aufteilung ist Abbildung 44 im Anhang zu finden.

Invaliditätsursache geführt hat. Die Zunahmen bei Renten aufgrund Suchterkrankungen sind deutlich, fallen dabei aber kaum ins Gewicht, wie Abbildung 36 verdeutlicht.

Abbildung 36: Zusammensetzung Neurenten nach den definierten Gruppen



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Referenzen

- Baumann, Magali; Jentzsch, Katrin (2021). «Änderungen bei der gemischten Methode: Stand der Dinge». Soziale Sicherheit CHSS, 20. Dezember 2021
- Bollag, Yvonne (2017): Gefahren und Stolperseine bei der Prüfung der Konsistenz. In Riemer-Kafka Gabriela und Marc Hürzeler (Hrsg.): Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren. Zürich – Basel – Genf: Schulthess. 81-104
- BSV (2022). Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV). Erläuternder Bericht (nach Vernehmlassung) vom 3. November 2021. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen
- Jeger, Jörg (2015). Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern. Jusletter 13. Juli 2015
- Jeger, Jörg (2022). BGE 148 V 49: Ist das Bundesgericht rückfällig geworden? Gedanken aus medizinischer Sicht. Jusletter 10. Oktober 2022.
- Gächter, Thomas und Meier, Michael E. (2016). Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge 60(3): 289-321.
- Guggisberg, Jürg und Kaderli, Tabea (2023, noch unveröffentlicht). Aktualisierung Evaluation der Eingliederung: Statistische Analysen IV-Neuanmeldekohorten 2008 bis 2017. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV.
- Hermelink, Monika und Kocher, Ralf (2017). Medizinische Beurteilung und Begutachtung in der IV. Soziale Sicherheit CHSS, 15. Dezember 2017.
- Leuenberger, Ralph; Mauro, Gisella (2018). Änderungen bei der gemischten Methode. Soziale Sicherheit CHSS, 2. März 2018.
- Leuzinger, Susanne (2017). «Invaliditätsbemessung für teilerwerbstätige Versicherte mit Aufgabenbereich». In: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2017. 155–184.
- Meier, Michael E. (2017). Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung. In: In Riemer-Kafka Gabriela und Marc Hürzeler (Hrsg.): Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren. Zürich – Basel – Genf: Schulthess: 105-148
- Meier, Michael E. (2018). Auswirkungen der neuen Schmerzrechtsprechung. In: Weber, Stephan (Hrsg.): Personen-Schaden-Forum 2018. Zürich – Basel – Genf: Schulthess. 63-82.
- Weiss, Marco (2019a). Psychische Beschwerden – Neues aus der Rechtsprechung. Schweizerische Ärztezeitung 100(6):179-181.
- Weiss, Marco (2019b). Neue Rechtslage bei Suchterkrankungen. Schweizerische Ärztezeitung 100(50):1714–1716

Anhang 1: Vergleich und Simulation der gemischten Methode

Für eine erste Einschätzung der möglichen Auswirkungen der gemischten Methode wurden die alte und neue Berechnungsmethode verglichen und eine Simulation durchgeführt. Diese wird nachfolgend dargestellt.

Rechtsgrundlagen vor und nach 1.1.2018:

Gesetzliche Grundlagen (unverändert)

- Art. 28a Abs. 3 IVG: Gemischte Methode
- Art 16 ATSG: Einkommensvergleich, massgeblich für den Erwerbsteil

Konkretisierende Bestimmungen bis 31.12.2017:

- Art. 27^{bis} IVV
- Kreisschreiben über die Invalidität und die Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH (1.1.2015); Abschnitt 4, Rz. 3096 bis 3102)

Konkretisierende Bestimmungen ab 1.1.2018:

- Art. 27^{bis} IVV (geändert)
- Kreisschreiben über die Invalidität und die Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH (1.1.2018); Abschnitt 4, Rz. 3097 bis 3102)

Algebraischer Vergleich der beiden Berechnungsmethoden

Beim Vergleich der beiden Regelungen kann der Aufgabenbereich zunächst ausser Acht gelassen werden, da sich seine Berechnung nicht verändert (angepasst wurde hingegen die Definition: Gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten wurden nicht mehr berücksichtigt, dafür die Pflege und Betreuung von Angehörigen (vgl. Art. 27 IVV). Auch wurde bei der Gewichtung des Aufgabenbereichs das Minimum für die einzelnen Tätigkeiten aufgegeben).

Zu berechnen sind:

- IV-Grad_{alt} Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich nach alter Regelung
- IV-Grad_{neu} Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich nach neuer Regelung

Die in die Berechnung einflussenden Parameter sind die folgenden:

- P_V Erwerbsspensum vor Invalidität (als Dezimalbruch: 100 % = 1)
- V Das in P_V erzielbare Valideneinkommen
- I Das erzielbare Invalideneinkommen

Nach alter Regelung wurde der IV-Grad im Erwerbsteil ermittelt, indem die Einkommenseinbusse (V-I) am Valideneinkommen, das **im Teilzeitpensum** realisiert werden konnte, gemessen wurde. Danach wurde diese mit dem Pensum vor Invalidität P_V gewichtet.

$$\text{IV-Grad}_{\text{alt}} = [(V-I) / V] * P_V$$

Nach neuer Regelung wird zur Ermittlung des IV-Grads im Erwerbsteil die Einkommenseinbusse anders berechnet: Das **Valideneinkommen wird auf ein Vollpensum hochgerechnet**. Dies ergibt sich mathematisch mittels Division des Valideneinkommens durch das Erwerbspensum vor Invalidität (V/P_V). Ansonsten ist die Berechnung unverändert

$$\text{IV-Grad}_{\text{neu}} = [(V/P_V - I) / (V/P_V)] * P_V$$

Als Differenz des neuen und des alten IV-Grads im Erwerbsteil ergibt sich nach mathematischer Umformung:

$$\text{IV-Grad}_{\text{neu}} - \text{IV-Grad}_{\text{alt}} = I/V * P_V * (1-P_V)$$

Der algebraische Vergleich zeigt, dass die Differenz zwischen altem und neuem IV-Grad im Erwerbsbereich einerseits vom Verhältnis des Einkommens vor und nach Eintritt der Invalidität ab, andererseits vom Pensum im Erwerbsbereich. Aus den Formeln für die Differenz und dem Vergleich der alten und neuen Formel lassen sich direkt folgende Folgerungen ableiten:

- $I = 0$: Kann die Person kein Erwerbseinkommen mehr erzielen, unterscheiden sich der alte und der neue IV-Grad im Erwerbsbereich nicht. Die Person ist im Erwerbsbereich zu 100% invalid. Der IV-Grad entspricht genau dem Erwerbspensum.
- $P_V = 1$: Wenn die Person 100% im Erwerbsbereich tätig war und somit gar nicht im Aufgabenbereich, ergibt sich keine Differenz ($1-P_V = 0$). Der Invaliditätsgrad entspricht nach alter und neuer Formel jenem des normalen Einkommensvergleichs $(V-I)/V$. Gemischte Methode und Einkommensvergleich «verschmelzen»
- $P_V = 0$: Wenn die Person gar nicht erwerbstätig ist, wird der IV-Grad im Erwerbsteil nach alter und neuer Methode = 0. Die gemischte Methode verschmilzt somit mit dem Betätigungsvergleich für nicht erwerbstätige Personen, da der IV-Grad einzig vom Aufgabenbereich abhängt.
- $P_V = 0.5$: Wenn die Person je hälftig im Erwerbs- und im Aufgabenbereich tätig ist, ist der Unterschied (bei konstantem Wert von I/V) zwischen den beiden Methoden am grössten, weil $P_V * (1-P_V) = 0.5^2 = 0.25$ wird.

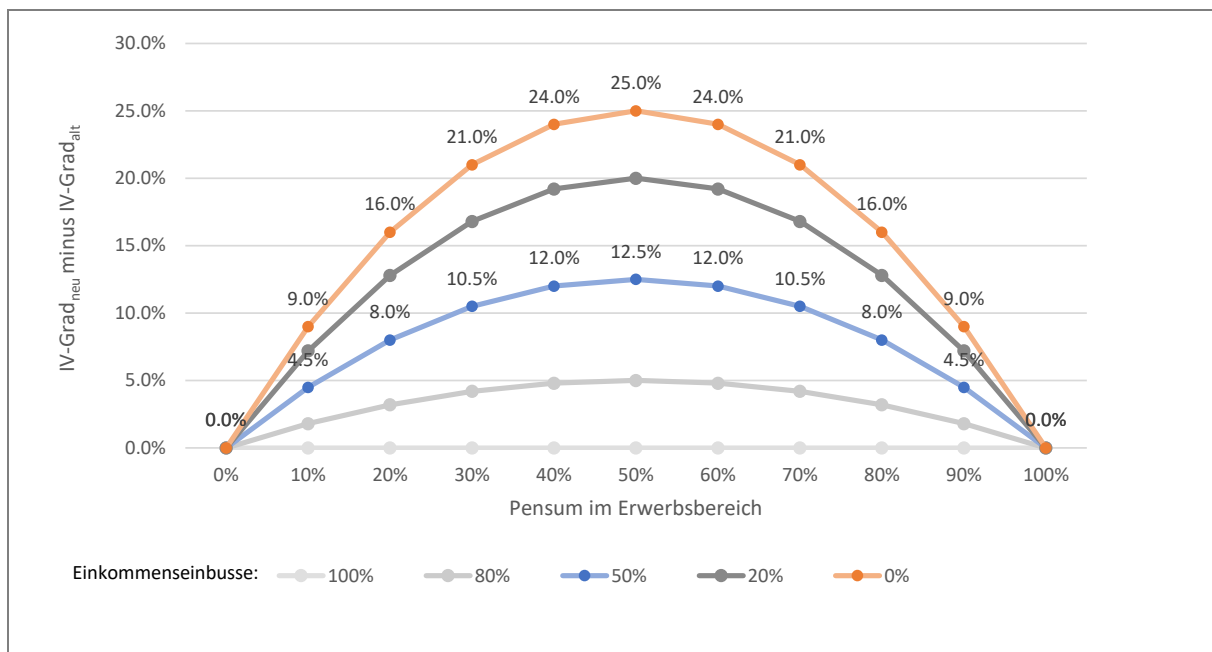
- $I = V$: Wenn die versicherte Person weiterhin das gleiche Einkommen erzielen könnte, so unterscheiden sich die alte und die neue Methode am stärksten. Das scheint paradox, ist aber genau der Gedanke hinter der Änderung. Wenn eine Person schon ohne Invalidität aus anderen Gründen nur 60% gearbeitet hat, nun jedoch aufgrund der Invalidität z.B. nur noch maximal 60% (im gleichen Beruf) arbeiten kann, so wird dem Invaliditätsgrad das hypothetische Valideneinkommen bei einem 100%-Pensum zugrunde gelegt.

