



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

*Invalidenversicherung:
Europäische
Entwicklungstendenzen
zur Invalidität im Erwerbsalter*

Band 2 (Länderprofile)

Forschungsbericht Nr. 8/99

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

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

Autoren: Aarts, Leo J.M. (Niederlande)
Baldaci, Emanuelle (Italien)
Dahl, Sverre (Norwegen)
De Jong, Phillip R. (Niederlande)
De Santis, Gustavo (Italien)
Hansen, Hans-Tore (Norwegen)
Kruse, Agneta (Schweden)
Viebrok, Holger (Deutschland)
Wörister, Karl (Österreich)

Auskünfte: Bruno Nydegger Lory
Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern
Tel. 031 322 90 38
Fax 031 324 06 87
E-mail: bruno.nydegger@bsv.admin.ch

ISBN: 3-905340-00-3 (Band 1)
3-905340-01-1 (Band 2)

Copyright: Bundesamt für Sozialversicherung
CH-3003 Bern

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

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

Bestellnummer: [318.010.8/99 d](#)

***Invalidenversicherung:
Europäische
Entwicklungstendenzen zur
Invalidität im Erwerbsalter***

Band 2

Länderprofile für Deutschland, Italien, die Niederlande*,
Norwegen*, Österreich und Schweden* und tabellarische
Vergleichsindikatoren

Ergänzungen zum Synthesebericht (Band 1)

* Übersetzungen aus dem Englischen

Oktober 1999

**INVALIDENVERSICHERUNG:
EUROPÄISCHE ENTWICKLUNGSTENDENZEN
ZUR INVALIDITÄT IM ERWERBSALTER**

Christopher Prinz (Projektleiter)

Eva Thalhammer (Projektassistentin)

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

INHALTSVERZEICHNIS

BAND 1: Vergleichende Synthese der Trends und Maßnahmen in der Invalidenversicherung seit 1970 sowie deren Ursachen und Wirkungen in Deutschland, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden und der Schweiz	
1. Zum Stellenwert der Invalidenversicherung	1
1.1 Analytischer Rahmen	1
1.2 Alternative Pfade aus dem Erwerbsleben	4
1.3 Der Invaliditätspfad.....	8
2. Methodische Aspekte	11
2.1 Auswahl der Länder	11
2.2 Inhalt der Länderprofile	11
2.3 Vergleichsindikatoren.....	12
2.4 Begriffsabgrenzungen.....	13
3. Ausgewählte Invalidenversicherungssysteme im Vergleich.....	15
3.1 Charakteristik der Invalidenversicherungssysteme	15
3.2 Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungssystemen	31
4. Reformtendenzen in den letzten zwei Jahrzehnten	39
4.1 Reformen in der Invalidenversicherung	39
4.2 Reformen in anderen Sozialversicherungsbereichen.....	48
4.3 Zusammenhänge zwischen Invalidität, Arbeitslosigkeit und Demographie	49
5. Länderbezogene Zusammenfassungen der Ursachen und Wirkungen.....	56
5.1 Entwicklungen in Deutschland	56
5.2 Entwicklungen in Italien	58
5.3 Entwicklungen in den Niederlanden.....	60
5.4 Entwicklungen in Norwegen.....	62
5.5 Entwicklungen in Österreich.....	63
5.6 Entwicklungen in Schweden	65

6.	Besonderheiten der Entwicklungen in der Schweiz	71
6.1	Invaliditätsniveaus und deren Entwicklung	71
6.2	Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität	72
6.3	Abgrenzung Invalidenversicherung – Unfallversicherung – berufliche Vorsorge	77
6.4	Sonstige Aufgaben und Ausgaben der Invalidenversicherung	78
7.	Optionen einer adäquaten Invalidenversicherung	83
7.1	Allgemeine Handlungsoptionen	83
7.2	Ein Kurzresümee über die Schweizer Invalidenversicherung	89
8.	Zitierte Literatur	93

BAND 2: Länderprofile

Ergänzungen zum Bericht ‚Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter‘

Anhang 1.	Länderberichte für Deutschland, Italien, die Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden (teilweise Übersetzungen aus dem Englischen)	
	Länderbericht Deutschland	1
	Länderbericht Italien	25
	Länderbericht Niederlande	43
	Länderbericht Norwegen	59
	Länderbericht Österreich	83
	Länderbericht Schweden	105
Anhang 2.	Vergleichsindikatoren zur Beschreibung der Entwicklungstendenzen in der Invalidenversicherung von 1970 bis 1997 (Tabellen nach Alter und Geschlecht)	119

ANHANG 1:

Länderberichte für Deutschland, Italien*, die Niederlande*, Norwegen*, Österreich und Schweden*

(* Übersetzungen aus dem Englischen)

Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik

Länderbericht: Deutschland

von Holger Viebrok¹

1. Beschreibung der Invalidenversicherungssysteme und anderer damit in Zusammenhang stehender Sozialversicherungssysteme

Das deutsche Sozialversicherungssystem gliedert sich institutionell in die Zweige

- gesetzliche Krankenversicherung,
- gesetzliche Rentenversicherung,
- gesetzliche Unfallversicherung,
- Arbeitslosenversicherung und
- gesetzliche Pflegeversicherung.

Die Invaliditätsabsicherung für Arbeiter und Angestellte ist ein Element der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), die auch Alters- und Hinterbliebenenrenten leistet. In der gesetzlichen Rentenversicherung sind (auf einen Zeitpunkt bezogen) etwa 9 von 10 abhängig Beschäftigten pflichtversichert, das restliche Zehntel entfällt auf die Beamten und solche Beschäftigte, die berufsständischen Versorgungswerken beitreten können. Allerdings haben auch Mitglieder dieser Personengruppen häufig zu Beginn ihrer Erwerbskarriere oder danach Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung geleistet und Ansprüche erworben. Insgesamt haben 1994 84% der männlichen und 82% der weiblichen Wohnbevölkerung im Alter von 20 bis unter 65 Jahren in ihrem Lebensverlauf Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet (BMA 1998: 254).

Die Sozialversicherungssysteme sind umlagefinanziert. Sie erhalten mit Ausnahme der Unfallversicherung, die aus risikobezogenen Arbeitgeberbeiträgen finanziert wird, proportionale Beiträge aus dem Arbeitsentgelt. In der Kranken- und Pflegeversicherung werden zum Teil weitere andere Einkommensarten zugrunde gelegt.

In der Rentenversicherung existiert ein Höchstbeitrag, das heißt, der Lohn wird nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, die etwa das 1,8-1,9fache des Durchschnittslohns beträgt. Auch Höherverdienende bleiben aber in der Rentenversicherung versicherungspflichtig.

Definition des Begriffes „Invalidität“

Den Begriff „Invalidität“ gibt es im deutschen Sozialrecht eigentlich nicht. In der Sozialversicherung, also für Arbeiter und Angestellte², sind statt dessen die beiden Begriffe

1. Berufsunfähigkeit (BU)
2. Erwerbsunfähigkeit (EU)

¹ Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik

² Für Beamte gelten die Abgrenzungen der „Dienstunfähigkeit“

maßgebend. Zusammengefaßt spricht man auch von „Erwerbsminderung“, im folgenden wird dennoch „Invalidität“ als Synonym verwendet. Im Sozialrecht sind darüber hinaus für alle Personen die Begriffe

3. Schwerbehinderung mit dem „Grad der Behinderung“ (GdB) und

4. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

von Bedeutung. Die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ ist vor allem der Maßstab für Leistungen in der Unfallversicherung. Die Eigenschaft der „Schwerbehinderung“ wird von den sogenannten Versorgungsämtern festgestellt und hat vor allem im Arbeitsrecht Konsequenzen, das heißt im Hinblick auf den gesetzlichen Kündigungsschutz. Schwerbehinderte genießen auch steuerliche Vorteile und Vergünstigungen in anderen Bereichen (z.B. verbilligte Eintrittskarten in Theatern). Schwerbehinderte haben wie Berufs- und Erwerbsunfähige auch Anspruch auf eine bestimmte vorzeitige Altersrente.

Invaliditätsrenten können auf Zeit gewährt werden³ (siehe unten), im Prinzip zielen aber alle Begriffe auf dauerhafte Erwerbsminderungen. Die Schwerbehinderung und die Minderung der Erwerbsfähigkeit in der Unfallversicherung müssen mindestens 6 Monate dauern, um anerkannt zu werden.

Zur Zeit⁴ gelten im einzelnen folgende Abgrenzungen:

Berufsunfähig ist jemand, dessen „Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung auf weniger als die Hälfte derjenigen von körperlich, geistig und seelisch gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten gesunken ist.“ (§43 SGB VI). Die Rechtsprechung zu dieser Formulierung ist sehr umfangreich.

Die Erwerbsfähigkeit wird an den konkreten Möglichkeiten zur Einkommenserzielung gemessen. Das heißt in der Praxis: wer *in seinem Beruf* oder einem *Verweisungsberuf* keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann, gilt bereits als *erwerbsunfähig* (siehe weiter unten).

Wichtig sind bei der Beurteilung vor allem die Fragen

- auf welche Tätigkeiten Versicherte verwiesen werden können bzw. welche Tätigkeiten zugemutet werden können, und
- welche Rolle der Arbeitsmarkt dabei spielt.

Es kommt also bei der Beurteilung darauf an, im bisherigen Hauptberuf oder in einem zumutbaren Verweisungsberuf die Hälfte des Einkommens eines Gesunden erzielen zu können. Nach der derzeitigen Regelung können Versicherte dabei auf solche Tätigkeiten verwiesen werden, „die ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihnen unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs ihrer Ausbildung sowie ihres bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen ihrer bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können.“

Bei der Zumutbarkeit wird bei *Arbeitern* in aller Regel auf ein Mehrstufenschema abgestellt. Eine Verweisung ist nur um eine Stufe niedriger zumutbar. Das konkrete Schema ist zwar umstritten, aber meistens (so auch vom Arbeitsministerium; BMA 1998: 286) werden folgende Stufen angeführt: a) Vorgesetzter/hochqualifizierter Facharbeiter, b) Facharbeiter, c) Angelernter, d) Ungelernter. Da Ungelernte auf den allgemeinen Arbeitsmarkt verwiesen werden können, erhalten sie keine Berufsunfähigkeitsrenten. Bei *Angestellten* ist der jeweilige Einzelfall zu beurteilen.

³ Mit dem Rentenreformgesetz 1999 sollte die Befristung allerdings zur Regel werden (inzwischen aufgehoben).

⁴ Soweit nicht anders angegeben, beziehen sich alle Angaben auf den Stand 1.3.1999.

Nach der geltenden „konkreten Betrachtungsweise“ kommt es bei Versicherten, die nicht mehr vollschichtig, aber noch in Teilzeit arbeitsfähig sind, zur Beurteilung der Erwerbsminderung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auch darauf an, ob ein solcher Teilzeit-Arbeitsplatz tatsächlich („konkret“) angeboten werden kann. Wenn nicht, liegt bereits Erwerbsunfähigkeit vor. Bei Versicherten, die noch vollschichtig eingesetzt werden können, gilt diese Einschränkung nicht („abstrakte Betrachtungsweise“).

Erwerbsunfähig sind Personen, die „wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zu erzielen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße übersteigt“ (§ 44 SGB VI). Weiter heißt es, daß nicht erwerbsunfähig ist, wer eine selbständige Tätigkeit ausübt.

Die *Bezugsgröße*, die auch in anderen Vorschriften ein wichtiger Referenzmaßstab ist, entspricht in etwa dem Durchschnittsentgelt der Versicherten.

Bei der Definition der Erwerbsunfähigkeit wird zwar nur auf den allgemeinen, nicht auf den berufsspezifischen Arbeitsmarkt Bezug genommen. Aber auch wenn der Arbeitsmarkt bei kleineren gesundheitlichen Einschränkungen für eine qualifizierte Teilzeitbeschäftigte / einen Teilzeitbeschäftigten verschlossen ist, wird Erwerbsunfähigkeitsrente gezahlt. Das ist konkret „dann der Fall, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres [...] einen [...] in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten“ können (BMA 1998: 286). Versicherte, die so stark eingeschränkt sind, daß sie weniger als die halbe Zeit arbeiten können, haben dabei in der Praxis auf dem Arbeitsmarkt keine Chance. Nur bei anderen wird noch ein einjähriger Vermittlungsversuch unternommen, der aber häufig scheitert.

Dies hat dazu geführt, daß heute etwa ein Drittel der Erwerbsunfähigkeitsrenten arbeitsmarktbedingt ist, während die Berufsunfähigkeitsrente an Bedeutung verliert. Mit dem Rentenreformgesetz 1999 sollte dies (unter anderem) zugunsten der generellen Anwendung der „abstrakten Betrachtungsweise“, in der es auf den Arbeitsmarkt nicht ankommt, geändert werden. Die Reform wurde aber nach dem Regierungswechsel Ende 1998 rückgängig gemacht. Über eine modifizierte Neuregelung wird zur Zeit noch beraten.

Für Beschäftigte im Bergbau („Versicherte der knappschaftlichen Rentenversicherung“) gibt es eine ähnliche Regelung zur Berufsunfähigkeit, in der es darauf ankommt, daß Versicherte nicht imstande sind, „eine andere wirtschaftlich im wesentlichen gleichwertige *knappschaftliche* Beschäftigung [...] auszuüben.“⁵

Der Tatbestand der *Schwerbehinderung* orientiert sich nach dem Schwerbehindertengesetz nicht an den Möglichkeiten zur Einkommenserzielung, sondern an der Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht. Die Funktionsbeeinträchtigung wird als Grad der Behinderung (GdB) festgestellt. Bei mindestens 50% liegt Schwerbehinderung vor. Personen, die einen Grad der Behinderung von mindestens 30% aufweisen, gelten allerdings in einigen Bereichen, vor allem im Kündigungsschutz, als den Schwerbehinderten gleichgestellt („Gleichgestellte“; die Gleichstellung gilt nicht bei der diesbezüglichen Altersrente).

Die *Minderung der Erwerbsfähigkeit* ist als Begriff in der Kriegsopferversorgung (Bundesversorgungsgesetz) und in der Unfallversicherung geläufig und richtet sich - ähnlich wie die Schwerbehinderung - nach den Beeinträchtigungen bzw. „verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem

⁵ Die knappschaftliche Rentenversicherung finanziert sich zu einem großen Teil aus Bundeszuschüssen und trägt mit dazu bei, den Strukturwandel im Bergbau zu bewältigen.

gesamten Gebiet des Erwerbslebens“ (§ 56 SGB VII für die Unfallversicherung) und wird in Prozentsätzen bestimmt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Bundesversorgungsgesetz, die zum Teil dem Verlust von Körperteilen feste Prozentsätze zuordnet („Gliedertaxe“), ist ein wichtiger Maßstab für zahlreiche andere Sozialleistungen (z.B. Opferentschädigung, Impfschäden usw.). Die Gliedertaxe ist auch in der Unfallversicherung geläufig. Auf die Höhe der Rentenleistungen wird weiter unten noch eingegangen.

Versicherter Personenkreis

In der gesetzlichen Rentenversicherung sind versichert:

- Abhängig gegen Arbeitsentgelt oder in ihrer Berufsausbildung Beschäftigte,
außer Personen mit existierender Versorgung als
 - Beamte und Richter auf Lebenszeit, auf Zeit oder auf Probe,
 - Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit sowie
 - Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst,
 - in Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts,
 - als Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften
- sowie*
 - Personen, die eine geringfügige Beschäftigung oder Tätigkeit ausüben,
 - Praktikanten,
 - Altersrentner oder Pensionsbezieher.
- Bezieher von Lohnersatzleistungen (unter bestimmten Voraussetzungen), wie Kurzarbeiter- oder Winterausfallgeld, Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe,
- Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren,
- Behinderte und Jugendliche, die in bestimmtem Umfang in Einrichtungen tätig sind oder für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
- Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften (siehe aber die Ausnahmen oben).

Außerdem bestimmte Gruppen von Selbständigen, und zwar

- selbständige Lehrer und Erzieher, die keine Arbeitnehmer beschäftigen,
- Pflegepersonen, die in der Kranken-, Wochen-, Säuglings- oder Kinderpflege tätig sind und keinen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer beschäftigen,
- Hebammen und Entbindungspfleger,
- Seelotsen,
- Künstler und Publizisten,
- Hausgewerbetreibende,

- Küstenschiffer und Küstenfischer, wenn sie u.a. nicht mehr als vier versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen,
- Handwerker. Nach 18 Jahren können Handwerker sich befreien lassen.

Sonstige Versicherte, und zwar

- Kindererziehende in den ersten drei Jahren,
- nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der sozialen oder einer privaten Pflegeversicherung hat,
- Wehrdienst- oder Zivildienstleistende.
- Bestimmte Personen wie Entwicklungshelfer und Selbständige können auch die Versicherungspflicht beantragen.
- Eine *freiwillige Versicherung* ist möglich, sofern nicht ausdrücklich Versicherungsfreiheit vorliegt (siehe Ausnahmetatbestände oben, erster Punkt). Geringfügig Beschäftigte und versicherungsfreie Personen, die bereits die Wartezeit von 5 Jahren erfüllt haben, können sich allerdings trotzdem freiwillig versichern.

Bestimmte Personengruppen mit vorhandener Versorgung in sogenannten „berufsständischen Versorgungswerken“, vor allem Freiberufler (Rechtsanwälte, Architekten, Ärzte usw.) können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen. Berufsständische Versorgungswerke sind kapitalgedeckte Einrichtungen, die Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewähren und der Aufsicht der Bundesländer unterliegen.

Alle Beamten werden im Falle der Dienstunfähigkeit nach dienstrechtlichen Grundsätzen von ihrem Dienstherrn alimentiert (versorgt).

Die Unfallversicherung erfaßt alle Beschäftigten und auch viele ehrenamtlich Tätige. Sie erfolgt durch den Arbeitgeber oder - soweit nicht vorhanden - durch staatliche Stellen (der „öffentlichen Hand“).

Anspruchsvoraussetzungen und Zugang zum Invalidenversicherungssystem

Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten kennen explizite versicherungsrechtliche und medizinische Voraussetzungen. Durch spezielle Rahmenfristvoraussetzungen wird darüber hinaus der Status als „versicherungspflichtiger Erwerbstätiger“ geprüft. Nur diesem Personenkreis sollen Leistungen gewährt werden, die dem Ersatz von Erwerbseinkommen dienen. Die Arbeitssituation wird ebenfalls, und zwar im Rahmen der Definition des Versicherungsfalles Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit einbezogen (siehe oben).

Für die Inanspruchnahme von Versichertenrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung gelten die in Tabelle 1 angegebenen Voraussetzungen. Für Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ist normalerweise eine Versicherungszeit von 5 Jahren Voraussetzung. Da dabei nur Zeiten mitgezählt werden, die vor dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit liegen, haben Personen, die sehr früh erwerbsgemindert werden, keine Chance mehr, diese Voraussetzung zu erfüllen. Deshalb gibt es die besondere Voraussetzung, daß es auch ausreicht, wenn 20 Jahre Versicherungszeit vor der Antragstellung absolviert wurden.

Tabelle 1: Mindest-Anspruchsvoraussetzungen für Versicherungsrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (außer Erziehungsrenten), Stand 1999

Bezeichnung	Altersgrenze	Besondere Voraussetzungen	Wartezeit		Rahmenfristvoraussetzungen***
			Beitragszeiten u.a.* in Jahren	Rentenrechtliche Zeiten** in Jahren	
Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, Rente für Bergleute	- bis 65	Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, verminderte Berufsfähigkeit im Bergbau	5 vor Beginn der Erwerbsunfähigkeit oder 20 vor Antragstellung	-	3 Jahre Pflichtbeiträge in den letzten 5 Jahren
Altersrente für Schwerbehinderte	60	Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit	-	35	-
Altersrente für Arbeitslose oder nach Altersteilzeitarbeit	60	1 Jahr Arbeitslosigkeit in den letzten 1 1/2 Jahren oder 24 Monate Altersteilzeit	15	-	8 Jahre Pflichtbeiträge in den letzten 10 Jahren
Altersrente für Frauen	60	Nur für Frauen	15	-	10 Jahre Pflichtbeiträge nach dem 40. Geburtstag
Altersrente für langjährig Versicherte	63		-	35	-
Regel-Altersrente	65		5	-	-

* einschließlich Kindererziehungszeiten (1 Jahr vor 1992, 3 Jahre ab 1992) und Ersatzzeiten (militärischer Dienst, Kriegsgefangenschaft, politische Gefangenschaft im Beitrittsgebiet, Vertreibung u.a.)

** Beitragszeiten und bestimmte beitragslose Zeiten. Dazu gehören Zeiten der Krankheit, Schwangerschaft oder Mutterschutz und Arbeitslosigkeit, wenn sie eine versicherungspflichtige Beschäftigung unterbrochen haben, sowie Ausbildungszeiten, die sogenannte „pauschale Anrechnungszeit“ und die Zurechnungszeit, außerdem die Berücksichtigungszeit (die ersten 10 Jahre der Kindererziehung, soweit nicht bereits anders angerechnet).

Die **pauschale Anrechnungszeit** wird bei Beitragslücken zwischen dem 16. Lebensjahr (oder dem Versicherungsbeginn, wenn dieser früher liegt) und dem Jahr 1957 gewährt, wenn tatsächlich keine höhere nachgewiesen werden kann. Die Beitragslücke wird dazu mit dem Quotienten aus Beitragszeiten und Gesamtzeit multipliziert. Je länger innerhalb der Gesamtzeit gearbeitet wurde, desto größer ist der Anteil der Lücke, der als pauschale Anrechnungszeit gewährt wird.

Die **Zurechnungszeit** wird bei Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit und bei Hinterbliebenenrenten angerechnet. Sie füllt die eventuell fehlende Versicherungszeit bis zum 55. Lebensjahr in vollem Umfang und darüber hinaus bis zum 60. Lebensjahr zu einem Drittel auf (vgl. auch weiter unten).

*** Die Rahmenfristen werden unter bestimmten Voraussetzungen verlängert, wenn zum Beispiel versicherungsfreie Krankheit oder Arbeitslosigkeit vorliegt

Quelle: Viebrok 1997 (aktualisiert, ergänzt)

Die Altersgrenzen der Renten, die vor 65 bezogen werden können (siehe Spalte 2), werden derzeit stufenweise auf 65 heraufgesetzt. Die Tabelle gibt den derzeit frühestmöglichen Rentenbezug wieder, bei dem evtl. Rentenabschläge in Höhe von 0,3% für jeden Monat des früheren Rentenbeginns erhoben werden.

Die Tabelle enthält nur Versichertenrenten. Hinzuzufügen ist, daß es darüber hinaus noch eine Aufstockung für erwerbsgeminderte Hinterbliebene gibt. Witwen (oder Witwer), die nicht wieder geheiratet haben, haben normalerweise bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres nur Anspruch auf eine sogenannte „kleine Witwenrente“, die 1/3 unter der „großen“ liegt.⁶ Anspruch auf große Witwenrente bekommen sie aber auch dann, wenn sie Kinder erziehen oder *berufsunfähig* oder *erwerbsunfähig* sind. In diesem Fall haben die meisten jedoch auch Anspruch auf eine eigene Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente, die dann zu 40%, soweit sie einen Freibetrag übersteigt, auf die Witwen- und Witwerrente angerechnet wird.

Organisatorische Aspekte der Invaliditätsabsicherung

Das Antragsverfahren für Renten wegen Erwerbsminderung wird eingeleitet, indem in der Regel auf der Grundlage eines ärztlichen Attestes (Haus- oder Facharzt) ein Antrag auf Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente oder auf eine Rehabilitationsmaßnahme bei einem Versicherungsamt gestellt wird. Darauf folgt eine ärztliche Untersuchung und Begutachtung durch freie sozialmedizinische Gutachter, häufig im Rahmen der Organisation des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), in der zu den relevanten medizinischen Fragen Stellung genommen wird (zum Beispiel, ob und mit welcher täglichen Arbeitszeit (vollschieftig, teilschieftig) der Versicherte in seinem Beruf noch tätig sein kann, ob die Erwerbsunfähigkeit zeitlich begrenzt sein wird). Wichtig ist auch, ob eine Rehabilitationsmaßnahme den Rentenbezug vermeiden kann.

Es gibt dazu schriftlich niedergelegte „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“, die unter anderem vom Arbeits- und Sozialministerium vertrieben werden.⁷

Die gesetzliche Rentenversicherung ist nach verschiedenen Zweigen gegliedert, die aber mit Ausnahme einiger Sonderregelungen in der Knappschaft nach einheitlichem Recht handeln. Die Entscheidungen über die Bewilligung der Anträge werden in den Versicherungsanstalten auf Referentenebene gefällt. Die Versicherungsanstalten der gesetzlichen Rentenversicherung sind „selbstverwaltete Körperschaften des öffentlichen Rechts“. Ihre Vertreterversammlungen und Vorstände sind paritätisch aus Arbeitnehmern und Arbeitgebern besetzt.

Zur gesetzlichen Rentenversicherung gehören:

- Rentenversicherung der Arbeiter mit 25 *Landesversicherungsanstalten* (deren Grenzen nicht mit den Bundesländern identisch sind). Bei Leistungsansprüchen ist für die örtliche Zuständigkeit in der Regel der Wohnsitz zum Zeitpunkt der Antragstellung maßgebend. Versichert sind hier unter anderem auch Handwerker.
- Rentenversicherung der Angestellten (zuständig für Angestellte oder zur Ausbildung für den Beruf eines Angestellten Beschäftigte, auch Bühnenmitglieder und Musiker, selbständige Lehrer oder Erzieher, Pflegepersonen, Hebammen oder Entbindungspfleger, Seelotsen, Künstler oder

⁶ Voraussetzung für eine Witwen- oder Witwerrente sind 5 Jahre Versicherungszeit des bzw. der Verstorbenen. 1997 waren nur 1,45% der Witwen- und Witwerrenten insgesamt „kleine“ Renten.

⁷ Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 500, 53105 Bonn.

Publizisten). Für die meisten Personenkreise ist die *Bundesversicherungsanstalt für Angestellte* in Berlin zuständig.

- Die *Bahnversicherungsanstalt* für Arbeiter und Angestellte bei der Deutschen Bahn und nahen Unternehmen.
- die *Seekasse* für Arbeiter, Angestellte und Selbständige in der Seefahrt (Seeschifffahrt und Seefischerei). Die Seekasse zahlt die Leistungen, wenn die Versicherten fünf Jahre Beitragszeiten aufgrund einer in der Seefahrt ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit zurückgelegt haben.
- Knappschaftliche Rentenversicherung (*Bundesknappschaft*), wenn Beschäftigte in einem knappschaftlichen Betrieb (Bergbaubetrieb), bei der Bundesknappschaft selbst oder nahen Organisationen beschäftigt sind bzw. knappschaftliche Arbeiten verrichten.

Leistungsarten in der Invaliditätsabsicherung

Die wichtigsten Leistungsarten sind die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten, die Altersrente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige sowie in selteneren Fällen die Aufstockung auf die große Hinterbliebenenrente bei berufs- bzw. erwerbsunfähigen Witwern oder Witwen im Alter unter 45 Jahren und ohne Kinder. Die Voraussetzungen wurden oben bereits genannt.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil sind Rehabilitationsmaßnahmen. Die gesetzliche Rentenversicherung gewährt sowohl medizinische als auch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, ergänzende (vor allem Übergangsgeld) und „sonstige“ Leistungen. „Sonstige“ Rehabilitationsleistungen („Nachgehende“ Eingliederungsmaßnahmen z.B. beim Arbeitgeber, medizinische Nachsorge, Forschungsfinanzierung) sind keine Pflichtleistungen, sondern Ermessensleistungen.

Rehabilitationsmaßnahmen haben gegenüber den Renten Priorität (Grundsatz „Reha vor Rente“). Vor jeder Rentengewährung muß geprüft werden, ob die Erwerbsfähigkeit durch eine Reha-Maßnahme erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann, um die Rentenzahlung zu vermeiden.

Die medizinische Rehabilitation umfaßt ärztliche Behandlung, Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sowie Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen. (§15 SGB VI).

Die berufsfördernden Leistungen umfassen Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes und zur Förderung der Arbeitsaufnahme, Berufsvorbereitung einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung, berufliche Anpassung, Ausbildung und Weiterbildung, einschließlich eines erforderlichen schulischen Abschlusses, Arbeits- und Berufsförderung in einer anerkannten Werkstatt für Behinderte sowie Zuschüsse an Arbeitgeber und Unterkunft und Verpflegung in stationären Einrichtungen, soweit erforderlich.

Als sogenannte „ergänzende Leistungen zur Rehabilitation“ können darüber hinaus Haushaltshilfe, Reisekosten, ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung übernommen werden sowie die Übernahme der Kosten, die mit berufsfördernden Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte.

Neben Übergangsgeld an den Versicherten während der Rehabilitationsphase (siehe unten) werden Zuschüsse an Arbeitgeber gezahlt für eine dauerhafte berufliche Eingliederung, eine befristete Probebeschäftigung oder eine Ausbildung oder Weiterbildung im Betrieb.

Versicherte müssen bei medizinischen und sonstigen Leistungen (d.h. außer bei berufsfördernden Leistungen) eine *Eigenbeteiligung* in Höhe von 25 DM in Westdeutschland, 20 DM in Ostdeutschland pro Tag für maximal zwei Wochen leisten.

Die Rentenversicherungsträger führen den weit überwiegenden Teil der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in eigenen Einrichtungen durch. Mit wenigen Ausnahmen (z.B. Davos) befinden sie sich im Inland. Mit Einrichtungen für berufsfördernde Maßnahmen werden entsprechende Verträge geschlossen. Abgesehen von der Forschungsförderung und der allgemeinen Aufklärung der Bevölkerung werden keine kollektiven Leistungen oder Subventionen gewährt.

Eingliederungsmaßnahmen im Detail

Rehabilitationsmaßnahmen werden gewährt, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung *erheblich* gefährdet oder gemindert ist *und* voraussichtlich durch die Leistungen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet bzw. wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann (§10 SGB VI).

Die Voraussetzungen sind *auf jeden Fall* erfüllt, wenn die Wartezeit von 15 Jahren (siehe Anmerkung [*] in Tabelle 1) erfüllt ist oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird und die Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben.

Speziell für *medizinische* Leistungen zur Rehabilitation reicht es auch bereits aus,

- wenn 6 Monate Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit in den letzten zwei Jahren vorhanden sind oder
- wenn verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist und zugleich die Wartezeit von 5 Jahren erfüllt ist.
- Es gibt Sonderregelungen, die die Voraussetzungen für Berufsanfänger erleichtern.

Speziell für *berufsfördernde* Leistungen zur Rehabilitation reicht es auch bereits aus,

- wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre oder
- wenn sie für eine voraussichtlich erfolgreiche Rehabilitation unmittelbar im Anschluß an medizinische Leistungen der Träger der Rentenversicherung erforderlich sind.

Die stationären *medizinischen* Leistungen zur Rehabilitation sollen für maximal drei Wochen erbracht werden. Eine Verlängerung ist aber möglich, um das Rehabilitationsziel zu erreichen. Bis Ende 1996 konnten sie alle 3 Jahre erbracht werden, seit 1997 nur noch alle 4 Jahre.

Für die Dauer von *berufsfördernden* Leistungen zur Rehabilitation gibt es keine feste Grenze. Leistungen für die berufliche Weiterbildung sollten nicht länger als zwei Jahre dauern, Ausnahmen sind aber auch hier möglich.

Die *Geldleistung während der Rehabilitationsphase* (genannt Übergangsgeld) orientiert sich am Krankengeld, wie es bis 1996 in der Krankenversicherung gezahlt wurde. Berechnungsgrundlage ist 80% des Regelentgeltes (ungefähr Bruttoentgelt)⁸, davon werden

- für Versicherte, die ein Kind haben, pflegebedürftig sind und vom Ehegatten gepflegt werden oder deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat, 75% (also 60% des Bruttoentgeltes)
- und sonst 68% (also 54% des Bruttoentgeltes)

als Übergangsgeld gewährt. Voraussetzung ist, daß Arbeitsentgelt wegfällt. Wenn es höher liegt, wird das Übergangsgeld auf das vorherige Nettoentgelt begrenzt. Wenn im Anschluß an berufsfördernde Leistungen Arbeitslosigkeit eintritt, wird es weitergezahlt, reduziert sich aber auf 67% bzw. 60% der Berechnungsgrundlage.

Es gibt zahlreiche Sonderregelungen, insbesondere zur Anrechnung von Einkommen und für Fälle, in denen längere Zeit kein Arbeitseinkommen mehr erzielt wurde.

Bei Auswahl der berufsfördernden Leistungen sind „Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit angemessen zu berücksichtigen.“ Es ist auch möglich, Versicherte neu zu qualifizieren. Die Träger versuchen schon aus Gründen des effizienten Mitteleinsatzes eine Lösung zu finden, für die der Versicherte auch motiviert ist.

Invaliditätsrenten im Detail

Im Grundsatz gibt es in der Rentenversicherung nur die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten. Die Einführung abgestufter Erwerbsminderungsrenten war Bestandteil des Rentenreformgesetzes 1999, ist aber wieder zurückgezogen worden. Eine Neuregelung wird noch in diesem Jahr erwartet.

Erwerbsunfähigkeitsrenten werden mit Ausnahme der sogenannten „Zurechnungszeit“ genau so wie Altersrenten berechnet. *Berufsunfähigkeitsrenten* sind um 1/3 niedriger. Mit 65 werden beide in Altersrenten umgewandelt. Entgeltpunkte, die bis dahin zusätzlich erworben wurden, werden dann angerechnet.

Grundlage der Rentenberechnung ist nicht die Beitragshöhe, sondern das Entgelt, das in einem Jahr auch für die Berechnung der Beiträge herangezogen wurde. Die Höhe der individuellen Rente ist dabei - abgesehen von Besonderheiten bei der Bewertung beitragsloser Zeiten - proportional zur „durchschnittlichen Entgeltposition“ im Vergleich zu den anderen Versicherten.

Der *aktuelle Rentenwert* ist ein externer Faktor der Rentenformel und bestimmt das allgemeine Rentenniveau und die Dynamisierung der Renten. Er ist ein Index, der alljährlich nach der Veränderung sowohl der Bruttolohn- und Gehaltssumme pro Kopf als auch der Abgabenbelastung für Arbeitsentgelt und Renten angepaßt wird („Nettolohnanpassung“).

Grundlage für die *Rentenberechnung* ist das Verhältnis, in dem die individuelle Beitragsbemessungsgrundlage (Entgelt) in einem Jahr (Y) zum Durchschnittsentgelt (\bar{Y}) steht. Dieser Quotient gibt die sogenannten *Entgeltpunkte* (e) für dieses Jahr (τ) wieder.

$$e_{i\tau} = \frac{Y_{i\tau}}{\bar{Y}_\tau} \quad (1)$$

⁸ In der Krankenversicherung heute 70%.

Ein Durchschnittsverdiener enthält also genau einen Entgeltpunkt. Bei der Rentenberechnung werden bei einer Altersrente ab 65 alle Entgeltpunkte zusammengezählt und mit dem aktuellen Rentenwert multipliziert, das Produkt ergibt die Monatsrente. Bei früherem oder späterem Beginn und bei anderen Renten kommen weitere Faktoren hinzu. Etwas vereinfachend erfolgt die Berechnung der Monatsrente zum Zeitpunkt t damit nach der folgenden Rentenformel (vgl. § 64 SGB VI):

$$P_{t=r...T} = k \cdot v_t \cdot \sum_{\tau=1}^{\beta} [z(r) \cdot e_{\tau}] \quad (2)$$

r bezeichnet die Periode des Rentenbeginns, T die letzte Rentenzahlungsperiode. Der Index t läuft vom Beginn der Rente (in r) bis zur letzten Rentenzahlung in T , der Index τ vom Beginn der Versicherung bis zur letzten Beitragszahlung in β . Der sogenannte *Zugangsfaktor* (z) steht im Zusammenhang mit dem Heraufsetzen der Altersgrenzen. Die Regelaltersgrenze, bei deren Wahl die Rente ohne Abschläge und Zuschläge berechnet wird, wird nach dem Heraufsetzen 65 sein. Durch den Zugangsfaktor wird die Rente bei früherem oder späterem Jahr des Rentenbeginns, also in Abhängigkeit von r , mit Zuschlägen oder Abschlägen versehen, und zwar in Höhe von 6% (Hinausschieben) bzw. -3,6% (Vorziehen) pro Jahr.

Auch die Invaliditätsrenten sollten nach dem Rentenreformgesetz 1999 mit Abschlägen versehen werden, und zwar maximal für 3 Jahre bei Rentenbeginn vor dem 63. Geburtstag, also mit 10,8% bei Rentenbeginn mit 60 oder früher. Ob und ggf. wann diese Regelung in Kraft treten wird, ist noch offen.

Der *Rentenartfaktor* (k) (vgl. §67 SGB VI, bei Altersrenten = 1, bei Witwenrenten 0,6) bestimmt die relative Höhe der jeweiligen Rentenart im Vergleich zur Altersrente. Er ist bei Erwerbsunfähigkeitsrenten =1, bei Berufsunfähigkeitsrenten =0,6667. Bei Knappschaftsrenten wegen Berufsunfähigkeit, solange eine in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherte Beschäftigung ausgeübt wird, =0,8, sonst =1,2. Bei Erwerbsunfähigkeitsrenten in der Knappschaft beträgt er 1,3333. Sowohl Renten als auch Hinzuverdienstgrenzen liegen in der Knappschaft also höher.

Der *aktuelle Rentenwert* v bestimmt das allgemeine Rentenniveau und die Dynamisierung der Renten.