Simulation der Auswirkungen

In der Simulation wird berechnet, wie stark sich der IV-Grad nach alter und neuer Berechnungsmethode unterscheidet. Die Simulation geht davon aus, dass die Invalidität im Aufgabenbereich konstant ist.

Die Differenz zwischen altem und neuem IV-Grad hängt gemäss der algebraischen Herleitung einerseits vom Verhältnis des Einkommens vor und nach Eintritt der Invalidität ab (Einkommenseinbusse), andererseits vom Pensum im Erwerbsbereich. Die Auswirkungen veranschaulicht Abbildung 37.

Abbildung 37: Differenz des IV-Grads bei unterschiedlichen Pensen und Einkommenseinbussen



Quelle: Eigene Darstellung. Lesehilfe blaue Kurve: Die Person erzielt mit ihrer Einschränkung im Teilzeitpensum 50% weniger Einkommen als ohne Einschränkung. Wenn sie zu 10% erwerbstätig ist, wird ihr IV-Grad nach der neuen gemischten Methode 5% höher ausfallen als nach der alten Methode. Im 20%-Pensum beträgt die Differenz 8%, etc..

Die Abbildung zeigt zwei Regelmässigkeiten:

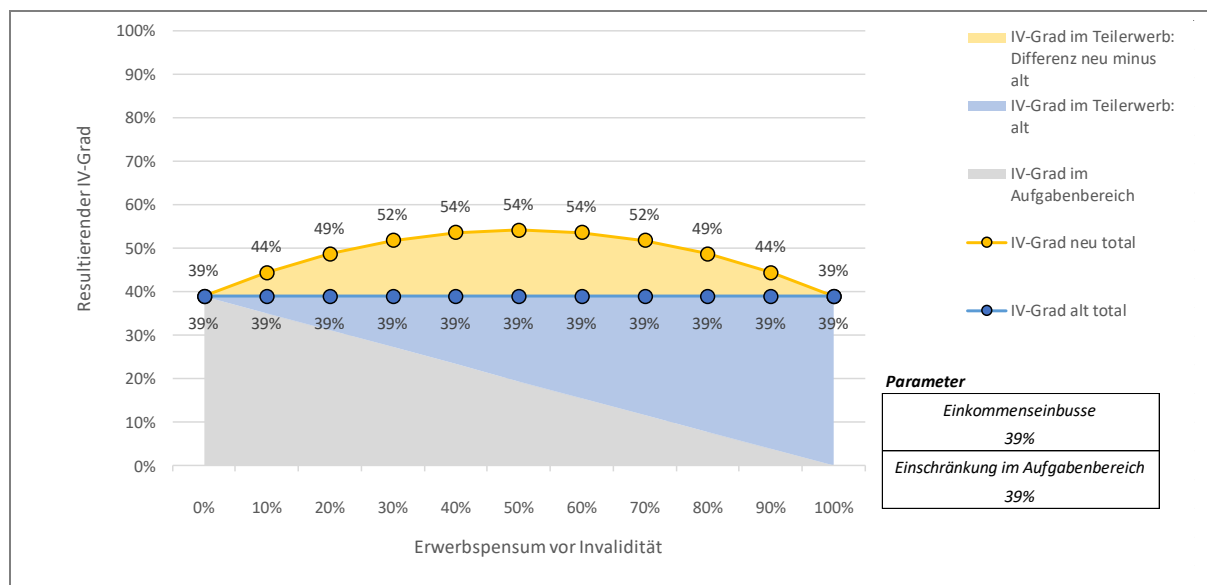
- Je näher das Pensum im Erwerbsbereich bei 50% liegt, desto stärker wirkt sich die neue Methode aus. Bei niedrigen oder hohen Erwerbspensen wirkt sie sich schwächer aus als bei mittleren.

- Zudem wirkt sie sich umso stärker aus, je geringer die faktische Erwerbseinbusse aufgrund dem (nun invaliditätsbedingt erzwungenen) Teilzeitpensum gegenüber dem vorher (nicht auf 100% hochgerechneten) Einkommen ist. Eine Reduktion der Erwerbsfähigkeit kann sich im übrigen nicht nur durch eine invaliditätsbedingt erzwungene Reduktion des Pensums ergeben, sondern auch, wenn eine Person in gleichem Pensum arbeitet, aber in der angepassten Tätigkeit weniger verdienen kann.

Die maximale Differenz ergibt sich somit, wenn die versicherte Person 50% gearbeitet hat und de facto keine Einkommenseinbusse hat, aber nun invaliditätsbedingt nicht mehr verdienen kann; vgl. orange Linie). Dann liegt der IV-Grad im Erwerbsbereich 25% höher, nämlich bei 25% statt 0%. Damit die Person den Anspruch auf eine Viertelsrente erfüllt, müsste allerdings aus dem Aufgabenbereich, der ebenfalls 50% Gewicht hat, mindestens ein IV-Grad von 30% resultieren ($30\% \cdot 0.5 = 15\%$).

Die konkreten Auswirkungen auf die Berentung hängen aufgrund der geltenden Rentenschwellen auch vom Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich ab: Abbildung 38 veranschaulicht beispielhaft mögliche Auswirkungen auf die Berentung bei einer Person, die im Aufgabenbereich 39% invalid ist und im Erwerbsbereich nach alter Berechnung eine Einkommenseinbusse von ebenfalls 39% hat. Nach altem Recht wäre sie somit unabhängig vom Erwerbspensum vor ihrer Invalidität knapp nicht berentet worden. Nach neuem Recht liegt der resultierende IV-Grad bei Pensen ab 10% bis 90% über der Eintrittsschwelle von 40% und beträgt im Maximum 54%. Bei einem Erwerbspensum von 20 bis 60% resultierte für eine solche Person 2018 ein Rentensprung von einer Viertels- auf eine halbe Rente.

Abbildung 38: IV-Grad nach alter und neuer Berechnung, Beispiel



Darstellung Büro Vatter. Das Beispiel zeigt, wie sich der IV-Grad nach alter und neuer Methode unterscheidet (y-Achse; gelbe vs. blaue Wertpunkte), wenn die invaliditätsbedingte Einkommenseinbusse 39% und der der prozentuale Anteil der Einschränkungen im Aufgabenbereich ebenfalls 39% beträgt. Der Unterschied ist abhängig vom tatsächlichen Erwerbspensum der Person vor Invalidität (x-Achse).

Anhang 2: Ergänzende statistische Auswertungen

Tabelle 12: Entwicklung Neuanmeldequote, 2012-2020, nach IV-Stelle

IV-Stelle	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
A	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%
B	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%
C	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%
D	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.2%	1.2%
E	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%
F	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%
G	1.1%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.2%	1.3%
H	0.6%	0.7%	0.7%	0.9%	0.8%	0.9%	0.8%	0.9%	0.9%
I	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.0%
J	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%
K	1.2%	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	1.4%	1.3%	1.4%	1.4%
L	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.3%	1.2%
M	0.7%	0.8%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%
N	0.7%	0.7%	0.8%	0.7%	0.6%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%
O	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.2%	1.2%
P	0.8%	0.7%	0.6%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%
Q	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.1%	1.4%	1.3%	1.3%	1.4%
R	0.9%	1.0%	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.1%	0.9%	1.0%
S	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.1%	1.2%	1.2%
T	1.0%	0.9%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%
U	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	1.0%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%
V	0.8%	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%
W	0.9%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%
X	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.0%
Y	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.2%
Z	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.2%	1.1%	1.1%	1.1%	1.2%

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Tabelle 13: Entwicklung Neurenten, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach IV-Stelle und Invaliditätsursache

IV-Stelle	Invaliditätsursache	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	psychische Erkrankung	1.0 ‰	1.0 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰
B	psychische Erkrankung	1.2 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.4 ‰	1.7 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.4 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰
C	psychische Erkrankung	1.1 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.1 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.3 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰
D	psychische Erkrankung	1.5 ‰	1.2 ‰	1.2 ‰	1.1 ‰	1.4 ‰	1.0 ‰	1.4 ‰	2.1 ‰	1.5 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.9 ‰	1.6 ‰
E	psychische Erkrankung	0.9 ‰	0.7 ‰	1.0 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰
F	psychische Erkrankung	1.8 ‰	1.7 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰	2.0 ‰	2.2 ‰	2.4 ‰	2.4 ‰	2.5 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.4 ‰	1.5 ‰	1.8 ‰	1.4 ‰	1.7 ‰	1.5 ‰	2.0 ‰	1.6 ‰	1.8 ‰

G	psychische Erkrankung	1.2 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.7 ‰	1.4 ‰	1.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	2.1 ‰	1.8 ‰	2.1 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰	2.0 ‰	1.9 ‰	1.9 ‰
H	psychische Erkrankung	0.7 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.5 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.4 ‰	1.3 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰	0.9 ‰	1.8 ‰	1.0 ‰	1.4 ‰	1.0 ‰
I	psychische Erkrankung	1.3 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.3 ‰	1.7 ‰	1.9 ‰	1.7 ‰	1.9 ‰	2.0 ‰
	andere Invaliditätsursache	2.1 ‰	1.7 ‰	1.8 ‰	1.6 ‰	2.2 ‰	2.4 ‰	2.1 ‰	2.2 ‰	2.1 ‰
J	psychische Erkrankung	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.3 ‰	1.4 ‰	1.2 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰
K	psychische Erkrankung	1.2 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.0 ‰	1.5 ‰	1.9 ‰	1.8 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰
	andere Invaliditätsursache	2.3 ‰	2.3 ‰	2.1 ‰	1.6 ‰	1.9 ‰	1.9 ‰	2.1 ‰	2.1 ‰	2.5 ‰
L	psychische Erkrankung	1.3 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.9 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.8 ‰	2.0 ‰	2.0 ‰	2.1 ‰	2.0 ‰	2.0 ‰	2.0 ‰	2.2 ‰
M	psychische Erkrankung	0.8 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰
	andere Invaliditätsursache	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰	1.1 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰
N	psychische Erkrankung	0.4 ‰	0.9 ‰	0.4 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰	0.1 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	1.0 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.1 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.6 ‰	1.1 ‰	1.3 ‰	0.7 ‰	1.5 ‰	0.9 ‰
O	psychische Erkrankung	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.0 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	2.1 ‰	1.4 ‰	1.9 ‰	2.5 ‰	1.4 ‰	2.7 ‰	2.0 ‰	1.6 ‰	2.1 ‰
P	psychische Erkrankung	0.7 ‰	0.8 ‰	1.1 ‰	1.3 ‰	0.4 ‰	0.6 ‰	1.0 ‰	0.7 ‰	1.1 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.1 ‰	1.2 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.0 ‰	1.5 ‰	1.2 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰
Q	psychische Erkrankung	1.5 ‰	1.5 ‰	1.8 ‰	2.0 ‰	1.8 ‰	2.2 ‰	2.0 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.8 ‰	2.0 ‰	1.7 ‰	2.1 ‰	2.0 ‰	2.3 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰
R	psychische Erkrankung	1.3 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	0.8 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.4 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	0.9 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰
S	psychische Erkrankung	1.4 ‰	1.6 ‰	1.2 ‰	1.2 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰	2.2 ‰	2.0 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.7 ‰	1.7 ‰	1.7 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	2.0 ‰	1.8 ‰	2.0 ‰	1.7 ‰
T	psychische Erkrankung	0.7 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.4 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.2 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰
U	psychische Erkrankung	1.2 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰	1.9 ‰	2.1 ‰	1.7 ‰	1.7 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.3 ‰	1.4 ‰	1.3 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰	1.9 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰
V	psychische Erkrankung	0.8 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.0 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.6 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.7 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰
W	psychische Erkrankung	1.4 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰	2.0 ‰	2.0 ‰	2.4 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.4 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰
X	psychische Erkrankung	0.4 ‰	1.2 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	0.5 ‰	1.5 ‰	1.1 ‰	0.8 ‰	0.4 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.5 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	2.0 ‰	1.9 ‰	2.1 ‰	1.4 ‰	0.6 ‰
Y	psychische Erkrankung	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.8 ‰	1.5 ‰	1.8 ‰	1.7 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.3 ‰	1.9 ‰	1.8 ‰
Z	psychische Erkrankung	0.8 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	1.1 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.6 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.4 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰	1.8 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	2.0 ‰
Schweiz gesamt	psychische Erkrankung	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.5 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Tabelle 14: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Altersgruppe

Altersgruppe	Invaliditätsursache	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
18-34	psychische Erkrankung	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.1 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰
	andere Invaliditätsursache	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰
35-49	psychische Erkrankung	1.0 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.3 ‰
	andere Invaliditätsursache	0.9 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰
50-63/64	psychische Erkrankung	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.8 ‰
	andere Invaliditätsursache	3.2 ‰	3.2 ‰	3.2 ‰	3.2 ‰	3.4 ‰	3.5 ‰	3.4 ‰	3.4 ‰	3.6 ‰

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Tabelle 15: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Geschlecht

Geschlecht	Invaliditätsursache	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Mann	psychische Erkrankung	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.8 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰	1.9 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰
Frau	psychische Erkrankung	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.4 ‰	1.6 ‰
	andere Invaliditätsursache	1.3 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Tabelle 16: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach Sprachregion

Sprachregion	Invaliditätsursache	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Deutschschweiz	psychische Erkrankung	1.0 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰
Deutschschweiz	andere Invaliditätsursache	1.5 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰
lateinische Schweiz	psychische Erkrankung	1.3 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.7 ‰	1.7 ‰	1.7 ‰	1.9 ‰
lateinische Schweiz	andere Invaliditätsursache	1.6 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.6 ‰	1.7 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.8 ‰	1.9 ‰

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

Tabelle 17: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, detailliert, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, nach IV-Stelle

IV-Stelle	Invaliditätsursache	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	Code 646	0.5 ‰	0.5 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰
B	Code 646	0.4 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.8 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰
C	Code 646	0.6 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.4 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰
D	Code 646	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.9 ‰	0.7 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.9 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.9 ‰	1.2 ‰	0.7 ‰
E	Code 646	0.4 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.4 ‰	0.4 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.6 ‰
F	Code 646	1.0 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.5 ‰	1.4 ‰	1.7 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.7 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰
G	Code 646	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.7 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰	0.7 ‰	0.9 ‰
H	Code 646	0.1 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.1 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.5 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.1 ‰	0.5 ‰	0.8 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰
I	Code 646	0.2 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰
	andere psy. Erkrankungen	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.1 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.5 ‰	1.6 ‰	1.6 ‰
J	Code 646	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.6 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.2 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰
K	Code 646	0.6 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.4 ‰	0.7 ‰	1.1 ‰	1.0 ‰	1.0 ‰	0.9 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰
L	Code 646	0.5 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	0.9 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.8 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.9 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰
M	Code 646	0.4 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.3 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰
N	Code 646	0.3 ‰	0.2 ‰	0.0 ‰	0.3 ‰	0.7 ‰	0.1 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.6 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.1 ‰	0.7 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.0 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰
O	Code 646	0.6 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.2 ‰	0.4 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰
P	Code 646	0.7 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.8 ‰	0.2 ‰	0.4 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.7 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.1 ‰	0.2 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.2 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰
Q	Code 646	0.7 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.1 ‰	1.2 ‰	1.4 ‰	1.2 ‰	0.9 ‰	0.9 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.8 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.8 ‰	0.8 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰
R	Code 646	0.7 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.6 ‰	0.4 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.1 ‰	0.1 ‰	0.2 ‰
S	Code 646	0.8 ‰	1.0 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.9 ‰	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.5 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.9 ‰	0.7 ‰
T	Code 646	0.3 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.7 ‰

	andere psy. Erkrankungen	0.3 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰
U	Code 646	0.6 ‰	0.7 ‰	0.9 ‰	1.1 ‰	1.0 ‰	1.3 ‰	1.4 ‰	1.1 ‰	1.1 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰
V	Code 646	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.6 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.5 ‰	0.4 ‰	0.2 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰
W	Code 646	0.8 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰	1.0 ‰	1.2 ‰	1.3 ‰	1.6 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰
X	Code 646	0.3 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.2 ‰	0.1 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.2 ‰	0.6 ‰	0.3 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰	1.0 ‰	0.6 ‰	0.5 ‰	0.3 ‰
Y	Code 646	0.6 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰
Z	Code 646	0.4 ‰	0.3 ‰	0.3 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	1.0 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.4 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰	0.4 ‰	0.4 ‰	0.5 ‰
Schweiz gesamt	Code 646	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.5 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰	0.8 ‰
	andere psy. Erkrankungen	0.6 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.6 ‰	0.7 ‰	0.7 ‰

Quelle: IV-Registerdaten BSV, versicherte Bevölkerung BSV. Berechnung BASS

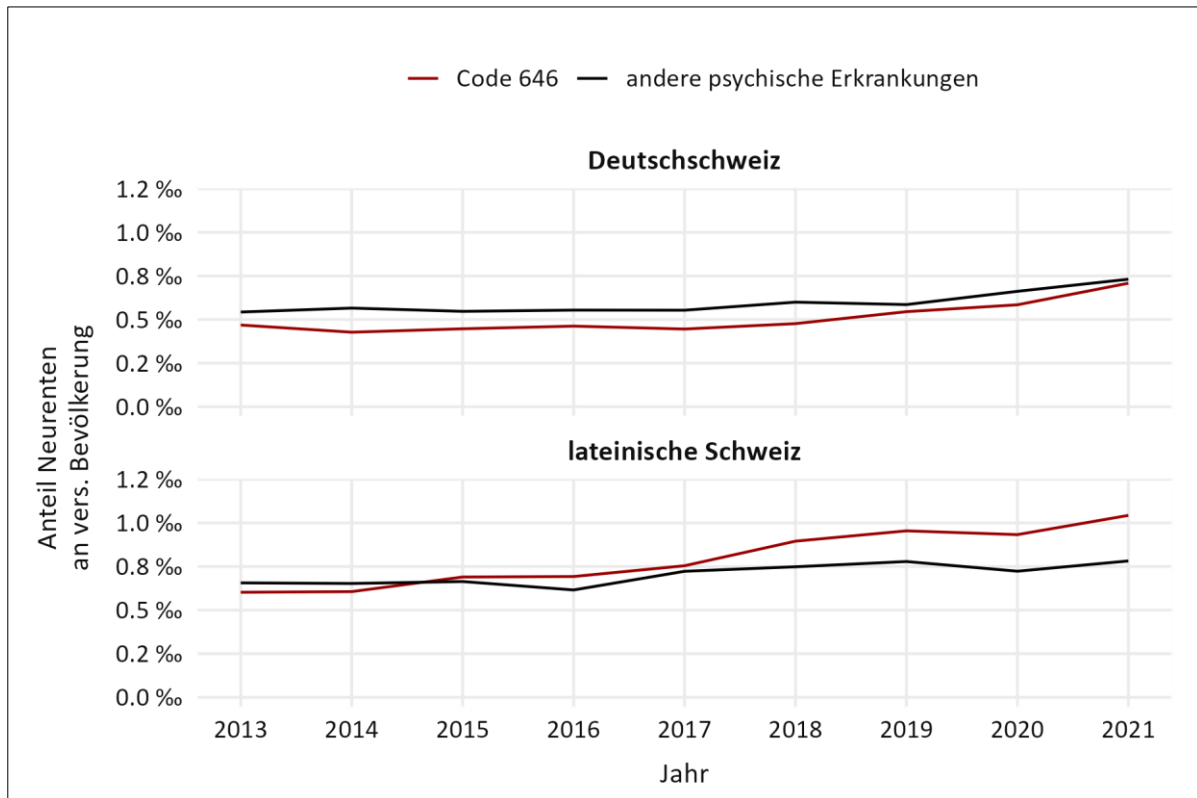
Tabelle 18: Charakteristika Neurentenbeziehende, psychische Erkrankungen (ohne Sucht), 2015 und 2021