Das Leistungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung orientiert sich am sogenannten „Eckrentenniveau“, auch „Standardrentenniveau“ genannt. Ein Rentner mit 45 Entgeltpunkten (also zum Beispiel jemand, der 45 Jahre lang ein Durchschnittsverdiener gewesen ist), erhält 70% des durchschnittlichen allgemeinen (nicht des letzten individuellen!) Nettoentgeltes. Deshalb kann ein Durchschnittsverdiener, der mit 16 Jahren seine Versicherung beginnt und vor 55 erwerbsunfähig wird, inklusive Zurechnungszeit maximal (d.h. bei ununterbrochener Versicherung) 39 Jahre + 20 Monate = 40 2/3 Jahre versichert sein und damit ebenso viele Entgeltpunkte erzielen. Das entspricht einem Rentenniveau von $70 \cdot 40,67 / 45 = 63\%$ bezogen auf das allgemeine durchschnittliche Nettoentgelt. Wegen der Beitragsbemessungsgrenze läßt sich praktisch eine Höchstrente erreichen, die bei etwa dem Doppelten der Eckrente liegt.

In der gesetzlichen Rentenversicherung werden in begrenztem Umfang auch bestimmte Zeiten ohne Beiträge für die Rentenberechnung anerkannt. Dazu gehören Zeiten des militärischen Dienstes, Ausbildungszeiten und andere (siehe Anmerkungen zu Tabelle 1).

Eine dieser Zeiten ist die *Zurechnungszeit*. Sie gleicht bei Invaliditätsrenten die fehlende Versicherungszeit teilweise aus. Die Zurechnungszeit beginnt mit dem Eintritt der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Sie endet mit dem Zeitpunkt, der sich ergibt, wenn die Zeit bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres in vollem Umfang, die darüber hinausgehende Zeit bis zur Vollendung des 60. Lebensjahr zu einem Drittel angerechnet wird. (§ 59 SGB VI).

Wenn begründete Aussicht besteht, daß die Minderung der Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein kann oder der Anspruch auch von der jeweiligen Arbeitsmarktlage abhängig ist, werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (auch große Witwenrenten oder große Witwerrenten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit) *auf Zeit* gewährt (§ 102 SGB VI).

Die Befristung erfolgt für längstens drei Jahre. Sie kann wiederholt werden, darf dann jedoch insgesamt nur maximal sechs Jahre dauern.

Zuschüsse/Zulagen (z.B. für den/die Ehepartner/in oder für Kinder im Haushalt) gibt es im deutschen Rentenversicherungssystem bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten nicht (nur gestaffelte Leistungen im Bereich des Übergangsgeldes bei Reha-Maßnahmen, siehe dort). Früher gab es einmal Kinderzuschüsse in der Rentenversicherung, aber heute wird für jedes Kind Kindergeld durch die Kindergeldkasse gezahlt (gestaffelt nach Anzahl der Kinder).

Bei allen Leibrenten wird nur der sogenannte „Ertragsanteil“ besteuert, der nach dem Alter bei Rentenbeginn gestaffelt ist. Diese Form der Besteuerung führt gemeinsam mit bestimmten Freibeträgen dazu, daß die meisten Renten in der Praxis nicht besteuert werden, außer wenn sie sehr hoch sind oder sehr früh beginnen.

Möglichkeit, Invaliditätsrenten und Arbeitseinkommen zu kombinieren/kumulieren

Die Renten werden auch geleistet, wenn Versicherte auf Kosten der eigenen Gesundheit erwerbstätig sind. Seit dem 1.1.1996 existieren aber Teilrenten mit abgestuften Hinzuverdienstgrenzen. Vorher war der Hinzuverdienst nicht beschränkt. Die Teilrente kann ein Drittel oder zwei Drittel der Vollrente betragen.

Die Hinzuverdienstgrenze beträgt bei einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße. Die Bezugsgröße entspricht in etwa dem allgemeinen versicherten Durchschnittsentgelt in der Rentenversicherung. Wird diese Hinzuverdienstgrenze überschritten, wird die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit nur noch in Höhe der Rente wegen Berufsunfähigkeit geleistet (ca. 1/3 niedriger).

Für die Rente wegen Berufsunfähigkeit gibt es wiederum abgestufte Hinzuverdienstgrenzen, die dann auch für die Erwerbsunfähigkeitsrente gelten. Sie orientieren sich zum einen an der Höhe der Teilrente und zum anderen am versicherten Arbeitsentgelt des letzten Jahres vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Die Hinzuverdienstgrenze wird in Vielfachen des sogenannten „Aktuellen Rentenwertes“ (Anfang 1999: 47,65 DM in Westdeutschland, 40,87 DM in Ostdeutschland) ausgedrückt, der auch der Rentenberechnung zugrunde liegt. Man kann den Hinzuverdienst allerdings auch in Prozent des letzten Nettoentgeltes errechnen, wenn man konstantes Entgelt, die durchschnittliche Nettoquote und das normierte Nettostandardrentenniveau (70% bei 45 Entgeltpunkten) zugrunde legt.

Für einen Durchschnittsverdiener gehen die Hinzuverdienstgrenzen in Prozent des Nettoentgeltes aus Tabelle 2 hervor. Wegen der Steuerprogression ergeben sich allerdings Abweichungen bei niedrigeren und höheren Einkommen.

Tabelle 2: Hinzuverdienstgrenzen bei Berufsunfähigkeitsrenten

Teil-/Vollrente	Berufsunfähigkeitsrenten (bzw. in Höhe der Berufs- unfähigkeitsrente gezahlte Erwerbsunfähigkeitsrenten)		Rente für Bergleute		Mindest-Hinzuverdienst in Prozent des durchschnitt- lichen Nettoeinkommens	
	Vielfache des Aktuellen Rentenwertes	Prozent des letzten Netto- entgeltes	Vielfache des Aktuellen Rentenwertes	Prozent des letzten Netto- entgeltes	Berufs- und Erwerbsun- fähigkeits- renten	Rente für Bergleute
Ein Drittel	87,5	136%	116,7	182%	68%	91%
Zwei Drittel	70	109%	93,3	145%	54%	73%
Volle Höhe	52,5	82%	70	109%	41%	54%

Häufig wird festgestellt, daß die Berufs-/Erwerbsunfähigkeit schon lange vor dem Antrag begonnen hat. Die Rente wird dann für maximal 4 Jahre nachgezahlt.

Beiträge, die nach Beginn der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit entrichtet wurden, kommen erst bei der späteren Altersrente zur Geltung.

Abgrenzung zwischen Invalidenversicherung und Arbeitslosenversicherung

Wegen der unterschiedlichen Berechnungsweisen in der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung läßt sich ein *Vergleich des Leistungsniveaus* nicht ohne weitgehende Annahmen vornehmen. Das Arbeitslosengeld orientiert sich am Entgelt in den letzten 52 Wochen, während sich die Rente am Entgelt des gesamten Versicherungslebens orientiert. Wenn jemand also seinen Job oder seine Arbeitszeit wechselt, können sich drastische Unterschiede ergeben.

Deshalb sind die folgenden Zahlen für die gesetzliche Rentenversicherung von der Annahme abgeleitet, daß es sich um einen durchgehend vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer handelt, der die Versicherung mit 16 Jahren begonnen hat und stets einen Durchschnittsverdienst erzielt hat. In diesen Fällen ergibt sich für jedes Beschäftigungsjahr genau ein Entgeltpunkt und die Zurechnungszeit wird ebenfalls pro Jahr mit einem Entgeltpunkt bewertet, da der sogenannte Gesamtleistungswert (der für die Bewertung beitragsloser Zeiten maßgeblich ist) dem durchschnittlichen Beitragswert entspricht, wenn keine Lücken vorhanden sind. Da jeder Entgeltpunkt mit dem aktuellen Rentenwert bewertet wird und damit etwa 1,56 Prozentpunkte des durchschnittlichen Nettoentgeltes ausmacht, ergeben sich die in Tabelle 3 angegebenen Lohnersatzraten für den Durchschnittsverdiener.

Unterschiedliche Versicherungsdauern werden weitgehend durch die Zurechnungszeit ausgeglichen. Da die Zurechnungszeit mit dem durchschnittlichen Beitragswert bewertet wird, wirken sich allerdings Jahre mit abweichendem Verdienst bei kurzen Versicherungszeiten besonders stark aus. Einen starken Einfluß hat auch die Höherbewertung der ersten Beitragsjahre. Vor 1997 wurden die ersten 4 Jahre, soweit sie vor dem Alter von 25 lagen, auf 90% des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten (=0,9 Entgeltpunkte) angehoben. Durch diese Höherbewertung ergab es sich häufig,

daß der Rentenanspruch trotz zunehmender Versicherungsdauer nach den ersten fünf Beschäftigungsjahren (=Mindestversicherungszeit) zunächst sank, denn der Durchschnitt wurde durch die niedrigeren tatsächlichen Entgelte abgesenkt.

Ab 1.1.1997 werden nur noch die ersten 3 Jahre höher bewertet. Sie werden darüber hinaus (vereinfacht) auch nur noch auf 75% des *individuellen* durchschnittlichen Beitragswertes ohne diese Zeiten angehoben, maximal auf 75% des Durchschnittsentgelts, so daß sich der Absenkungseffekt nicht mehr ergibt.

Tabelle 3: Netto-Lohnersatzrate eines Durchschnittsverdieners bei Bezug einer Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente nach Rentenbeginn

Beitragsjahre	Alter	Zurechnungszeit in Jahren	Netto-Lohnersatzrate	
			EU-Rente	BU-Rente
10	26	30 2/3	63,3%	42,2%
20	36	20 2/3	63,3%	42,2%
30	46	10 2/3	63,3%	42,2%
40	56	1 1/3	64,3%	42,9%
45	61	0	70,0%	46,7%

In der deutschen Arbeitslosenversicherung wird in der Regel zunächst Arbeitslosengeld, dann Arbeitslosenhilfe gezahlt.

Das Arbeitslosengeld beträgt für Arbeitslose, die Kinder zu versorgen haben, 67 Prozent (erhöhter Leistungssatz), für die übrigen 60 Prozent (allgemeiner Leistungssatz) des (pauschalierten) Nettoentgelts im Bemessungszeitraum der letzten 52 Wochen, der sich allerdings verlängert, wenn sich darin weniger als 39 Wochen mit Entgelt befinden. Im pauschalierten Nettoentgelt werden das Bruttoentgelt und alle gewöhnlichen Lohnabzüge einschließlich der jeweiligen Lohnsteuerklasse zugrunde gelegt, im Unterschied zur Berechnung der Rente allerdings keine einmaligen Zuwendungen (wie Weihnachtsgeld), so daß die tatsächliche Lohnersatzraten sich vermindert. Das Arbeitslosengeld, insbesondere für Arbeitslose mit Kindern, und die Rente unterscheiden sich für diesen Modellfall also relativ wenig. Mit anderen Modellfällen kommt man jedoch zu anderen Ergebnissen, vor allem dann, wenn das Arbeitsentgelt stark schwankt.

Die Arbeitslosenhilfe beträgt für Arbeitslose mit erhöhtem Leistungssatz 57 Prozent, für die übrigen Arbeitslosen 53 Prozent des Leistungsentgelts. Allerdings wird seit 1.4.1997 das zugrunde gelegte Leistungsentgelt jedes Jahr um 3 Prozent vermindert, so daß die Arbeitslosenhilfe allmählich sinkt (soweit dies nicht durch die allgemeinen Leistungsanpassungen ausgeglichen wird). Die Untergrenze entspricht der Arbeitslosenhilfe bei einem Entgelt von 50% der Bezugsgröße (also ungefähr halbes Durchschnittsentgelt).

Im Gegensatz zum Arbeitslosengeld wird Arbeitslosenhilfe nur bei Bedürftigkeit gezahlt. Im Rahmen der Bedürftigkeitsprüfung wird anderes Einkommen und Vermögen, auch des Ehegatten, angerechnet. Ein Vergleich mit der gesetzl. Rentenversicherung, die keine Bedürftigkeitsprüfung kennt, wäre also nur unter weitgehenden Annahmen über sonstiges Einkommen und Vermögen im

Haushalt möglich. Zur Zeit werden Vorschläge diskutiert, die Bedürftigkeitsprüfung auch für das Arbeitslosengeld einzuführen.

Zur *Dauer des Anspruchs* auf Arbeitslosengeld vgl. Tabelle 4. Sie ist nach Alter und Dauer der Versicherung gestaffelt. Die Arbeitslosenhilfe ist dagegen zeitlich nicht begrenzt. Beide Leistungen werden allerdings nur bis zum Anspruch auf eine Altersrente gezahlt, maximal bis zu einem Alter von 65.

Neben der Arbeitslosenhilfe gibt es in Deutschland noch die Sozialhilfe, die im Falle von Bedürftigkeit als „letztes Auffangnetz“ ohne Vorleistungen gezahlt wird, sowie ergänzende Leistungen wie z.B. Wohngeld.

Tabelle 4: Dauer des Anspruches auf Arbeitslosengeld nach § 127 SGB III.

Anspruchsdauer nach Versicherungspflichtverhältnissen mit einer Dauer von insgesamt mindestens ... Monaten	und nach Vollendung des ... Lebensjahres	... Monate
12		6
16		8
20		10
24		12
28	45	14
32	45	16
36	45	18
40	47	20
44	47	22
48	52	24
52	52	26
56	57	28
60	57	30
64	57	32

Aus Arbeitslosengeld ab einem Alter von frühestens 57 1/3 Jahren, Abfindungen und den Renten ab 60 für Arbeitslose oder für Frauen wurde sehr häufig faktisch eine Vorruhestandsregelung auf der Grundlage von Sozialplänen konstruiert. Sie wurde dadurch unterstützt, daß ältere Arbeitslose ab 58 nicht mehr der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen müssen. Wegen des halboffiziellen Status dieser sogenannten „59er-Regelungen“ ist aus den Statistiken allerdings nicht abzulesen, ob es sich um „echte Arbeitslose“ oder solche „Sozialplanarbeitslose“ handelte. Der weit überwiegende Anteil der Antragsteller auf Altersrente ab 60 dürfte aber auf solche Regelungen entfallen.

Erst durch die Rentenabschläge bei Rente ab 60 und eine zur Zeit wirksam werdende Neuregelung der Anrechnung von Abfindungen werden solche Regelungen für die Zukunft unattraktiv. Sie werden zur Zeit abgelöst von der Möglichkeit, das Altersteilzeitgesetz auf der Grundlage von Tarifverträgen als „Blockmodell“ zu gebrauchen. Arbeitnehmer ab 55 können nach dem Altersteilzeitgesetz bei mindestens 70% des vorherigen Lohns ihre Arbeitszeit auf die Hälfte reduzieren, das Arbeitsamt zahlt über maximal 5 Jahre einen Zuschuß an den Arbeitgeber. Im Blockmodell, das

meistens präferiert wird, folgen 2 1/2 Jahre „Freizeit“ auf 2 1/2 Jahre Vollzeitbeschäftigung. Im Anschluß daran kann die Altersrente ab 60 bezogen werden. Tatsächliche Fälle sind noch sehr selten, weil die ersten 2 1/2 Jahre seit Inkrafttreten des Gesetzes gerade erst verstrichen sind und zu berücksichtigen ist, daß nach Inkrafttreten zunächst Tarifverträge ausgehandelt werden mußten.

Möglichkeiten, Invaliditätsrenten und Arbeitslosengeld zu kombinieren oder zu kumulieren existieren nicht, sollten aber ursprünglich mit dem Rentenreformgesetz 1999 eingeführt werden.

Abgrenzung zwischen Invalidenversicherung und vorzeitigen Rentenleistungen

Die Möglichkeit von 59er Regelungen aus Arbeitslosengeld und vorzeitiger Rente ab 60 ist weiter oben bereits beschrieben worden. Es wird sich erst in den kommenden Jahren zeigen, ob mit der Verschärfung der Erstattungsregelungen eine verstärkte Inanspruchnahme von Invaliditätsrenten ausgelöst wird, wie von vielen befürchtet wird, oder ob ein verstärktes Ausweichen in Altersteilzeitregelungen erfolgt.

Zu den gegenwärtigen *Altersgrenzen* siehe Tabelle 1. Die Altersgrenzen werden seit Anfang 1997, gestaffelt nach Geburtsmonaten, heraufgesetzt. Die ursprüngliche Altersgrenze von 60 Jahren der Rente wegen Arbeitslosigkeit liegt im April 1999 für den Geburtsmonat April 1939 bei 62 Jahren und 4 Monaten. Ein vorzeitiger Rentenbezug unter Abschlägen ist aber noch ab 60 möglich. Die Heraufsetzung der Altersgrenze bei der Altersrente für Frauen (noch 60) und der Altersrente für langjährig Versicherte (noch 63) beginnen ab Jahrgang 1940 bzw. 1937, werden also frühestens ab dem Jahr 2000 wirksam. Die Anhebung der Altersrente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige wird ab 2001 wirksam. Ab Jahrgang 1946 fällt die Altersrente für Erwerbsunfähige und Berufsunfähige ganz weg, ein Anspruch verbleibt nur noch für Schwerbehinderte. Es gibt Sonderregelungen, u.a. für Versicherte mit mindestens 45 Pflichtbeitragsjahren.

Spätestens für den Jahrgang 1945 beginnen alle Altersrenten regulär mit dem Alter von 65, können allerdings zum Teil unter Abschlägen vorzeitig bezogen werden.

In der Knappschaft gibt es einen Anspruch auf Rente für Bergleute, wenn sie 50 Jahre alt sind, die Wartezeit von 25 Jahren erfüllt haben und „im Vergleich zu der von ihnen bisher ausgeübten knappschaftlichen Beschäftigung eine wirtschaftlich gleichwertige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit nicht mehr ausüben.“

Eine Möglichkeit, Invaliditätsrenten und vorzeitige Renten zu kombinieren, existiert nicht. Mit 65 werden Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten automatisch in Altersrenten umgewandelt.

Abgrenzung zwischen Invalidenversicherung und Unfallversicherung

Die Unfallversicherung wird von 35 gewerblichen Berufsgenossenschaften, 20 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand durchgeführt. Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand übernehmen auch Schüler, Studenten, Lebensretter und andere Versicherte ohne Arbeitgeber.

Versicherungsfälle in der gesetzlichen Unfallversicherung sind ausschließlich *Arbeitsunfälle*, *Wegeunfälle* (d.h. in erster Linie Unfälle auf dem Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit) und *Berufskrankheiten*. Die Unfallversicherung ersetzt die Haftpflicht des Arbeitgebers inklusive Schmerzensgeld und ist daher im Vergleich zur Rentenversicherung relativ großzügig, *wenn* gezahlt wird (was aber nach Meinung vieler restriktiv gehandhabt wird).

Als Berufskrankheiten können (durch Rechtsverordnung der Bundesregierung) solche anerkannt werden, die „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind ...“ (§9 SGB 7). In der Unfallversicherung wird die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) zugrunde gelegt, die sich im Sinne einer abstrakten Betrachtungsweise nach den verminderten Arbeitsmöglichkeiten „auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens“ richten, also nicht in Bezug auf die vor dem Arbeitsunfall konkret ausgeübte Beschäftigung. Es gibt in der Unfallversicherung aber einen Berufsschutz in der Weise, daß Nachteile ausgeglichen werden sollen, die Versicherte dadurch erleiden, daß sie ihre beruflichen Qualifikationen nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können. Die Folgen eines Unfalls werden generell nur berücksichtigt, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um mindestens 10% herabsetzen. Anspruch auf eine *Rente* haben Versicherte, deren MdE mindestens 20% beträgt und länger als ein halbes Jahr andauert.

Leistungen aus der Unfallversicherung richten sich zum Teil nach der „Gliedertaxe“, in der für bestimmte Schädigungen feste Prozentsätze genannt werden (wie auch in der Kriegsopferversorgung), allerdings müssen auch die gesamten Umstände des Einzelfalles berücksichtigt werden.

Verletztenrenten werden im Prinzip *auf Dauer* gewährt, woran sich gegebenenfalls Hinterbliebenenrenten anschließen. Ein Zusammenhang mit dem Rentenversicherungssystem besteht nur im Hinblick auf die Einkommensanrechnung, auch die ärztliche Beurteilung wird nicht unbedingt geteilt.

Die volle *Verletztenrente* bei Verlust der Erwerbsfähigkeit (=100%) beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes, ansonsten entspricht sie dem Prozentsatz der MdE. Es existiert ein Mindestjahresarbeitsverdienst in Höhe von 60% der Bezugsgröße (niedriger bei Personen unter 18) und eine Höchstgrenze in Höhe des Doppelten der Bezugsgröße. Schwerverletzte (mindestens 50%), die keine EU-Rente aus der Rentenversicherung erhalten, bekommen einen Zuschlag von 10% der Rente. Die Renten werden jährlich wie in der Rentenversicherung entsprechend der Nettoeinkommensentwicklung angepaßt.

Bei Kumulation von Verletztenrente und Rente aus der Rentenversicherung findet eine Einkommensanrechnung in der gesetzlichen Rentenversicherung statt. Dafür wird ein Grenzbetrag für die Summe der Renten festgelegt, der bei Erwerbsunfähigkeitsrenten 70% des Jahresarbeitsverdienstes (auf den Monat umgerechnet) beträgt, bei Berufsunfähigkeitsrenten 2/3 davon (=47%). Alles, was den Grenzbetrag übersteigt, wird nicht ausbezahlt. Allerdings werden bestimmte Bestandteile bei der Summenbildung nicht berücksichtigt, darunter Rentenbestandteile aus der knappschaftlichen Versicherung und bei der Unfallrente ein Betrag, der der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz entspricht (am 1.7.1997 bei einer MdE von 100% monatlich 1131 DM in Westdeutschland, 964 DM in Ostdeutschland).

Beamte werden nicht durch die Unfallversicherung, sondern im Rahmen der Unfallfürsorge durch den Dienstherrn versorgt.

2. Dokumentation der wichtigsten Reformen/Massnahmen seit 1970/1980

Hinsichtlich der Invalidenversicherung selbst

Generell sind hier neben Gesetzesänderungen im Bereich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen auch Gerichtsurteile wirksam gewesen, vor allem im Bereich der „konkreten“ versus „abstrakten“ Betrachtungsweise.

Die konkrete Betrachtungsweise, wonach die Arbeitsmarktlage bei der Beurteilung der Berufsfähigkeit eine Rolle spielt, geht auf zwei Beschlüsse des Großen Senats des Bundessozialgerichts bereits vom 11. Dez. 1969 und vom 10. Dezember 1976 zurück. Insbesondere Frauen mit Berufsausbildung, aber nach langen Erwerbsunterbrechungen und daher mit ungünstigeren Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt profitieren von der konkreten Betrachtungsweise, weil sie ihren Berufsschutz aufrechterhält. So haben in vielen Fällen altersbedingte Erkrankungen und die verschlechterte Arbeitsmarktlage ab Mitte der 70er Jahre ausgereicht, um einen Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente zu erwerben. Dies ist auch deshalb so bedeutsam, weil nach dem damaligen Recht ein Anspruch auf eine Altersrente erst nach einer Versicherungszeit von 15 Jahren bestand, so daß für viele Frauen mit kürzeren Versicherungszeiten ein hoher Anreiz bestand, die EU/BU-Rente zu beantragen. Es ist auch zu beachten, daß nach damaliger Praxis ab einem Alter von 70 Jahren in der Regel Erwerbsunfähigkeit angenommen wurde.

Diese Entwicklung hat schließlich zur Einführung der versicherungsrechtlichen Rahmenfristvoraussetzungen bei der Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrente ab 1.1.1984 geführt. Diese Rahmenfristvoraussetzung, wonach in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Invalidität drei Jahre *Pflichtbeiträge* für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit entrichtet worden sein müssen, wurde mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 eingefügt und zielte vor allem auf Hausfrauen. Zugleich wurde die notwendige Versicherungszeit für die Altersrente ab 65 auf 5 Jahre herabgesetzt. Für die Rahmenfristvoraussetzungen gibt es Übergangsregelungen für Versicherte, die diese Voraussetzungen am 1.1.1984 erfüllt hatten und seither kontinuierlich (auch freiwillig) versichert sind.

1996 wurde vom Gesetzgeber bekräftigt, daß die Arbeitsmarktlage bei vollschichtig arbeitsfähigen Versicherten nicht zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit herangezogen werden dürfe, da nach Klagen ein weiteres BSG-Urteil befürchtet wurde, das diesem Personenkreis Ansprüche auf EU-Rente eröffnet hätte.

Neue oder eingestellte Rentenleistungen oder Service-/Eingliederungsmaßnahmen gab es nach der Einführung der vorgezogenen Altersrenten mit dem RRG 1992 - darunter die Altersrente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige - nicht. Nach Gerichtsurteilen kam es Anfang der 80er Jahre zu kleineren Verschiebungen bei Zuständigkeiten im Bereich von Rehabilitationsmaßnahmen, die auf Suchterkrankungen beruhen (Entziehungsmaßnahmen). Früher war hierfür die Krankenversicherung, heute ist die Rentenversicherung zuständig, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Kleinere Reformen in der Rentenberechnung gab es praktisch in jedem Jahr. Auch wurden Termine und Modalitäten der Rentenanpassungen häufig geändert.

Größere Änderungen hat zunächst das Rentenreformgesetz 1972 (Inkrafttreten 1973) vorgenommen, vor allem mit der Einführung flexibler Altersrenten (für langjährig Versicherte, ab 63 und für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige). Bereits vorher existierte die vorgezogene Rente für Frauen und für Arbeitslose.

Die vorgezogene Rente für Schwerbehinderte, Berufs- und Erwerbsunfähige konnte ab 1973 mit 62 Jahren, ab 1979 mit 61 Jahren und kann seit 1980 mit 60 Jahren bezogen werden.

Durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz 1974 ist eine Angleichung der Reha-Leistungen von verschiedenen Sozialleistungsträger vorgenommen worden.

1977 wurden die Beamten von Reha-Maßnahmen aus der RV ausgeschlossen und ein Teil der beruflichen Rehabilitation den Arbeitsämtern zugeordnet.

Seit 1982 sind Rehabilitationsleistungen nur noch bei *erheblicher Gefährdung* der Erwerbsfähigkeit möglich, die *Erhaltung* reicht nicht mehr aus.

Am 1.1.1984 sind die Rahmenfristvoraussetzungen bei der BU/EU-Rente in Kraft getreten (3 Beitragsjahre in den letzten 5 Jahren) und der leichtere Zugang bei den Altersrenten ab 65 (5 statt 15 Versicherungsjahre). Dadurch ergab sich ein deutlicher Effekt in Form von zusätzlichen Anträgen in 1983, weil vor allem Frauen versuchten, vor Inkrafttreten noch eine BU/EU-Rente zu erhalten (Rehfeld 1994: 483).

Das Hinterbliebenen- und Erziehungszeitengesetz hat zum 1.1.1986 die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten (zunächst ein Jahr) eingeführt sowie eine Einkommensanrechnung bei Hinterbliebenenrenten.

Mit dem Rentenreformgesetz 1992 wurden zahlreiche Änderungen bei der Berechnung der Renten vorgenommen, so wurden

- die Zurechnungszeit bei Invaliditätsrenten gekürzt,
- der Höchstbetrag beim Zusammentreffen der Renten aus Unfall- und Rentenversicherung von 80% auf 70% reduziert, auf der anderen Seite wurden Freibeträge eingeführt (siehe oben),
- Alters-Teilrenten⁹ eingeführt, die die vorher bei Altersrenten geltende feste Hinzuverdienstgrenze bis 65 (1000 DM) ablösen,
- die Anzahl der berücksichtigten beitragsfreien Ausbildungsjahre reduziert (von ursprünglich 13 auf zunächst sieben),
- die berücksichtigten Kindererziehungszeiten für ab 1.1.92 geborene Kinder heraufgesetzt (von 1 auf 3 Jahre),
- beitragsfreie Zeiten niedriger bewertet, wenn es Lücken im Versicherungsverlauf gibt (sogenannte „Gesamtleistungsbewertung“),
- die Rentenanpassung auf die Nettolöhne bezogen (statt wie bisher auf die Bruttolöhne),
- die Altersgrenzen heraufgesetzt und Rentenabschläge bei vorzeitigem Rentenbezug eingeführt (ursprünglich ab 2001).

Seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz werden seit 1997 nur noch drei Jahre Ausbildungszeiten angerechnet. Außerdem wurde die Heraufsetzung der Altersgrenzen vorgezogen (siehe oben).

⁹ Der Anteil von Alters-Teilrenten am Rentenzugang liegt im Promille-Bereich. Die Regelung ist ähnlich wie bei den Erwerbsunfähigkeitsrenten. Jedoch gibt es zusätzlich die Stufe einer halben Rente und sind die Hinzuverdienstgrenzen deutlich niedriger.

Änderungen hinsichtlich der Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungsleistungen

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch“ sind 1996 die Teilrenten und Hinzuverdienstgrenzen für den Bezug von Invaliditätsrenten eingeführt worden.

Vom 1.4.84 bis 31.12.88 galt ein Vorruhestandsgesetz, das Arbeitnehmer ab frühestens 58 Jahren nutzen konnten und das vor allem drastische Auswirkungen im Hinblick auf die Akzeptanz des frühen Ruhestands hatte.

Seit 1986 müssen Arbeitnehmer ab 58 Jahren nicht mehr der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen, um Arbeitslosengeld erhalten zu können (Grundlage der „Sozialplanarbeitslosigkeit“).

Von 1989 bis 1993 galt ein erstes Altersteilzeitgesetz, das kaum in Anspruch genommen wurde.

Vom 3.10.1990 bis 31.12.1992 (für neue Fälle) galt in Ostdeutschland das Altersübergangsgeldgesetz mit Leistungen für ehemalige Arbeitnehmer ab 55 Jahren. Leistungshöchstdauer: 5 Jahre (Ende also spätestens 1997). Altersübergangsgeldbezieher konnten anschließend Altersrente ab 60 Jahren beziehen (wie Arbeitslose in Westdeutschland).

Seit 14.2.1996 gilt das neue Altersteilzeitgesetz. Arbeitnehmer ab 55 können ihre Arbeitszeit auf die Hälfte reduzieren bei 70% des vorherigen Lohns, das Arbeitsamt zahlt über 5 Jahre einen Zuschuß an den Arbeitgeber.

Mit dem Arbeitsförderungs-Reformgesetz sind ab 1.4.1997 sehr zahlreiche Änderungen in Kraft getreten. So sind die Altersgrenzen für die Bezugsdauern (vgl. Tabelle 4) um drei Jahre heraufgesetzt worden. Außerdem wurden die Erstattungsregeln bei der „Sozialplan-Arbeitslosigkeit“ verschärft. Sie werden aber wegen Übergangsvorschriften erst jetzt allmählich wirksam. Das Niveau der Arbeitslosenhilfe wird seither mit zunehmender Bezugsdauer gesenkt.

Bis zum Rentenreformgesetz 1972 gab es - außer für beschäftigte Frauen und für Arbeitslose, die damals noch keine große Rolle spielten -, eine einheitliche Altersgrenze von 65 Jahren. Mit Wirkung vom 1.1.1973 wurde die damals so genannte „flexible Altersgrenze“ (frühestens ab 63) für langjährig Versicherte eingeführt, wie es sie auch heute noch gibt.

Eine Änderung hinsichtlich befristeter versus dauerhafter Invaliditätsrenten ist erst für die Zukunft beabsichtigt (Invaliditätsrenten sollen generell als Zeitrenten gewährt werden).

3. Untersuchungen und Trends

Ursachen für die Trends jüngerer Datums

Obwohl ein Zusammenhang zwischen *Arbeitsbelastung* und Verrentung auf der Hand zu liegen scheint und hohe bzw. zunehmende Verrentungsquoten wegen Frühinvalidität häufig in Zusammenhang mit höheren Arbeitsbelastungen gebracht werden, läßt sich aus den existierenden Studien kaum eine eindeutige Aussage ableiten. Allerdings stammen viele der Studien dazu noch aus den 80er Jahren. Naegele (1993: 80) schließt aus den Ergebnissen, daß die empirische Evidenz der gestiegenen Arbeitsbelastung gesichert sei. Die gesundheitsbedingten Einflußfaktoren der Frühverrentung würden allerdings überlagert durch Faktoren des Arbeitsmarktes.

Neuere Ergebnisse auf der Grundlage des Nationalen Gesundheitssurveys der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP, mehrere Wellen) und des Sozioökonomischen Panels (Längsschnittdatensatz) zeigten, daß „bei beiden Geschlechtern die Arbeitsbelastungen ‚Körperlich schwere Arbeit‘, ‚Hohes Arbeitstempo/Zeitdruck‘ und ‚Zwang zu schnellen Entscheidungen‘, speziell für Frauen ‚Arbeit am Bildschirm/EDV-Terminal‘, ‚Langweilige, gleichförmige Arbeit‘ und ‚Starke Konkurrenz durch Kollegen‘, speziell für Männer ‚Widersprüchliche Anforderungen/Anweisungen‘ sowie ‚Unangenehme/einseitige körperliche Beanspruchung‘ signifikant in einem Zusammenhang mit der Beendigung von Arbeitsverhältnissen aus gesundheitlichen Gründen und Frühberentung“ stehen (Behrens/Elkeles/Schulz 1998: 206). Inwieweit dies mit der Zunahme der Frühverrentung *insgesamt* zusammenhängt, läßt sich allerdings nicht eindeutig bestimmen.

Die *Rechtsprechung* und Diskussion um die konkrete und abstrakte Betrachtungsweise wurde weiter oben bereits wiedergegeben. Das BSG-Urteil von 1976 war in diesem Zusammenhang im betrachteten Zeitraum das wichtigste. Voges (1994) hat versucht, anhand von Daten einer Krankenkasse einen Effekt des BSG-Urteils von 1976 in den Verläufen statistisch nachzuweisen, insbesondere bei Frauen. Dies ist in seinem Beobachtungsfenster bis 1978 allerdings nicht gelungen. Es ist aber möglich, daß sich die Auswirkungen wegen längerer Antragsverfahren erst später zeigten. Erst am 7. Dezember 1978 wurde eine „Vereinbarung zwischen dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und der Bundesanstalt für Arbeit (BA) über das Verfahren nach dem Beschluß des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 10. Dezember 1976“ getroffen, in der unter anderem die einjährigen Vermittlungsbemühungen der Bundesanstalt für Arbeit geregelt wurden. Allerdings ergab sich auch aus einer Analyse des VDR des Rentenzugangs 1977-1981 (Braun/Knödel 1983: 650), daß keine wesentliche Veränderung des Anteils der aufgrund der konkreten Betrachtungsweise Verrenteten nachzuweisen war. Das BSG-Urteil von 1976 stellte eine Bekräftigung des älteren Urteils von 1969 dar, mit dem bereits auf die konkrete Betrachtungsweise abgestellt wurde, insofern war ein größerer Effekt auch nicht unbedingt zu erwarten.

Braun/Knödel stellten in dieser Untersuchung deutliche Strukturunterschiede zwischen „Arbeitsmarktfällen“ und „Nichtarbeitsmarktfällen“ fest. Sowohl die Diagnosen unterschieden sich als auch Dauer der Versicherungszeit, Einkommensniveau und folglich auch Rentenhöhe (ebenda: 651). Bei den Diagnosen zeigte sich, daß bei Männern und Frauen die Diagnosegruppe „Osteomyelitis und sonstige Krankheiten der Knochen und Gelenke“ bei den Arbeitsmarktfällen weit überproportional vertreten war. Die Rentenhöhen waren durchschnittlich niedriger.

Durch die konkrete Betrachtungsweise ergibt sich ein direkter Zusammenhang zwischen den Gegebenheiten auf dem *Teilzeitarbeitsmarkt* und der Beurteilung der Berufs-/Erwerbsunfähigkeit.

Monokausale Theorien haben für die Erklärung der Entwicklung wenig Erklärungskraft. Vielversprechende Erklärungsansätze ergeben sich erst durch die Berücksichtigung der *Verflechtungen* zwischen individuellen Umständen und Erkrankungen, Effekten der Rentenversicherung und der *betrieblichen Produktion sowie Personal- und Laufbahnpolitik* (Behrens/Elkeles/Schulz 1998, Morschhäuser 1999, Behrens 1999). Ein erster Ansatzpunkt ist es, Gesundheit nicht als absoluten, sondern als relativen Begriff aufzufassen, d.h. im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen zu sehen. Auch wenn sich der Gesundheitszustand nicht verändert, hat die veränderte Produktionsweise durch technischen Fortschritt Konsequenzen, da weniger Arbeitsplätze für erwerbsgeminderte Arbeitnehmer mit bestimmten Qualifikationen zur Verfügung stehen. „Es hängt viel mehr von der Art der erreichbaren Arbeitsplätze als von der psychophysischen Leistungsfähigkeit ab, ob eine Person ‚relativ gesund‘ am Erwerbsleben partizipieren kann oder relativ krank von ihm ausgeschlossen ist“ (Behrens 1999: 74).

Unter dieser Prämisse hängt die Dauer der Erwerbsfähigkeit stark von der betrieblichen Personalpolitik ab. Dies gilt um so mehr, wenn man auch das Veralten von Qualifikationen, Entmutigung und Reputationsverlust einbezieht. Generell lassen sich drei betriebliche Reaktionsmuster auf Veränderungen der Erwerbsfähigkeit in der Zeit unterscheiden (ebenda): Umgestaltung des Arbeitsplatzes, betriebliche bzw. überbetriebliche Laufbahnpolitik und Externalisierung der betroffenen Beschäftigten aus den Betrieben heraus (Arbeitgeberwechsel, Arbeitslosigkeit, Frührente). Durch frühzeitige richtige Weichenstellung (Qualifizierung, Laufbahnpolitik) können die Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgefangen werden. Allerdings greift hier die Renten- bzw. Invaliditätsversicherung ein, indem sie einen kostengünstigeren Weg der Ausgliederung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer bereitstellt und damit für Personalverantwortliche eine einfachere Alternative bietet. Dieses Konzept scheint nach verschiedenen Fallstudien geeignet zu sein, die Zusammenhänge bei der Frühverrentung zu beschreiben, und zwar durch Verflechtungen zwischen gesundheitlichen Veränderungen, Qualifikation, finanziellen Anreizen durch die Rentenversicherung und betrieblichen Personalentscheidungen. Es fehlen allerdings aussagefähige quantitative Studien, um die Thesen zu erhärten.