Variable	2015	2021
	N = 5'821 ¹	N = 8'440 ¹
Alter	41 (43)	41 (42)
Geschlecht		
Mann	2'909 (50%)	4'167 (49%)
Frau	2'912 (50%)	4'273 (51%)
Erwerbstätigkeit		
nicht erwerbstätig	4'182 (72%)	6'339 (75%)
erwerbstätig	1'639 (28%)	2'101 (25%)
Nationalität		
Schweiz	4'574 (79%)	6'362 (75%)
EU/EFTA	692 (12%)	1'172 (14%)
Drittstaaten	555 (9.5%)	906 (11%)
Sprachregion		
Deutschschweiz	3'588 (62%)	5'383 (65%)
lateinische Schweiz	2'169 (38%)	2'929 (35%)
keine Angabe	64	128
Gemeindetyp		
Städtisch	4'084 (71%)	5'882 (71%)
Agglomeration	985 (17%)	1'469 (18%)
Ländlich	688 (12%)	961 (12%)
keine Angabe	64	128
Einkommenskategorie (t-1)		
nicht erwerbstätig, keine IV und keine ALE	3'842 (66%)	5'837 (69%)
ALE	466 (8.0%)	697 (8.3%)
bis 3'000 Franken/Mt. Erwerbseinkommen (keine IV/ALE)	1'121 (19%)	1'376 (16%)
mehr als 3'000 Franken/Mt. Erwerbseinkommen (keine IV/ALE)	392 (6.7%)	530 (6.3%)
Gebrechscode		
641	665 (11%)	734 (8.7%)
642	537 (9.2%)	772 (9.1%)
643	125 (2.1%)	126 (1.5%)
644	376 (6.5%)	316 (3.7%)
645	467 (8.0%)	917 (11%)
646	2'745 (47%)	4'391 (52%)
649	906 (16%)	1'184 (14%)
Zivilstand		
ledig	3'040 (53%)	4'710 (56%)
verheiratet	1'571 (27%)	2'015 (24%)
verwitwet	83 (1.4%)	95 (1.1%)
geschieden	1'095 (19%)	1'579 (19%)
keine Angabe	32	41

Haushaltstyp		
Einpersonen-HH	1'773 (33%)	2'902 (37%)
Zweipersonen-HH	1'305 (24%)	1'908 (24%)
Mehrpersonen-HH	1'225 (23%)	1'579 (20%)
Eineltern-HH, K u18	180 (3.3%)	264 (3.3%)
Familien-HH, K u18	423 (7.8%)	623 (7.9%)
Mehrpersonen-HH, K u18	521 (9.6%)	646 (8.2%)
keine Angabe	394	518
medizinisches Gutachten innerhalb 3 Jahren vor Rentenzusprache		
kein med. Gutachten	3'801 (65%)	4'985 (59%)
med. Gutachten	2'020 (35%)	3'455 (41%)

Anmerkungen: ¹ Durchschnitt (Median); n (%). Quelle: IV-Registerdaten BSV, IK-Registerdaten ZAS, Statpop BSV. Berechnung BASS

Abbildung 39: Entwicklung Neurenten aufgrund psychischer Erkrankung, relativ zu versicherter Bevölkerung, 2013-2021, detailliert nach Sprachregion



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASSTabelle 19: Regressionsresultate Sucht: Wahrscheinlichkeit bei Erhalt Neurente, dass diese aufgrund einer Suchterkrankung gesprochen wird

Variable	Rente aufgrund Suchterkrankung			
	Logit-Koeff.	OR	SE	p-Wert
Alter	0.020	1.020	0.002	0.000
Geschlecht (Ref: Mann)				
Frau	-0.924	0.397	0.065	0.000
Nationalität (Ref: Schweiz)				
EU/EFTA	-0.210	0.811	0.083	0.012
Drittstaaten	-0.572	0.564	0.118	0.000
Sprachregion (Ref: Deutschschweiz)				
Lateinische Schweiz	-0.639	0.528	0.165	0.000
Jahr (Ref: 2015)				
2013	0.061	1.063	0.138	0.661
2014	0.092	1.096	0.137	0.503
2016	0.038	1.039	0.138	0.784
2017	-0.283	0.753	0.147	0.055
2018	-0.158	0.854	0.141	0.263
2019	-0.283	0.754	0.146	0.053
2020	0.568	1.765	0.120	0.000
2021	1.097	2.994	0.111	0.000
Fixed-Effects:				
IV-Stelle				Ja
Standardfehler			Heteroskedast.-rob.	
Beobachtungen				132'629
Squared Cor.				0.116
Pseudo R2				0.088
BIC				166'581.1

Anmerkungen: logistische Regression, abhängige Variable: Neurente aufgrund Suchterkrankung ja/nein. p-Werte < 0.05 sind hervorgehoben.

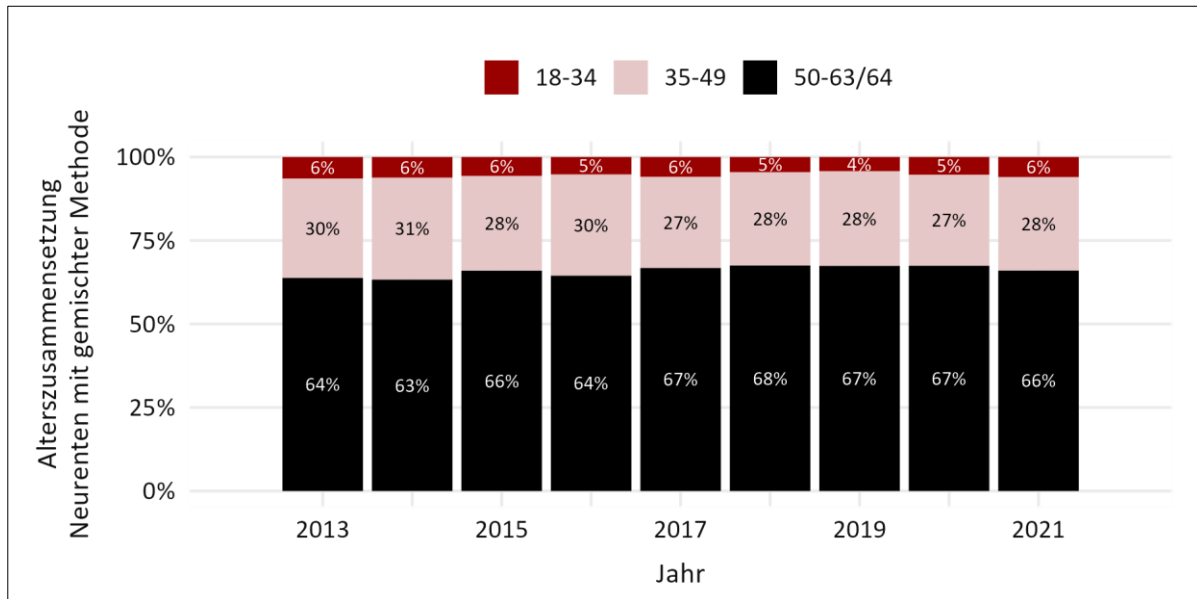
Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

Tabelle 20: Entwicklung Anteil Neurenten mit Bemessungsmethode gemischte Methode, 2013-2021, je IV-Stelle

IV-Stelle	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	7.0%	7.9%	9.0%	5.6%	6.6%	9.8%	8.0%	7.9%	9.5%
B	9.8%	8.6%	7.2%	6.8%	5.5%	11.0%	7.8%	6.9%	7.8%
C	8.7%	8.5%	10.3%	9.4%	8.9%	9.7%	13.8%	13.5%	9.0%
D	10.3%	11.8%	7.5%	11.3%	4.6%	8.3%	5.5%	11.7%	12.1%
E	12.6%	7.7%	12.9%	9.4%	7.6%	10.1%	14.3%	13.7%	13.6%
F	9.9%	13.0%	6.9%	8.7%	13.2%	18.1%	16.9%	16.6%	17.6%
G	10.8%	11.1%	7.9%	9.9%	10.4%	16.5%	14.1%	13.2%	12.6%
H	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
I	7.7%	5.9%	6.7%	6.2%	7.3%	10.8%	9.2%	10.4%	9.8%
J	10.3%	11.0%	10.1%	10.2%	9.9%	12.2%	10.4%	9.1%	16.4%
K	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
L	7.3%	7.3%	6.8%	8.1%	9.4%	15.0%	14.7%	14.1%	11.3%
M	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
N	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
O	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
P	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
Q	10.5%	4.3%	9.9%	12.2%	8.9%	11.4%	18.4%	12.7%	16.9%
R	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
S	9.5%	11.7%	11.5%	8.0%	8.0%	12.5%	15.0%	13.8%	13.8%
T	19.4%	15.1%	17.5%	16.1%	16.1%	20.5%	19.8%	21.2%	20.6%
U	10.0%	7.6%	8.5%	9.6%	6.9%	12.3%	14.4%	12.1%	11.8%
V	11.0%	11.6%	5.7%	11.1%	9.9%	11.5%	13.0%	13.4%	16.9%
W	8.1%	9.0%	9.0%	9.6%	5.9%	10.9%	9.6%	10.9%	8.8%
X	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)	(.)
Y	16.5%	11.8%	11.6%	9.1%	10.2%	14.2%	11.0%	12.5%	12.2%
Z	12.1%	9.3%	11.7%	11.3%	11.9%	15.5%	15.3%	12.5%	15.5%

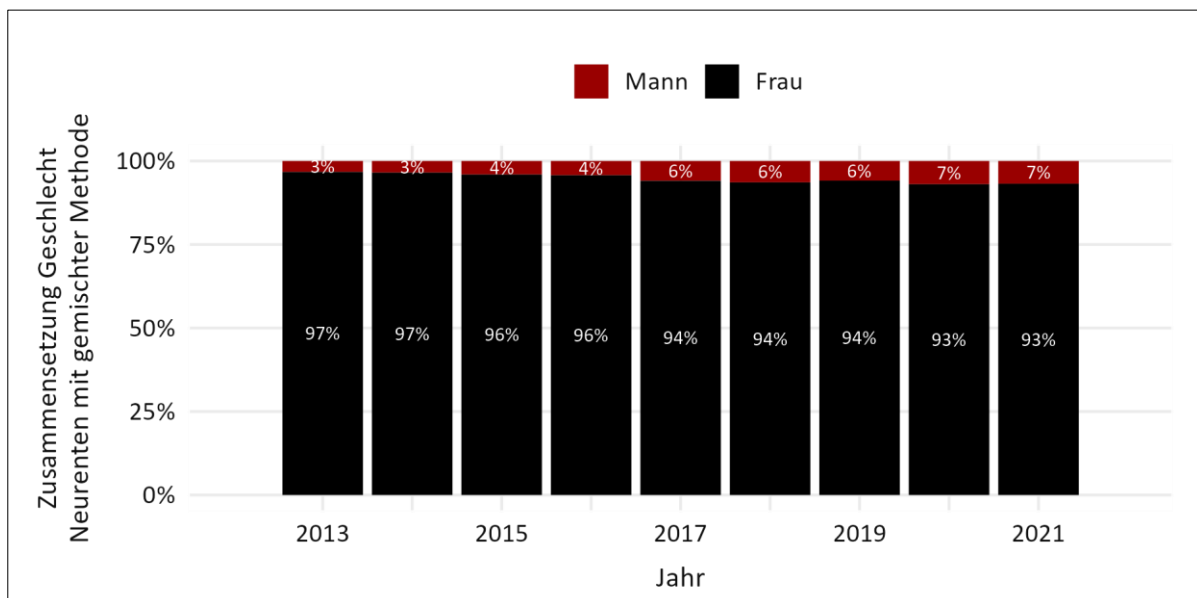
Anmerkung: (.) IV-Stellen mit weniger als 100 Neurenten pro Jahr werden nicht dargestellt. Es werden nur IV-Stellen gezeigt, für welche die Entwicklung vollständig abgebildet werden kann. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Abbildung 40: Alterszusammensetzung der Personen mit Neurente, Bemessungsmethode gemischte Methode