Längsschnittstudien zum Thema

Behrens et al. (1998) greifen auf Längsschnittstudien zurück. Auch die Arbeit von Voges (1994) anhand von Krankenkassendaten zu den Folgen des BSG-Urteils von 1976 wurde bereits beschrieben. Nach seinen Ergebnissen spielt in einer Längsschnitt-Sicht der Gesundheitszustand eine zentrale Rolle. Als „Labilisierungsspirale“ wird dabei die empirisch vorgefundene Beobachtung bezeichnet, daß unstetige Berufsverläufe, die auch durch Krankheiten ausgelöst werden, den Prozeß der Invalidisierung beschleunigen. Die Bedeutung vorheriger Arbeitsunfähigkeitszeiten zur Erklärung der Invalidität ist in dieser und auch in anderen Untersuchungen bestätigt worden, die diesen (umfangreichen) Datensatz verwendeten.

Eine Längsschnittstudie, die die Wirkung der finanziellen Anreize durch das Rentensystem auf die Verrentungswahrscheinlichkeit untersucht, stammt von Riphahn (1995) auf der Grundlage des Sozioökonomischen Panels. Sie faßt das Ergebnis ihrer Studie so zusammen, daß der Anreizeffekt minimal sei: Alter, Gesundheit, Erwerbseinkommen und Arbeitslosigkeit seien die wichtigeren Determinanten der Invaliditätswahrscheinlichkeit. Auch nach dieser Studie ist Gesundheit die stärkste Einflußgröße der Verrentung wegen Invalidität.

Literatur

Behrens, Johann, 1999: „Länger erwerbstätig durch Arbeits- und Laufbahngestaltung: Personal- und Organisationsentwicklung zwischen begrenzter Tätigkeitsdauer und langfristiger Erwerbstätigkeit“, in: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrok, E. Zimmermann (Hrsg.), *Länger erwerbstätig - aber wie?*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 71-115.

Behrens, Johann; Elkeles, Thomas; Schulz, Detlef, 1998: „Begrenzte Tätigkeitsdauer und relative Gesundheit - Berufe und betriebliche Sozialverfassungen als Ressourcen für Tätigkeitswechsel“, in: W. Heinz, W. Dressel, D. Blaschke, G. Engelbrech (Hrsg.), *Was prägt Berufsbiographien? Lebenslaufdynamik und Institutionenpolitik, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 215, Nürnberg: IAB, 196-228.

Behrens, Johann; Voges, Wolfgang, 1990: „Labilisierende Berufsverläufe und der vorzeitige Übergang in den Ruhestand“, in: W. Dressel u.a. (Hrsg.), *Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 133, Nürnberg: IAB, 201-219.

Braun, Roland; Knoedel, Peter, 1983: „Die Arbeitsmarktlage und die Gewährung von Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Spiegel der Statistik“, *Deutsche Rentenversicherung*, 9-10, 621-651.

BMA (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung), 1998: *Übersicht über das Sozialrecht*, Bonn: Eigenverlag.

Morschhäuser, Martina, 1999: „Alternsgerechte Arbeit: Gestaltungsaufgabe für die Zukunft oder Kampf gegen Windmühlen?“, in: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrok, E. Zimmermann (Hrsg.), *Länger erwerbstätig - aber wie?*, Opladen: Westdeutscher Verlag, 19-70.

Naegele, Gerhard, 1992: *Zwischen Arbeit und Rente*, Augsburg.

Rehfeld, Uwe, 1994: „Verrentungsprozeß und versicherungsbiographische Fakten für Geburtsjahrgangskohorten - Analyse der Rentenzugangsdaten 1973 bis 1990 für Versichertenrenten“, *Deutsche Rentenversicherung*, 7, 471-526.

Riphahn, Regina T, 1995: Disability Retirement among German Men in the 1980s. *Münchener wirtschaftswissenschaftliche Beiträge*, Arbeitspapier, München: Ludwig-Maximilians-Universität.

Scheerer, Reinhard, 1976: „Berufsunfähigkeit: ein impraktikabler Rechtsbegriff“, *Deutsche Rentenversicherung*, 1, 9-19.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), 1993: „Grundsätze zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung“, *Deutsche Rentenversicherung*, 8-9, 493-636.

Viebrok, Holger, 1997: *Das Arbeitsangebot im Übergang von der Beschäftigung in den Ruhestand, Eine Analyse der Arbeitsanreize durch sozialrechtliche Regelungen in der Spätphase des Erwerbslebens*, Frankfurt am Main: Peter Lang.

Viebrok, Holger, 1997: „Opfer und Opfergrenzen, Einkommens- und Arbeitsanreizeffekte von Vorschlägen zur Reform der Invaliditätsrenten“, *Zeitschrift für Sozialreform*, 43, 3, 227-251.

Voges, Wolfgang, 1994: *Mißbrauch des Rentensystems? Invalidität als Mittel der Frühverrentung*, München: Campus.

Zweng, Johann; Scheerer, Reinhard; Buschmann, Gerhard (Hrsg.), 1991: *Handbuch der Rentenversicherung*, Stuttgart u.a: Kohlhammer (Loseblattsammlung).

Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik

Länderbericht: Italien¹⁰

von Emanuele Baldacci¹¹ und Gustavo De Santis¹²

1. Darstellung des Behinderten/Invalidenversicherungssystems (Invalidenrenten) und verwandter Systeme zur Sozialen Sicherung

Invalidenrentensysteme in Italien: Ein allgemeiner Überblick

Die Abbildung 1 auf der nächsten Seite illustriert, wie das Behinderten/Invalidenversicherungssystem in Italien im Jahre 1999 (und – wenn auch mit einigen wichtigen Modifizierungen – seit den sechziger Jahren) funktioniert. Sobald ein Gesundheitsschaden (der über einem der verschiedenen Grenzwerte zu liegen hat – siehe unten) offiziell ermittelt ist, gilt es abzuklären, ob dieser Schaden bei Verrichtung einer Arbeit (Beruf oder Krieg) oder bei anderer Gelegenheit eingetreten ist. Im ersteren Fall hat der verletzte Angestellte (oder dessen Nachkommen) Anspruch auf eine Entschädigung (Berufs- oder Kriegsentschädigung).

Liegt hingegen der letztere Fall vor (d.h. Vorliegen einer nicht berufs- oder kriegsbedingten Verletzung), dann stellt sich eine weitere zentrale Frage: War das Opfer ein Angestellter, der genügend Versicherungsbeiträge geleistet hatte (d.h. wenigstens 5 volle Jahre, wovon 3 in den letzten 5 Jahren)? Wenn ja, dann hat die verletzte Person Anrecht auf Leistungen des Sozialversicherungssystems und kommt entweder in den Genuss von (vorübergehenden) Invaliditätszuschüssen (66-99% Invalidität), die später von einer Altersrente abgelöst werden werden, oder einer (dauerhaften) Invalidenrente (100% Invalidität). Falls dies nicht der Fall ist, d.h. wenn die behinderte Person nicht der Erwerbsbevölkerung angehört hat oder wenn sie dieser zwar angehört, jedoch nicht genügend Versicherungsbeiträge geleistet hat), dann wird die verletzte Person auf andere Weise versorgt, nämlich mit einer Rente der Sozialfürsorge.

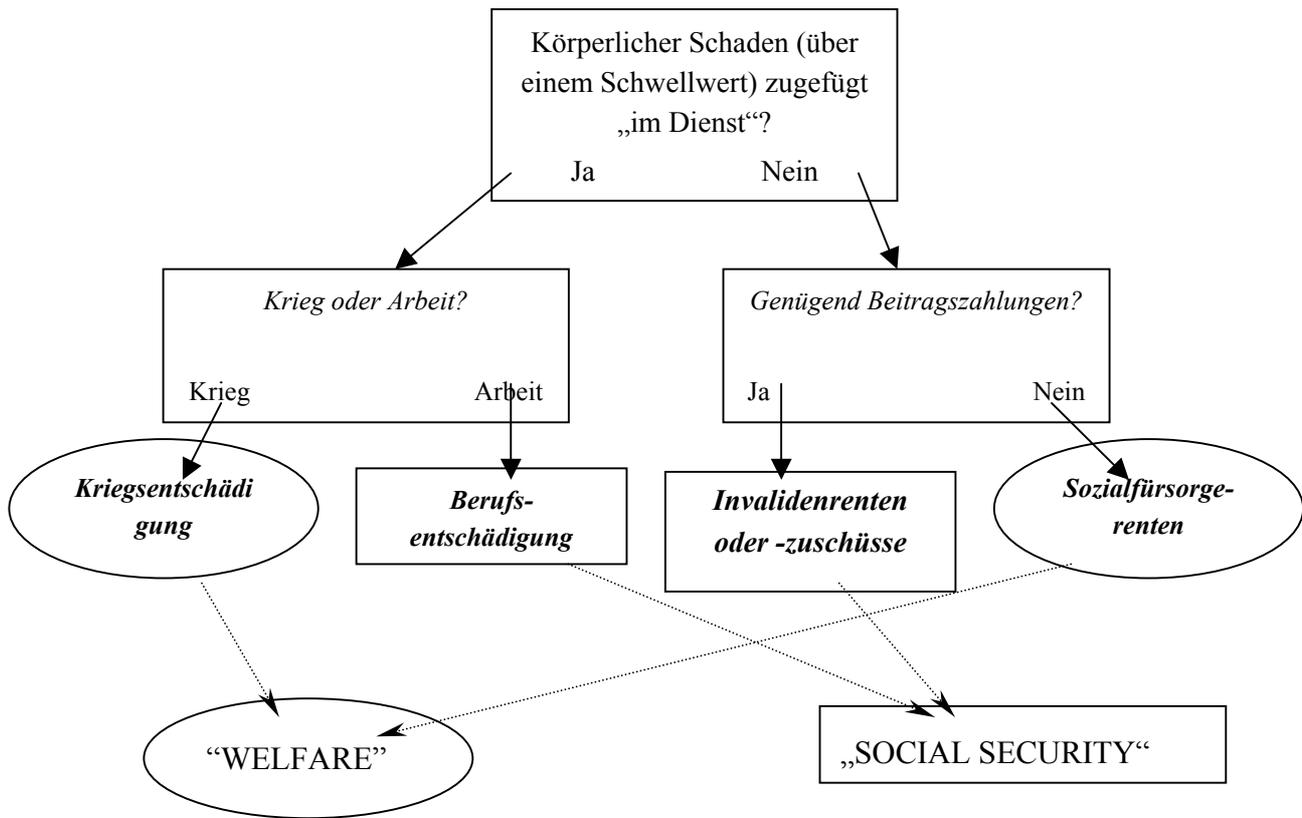
Dies ergibt zwei parallel laufende Systeme: Invaliditätsentschädigungen auf der einen und Invalidenrenten oder Invaliditätszuschüsse auf der anderen Seite. Häufiger werden jedoch Sozialversicherung und Sozialfürsorge einander gegenübergestellt (Tabelle 1 im Anhang dieses Kapitel). Der Hauptunterschied besteht darin, dass die Leistungen der Sozialversicherung im Allgemeinen von den vorher bezahlten Beiträgen abhängen, während für Leistungen der Sozialfürsorge keine Beitragszahlungen vorausgesetzt werden und das System über Steuereinnahmen finanziert wird. Noch zwei weitere Unterscheidungen sollten beachtet werden: Sozialfürsorgeleistungen sind einkommensabhängig und i.d.R. nicht auf Nachkommen übertragbar (mit Ausnahme der Entschädigungen für Kriegsverletzungen).

¹⁰ Übersetzung aus dem Englischen von BSV

¹¹ ISTAT, Statistik Italien, Rom

¹² Universität Florenz, Universität Messina

Abbildung 1: Zugang zu Leistungen aus der Invalidenversicherung



Wie bereits erwähnt, kann man bei Geldleistungen (Dienstleistungen und andere Sachleistungen werden später erläutert) vier verschiedenen Grundformen unterscheiden: Invalidenrenten, Berufs- oder Kriegsentschädigungen, Invaliditäts- (und einige *ad hoc*-) Zuschüsse sowie andere Leistungen.

- Invalidenrenten sind regelmässig (monatlich) und lebenslänglich ausgerichtete Zahlungen an Menschen, die nicht oder nicht mehr arbeiten können, weil sie "ausserhalb ihrer Arbeitszeit" einen Gesundheitsschaden erlitten haben. Diese Renten werden nicht von einer Altersrente abgelöst und sind auf Nachkommen übertragbar (Hinterlassenenrenten).
- Berufs- oder Kriegsentschädigungen sollen den Verlust von Körperteilen oder körperlichen Schäden ausgleichen. Sie werden in Form von Ratenzahlungen entrichtet – etwa in monatlichen Raten – wobei die Leistungsempfänger weiterhin einer Arbeit nachgehen können.
- Die im Jahre 1984 eingeführten Invaliditätszuschüsse werden an all jene ausgerichtet, die trotz eines erheblichen Gesundheitsschadens (67-99%) weiterhin arbeiten können (dies aber nicht notwendigerweise müssen). Der Gesundheitszustand von Leistungsempfängern wird dreimal untersucht, bevor der Invaliditätszuschuss dauerhaft wird. Bei Erreichen des Rentenalters verwandelt sich diese Leistung in eine Altersrente.
- In bestimmten Fällen können Behinderten *ad-hoc*-Leistungen gewährt werden: z.B. bei vollständig Erblindeten, die auf eine Begleitperson angewiesen sind usw.

- In sämtlichen Fällen wird eine minimaler (je nach System unterschiedlich festgelegter) Invaliditätsgrad vorausgesetzt, um Anrecht auf die Leistungen zu erhalten. Sozialfürsorgerenten und sämtliche Entschädigungen erhöhen sich mit zunehmendem Invaliditätsgrad, wogegen dies bei den (sozialversicherungsrechtlichen) Invalidenrenten nicht der Fall ist; diese hängen allein von den eingezahlten Beiträgen ab.

Wie erwähnt, wird zwischen vier verschiedenen Systemen unterschieden, wobei diese in der Sozialleistungs-Klassifikation der nationalen Statistik oftmals nur als drei Systeme behandelt werden (vgl. die folgenden Ausführungen):

a) *Alters-, Invaliden und Hinterlassenenversicherung (AIHV)*: Die Renten dieses Sozialversicherungszweigs werden im Rahmen des für alle Arbeitnehmer und Selbständigerwerbende obligatorischen Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenversicherungsprogramms aus verschiedenen Sozialversicherungsfonds ausgerichtet (den grössten Fonds bildet das Staatliche Sozialversicherungsinstitut – INPS: *Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale*). Um Anspruch auf eine Invalidenrente zu haben, wird ein Minimalmass an Beiträgen verlangt, was auch der Grund dafür ist, dass diese Leistung in der Staatsrechnung als *Sozialversicherung* aufgeführt ist. Da diese Rente bei Erreichen des ordentlichen Rentenalters nicht immer automatisch in eine Altersrente umgewandelt wird, können die Rentenempfänger jeder Altersgruppe angehören (somit auch 65 Jahre und älter; zu den Einzelheiten siehe unten).

b) *Entschädigungsrenten*: Wie oben bereits aufgezeigt beinhaltet dieser Sozialversicherungszweig zwei verschiedene Invalidenrentensysteme: Berufsunfall- und Kriegsverletzungsentschädigungen.

b1) *Berufsunfallentschädigungen* werden durch mehrere Pensionsfonds ausgerichtet (wobei der wichtigste Fonds das Staatliche Institut für die Berufsunfallversicherung ist – INAIL: *Istituto Nazionale per l'Assicurazione sugli Infortuni sul Lavoro*) und zwar an fast alle Unselbständigerwerbende im privaten Sektor (landwirtschaftlicher und industrieller Sektor) sowie an einige Arbeitnehmer des öffentlichen Sektors. Das von diesem Fonds versicherte Risiko ist die (teilweise der vollständige) Verminderung der Arbeitsfähigkeit infolge eines Arbeitsunfalls. Die Höhe der ausgerichteten Rente hängt vom bisherigen Arbeitsverdienst und vom Invaliditätsgrad ab. Diese Sozialversicherung ist obligatorisch, wobei die Beiträge bei den Arbeitgebern nach Massgabe der innerhalb eines Jahres ausbezahlten Lohnsumme erhoben werden: Das macht diese Beiträge zu Sozialleistungen im Sinne der statistischen Klassifizierungen. Auch bei dieser Versicherung können die Bezugsberechtigten jeden Alters sein, so etwa auch (über) 65-Jährige.

b2) Dagegen sind *Kriegsentschädigungen* pauschale Sozialfürsorgerleistungen, die das Finanzministerium allen Einwohnern des Landes gewährt, die Kriegsverletzungen erlitten haben (direkte Kriegsrente). Bei Todesfall werden sie den Nachkommen ausgerichtet (indirekte Kriegsrente). Beitragszahlungen sind keine erforderlich. Die Leistungen sind aber insofern einkommensabhängig, als Personen mit einem Jahreseinkommen von über 7 Millionen Lire nicht mehr anspruchsberechtigt sind.

c) *Sozialfürsorgerenten* werden von dem INPS und einigen regionalen Verwaltungsstellen (vor 1999 war es noch das Innenministerium) an Einwohner mit geringem Einkommen und einem gewissen Grad an Behinderung (die weder durch Unfall, noch durch Krieg verursacht wurde) ausgerichtet. Für Blinde, Taubstumme oder anderweitig Behinderte, die keine andere Art von Invalidenrenten erhalten, gibt es drei verschiedene Pauschalleistungen. Für Vollinvalide ist eine besondere Entschädigung vorgesehen, die für jene, die keine andere Invalidenrente erhalten, nicht einkommensgebunden ist. Sozialfürsorgerenten werden bis zum 65. Altersjahr ausgerichtet (jedoch können die besonderen Entschädigungen für Vollinvalide auch älteren Personen gewährt werden). Dann wird die Rente automatisch in eine sogenannte "Sozialrente" (*assegno sociale*) umgewandelt, die älteren Personen ein Mindesteinkommen sichert (gegenwärtig 616,000 Lire pro Monat), und zwar unabhängig von allfälligen weiteren Erwägungen. Ältere Menschen, die über eine wie auch immer geartete eigene Einkommensquelle verfügen, erhalten nur soviel, wie sie zur Erreichung dieses "Mindestwerts" benötigen.

Obwohl es in diesem Bericht hauptsächlich um die arbeitsbezogenen Invalidenrenten geht (d.h. um Invalidenrenten gemäss der AIHV-Typologie), so ist es trotzdem wichtig, auch andere Systeme in Betracht zu ziehen. Denn es besteht die Möglichkeit (von der auch bis vor kurzem Gebrauch gemacht worden ist), dass die von einem Vorsorgesystem ausgeschlossenen Menschen in andere Vorsorgesysteme "abwandern". Und vor allem ist es nach 1984 um einiges schwieriger geworden, Invalidenrenten der Sozialversicherung (AIHV-Typen) zu erhalten (Näheres dazu weiter unten): Während die Zahl dieser Invalidenrenten zu sinken begann, nahmen gleichzeitig die Invalidenrenten der Sozialfürsorge zu, was letztlich in einen praktisch horizontal verlaufenden Gesamtverlauf bei den Invalidenrenten und -leistungen (an Menschen jeden Alters) mündete, der erst seit kurzem wieder abnimmt.

Definition des Invaliditätsbegriffes

a) AIHV-Invalidenrentner müssen mindestens 67% ihrer Arbeitsfähigkeit verloren haben. Vor 1984 beinhaltete die Definition den Begriff der "Erwerbsfähigkeit", der Anlass zu weiten Auslegungen des Begriffs gab. Vor allem in Regionen mit sehr hohen Arbeitslosenquoten vermischten sich soziale und medizinische Erwägungen. Seit 1984 ist dies nicht mehr der Fall, obwohl vor 1984 gewährte Leistungen nicht mehr zurückgefordert wurden und man davon ausgeht, dass es noch 10 Jahre dauern wird, bis die Bezugsberechtigten nach dem alten Systems statistisch und wirtschaftlich nicht mehr gross ins Gewicht fallen werden.

Wie bereits erwähnt werden die Leistungen des AIHV-Systems den Arbeitnehmern auf der Basis von Beitragszahlungen gewährt, wobei eine Mindestbeitragszeit gefordert wird: 5 Jahre, wovon 3 in den letzten 5 Jahren.

Seit 1984 wird eine Unterscheidung zwischen Invalidität und Behinderung gemacht. Invalidität (67-99%ige Einbusse der Arbeitsfähigkeit) ist grundsätzlich ein vorübergehender Status, der zu Invaliditätszuschüssen berechtigt und der im Abstand von jeweils drei Jahren dreimal ermittelt werden muss (somit liegen zwischen der ersten und der dritten ärztlichen Untersuchung 6 Jahre). Ist die betreffende Person nach dieser Zeit noch immer nicht gesund, dann wird ihr Status als dauerhaft anerkannt. Mit dem Erreichen des gesetzlichen Rentenalters werden jedoch die Leistungen eingestellt und der Arbeitnehmer erhält eine Altersrente (vorausgesetzt, die entsprechenden Voraussetzungen bei den Beitragszahlungen sind erfüllt). Beträgt der Invaliditätsgrad 100%, dann werden keine

weiteren medizinischen Untersuchungen mehr verlangt und das Opfer erhält für den Rest seines Lebens eine Invalidenrente.

b) *Berufsunfallentschädigungen* werden denjenigen Personen gewährt, die mindestens 11% ihrer Arbeitsfähigkeit eingebüsst haben (und zwar infolge eines Unfalls während der Arbeit). Auch in diesem Fall wird ein Invaliditätsgrad von unter 100% als vorübergehend betrachtet, was periodische Untersuchungen zur Folge hat, deren Timing vom Invaliditätsgrad abhängt.

c) *Kriegsverletzungsentschädigungen* werden denjenigen Personen gewährt, die im Verlauf kriegerischer Ereignisse verletzt werden. Der zu Leistungen berechtigende Invaliditätsgrad variiert entsprechend der Verletzungsart.

d) Bei der *Sozialfürsorge* wird Invalidität definiert als der Verlust (dieser darf nicht Faktoren als Ursache haben, die durch andere Rentensysteme gedeckt werden) von mindestens 74% der Arbeitsfähigkeit oder der Fähigkeit, die alltäglichen Verrichtungen zu besorgen. Eine Invalidenrente der Sozialfürsorge bietet eine umfassende Deckung. Neuuntersuchungen sind jederzeit möglich (auch bei einer Verschlechterung des Invaliditätsgrads, was häufig vorkommt).

Deckung / Kreis der versicherten Personen

Die Sozialversicherung, die AIHV-Renten ausrichtet, deckt wie das Altersrentensystem die gesamte Erwerbsbevölkerung und ist obligatorisch. Bei Berufsunfallentschädigungen beschränkt sich die Deckung auf Angestellte in bestimmten (risikoreichen) Industriebereichen, wovon die meisten dem privaten Sektor angehören.

Die Systeme der Sozialfürsorge und die Kriegsrenten erfassen jeden Einwohner Italiens.

Anspruchsvoraussetzungen/Aufnahme ins System

Die erforderliche Versicherungsdauer für AIHV-Renten beträgt 5 Jahre. Ausserdem müssen in den letzten 5 Jahren vor dem Ereignis, das die Invalidität verursacht hat, während mindestens 3 Jahren Beiträge eingezahlt worden sein. Für den Anspruch auf Berufsunfallentschädigungen wird keine minimale Beitragszeit vorausgesetzt.

Personen, die (vorübergehende) Invaliditätszuschüsse erhalten, dürfen weiterhin erwerbstätig sein, wogegen dies den Vollinvaliden untersagt ist.

Organisatorische Aspekte des Invaliditätssystems

Die Festlegung des Invaliditätsstatus obliegt den staatlich anerkannten Ärzten, die formell von der Sozialversicherungsbehörde (INPS) ernannt werden und die objektiven Beurteilungskriterien der besonderen im Gesetz vorgesehenen Invaliditätstabellen zu beachten haben.

Das Entscheidungsverfahren zur Ermittlung des Invaliditätsstatus läuft wie folgt ab: Die offizielle Bestätigung des Status einer (vorübergehenden) Invalidität oder einer (dauerhaften) Behinderung obliegt der Zentralbehörde, d.h. dem INPS, dessen lokale Stellen nur für die Ingangsetzung des Verfahrens verantwortlich sind.

Leistungsarten / Leistungsangebot der Invalidenversicherung

- Invalidenrente und Invaliditätszuschüsse.
- Weitere Leistungen (*una tantum*) an den Ehegatten des verstorbenen Versicherten.
- ‘Kollektive’ Leistungen (z.B. Subventionen an psychiatrische Anstalten, Sanatorien usw.) und Wiedereingliederungsmassnahmen werden überwiegend vom staatlichen Gesundheitsdienst und von den politischen Gemeinden gewährt (z.B. Schlafstellen für Behinderte). Dies gibt aber auch Anlass zur Besorgnis: Seitdem diese Leistungen auf lokaler Ebene erbracht werden, können selbst heute noch weitverbreitete Unterschiede zwischen den einzelnen Landesteilen beobachtet werden. Sollte der Dezentralisierungsprozess bei mehreren Dienstleistungen (inklusive medizinische und soziale Dienste) wie befürchtet fortschreiten, dann werden sich diese Ungleichheiten noch verstärken (Kazepov, 1996).

Einzelheiten zur Invalidenrente

Wie schon gesagt sind im AIHV-System zwei Rentenarten vorgesehen: Invaliditätszuschüsse und Invalidenrenten. *Invaliditätszuschüsse* werden an Versicherte ausgerichtet, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht voll eingebüsst haben. Der Invaliditätsstatus ist nur vorübergehend und muss jedes dritte Jahr neu überprüft werden. Ist auch der dritte Test positiv (also nach sechs Jahren ab offizieller Feststellung des Invaliditätszustands), dann gilt die Invalidität als dauerhaft. Invaliditätszuschüsse können nicht auf Nachkommen übertragen werden und werden bei Erreichen des Rentenalters in eine Altersrente umgewandelt: In diesem Fall wird zusätzlich vorausgesetzt, dass die Beitragsjahre (Dienstjahre) und die Jahre, während der die betreffende Person Leistungen bezogen, zusammengezählt mehr als 15 Jahre betragen.

Invalidenrenten werden an dauerhaft und/oder vollständig Behinderte ausgerichtet, die nicht erwerbstätig sind und die verlangte Beitragsdauer erfüllen. Diese Renten werden nicht in Altersrenten umgewandelt, sind jedoch (teilweise) auf Nachkommen übertragbar.

Die Berechnungsformel wird dadurch kompliziert, dass die Regeln bereits wiederholt geändert wurden. Die letzte Reform (die alle Renten betraf, also nicht nur die Invalidenrenten) fand im Jahr 1995 statt. Gegenwärtig (d.h. 1999) hängen (vorübergehende) Invaliditätszuschüsse von der Anzahl Beitragsjahre und vom Durchschnittseinkommen ab (Durchschnitt der letzten 5 Jahre). Der Leistungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation des Durchschnittseinkommens mit der Anzahl Beitragsjahre und mit einem 2-prozentigen Koeffizienten (der für höhere Erwerbseinkommen tiefer liegt). Liegen die so berechneten Werte unter der *Mindestrente*¹³ (ungefähr 10 Millionen Lire pro Jahr), dann werden die Invaliditätszuschüsse mit einem zusätzlichen Betrag ergänzt, der von der Sozialversicherungsbehörde ausgerichtet wird, damit dieses Minimum erreicht wird (gegenwärtig beinhalten 77% der Invaliditätszuschüsse einen solchen Zuschlag).

Ab dem Jahr 2002 werden die neuen Zuschüsse nach dem neuen Beitragssystem ausbezahlt, das mit der Reform von 1995 eingeführt wurde. Gemäss der neuen Regelung soll der Leistungsbetrag das Ergebnis von zwei Faktoren sein: Der Summe der während der Lebenszeit geäußerten Beiträge und ein Abschlagsfaktor hiervon im umgekehrten Verhältnis zur eigenen Lebenserwartung beim Eintritt

¹³ Hier gilt es zu beachten, dass diese Mindestrente für pensionierte Arbeiter sich von dem Minimum der Sozialfürsorge unterscheidet (und auch höher als dieses ist, also mehr als 8 Millionen Lire jährlich beträgt) und allen über 65jährigen gewährt wird.

in den Ruhestand. Der genaue Abschlagssatz, der in der Berechnung für jedes Jahr berücksichtigt wird, entspricht dem durchschnittlichen Fünf-Jahres-Wachstum des BIP.

Die Berechnung der Invalidenrente unterscheidet sich erheblich von derjenigen der Invaliditätszuschüsse. Die Höhe einer Invalidenrente ist die Summe von zwei Teilwerten: a) ein Teil der Rente entspricht dem gegenwärtig für die Invaliditätszuschüsse geltenden, d.h. dem 2-prozentigen Faktor mal die Anzahl Beitragsjahre des Rentenempfängers, mal dessen Durchschnittseinkommen; b) dann wird ein zweiter Teil hinzugerechnet, der sich nach der Anzahl zusätzlich geleisteter Dienstjahre mal das Durchschnittseinkommen, mal den 2-prozentigen Faktor bemisst. Diese zusätzliche Erwerbszeit ist die Differenz zwischen dem gesetzlichen Pensionierungsalter und dem tatsächlichen Alter des Invalidenrentners zum Zeitpunkt seines Eintrittes in den Ruhestand. Der zwecks Erreichen des Mindestwertes gewährte Zuschlag wird auch in diesem Fall gewährt. Ein Sonderzuschlag wird zudem auch Invalidenrentnern gewährt, die älter als 60 oder 65 Jahre sind und die ein niedriges Einkommen haben (*maggiorazione sociale*).

Zusatzleistung(en): stirbt der Invalidenrentner oder die Invalidenrentnerin, dann erhält der Ehegatte eine Hinterlassenenrente, die zwischen 60% (nur Ehegatte) und 100% (Ehegatte mit Kindern) der vormaligen Leistung liegt. Invalidenrentner und Empfänger von Invaliditätszuschüssen mit niedrigem Einkommen, die unterstützungspflichtige Kinder haben, haben Anspruch auf besondere Familienzulagen (ungefähr 2,5 Millionen Lire für einen Rentenberechtigten mit zwei Kindern und einem Jahreseinkommen von 30 Millionen Lire).

Möglichkeiten der Kumulation von Invaliditätsleistungen und Erwerbseinkommen

Invaliditätszuschüsse und Erwerbseinkommen können nebeneinander bestehen. Invalidenrentner (deren körperlicher Schaden 100% beträgt) dürfen nicht arbeiten. Überdies können Invaliditätszuschüsse seit 1996 nur zum Teil mit Erwerbseinkommen kombiniert werden; in diesem Fall werden die Rentenleistungen bis zu 50% gesenkt.

Invaliditäts(zuschüsse) und Arbeitslosenentschädigungen

In Italien gibt es verschiedene Arten von Arbeitslosenversicherungen, wobei keine dieser Versicherungen die gesamte Erwerbsbevölkerung erfasst. Kurzzeitarbeitslosigkeit wird grösstenteils durch eine "*indennità di disoccupazione*" (Arbeitslosenentschädigung) gedeckt, die das INPS den Angestellten gewährt (grösster Teil der Erwerbsbevölkerung): Diese dauert in der Regel sechs Monate und beträgt bis zu 30% des früheren Lohns.

Ist die Arbeitslosigkeit durch eine industrielle Krise begründet, dann kann der Arbeitslose eine Sonderleistung erhalten, die sich "*integrazione salariale*" (Lohnintegration) nennt und die bis zu 80% des letzten Lohns beträgt und die während höchstens zwei Jahren ausgerichtet wird (und nur an Unternehmen mit mehr als 15 Angestellten).

Bei einem Durchschnittslohnarbeiter entspricht das Verhältnis einer für Teilinvalidität gewährten Leistung (Invaliditätszuschüsse) zur Arbeitslosenentschädigung ungefähr dem in unten stehender Tabelle 2 dargestellten: Alles in allem sind Invaliditätszuschüsse grosszügiger, dies insbesondere wegen der Möglichkeit, dauerhaft zu werden, während Arbeitslosenentschädigungen nur für höchstens 2 Jahre ausgerichtet werden.

Tabelle 2 Verhältnis Invalidenzuschüsse zur Arbeitslosenentschädigung

Art der Arbeitslosigkeit	Dienstjahre			
	10	20	30	40
kurzfristig	67%	133%	200%	400%
langfristig	25%	50%	67%	100%

Bei einer "*indennità di disoccupazione*" beträgt die Maximaldauer für Arbeitslosenentschädigungen 1 Jahr und bei der besonderen "*integrazione salariale*" 2 Jahre, wobei gewisse andere *ad hoc* Arbeitslosenentschädigungen auch längere Perioden abdecken können.

Eine Kombination von Invaliditäts- und Arbeitslosenleistungen ist möglich, aber nur mit Invaliditätzuschüssen (bei einem vorübergehenden Invalidenstatus von Angestellten mit einer Körperbehinderung von 67 bis 99%).

Invalidenrentner und Frühpensionierung

Das reguläre Rentenalter liegt 1999 für Frauen bei 59 und für Männer bei 64 Jahren, verschiebt sich jedoch für beide Geschlechter in Richtung 65 Jahre, ein Ziel, das im Jahr 2008 erreicht sein dürfte.

Eine weitere Möglichkeit zur vorzeitigen Pensionierung stellt die Dienstaltersrente dar. Diese Sonderrente kann an Angestellte ausgerichtet werden, die – obwohl sie das ordentliche Rentenalter noch nicht erreicht haben – während einer bestimmten Anzahl Jahre gearbeitet haben (oder wenigstens Beiträge bezahlt haben, z.B. auch während der Studienzeit an der Universität). Angestellte benötigen 37 Dienstjahre (oder Beitragszahlungen während 35 Jahren und ein Alter von 54 Jahren); Selbständige benötigen 40 Dienstjahre (oder Beitragszahlungen während 35 Jahren und ein Alter von 57 Jahren). Öffentliche Angestellte (Beamte) können sich auch mit weniger Dienstjahren vorzeitig pensionieren lassen. In diesem Fall wird aber die Rente um einen proportionalen Betrag zur Differenz zwischen der Höchstzahl und der aktuellen Zahl der Beitragsjahre reduziert.

In der Regel ist eine Kombination von Invaliden- mit Frühpensionsrenten nicht möglich. Die Bedingungen für eine Frühpensionierung sind jedoch für Personen, die infolge einer Arbeitsverletzung aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, weniger streng. In diesem Fall müssen, unabhängig vom Alter, nur 35 Beitragsjahre erfüllt sein, um die Dienstaltersrente zu erhalten.

Invalidenrenten und Berufsunfallentschädigungen:

Der Invaliditätsbegriff wird unterschiedlich definiert: Berufsunfallentschädigungen werden nur an Angestellte ausgerichtet, die beim INAIL versichert sind (d.h. an Personen mit einer Beschäftigung im Industrie-, Gesundheits- und Landwirtschaftssektor, nicht aber im Dienstleistungs- und im öffentlichen Sektor, bei der das Verletzungsrisiko als hoch eingestuft wird). Invalidität liegt nur dann vor, wenn sie durch einen bei der Arbeit und in Ausführung einer Arbeitspflicht erlittenen Unfall verursacht worden ist. Der minimale Invaliditätsgrad für eine Rente beträgt 11%.

Die Höhe der Leistungen für Berufsunfälle hängt vom Invaliditätsgrad und vom Invaliditätstypus ab. Wie bereits erwähnt ist für vorübergehende Invalidität keine (dauerhafte) Entschädigung sondern lediglich eine vorübergehende Leistung vorgesehen, die in den ersten drei Monaten bis zu 60% des

Durchschnittslohnes betragen kann und danach 75% beträgt. Bei dauerhafter Behinderung variiert die Höhe der Entschädigung je nach Invaliditätsgrad zwischen 50 und 100% des letzten Verdienstes.

Anzahl und Altersstruktur von Empfängern von Berufsunfalleistungen: Im Jahr 1997 wurden für Arbeitsunfälle ca. 1.3 Millionen Entschädigungen mit einem Gesamtbetrag von 8,000 Milliarden Lire¹⁴ (0.4% des BIP) ausgerichtet. Ungefähr 1.2 Millionen Auszahlungen gingen direkt an die Behinderten, währenddem der Rest an Nachkommen ausgerichtet wurde (Ehegatte oder unterstützungspflichtige Kinder eines verstorbenen Angestellten). Die 1.2 Millionen verunfallten Angestellten lassen sich in folgende Altersgruppen einteilen: 20% gehören zur Altersgruppe 14-49 Jahre, 10% sind 50-54 Jahre alt, 12% 55-59 Jahre, 15% 60-64 Jahre und 43% sind 65-jährig oder älter.

Die Invaliditäts- und Arbeitsunfalleistungen werden nur teilweise kombiniert, wenn das die Invalidität verursachende Ereignis in beiden Fällen identisch ist. In diesem Fall können die Invalidenrente und die Invaliditätszuschüsse mit der Unfallentschädigung nur für den Teil der ersteren kombiniert werden, der höher als der Betrag der letzteren ist.

2. Darstellung der wichtigeren Systemreformen seit 1970/1980

Die wichtigste Reform bei den Invalidenrenten selber wurde 1984 im Bereich der AIHV Invalidenrenten durchgeführt. Die neue Bestimmungen strafften die Anspruchsvoraussetzungen und brachten Änderungen bei den Leistungen zur Deckung des Invaliditätsrisikos innerhalb des Rentenversicherungssystems. Eine zweite grössere Reform des Rentensystems erfolgte 1995, als sowohl die Berechnungsformeln wie auch die Anspruchsvoraussetzungen bei den Alters-, Invaliden- und den Hinterlassenenrenten drastisch geändert wurden.