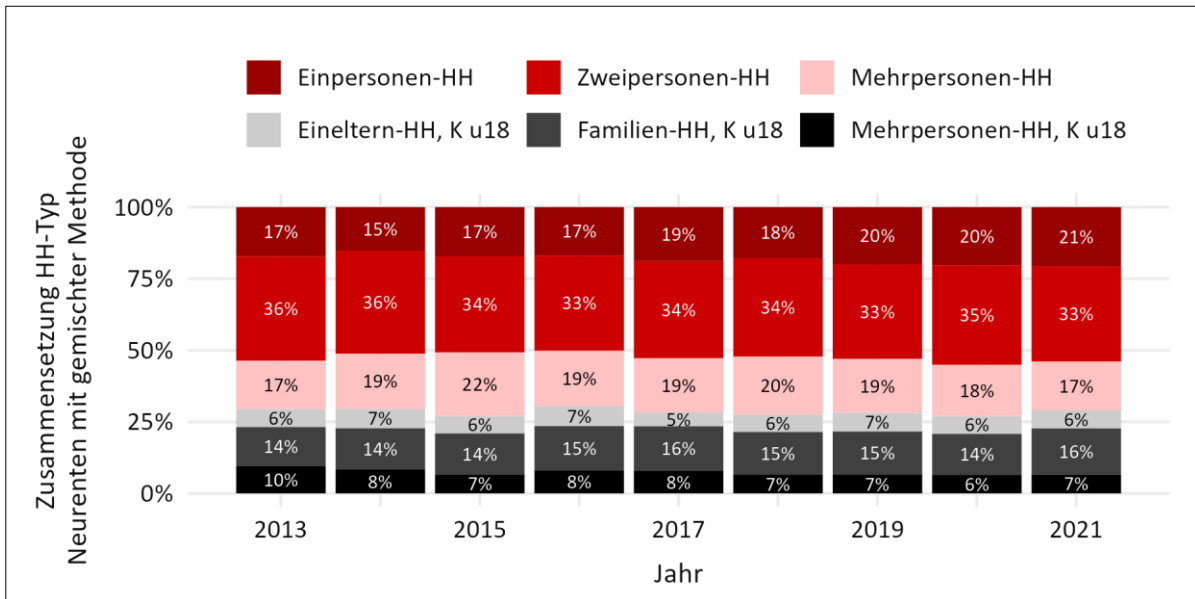
Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Abbildung 41: Zusammensetzung Geschlecht, Personen mit Neurente, Bemessungsmethode gemischte Methode



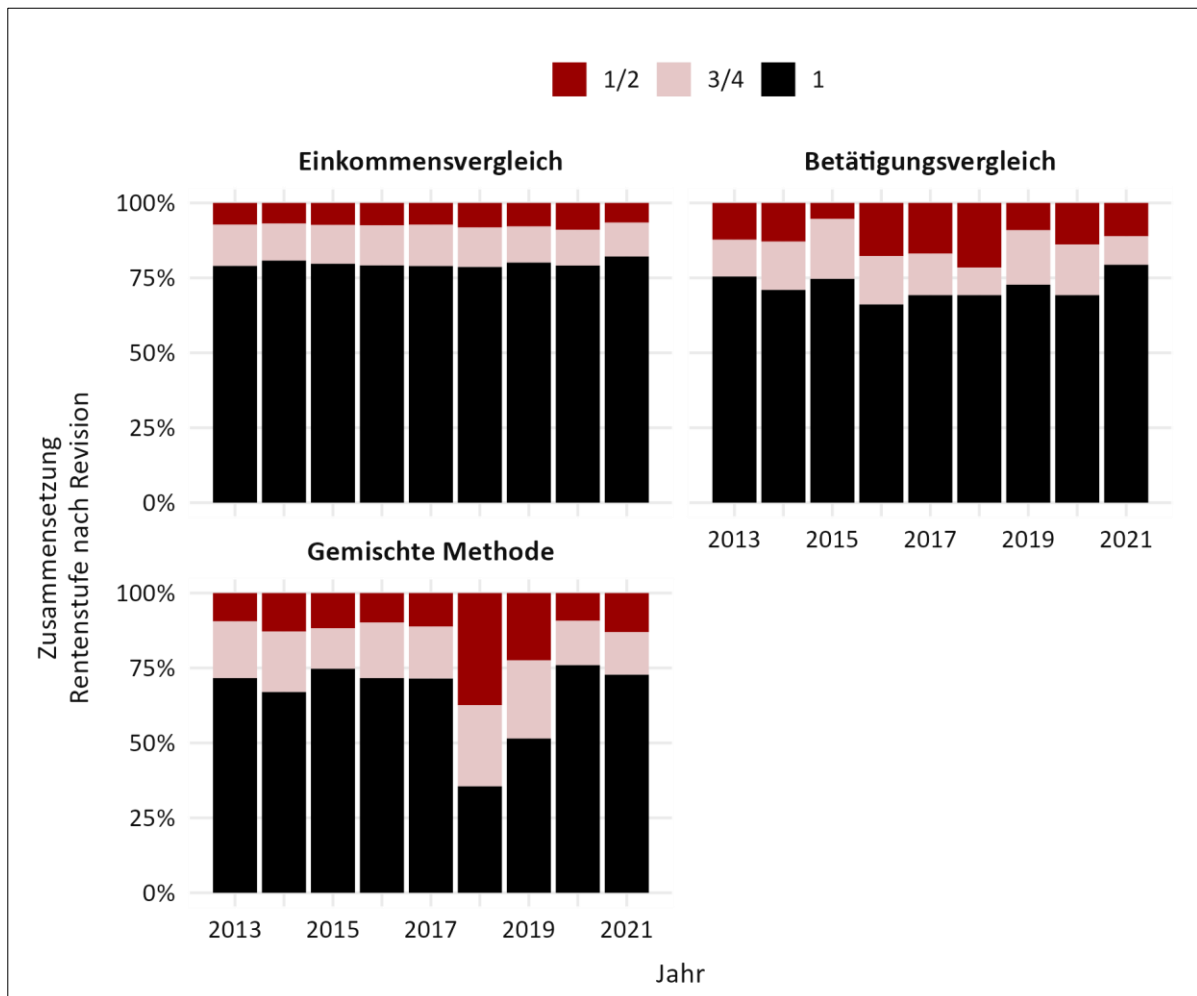
Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Abbildung 42: Haushaltstyp der Personen mit Neurenten, Bemessungsmethode gemischte Methode



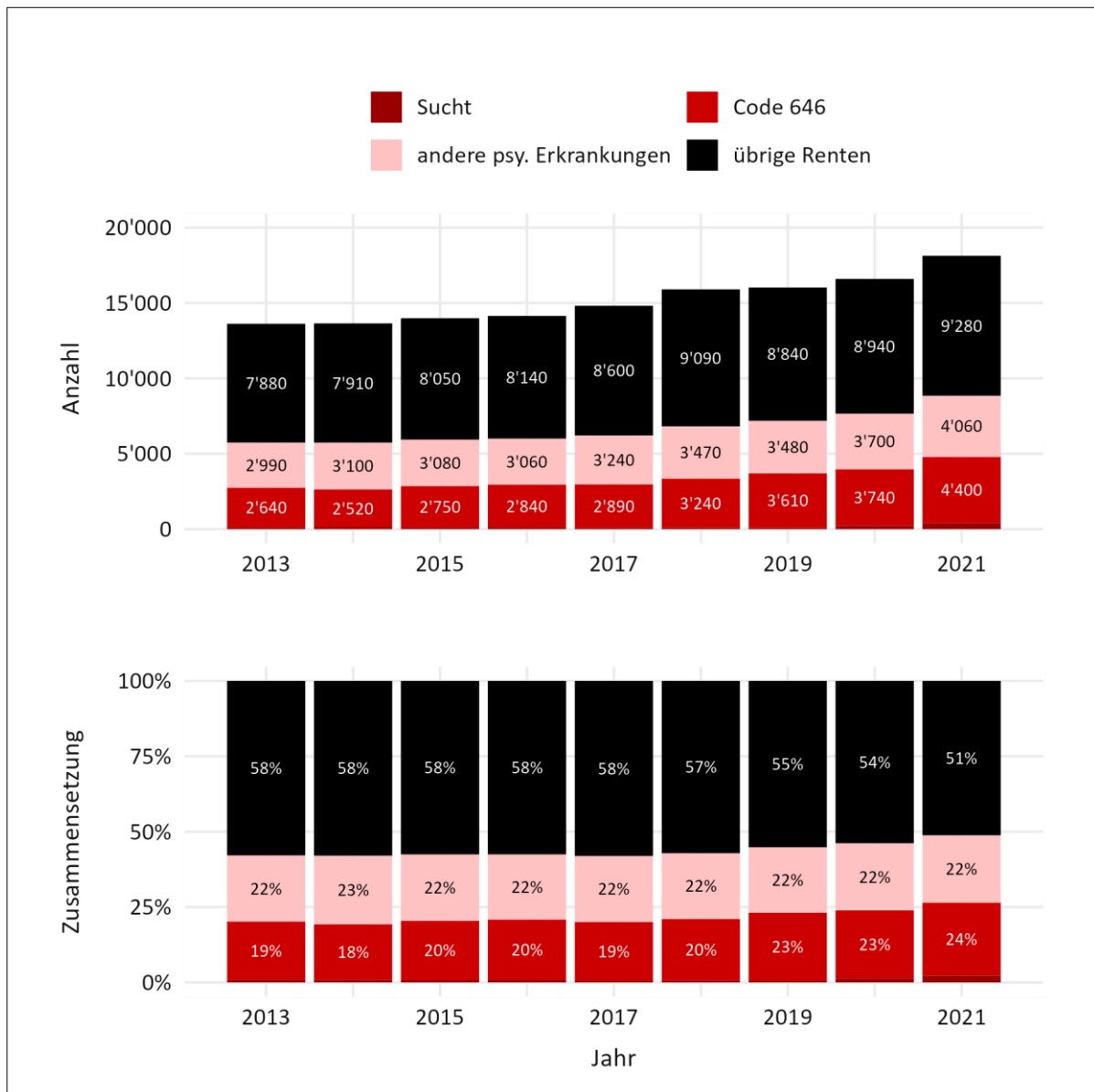
Quelle: IV-Registerdaten BSV, Statpop BFS. Berechnung BASS