Vor 1984 gab es innerhalb des Sozialversicherungssystems nur eine Art von Invalidenrente. Damals wurde Invalidität als Verlust der *Erwerbsfähigkeit* beim versicherten Angestellten definiert und die Leistungen erfolgten nach Massgabe des Lohnes, des Dienstalters und des Invaliditätsgrads. Diese weite Definition des Invaliditätsbegriffs ermöglichte oder förderte sogar die missbräuchliche Inanspruchnahme dieser Leistungen, insbesondere in den Regionen Italiens mit hoher Arbeitslosigkeit (vor allem Süditalien). Tatsächlich konnte der Verlust der Erwerbsfähigkeit bei einer Person beispielsweise auch durch eine Krise in der Industrie verursacht werden, wie es in den Siebziger und Achtziger Jahren sehr oft der Fall gewesen war.

Nach der Reform von 1984 stellte die neue Definition des Invaliditätsbegriffs nur noch auf die *Arbeitsfähigkeit* ab. Für Personen, die noch von den alten Bestimmungen profitierten, galten diese weiterhin, nicht aber für die neuen Fälle. Überdies wurden wie bereits erwähnt zwei verschiedene Leistungsarten eingeführt: die "Invaliditätszuschüsse" bei teilweiser (vorübergehender) und die "Invalidenrente" bei vollständiger (dauerhafter) Invalidität. Die Berechnungsformeln vor und nach der Reform haben sich nicht wesentlich voneinander unterschieden, zumal in beiden Fällen das Durchschnittseinkommen und das Dienstalter berücksichtigt wurden. Die Anspruchsvoraussetzungen wurden hingegen gestrafft.

Die Sozialversicherungsreform von 1992 war nicht speziell auf die Invalidenrenten konzentriert, obgleich einige der neu eingeführten Regelungen auch einen gewissen Einfluss auf diese hatten. Die

¹⁴ Milliarde bedeutet hier „eine Million Millionen“.

bedeutsamste Änderung betraf die Indexierung von Renten, die bis ins Jahr 1992 die Löhne (also Preisänderungen *und* Änderungen der Reallöhne) berücksichtigte, während nun seit 1993 nur noch die Preisänderungen berücksichtigt werden, die mit dem Index der Konsumentenpreise gemessen werden. Zudem begann sich 1992 das Rentenalter bei den Altersrenten allmählich zu erhöhen, nämlich von 60 Jahren (Männer) und 55 Jahren (Frauen) auf 65 Jahre (Männer) und 60 Jahre (Frauen), was mehrere Auswirkungen auf die Berechnungsformel für die Invalidenrenten hatte.

Im Jahr 1995 kam es zu einer weiteren wichtigen Reform im Sozialversicherungswesen, welche die Berechnungsformel für die Alters-, Invaliden- und Hinterlassenenrenten änderte. Vor 1995 wurden die Renten nach der vorstehend beschriebenen einkommensbezogenen Formel berechnet (versichertes Einkommen mal Anzahl Arbeitsjahre mal 2%), wogegen nach der Reform von 1995 nur noch die Beiträge zählten. Dies obwohl eigentlich entschieden worden war, dass ein stufenweiser Wechsel zum neuen System erfolgen sollte. Die Höhe der Rente bestimmt sich nach der Summe der lebenslang eingezahlten Beiträge mal einem Abschlagsfaktor, der umgekehrt proportional zur Lebenserwartung zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand ist. Die Reform von 1995 führte eine weitere wichtige Regelung ein, welche die Möglichkeit einer Kombination von verschiedenen Invalidenrenten und -leistungen mit dem Erwerbseinkommen vorsah. Gemäss dieser neuen Regelung ist nur eine beschränkte Kombination von Arbeitsverdienst und Invaliditätzuschüssen möglich und es kommt nicht mehr zur Kumulation von verschiedenen Invaliditätsleistungen, die von demselben Ereignis herrühren.

Während der Untersuchungsperiode wurden auch wichtige Änderungen im Bereich der *Sozialfürsorgerenten* vorgenommen. Die bereits erwähnten Pauschalleistungen wurden in den frühen Siebziger Jahren erstmals für Blinde, Taubstumme und anderweitig Behinderte eingeführt. Ursprünglich waren die Leistungen sehr gering. 1980 wurden sie jedoch erhöht und man führte eine neue, nicht einkommensgebundene Entschädigungsart (*indennità di accompagnamento*), die fast doppelt so hoch war wie die bisherige Leistung, für alle Vollinvaliden ein. 1988 wurden diese Leistungen erneut erhöht und für vollständig Blinde und Taubstumme wurden neue Entschädigungsarten eingeführt. Zudem schuf man die Möglichkeit, diese Leistungen mit anderen Einkommen zu kombinieren, auch mit Erwerbseinkommen. In den Neunziger Jahren kam es nur zu kleineren Reformen, welche die Leistungen erhöhten und neue Entschädigungen für diejenigen Behinderte einführten, die auf Wiedereingliederungskurse warteten. In den Jahren 1996 bis 1999 führte das alljährliche "Finanzgesetz" (*legge finanziaria*) neue Verfahren für die Überprüfung des Invaliditätsstatus von Empfängern von Sozial- und Kriegsrenten sowie für die Prüfung der Einkommenssituation der Leistungsempfänger ein. Ungefähr 25% der überprüften Empfänger von Sozialfürsorgeleistungen hatten einen unter den gesetzlichen Limiten liegenden Invaliditätsgrad und etwa 10% der Kriegsrentenempfänger hatten ein Einkommen, das die für diese Leistungen festgelegten Grenzen überschritt.

Die seit 1996 neu eingeführten Verfahren haben sich als äusserst wirksam erwiesen, da sie zunächst das seit spätestens 1984 eingesetzte rasche Ausgabenwachstum bei den Sozialfürsorgerenten stoppten und dann sogar die Zahl der (vermutlich unrechtmässigen) Leistungsempfänger reduzierten.

Übrige Sozialversicherungszweige

Im untersuchten Zeitraum haben im Bereich der Arbeitslosengesetzgebung keine nennenswerten Änderungen stattgefunden. In den Achtziger und den frühen Neunziger Jahren weiteten Sondergesetze den Kreis der Anspruchsberechtigten auf Angestellte aus, die einer industriellen Krise zum

Opfer gefallen waren. Diese Entscheidungen stellten jedoch keine echte Reform dar, zumal sie lediglich auf einer *ad-hoc*-Basis getroffen wurden, um spezielle Wirtschaftsprobleme zu lösen. So änderte sich in dieser Zeit die Höhe der Leistungen nicht, wogegen die durchschnittliche Beitragsdauer für bestimmte Berufsgruppen verlängert wurde (Berufsgruppen mit einem grossen Arbeitslosenrisiko wie z.B. Berufe in der Landwirtschaft oder in der Maschinen- und Stahlindustrie). Gegenwärtig wird eine allgemeine Reform der Leistungen der Arbeitslosenversicherung diskutiert, welche ein "Mindesteinkommen" für Langzeitarbeitslose einführen will.

Bei den Frühpensionierungsrenten erfolgten erst ab 1992 grössere Änderungen. Nach dem Gesetz über die Reform der Sozialversicherung von 1992 wurden Frühpensionierungen vorübergehend ausgesetzt und 1995 kam es zu einschneidenden Änderungen bei der Anspruchsberechtigung für Dienstaltersrenten. Vor 1995 konnten im privaten Sektor Dienstaltersrenten für Angestellte mit wenigstens 35 Beitragsjahren gewährt werden, wobei die durchschnittlichen Rente ungefähr 60%-70% des letzten Lohnes betrug. Im staatlichen Sektor konnten sich Angestellte bereits mit nur 15 (für verheiratete Frauen) bzw. 20-25 Beitragsjahren (für Männer) vorzeitig pensionieren lassen: In diesen Fällen kam die Rente auf ungefähr 30%-40% des letzten Lohnes zu stehen. In einigen Fällen konnten Empfänger von Dienstalterspensionen ihre Renten mit Erwerbseinkommen kombinieren, wobei die Renten nach den allgemeinen Regeln berechnet wurden, ohne dass es dabei zu Reduktionen wegen des frühen Rentenalters kam.

Nach 1992 erfolgte eine proportionale Reduktion der Leistungen für Personen, die mit weniger als 35 Dienstjahren in den Ruhestand traten, um im staatlichen Sektor der wachsenden Anzahl Rentner mit einem sehr jungen Rentenalter (sogenannte *Baby-Rentner*) Einhalt zu gebieten.

Seit 1995 werden die in den vorangehenden Abschnitten beschriebenen neuen Bestimmungen für die Dienstaltersrenten (40 Dienstjahre oder kumulativ 57 Lebensjahre und 35 Dienstjahre) angewandt, wobei man davon ausgeht, dass die Dienstaltersrenten nach 2010 verschwunden sein werden. Wie gesagt wird das neue Rentensystem nur stufenweise eingeführt. Angestellte, die 1992 wenigstens 15 Dienstjahre hatten, werden auch weiterhin den alten Bestimmungen unterstellt sein, wogegen für diejenigen, die erst nach 1996 zu arbeiten begannen, beim Eintritt in den Ruhestand vollumfänglich die neue Regelung gilt. Sobald die neuen Bestimmungen vollständig in Kraft getreten sind, wird ein flexibles Rentenalter zwischen 57 und 65 Jahren für beide Geschlechter eingeführt werden. Personen, die sich früh pensionieren lassen (z.B. mit 57 Jahren), werden länger von der Rente profitieren können, als die, die erst später in den Ruhestand treten (z.B. mit 65 Jahren). Aus diesem Grund werden Erstere eine nach der Lebenserwartung zum Zeitpunkt ihrer Pensionierung bemessene Kürzung ihrer Leistungen akzeptieren müssen.

3. Interpretation der Trends, Zukunftsperspektiven

Art. 38 der Verfassung Italiens von 1946 lautet wie folgt:

„Jeder Bürger, der arbeitsunfähig und ohne Lebensunterhalt ist, hat Anspruch auf angemessene Sozialfürsorge.

Angestellte, die Opfer von Verletzungen, Krankheit, Invalidität, Alter und von unfreiwilliger Arbeitslosigkeit werden, haben Anspruch auf angemessenen Lebensunterhalt.

Bürger, die seit ihrer Geburt behindert sind, haben Anspruch auf allgemeine und berufliche Ausbildung.“

Die italienische Verfassung unterscheidet somit implizit zwischen Sozialfürsorge, die dem Schutz der Bürger dient, und Sozialversicherung, welche die Angestellten (die Beiträge geleistet haben) schützt. Der Grenzverlauf zwischen diesen beiden Bereichen ist jedoch alles andere als klar, sowohl in theoretischer („Was ist angemessen?“, „Was ist Invalidität?“ etc.), wie auch in praktischer Hinsicht. Überdies tendiert die statistische Klassifizierung Italiens in gewissen Punkten dahin, die Unterscheidung zwischen Invaliditäts- und Altersleistungen zu verwischen: bspw. bleiben Invalidenrenten selbst nach Erreichen des Rentenalters des Berechtigten Invalidenrenten.

Wirft man einen flüchtigen Blick auf die Statistiken, dann erwecken diese den Eindruck, dass Italien viel Geld für seine behinderten und verunfallten Menschen ausgibt (dass man sich also stark um diese Menschen „kümmert“): etwa 7 Millionen Menschen, die rund 57 Milliarden Lire (3% des BIP) benötigen. Ordnet man diese Zahlen jedoch etwas, zum Beispiel anhand des Neuen Italienischen Systems für die Klassifizierung von Renten (SCPP; Baldacci und Milan, 1997), dann zeigen uns die Daten, dass mehr als die Hälfte der Renten, die offiziell an Invalide ausgerichtet werden, tatsächlich an ältere Menschen gehen: Diese mögen wohl invalid sein (siehe jedoch unten), wobei es auch stimmt, dass sie so oder so versichert wären, sei es durch die Sozialversicherung (mit einer Altersrente) oder durch das System der Sozialfürsorge (mit einer Sozialfürsorgerente). Was demnach momentan in den meisten Fällen geschieht, ist eine schlichte Umbenennung der Geldströme an betagte Menschen.

Ein weiteres Problem mit dem italienischen „Invaliden-Paket“ ist dessen falscher Gebrauch – oder zuweilen gar Missbrauch. Erste Studien zeigen unter anderem (und prangern diese Missstände auch an), dass der zweckwidrige Gebrauch des Systems zum Schutz der Behinderten bis ins Jahr 1976 zurückgeht (Castellino 1976). In der Zwischenzeit wurden mehrere weitere Untersuchungen durchgeführt (z.B. Beltrametti 1996; Baldacci und Milan 1998). Diese Studien zeigen auf, dass vor 1984 Invalidität in mehreren Fällen klar als Mittel für eine (manchmal sogar äusserst) frühzeitige Pensionierung verwendet wurde. Mit anderen Worten: Invalidität als unrechtmässiges Ersatzmittel für lebenslange Arbeitslosen- plus Altersleistungen. Zum Teil hat das Gesetz selbst diese Entwicklung zugelassen, da es von einer Beeinträchtigung des *Verdienstes* und nicht nur der *Arbeit* sprach. Die erwähnten Studien (und auch andere, die keine bestimmten Daten verwendeten, aber zum gleichen Schluss gelangten) zeigten, dass „Invaliditäts“-Zahlungen besonders gehäuft in Gebieten mit hoher Arbeitslosigkeit auftraten, namentlich im Süden. Es ist richtig, dass es sich hierbei auch um (ehemalige) Auswanderungsgebiete handelt, so dass die Rückwanderung von invaliden Angestellten teilweise zu Verzerrungen führen kann. Es stimmt auch, dass es sich hier um Gebiete handelt, in denen „risikoreichen“ Wirtschaftsaktivitäten nachgegangen wird (insbesondere Landwirtschaft und Baugewerbe), was ebenfalls einen Teil dieser Auswüchse zu erklären vermag – obwohl sich dann diese Fälle eigentlich eher auf die Entschädigungen für Arbeitsverletzungen denn auf die Invalidenrenten

auswirken müssten. Aber diese Erklärungen decken nur einen sehr geringen Teil dieser extremen Häufung: Der Rest war eindeutig den Fälle von unzuweckmässigem Gebrauch des Systems zuzuschreiben, womit (manchmal sogar auf offenkundig betrügerische Weise) den wirtschaftlich schwachen Regionen eine Art von Ausgleichszahlungen geleistet wurde.

Wie bereits erwähnt änderte sich dieser Zustand nach 1984: Das neue Recht bezog sich ausdrücklich auf eine Beeinträchtigung der *Arbeitsfähigkeit* und nicht mehr nur der *Erwerbsfähigkeit* als Grundvoraussetzung für eine Invalidenrente. Zudem – abgesehen von den Vollinvaliden (100%) – wurde das Prinzip eingeführt, dass bei verletzten Personen drei verschiedene ärztliche Untersuchungen zu erfolgen hatten, bevor ihr Invalditätsstatus als dauerhaft eingestuft werden konnte: Dies ermöglichte in gewissen Fällen eine Genesung, obwohl der (zwar nicht explizit eingestandene) eigentliche Hauptzweck in der gründlichen Abklärung der Bedürftigkeit der Gesuchsteller lag und man zu verhindern versuchte, dass eine falsche (oder durch Bestechung erlangte) Diagnose einen potenziellen Angestellten (der allenfalls nur vorübergehend verletzt ist) zu einer ewigen Bürde der Gesellschaft machte.

Diese Neuerung vermochte aber nicht mehr das zu beeinflussen, was bereits zuvor geschehen war. So entfaltete die Reform zwei Wirkungen: Die erste war, dass bei der Masse der Invaliditätsleistungsbezüger ein – wenn auch nur langsamer – Rückgang einsetzte, wobei man nur wenige Neueintritte verzeichnete. Im Jahre 1980 zählte man immer noch 5.4 Millionen und 1997 rund 3.5 Millionen Berechtigter. Inzwischen sind die meisten Bezugsberechtigten ältere Menschen: Beschränkt man sich auf die im arbeitsfähigen Alter stehenden (15-64), dann zeigt sich bei den Zahlen ein deutlicher Unterschied: im Jahr 1980 3.4 Millionen und 1998 nur noch 0.7 Million. Hinzu kommt, dass der Zustrom an Neueintritten (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) immer noch abnimmt: von 200'000 im Jahr 1980 auf weniger als 100'000 im Jahr 1985 (unmittelbar nach der Reform) bzw. auf möglicherweise nur noch 5'000 für das Jahr 1997.

Die zweite Konsequenz ist, dass zwar das Problem des Missbrauchs des zum Schutze der Invaliden eingerichteten Systems nicht verschwunden ist, aber dass wenigstens teilweise ein Kurswechsel stattgefunden hat: Anstelle sich des Sozialversicherungssystems zu bedienen (Deckung für Angestellte, die während wenigstens 5 Jahren Beiträge geleistet haben, wovon 3 in den letzten 5 Jahren), hat sich der Missbrauch nun teilweise auf den anderen verfügbaren Kanal verlagert: Sozialfürsorge. 1980 wurden nur gerade 0.4 Million Sozialfürsorgerenten ausgerichtet, wogegen es 1995 bereits 1.5 Millionen waren, wovon die Hälfte an Personen in arbeitsfähigem Alter ausbezahlt wurden. Die Aufwendungen für diese Renten haben sich zwischen 1975 und 1995 real verdreifacht, d.h. von 1 Milliarde Lire (0.1% des BIP) auf 6.3 Milliarden Lire (0.3% des BIP). Dies ist auf die zunehmende Anzahl Bezugsberechtigter und die grosszügigere Bewilligungspraxis (v.a. in den Achtziger Jahren) zurückzuführen. Zu beachten ist, dass die Anspruchsvoraussetzungen bei der Invalidenrente der Sozialfürsorge strenger sind als bei der Invalidenrente der Sozialversicherung: Verlangt werden mindestens 74% Invalidität im Gegensatz zu nur 67% bei der Sozialversicherung.

Wie bereits erwähnt sind seit 1996 auch die Kontrollen dieser Renten verstärkt worden: Die allererste Probekontrolle im Jahr 1996 ergab, dass etwa 25% der "Invaliden" der Sozialversicherung entweder überhaupt keine solchen waren oder über ein Einkommen verfügten, das die zulässige Höhe überschritt. Etwa derselbe Prozentsatz (25-30%) taucht immer wieder auf, wenn in dieser Bevölkerungsgruppe neue Stichproben gemacht werden. Als Folge hiervon hat sich in den vergangenen 2-3 Jahren in Italien sogar die Anzahl der Sozialfürsorgerenten erheblich verringert, so dass beispiels-

weise die Ausgaben für die 15-64-Jährigen von 1995 bis 1997 von schätzungsweise 6.3 auf 5.5 Milliarden Lire sanken.

Stützt man sich auf sämtliche verfügbaren Belege, widerspiegeln diese Daten sowohl eine objektive Verbesserung der öffentlichen Gesundheit, als auch gesteigerte Kontrollkapazitäten seitens der verantwortlichen öffentlichen Anstalt (INPS – das Staatliche Sozialversicherungsinstitut der Abteilung Sozialversicherung beim Innenministerium). Die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung in arbeitsfähigem Alter und insbesondere der Angestellten hat sich aus einer Vielzahl von Gründen verbessert. Zunächst einmal hat sich die wirtschaftliche Tätigkeit in den meisten Fällen zunehmend weg von gefährlichen Produktionsweisen (vor allem in der Landwirtschaft und im Baugewerbe, aber auch in der allgemeinen Industrietätigkeit) hin zum Dienstleistungssektor verlagert, wo Unfälle weitaus seltener und ohnehin weniger schwerwiegend sind. Zweitens wird dem Thema Sicherheit mehr Aufmerksamkeit gewidmet, sowohl an den Arbeitsplätzen wie auch andernorts: Die laufend sinkende Zahl von tödlichen Unfällen – sowohl bei der Arbeit als auch unter anderen Umständen – ist ein ganz klarer Hinweis in diese Richtung, auf den auch sich verändernde statistische Definitionen nur wenig Einfluss haben. Man hat einige Studien durchgeführt, in denen untersucht wurde, ob steigende Lebenserwartung mit verbesserter Lebensqualität einhergeht. Die Ergebnisse werden mit den letzten Lebensjahren eines Menschen verglichen: Es ist nicht ganz klar, ob wir zu diesem Zeitpunkt lediglich „unserem Leben Jahre oder auch Leben zu unseren Jahren hinzufügen“, wie es dies einst ein Autor formulierte. Was das Alter in der aktiven Zeitspanne (15-64) angeht, so bestehen jedoch kaum Zweifel: Hier hat sich Lebensqualität verbessert.

Am meisten Wirkung auf die Kosteneindämmung und die Reduktion der Anzahl Invalidenrenten in Italien hat jedoch nicht die verbesserte Lebensqualität gezeigt, sondern die bessere Kontrolle von Alters(Sozialfürsorge)rentnern und neuen Gesuchstellern (für Sozialfürsorge und Sozialversicherungsleistungen). Dies muss man wohl hauptsächlich dem veränderten politischen Klima zuschreiben, das unter anderem durch die hohe und rasch zunehmende Steuerlast geprägt ist, die richtigerweise (dies zumindest teilweise) als Folge der Missbräuche in der Vergangenheit (auch im Bereich der Invalidität) gewertet wurde. Technisch ausgedrückt hängen Verbesserungen auch von der Tatsache ab, dass – obwohl es immer noch zahlreiche verschiedene staatliche Stellen gibt, die Invalidenrenten ausrichten – die Regelungen und Bestimmungen kontinuierlich vereinfacht und vereinheitlicht worden sind.

Demnach kann man aus den Erfahrungen in Italien offenbar entnehmen, dass ein einfacher Zugang zu einer angebotenen Leistung (im konkreten Fall Invalidenrenten, aber auch in anderen Beispiele würde es sich genau so verhalten, wie etwa beim staatlichen Gesundheitswesen, bei den Dienstaltersrenten, usw.) bald zu einer Überbeanspruchung und zu Missbrauch führt. Eine weitere hieraus zu ziehende Lehre ist, dass wenn mehr oder weniger zwei parallel angelegte Systeme in die gleiche Richtung weisen (nämlich die Gewährung von Leistungen für Invalidität), dann nützt es wenig, nur eines der beiden zu regeln (in diesem Fall die Sozialversicherung), da die Menschen es schon bald am Geldhahn der anderen Quelle versuchen werden (Sozialfürsorge). Die dritte Schlussfolgerung lautet: Wenn erst einmal ein Mechanismus in Gang gesetzt worden ist, ist es sehr schwierig, diesen sofort wieder anzuhalten. All jene, die davon bereits profitieren – selbst wenn dies in einigen Fällen aufgrund von grosszügigen Auslegungen oder Missbrauch geschieht – werden aller Wahrscheinlichkeit nach ihre Privilegien auch weiterhin für den Rest ihres Lebens geniessen, was im konkreten Fall 20 oder 30 Jahre bedeuten kann. Aber sogar bei den Neueintritten erwecken – wenn auch noch so verzerrte – Regeln eine Erwartungshaltung, die zu beseitigen im Allgemeinen nur sehr schwer

fällt: Die kontinuierlich abnehmende Zahl der neuen Empfänger von Sozialversicherungsleistungen weist auch darauf hin, dass – abgesehen von allgemein verbesserten Sicherheitsbedingungen – die Ärzte sich nur langsam den seit 1984 geltenden neuen Bestimmungen anpassen.

Die Geschichte der Invalidenrenten in Italien in den vergangenen 20 Jahren sowie die Tatsache, dass die staatlichen Defizite mittlerweile genauer geprüft werden als in der Vergangenheit (dies infolge der enormen Staatsverschuldung Italiens und wegen den Steuer- und Budgetregelungen der Europäischen Union), lassen vermuten, dass das Problem des Missbrauchs von Invalidenrenten sich künftig verringern dürfte und vielleicht sogar praktisch verschwinden wird, so dass etwas mehr Spielraum für eine angemessenere Betreuung der Menschen, die wirklich auf diese Betreuung angewiesen sind, geschaffen wird. Gegenwärtig liegen die Invalidenrenten entmutigend tief, was auch auf die hohe Zahl der Rentenempfänger zurückzuführen ist: Durchschnittlich weniger als 1 Million Lire brutto pro Monat, was etwa 30% eines Durchschnittslohnes entspricht. Der Rückgriff auf mehrere Renten und insbesondere auf das familiäre Netz hat somit die (wirklich) Bedürftigen weitestgehend geschützt, aber beide Quellen sind am Versiegen. Seit 1995 ist (oder wird sein) i.d.R. nur eine Rente pro invalider Person erhältlich, während die in Italien immer noch in traditioneller und kultureller Hinsicht starke Familie in den vergangenen 15-20 Jahren durch mehrere Faktoren erodiert hat (geringe Fruchtbarkeit, zunehmende Beteiligung der Frauen am Berufsleben, weniger Eheschliessungen und steigende Scheidungsraten etc.).

Ein Grund zur Besorgnis sollte nicht gänzlich übersehen werden: Frühzeitige (inklusive Dienstalters-) Pensionierungen sind in jüngster Zeit ein wichtiger Weg aus dem italienischen Arbeitsmarkt hinaus geworden und man kann behaupten, dass dies einer der Gründe darstellt, weshalb Angestellte weniger häufig mehr auf das Invalidenversicherungssystem zugreifen, das – was doch bemerkenswert ist – vor allem nach dem 50. Lebensjahr regelmässig beansprucht wird. Die italienische Rentenreform von 1992, aber noch mehr die von 1995 und 1997 scheinen jedoch dieser Tendenz zu widersprechen: Frühpensionierungen jeglicher Art sollten in Zukunft praktisch verschwinden. Dies wird ein Potential für Leute schaffen, die insbesondere bei Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt Lobbying betreiben könnten, um einen leichteren Ausstieg aus der Arbeit und um einen ebenso leichteren Zugang zu einer Frühpension zu erhalten – wie diese letztlich dann auch immer bezeichnet werden mag (sei es Dienstaltersrente, Invalidität oder anders.).

Somit scheint der Kampf noch nicht vorüber zu sein: der Kampf zwischen dem allgemeinen öffentlichen Interesse an einem geordneten Zugang zu jeglicher Art von gesetzlich vorgesehenen Leistungen zugunsten der Bedürftigen und den verschiedenen Privatinteressen, wonach jeder/jede Einzelne nach einer besonderen Behandlung für seinen/ihren Sonderfall strebt.

Literaturhinweise

- Aquila C., A. Pracanica e G. Pracanica (1994) *Invalidità, sordomutismo e cecità civile*, Pirola, Milano.
- Baldacci E. e Lugaresi S. (1995) *The New Pension System in Italy: Gainers and Losers under Different Macroeconomic Assumptions*, "Documenti" n. 4, Istat, Roma.
- Baldacci E., G. Milan (1997) *La classificazione delle pensioni per funzione e centro di spesa: metodologia e definizioni*, "Documenti" n.19, Istat, Roma.
- Baldacci E., G. Milan (1998) "Gli effetti di redistribuzione territoriale della spesa pensionistica di invalidità", in N. Rossi (ed.) *Il lavoro e la sovranità sociale, 1996-97*, Il Mulino, Bologna.
- Beltrametti L. (1996) "Le pensioni di invalidità in Italia: effetti redistributivi tra le regioni italiane (1951-1993)", *Politica economica*, vol. 12, n. 3, p. 391-403.
- Bonati G., F. De Ritis, P. Gremigni, A. Montemarano, R. Rizzardi, G. Rodà (1995), *La riforma delle pensioni*, Pirola, Milano.
- Castellino O. (1976) *Il labirinto delle pensioni*, Il Mulino, Bologna.
- Ceccato F. (1998) *La classificazione funzionale dei trattamenti pensionistici*, "Documenti", Istat (in press).
- Eurostat (1981) *European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS). Methodology*, vol.1.
- Eurostat (1992) *Digest on Statistics on Social Protection in Europe. Invalidity/Disability*.
- Falkingham J., J.Hills (eds.) (1995) *The Dynamic of Welfare. The Welfare State and the Life Cycle*, Prentice Hall/Harvester Wheatheaf, London.
- Ferrera M. (1993) *Modelli di solidarietà*, Il Mulino Bologna.
- Franco D (1994) *L'espansione della spesa pubblica in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- IRS (1995) *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Istat (1981), *I conti della protezione sociale 1975-79. Aspetti metodologici e prime elaborazioni*, "Supplemento al Bollettino Mensile di Statistica", n.8.
- Istat (1996) *Rapporto Annuale. La situazione del Paese 1995*, IPZS, Roma.
- Istat (1997) *Le pensioni di invalidità in Italia. Anni 1980-94*, "Argomenti" n.8, Istat, Roma.
- Istat (1998) *Rapporto Annuale. La situazione del Paese nel 1997*, Roma.
- Istat (several years), *Trattamenti pensionistici*, "Informazioni", Istat, Roma.
- Istat, INPS (1998) *Il sistema pensionistico italiano: beneficiari e prestazioni*, "Informazioni" n. 91, Istat, Roma.
- Kazepov, Yuri (1997) *Le politiche locali contro l'esclusione sociale, "Commissione di Indagine sulla povertà"*, IPZS, Roma.
- Matteuzzi M. (1996) *Strumenti di assistenza pubblica e politica sociale*, "Note di lavoro" n. 9605. Prometeia. Bologna.

Monacelli D. (1998) “Per una riforma dello stato sociale: le politiche di assistenza”, *Politica economica*, vol. 14, n. 1, pp. 97-153.

Negri. N., Saraceno C. (1996) *Le politiche contro la povertà in Italia*, Il Mulino, Bologna.

OECD (1988), *Ageing of Population. The Social Policy Implications*, Paris.

Pizzuti F.R., G.M. Rey (1990), *Il sistema pensionistico. Un riesame*, Il Mulino, Bologna.

Russo G. (1996), *Il calcolo delle pensioni*, Pirola, Milano.

Scalia R. (1992) *Le pensioni di guerra*, CieRre edizioni, Roma.

Scorda M. (1997), *L'invalidità civile nella vigente legislazione*, AMNIC, Roma.

Table 1 - Pension benefits provided to disabled people (or their survivors) in Italy in 1999: a general overview

Nature	Scheme	Age	Disability (c)			Work injuries (d)			Survivors			
			0-17	18-64	65+	0-14	15-64	65+	0-14	15-64	65+	
			(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	
Social Security (a1)	Old Age, Disability, Survivor	(1)		Invalidity allowance (c1)-> Old-age pension (c2)						Survivor pension		
	Indemnity	(2)						Direct indemnity	Indirect indemnity			
Welfare (a2)	War-injury indemnity	(3)	Direct indemnity						Indirect indemnity			
	Welfare (b1)	(4)	Allowance (c4)	Pension (c5) + allowance (c6)		"Social" pension + allowance (c6)						

General notes:

- Work allowed, except where the contrary is indicated.
- Not 'means tested', except where the contrary is indicated.
- a1) Financed through, and related to, contributions (necessary anyway)
- a2) Financed through taxes. Means tested, for injuries (including war injuries) not related to work.
- b1) Not portable to survivors
- c) At least 67% disability for social security; at least 74% for welfare
- c1) 67-99% disability. Lasts 3 + 3 years at most, to evolve later into either (b2) or (b3). Not portable to survivors. If low, raised to "social minimum".
- c2) No work allowed.
- c3) 100% disability, or after 6 years of disability grant. Portable to survivors. Higher than grant. No work allowed
- c4) For school attendance
- c5) The blinds' pension is independent of age (and never evolves into a "social" pension).
- c6) For accompanying person
- d) And work-related illness. At least 11% disability, caused by a work accident.

*Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik***Länderbericht: Niederlande¹⁵**Leo J.M. Aarts¹⁶ und Philip R. de Jong¹⁷

Auf die europäischen Wohlfahrtsstaaten kommen harte Zeiten zu. Infolge der Produktivitätsrückgänge und der wachsenden Steuerlast als 'Nebenprodukte' grosszügiger Wohlfahrtssysteme wird in den europäischen Staaten muss die allgemeine öffentliche Unterstützung allmählich gekürzt werden. Soziale Gerechtigkeit ist zwar nach wie vor eines der Hauptziele der staatlichen Politik in diesen Ländern, doch sind die realen Kosten für die Umsetzung dieser Politik derart hoch, dass sogar traditionelle Befürworter des Wohlfahrtsstaates angefangen haben, nach Reformen zu rufen.

Die Niederlande sind ein Land, das einst als Modell des modernen Wohlfahrtsstaates betrachtet wurde. Wie andere europäische Staaten erlebten auch die Niederlanden in den achtziger und frühen neunziger Jahren ein in der Nachkriegszeit noch nie dagewesenes Ausmass an sozialer Abhängigkeit und langsamen Wachstums. Zudem hatte das Land auch mit dem Wettbewerbsdruck des gemeinsamen europäischen Marktes und den Massnahmen zur Beschränkung des Budgetdefizits fertig zu werden, welche die Mitglieder der Europäischen Union zu beachten hatten, um die Eintrittsbedingungen für die Europäische Währungsunion von 1999 zu erfüllen.

Zusätzlich zu diesen sozialen, wirtschaftlichen und steuerlichen Zwängen muss auch die weniger unmittelbar spürbare, aber sehr reale Präsenz einer alternden Bevölkerung erwähnt werden. Die älter werdenden *Baby Boomer* verleihen der sich intensivierenden öffentlichen Diskussion über die Notwendigkeit, das bestehende Wohlfahrtssystem erträglicher zu gestalten, eine bedeutende langfristige Dimension. In den Niederlanden standen Änderungen in der Invaliditätspolitik im Mittelpunkt dieser Debatte.

1. Das niederländische Wohlfahrtssystem

Das niederländische Wohlfahrtssystem beinhaltet sowohl Versicherungs- als auch Sozialfürsorgeprogramme. Die Versicherungsprogramme basieren auf einer Idee Bismarck - dem Schöpfer der gesetzlich eingerichteten Versicherungsfonds zur Deckung von Berufsrisiken. Die Sozialfürsorgeprogramme entstammen der Vision von Beveridge - dem Schöpfer eines staatlichen Auffangnetzes zum Schutz gegen Armut, das allgemeinere soziale Risiken abdeckt.

Diese beiden Programmarten werden unterschiedlich verwaltet und finanziert. Die Sozialversicherungsprogramme erfordern die Beteiligung von gesetzlich definierten Gruppen und werden gewöhnlich durch obligatorische Beitragszahlungen nach dem Umlageprinzip finanziert. Die Versicherungsprogramme werden von - nun privatisierten - Institutionen verwaltet, die unter der Aufsicht von Kommissionen stehen, in denen Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen vertreten sind. Andererseits werden die einkommensabhängigen Sozialfürsorgeprogramme über die allgemeinen

¹⁵ Übersetzung aus dem Englischen von BSV

¹⁶ Aarts & De Jong BV und Leiden Universität, Niederlande

¹⁷ Aarts & De Jong BV und Erasmus Universität, Rotterdam, Niederlande

Staatseinnahmen finanziert und von lokalen Behörden verwaltet. Die Versicherungsprogramme können weiter unterteilt werden in staatliche Programme, die sämtliche Einwohner abdecken, und in Programme, die nur die Arbeitnehmer abdecken. Früher hatten Staatsangestellte ihre eigenen Vereinbarungen, bevor sie 1997 in die einkommensabhängigen Programme für Arbeitnehmer des privaten Sektors integriert wurden.

Das Solidaritätsprinzip und sein rechtliches Gegenstück - nämlich die dem Staat durch die Verfassung auferlegte Verantwortung, seine Wohnbevölkerung vor Armut zu schützen - kennzeichnen den niederländischen Wohlfahrtsstaat. Zwei Bestimmungen des Systems dienen der Erreichung dieses Zieles: der garantierte Lohnersatz und das garantierte Mindesteinkommen. Der Lohnersatz beruht auf der Solidarität zwischen den Arbeitnehmern und ihren Arbeitgeber und dient dem Schutz des erreichten Lebensstandards der Angestellten. Die Lohnersatzprogramme decken Verdienstauffälle infolge Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Invalidität.

Versicherungsprogramme mit Pauschalsätzen und einkommensabhängige Sozialfürsorgeprogramme sichern das Existenzminimum sämtlicher Einwohner. Die Altersversicherung gewährt den über 65-Jährigen ein Ruhestandseinkommen. Separate Invalidenversicherungsprogramme für Selbständige und für Personen, deren Behinderung vor Erreichen des 18. Lebensjahres eingetreten ist, gewähren Leistungen an Personen im arbeitsfähigen Alter, die an einem Gesundheitsschaden leiden. Die Hinterlassenenversicherung erbringen Leistungen an den überlebenden Ehegatten und an unterstützungspflichtige Kinder, wobei diese Leistungen seit 1996 einkommensabhängig sind. Die Arbeitslosenversicherung gewährt Leistungen an Personen, die ihre Arbeitsstelle verlieren. Die Sozialhilfe unterstützt Personen, die kein ausreichendes Einkommen erzielen oder deren Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung abgelaufen ist. Eine weitere Palette von Programmen unterstützt behinderte Einwohner mittels Sachleistungen. Diese Sachleistungen können im Hinblick auf eine Arbeitstätigkeit (i.e. Wiedereingliederung) oder zur Sicherung eines selbständigen Lebens erfolgen.

Zuzüglich zur Einkommenssicherung decken die Versicherungsprogramme auch Ausgaben für ärztliche Behandlungen und den Unterhalt von Kindern. Die Gesundheitskosten von Arbeitnehmern des privaten Sektors, die weniger als Dfl. 64'300 pro Jahr (für 1999) verdienen, werden durch das Programm zur Gesundheitskostenversicherung abgedeckt. Aussergewöhnliche Ausgaben für ärztliche Behandlungen, etwa für längere Spitalaufenthalte, werden ebenfalls durch Versicherungsprogramme abgedeckt. Schliesslich wird über die allgemeinen Staatseinnahmen eine vierteljährliche Kinderzulage finanziert.

Das Existenzminimum

Das Existenzminimum wird definiert als derjenige Geldbetrag der notwendig ist, um den Grundbedarf zu decken. Dieser Grundbedarf hängt von der Zusammensetzung des Haushaltes ab. Das Existenzminimum richtet sich nach dem gesetzlichen Mindestlohn nach Abzug der Steuern und bestimmt die Höhe des Auffangnetzes innerhalb des Sozialfürsorgesystems. Für das Jahr 1999 beträgt das Existenzminimum eines Zweipersonen-Haushaltes mit oder ohne Kind 100% des Mindestlohnes nach Abzug der Steuern (monatlich ungefähr Dfl. 2'000); bei Eineltern-Familien liegt das Existenzminimum je nach Bedarf zwischen 70 und 90% und für Alleinstehende zwischen 50 und 70% dieses Betrages. Während die Kaufkraft von Mindestlöhnen gewöhnlich an den durchschnittlichen Lohnindex angepasst wird, folgen die Sozialfürsorgeleistungen dem Mindestlohn.

Krankengeld

Ist ein niederländischer Arbeitnehmer infolge Krankheit oder Verletzung (unabhängig von deren Ursache) nicht in der Lage, seine oder ihre Arbeit zu verrichten, so hat er oder sie Anspruch auf ein Krankengeld. Das Krankengeld ersetzt 70% des Bruttoeinkommens, wobei bestehende Gesamtarbeitsverträge zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern oft vorsehen, dass das Krankengeld bis zur Höhe des Nettoeinkommens ergänzt wird. Der Anspruch auf Krankengeld erlischt nach 12 Monaten.

Seit 1996 obliegt die Finanzierung des Krankengeldes vollumfänglich dem Arbeitgeber. Dieser kann seine entsprechende Haftung bei einem privaten Versicherer rückversichern lassen, wozu er aber nicht verpflichtet ist. Arbeitgeber sind gesetzlich beauftragt, mit privaten Anbietern für Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz Verträge abzuschliessen, um das Problem von personellen Ausfällen zu regeln.

Vor 1996 wurden die Krankenleistungen von denselben Anstalten ausgerichtet, die auch die Invaliden- und Arbeitslosenversicherung führen (Einzelheiten dazu siehe unten).

Invaliditätsleistungen

Das niederländische Recht sieht vor, dass jegliche Krankheit oder Verletzung einer versicherten Person nach einer obligatorischen Wartezeit von 12 Monaten einen Anspruch auf Invaliditätsleistungen auslöst. Während andere OECD-Staaten behinderte Personen danach unterscheiden, ob der Gesundheitsschaden bei der Arbeit oder anderswo erfolgte, so sind für das niederländische Invalidenversicherungsprogramm nur die Folgen dieses Gesundheitsschadens relevant.

Ersatz für den Verlust der Erwerbsfähigkeit infolge langfristiger oder dauernder Invalidität wird von drei unterschiedlichen Invalidenversicherungsprogrammen an verschiedene Kreise von Versicherten gewährt. Das erste und mit Abstand grösste dieser Programme deckt die Angestellten und gewährt lohnabhängige Leistungen. Die anderen beiden Programme richten sich an die Selbständigerwerbenden und an Personen mit Geburtsgebrechen. Gewährt werden ein Pauschalsatz, das Existenzminimum und Leistungen ab dem 18. Lebensjahr. Im Übrigen sind diese beiden Programme von der Form her mit den lohnabhängigen Programmen vergleichbar und funktionieren auch ähnlich.

Der Invaliditätsgrad wird unter Berücksichtigung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit des Angestellten festgelegt. Seit 1994 wird diese Erwerbsfähigkeit definiert als der Verdienst aus jeglicher Art von Arbeit entsprechend den verbleibenden Fähigkeiten einer Person in Prozenten des gewöhnlichen Verdienstes vor der Invalidität. Somit ist der Invaliditätsgrad die Ergänzung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit und definiert die Höhe des Anspruches. Vor 1994 kamen nur Stellen in Betracht, die mit der Ausbildung und der bisherigen Berufskarriere einer Person vereinbar waren. Seither wurde nicht nur die Definition von passender Arbeit ausgeweitet, sondern zusätzlich wurde auch die medizinische Definition des Invaliditätsbegriffs gestrafft: Nach der neuen Regelung muss der Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden und der Behinderung objektiv feststellbar sein.

Lohnabhängige Leistungen basieren auf dem Alter und dem Verdienst. Früher hing die Deckung nicht vom Alter oder von einer anderen Art der Zählung von Versicherungsjahren ab. Dies bedeutete, dass jedes Mitglied der Risikobevölkerung voll gedeckt war. Wurde eine Person für vollinvalid befunden (80-100%, siehe unten), dann entsprach die gesetzliche Lohnersatzrate derjenigen

der Krankenleistungen, i.e. 70% des Verdienstes vor Abzug der Steuern. Seit den Reformen von 1994 hängen nun die Höhe und die Anspruchsdauer der verdienstabhängigen Invaliditätsleistungen vom Alter ab, um so Anreize beim Erfordernis der Beitragsjahre zu schaffen (Einzelheiten dazu siehe unten)

Der Bezug einer Teilleistung kann bis zur Höhe des vor der Invalidität erhaltenen Lohnes mit Arbeitsverdienst kombiniert werden. Ist der Bezüger einer Teilleistung nicht in der Lage, eine Lohnarbeit zu finden, so hat er Anspruch auf eine Teilarbeitslosenentschädigung. Die Kombination von Invaliditätsleistungen und Arbeitslosenentschädigungen ersetzt aber in keinem Fall mehr als 70% des eingebüßten Verdienstes.

Das niederländische Invaliditätsprogramm ist insofern einzigartig, als es zwischen sieben Kategorien von Invalidität unterscheidet (weniger als 15%, 15-25%, usw. bis zu 80-100% invalid). Der einen Anspruch auslösende Mindestinvaliditätsgrad entspricht einem 15-prozentigen Verlust der Erwerbsfähigkeit. Die Anspruchsberechtigung hängt natürlich vom Invaliditätsgrad ab: Eine Invalidität von 20% begründet einen Anspruch für eine Leistung von 14% des versicherten Verdienstes; 30% Invalidität berechtigt zu 21% usw. Der maximale versicherte Verdienst, der für die Invaliditätsleistungen noch rentenbildend ist, liegt 1999 bei ungefähr Dfl. 80'000 pro Jahr. Dies ist gleichzeitig auch das Maximaleinkommen, das für die Beitragszahlungen an die Invaliden- und Arbeitslosenversicherung relevant ist.

Die niederländische Invaliditätsregelung unterscheidet sich von anderen staatlichen Programmen nicht nur darin, dass sie keine gesonderte Versicherung für Berufsverletzungen kennt und ein ausgebautes System von Teilleistungen beinhaltet, sondern auch, weil sie von (nun privatisierten) Sozialversicherungseinrichtungen abgewickelt wird, die vertraglich mit dem Staatlichen Sozialversicherungsinstitut verbunden sind. Bisher musste jedes Unternehmen von Gesetzes wegen bei einer dieser Anstalten angeschlossen sein. Das bedeutet, dass zur Zeit jede Sozialversicherungseinrichtung (immer noch) ein gesetzlich geschütztes sektorielles Monopol innehat. In nächster Zukunft werden diese Anstalten jedoch im gegenseitigen Wettbewerb stehen, wenn es um den Vertragsschluss mit einem Unternehmen oder einer Gruppe von Unternehmen für die Verwaltung der Sozialversicherungen des Personals gehen wird

Arbeitslosenentschädigungen

Um Anspruch auf eine Arbeitslosenentschädigung zu haben, muss die betreffende Person vor Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 26 Wochen Erwerbsarbeit geleistet haben. Seit 1987 hängt die Höhe der Arbeitslosenentschädigungen von zwei Voraussetzungen ab: eine in Wochen und eine in Jahren ausgedrückte Voraussetzung. Die erste Voraussetzung verlangt, dass eine Person während wenigstens 26 Wochen von 39 der Arbeitslosigkeit vorangehenden Wochen angestellt gewesen sein muss. Die in Jahren ausgedrückte Voraussetzung verlangt, dass ein Arbeitnehmer während wenigstens vier von den fünf Jahren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit angestellt gewesen sein muss. Ist nur die in Wochen ausgedrückte Voraussetzung erfüllt, so beschränkt sich der Anspruch auf eine Pauschalleistung in Höhe des Existenzminimums für sechs Monate. Sind beide Voraussetzungen erfüllt, so beträgt die Arbeitslosenentschädigung 70% des vor Eintritt der Arbeitslosigkeit erzielten Verdienstes (vor Abzug der Steuern). Die Dauer dieser verdienstabhängigen Leistungen hängt von einer Kombination von Alter und Berufstätigkeit der vergangenen fünf Jahren ab, wobei das

Minimum für Personen unter 23 Jahren sechs Monate und für die über 59-Jährigen fünf Jahre beträgt.

Nebst den anspruchsbegründenden Voraussetzungen bezüglich bisheriger Berufstätigkeit muss ein arbeitsloser Angestellter zudem auf der Suche nach Arbeit und willens sein, jedes angemessene Stellenangebot anzunehmen. Ob ein bestimmtes Stellenangebot als angemessen erachtet wird, hängt von der Ausbildung, der beruflichen Karriere, dem Alter, dem vorherigen Einkommen, dem Wohnsitz und der Dauer der Arbeitslosigkeit ab.

Bezüglich dieser Kriterien ist das Gesetz vieldeutig. Daher wird das, was für angemessen erachtet wird, oft durch die Gerichte festgelegt und scheint überdies von den allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen abzuhängen. Entlassungen unterliegen der Genehmigung durch die Arbeitsbehörden. Im Allgemeinen ist es Arbeitgebern nicht gestattet, einen Angestellten zu entlassen, wenn nicht bewiesen werden kann, dass die Arbeit - nicht der Angestellte - überflüssig ist oder dass das Vertrauensverhältnis ernsthaft gestört ist.

Die Arbeitslosenversicherung wird durch die gleichen wie die für die Invalidenversicherung zuständigen Anstalten verwaltet. Eine gesonderte Gruppe von öffentlichen Arbeitsvermittlungsstellen ist zuständig für die Unterstützung von Aktivitäten im Zusammenhang mit der Stellensuche und von Programmen zur Verbesserung der Vermittlungsfähigkeit (Schulung und subventionierte Stellen).

Denjenigen, die keinen Anspruch auf Arbeitslosenentschädigungen haben oder deren Anspruch abgelaufen ist, steht die Sozialhilfe zur Verfügung. Hierbei handelt es sich um ein Programm der Sozialfürsorge - bzw. um ein soziales Auffangnetz - welches das Existenzminimum sichert. Jeder stellensuchende Einwohner ab dem 21. Altersjahr hat unabhängig von seiner beruflichen Laufbahn Anrecht auf diese Leistungen, die voll einkommensabhängig sind. Um einen Anspruch zu erwerben und zu behalten, muss sich ein arbeitsloser Angestellter bei der örtlichen Arbeitsvermittlungsstelle anmelden und willens sein, jegliche Art von Arbeit anzunehmen. Sozialhilfe wird von den Gemeinden geleistet, die der Aufsicht des Sozialministeriums unterstehen. Sie wird über den Staatshaushalt finanziert.

Frühpensionierung

Die niederländischen Programme für eine Frühpensionierung haben keine gesetzliche Grundlage; sie haben sich als Teil der Gesamtarbeitsverträge zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern aus dem Jahre 1975 herausgebildet. Ihr ursprünglicher Zweck war die Ausweitung des Stellenangebotes für arbeitslose Jugendliche mittels Förderung der Frühpensionierung von älteren Angestellten. In den achtziger Jahren machten jedoch ältere Angestellte in zunehmendem Masse von der Möglichkeit einer Frühpensionierung Gebrauch, um aus der Aktivbevölkerung auszutreten, dies als Alternative zu den Arbeitslosen- oder Invaliditätsprogrammen. Was ursprünglich als eine Lösung des Problems der Jugendarbeitslosigkeit gedacht gewesen war, wurde zu einer sehr beliebten Austrittsmöglichkeit für ältere Angestellten, die durch ihre jüngeren Kollegen nach dem Umlageprinzip subventioniert wurden.

Sämtliche Staatsangestellte können von Frühpensionierungs-Programmen profitieren, zudem ungefähr 70% der Arbeitnehmer im privaten Sektor, insbesondere diejenigen in grossen Unternehmen. Die Anspruchsvoraussetzungen sind von Wirtschaftszweig zu Wirtschaftszweig verschieden. Das durchschnittliche Rentenalter ist in den meisten Wirtschaftszweigen von 63 auf 60 Jahre herab-

gesetzt worden. Das Bestehen eines Anspruchs hängt auch von der Dienstzeit ab. In den meisten Programmen muss ein Angestellter in einem Unternehmen wenigstens zehn Dienstjahre geleistet haben. Im Allgemeinen wird ungefähr 90% des früheren Lohnes (nach Abzug der Steuern) ausgezahlt. Folglich sind hier die Entschädigungsquoten höher als bei der Sozialversicherung. Ebenso wie die Invaliditätsleistungen enden auch die Frühpensionierungsleistungen mit Erreichen des 65. Lebensjahres, wenn die pensionierte Person ins normale Rentensystem überwechseln muss.

In den vergangenen 20 Jahren wurden die Frühpensionierungs-Programme immer stärker beansprucht. 1980 erhielten 9% der männlichen Leistungsempfänger im Alter zwischen 60 und 64 Jahren Frühpensionsrenten, während 78% Invaliditätsleistungen bezogen. 1989 erhielten 41% der männlichen Anspruchsberechtigten im Alter von 60 bis 64 Jahren Frühpensionsrenten, während 46% Invaliditätsleistungen und 13% Arbeitslosenentschädigungen bezogen.

Die gewaltige Zunahme der Frühpensionierungen in der Vergangenheit, der ebenfalls stark gestiegene Steuerdruck, der durch eine alternde Bevölkerung verursacht wird, und die aus Umlagefonds ausbezahlten Leistungen machten eine Reform dieser zu grosszügigen, versicherungsmathematisch unvernünftigen Programme notwendig. Diese werden nun vermehrt in kapitalgedeckte flexible Pensionssysteme umgewandelt, bei denen ein viel engerer Zusammenhang zwischen Beitragszahlungen und Leistungsansprüchen besteht. Dieser Schritt in Richtung versicherungsmathematischer Äquivalenz könnte das Interesse von älteren Angestellten an der Beantragung von Invaliditätsleistungen wiederbeleben.

Ausgewählte Aspekte des niederländischen Invaliditätsprogrammes

Ermittlung der Invalidität

Es besteht eine strikte Trennung zwischen Ärzten, die Kranke und Invalide behandeln, und den zuständigen Behörden, welche die Legitimität der geltend gemachten Ansprüche und somit den Zugang zu den Kranken- und Invaliditätsprogrammen überprüfen. Diese Trennung soll sowohl die Unabhängigkeit der zuständigen Behörden, wie auch das Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und ihren Patienten schützen.

Folglich wird der Gesundheitszustand und die Prognose bei einem Angestellten, der sich krank meldet, von einer medizinischen Fachperson überprüft, die für einen Anbieter für Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz arbeitet, mit dem der Arbeitgeber des kranken Angestellten eine vertragliche Vereinbarung hat. Hat die Krankheitsperiode drei Monate gedauert, dann hat der Anbieter für Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz der Sozialversicherungseinrichtung einen Bericht über die Prognose und die Wiedereingliederungsmöglichkeiten zu erstatten, damit diese eine allfällige Aufnahme in das Invalidenversicherungsprogramm vorbereiten oder verhindern kann.

Forderungen gegenüber der Invalidenversicherung werden von Teams beurteilt, die sich aus einem Facharzt und einem Experten für Ergonomie zusammensetzen. Gemeinsam wird der Grad und die Dauerhaftigkeit der Invalidität und das Wiedereingliederungspotential des Angestellten ermittelt. Diese Experten sind Angestellte der Sozialversicherungseinrichtungen.

Bis 1995 wurden solche Invaliditätsabklärungen von einem unabhängigen medizinischen Berufsverband vorgenommen, dem „Joint Medical Service“. Bei Anspruchsforderungen an die Invalidenversicherung waren die Sozialversicherungseinrichtungen verpflichtet, den „Joint Medical Service“ zu konsultieren.

Arbeitsmarktliche Erwägungen bei der Ermittlung der Invalidität

Die über die Invaliditätsleistungen zu befindenden Behörden, die sich jeweils auf den Invaliditätsbegriff des entsprechenden Invaliditätsprogramms stützten, erachteten es oft als schwierig zu entscheiden, in welche der gesetzlich festgelegten Invaliditätskategorien ein Fall einzuordnen ist. Theoretisch musste die Schätzung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage der medizinischen und beruflichen Charakteristiken eines Gesuchstellers und deren Auswirkungen auf jedwelche angemessene Arbeit erfolgen, egal ob entsprechende Stellen tatsächlich vorhanden waren oder nicht. Derartige theoretische Beurteilungen weichen jedoch von den tatsächlichen Erwerbsmöglichkeiten ab, wenn den teilinvaliden Personen keine angemessene Stellen zur Verfügung stehen. Zuweilen werden Teilinvalide von den Arbeitgebern diskriminiert oder diese sträuben sich in Rezessionszeiten, Teilinvalide anzustellen.

Ein zweites Problem bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads stellt liegt darin, ob eine teilinvalide Person infolge eines Gesundheitsschadens arbeitslos ist oder aufgrund einer Kombination von Gesundheitsschäden, Diskriminierung und wirtschaftlichen Gründen. Vor den Sozialreformen im Jahr 1987 (die Einzelheiten hierzu werden später ausführlich behandelt) anerkannte das Gesetz die potentielle Diskrepanz zwischen theoretischen und tatsächlichen Erwerbsmöglichkeiten. Es sah vor, dass die zuständige Behörde bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads die Schwierigkeiten mit berücksichtigen sollte, die sich einer teilinvaliden Person bei der Suche nach einer angemessenen Arbeitsstelle allenfalls stellen könnten. Diese gesetzliche Bestimmung wird in den beiden Invaliditätsprogrammen oft als "arbeitsmarktliche Erwägung" bezeichnet.

Indessen erwies sich eine korrekte Einschätzung des Gesundheitsschadens und der Arbeitslosigkeit in der Praxis als schwierig. 1973 lösten die Versicherungseinrichtungen dieses administrative Problem, indem angenommen wurde, dass wenige Anstellungsmöglichkeiten jeweils die Folge von Diskriminierungen waren, sofern nicht das Gegenteil bewiesen werden konnte. Die sich daraus ergebende Verwaltungspraxis sollte teilinvalide Gesuchsteller wie Vollinvalide behandeln. Diese Auslegung des Rechts machte eine korrekte Festlegung der theoretischen Erwerbsfähigkeit überflüssig, zumal ein minimaler Verdienstaufschlag von 15% ausreichte, damit eine Person Anrecht auf die volle Leistung hatte. Das „Joint Medical Service“ brauchte nicht mehr länger alle Gesuchsteller zu untersuchen oder den Versicherungseinrichtungen umfassende Empfehlungen bezüglich Invaliditätsgrad und Wiedereingliederungspotential der Angestellten zu liefern. Was von dem obligatorischen Untersuchungsverfahren übrig blieb, war oft nicht mehr als die *pro-forma*-Ankündigung von Gesuchen durch die Versicherungseinrichtungen. Nur in unklaren Fällen wurde das ganze Verfahren durchgeführt. Dabei handelte es sich um Fälle, in denen die Versicherungseinrichtungen eine rasche Genesung oder eine dauernde Unfähigkeit zur Verrichtung von angemessener Arbeit nicht plausibel voraussagen konnten.

Das Ergebnis war eine Verwaltungskultur, die das Schwergewicht auf die Einkommenssicherung legte, dies auf Kosten der Wiedereingliederung und der wirtschaftlichen Selbständigkeit. Die Sozialpartner, die sowohl die Versicherungseinrichtungen wie den Gemeinschaftlichen Medizinaldienst leiteten, waren der Ansicht, dass dieses Vorgehen im Interesse ihrer Gruppeninteressen sei. Die Arbeitgeber sahen darin einen ziemlich einfachen und billigen Weg, um eine niedrige Produktivität oder überzählige Angestellte loszuwerden. Die Gewerkschaften ihrerseits hatten hiermit sowohl ein Mittel gefunden, um Menschen mit ernsthaften Behinderungen ein angemessenes Einkommen zu

verschaffen, als auch eine grosszügige Lösung für die Arbeitslosigkeit und Frühpensionierung von Angestellten mit gesundheitlichen Beschwerden, die nur schwer nachzuprüfen waren.

Tabelle 1 Invaliditätspensionsbezieher 1970-1997, Teil- und Vollinvalid

Jahr	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Frauen							
Teilinvalid	9%	9%	8%	9%	12%	18%	18%
Vollinvalid	91%	91%	92%	91%	88%	82%	82%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Männer							
Teilinvalid	21%	17%	18%	19%	24%	30%	31%
Vollinvalid	79%	83%	82%	81%	76%	70%	69%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Lisv, Kroniek der Sociale Verzekeringen 1998, p.112

Tabelle 2 neue Invaliditätspensionisten 1970 – 1997 nach Invaliditätsgrad

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
15-25%	1%	1%	1%	1%	2%	6%	4%
25-35%	3%	1%	2%	1%	4%	7%	6%
35-45%	2%	1%	1%	1%	3%	5%	4%
45-55%	9%	4%	5%	4%	8%	9%	7%
55-65%	2%	1%	2%	1%	1%	2%	2%
65-80%	2%	2%	2%	1%	2%	2%	2%
80-100%	82%	90%	87%	91%	80%	69%	74%
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quellen: 1970-1985: Jaarverslagen GMD, Kroniek der Sociale Verzekeringen.

1990-1995: Ctsv, Lisv: Ontwikkeling arbeidsongeschiktheid 1990, 1995; 1997: Lisv: Ontwikkeling ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

1997 I-IV. 1997: eigene Berechnungen

Als eine Folge dieser liberaler Praxis nahm der Prozentsatz der Vollrentnenberechtigten bis 1990 kontinuierlich zu (siehe nachfolgende Tabellen). 1986 - ein Jahr bevor 1987 die Sozialreformen beschlossen wurden - war der Anteil neuer Invalidenrentenbezüger, die als vollinvalid eingestuft worden waren und die volle Leistung von 70% des Bruttoeinkommens erhielten, auf 88% angestiegen. Nur 12% hatten eine Teilleistung zugesprochen erhalten.

Wiedereingliederung

Als das Invalidenversicherungsprogramm 1967 eingeführt wurde, entschied „Joint Medical Service“ über die Ansprüche der Versicherten. Dabei wurde ein feinmaschiges Raster mit sieben Invaliditätskategorien benutzt, um so die klar auf eine Wiedereingliederung ausgerichteten Zielsetzungen zu erreichen. Im erläuternden Bericht zum neuen Invalidenversicherungsgesetz stand

hierzu, dass behinderte Angestellte Versicherungsleistungen nach Massgabe ihrer verringerten Erwerbsfähigkeit erhalten würden und dass das „Joint Medical Service“ ihnen helfen würde, eine ihren verbleibenden Fähigkeiten angemessene Arbeitsstelle zu finden. Auf diese Weise hoffte man zu erreichen, dass behinderte Personen trotz ihres Gesundheitsschadens vollwertige Angehörige der Aktivbevölkerung bleiben konnten.

Durch die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt konnte dieses Ziel nicht erreicht werden. Ein steigender Anteil von Jugendlichen und verheirateten Frauen sowie eine ausgesprochen unflexible Lohnstruktur reduzierten die Möglichkeiten der niederländischen Wirtschaft aus, Arbeitsstellen zu schaffen. Als Folge davon wurde das Invaliditätsprogramm zu einem einfachen und grosszügigen Programm für die Frühpensionierung von überflüssigen Arbeitskräften. Im Gegensatz zu anderen Staaten, die ähnlich umfassende Invaliditätssysteme hatten (bspw. Deutschland und Schweden), wurde in den Niederlanden allmählich der Einkommenssicherung gegenüber der Arbeitsplatzsicherung der Vorrang eingeräumt. Eine der Zielsetzungen der Sozialreformen von 1987 war, diese ungünstige Entwicklung in der niederländischen Invaliditätspolitik zu korrigieren, indem die gesetzliche Grundlage für die Berücksichtigung von arbeitsmarktlichen Erwägungen im Bewertungsverfahren entfernt wurde.

Wäre das niederländische System der Leistungen für Teilinvalidität - wie vom Gesetzgeber beabsichtigt - mit einer breiten Palette von Wiedereingliederungsmassnahmen kombiniert angewandt worden, so hätte dies möglicherweise die Wiedereinstellung von behinderten Angestellten gefördert. Beispielsweise verfolgte man mit der Vielzahl an vorgesehenen Sachleistungen die Absicht, Arbeitsplätze und Ausbildungskosten zu finanzieren, um die Wiederbeschäftigung von behinderten Angestellten zu fördern. Dass man beim Versuch, diese Instrumente der Wiederbeschäftigung anzuwenden, scheiterte, zeigt die Zuteilung der staatlichen Budgets für die Sachleistungen der Invalidenversicherung. 1996 wurden auf der Grundlage von Bestimmungen zur Förderung der Vermittlungsfähigkeit von behinderten Angestellten 114 Millionen Dfl. ausgegeben, was lediglich 0.5% des gesamten Budgets der Invalidenversicherung von 21 Milliarden Dfl. ausmacht. In Deutschland beträgt der entsprechende Prozentsatz 4.2% des Gesamtbudgets; in Belgien liegt der diesbezügliche Vergleichswert bei 1.4%.

1986 wurde das Gesetz über die Anstellung von behinderten Angestellten erlassen. Dieses Gesetz enthielt eine Reihe von Massnahmen zur Förderung des Wiedereintritts von behinderten Angestellten in das Arbeitsleben. Es verpflichtet die Arbeitgeber, behinderten Arbeitnehmern Arbeitsstellen freizuhalten und entsprechende Arbeitsbedingungen zu schaffen. Bietet ein Arbeitgeber solche Arbeitsplätze an, so hat er allenfalls Anspruch auf Ausgleichzahlungen.

Zusätzlich verpflichtet das Gesetz die Arbeitgeber, ihren behinderten Angestellten gleich viel Lohn zu bezahlen wie den anderen Arbeitnehmer, die ähnliche Arbeit verrichten. Vermag indessen ein behinderter Arbeitnehmer nicht eine gleichwertige Leistung zu erbringen, so kann die Versicherungsvereinigung den Arbeitgebern gestatten, den Lohn entsprechend herabzusetzen. Diese Versicherungsvereinigung kann Unternehmen zwecks Ausgleichung von Produktivitätseinbussen infolge der Beschäftigung von teilinvaliden Angestellten eine Lohndispens gewähren. Das Gesetz setzt auch eine Anstellungsquote für Behinderte von 3 bis 7% fest. Bisher ist diese Quotenregelung noch nicht umgesetzt worden. 1999 wurde das Gesetz über die Anstellung von behinderten Angestellten durch die Wiedereinführung des Gesetzes über behinderte Angestellte ersetzt, welches die bereits bestehende Palette von Wiedereingliederungsmassnahmen um die Möglichkeit der Subventionierung von Löhnen erweiterte.

Die in den Niederlanden bestehenden Bestimmungen über das Anstellungsverhältnis verfolgen den Zweck, die dauerhafte Anstellung von behinderten Personen zu fördern. Arbeitgeber werden verpflichtet, den angestellten Arbeitnehmern, die invalid werden, eine angemessene Arbeit anzubieten. Zu diesem Zweck wird der Arbeitgeber allenfalls sogar die Stellenorganisation innerhalb des Unternehmens ändern müssen. Des Weiteren kann ein behinderter Arbeitnehmer nur dann entlassen werden, wenn eine Fortsetzung der gegenwärtigen Arbeit oder die Übernahme einer anderen Arbeit innerhalb des Unternehmens für den Arbeitgeber eine unverhältnismässige finanzielle Belastung darstellen würde. Ein absolutes Entlassungsverbot gilt für die ersten beiden Jahre der Invalidität. Nach Ablauf dieser Frist wird dem Arbeitgeber normalerweise die Entlassung des Angestellten gestattet.

Indessen bieten die Vorsorgepläne der Industrie den Angestellten, die während des Anstellungsverhältnisses von Invalidität betroffen werden, starke Anreize, um aus dem Arbeitsleben auszuweichen, da der mit der letzten Arbeitsstelle verbundene Rentenanspruch sogar nach der Aufnahme in das Invalidenregister weiterhin anwächst. Zudem wird in den meisten Vorsorgeplänen von der Leistungsberechtigten nicht verlangt, Beiträge für ihre Rentenprämien zu entrichten. Derartige vertragliche Regelungen halten die Behinderten von einem Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt ab, so dass bei den erworbenen Rentenansprüchen eine Lücke entsteht. Bis 1999 hielten auch strenge arbeitsvertragliche Regeln die Arbeitgeber von der Anstellung von Behinderten ab, weil diese Bestimmungen eine nur sehr kurze Probezeit vorsahen und Angestellten mit festen Verträgen einen starken Kündigungsschutz gewährten.

Schliesslich bietet die Regierung zwecks Förderung der Wiederbeschäftigung denjenigen geschützte Werkstätten an, die auf dem normalen Stellenmarkt nur schwer vermittelbar sind. 1998 arbeiteten ungefähr 90'000 Personen (1.3% der niederländischen Aktivbevölkerung) in solchen Werkstätten. Obwohl die Empfänger von Invaliditätsleistungen nicht verpflichtet sind, derartige Stellen anzunehmen, so tun dies doch nahezu 50'000 Personen (5.5% sämtlicher Anspruchsberechtigter); davon sind 44% seit ihrer Geburt invalid, z.B. infolge von Mongolismus. Die Löhne der geschützten Werkstätten liegen im Allgemeinen höher als eine Vollinvalidenrente.

2. Jüngste Gesetzesänderungen

Leistungskürzungen

Seit August 1993 wird der Invaliditätsbegriff strenger definiert (siehe oben) und der Invaliditätsstatus von allen Anspruchsberechtigten, die zu diesem Zeitpunkt jünger als 45 Jahre waren, wurde nach Massgabe dieses neuen Standards neu geprüft. Im Jahr 1995 fanden bei ungefähr 30% des Anspruchsvolumens solche Neuüberprüfungen (die übrigens 1998 abgeschlossen wurden) statt. 1994 und 1995 wurden 91'500 Anspruchsberechtigte unter 40 Jahren neu geprüft. 29% der überprüften Personen hatten ihre Ansprüche erschöpft und 16% wurden in eine tiefere Invaliditätsklasse eingeteilt, was entsprechende Leistungskürzungen zur Folge hatte. Eine gegen Ende 1995 erstellte Stichprobe zeigt auf, dass ein Jahr nach den Neuüberprüfungen 23% der Anspruchsberechtigten, die eine Einbusse ihres Renteneinkommens erlitten hatten, ihre Arbeitsbemühungen intensiviert hatten. Genauer ausgedrückt hatten 30 der 54%, die zum Zeitpunkt der Neuüberprüfung keiner bezahlten Arbeit nachgingen, ein Jahr später eine Arbeitsstelle. Die meisten der übrigen Personen waren immer noch auf eine Art Übergangseinkommen angewiesen. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Neuüberprüfungen zwar das Anspruchsvolumen erfolgreich verringern konnten, jedoch im Hinblick auf die Intensivierung der Arbeitsbemühungen derjenigen Personen, die vor der nach den strengeren Regeln durchgeführten Neuuntersuchung eine volle Rente gehabt hatten, weniger brachten.

Nach dem neuen Leistungsberechnungssystem, welches durch das gleiche Gesetz eingeführt wurde, das auch die strengeren Anspruchsvoraussetzungen vorsah, wird bei Invaliditätsleistungen die Dauer des Anspruchs in zwei Perioden aufgeteilt: Eine kurzfristige lohnabhängige Leistung, die (wie bereits zuvor) auf der Grundlage des Lohnes vor dem Eintritt der Invalidität berechnet wird, und im Anschluss daran eine Leistung mit einer tieferen Leistungsbasis und demzufolge einem tieferen Anteil am versicherten, d.h. vor dem Eintritt der Invalidität erhaltenen Lohn. Sowohl die Dauer der lohnabhängigen Leistungsperiode, als auch der anschliessende Anteil am versicherten Lohn hängen vom Alter zu Beginn der Invalidität ab. Die Zeitspanne variiert zwischen null für die unter 33-Jährigen und sechs Jahren für diejenigen, die mit 58 Jahren oder mehr invalid wurden. Während der Nachperiode entspricht die für die Anspruchsberechtigung massgebliche Lohnbasis dem Mindestlohn und einem Zuschlag, der je nach Alter zu Beginn der Invalidität gemäss folgender Formel berechnet wird:

$$2.0\% * [\text{Alter zu Beginn der Invalidität minus } 15] * [\text{Lohn} - \text{Mindestlohn}].$$

Die neuen Leistungsregeln bedeuteten einen klaren Wechsel von der Invalidenrentenberechtigung im vergangenen Vierteljahrhundert hin zu lohnabhängigen und zeitlich unbeschränkten Leistungen. Nun ist das Alter massgeblich und nicht mehr die bisherige Berufstätigkeit oder die "Versicherungsjahre", was die Einführung eines Quasi-Rentenelementes in das Invaliditätssystem bedeutet. Die Verminderung des staatlichen Einflusses auf die Invalidenversicherung hat die Bildung eines lebendigen Marktes begünstigt, auf dem private Versicherer und Unternehmens- und Industriepensionsfonds miteinander im Wettbewerb stehen. Damit wird die zuvor bestehende Lücke zwischen dem alten System (mit einem gesetzlichen Anteil am versicherten Verdienst von 70%) und dem neuen Berechnungsschema (mit einem altersabhängigen Anteil am versicherten Verdienst) geschlossen. Die private Deckung dieser Zusatzleistungen erfolgt durch eine prämiertenfinanzierte Kapitalanlage, wobei die Prämien nach dem bei den einzelnen Angestellten oder Unternehmen

vorhandenen Risiko abgestuft werden. Einige Unternehmen und sogar ganze Unternehmensbranchen schlossen Gesamtarbeitsverträge ab, die die Differenz zwischen dem vormals und dem heute bestehenden Anteil am versicherten Verdienst ausglich, so dass 1994 85% aller Arbeitnehmer durch eine derartige Lückenversicherung gedeckt waren.

Die Arbeitgeber haben einen überraschend starken Willen gezeigt, für eine Lückendeckung zu sorgen. Es scheint, dass ihr erklärtes Interesse an einer Reduktion der Arbeitskosten durch den Wunsch an der Beibehaltung einer grosszügigen Austrittsoption für überflüssige Angestellte ausgeglichen wurde. Die Beflissenheit der privaten Versicherer beim Angebot von zusätzlicher Deckung überrascht da schon weniger. Nicht zuletzt bedeutet die neue Formel für die Berechnung der Leistungen, dass jüngere und besser bezahlte Angestellte einen geringeren Entschädigungsanteil zu gewärtigen haben, oder mit anderen Worten: Gruppen mit einem tiefen Invaliditätsrisiko sind am stärksten von diesen Kürzungen betroffen. Unter derart günstigen selbstgewählten Bedingungen eröffnet sich den privaten Versicherern insofern ein gutes Geschäft, als diese das attraktive Angebot einer Deckung dieser Kürzungen bis zur Höhe der ursprünglichen 70%-igen Entschädigung oder sogar höher machen können.

Dass die neuen Regelungen greifen, belegt die Tatsache, dass im Jahre 1994 die Fälle von Leistungsbeendigungen infolge Genesung (d.h. Angestellte, die für die Verrichtung von allgemein üblicher Arbeit als körperlich gesund befunden werden) um ungefähr 40% zunahmen. Die strengere Regelung hat sich auch auf die Häufigkeit der Gewährung neuer Invaliditätsleistungen ausgewirkt. Bei der gesamten Risikobevölkerung nahm die Gewährung von neuen Leistungen um ungefähr 15% ab. Diese Abnahme könnte sehr wohl das kombinierte Ergebnis der zunehmenden Strenge der zuständigen Behörde und einer sinkenden Zahl von Gesuchen sein (letzteres deshalb, weil die Invaliditätsleistungen ihre finanzielle Attraktivität teilweise eingebüsst haben).

Die geringere Anzahl bewilligter Gesuche sowie die starke Zunahme bei der Beendigung von Leistungen bewirkte 1994 einen 3-prozentigen Rückgang der anspruchsberechtigten Bevölkerung für Leistungen der Invalidenversicherung für Privatangestellte. Das war das erste Jahr in der Geschichte der niederländischen Invaliditätspolitik, in dem die anspruchsberechtigte Bevölkerung gegenüber dem Vorjahr abgenommen hatte. Seither ist das Anspruchsvolumen trotz zunehmender Alterung der versicherten Bevölkerung mehr oder weniger stabil geblieben.

Privatisierung von Kranken- und Invalidenversicherungsleistungen

- *Krankheit*

1994 wurden die Arbeitgeber verpflichtet, das Krankengeld in den ersten sechs Wochen selber zu bezahlen und mit einem privaten Anbieter für Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz Verträge abzuschliessen. Diese Dienste beinhalten die Überwachung von krank gemeldeten Angestellten, die Beratung von Unternehmen hinsichtlich der Natur und des Umfangs der gesundheitlichen Risiken, denen das Personal ausgesetzt ist sowie Beratung zwecks Verminderung dieser Risiken.