Abbildung 43: Revisionen mit Erhöhung Rentenstufe, Rentenstufe nach Revision, 2013-2021



Anmerkungen: Sonderfälle sind nicht einzeln dargestellt, da die Anzahl Beobachtungen je nach Jahr zu gering ist. Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Abbildung 44: Zusammensetzung Neurenten nach Invaliditätsursache



Quelle: IV-Registerdaten BSV. Berechnung BASS

Anhang 3: Beschreibung der Fallbeispiele

Die aufgrund der IV-Dossiers analysierten Fallbeispiele können hinsichtlich der Auswirkungen der geänderten Rechtsprechung auf den Rentenentscheid wie folgt zusammengefasst werden.

Beispiel 1 (Mann, 42, IV-Stelle B)

Vorgeschichte bis Anmeldung (April 2010): Kadermitarbeiter, psychosomatische Beschwerden nach einem 2009 erlittenen Gewaltdelikt.

Erster Rentenentscheid (April 2015) – keine Rente: Noch unter der alten Rechtsprechung wird das Leistungsgesuch nach gescheiterten Eingliederungsbemühungen im Frühjahr 2015 abgelehnt. Dessen verschiedene psychischen und psychosomatischen Beschwerden seien remittiert, nicht erklärbar, therapeutisch noch angehbar oder überwindbar. Aus dem geregelten Tagesablauf, den sozialen Kontakten und den Freizeitaktivitäten schliesst die IV-Stelle, dass der Versicherte genügend Ressourcen habe, um seine Einschränkungen zu überwinden.

Kantonales Gericht (März 2016) – Rückweisung: Aufgrund einer Beschwerde beurteilt das kantonale Gericht den Fall 2016 und wendet dabei das strukturierte Beweisverfahren an. Es stimmt dem Rechtsdienst der IV-Stelle bei, dass das eingeholte Verlaufsgutachten nicht schlüssig sei. Es kritisiert aber verschiedene Schlussfolgerungen der IV-Stelle: Die durchgängig in den medizinischen Unterlagen attestierte Arbeitsunfähigkeit könne nicht einzig aufgrund des im Jahr 2013 festgestellten Alltagsgeschehens negiert werden; auch die Berichte der Eingliederungsfachpersonen der IV-Stelle wiesen auf dauerhafte Leistungseinbussen hin; ausserdem erlaube die Behandelbarkeit des Leidens an sich noch keinen Rückschluss auf die invalidisierende Wirkung. Das Gericht weist den Fall zurück an die IV-Stelle zu vertieften Abklärungen.

Zweiter Rentenentscheid (März 2018) – Ganze IV-Rente rückwirkend ab 2010: Die IV-Stelle hat ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. In den Unterlagen (Feststellungsblatt, Entscheid) zeigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Indikatoren, die zu teils markant andere Einschätzungen als beim ersten Entscheid führt. Als Diagnose gilt eine nicht näher somatoforme Schmerzstörung, wobei das Kopfweh im Vordergrund steht:

- Komplexe Gesundheitsschädigung und Persönlichkeit: Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Versicherten wird erklärt, weshalb sich in diesem Fall ein Ereignis wie der Überfall so stark auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und keine Verarbeitung der Unfallfolgen gelingt, sondern der Schmerz chronifiziert.
- Sozialer Kontext: Dieser wird neu als belastend beschrieben, v.a. weil die Lebenssituation nach dem Auftreten der Unfallfolgen im Vergleich zu vorher stark eingeschränkt sei.
- Konsistenz: Im Alltagsbeschrieb werden nicht nur Aktivitäten beschrieben, sondern auch Grenzen aufgezeigt. Dieser Alltag wird nun nicht mehr als Inkonsistenz ausgelegt.
- Eingliederungsresistenz: Die gescheiterten Eingliederungsversuche werden in diesem Entscheid als Beleg für die nicht aufbaubare Arbeitsfähigkeit herangezogen.

Fazit: In diesem Fall führt die umfassend vorgenommene Indikatorenprüfung gemäss strukturiertem Beweisverfahren zu einer umfassenden Neubeurteilung des Falles. Es erfolgt eine detailliertere und ergebnisoffene Prüfung. Besonders deutlich hervor tritt hier die Loslösung von einer eher «diagnoseorientierten» Rentenprüfung zu einer, welche die individuellen Folgen des Gesundheitsschadens in den Vordergrund rückt: Dies zeigt sich insbesondere an der differenzierten Analyse der Persönlichkeitsstruktur und ihrer negativen Auswirkungen auf die Verarbeitung des erlittenen Gewaltdelikts. Auffallend ist weiter, dass der Alltag für die Konsistenzprüfung differenziert beschrieben und beurteilt wird, und auch die Berücksichtigung der gescheiterten Eingliederungsbemühungen.

Beispiel 2 (Frau, 39, IV-Stelle B)

Vorgeschichte bis Anmeldung (Februar 2012): Hilfsarbeiterin in einer Fabrik. Am Anfang steht ein Arbeitsunfall, in dessen Folge die versicherte Person über Beschwerden klagt. Sie verliert ihre Arbeitsstelle. Somatisierungsstörung und depressive Episode, später weitere Diagnosen.

Erster Rentenentscheid der IV-Stelle (September 2013) - Ablehnung: Die IV-Stelle lehnt das Leistungsgesuch aufgrund der Überwindbarkeitsvermutung und der Förster-Kriterien ab. Während die behandelnden Ärzte die Depression als schwer bezeichnen, ist sie gemäss Einschätzung des RAD bloss mittelschwer. Beide

Beschwerdebilder gälten als überwindbar und es sei nur ausnahmsweise von einer Unüberwindbarkeit auszugehen. Da die mittelgradige depressive Episode ein vorübergehendes Leiden sei, könne sie nicht als Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Ausprägung anerkannt werden. Auch die weiteren Förster-Kriterien, welche es rechtfertigen, von der Überwindbarkeitsvermutung abzuweichen, sind laut IV-Stelle nicht erfüllt: Einerseits liege kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor, denn die Versicherte kümmere sich um ihre Kinder und gehe nach draussen. Weiter pflege sie soziale Kontakte und könne in die Ferien verreisen. Auch seien die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft.

Urteil Sozialversicherungsgericht (März 2015) – Abweisung der Beschwerde: Auch das Gericht beurteilt den Fall noch nach der alten Rechtsprechung: Die Diagnose des RAD einer nicht schweren, sondern bloss mittelgradigen depressiven Episode trifft gemäss dem Gericht zu. Zudem sei diese behandelbar. Auch bezüglich der Somatisierungsstörung stützt das Gericht die Argumentation der IV-Stelle vollumfänglich.

Urteil Bundesgericht (März 2016) – Abweisung der Beschwerde: Dieser Gerichtsentscheid erfolgt nach dem Leiturteil BG 141 V 281. Die Diagnose gemäss der IV-Stelle wird nicht als «offensichtlich unrichtig» beurteilt und folglich akzeptiert (eingeschränkte Kognition). Das Bundesgericht taxiert getreu seiner bisherigen Rechtsprechung die mittelschwere depressive Episode als therapeutisch angebar. Angesichts des Fehlens einer konsequent durchgeführten Depressionstherapie wird eine invalidisierende Wirkung verneint. Das Gericht äussert sich auch kurz zur Somatisierungsstörung, obwohl sich die Beschwerde dazu gar nicht mehr äussert. Es verneint deren Invalidisierungswirkung auch im Lichte seines Leiturteils BGE 141 V 281. Angesichts der in den Akten beschriebenen Inkonsistenzen und Aggravationstendenzen fehle ein «stimmiges Gesamtbild».

Erneute Anmeldung (März 2017) - Nichteintretensentscheid (Oktober 2017): Die IV-Stelle tritt nach Konsultation des RAD nicht auf das Begehren ein. Die geltend gemachte Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands sei nicht gegeben.

Erneute Anmeldung (Dezember 2020) - Ablehnung (März 2023): Die IV-Stelle erachtet diesmal in den Arztberichten geltend gemachten Verschlechterungen als nachvollziehbar und tritt auf das Gesuch ein. Im Rahmen der Abklärungen wird auch ein Gutachten eingeholt. Zur Somatisierungsstörung und zur mittelgradigen Depression, die inzwischen chronifiziert ist, kommen eine Gonarthrose und weitere somatische Beschwerden hinzu. Das Begehren wird jedoch aus folgenden Gründen abgewiesen: Nach wie vor finde keine leitliniengerechte Behandlung statt, auch nehme die versicherte Person gemäss Laborbefunden die verordneten Medikamente nicht wie verordnet ein, was auf einen fehlenden Leidensdruck hinweise. Aus psychiatrischer Sicht liegen eine erheblich selbstlimitierende Grundhaltung sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn vor. Auch zeigten sich eine Reihe von Inkonsistenzen (Mahlzeiten zubereiten, leichte Haushaltstätigkeiten, Autofahren) – im Alltag zeige sich somit keine starke Einschränkung.

Fazit: Sowohl unter alter als auch unter neuer Rechtsprechung wird die Rente abgelehnt. Auch nachdem eine Verschlechterung zunächst plausibel scheint, schliesst die IV nach neuer Rechtsprechung aufgrund sehr ähnlicher Gründe wie unter der alten Rechtsprechung eine Arbeitsunfähigkeit aus: Fehlen einer leitliniengerechten Behandlung und mangelhafte Medikamenteneinnahme, eine selbstlimitierende Grundhaltung, Inkonsistenzen und ein sekundärer Krankheitsgewinn. Auffallend ist weiter, dass die mittelgradige Depression noch unter der alten Überwindbarkeitsrechtsprechung nicht als Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Ausprägung anerkannt wurde. Durchgängig wird auch in den späteren Entscheiden ihre invalidisierende Wirkung verneint, weil sie nicht konsequent behandelt wird.

Beispiel 3: Frau, 33, IV-Stelle G (erster Entscheid andere IV-Stelle)

Vorgeschichte bis Anmeldung (Dezember 2013): Die versicherte Person schliesst die obligatorischen Schulen ab. Lehrabbruch, danach ein Berufsvorbereitungsjahr und mehrere Praktika. Div. Stellen (Verkauf, Gastro, Kinderbetreuerin), auch Ausbildung als Hundetrainerin und Inhaberin einer eigenen Hundeschule. Angefangene Ausbildung mit dem Ziel Erwachsenenmaturität. Verheiratet. Die Frau leidet seit ihrer Kindheit immer wieder an depressiven Phasen; Vergewaltigung als Teenager, in der Folge mehrfach psychotisch anmutende Zustände, mehrere stationäre psychiatrische Behandlungen; Suizidversuche. Zuletzt auch ambulante psychiatrische Behandlung (schon während des IV-Verfahrens). Zuvor keine dauerhafte ambulante Behandlung. Diagnosen (gemäss erstem Gutachten von 2016: Rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode) und komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit aktuell geringgradiger Symptomatik.

Verfahrensverlauf bis Rentenentscheid: Aufgrund einer eigenen psychiatrischen Untersuchung attestiert der RAD einen Anspruch auf Berufsberatung und erstmalige berufliche Ausbildung, schätzt die Belastbarkeit um 50%, wobei aufgrund der zu erwartenden Inkonstanz deutliche Abweichungen möglich seien. Empfohlen wird auch

eine medizinische Behandlung. Die IV-Stelle holt ein Gutachten ein. Darauf gestützt kommt die IV-Stelle zum Schluss, dass die Frau grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen (Arbeitsunfähigkeit von 30% in angepasster Tätigkeit). Die IV-Stelle auferlegt im Juni 2016 zur Schadenminderung (und zur Unterstützung der Eingliederung) eine ambulante psychiatrische Behandlung (Therapie, Medikamente). Die Frau befolgt die Auflage nicht, worauf die IV-Stelle die berufliche Massnahme ablehnt und auch den Rentenentscheid fällt.

Erster Rentenentscheid der IV-Stelle (März 2017) – Ablehnung: Die Ablehnung aufgrund des strukturierten Beweisverfahrens wird detailliert begründet:

- Funktioneller Schweregrad der Diagnose wird als geringgradig beurteilt.
- Komorbiditäten werden nicht festgestellt.
- Behandlungs- und Eingliederungserfolg und -resistenz: Es fehle eine regelmässige und konsequente ambulante Behandlung und medikamentöse Therapie.
- Persönlichkeit: Die IV-Stelle attestiert der versicherten Person ungünstige Voraussetzungen für den Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls und einer Selbstsicherheit: Dies habe zusammen mit depressiven Phasen das Fussfassen im Beruf erschwert und zu Stellenabbrüchen geführt. Es liege jedoch keine Persönlichkeitsstörung vor.
- Sozialer Kontext: Wird insgesamt als stützend beschrieben (stabiles Familiensystem und eine ebensolche Beziehung; Spazieren mit dem Hund und Hüten von vier Kindern einmal pro Woche ganztags).
- Aktivitätsniveau: Dieses sei nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt. Erwähnt werden neben den vorher genannten Aktivitäten: Erledigen des Haushalts, eine begonnene Erwachsenenmatur, Ausbildung zur Hundetrainerin, Fotografieren sowie Autofahren und die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel. Ein sozialer Rückzug sei lediglich in depressiven Phasen zu beobachten.
- Leidensdruck: Wird als nicht andauernd hoch beschrieben: keine andauernde regelmässige konsequente fachärztliche Behandlung.

In Bezug auf die Depression stützt sich der ablehnende Entscheid zudem auf die damals geltende Rechtsprechung des Bundesgerichts (Therapieresistenz – kein Rentenanspruch): Die depressive Störung sei zeitweise durch psychosoziale Faktoren beeinflusst und eine konsequente Depressionstherapie sei in der Vergangenheit nicht durchgeführt worden. Deshalb könne keine Therapieresistenz attestiert werden

Erneute Anmeldung (Februar 2018) und rückwirkende, aber befristete Rentenzusprache (November 2019): Die IV-Stelle anerkennt, dass die versicherte Person vorübergehend aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands invalid (bis Juli 2019) war; diese wird als schwere psychische Dekompensation beschrieben. In dieser Phase war die versicherte Person auch zeitweise in stationärer Behandlung. Nach diesem Zeitraum sei jedoch wieder der ursprüngliche Zustand eingetreten oder habe sich sogar verbessert: Die psychische Störung sei remittiert, die von der versicherten Person geltend gemachten «erheblichen Einbrüche» seien nicht dauerhaft. Der Entscheid geht zusammenfassend auf die weiteren Indikatoren ein. Dabei wird im Wesentlichen das gleiche Bild gezeichnet wie beim ersten Rentenentscheid.

Fazit: Alle im Dossier vorliegenden Rentenentscheide basieren auf dem strukturierten Beweisverfahren. Die Begründung der ablehnenden Rentenentscheide orientiert sich systematisch an den Indikatoren, die Feststellungen werden begründet und das Gesamtbild scheint eindeutig. Der Fall zeigt zwei Facetten, die gemäss den Gesprächen zur Rentenprüfung bei psychischen Gebrechen/Depressionen als typisch beschrieben wurden und oftmals einer Berentung im Weg stehen

- Nicht rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit: Im ersten Verfahren attestiert die IV-Stelle eine gewisse Einschränkung, die aber nicht rentenbegründend ist.
- Auflagen zur Schadenminderung: die IV-Stelle auferlegt auch eine Schadenminderung, weil sie die Behandlungsmöglichkeiten als noch nicht ausgeschöpft erachtet. Im vorliegenden Beispiel nimmt die versicherte Person nicht teil, so dass es auch nicht zu beruflichen Massnahmen kommt.
- Schwankender Zustand: Die Beschwerden werden als nicht dauerhaft und schwankend beurteilt; im konkreten Fall zeigt sich jedoch im zweiten Verfahren eine Phase, die lange genug andauert, um rückwirkend eine Rente zuzusprechen. Auch diese ist jedoch nur befristet.
-

Beispiel 4: Mann, 31 (IV-Stelle A)

Vorgeschichte bis Anmeldung (Dezember 2010): Die versicherte Person ist ungelernt und arbeitet als Gemüse-rüster und befristet als Unterhaltsarbeiter. Diagnosen rezidivierende depressive Störung (zum Begutachtungszeitpunkt mittelgradige Episode); leichte kognitive Störung, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren.

Erster IV-Entscheid (Juli 2012) - Ablehnung aufgrund Eingliederung: Aufgrund einer beruflichen Abklärung kann der Mann ab März 2012 erneut als Magaziner/Rüstarbeiter in einem 100%-Pensum angestellt werden. Es werden Einarbeitungszuschüsse zugesichert. Das Arbeitsverhältnis wird nach kurzer Zeit aufgelöst. Im Juni 2012 wurde eine neue Stelle gefunden. Daher wurden im Juli 2012 berufliche Massnahmen und eine IV-Rente abgewiesen.

Erneute Anmeldung (November 2012) und Begutachtung (Dezember 2013): Aufgrund der gleichen Beeinträchtigungen reicht der Versicherte erneut ein Gesuch ein. Der RAD geht in einer ersten Einschätzung davon aus, dass bis auf weiteres keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vorliege. Die IV-Stelle übernimmt diese Sicht und lehnt berufliche Massnahmen ab. Im Rahmen der Rentenprüfung wird ein polydisziplinäres Gutachten durchgeführt. Das Gutachten attestiert in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50-60%. Rückfragen der IV-Stelle an die Gutachterstellen zielen u.a. darauf ab, zu klären, inwieweit die Arbeitseinschränkung auf somatische Ursachen zurückzuführen ist oder inwieweit diese auszuschliessen ist. Die IV-Stelle führt eine Besprechung mit dem Rechtsdienst durch.

Rentenentscheid der IV-Stelle (Juli 2014) - Ablehnung: Die Person sei 100% arbeitsfähig. Die IV-Stelle begründet das Abweichen vom Gutachten rein rechtlich, den Beweiswert des Gutachtens bezweifelt sie nicht. Nach Einschätzung des Rechtsdiensts ist eine organische Ursache zu verneinen; der Gesundheitsschaden ist somit nach dem Leiturteil BGE 130 V 352 (Überwindbarkeit; Förster-Kriterien) zu beurteilen. Das Vorliegen einer Komorbidität wird verneint: Die Depression wird in der Folge unter Berufung auf die damalige bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht als Komorbidität, sondern in (engem) Zusammenhang mit dem Schmerzleiden stehend beurteilt (siehe auch KSIH 2015; Rz. 1017.2). Das gleiche gelte für die kognitive Funktionsstörung ohne somatische Ursache.

Gerichtsurteil (Dezember 2016) – Ganze Rente bis Januar 2014, danach halbe Rente: Somit war das Leiturteil vom BGE 141 V 218 massgeblich. Noch bevor das Gericht auf diesen Leitentscheid eingeht, hebt es den IV-Entscheid aus: Es handle sich um eine eigenständige Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es stützt die Sicht des Gutachtens, wonach bereits die Depression und das neuropsychologisch nachgewiesenen kognitiven Defizite die vom Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50% bewirke. Die somatoforme Schmerzstörung (welche die IV-Stelle ins Zentrum ihrer Ablehnung aufgrund der Förster-Kriterien stellt), sei somit unerheblich.

Das Gericht geht danach summarisch auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 ein. Dem Gutachten wird attestiert, eine konsistente und umfassende Prüfung der Handicaps, der Funktionen/Ressourcen und der Alltagsaktivitäten vorgenommen zu haben. Diese Abklärung habe nur geringe Ressourcen und diverse erhebliche Handicaps ergeben. Es bestünden keine Hinweise auf Inkonsistenzen oder auf aggravatorisches Verhalten, letzteres werde umgekehrt als nicht beobachtbar beschrieben. Auch die Behandlung psychische Erkrankung sei (gestützt auf Blutuntersuchungen) als genügend taxiert worden (Therapieresistenz/Leidensdruck).