Im März 1996 wurde das Gesetz über die Krankenleistungen gänzlich aufgehoben und die Haftung der Arbeitgeber für die Bezahlung des Krankengelds wurde auf maximal 12 Monate ausgedehnt (danach übernimmt die Invalidenversicherung). Privatrechtlich sind Unternehmungen verpflichtet, 70% des infolge Krankheit eingebüsstes Verdienstes zu ersetzen. Es steht ihnen aber frei, das Krankengeldrisiko auf sich zu nehmen oder (teilweise) bei einem privaten Versicherer zu versichern. Dies ist eine bemerkenswerte Änderung. Ein gänzlich regulierter Monopolmarkt, zu dem die

privaten Versicherer keinen Zugang hatten, wurde in einen deregulierten Markt umgewandelt, in dem private Versicherer frei um Verträge mit Unternehmungen werben können, die ihre Krankengeldverpflichtungen versichern lassen möchten. Als Folge hiervon gingen die Krankheitsabsenzen von 8.1% im Jahre 1992 auf 4.6% im Jahre 1997 zurück.

Eine etwas umstrittenere Auswirkung dieser drastischen Form der Privatisierung ist die Tatsache, dass die Arbeitgeber den Gesundheitszustand der sich bei ihnen um eine Stelle bewerbenden Arbeitnehmer genauer überprüfen, was dazu führt, dass behinderten Personen der Zugang zum Arbeitsmarkt erschwert wird.

- *Invalidität*

Seit 1998 werden die von Unternehmen gemachten Praxisbewertungen stufenweise in das Invalidenversicherungssystem eingefügt. Vor 1998 zugesprochene Leistungen werden immer noch durch die bestehenden einheitlichen Umlage-Beitragssätze (*pay-as-you-go*) finanziert, wogegen bei den neuen Anspruchsberechtigten die Invaliditätsleistungen der ersten fünf Jahre durch Versicherungsprämien finanziert werden, die nach dem Verursacherprinzip erhoben werden. Wird einem Arbeitnehmer eine Invaliditätsleistung zugesprochen, dann wird das Unternehmen mit einem höheren Beitragssatz rechnen müssen. Genau umgekehrt verhält es sich, wenn ein Unternehmen einen Invalidenrentner anstellt. Überdies wird den Unternehmen ein *Opting out* aus dem staatlichen Versicherungssystem gestattet, dies jedoch nur für die Deckung der ersten fünf Jahre des Leistungsbezugs.

1997 begann man in den Niederlanden auch die Einführung von Elementen einer Praxisbewertung in das System der Arbeitslosenversicherung in Betracht zu ziehen. Mit all diesen Änderungen bewegt sich die niederländische Invaliditätspolitik in Richtung einer direkteren Überwälzung der Kosten auf die einzelnen Unternehmen und die Angestellte und weg von einer Verstaatlichung der Risiken, welche die Politik der Vergangenheit dominierte.

Änderungen bei der Verwaltung

In der Debatte über die Invaliditätspolitik verlagerte sich der Schwerpunkt allmählich von dem Programm als solches in Richtung der Verwaltung dieses Programms. 1993 untersuchte eine aus mehreren Parteien zusammengesetzte parlamentarische Kommission die Betriebsabläufe der Versicherungseinrichtungen, dies mit einem besonderem Augenmerk auf die Verwaltung der Invalidenversicherung. Zahlreiche gegenwärtige und ehemalige Verwalter, Staatsangestellte und verantwortliche Politiker wurden von der Kommission öffentlich befragt. Das Bild, das die allabendlich im Fernsehen ausgestrahlten Zusammenfassungen dieser Befragungen vermittelten, zerstörte das Image der Versicherungseinrichtungen. Was man schon lange vermutet hatte und was bereits frühere Nachforschungen ergeben hatten, wurde nun öffentlich bestätigt. Der Bericht der Kommission bewirkte ein starkes politisches Eintreten für drastische Reformen, insbesondere im Hinblick auf die dominante und autonome Stellung der Gewerkschaften und der Vertreter der Arbeitgeber bei der Führung der Sozialversicherungen.

Als Folge der Empfehlungen der Untersuchungskommission wurde 1995 eine unabhängige Aufsichtsbehörde ernannt, die alljährlich einen Bericht über die Effizienz und die Rechtmässigkeit der Verwaltung der Sozialversicherungsprogramme veröffentlicht. 1997 wurden die von den Sozialpartnern geführten staatlichen Versicherungseinrichtungen privatisiert und in fünf neue Organisa-

tionen restrukturiert. Zwei dieser neu gebildeten Organisationen schlossen sich mit Versicherungsgesellschaften zu einem Joint Venture zusammen. In nächster Zukunft (2001) werden diese fünf Organisationen zu Konkurrenten und der Markt wird sich auch neuen privaten Gesellschaften öffnen, die Verwaltungsdienste für Sozialversicherungen anbieten. Folglich geht der gegenwärtige Trend in Richtung des Angebots von 'Gesamtpaketen', die sowohl die den Versicherern durch das Gesetz übertragenen Sozialversicherungen, als auch Renten- und Gesundheitsversicherungen beinhalten.

3. Schlussfolgerungen

Der politische Druck infolge der publik gewordenen traditionell laschen Politik bei der Verwaltung der Sozialversicherungen hat die zuständigen Behörden zu einer Änderung ihrer Amtsführung genötigt. Zudem wird die Aufbrechung des Monopols der Versicherungseinrichtungen bei der Verwaltung und der Deckung des Krankheits- und Invaliditätsrisikos aller Wahrscheinlichkeit nach künftigen Exzessen Einhalt gebieten. Auch die Richtlinien der Ministerien über die Anwendung der neuen strengen Standards bei den Anspruchsvoraussetzungen für Invaliditätsleistungen scheinen zu greifen.

Diese Reformen beabsichtigten eine maximale Privatisierung des Systems. Sie haben eine grundsätzlichere Diskussion über das angemessene Mischverhältnis von staatlichen und privaten Institutionen bei der Versicherung von sozialen Risiken ausgelöst. Um einen besseren Ausgleich zwischen Gerechtigkeit und Effizienz zu finden, erscheint eine Art von "gelenktem Wettbewerb" angemessen. Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen die privaten Versicherer willens sind, das Invaliditätsrisiko zu versichern, muss noch beantwortet werden. Während es noch viel zu früh ist, um sagen zu können, ob das niederländische Invaliditätssystem schlussendlich unter Kontrolle gebracht werden konnte, ist schon jetzt klar, dass viele Prozesse und auch die Politik, die für die Aufblähung des Systems verantwortlich gewesen waren, sich geändert haben. Ironischerweise könnte die niederländische Politik, die in den zwischenstaatlichen Vergleichen der beiden letzten Jahrzehnte jeweils als negatives Beispiel gedient hat, bezüglich Privatisierung der Versicherung der Risiken Krankheit und Invalidität zum Trendsetter unter den europäischen Staaten werden.

Literatur

- Aarts, Leo J.M., Richard V. Burkhauser, and Philip R. de Jong. 1992. "The Dutch Disease: Lessons for U.S. Disability Policy," *Regulation*, 15(2) (Spring): 75-86.
- Aarts, Leo J.M., Richard V. Burkhauser, and Philip R. de Jong (eds.). 1996. *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Policy Reform*. Aldershot, UK: Avebury.
- Aarts, Leo J.M. and Philip R. de Jong. 1992. *Economic Aspects of Disability Behavior*. Amsterdam: North-Holland Publishing.
- Aarts, Leo J.M. and Philip R. de Jong. 1996a. "The Dutch Disability Program and How It Grew." In L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, and Ph.R. de Jong (eds.), *Curing the Dutch Disease*. Aldershot, UK: Avebury, pp. 117-132.
- Aarts, Leo J.M. and Philip R. de Jong. 1996b. "Evaluating the 1987 and 1993 Social Welfare Reforms: From Disappointment to Potential Success." In L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, and Ph. R. de Jong (eds.), *Curing the Dutch Disease*. Aldershot, UK: Avebury.
- Berkowitz, Edward D. and Richard V. Burkhauser. 1996. "A United States Perspective on Disability Programs." In L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, and Ph. R. de Jong, eds., *Curing the Dutch Disease: An International Perspective on Disability Policy Reform*. Aldershot, UK: Avebury, pp. 71-92.
- Blöndal, Sveinbjörn and Mark Pearson. 1995. "Unemployment and Other Non-Employment Benefits," *Oxford Review of Economic Policy*, 11(1): 136-169.
- Burkhauser, Richard V. and Robert H. Haveman. 1982. *Disability and Work: The Economics of American Policy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Burkhauser, Richard V., Debra Dwyer, Maarten Lindeboom, Jules Theeuwes, and Isolde Woittiez. 1997. "Health, Work, and Economic Well-Being of Older Workers, Aged 51 to 61: A Cross-National Comparison Using the United States HRS and The Netherlands CERRA Data Sets." *Aging Studies program Paper No. 11*, Center for Policy Research, The Maxwell School. Syracuse, NY: Syracuse University, August.
- Burkhauser, Richard V. and Mary C. Daly. 1996. "The Potential Impact on the Employment of People with Disabilities." In Jane West, ed., *The Americans with Disabilities Act: Early Implementation*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers, pp. 153-192.
- Burkhauser, Richard V. and Mary C. Daly. Forthcoming. "The Importance of Labor Earnings for Working Age Males with Disabilities: A Dynamic Cross-National View." *Federal Reserve Bank of San Francisco, Economic Review*.
- Ctsv (College van Toezicht Sociale Verzekeringen). 1996a. *Augustus-rapportage*. Zoetermeer.
- Ctsv (College van Toezicht Sociale Verzekeringen). 1996b. *In en uit de WAO*. Zoetermeer.
- Frick, Bernd and Dieter Sadowski. 1996. "A German Perspective on Disability Policy." In L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, and Ph. R. de Jong, eds., *Curing the Dutch Disease*. Aldershot, UK: Avebury.
- Goudswaard, K.P. and H. Vording. 1996. "Is Harmonization of Income Transfer Policies in the European Union Feasible?" Paper presented at the 52nd Congress of the International Institute of Public Finance. Tel-Aviv.
- Ministry of Finance. 1994. "Social Security in Sweden-How to Reform the System." Report to the Expert Group on Public Finance. Stockholm.

National Academy of Social Insurance. 1996. "Balancing Security and Opportunity: The Challenge of Disability Income Policy." Report of the Disability Policy Panel. Washington, DC.

Organization of Economic Cooperation and Development. various years. Labour Force Statistics. Paris: OECD.

Rupp, Kalman and David Stapleton (eds.). Forthcoming. Growth in Income Entitlement Benefits for Disability: Explanations and Policy Implications. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. 1994. Sociale Nota 1994. The Hague.

Winkler, A. 1996. "Integration of Persons with Disabilities into the Labour Market and State Intervention." Centre for Labour and Social Policy Working Paper. Germany: University of Trier.

Wadensjö, Eskil and Edward E. Palmer. 1996. "Curing the Dutch Disease from a Swedish Perspective." In L.J.M. Aarts, R.V. Burkhauser, and Ph. R. de Jong, eds., Curing the Dutch Disease. Aldershot, UK: Avebury, pp. 133-156.

*Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik***Länderbericht: Norwegen**¹⁸von Sverre-Åge Dahl und Hans-Tore Hansen¹⁹**Darstellung des Invalidenrentensystems und verwandter Systeme zur Sozialen Sicherung***Das Invalidenrentensystem – ein Teil des Staatlichen Versicherungssystems*

Alle Bewohner Norwegens (Arbeitgeber, Selbständigerwerbende, Rentner, Hausfrauen, Kinder, Studenten usw.) sind Mitglieder des Staatlichen Versicherungssystems. Auch diejenigen Personen, die zwar in Norwegen arbeiten, dort aber nicht ihren Wohnsitz haben, sind diesem System angeschlossen, ebenso norwegische Seeleute auf norwegischen Schiffen sowie einige andere Personengruppen. Die gesamte norwegische Bevölkerung untersteht somit dem Staatlichen Versicherungssystem. Die Mitgliedschaft ist obligatorisch und es besteht keine Austrittsmöglichkeit.

Die vom Staatlichen Versicherungssystem ausgerichteten Leistungen richten sich nach dem *Staatlichen Versicherungsgesetz* vom 17. Juni 1966 sowie nach dem *Gesetz über die Besonderen Ergänzungsleistungen des Staatlichen Versicherungssystems* vom 19. Juni 1969. Das Staatliche Versicherungssystem wird durch Beiträge der Arbeitnehmer, der Selbständigerwerbenden und anderer Mitglieder, durch Beiträge der Arbeitgeber sowie durch staatliche Beiträge finanziert. Die Beitragssätze und die staatlichen Subventionen werden vom Parlament festgesetzt. Die Gesamtausgaben des Staatlichen Versicherungssystems beliefen sich im Jahr 1996 auf 132'603 Millionen Norwegische Kronen (NOK). Dieser Betrag macht rund 34,6% des gemeinsamen Budgets des Staates und des Staatlichen Versicherungssystems beziehungsweise 13,0% des BIP aus. Die vom Staat an das Versicherungssystem ausgerichteten Subventionen betragen im Jahr 1996 41'703 Millionen NOK, was 31,5% der Gesamtausgaben des Systems entspricht.

Das Invalidenrentensystem*Deckung/versicherte Personen und Anspruchsvoraussetzungen/Zugang zum System*

In Norwegen wird eine Invalidenrente an Personen zwischen 16 und 67 Jahren ausgerichtet, deren Arbeitsfähigkeit infolge "Krankheit, Verletzung oder Gesundheitsschaden" dauernd zu mindestens 50% beschränkt ist. Die Hauptvoraussetzung, um Anspruch auf eine Invalidenrente zu haben, ist eine dauerhafte Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50%. Demnach hängt der Invaliditätsbegriff von der Erwerbsfähigkeit ab. Für Personen, die zu Hause arbeiten ("Hausfrauen"), gleicht die Invalidenrente den Verlust der Fähigkeit zur Verrichtung von Hausarbeit aus.

¹⁸ Übersetzung aus dem Englischen von BSV

¹⁹ Stiftung für Volks- und Betriebswirtschaftliche Forschung („SNF“)

Eine wichtige Anspruchsvoraussetzung für die Zusprechung einer Invalidenrente ist, dass die Invalidität auf "Krankheit, Verletzung oder Gesundheitsschaden" beruhen muss, d.h. eine medizinische Ursache haben muss. Auch geistige Gesundheitsschäden können einen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen. Bezüglich Alkoholismus und Drogensucht war man lange unschlüssig, doch betrachten heutzutage die meisten Ärzte solche Probleme als Krankheit, insbesondere dann, wenn die betroffene Person auch noch andere Gesundheitsschäden aufweist. In diesen Fällen wird meistens eine Invalidenrente gewährt. Das Gesetz sieht vor, dass keine Invalidenrente ausgerichtet werden soll, wenn die Möglichkeit zur Ausübung einer Arbeitstätigkeit durch die behinderte Person besteht. Die Arbeitsfähigkeit hat dauernd beeinträchtigt zu sein. Diese Bestimmungen werden jedoch in der Praxis nicht streng angewandt, vor allem nicht bei älteren Gesuchstellern, die einen engen Bezug zu ihrem Wohnort haben, oder wenn kaum oder gar keine Möglichkeiten bestehen, eine Stelle zu finden. Es ist allgemein bekannt, dass in der Vergangenheit die Invalidenrente auch als Mittel gegen regionale und strukturelle Arbeitslosigkeit verwendet wurde. Eine Invalidenrente kann nur ausgerichtet werden, wenn vorgängig eine medizinische Behandlung sowie Eingliederungsmassnahmen unternommen wurden. Wie im Folgenden näher zu erörtern ist, betont das neue Versicherungskonzept die Notwendigkeit einer angemessenen Behandlung und der Eingliederung vor der Gewährung einer Invalidenrente. Bei der Invalidenrente bestehen auch gewisse Anspruchsvoraussetzungen im Hinblick auf das Alter der versicherten Person. Diese muss das 16. Lebensjahr vollendet haben und jünger als 67 Jahre sein. Bei den unter 16-Jährigen geht man davon aus, dass diese durch ihre Familien unterstützt werden und die über 67-Jährigen erhalten eine Altersrente. Beansprucht eine Person eine Invalidenrente, dann muss diese während wenigstens drei der Erhebung ihres Anspruches vorangehenden Jahren dem Sozialversicherungssystem angehört haben. Zudem wird vorausgesetzt, dass die Empfänger von Invalidenrenten ihren Wohnsitz in Norwegen haben.

Ein dauerhafter Status ohne Neuüberprüfung

In Norwegen ist Invalidität ein dauernder Status ohne Neuüberprüfung. Normalerweise wird die Invalidenrente bis zum Erreichen des Rentenalters (67 Jahre) ausgerichtet. Im Jahre 1997 endeten insgesamt 21'258 Invalidenrenten. Hiervon endeten 15'768 infolge Erreichens des Rentenalters, 3'095 infolge Todes, 2'039 aus unbekanntem Gründen und 356 "aus anderen Gründen". Innerhalb der beiden letzten Gruppen werden sich wohl einige Personen befinden, die wieder eine Arbeitstätigkeit aufgenommen haben.

Organisatorische Aspekte des Norwegischen Invalidenrentensystems

Formell betrachtet muss die behinderte Person ihren Anspruch auf Invalidenrente selber geltend machen. In der Praxis spielen aber oftmals die praktizierenden Ärzte die Rolle eines "Leiters" und "Beraters" von Personen mit gesundheitlichen Problemen. Formell wird das Verfahren mit der Einreichung eines Gesuchs beim örtlichen Sozialamt eingeleitet. Alsdann beginnt das Sozialamt mit der Sammlung von Informationen über den Gesuchsteller. Die wichtigsten Informationen liefert der behandelnde Arzt (häufig handelt es sich um einen Allgemeinpraktiker) mittels eines Arztzeugnisses. Der Arzt muss den Gesundheitszustand seines Patienten dokumentieren, sich zu den funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsstörungen äussern und eine Prognose liefern. Er hat allenfalls zu belegen, dass eine medizinische Behandlung versucht wurde, und er hat sich zur Frage zu

äussern, ob das Ergreifen von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu einer erhöhten Arbeitsfähigkeit führen könnte. Ist die Patientin eine Hausfrau, dann muss der Arzt eine Beschreibung der Art und des Umfanges der Hausarbeit machen, die diese Person angesichts ihrer Behinderung weiterhin zu verrichten imstande ist. Das Sozialamt beschäftigt Spezialisten, bei denen sich die Ärzte erkundigen können, ob noch zusätzliche Informationen oder ein Zweitgutachten für nötig erachtet werden. Das Verfahren beginnt mit der Einreichung eines Gesuchs beim örtlichen Sozialamt. Danach wird das Gesuch an das regionale Sozialamt weitergeleitet, wo die meisten Fälle erledigt werden. Einige Fälle werden an das Staatliche Amt für Sozialversicherungen weitergeleitet während in letzter Instanz das Sozialversicherungsgericht zu entscheiden hat.

Leistungsarten/angebotene Dienste sowie Einzelheiten zur Invalidenrente

1. Die Grundrente- der Schlüssel zum System

Eine Invalidenrente wird als langfristige Versicherungsleistung (wie z.B. auch die Altersrente) vom Staatlichen Versicherungssystem nach Massgabe eines Grundbetrags ausgerichtet. Dieser Grundbetrag wird alljährlich durch das Parlament den allgemeinen Einkommensveränderungen angepasst. Die Hauptanpassung wird jeweils am 1. Mai eines jeden Jahres vorgenommen. Per 1. Januar 1997 betrug der Grundbetrag NOK 41'000. Bei Teilinvalidität wird die Rente entsprechend herabgesetzt.

Sämtliche versicherte Personen, die eine Versicherungsperiode von insgesamt drei Jahren zwischen dem 16. und dem Jahr des 66. Geburtstages zurückgelegt haben, haben Anspruch auf die Grundrente. Personen, die während mindestens 20 Jahren versichert waren (nach Massgabe der Dauer des Wohnsitzes usw.) oder die Anspruch auf eine Zusatzrente haben, erhalten auch dann eine Grundrente, wenn sie der Versicherung nicht mehr angeschlossen sind. Die Höhe der Grundrente ist unabhängig vom früheren Einkommen oder von den geleisteten Beitragszahlungen. Eine volle Grundrente erfordert eine Versicherungsperiode von 40 Jahren. Bei einer kürzeren Versicherungsperiode wird die Rente entsprechend herabgesetzt. Personen, die nicht der Rentenversicherung angeschlossen sind und die eine Versicherungsdauer (wiederum nach Massgabe des Wohnsitzes usw.) von weniger als 20 Jahren aufweisen, haben Anspruch auf Zusatzleistungen. Die Grundrente wird auf der Basis der gleichen Anzahl Jahre wie bei der Zusatzrente berechnet.

Für unverheiratete Rentenempfänger bzw. für Rentenempfänger, deren Ehegatten nicht dem Staatlichen Versicherungssystem angeschlossen sind, entspricht die volle Grundrente dem Grundbetrag für das betreffende Jahr. Ein Rentenempfänger, der einen nicht rentenberechtigten Ehegatten unterstützt (oder einen nicht rentenberechtigten Konkubinatspartner, mit dem er früher verheiratet war oder mit dem er Kinder hat), kann eine Unterstützungszulage von bis zu 50% der ihm zustehenden Grundrente beziehen. Diese Zusatzrente ist einkommensgebunden und reduziert sich um 50% des die Minimalrente für Paare übersteigenden Einkommens, zuzüglich 25% des Grundbetrags.

Beziehen Ehegatten eine Rente, so beträgt die volle Grundrente 75% des Grundbetrags (NOK 30'750) für jeden von ihnen. Dasselbe gilt auch für Konkubinatspartner, die früher verheiratet waren, oder für Paare, die gemeinsame Kinder haben.

Rentenempfänger, die Kinder unter 18 Jahren unterstützen, erhalten eine Kinderzulage von bis zu 25% des Grundbetrags für jedes Kind. Diese Zusatzrente ist einkommensgebunden.

2. Zusatzrenten

Sind bestimmte Voraussetzungen erfüllt, dann wird für einen Ehepartner eine Unterstützungszulage von bis zu 50% der Grundrente des Rentenempfängers ausgerichtet. Für jedes Kind unter 18 Jahren wird – bei Vorliegen entsprechender Voraussetzungen - eine Kinderzulage von bis zu 25% des Grundbetrags gewährt. All diese Zusatzleistungen sind einkommensgebunden. Bei den Zusatzrenten, die vor der Einführung der Einkommensbindung gewährt wurden, wird ein gewisser Minimalbetrag gewährleistet. Personen mit Geburtsgebrechen sowie Personen, die vor Erreichen des 24. Altersjahres invalid werden, wird eine bestimmte Minimalzusatzrente gewährt (diese berechnet sich auf der Basis eines endgültigen Rentenguthabens von 3,3 Rentenpunkten, was einem erzielten Einkommen in der Höhe des 4,3fachen Grundbetrags entspricht).

Das Ziel des Zusatzrentensystems ist die Verhinderung einer deutlichen Verschlechterung des Lebensstandards nach der Pensionierung. Ein Versicherter ist dann zu einer Zusatzrente berechtigt, wenn sein Jahreseinkommen den durchschnittlichen jährlichen Grundbetrag eines beliebigen Jahres während drei Jahren nach 1966 überstiegen hat. Ein volles Guthaben an Rentenpunkten wird für ein Einkommen bis zum Sechsfachen des Grundbetrags ausgerichtet. Ausserdem wird ein Drittel des Einkommens zwischen dem Sechsfachen und dem Zwölffachen des Grundbetrags als für diese Jahre anrechenbares Einkommen gutgeschrieben. Einkommen, welches das Zwölffache des Grundbetrags übersteigt, wird nicht mehr berücksichtigt. Vor 1992 erzieltes Einkommen in der Höhe bis zum Achtfachen des Grundbetrags wurde im vollen Betrag und Einkommen zwischen dem Acht- und Zwölffachen des Grundbetrags wurde zu einem Drittel gutgeschrieben.

Die Höhe der Zusatzrente hängt von der Anzahl der Beitragsjahre und den jährlich erworbenen Rentenpunkten ab. Eine volle Zusatzrente erfordert im Allgemeinen 40 Beitragsjahre. Sind es weniger als 40 Beitragsjahre, wird die Rente entsprechend reduziert.

Eine volle Jahreszusatzrente, die vor 1992 erworben wurde, beträgt 45% desjenigen Betrages, den man durch die Multiplikation des gegenwärtigen Grundbetrags mit der durchschnittlichen Rentenpunkte-ziffer für die zwanzig besten Einkommensjahre dieser Person erhält (massgeblich ist jeweils das Guthaben am Jahresende). Hat die betroffene Person während weniger als zwanzig Jahren Rentenpunkte erworben, wird auf den Durchschnitt sämtlicher gutgeschriebener Rentenpunkte-ziffern abgestellt. Ab 1992 beträgt der Prozentsatz für die Zusatzrente 42%.

Da das System erst im Jahre 1967 eingeführt wurde, hatten diejenigen Personen, die älteren Altersgruppen angehörten, keine Möglichkeit, eine volle Zusatzrente zu verdienen. Folglich wurden für diese Gruppen besondere Übergangsbestimmungen eingeführt. Personen, die unbezahlte Erziehungsarbeit von Kindern unter 7 Jahren leisten, oder die behinderte, kranke oder ältere Menschen unentgeltlich bei sich zu Hause pflegen, gewährt das Zusatzrentensystem eine Gutschrift von bis zu 3,00 Rentenpunkten.

3. Besondere Ergänzungsleistungen

Versicherte Personen, die über keine oder nur eine geringe Zusatzrente verfügen, haben Anspruch auf Ergänzungsleistungen, die das Staatliche Versicherungssystem vorsieht. Eine volle Ergänzungsleistung wird ausgerichtet, wenn die Versicherungsperiode wenigstens 40 Jahre gedauert hat. Bei einer kürzeren Versicherungsperiode werden die Ergänzungsleistungen entsprechend reduziert. Eine allfällige Zusatzrente wird von den Ergänzungsleistungen in Abzug gebracht.

Für einen unverheirateten Rentenempfänger oder für einen Rentenempfänger, dessen Ehegatte keine Leistungen der Staatlichen Versicherung bezieht, entsprechen die Ergänzungsleistungen 61,55% des Grundbetrags (Normalsatz). Ist der unterstützte Ehegatte 60 Jahre oder älter, entsprechen die Ergänzungsleistungen 123,1% des Grundbetrags. Erhalten beide Ehegatten eine Mindestrente, betragen die Ergänzungsleistungen gleichviel wie diejenigen für Unverheiratete, d.h. 61,55% des Grundbetrags für jeden von ihnen.

Für einen Rentenempfänger, der mit der Empfängerin einer Zusatzrente verheiratet ist, welche die Ergänzungsleistungen übersteigt, entsprechen die Ergänzungsleistungen 55,85% des Grundbetrags (Minimalsatz). Jedoch dürfen die Gesamtzusatzrente zuzüglich Ergänzungsleistungen nicht einen niedrigeren Betrag ergeben als das Doppelte der Ergänzungsleistungen gemäss dem Normalsatz, d.h. 123,1% des Grundbetrags.

Die gleichen Regelungen gelten für Konkubinatspartner, die früher miteinander verheiratet waren oder die gemeinsame Kinder haben.

4. Besteuerung von Invalidenrenten

Besondere steuerrechtliche Bestimmungen befassen sich mit Empfängern von Invalidenrenten, deren Einkommen einen bestimmten Mindestwert unterschreitet. Angehörige dieser Personengruppen sind weder einkommenssteuerpflichtig, noch müssen sie der Staatlichen Versicherung Beiträge auf ihrem Einkommen entrichten. Rentenempfänger mit einem den Mindestwert überschreitenden Einkommen sind nach besonderen Bestimmungen über Steuerbeschränkungen steuerpflichtig. Diesen Bestimmungen zufolge dürfen die Steuern und Sozialversicherungsbeiträge für diese Gruppe von Rentenempfängern nicht mehr als 55% des den Mindestwert überschreitenden Nettoeinkommens betragen. Invalidenrentenempfänger mit einem Einkommen, welches über dem Grenzbetrag für besondere Steuerbeschränkungen liegt, haben Anrecht auf einen Spezialabzug von NOK 4'939 (1997) auf der Besteuerung des Nettoeinkommens. Nebst den für sie geltenden besonderen steuerrechtlichen Bestimmungen werden Rentenempfänger zur Leistung von tieferen Sozialversicherungsbeiträgen verpflichtet als Arbeitnehmer usw.

Mögliche Kombinationen von Invalidenrente und Arbeitseinkommen

Die Höhe der Invalidenrente hängt davon ab, in welchem Ausmass die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Ist die Erwerbsfähigkeit gänzlich verloren gegangen, erhält die betroffene Person eine 100%ige Invalidenrente. Bei Teilinvalidität wird die Rente entsprechend reduziert. Erhält eine Person weniger als eine 100%ige Invalidenrente, kann die Rente mit einem Arbeitsverdienst oder mit anderen Versicherungsleistungen kombiniert werden (d.h. Arbeitslosenentschädigung, Krankenpflegeleistungen, Leistungen während der Eingliederung). Es wurden Vorstösse unternommen, Invalidenrenten auch bei einem tieferen Invaliditätsgrad als 50% zuzulassen. Das Argument hierfür lautete, dass Personen, deren Arbeitsfähigkeit mehr als 50% beträgt, in Versuchung geraten könnten, für einen Verlust der Arbeitsfähigkeit von über 50% eingestuft zu werden, um so eine Invalidenrente zu erhalten. Personen mit einer Arbeitsfähigkeit unter 50% könnten ferner aus Angst vor dem Verlust ihrer Invalidenrente weniger arbeiten, als sie es tatsächlich vermöchten. Trotzdem ist bisher von dieser Möglichkeit nur wenig Gebrauch gemacht worden.

Invalidenrentenempfänger, die ihre Erwerbsfähigkeit gänzlich verloren haben, können ein Einkommen bis zur Höhe der Grundrente erzielen. Übersteigt deren Einkommen die Grundrente, kann es zu

einer Neueinschätzung des Invaliditätsgrads kommen. Für Personen mit einem tieferen Invaliditätsgrad wird der Umstand mitberücksichtigt, dass diese ein ihrer verbleibenden Arbeitsfähigkeit entsprechendes Einkommen erzielen können. Invalidenrentenempfänger können während maximal drei Jahren an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen, ohne dabei ihre Ansprüche auf eine Invalidenrente zu verlieren. Ihre Invalidenrente wird im Umfang der geleisteten Arbeit reduziert.

Rente bei Berufsunfällen und -krankheit

Eine versicherte Person, die einen Berufsunfall oder eine Berufskrankheit erleidet, hat gemäss besonderen Bestimmungen (diese sind im Allgemeinen günstiger als die allgemeinen Bestimmungen) Anspruch auf Versicherungsleistungen. Dies gilt für medizinische (Sach)Leistungen usw. wie auch für Geldleistungen. Zuzüglich zu allfälligen anderen Leistungen werden Entschädigungen für Berufsunfälle und -krankheiten nach Massgabe der ärztlich festgestellten Verletzung bzw. Krankheit und deren Schweregrad gewährt. Das Höchstmass an Entschädigungen für Berufsunfälle und -krankheiten, die das Sozialversicherungssystem gewährt, beträgt pro Jahr 75% des Grundbetrags.

Taggeld bei Arbeitslosigkeit²⁰

Taggelder während der Zeit der Arbeitslosigkeit gleichen den infolge Arbeitslosigkeit erlittenen Lohnausfall aus. Die Abnahme der Arbeitszeit muss mindestens 40% betragen. Ein früher erzieltetes Einkommen ist Voraussetzung für den Taggeldanspruch. Die betroffene Person muss über ein Arbeitseinkommen verfügen haben, welches wenigstens das 1,25fache des Grundbetrags des vorangehenden Kalenderjahres ausmacht oder das wenigstens dem durchschnittlichen Grundbetrag der drei vorangehenden Kalenderjahre entspricht. Die versicherte Person muss arbeitsfähig und beim Arbeitsamt angemeldet sein. Versicherungsleistungen können vorübergehend eingestellt werden, wenn angenommen werden muss, dass die versicherte Person aus eigener Entscheidung arbeitslos ist, d.h. eine Person die Annahme einer geeigneten Arbeit oder die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen verweigert oder sie sich trotz Vorladung nicht beim Arbeitsamt meldet.

Taggelder werden ausgerichtet, wenn die betroffene Person während drei der letzten zehn Tage arbeitslos und während dieser Zeit beim Arbeitsamt angemeldet gewesen ist. Die Berechnung des Taggeldes erfolgt auf der Grundlage des Arbeitseinkommens, des durch die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Massnahmen erzielten Einkommens und des Einkommens in Form von Taggeldern infolge Arbeitslosigkeit, Krankheit, Mutterschaft und Adoption. Berechnungsgrundlage bildet das im vorangehenden Kalenderjahr erzielte Höchsteinkommen oder der Durchschnitt der vorangehenden drei Kalenderjahre. Die Maximalleistung beträgt das Sechsfache des Grundbetrags. Der Leistungsanteil pro Tag beträgt 0,24% der Berechnungsgrundlage und wird während fünf Tagen pro Woche ausbezahlt. Dies ergibt normalerweise eine jährliche Arbeitslosenentschädigung von 62,4% der Berechnungsgrundlage.

Eine tägliche Zulage von NOK 17 wird für jedes unterstützungspflichtige Kind unter 18 Jahren gewährt. Eine Ferienzulage von 9,5% der im Vorjahr erhaltenen Arbeitslosenentschädigung wird dann gewährt, wenn der Anspruchsberechtigte im Laufe dieses Jahres während mehr als acht Wochen Leistungen erhalten hat.

²⁰ Die nachfolgenden Informationen beziehen sich auf die neue Gesetzgebung, die für jene Personen gilt, die nach Januar 1997 ein Gesuch um Arbeitslosenentschädigung stellen

Die Leistungsdauer hängt vom früheren Arbeitseinkommen ab: Arbeitseinkommen, das wenigstens das Doppelte des Grundbetrags ausmacht, verleiht Anspruch auf eine Leistungsdauer von 156 Wochen (3 Jahre). Arbeitseinkommen, welches weniger als das Doppelte des Grundbetrags ausmacht, verleiht Anspruch auf eine Leistungsdauer von 78 Wochen (1,5 Jahre). Am Ende der ersten Leistungsdauer kann sogleich eine nachfolgende, neue Leistungsdauer beginnen. Dies setzt jedoch voraus, dass die Erfordernisse bezüglich früherem Einkommen erfüllt sind.

Für Personen, die älter als 64 Jahre sind, wird eine Berechnungsgrundlage von wenigstens dem Dreifachen des Grundbetrags verwendet, und die Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung bis zum 67. Altersjahr ausgerichtet. Über das 64. Altersjahr hinaus haben auch Selbständigerwerbende Anrecht auf Arbeitslosenentschädigung.

Taggelder bei Krankheit

Eine versicherte Person, die ein Jahreseinkommen von mindestens der Hälfte des Grundbetrags erzielt, hat Anspruch auf Taggeldleistungen, wenn sie aufgrund einer Erkrankung arbeitsunfähig wird. Als allgemeine Voraussetzung wird verlangt, dass die Arbeitstätigkeit mindestens 14 Tage gedauert hat. Taggelder für Arbeitnehmer betragen 100% des anrechenbaren Einkommens und werden ab dem ersten Krankheitstag für eine Dauer von 260 Tagen (52 Wochen) ausbezahlt. Einkommen, welches das Sechsfache des Grundbetrags überschreitet, wird nicht berücksichtigt. Der Arbeitgeber bezahlt die Krankentaggelder der ersten beiden Krankheitswochen, danach übernimmt das Staatliche Versicherungssystem die Zahlungen.

Selbständigerwerbende erhalten Krankentaggelder im Umfang von 65% des anrechenbaren Einkommens ab dem 15. Krankheitstag für eine Dauer von 250 Tagen (50 Wochen). Bezahlt ein Selbständigerwerbender freiwillig höhere Beiträge, erhält er 65% des anrechenbaren Einkommens ab dem ersten Krankheitstag oder 100% ab dem 15. Krankheitstag bzw. ab dem ersten Krankheitstag. Besondere Regeln gelten für Arbeitnehmer, die bei sich zu Hause kranke Kinder oder nahe Verwandte pflegen. Eine versicherte Frau, die während sechs von insgesamt zehn ihrer Entbindung vorangehenden Monaten gearbeitet hat, hat Anrecht auf ein Taggeld für 42 Wochen (210 Tage) Mutterschaft. Eine Arbeitnehmerin, die rechtlich verpflichtet ist, vor ihrer Entbindung wegen gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen ihre Arbeit einzustellen, hat Anrecht auf bezahlten Urlaub, ohne dass dabei ihr Anspruch auf bezahlten Mutterschaftsurlaub beeinträchtigt wird.

Leistungen für Wiedereingliederung

Eine versicherte Person unter 67 Jahren hat Anspruch auf Leistungen für Wiedereingliederung, wenn sie ihren Wohnsitz in Norwegen hat und während drei die Geltendmachung des Leistungsanspruches unmittelbar vorangehenden Jahren versichert gewesen ist. Eine einjährige Versicherungsperiode ist ausreichend, wenn der Antragsteller während dieses Jahres körperlich und geistig in der Lage war, eine gewöhnliche Arbeit zu verrichten.

Leistungen für Wiedereingliederung werden gewährt, wenn die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person dauernd herabgesetzt ist oder wenn die Person bei der Wahl ihrer Beschäftigung oder ihres Arbeitsortes wesentlich eingeschränkt ist. Solche Leistungen werden auch für die Verbesserung der allgemeinen funktionellen Arbeitsfähigkeit gewährt, wenn diese infolge Krankheit, Verletzung oder Gesundheitsschäden wesentlich vermindert ist.

Wiedereingliederungsentschädigungen werden an versicherte Personen ausgerichtet, deren Anspruch auf Krankentaggelder erschöpft bzw. abgelaufen ist. Sie werden auch denjenigen Versicherten gewährt, die keinen Anspruch auf Krankentaggelder haben, die aber während eines Jahres arbeitsunfähig gewesen sind. Wiedereingliederungsentschädigungen werden im Allgemeinen nur für die Dauer von 52 Wochen gewährt. Zulagen für die berufliche Wiedereingliederung werden nur an diejenigen Versicherten ausgerichtet, die an einer beruflichen Wiedereingliederungsmassnahme teilnehmen. Solche Zulagen werden ebenfalls während der Wartezeit vor Beginn der Wiedereingliederungsmassnahmen ausgerichtet sowie für die Zeit nach deren Beendigung, bis eine geeignete Arbeit gefunden wird. Es besteht auch die Möglichkeit der Gewährung einer vorübergehenden Invalidenentschädigung, bis über die Invalidenrente endgültig entschieden ist.

Die Höhe der Wiedereingliederungsentschädigungen, der Zulagen für die berufliche Wiedereingliederung sowie von vorübergehenden Invalidenentschädigungen entspricht derjenigen einer Invalidenrente. Jedoch kann für die Zeit der fortgesetzten medizinischen Behandlung nach Auslaufen der Krankentaggeldperiode eine teilweise Wiedereingliederungsentschädigung gewährt werden, sofern die Arbeitsfähigkeit um 20 oder mehr Prozent beschränkt ist. Ausser für den unterstützten Ehegatten und die unterstützten Kinder werden keine Zusatzrenten gewährt.

Wiedereingliederungsentschädigungen werden zwecks Deckung der Auslagen der versicherten Person im Zusammenhang mit Wiedereingliederungsmassnahmen gewährt. Demnach dienen diese Leistungen namentlich der Finanzierung einer Ausbildung, von Kursen oder von privatwirtschaftlichen Unternehmen, falls dies eine entscheidende Auswirkung auf die Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person haben wird. Einer Person, deren funktionelle Arbeitsfähigkeit wesentlich und dauernd beschränkt ist, können notwendige und angemessene Leistungen gewährt werden (z.B. logopädische Dienste, Blindenhunde usw.), um so deren Fähigkeit zu verbessern, Alltagssituationen zu meistern. Auslagen für technische Hilfsmittel und für den Kauf von Fahrzeugen werden ebenfalls rückvergütet. Transportkosten und Unterhaltskosten für technische Hilfsmittel werden durch die Grundleistung abgedeckt.

Teilweise Übernahme der Kosten für Krankenpflege

Alle versicherten Personen haben grundsätzlich Anspruch auf unentgeltlichen Aufenthalt in einer Heilanstalt, wobei auch die ärztliche Behandlung und die Medikamente unentgeltlich sind. Der Patient hat jedoch sowohl für die von Allgemeinpraktikern oder von ausserhalb der Heilanstalt praktizierenden Ärzten vorgenommenen Behandlungen einen Selbstbehalt zu übernehmen. Dasselbe gilt bei Psychotherapien, der Verschreibung von wichtigen Medikamenten und für die im Zusammenhang mit der Untersuchung oder der Behandlung entstandenen Transportkosten. Die politische Gemeinde und/oder die Staatliche Versicherung übernehmen den Hauptanteil der Auslagen. Der Selbstbehalt (z.B. für die Behandlung einer erwachsenen Person durch einen Allgemeinpraktiker) beträgt NOK 83 für jede Arztvisite und 36% der Auslagen für wichtige Medikamente (maximal NOK 330 pro Verschreibung). Für sich fortlaufend wiederholende Verschreibungen ist jeweils dann ein neuer Selbstbehalt zu bezahlen, wenn der Medikamentenvorrat für drei Monate bezogen worden ist.

Gewisse Ausnahmen zu den Bestimmungen über den Selbstbehalt bestehen für spezielle Krankheiten und Personengruppen. So wurde eine Selbstbehalt-Höchstgrenze eingeführt. Für das Jahr 1997 hat das Parlament diesen jährlich einmal festgelegten Höchstbetrag auf NOK 1'290 festgesetzt. Wird die Höchstgrenze erreicht, so wird eine Karte ausgestellt, die für den Rest des Kalenderjahres

einen Anspruch auf unentgeltliche Krankenpflege und auf die übrigen genannten Leistungen verleiht. Der Selbstbehalt für Kinder unter 16 Jahren wird bei der Ermittlung der Höchstgrenze zu demjenigen der Eltern hinzugerechnet. Kinder unter 7 Jahren sind bezüglich ärztliche oder physiotherapeutische Behandlungen sowie für bestimmte Medikamente und Reisekosten von der Selbstbehaltregelung ausgenommen.

Notwendige ärztliche Untersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Niederkunft sind kostenlos. Findet die Entbindung zu Hause statt, wird eine Geburtszulage gewährt.

Invalidenrente und Frühpensionierung

Im Gegensatz zu vielen anderen Staaten spielen in Norwegen die Teilpensionierung und Überbrückungsperioden beim Übergang vom Erwerbsleben in die Pension eine weniger wichtige Rolle. Das Rentenalter liegt bei 67 Jahren. Das Staatliche Versicherungssystem kennt keine Bestimmungen über eine Frühpensionierung. Die Altersrente kann hingegen bis zum 70. Altersjahr hinausgeschoben werden. Behält die versicherte Person ihren Arbeitsverdienst und übersteigt dieser den Grundbetrag, so wird die Rente um 40% des überschüssigen Einkommens reduziert. Eine Altersrente besteht aus einer Grundrente, einer Zusatzrente und/oder Ergänzungsleistungen sowie aus allfälligen (einkommensgebundenen) Zulagen für Kinder und den Ehegatten. Die minimale Altersrente besteht aus einer Grundrente und einer Ergänzungsleistung.

Obwohl das Staatliche Versicherungssystem keine Bestimmungen für eine Frühpensionierung für Personen unter 67 Jahren vorsieht, bestehen trotzdem für einige grössere Personenkreise Möglichkeiten, sich vor Erreichen des Rentenalters aus dem Arbeitsleben zurückzuziehen. Berechnungen haben ergeben, dass in Norwegen das durchschnittliche Rentenalter bei rund 61 Jahren liegt (NOU 1994: 2). Die Gewährung von Invaliditätsrenten ist einer der Hauptgründe hierfür. Die Invalidenrente unterscheidet sich von anderen Möglichkeiten einer frühzeitigen Pensionierung dadurch, dass sie von medizinischen Kriterien abhängt.

Die neben der Invalidenrente wichtigste Möglichkeit für eine Frühpensionierung bietet die sogenannte "Vereinbarung über die Frühpensionierung" (VFP). Es handelt sich um einen ursprünglich privat ausgehandelten Vorsorgeplan für eine Frühpensionierung, der am 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist. Mit der Zeit wurde dieser Vorsorgeplan allmählich auf andere Gruppen ausgeweitet, so u.a. auch auf den öffentlichen Sektor. Das Rentenalter wurde im Rahmen der VFP stufenweise reduziert: von 66 Jahren (1989), 65 Jahren (1990), 64 Jahren (1991), 63 Jahren (1997) auf 62 Jahre (1998). Die Inanspruchnahme dieses Vorsorgeplanes hat mit jeder Herabsetzung des Rentenalters zugenommen, so dass sich dessen Geltungsbereich inzwischen stark erweitert hat und der von der Versicherung ausgerichtete Entschädigungsanteil am versicherten Einkommen zugenommen hat. Ferner wurde bezüglich dieses Vorsorgeplanes auch der Informationsstand in der Bevölkerung verbessert. Heute eröffnet die VFP ungefähr 60% der arbeitenden Bevölkerung die Möglichkeit einer frühzeitigen Pensionierung. Ende 1996 gab es insgesamt 10'627 VFP-Rentner. Ende 1997 erhöhte sich diese Zahl auf 13'874, wovon 7'349 Personen aus dem öffentlichen und 6'525 Personen aus dem privaten Sektor stammten.

Die VFP wird durch den Staat finanziell unterstützt (im Umfang von 40%). Er gewährt jenen Personen Leistungsansprüche, die während wenigstens zehn Jahren Sozialversicherungsbeiträge einbezahlt haben, sowie Personen mit einem bestimmten Mindestrenteneinkommen. Zwar entspricht die Rente einer vollen Rentenberechtigung, hinsichtlich der Einkommensbesteuerung ist diese

jedoch weniger vorteilhaft als eine volle Altersrente. Der Entschädigungsanteil der VFP am versicherten Einkommen variiert zwischen 50 und 60%. Ein neuer Trend geht dahin, dass einige Firmen an ihre ehemaligen Angestellten zusätzlich zu den VFP-Leistungen Renten aus einer eigenen Personalvorsorge ausrichten. Im Übrigen können VFP-Leistungsempfänger weiterhin Leistungsansprüche der Altersversicherung dazu verdienen.

Aufgrund besonderer Vereinbarungen können sich bestimmte Beamtengruppen auch neben der VFP frühzeitig pensionieren lassen. Angehörige der Armee, der Polizei und Feuerwehrmänner haben so die Möglichkeit der Pensionierung mit 60 Jahren. Krankenschwestern, Eisenbahnangestellte und weitere Gruppen können mit 65 Jahren in den Ruhestand treten. Je nachdem, wie lange sie gearbeitet haben, können Polizisten sogar bereits ab dem 57. Altersjahr eine Altersrente beziehen. Ungefähr 8% der Personen mit einer privaten Altersrente haben ein Rentenalter von unter 67 Jahren. Eine weitere Möglichkeit, sich vor dem 67. Altersjahr aus dem Arbeitsleben zurückzuziehen, kann sich aus einer längeren Periode (bis zu einem Jahr) krankheitsbedingter Abwesenheit ergeben, an die sich eine Periode der Wiedereingliederung anschließt. Wie bereits vorstehend erwähnt, können Personen, die älter als 64 Jahre sind, Arbeitslosenentschädigungen ohne zeitliche Beschränkung bis zum 67. Altersjahr erhalten. Private Versicherungen sowie das Vorliegen bestimmter finanzieller Verhältnisse können bestimmten Gruppen eine Frühpensionierung ermöglichen. Einigen Frauen wird auch das Einkommen ihre Ehemannes die Möglichkeit eines Ausstiegs eröffnen.

Tabelle 1 verschafft einen Überblick über die Anzahl Rentner unter 67 Jahren innerhalb der verschiedenen Vorsorgepläne, die eine Frühpensionierung ermöglichen. Wie die Tabelle zeigt, erhalten 6'800 Rentner im Alter zwischen 60 und 66 Jahren eine Invalidenrente, wovon sich 5'000 Rentner über die VFP haben pensionieren lassen (letztere gehören entweder der privaten VFP oder der öffentlichen VFP des Staates bzw. der Gemeinden an). Wie bereits erwähnt, erfasste der VFP-Vorsorgeplan bis zum Jahr 1993 Personen im Alter zwischen 65 und 66 Jahren, worauf der Plan auf die 64-Jährigen ausgedehnt wurde

Tabelle 1: Anzahl neuer Frühpensionäre zwischen 60 und 66 Jahren innerhalb der verschiedenen Pensionierungsordnungen. 1993-1996

	1993	1994	1995	1996
Invalidenrente	7 291	7 142	6 913	6 769
VFP-privat	1 773	2 012	2 007	2 300
VFP-Staat	1 040	1 513	1 235	1 280
VFP-Gemeinde	1 090	1 504	1 276	1 414
Besondere Altersgrenzen – Staat	808	734	586	700
Besondere Altersgrenzen – Gemeinde	818*	513	350	515
Wiederanpassung – Staat [?]	911	932	775	444
Rente für Seefahrer	1 109	1 104	1 106	1 059
Total	14 840	15 454	14 248	14 481

* Die Anzahl Rentner für das zweite Halbjahr wurde aufgrund fehlender Informationen für das erste Halbjahr verdoppelt.

Quelle: «Analyse av fleksible pensjonsordninger», SHD-rapport 1998.

Übersicht über die wichtigsten Systemreformen seit 1970/1990

Nach einer langen Periode stetigen Wachstums, das einen stufenweisen Ausbau des Sozialversicherungssystems mit sich brachte (d.h. Herabsetzung des Rentenalters von 70 auf 67 Jahre im Jahr 1973, garantierte Zusatzrente für Versicherte mit Geburtsgebrechen und für diejenigen, die vor Erreichen des 20. Lebensjahrs invalid wurden), hat der norwegische Sozialstaat jüngst eine Reformperiode erfahren, wobei in einigen Bereichen erste Anzeichen für grössere Kürzungen zu verzeichnen waren, während in anderen Bereichen der Ausbau fortgesetzt wird. Gemäss offizieller Terminologie hat man versucht, das System vom anfänglichen Kurs einer passiven Unterstützung (“trygdelinjen”) neu auf einen aktiven, arbeitsbezogenen Kurs zu bringen (“arbejdslinjen”). Diese Bezeichnungen wurden erstmals in dem sog. “Grünen Papier über die Eingliederung” verwendet (Stortingsmelding nr. 39 1990-1991). Dieser Wechsel bedeutet einen Schritt weg von einem passiven Leistungsgenuss und hin zu einer Koppelung von Versicherungsleistungen mit aktiven Bemühungen um Selbstversorgung seitens der Rentengesuchsteller. Parallel zu dieser Änderung in der Gewichtung der Zielsetzungen wurden auf der einen Seite die Anreize und auf der anderen Seite die Abschreckungsmechanismen innerhalb des nach wie vor grosszügigen Vorsorgesystems verstärkt.

Der Bereich, in dem in den 90er Jahren wahrscheinlich die grössten Veränderungen stattgefunden haben, ist das Invalidenrentensystem. Bis zum Beginn der 90er Jahre wurden die Kriterien für die Gewährung einer Invalidenrente gelockert, dies zum Teil aufgrund von Gesetzesänderungen. Ab Januar 1990 wurde die Zusprechung von Invalidenrenten an 64- bis 67-Jährige infolge altersbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen ausgeschlossen. Gleichzeitig wurden auch strengere Vorschriften über die Weiterbildung und die Arbeitseingliederung wie auch über den Wohnortwechsel erlassen. 1991 beschloss das Parlament, die Voraussetzungen hinsichtlich der Invaliditätsursachen “Krankheit, Verletzung oder Gesundheitsschaden” restriktiver zu regeln, d.h. von nun an musste die Invalidität eine eindeutige medizinische Ursache haben. Die einschneidendsten Anspruchsbeschränkungen erfolgten in der Form von strengeren Kriterien bei der Definition der Elemente des Invaliditätsbegriffs. Zu Beginn der 90er Jahre wurde eine Sparpolitik eingeläutet, nachdem die Begriffe “Krankheit, Verletzung und Gesundheitsschaden” während langer Zeit extensiv ausgelegt worden waren, was auch eine dramatische Zunahme der Invalidenrentner zur Folge hatte. Professor Kjønstad (1992) nennt zwanzig Gesetzesänderungen, die allesamt eine Reduktion der Anzahl neuer Invaliden anstreben. Ein Kreisschreiben von 1991 ändert die Definition von Invalidität durch eine stärkere Betonung der medizinischen Kriterien. In der Regel wird verlangt, dass die verminderte Arbeitsfähigkeit eindeutig in Verbindung zu einer ärztlich festgestellten Krankheit, Verletzung oder einem Gesundheitsschaden stehen muss. Wie nachfolgend noch zu erläutern ist, bestehen Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Frage, inwiefern diese Reformen zum einschneidenden Rückgang bei den neuen Gesuchstellern (insbesondere bei den Frauen) geführt hat, der seit Beginn der 90er Jahre beobachtet werden kann. Wie dem auch sei, in jüngster Zeit haben die neuen Gesuche wieder stark zugenommen.

Weiter haben auch die medizinischen Kriterien bei den Krankenpflegeleistungen Einschränkungen erfahren. Im Juni 1993 stellte die Staatliche Versicherungsbehörde klar, dass Probleme wie Kummer, wirtschaftliche Schwierigkeiten, normaler Alterungsprozess und Eheprobleme an sich keinen Anspruch auf kostenlose Krankenpflege begründen. Diese Reform wird als bedeutsam erachtet, zumal sie die Umkehr eines Trends bedeutet, nachdem während längerer Zeit immer mehr Symptome zur Anerkennung von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit geführt hatten. Daneben wurden noch weitere Beschränkungen im Bereich der krankheitsbedingten Abwesenheit am

Arbeitsplatz eingeführt. Während die Ärzte bisher bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einen grossen Spielraum gehabt hatten, bewirkte die Reform eine Verlagerung der Verantwortung für solche Feststellungen hin zur Staatlichen Versicherungsbehörde. Nach einer Anfangsperiode von 12 Wochen Krankheitsurlaub ist die Behörde verpflichtet, nachzuprüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen auch weiterhin gegeben sind. Die Behörde kann auch die Entscheidungen der Ärzte überprüfen, die für die Gewährung von Versicherungsleistungen relevant sind. Ausserdem muss die Behörde nach Ablauf dieser 12-wöchigen Frist einen Plan entwerfen, der die möglichen Eingliederungsmassnahmen für die krank geschriebene Person nennt.

Um die berufliche Eingliederung wirksamer zu fördern, wurde im Januar 1994 die Verantwortung für die Gewährung von Eingliederungsleistungen von der Sozialversicherungsbehörde auf das Arbeitsamt übertragen. Diese Änderung wurde von Reformen des Taggeldsystems begleitet. Die Vergütungen für besondere Bedürfnisse wurden abgeschafft, und seit Neuestem müssen sich die Gesuchsteller mit solchen Begehren an das örtliche Sozialamt wenden und dort um Hilfe ersuchen. Ebenfalls erwähnenswert ist die Tatsache, dass die Dauer für medizinische Wiedereingliederung auf ein Jahr beschränkt worden ist. Zuvor gab es für diese Versicherungsleistung keine zeitliche Beschränkung. Die jedoch wahrscheinlich wichtigste Änderung in jüngster Zeit ist der "neue Arbeitskurs", der das Augenmerk vermehrt auf die Arbeitseingliederung richtet und strengere medizinische Kriterien für die Gewährung von Invalidenrenten vorsieht.

Der vorstehend aufgezeigten Entwicklung zum Trotz sind die Anspruchsvoraussetzungen in gewissen Bereichen auch erweitert worden. Versicherungsleistungen für Personen mit Geburtsgebrechen sind in Form eines garantierten Zuschlags zur Grundrente erhöht worden. Im Jahre 1997 wurde das Mindestalter für eine solche garantierte Zusatzrente auf 26 Jahre festgelegt, und die Zusatzleistungen erhöhten sich um das 3,3fache des Grundbetrags. Wie bereits vorstehend erläutert, wurden auch Versuche mit einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% gemacht und den Invalidenrentnern wurde die Teilnahme an Ausbildungsprogrammen erleichtert, indem sie kein neues Gesuch zu stellen brauchten, falls das Ausbildungsprogramm nicht den gewünschten Erfolg hatte. Auch wurden Punkte zur Begründung eines Anspruchs auf Zusatzleistungen denjenigen Personen zur Verfügung gestellt, die Unterstützungsverpflichtungen gegenüber anderen Gesuchstellern haben. Mildere Regeln wurden in Bezug auf den Invaliditätsgrad aufgestellt, der bei der Beurteilung der Anspruchsberechtigung von Hausfrauen, die eine Teilzeitarbeit verrichten, massgeblich ist. Der Mutterschaftsurlaub wurde von 18 Wochen im Jahr 1977 auf ein Maximum von 52 Wochen im Jahr 1993 sukzessive verlängert. Damit ein Anspruch auf die volle Leistung besteht, wird neuerdings verlangt, dass der Vater während wenigstens vier Wochen solche Leistungen bezieht. Seit 1994 können Eltern einen Teil ihres Urlaubs in Form eines "Zeitkontos" führen. Die wichtigste Ausweitung der Anspruchsberechtigung besteht dort, wo ein Arbeitnehmer elterliche Pflichten wahrnimmt. Zwischen 1991 und 1993 fanden drei verschiedene Reformen statt, die einen längeren Urlaub für Eltern vorsahen, deren Kinder erkrankt waren. Gemäss der ursprünglichen Arbeitslosengesetzgebung wurden Arbeitslosenentschädigungen während 80 Wochen ausbezahlt, gefolgt von einer Periode von 26 Wochen mit reduzierten Entschädigungen. Während dieser Zeit waren Arbeitslosengeldempfänger auf Sozialhilfe oder auf ihre eigenen Mittel angewiesen. Gegen Mitte 1991 wurde diese Periode auf 13 Wochen verkürzt. Im Mai 1992 trat die 80-Wochen-Regel automatisch ausser Kraft und gleichzeitig wurde die Periode mit reduzierten Entschädigungen für diejenigen Fälle abgeschafft, bei denen die Arbeitsvermittlungsstelle nicht in der Lage gewesen war, der arbeitslosen Person entweder eine Arbeit oder eine Ausbildungsmöglichkeit anzubieten.

Anders als Schweden hat Norwegen keine Perioden mit reduzierten Entschädigungen eingeführt. Statt dessen vereinbarten im Jahre 1990 die Sozialpartner ein Programm, das für das folgende Jahr eine zehnpromtente Reduktion der Krankheitsurlaube anstrebte. Diese Vereinbarung war das Ergebnis eines verstärkten politischen Drucks für eine Reform des bestehenden Systems, das den Verdienst vom ersten Krankheitstag an zu 100% ausrichtete.

Trends und Nationale Studien

In sämtlichen OECD-Ländern nimmt die Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung zu und wird auch in den kommenden Jahren weiterhin ansteigen. Gleichzeitig konnte in diesen Ländern ein Rückgang des durchschnittlichen Rentenalters festgestellt werden. Häufigere Frühpensionierungen sowie die Gewährung von Invalidenrenten bilden die Haupterklärungen hierfür. Frühpensionierungen werden die Altersstruktur der Aktivbevölkerung nachhaltig beeinträchtigen und folglich auch Auswirkungen auf die Lohnkosten und die Wettbewerbsfähigkeit haben. Hinzu kommt, dass Frühpensionierungen schon in nächster Zukunft Probleme bei der Finanzierung des Wohlfahrtsstaates verursachen werden.

In Norwegen ist die Anzahl der Arbeitnehmer im Alter von 55 oder mehr Jahren zurückgegangen. Dieser Rückgang ist auf einen geringeren Anteil von Männern an der Aktivbevölkerung zurückzuführen. Hingegen ist der Anteil der norwegischen Frauen an der Aktivbevölkerung leicht gestiegen und liegt im Vergleich zu anderen Ländern ziemlich hoch, insbesondere bei älteren Gruppen. Der Anteil der Männer zwischen 55 und 66 Jahren ist zwischen 1972 und 1995 von 81 auf 66% gesunken. Gleichzeitig hat sich der Anteil von (zwischen 55- und 66-jährigen) Frauen an der Aktivbevölkerung von 40 auf 52% erhöht. Zwischen 1950 und 1995 ist in Norwegen das durchschnittliche Alter beim Eintritt in den Ruhestand bei den Männern um 3,2 Jahre auf 63,8 Jahre zurückgegangen, während der Rückgang bei den Frauen 8,8 Jahre auf 62,0 Jahre beträgt (Blöndal und Scarpetta, 1998).

Seit dem Erlass des Staatlichen Versicherungsgesetzes hat sich die Anzahl der Invalidenrentenempfänger mehr als verdoppelt, nämlich von 98'645 im Jahre 1967 auf 258'000 im Jahre 1998. Gegenwärtig steigt die Zahl der Invalidenrentenempfänger monatlich um 1000 und beläuft sich inzwischen auf 260'000. An fixen Preisen gemessen (1996), hat sich die durchschnittliche Rente stark erhöht, nämlich von 40'000 NOK (1967) auf 90'000 NOK (1996), und die Staatsausgaben für Invalidenrenten haben um nahezu 440% zugenommen (Fixpreise 1996).

Im Jahre 1991 erreichte die Zahl der Invalidenrentner einen Höhepunkt (238'519). Als Folge dieser Zunahme wurden noch im gleichen Jahr die medizinischen Anspruchsvoraussetzungen verschärft. Die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit wird nun nach Massgabe des Arbeitsmarktes und nicht mehr nach Massgabe einer geeigneten Arbeit ermittelt. Krankheit hat den Hauptgrund für die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bilden, wobei der Krankheitsbegriff wissenschaftlich fundiert zu sein hat und den allgemein anerkannten medizinischen Grundsätzen entsprechen muss. Falls Krankheits-symptome nicht auf diese Art objektiv festgestellt werden können, muss das Vorliegen einer Krankheit von mindestens zwei Ärzten übereinstimmend festgestellt werden. Diese Einschränkungen richteten sich insbesondere an Gesuchsteller mit sogenannten "diffusen Krankheiten", wobei Frauen stärker betroffen sind als Männer, da diese diffusen Krankheiten oftmals typische "Frauenkrankheiten" sind (Erkrankungen der Skelettmuskeln, leichte psychische Gesundheitsstörungen). Während mehreren Jahren waren die Nutzniesser der neu eingeführten Invalidenleistungen mehrheitlich

Frauen. Zwischen 1991 und 94 blieb der Anteil stabil oder lag etwas tiefer als zuvor, während er im Jahre 1995 erneut den vormaligen Stand erreicht (d.h. mit einem Frauenüberschuss). Die Gesuche um Erteilung einer Invalidenrente nahmen ab, während sich der Anteil der abgewiesenen Gesuche gleichzeitig erhöhte – und zwar sowohl bei den Frauen wie auch bei den Männern. Diese Wirkung war jedoch lediglich von kurzer Dauer und die Zahl der neuen Invalidenrentner begann schon bald wieder anzusteigen. Das Gesetz sieht nun neue und strengere Vorschriften in Bezug auf die geographische und berufliche Mobilität vor; ferner wurden auch die Eingliederungsmassnahmen verstärkt.

Es scheint, dass Ärzte gegenüber ihren Patienten loyaler sind als gegenüber den Sozialversicherungsbehörden (Dæhlie 1993). Claussen (1998) vertritt die Meinung, dass die Beschränkungen bei den Invalidenrenten die am wenigsten bemittelten Gesuchsteller am härtesten getroffen haben, so dass der gegenwärtige Marginalisierungsprozess der sozial Schwachen noch verstärkt werde. Aufgrund der steigenden Anzahl Invalidenrentenempfänger und dem entsprechenden Anstieg der Staatsausgaben kann wohl kaum behauptet werden, dass die Änderungen erfolgreich gewesen sind, zumal die Wirtschaft ständig wächst und die Arbeitslosenquote tief liegt.

Wie auch in mehreren anderen Ländern dienen in Norwegen die Invalidenrenten und die Arbeitslosenentschädigungen als informelle Renten für eine Frühpensionierung, solange es kein offizielles System für eine Frühpensionierung gab. In vielen Ländern – Norwegen mit eingeschlossen – wurden Schwierigkeiten bei der Stellensuche als Anspruchsvoraussetzung für eine Invalidenrente deklariert, wobei es derartige Probleme auch in Ländern mit weniger klaren gesetzlichen Grundlagen gab. Wird Invalidität nur nach strengen medizinischen Kriterien definiert, so besteht für einen allfälligen Missbrauch dieses Systems zwecks vorzeitiger Pensionierung kaum mehr ein Spielraum.

Bisher haben norwegische Studien (z.B. Kohli und Rein 1991) über die Ursachen der Zunahme bei den Invalidenrenten ihr Augenmerk auf Faktoren gerichtet, die für diese Entwicklung verantwortlich sind, während in 90er Jahren andere Faktoren wie vor allem die wirtschaftlichen Anreize mehr Beachtung fanden. Natürlich gibt es noch zahlreiche andere Erklärungen.

Der *gegenwärtige* Hauptgrund für die Zunahme der Invalidenrenten in Norwegen ist die alternde (Aktiv-)Bevölkerung. Bisher gibt es keine Forschungsprojekte, die sich mit diesem Thema befassen haben. Die geburtenreichen Jahrgänge nach 1944 befinden sich jetzt in einem Alter, in dem das Risiko der Invalidität stark zunimmt, zumal die Zahl der 50-66-Jährigen bis 2010 auf 344'000 und bis 2030 auf 366'000 ansteigen wird (NOU 1998: 10).

Eine naheliegende Erklärung für die Zunahme der Invalidenrenten wären auch allfällige Veränderungen der Volksgesundheit, doch wurde dieser Aspekt bisher nicht untersucht. Der am häufigsten verwendete Indikator für die Feststellung von Veränderungen der Volksgesundheit ist die Sterblichkeitsrate. Nimmt diese ab, bedeutet dies, dass sich die allgemeine Gesundheit verbessert hat. Gegenwärtig sinkt die Sterblichkeitsrate, insbesondere bei Invalidenrentenempfängern, was zu weniger Abgängen bei den Invalidenrenten führt (Abrahamsen 1988). Die Folge hiervon ist eine Zunahme der Invalidenrentenempfänger. Es kann aber auch zu einer Zunahme von nicht tödlichen Krankheiten kommen (z.B. Erkrankungen der Knochenmuskulatur). Aufgrund seiner Gesundheitsumfragen (1975 und 1985) kam Amunden (1988) zum Schluss, dass Veränderungen bei den Krankheiten nicht geeignet sind, um die Zunahme der Invalidenrentner zu begründen. Bei diesen Umfragen wurden die Menschen zu ihrem Gesundheitszustand befragt und wie wir wissen, ergeben sich bei solchen Vorgehensweisen methodologische Probleme (Bound 1991). Die Gesundheitsumfrage (1995) registrierte im Vergleich zu früheren Umfragen mehr Personen, die sich als einmal oder

häufiger krank bezeichneten, insbesondere innerhalb der Gruppen im Alter zwischen 16 und 44 Jahren. 66% der 16-jährigen oder älteren Bevölkerung geben an, an einer Langzeiterkrankung zu leiden. Es ist möglich, dass in der Bevölkerung eine "Reserve" von Personen mit gesundheitlichen Problemen existiert, die zu einer Zunahme der Invaliden führen könnte. Mit den wachsenden Anforderungen am Arbeitsplatz kann sich der Gesundheitszustand einer Person verschlechtern und sie zur Aufgabe ihrer Arbeit "zwingen" (Westin et al. 1989).

Veränderungen in der Familienstruktur bieten eine weitere Erklärung. Amundsen (1988), Kolberg (1991) und Hansen (1996) legen dar, dass der Zivilstand eine grosse Auswirkung auf die mögliche Invalidität einer Person hat. Bei Verheirateten ist das Risiko bedeutend geringer als bei Unverheirateten. Das Familienleben schützt vor sozialen Problemen. Es könnte der Schluss gezogen werden, dass unverheiratete oder geschiedene Personen mehr Probleme haben als verheiratete, doch haben sich die erwähnten Studien nicht mit dieser Frage befasst.

Die Meinung ist allgemein verbreitet, dass sich Einstellungen und Verhalten ändern, dass die Arbeitsmoral schlechter wird und dass die Menschen heutzutage weniger Hemmungen haben, staatliche Unterstützungsleistungen zu verlangen. Je mehr Menschen von einer Invalidenrente leben, desto gewöhnlicher und weniger stigmatisierend wird dieser Umstand. Die wissenschaftlichen Untersuchungen hierzu sind spärlich und es gibt keine systematischen Analysen der Einstellungen hinsichtlich die Inanspruchnahme von Sozialhilfe. Änderungen im Verhalten müssen nicht unbedingt die Folge einer Änderung der Einstellung sein, zumal sich die verfügbaren Alternativen auch verändert haben. Der höhere Entschädigungsanteil am versicherten Einkommen sowie liberale Anspruchsvoraussetzungen erhöhen die Anzahl der Wahlmöglichkeiten – wobei eine Abwägung der Unannehmlichkeiten bei Verrichtung von Arbeit mit gesundheitlichen Problemen einerseits gegenüber einem geringeren Einkommen bei einem Leben mit einer Invalidenrente andererseits erfolgt. Diese Begründung für die Zunahme der Invalidenrentenempfänger wird indes - wie weiter unten aufzuzeigen ist – in ökonometrischen Studien verworfen.

Eine weitere Erklärung für den Zuwachs sind Änderungen der Rechtslage und der Verwaltungspraxis, im Sinne einer Liberalisierung. So wurde das Invaliditätskonzept liberalisiert, und Alkoholismus und Drogenabhängigkeit verleihen z.B. einen Anspruch auf Invalidenrenten. Die Rentenansprüche für Hausfrauen wurden ebenfalls gelockert. Auch hierüber bestehen allerdings keine Studien.

Die allgemeinen Arbeitsmarktbedingungen lieferten *die* zentrale Begründung für die Zunahme der Invalidenrentenberechtigten. Das Hauptaugenmerk richtete sich auf die Arbeitslosigkeit, und die meisten wissenschaftlichen Untersuchungen des Invalidenrentensystems in Norwegen gehen von der Prämisse aus, dass es sich bei diesem System um eine versteckte Arbeitslosenversicherung handle (Abrahamsen 1988). Personen, die voll arbeitsfähig waren, erhielten eine Invalidenrente zugesprochen, weil sie in ihrer Umgebung keine Arbeit finden konnten. Die Voraussetzungen, um in andere Landesteile umzuziehen (wo es offene Stellen gab) wurden locker gehandhabt, d.h. die Arbeitsmarktbedingungen wurden wie eine "ärztliche Diagnose" behandelt.

Dasjenige Modell, welches hinsichtlich der Analyse des Verhältnisses von Arbeitsmarkt und Invalidenrente in Norwegen am meisten Aufmerksamkeit erregt hat, ist das sogenannte "Modell der sozialen Ausgrenzung" (Halvorsen 1977, 1980). Die Hauptthese lautet hier, dass der wirtschaftliche Veränderungsprozess (industrielle Strukturen) zu einer sozialen Ausgrenzung von Arbeitern in Randbereichen führe, weil die Anforderungen und die Belastungen stets zunehmen würden. Arbeiter würden aus sozialen Gründen ausgeschlossen und die Chancen, eine neue Arbeit zu finden, seien

gering. Dies stelle eine Zwangslage dar, da es im Bereich der individuellen Ressourcen wie Gesundheit, Alter, Ausbildung und Berufserfahrung nicht viele Wahlmöglichkeiten gebe.

Kolberg (1991) hat dieses Modell empirisch getestet und kam dabei zum Schluss, dass dessen Logik zu einfach sei und bestenfalls einzelne Aspekte der Invalidenrenten zu erklären vermöge. Er fragt sich beispielsweise, wie dieses Modell die Zunahme der Invalidenrenten im staatlichen Sektor mit einem Hinweis auf die Logik des Kapitalismus erklären könne. Tatsächlich ist die Zunahme der Invalidenrentenberechtigten im staatlichen Sektor grösser, insbesondere bei den Frauen (Stokke 1993). Rationalisierung und Abbau von Kapazitäten betreffen in der Tat nicht nur den privaten Sektor.

Zuweilen wird auch auf die grosse Bedeutung der makroökonomischen Bedingungen für die Häufigkeit von Invalidität hingewiesen. Kolberg (1974, 1976) und Kolberg et al. (1977) haben schon früh aufgezeigt, dass es bei der Invalidenrente klare regionale Unterschiede gibt. Selbst zwischen den Gemeinden sind grosse Unterschiede feststellbar (NOU 1990: 17). Diese regionalen Unterschiede sind unter anderem auf die industriellen Strukturen und auf die unterschiedlichen Arbeitslosenquoten zurückzuführen. Gemeinden mit einem hohen Anteil an Invalidenrentenempfängern liegen gemeinhin im Norden des Landes (Fischereien) sowie in weniger zentralen Gebieten mit einem dominierenden Dienstleistungssektor. Gemeinden mit einem tiefen Anteil liegen an der Westküste und in zentralen Gebieten Ostnorwegens. Tiefe Durchschnittslöhne und ein tiefes Bildungsniveau, die starke Inanspruchnahme von Sozialleistungen und ein hoher Anteil von Arbeitslosen und Invaliden sind typische Indikatoren für die Zunahme der Zahl von Invalidenrentenempfängern (Christoffersen 1995). Möglicherweise gibt es auch institutionelle Unterschiede in der Art und Weise, wie die Gesuche um Gewährung einer Invalidenrente durch die verschiedenen Sozialämter behandelt werden.

Berg (1987) legt dar, dass es zwischen 1,5 und 3,5 Jahren braucht, bis eine Veränderung der Arbeitslosigkeit Auswirkungen auf die Invalidenrenten zeitigt. Auf jeden dritten Arbeitslosen würde ein Invaliden entfallen. Dieser Befund wird von Rødseth (1990) unterstützt, der meint, dass im vergangenen Jahr die Anzahl Invaliden um zirka 90 per 1'000 Arbeitslose gestiegen sei. Dem schliesst sich auch Bowitz (1992a, 1992b, 1997) an, der zum Schluss gelangt, dass der Anfangssatz für Invalidenrenten (positiv) von der Höhe der (insbesondere langfristigen) Arbeitslosigkeit abhängt. Arbeitslosigkeit sei eine wichtige Variable, etwa um zu erklären, weshalb in der Zeit von 1973-1991 die Menschen dem Invaliditätsversicherungssystem beitraten. Weniger schlüssig seien hingegen die Beweise betreffend die Auswirkungen des Entschädigungsanteils am versicherten Einkommen (vgl. auch Thøgersen et al. 1998). Diese Ansicht wird von Hanssen (1994), Hansen (1996) und Tysse (1996) geteilt, die sich allesamt auf die Daten der KIRUT-Datenbank²¹ stützen und deren Forschungsergebnisse aufzeigen, dass mit der Arbeitslosigkeit das Invaliditätsrisiko erhöht wird. Die Invalidenrente werde als Instrument der Arbeitsmarktpolitik verwendet, um die Anzahl (älterer) Arbeitsloser zu verringern.

Die häufigste Diagnose bei Arbeitslosen ist eine Erkrankung der Skelettmuskulatur (Berg 1987), die vor allem bei Handarbeitern häufig auftritt (Berg 1994).

²¹ Die KIRUT-Datenbank enthält die Daten von nach dem Zufallsprinzip ausgewählten 10% der norwegischen Bevölkerung im Alter von zwischen 16 und 67 Jahren, die von der Staatlichen Sozialversicherungsbehörde und vom Norwegischen Amt für Arbeit und Statistik stammen. Gegenwärtig deckt die Datenbank die Jahre 1989-1996 ab. KIRUT ist ein norwegisches Akronym, das sich grob wie folgt übersetzen lässt: „Personen innerhalb des Sozialversicherungssystems“.