Aufgrund der bis September 2013 teilweise durchgeführten stationären und teilstationären Behandlungen geht das Gericht für diesen Zeitraum von einer vollen Arbeitsunfähigkeit und einer ganzen Rente aus, danach von einer halben Rente. Die IV-Stelle wird mit der Verfügung in diesem Sinne beauftragt.

Fazit: Der Fall veranschaulicht eindrücklich eine Kluft zwischen der gutachterlichen Sicht und der rechtlichen Perspektive im Zeitraum vor dem strukturierten Beweisverfahren: Die Prüfung des Rentenanspruchs fokussiert zunächst auf die Frage, ob die Schmerzen eine somatische Ursache haben. Nachdem dies ausgeschlossen ist, kommen die Überwindbarkeitsvermutung und die Förster-Kriterien zum Tragen (BGE 130 V 352). Die IV-Stelle anerkennt die Depression (anders als später das Gericht) nicht als eigenständige Komorbidität. Chronische körperliche Begleiterkrankungen werden ausgeschlossen. Auch die Kriterien des sozialen Rückzugs, des primären Krankheitsgewinns und des Behandlungsverlaufs werden nicht als erfüllt betrachtet.

Das Gericht entscheidet erst nach dem Leiturteil von 2015 zu den psychosomatischen Gebrechen. Es kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob das Gericht die Beschwerde nicht auch schon nach altem Recht gutgeheissen hätte, weil es die schwere Depression und die kognitive Beeinträchtigung als invalidisierend anerkennt. Diesbezüglich führt es die Indikatorenprüfung summarisch durch und schliesst angesichts der Einschränkungen, der gegebenen Konsistenz im Verhalten und der Behandlungsresistenz auf einen Rentenanspruch.

Beispiel 5: Mann, 61 (IV-Stelle G)

Vorgeschichte bis Anmeldung (Dezember 2010): Der Versicherte wird mit 19 Jahren drogenabhängig und bleibt danach abhängig von verschiedenen Substanzen. Lehrabbruch, nicht existenzsichernde Teilzeitarbeit. Mehrere vergebliche Entzugsversuche und Langzeittherapie. Er ist zunächst in einem Methadon-, danach in einem Hero-inprogramm. Später gelingt eine schrittweise Umstellung auf eine Substitutionstherapie. Er scheidet trotz Eingliederungsbemühungen des regionalen Arbeitsvermittlungszentrum früh aus dem ersten Arbeitsmarkt aus. Letzter Versuch der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt 2009 gescheitert. Seit 2012 arbeitet er teilzeitlich an einem geschützten Arbeitsplatz. Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung wird er von der Sozialhilfe unterstützt.

Diagnosen gemäss RAD: Alle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hängen direkt mit der Substanzabhängigkeit zusammen: Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom (F11.22); Störung durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom (F13.2); Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (F12.2); Schädlicher Gebrauch von Kokain (F14.1)

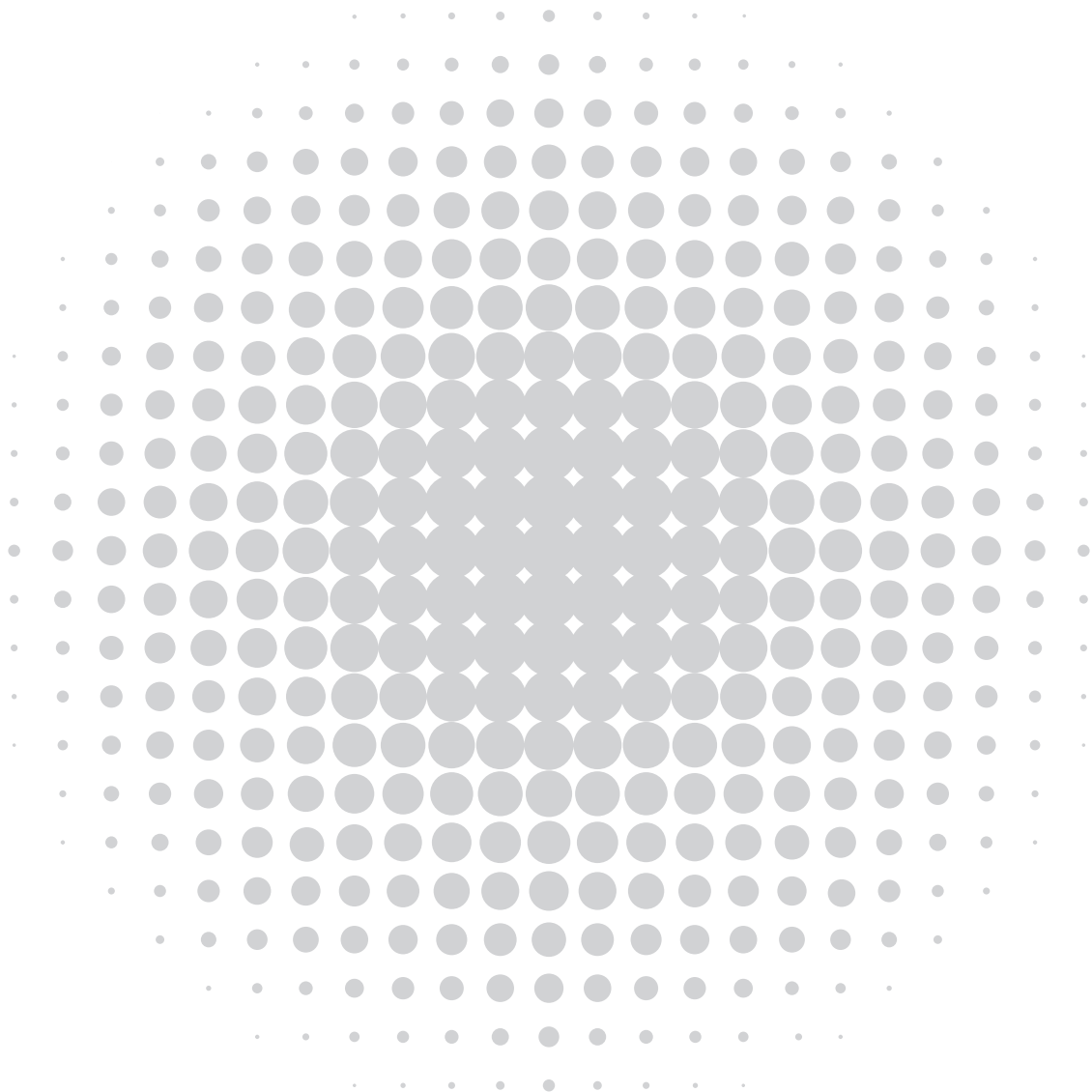
Anmeldung (Januar 2022) bis Leistungsentscheid der IV-Stelle (Oktober 2022) – Zusprache einer ganzen Rente: Es handelt sich um eine Erstanmeldung. Die IV-Stelle holt div. Arztberichte ein. Hierauf bittet sie den RAD um Stellungnahme.

Der Entscheid der IV-Stelle stützt sich im Wesentlichen auf die Einschätzung des RAD ab. Dieser wiederum basiert primär auf dem Arztbericht der psychiatrischen Klinik, bei welcher der Versicherte seit Jahren ambulant im Substitutionsprogramm ist. Die Stellungnahme des RAD beurteilt darauf gestützt die Indikatoren:

- **Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome:** Hier wird im Wesentlichen die Anamnese (Dauerhafte Abhängigkeit, gescheiterte Arbeitsmarktintegration und gescheiterte Therapiebemühungen) zusammengefasst. Die Therapiecompliance wird als ausgewiesen bezeichnet.
- **Eingliederungserfolg beziehungsweise -resistenz:** Hier werden die gescheiterten Eingliederungsversuche des RAV und die aktuelle Beschäftigung im zweiten Arbeitsmarkt beschrieben. Es wird eine maximale Belastbarkeit von 50% nur unter optimalen Bedingungen im geschützten Rahmen ausgewiesen.
- **Komorbiditäten:** werden erwähnt (Rezidivierende Depressionen, die aber die Diagnosekriterien einer depressiven Störung nicht erfüllen; behandelte Hepatitis C, Leberzirrhose)
- **Persönlichkeitsstruktur:** Aktuell «emotionale Verflachung» mit einem Verlust der kognitiven Flexibilität, eine Abnahme der persönlichen Interessen und Aktivitäten, die zu einem immer einfacheren, gleichförmigeren und überschaubareren Alltag führt.
- **Sozialer Kontext:** Seit Behandlungsbeginn sozial isoliert. Beziehungen nur zur Mutter, ihrem Lebenspartner und ihrer Schwester und zu den professionellen Personen des Helfernetzwerks.
- **Konsistenz:** Gleichmässige Einschränkungen in allen Lebensbereichen: immer gleichförmigerer Alltag, zunehmende Unflexibilität im Handeln, Denken und Fühlen ausserhalb der Alltagsroutine; zunehmende Überforderung in ungewohnten Situationen und in zwischenmenschlichen Konfliktsituationen. Der Leidensdruck ist behandlungsanamnestisch und eingliederungsanamnestisch ausgewiesen: Verweis auf Eingliederungsbemühungen, bei zuverlässiger Teilnahme und auch therapeutische Compliance.

Der RAD kommt zum Schluss, die Einschränkung sei zweifelsfrei ausgewiesen. Aktuell keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Vor Erreichen des Rentenalters sei eine solche auch nicht zu erwarten.

Fazit: Es handelt sich um einen sehr klaren Fall von jahrelanger Abhängigkeit und gescheiterten Entzugsversuchen. Gesundheitliche Folgeerscheinungen der Suchterkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsmarktfähigkeit liegen nicht vor. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass dieser Versicherte bei einem Leistungsgesuch vor dem Leiturteil des Bundesgerichts zur Substanzabhängigkeit keinen Anspruch auf eine Rente gehabt hätte. Der Fall war unumstritten, weil trotz einem wiederholten aktiven Bemühen des Versicherten weder die Sucht überwunden noch eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt gelang. Entsprechend kurz dauerte das Verfahren. Die Rente wurde einzig gestützt auf Berichte der behandelnden Ärzte zugesprochen.



bsv.admin.ch