Dahl et al. (1998) analysieren die Varianten für die Frühpensionierung von männlichen und weiblichen Arbeitern und zeigen die unterschiedlichen Auswirkungen dieser Varianten bei Männern und Frauen. Die Hypothese, dass Invalidität und Arbeitslosigkeit austauschbare Varianten für eine Frühpensionierung darstellten, wird verworfen.

Es wurden auch verschiedene Studien über die Bedeutung von Restrukturierungen und Fabrik-schliessungen gemacht. Die bekannteste dieser Studien ist die von Westin (1981, 1990) über die Schliessung einer Sardinenfabrik. Dieser fasst seine Ergebnisse wie folgt zusammen (Westin 1990: 75):

“Diese Studie kommt zum Schluss, dass die Schliessung einer Fabrik und die damit verbundene Arbeitslosigkeit langfristige Auswirkungen auf die entlassenen Arbeiter haben, dies namentlich im Hinblick auf künftige Anstellungen, den Erhalt von Sozialleistungen, gesundheitsbezogenes Verhalten sowie die soziale Wiedereingliederung. Die entlassenen Arbeiter trugen weitaus weniger zur bezahlten Arbeit bei, als sie es während den 10 die Entlassungen vorangehenden Erwerbsjahre getan hatten, sie waren im ersten Beschäftigungsjahr öfter krank geschrieben, die Wahrscheinlichkeit, dass sie eine Invalidenrente zugesprochen erhalten würden, war dreimal höher als 4 Jahre vor ihrer Entlassung und viel mehr Frauen als zuvor kehrten zu ihrem Hausfrauendasein zurück..”

Diese Ergebnisse werden von mehreren andere Studien bestätigt (Noreik et al. 1990; Rønsen et al. 1991; Bjørndal et al. 1990; Dahl 1991, 1996). Bei Personen, die in Unternehmen arbeiten, welche Restrukturierungen vornehmen oder Betriebsstätten schliessen, bestünde eine tendenzielle Zunahme der Gesuche um Invalidenrenten. Um den Entschädigungsanteil am versicherten Einkommen zu erhöhen (meistens bis zu 80%), richten zahlreiche Firmen zuzüglich zur staatlichen Invalidenrente eine kleine Firmenrente aus (Halleraker 1994). Dadurch erhöht sich der Anreiz, eine Invalidenrente zu beantragen. Der Entschädigungsanteil am versicherten Einkommen kann auch deshalb ansteigen, weil nebst der im Staatlichen Versicherungsgesetz vorgesehenen Sozialversicherung ungefähr die Hälfte der norwegischen Aktivbevölkerung bei kollektiven Pensionskassen angeschlossen ist, welche Invaliden- und Altersrenten ausrichten. Diese Art der Versicherung erhöht den dem Arbeitnehmer ausbezahlten Entschädigungsanteil am versicherten Einkommen. Wird einem Arbeitnehmer eine Invalidenrente zugesprochen, muss der Arbeitgeber keine Versicherungsprämien mehr bezahlen. Wegen des zeitlichen Profils der Versicherungsprämie – diese Prämie ist in den letzten Jahren vor Erreichen des Rentenalters des Arbeitnehmers (67 Jahre) am höchsten – werden die Ersparnisse der Firma mit zunehmendem Alter des Angestellten ebenfalls zunehmen. Für einige Firmen ist dies ein wichtiges Argument bei der Wahl ihrer Restrukturierungs-Strategie (Dahl und Nesheim 1998). Der Arbeitsstellenabbau auf dem Weg der Invalidität weist verschiedene Vorteile auf, zumal dadurch Entlassungen vermieden werden können, was wiederum die Konflikte mit den Gewerkschaften verringert. Der Ruf des Unternehmens bleibt gewahrt und gleichzeitig kann die Firma ihre ältesten Mitarbeiter "loswerden". Seit den späten Achtziger Jahren haben solche Restrukturierungen in Norwegen zugenommen, wobei Invalidenrenten sowohl für Arbeitgeber wie auch für Arbeitnehmer attraktive Optionen boten (Dahl 1991, 1996; Thøgersen et al 1998).

Zu beachten gilt es ferner, dass die Krankenversicherung einen Entschädigungsanteil von 100% des versicherten Einkommens ausrichtet, was zur Folge hat, dass ein von Rationalisierungsmassnahmen

betroffener Arbeiter eher versucht ist, seinen Arzt als das Arbeitsamt aufzusuchen (12 Monate Krankheitsversicherung ist eine der Voraussetzungen für den Erhalt einer Invalidenrente). Invalidität wird im Gegensatz zu Arbeitslosigkeit auch als weniger stigmatisierend empfunden. Meistens helfen die Ärzte den Arbeitslosen: So werden etwa kleinere Krankheiten als ernsthaft qualifiziert, sofern dies für eine positive Entscheidung der Sozialversicherungsbehörden erforderlich ist. Dies ist eine der Möglichkeiten, dem Patienten ein sicheres Einkommen zu verschaffen (Westin 1990; Dahl 1991).

Zahlreiche Studien konzentrieren sich auf die Ursachen des starken Anstiegs bei den Frauen-Invalidenrenten, der seit der Mitte der Siebziger Jahre beobachtet werden kann (Abrahamsen 1988, Kjeldstad 1990, Solheim 1989). Abrahamsen ist der Auffassung, dass die meisten Fälle von Invalidität (hohes Vorkommen) bei Frauen im Industrie- und Dienstleistungsbereich auftreten. Sie führt dies auf die Verbindung zwischen gefährlicher und harter Arbeit einerseits und Invalidität andererseits zurück. Die Zunahme ist auch darauf zurückzuführen, dass infolge des Anstiegs des Frauenanteils bei der Aktivbevölkerung auch mehr Frauen grundsätzlich Anspruch auf Invalidenrenten haben (Kjeldstad 1990, 1991). Kjeldstad's Ergebnisse zeigen ferner auf, dass insbesondere bei schlechter bezahlten Stellen die starke Anbindung von Arbeitskräften während vieler Jahre die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass diese Arbeiter dereinst zu Invalidenrentnern werden. Solheim (1989) hat 27 invalide Frauen nach den Gründen für ihre Invalidität befragt. Sie alle hatten körperlich schwere, schlecht bezahlte und wenig angesehene Arbeit mit geringen Aussichten auf eine Beförderung verrichtet. Ihre Karriere war infolge Geburten und Hausarbeit instabil verlaufen. Bei den Frauen weist die Wahrscheinlichkeit, eine Invalidenrente zugesprochen zu erhalten, je nach Berufsgruppe erhebliche Unterschiede auf. Am höchsten ist sie bei Frauen, die Schwerarbeit verrichten.

Wie vorstehend erwähnt wurde, ist in den vergangenen Jahren die KIRUT-Datenbank benutzt worden, um den Übergang zur Invalidenrente zu analysieren. Hanssen (1994) und Dahl et al. (1998) sind beide der Ansicht, dass die Wahrscheinlichkeit, invalid zu werden, mit zunehmendem Alter ansteigt und mittels Bildung verringert werden kann. Ein im Vergleich zur Invalidenrente höheres Arbeitseinkommen vermindert die Wahrscheinlichkeit der Invalidität bei Frauen mit einer subjektiven Diagnose im Vergleich zu Frauen mit einer objektiven Diagnose. Bratberg (1996a) stellt Unterschiede zwischen Männern und Frauen fest – die Elastizitätsunterschiede betreffend das erwartete Einkommen und die erwarteten Versicherungsleistungen sind bei Männern viel breiter. Ausserdem reagieren Frauen eher auf Veränderungen bei den Leistungen und bei der Höhe des Entschädigungsanteils als Männer (vgl. Dahl et al. 1998). Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass der Arbeitsstatus nach einem Jahr langfristiger Erkrankung sensibler auf Veränderungen beim erwarteten Arbeitseinkommen reagiert als auf Veränderungen bei den erwarteten Versicherungsleistungen. Es gibt keinen klaren Beweis dafür, dass sich die Wahrscheinlichkeit, zum Invalidenrentenempfänger zu werden bei einer "subjektiven" Diagnose erhöht. In einer weiteren wissenschaftlichen Untersuchung hat Bratberg (1996b) die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und den Eintritt in die Invalidität als zwei alternative Beendigungsmöglichkeiten von Krankheit in einem Modell dargestellt. Während der Beobachtungsperiode wurden die Anspruchsvoraussetzungen für die Invalidenrente verschärft (1991). Folglich konnte der Wissenschaftler auch die Wirkungen eines "natürlichen Experimentes" analysieren. Eines dieser Resultate ist, dass der frühere Verdienst eine Auswirkung auf die allfällige Rückkehr ins Arbeitsleben hat und von statistischer Bedeutung ist. Überdies ist bei einer zweiten Krankheitsperiode der Entschädigungsanteil zu Beginn der Invalidität und der Eingliederung höher. Die Ergebnisse dieses natürlichen Experimentes zeigen, dass sich nach der Gesetzesreform die Dauer einer langdauernden Krankheitsperiode verlängerte, was bei der Reform

nicht beabsichtigte zusätzliche Kosten verursachte. Obwohl sich die Zahl der Gesuchsteller damit nicht verringerte, reduzierte die Verschärfung des Gesetzes im Jahre 1991 die Höhe der ausgerichteten Leistungen, weil mehr Gesuche abgewiesen wurden (Andersen 1995).

Hansen's (1996) Forschungsergebnisse zeigen, dass das Invaliditätsrisiko bei verheirateten Frauen höher liegt als bei Männern (vgl. auch Enjolras und West Pedersen 1997). Personen, deren Biographie von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Wiedereingliederung geprägt ist, haben ebenfalls ein bedeutend höheres Invaliditätsrisiko. Hansen ist auch der Meinung, dass die Höhe des Entschädigungsanteils am versicherten Verdienst beim Übergang zur Invalidenrente eine wichtige Rolle spielt.

Der Übergang zur Invalidenrente wird aber auch in Studien, die auf andere als auf die KIRUT-Daten abstützen, untersucht. So haben Christoffersen und Nervik (1991) die Empfänger von Sozialleistungen bei deren Übergang zur Invalidenrente mit anderen Empfängern von Sozialleistungen verglichen. Personen, deren Sozialleistungen durch eine Invalidenrente abgelöst werden, haben weniger Arbeitserfahrung und eine schlechtere Ausbildung als diejenigen, die wieder eine Arbeit aufnehmen oder eine Ausbildung machen. Es mag legitimer erscheinen, langfristige Sozialhilfe in der Form einer Invalidenrente zu erhalten, zumal letztere weniger stigmatisierend wirkt.

Becken (1996) hat die Charakteristika von jungen (20-40-jährigen) Invaliden untersucht. Zwei Drittel davon sind Frauen und 56% leben in Ostnorwegen. Die betroffenen Frauen sind öfter verheiratet als die Männer. Sowohl die Alters-, wie auch die Bildungsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind gering. Die häufigste Diagnose lautet auf Geistesstörungen, Erkrankungen der Skelettmuskulatur, des Bindegewebes und des Nervensystems sowie Erkrankungen der Sinnesorgane. Ein Viertel der Untersuchten geht einer bezahlten Arbeit nach. Øverbye's (1998) Ergebnisse zeigen, dass neue junge Invalide eine klarere Verbindung als früher zum Arbeitsmarkt haben und dass Männer eher als Frauen dazu neigen, sich zusätzlich zu ihrer Invalidenrente ein Einkommen zu verschaffen. Ungefähr 20% aller Personen, die eine Invalidenrente beziehen, gehen einer bezahlten Arbeit nach (1996), jedoch nimmt der Prozentsatz mit der Zeit ab. Mit vermehrter Kenntnisnahme der Gesetzesänderungen passen die Invaliden ihre Arbeitsbemühungen entsprechend an. Bei jungen (unter 36 Jahren) Invaliden nimmt die Arbeitstätigkeit zu, während sie bei Invaliden über 47 Jahren abnimmt.

Ausländische Einwanderer machen einen kleinen Anteil der Invaliden aus, nämlich nur 3% im Jahre 1992 (Lajord und Flittig 1995). Diese Personen sind vergleichsweise weniger häufig invalid als die Norweger (5 bzw. 9%), wobei diese Zahlen stark variieren. Bei den Einwanderern aus Pakistan, der Türkei, Marokko sowie aus Asien und Afrika erhalten in der Regel mehr Personen eine Invalidenrente als bei den Norwegern (Grünfeld und Noreik 1991, 1992). Die Erklärung hierfür ist eine höhere Arbeitslosigkeit innerhalb dieser Gruppen sowie ein generell tieferes Rentenalter in den genannten Ländern.

Der privat ausgehandelte Plan für eine Frühpensionierung ("Vereinbarung über die Frühpensionierung" – VFP), der in Norwegen am 1. Januar 1989 in Kraft getreten ist und von dem in den vergangenen zwei bis drei Jahren vermehrt Gebrauch gemacht worden ist, hat die Durchführung von wissenschaftlichen Studien angeregt. Die Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen bei der Invalidenrente erfolgte gleichzeitig mit der Herabsetzung des Rentenalters und der Verbesserung des Entschädigungsanteiles innerhalb des VFP-Systems. Es scheint auch einige Wechsel zwischen den verschiedenen Vorsorgeplänen gegeben zu haben. Der VFP-Vorsorgeplan entlastet die Invalidenversicherung (15%) sowie die Arbeitslosenversicherung (8%) zumindest teilweise (Thøgersen et al. 1998). Im Vergleich zu denjenigen Personen, die eine VFP-Rente erhalten, haben die Invaliden-

rentner einen tiefen Bildungsgrad, ein tiefes Einkommen, eine schwache Gesundheit und verrichten eine unqualifizierte Arbeit im privaten Sektor (Visher und Midtsundstad 1993; Rødseth und Bjørsvik 1994). Der Prozess, der in die Frühpensionierung und ins Invalidenrentnerdasein führt, verläuft wegen der Bedeutung, welche die Gesundheit für den Übergang zur Invalidenrente (dies im Gegensatz zum Übergang ins VFP-System) hat, anders (Dahl und Midtsundstad 1994).

Literatur

- Aarts, Leo J.M. and Philip R. De Jong, 1992; *Economic Aspects of Disability Behavior*. Amsterdam: North-Holland.
- Abrahamsen, Bente, 1988; *1980-årenes uførepensjonister*. Rapport 88:10. Oslo: ISF.
- Andersen, Erik, 1995; *Årsaker til redusert tilgang til uførepensjon. Perioden 1989-1993*. Trygdeforskningsprosjektene. Rapport nr. 5 1995. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Univesitetet i Trondheim.
- Amundsen, Ellen, 1988; *Individuelle faktorer ved rekruttering til uførepensjoneringen - En empirisk studie 1977-1983*. Rapporter 88/16. Oslo: SSB.
- Becken, Lars-Erik, 1996; *Unge uførepensjonerte. En beskrivelse av kjennetegn ved uføre som er mellom 20 og 40 år*. Notat 1996: 3. Oslo: INAS.
- Berg, Jon E., 1987; *Mellom arbeid og trygd*. Oslo: Sosialøkonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Berg, Jon E., 1994; "Disability pensions granted form 1988 to 1990 in two municipalities in Norway: the importance of occupational status." *Scandinavian Journal of Social Welfare*, Vol. 3, pp.14-18.
- Bjørndal, A., B. Johnsen and P.I. Clemetsen, 1990; "Konsekvenser av innskrenkninger ved en hjørnesteinsbedrift." *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, Vol. 110, pp. 239-242.
- Blöndal, Sveinbjörn and Stefano Scarpetta, 1998; *The retirement decision on OECD countries*. Working paper AWD. 1.4. Paris: OECD.
- Bogen, Ingrid, 1981; "Ikke-medisinske årsaker til uførhet." *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Vol. 22, pp. 309-330.
- Bound, John, 1991; "Self-Reported versus Objective Measures of Health in Retirement Models." *Journal of Human Resources*, Vol. XXVI, pp. 106-138.
- Bowitz, Einar, 1992a; *Offentlige stønader til husholdninger. En økonometrisk undersøkelse og modellanalyse*. Sosiale og økonomiske studier nr. 80. Oslo: SSB.
- Bowitz, Einar, 1992b; "Arbeidsledighet og uførepensjon." *Økonomiske analyser*, Nr. 8 – 1992, pp. 7-13. Oslo: SSB
- Bowitz, Einar, 1997; "Disability, benefits, replacement ratios and the labour market. A time series approach." *Applied Economics*, Vol. 29, pp. 913-923.
- Bratberg, Espen, 1996a; "Short Run Exits from Long Term Sickness." I Espen Bratberg: *Incentives in Social Insurance*. Dissertations in Economics, No. 11. Bergen: Department of Economics, University of Bergen.
- Bratberg, Espen, 1996b; "Sickness Duration and Disability Eligibility." I Espen Bratberg: *Incentives in Social Insurance*. Dissertations in Economics, No. 11. Bergen: Department of Economics, University of Bergen.
- Bratberg, Espen and Kjell Vaage, 1996; "Spell Durations with Long Unemployment Insurance Periods." I Espen Bratberg: *Incentives in Social Insurance*. Dissertations in Economics, No. 11. Bergen: Department of Economics, University of Bergen.
- Christoffersen, Lise, 1995; *Uførepensjonen på 80-tallet. Nasjonal vekst med lokale variater*. Rapport 1995:2. Oslo: INAS.

- Christoffersen, Lise and Jon Arve Nervik, 1991; "Sosialkontoret – uførepensjonens venteværelse?" In Hatland, Aksel (ed.): *Trygd som fortjent?* Oslo: Ad Notam.
- Claussen, Bjørgulf, 1998; "Restricting the influx of disability beneficiaries by means of law: experiences of Norway." *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Vol. 26, pp. 1-7.
- Dahl, Espen and Tove Midtsundstad, 1994; "Hvorfor går eldre arbeidstakere av før ordinær pensjonsalder: vil de eller må de?" In *NOU 1994: 2 Fra arbeid til pensjon*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Dahl, Sverren-Åge, 1991; *Dekruttering og trygd*. SNF-rapport 13/91. Bergen: SNF.
- Dahl, Sverren-Åge, 1996; *Dekruttering - fra kriseløsning til strategi?* SNF-report 20/96. Bergen: Foundation for Research in Economics and Business Administration (SNF).
- Dahl, Sverren-Åge and Tom Colbjørnsen, 1991; "Trygdens virkning på bedrifters nedbemanning." In Hatland, Aksel (ed.): *Trygd som fortjent?* Oslo: Ad Notam.
- Dahl, Sverren-Åge and Torstein Nesheim, 1998; "Downsizing strategies and Institutional Environments." *Scandinavian Journal of Management*, Vol. 14, pp. 239-257.
- Dahl, Sverren-Åge, Øivind Anti Nilsen and Kjell Vaage, 1999; *Work or retirement? Exit Routes for Norwegian Elderly*. SNF report 53/98. Bergen: SNF.
- Dæhlie, Bjørg, 1993; "Diagnostisk rasjonalitet. Primærlegers mening og fibromyalgidiagnosen." *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Vol. 114, pp. 2827-2830.
- Ellingsen, Dag, 1988; "Uførebefolkningen i utvikling." In Kjøenstad, Asbjørn (ed.): *I uførepensjonens og sosialhjelpens gråsoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Enjolras, Bernard and Axel West Pedersen, 1997; *Forventet pensjoneringsalder og pensjoneringsmønstre blant seniorenene i staten*. FAFO-notat 1997:20. Oslo: FAFO.
- Grünfeld, Berthold and Kjell Noreik, 1991; "Uførepensjonering blant innvandrere i Oslo." *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Vol. 111, pp. 1147-1150.
- Grünfeld, Berthold and Kjell Noreik, 1992; "Bruk av helsetjenester og trygdeytelser blant immigranter i Oslo." *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, Vol. 112, pp. 365-367.
- Halleraker, Morten, 1994; *Bruk av gavepensjoner ved førtidspensjonering*. Arbeidsnotat nr. 1/1994. Bergen: SNF.
- Halsteinslid, Hilde, 1988; *Trygd og økonomi. En modell for studiet av endringer i uføreandeler*. SSEF arbeidsnotat 4/88. Bergen: Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Halvorsen, Knut, 1977; *Arbeid eller trygd?* Oslo: Pax.
- Halvorsen, Knut, 1980; "Utstøting som forklaring på sanering av arbeidskraft." In Halvorsen, Knut (ed.): *Arbeid og sysselsetting foran 80-åra*. Oslo: Pax.
- Halvorsen, Knut, 1983; "Kritikken av utstøtingsmodellen." *Sosial trygd*, nr. 8/9 1983.
- Halvorsen, Knut, 1994a; "Those who cannot have what they want must want what they can get. The experience with company-based early retirement pension schemes in Norway." *Scandinavian Journal of Social Welfare*, Vol. 3, pp. 50-60.
- Halvorsen, Knut and Asbjørn Johannessen, 1991; *Når bedriften ikke har bruk for deg lenger. Førtidspensjonering som individuell velferd, personalpolitikk og sosialpolitikk*. NKSH-rapport nr. 91:2. Oslo: NotaBene.
- Hansen, Hans-Tore, 1996; *Trygd – en midlertidig bro, eller en vei ut ar arbeidsmarkedet?* Avhandling for dr. philos. Bergen: SNF.

- Hanssen, Astrid L., 1994; *Overgangen fra arbeid til uførepensjon – sannsynligheten for å bli uførepensjonert ved klare vs. diffuse diagnoser*. Bergen: SEFOS.
- Kjeldstad, Randi, 1990; *Yrkesdeltaking, yrkesinntekt og uførepensjonering*. INAS-rapport 90:3. Oslo: INAS.
- Kjeldstad, Randi, 1991; "Overgang til uførepensjon. Konsekvenser av kvinners yrkestilpasning over livsløpet." In Hatland, Aksel (ed.): *Trygd som fortjent?* Oslo: Ad Notam.
- Kohli, Martin and Martin Rein, 1991; «The changing balance of work and retirement.» In Martin Kohli, Martin Rein, Anne-Marie Guillemard and Herman van Gunstern (eds.): *Time for retirement. Comparative Studies of Early Exit from the Labor Force*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kolberg, Jon Eivind, 1974; *Trygde-Norge*. Oslo: Gyldendal.
- Kolberg, Jon Eivind, 1976; *Hvorfor kom så mange på trygd – og langt flere enn forventet. Om årsaker til uførhet*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Kolberg, Jon Eivind, 1991; "En empirisk utprøving av utstøtingsmodellen." In Hatland, Aksel (ed.): *Trygd som fortjent?* Oslo: Ad Notam.
- Kolberg, Jon Eivind, Nanna Kildal and Arvid Viken, 1977, *Levekårsundersøkelsen. Uførepensjon og samfunnsstruktur*. NOU 1977: 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lajord, Jorunn and Else Flittig, 1995; *Innvandrere og uførepensjon*. Notat 95/20. Oslo: SSB.
- Noreik, Kjell, Berthold Grünfeld and Per Sundby, 1990; "Notat om uførepensjonsordningen." In NOU 1990: 17. *Uførepensjon*. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- NOU 1994: 2 *Fra arbeid til pensjon*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1994: 6 *Private pensjonsordninger*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1998: 19 *Fleksibel pensjonering*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Pedersen, Axel West, 1997; *Mellom arbeid og pensjon. Rapport fra en spørreundersøkelse*. Faforapport 223. Oslo: Fafo.
- Rødseth, Tor, 1990; *Trygd og effektivitet*. SEFOS notat 46. Bergen: SEFOS, UiB.
- Rødseth, Tor and Geir Bjørsvik, 1994; "Uførepensjonering og AFP-pensjonering." In NOU 1994: 2. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste.
- Rønsen, Marit, Steinar Westin, Harald Goldstein and Steinar Strøm, 1991; *Long-Term Effects of a Plant Closure: A Multistate Duration Analysis of Event History Data in a Ten Year Follow-Up Study*. SNF-rapport 30/91. Bergen: SNF.
- Solheim, Liv, 1989; *Uføretrygda kvinner – vegen fram og livet etterpå*. Bodø: Norlandsforskning.
- Stokke, Liv Jorunn, 1993; *Uførepensjonistar i offentlig sektor*. FAFO-rapport 153. Oslo: FAFO.
- Thøgersen, Øystein, Espen Bratberg and Tor Helge Holmås, 1998; *Normer, incentiver og tidligpensjonering*. SNF-report 33/98. Bergen: SNF.
- Tysse, Tone Ingrid, 1996; *Ledighet bland eldre arbeidstakere – en forløpsanalyse*. Bergen: Institutt for økonomi, Universitetet i Bergen.
- Visher, Mary and Tove Midtsundstad, 1993; *Utgang fra arbeidslivet. En studie av eldre arbeidstakere, førtidspensjonering og AFP*. FAFO-rapport 154. Oslo: FAFO
- Waldrop, Anne K., 1992; *Før vi vet ordet av det. En analyse av personalpolitiske tiltak for eldre arbeidstakere*. FAFO-rapport nr. 133. Oslo: FAFO.

Westin, Steinar, 1981; "Legene og arbeidsmarkedspolitikken." In Brunstad, Rolf, Tom Colbjørnsen og To Rødseth (ed.): *Sysselsettingen i søkelyset*. Bergen: Universitetsforlaget.

Westin, Steinar, 1990; *Unemployment and Health: Medical and Social Consequences of a Factory Closure in a Ten-Year Controlled Follow-Up Study*. Trondheim: TAPIR.

Westin, Steinar and Dag Norum, 1978; *Når sardinfabrikken nedlegges*. Sosialdepartementenes sammendragsserie nr. 6.

Westin, Steinar, James J. Schlesselman and Mieko Korper, 1989; "Long-term Effects of a Factory Closure: Unemployment and Disability During Ten Years' Follow-up." *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 42, pp. 345-441.

Øverbye, Einar, 1998; *Pensjonister i arbeid. En undersøkelse av uføre- og alderspensjonisters aktivitet på arbeidsmarkedet*. Skriftserie 5/98. Oslo: NOVA.

Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik

Länderbericht: Österreich

von Karl Wörister²²

1 Kurzer Überblick über das österreichische System zur Sozialen Sicherung erwerbsgeminderter Personen

Die Versorgung von dauerhaft erwerbsgeminderten Personen ist im österreichischen System der sozialen Sicherheit im wesentlichen Aufgabe des Pensionssystems.

Das öffentliche Pensionssystem besteht aus zwei Teilen:

- Pensionsversicherung
- Beamtenversorgung

Derzeit entfallen 87% der öffentlichen Pensionen auf die Pensionsversicherung. Die restlichen Pensionen kommen aus verschiedenen Beamtenversorgungssystemen (Bundes- und Landesbeamte, Bahn, Post u.a). Da über Beamtenpensionen nur sehr wenig Daten vorliegen, werden sie hier - von einzelnen Hinweisen abgesehen - nicht weiter behandelt. Die folgende Darstellung beschränkt sich im wesentlichen auf die Pensionsversicherung.

Geschützter Personenkreis

Mit Ausnahme der Beamten sind in Österreich fast alle Erwerbstätigen pensionsversichert.²³ Nur Beschäftigungsverhältnisse mit geringen Einkommen sind teilweise von der Versicherungspflicht ausgenommen (1999 mit einem monatlichen Einkommen von weniger als öS 3.899,-). Seit Jänner 1998 besteht jedoch die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung ("opting in").

Weiters bestehen auch für Nichterwerbstätige Möglichkeiten einer freiwilligen Versicherung. Diese Option wird aber nur wenig genutzt (derzeit 0,5% der Versicherten).

Organisation

Insgesamt sind 7 nach Berufsgruppen gegliederte Träger für die Pensionsversicherung zuständig (Arbeiter, Angestellte, Gewerbetreibende, Bauern, nichtpragmatisierte Eisenbahnbedienstete, Bergarbeiter und Notare). Zusammengefaßt sind diese in einer Dachorganisation (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger), der auch die Kranken- und Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfälle, Berufserkrankungen) angehören.

Für diese Gruppen gelten fünf Bundesgesetze. Mit Ausnahme des kleinen Bereichs der Notare sind die Bestimmungen weitgehend vereinheitlicht. Die Unterschiede bestehen im wesentlichen im

²² Abteilung für Statistik, Arbeiterkammer Wien

²³ Bei Beamten stellt die Pension eine direkte Leistung des Dienstgebers dar. Eine Versicherung erübrigt sich daher.

Bereich des Beitragsrechts und in der Definition der Invalidität, die auf die besondere Situation dieser Gruppen abgestimmt ist.

Das zentrale Gesetz, das vor allem die Sozialversicherung der unselbständig Erwerbstätigen regelt (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung), ist das **Allgemeine Sozialversicherungsgesetz** (ASVG), das 1955 geschaffen wurde.

Arten der Pensionierung

Der gesetzliche Überbegriff für Pensionen, die aus gesundheitlichen Gründen im wesentlichen vor Erreichung einer gesetzlichen Altersgrenze zuerkannt werden, lautet in Österreich: "Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit".

Seit 1993 gibt es innerhalb der *vorzeitigen Alterspensionen* (wegen langer Versicherungsdauer, wegen Arbeitslosigkeit) auch noch eine *vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit*. Es handelt sich hier um eine Pension, die früher Teil der Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit war (ab 55-jährige), aber substantiell kaum verändert wurde. Für beide Pensionsarten zusammen wird in der folgenden Darstellung meist der Begriff "**Invaliditätspension**" verwendet, es sei denn, es ist eine begriffliche Trennung im jeweiligen Zusammenhang notwendig.

Um die Stellung der Invaliditätspensionen in der österreichischen Pensionsversicherung besser beurteilen zu können, werden im folgenden die übrigen Pensionsarten kurz dargestellt:

- Als *reguläres Pensionsalter* gelten in Österreich die Altersgrenzen 60 (Frauen) und 65 (Männer). Diese Altersgrenzen werden nach der derzeitigen Rechtslage zwischen 2018 und 2032 auf eine einheitliche Altersgrenze angeglichen.²⁴ Wer in diesem Alter in Pension geht, hat Anspruch auf eine **normale Alterspension**. Voraussetzung für diese Pension sind in der Regel 15 Versicherungsjahre.²⁵ Tatsächlich ist diese Pension nicht „normal“, da etwa 1998 nur 20% der neuen Eigenpensionen auf diese Pensionsart entfielen (Frauen: 27%, Männer: 13%). Innerhalb der Männer entfällt der Großteil dieser neuen Pensionen auf Personen, für die ein zwischenstaatliches Abkommen gilt.
- Daneben existieren *vorzeitige Alterspensionen*, die – abgesehen von der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (siehe oben und auch detaillierter weiter unten) – ab vollendetem 55. Lebensjahr (Frauen) bzw. 60. Lebensjahr (Männer) beansprucht werden können, soweit die besonderen Voraussetzungen erfüllt sind. Die **vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer** konnte bis 1996 im wesentlichen dann angetreten werden, wenn 35 Versicherungsjahre vorlagen. Bis zum Jahr 2000 wird diese Mindestdauer auf 37,5 Jahre angehoben. 1998 entfielen 37% der neuen Eigenpensionen auf diese Pensionsart. Die **vorzeitige Alterspension wegen Arbeitslosigkeit** kann im wesentlichen nach einem Jahr Arbeitslosigkeit in Anspruch genommen werden, wenn 20 Versicherungsjahre²⁶ vorliegen; bis 1996 reichten 15 Versicherungsjahre. 5% der neuen Eigenpensionen entfielen 1998 auf diese Pension (Frauen: 8%, Männer: 2%).

²⁴ Diese Übergangsfrist wurde 1992 in Verbindung mit einem „Gleichbehandlungspaket“ beschlossen. Vereinzelt wird nun gelegentlich eine Vorverlegung dieser schrittweisen Angleichung der Altersgrenzen verlangt.

²⁵ Auf die komplizierten Regelungen soll hier nicht weiter eingegangen werden.

²⁶ Auf nähere Details wird hier nicht eingegangen.

- Seit 1993 besteht die Möglichkeit eines gleitenden Übergangs in die Pension, für den dieselben Altersgrenzen wie für die vorzeitigen Alterspension gelten. Diese **Gleitpension** wird aber kaum angenommen (0,5% der Neuzugänge); es handelt sich hier im wesentlichen um eine Angestelltenpension. Rund 90% dieser Pensionen entfallen auf Angestellte.

In der folgenden Darstellung wird vorerst ein Überblick über die einzelnen rechtlichen Bestimmungen geboten. Anschließend wird die Rechtsentwicklung insbesondere seit 1980 dargestellt. Danach wird ein Überblick über die Rechtsprechung gegeben, in der die einzelnen Kriterien für die Abgrenzung zwischen Invalidität/Nichtinvalidität entwickelt wurden. Abschließend wird auf Ergebnisse von Studien eingegangen.

Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen

Im Unterschied zu den meisten gesetzlichen Bestimmungen in der Sozialversicherung ist der Invaliditätsbegriff für einzelne Erwerbsgruppen unterschiedlich geregelt. Alleine innerhalb des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) wird zwischen drei verschiedenen Gruppen unterschieden:

- Arbeiter (*Invaliditätspension*)
- Angestellte (*Berufsunfähigkeitspension*)
- Bergarbeiter (Knappen) (*Knappschaftsvollpension* und *Knappschaftspension*)

Im Bereich der Selbständigen sind die *Erwerbsunfähigkeitspensionen* für Gewerbetreibende, freiberuflich Erwerbstätige und Bauern gesondert geregelt.

In den einzelnen Beamtenssystemen (Bund, Bahn, Post, Länder und einzelne Gemeinden) stellen sie einen Teil der *Ruhegelder* (d.s. die Eigenpensionen) dar, die in diesen Fällen wegen *Dienstunfähigkeit* bzw. *Erwerbsunfähigkeit* vorzeitig gewährt werden (zweistufiges System).

Innerhalb der gesetzlichen Bestimmungen ist zu unterscheiden zwischen

- dem jeweiligen Invaliditätsbegriff bzw. der Definition von Invalidität,
- der erforderlichen Wartezeit (=erforderliche Mindestversicherungszeiten) für die Pension,
- Sonderregelungen für die Berechnung der Pension und
- Regelungen für zeitlich befristete Invaliditätspensionen.

Zum Invaliditätsbegriff

Neben den Wartezeitbestimmungen ist bei Invaliditätspensionen die Abgrenzung zwischen Invalidität/Nichtinvalidität ein entscheidendes Kriterium für die Zuerkennung der Pension.

Wie bereits hingewiesen wurde, ist der Invaliditätsbegriff für einzelne Versichertengruppen im Gesetz unterschiedlich geregelt. Die einzelnen Bestimmungen geben nur grobe Kriterien an, die bei den Entscheidungen zu berücksichtigen sind. Im Detail hat jedoch die Rechtsprechung eine entscheidende Rolle für die inhaltliche Bestimmung des Invaliditätsbegriffes eingenommen.

Der Grund hierfür ist vor allem die von der Realität überholte Formulierung in den gesetzlichen Bestimmungen. Zentrales Abgrenzungskriterium im ASVG ist, ob die Arbeitsfähigkeit "infolge eines

körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten ... herabgesunken ist" (§ 255 Abs 1, Bestimmung für Facharbeiter und angelernte Arbeiter)²⁷. Für Hilfsarbeiter wird im Gesetz das Entgelt in den Vordergrund gestellt: " ... gilt er als invalid, wenn infolge seines geistigen und körperlichen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgelts zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt" (§ 255 Abs 3).²⁸

Diese Bestimmungen wurden dem Wortlaut nach von der Reichsversicherungsordnung übernommen und stammen praktisch aus dem Ende des letzten Jahrhunderts. Damals waren die Einkommen nicht durchgehend aufgrund von Kollektivverträgen (bzw. gesetzl. Mindestlohntarifen etc.) geregelt. Nach geltendem Recht müssen auch aufgrund der sozialrechtlichen Bestimmungen Sozialversicherungsbeiträge für ein Entgelt mindestens in der Höhe des Kollektivvertragslohns entrichtet werden (§§ 44 und 49 ASVG). Andere Vereinbarungen im Rahmen eines Einzelvertrages sind auch arbeitsrechtlich nicht wirksam (Berger, S. 38).

Eine gesundheitlich bedingte Erwerbsminderung darf also zu keiner Verringerung des Einkommens unterhalb des kollektivvertraglich geregelten Niveaus führen. Insofern handelt es sich daher bei den zitierten gesetzlichen Bestimmungen um "totes" Recht.

Die Rechtsprechung hat im Laufe der Zeit zahlreiche Einzelkriterien für die Bestimmung des Invaliditätsbegriffes festgesetzt. Die wesentlichen Kriterien werden im folgenden dargestellt:

- a) Feststellung der Erwerbsminderung (Rolle der Gutachten)
- b) Aspekte des gesundheitlichen Zustandes
- c) Gesundheitliche Einschränkungen und deren Zumutbarkeit für die Dienstgeber
- d) Die Bedeutung des Arbeitsmarktes
- e) Mobilität der Arbeitnehmer/innen
- f) Einschränkungen hinsichtlich der Zumutbarkeit einzelner Beschäftigungen (inkl. Berufsschutz)
- g) Teilzeitarbeit und Verweisbarkeit

a) Feststellung der Erwerbsminderung

Nach Einreichung des Pensionsantrages beim zuständigen Pensionsversicherungsträger werden die Antragsteller zur Untersuchung vorgeladen. Allfällige privatärztliche Gutachten, die hiefür mitgebracht werden, stellen praktisch nur Hinweise für die Ärzte bei den Begutachtungsstellen der Träger

²⁷ Eine gleichlautende Bestimmung gilt für Angestellte (§ 273 Abs 1 ASVG).

²⁸ Für Selbständige gilt der Begriff der Erwerbsunfähigkeit: "Als erwerbsunfähig gilt der (die) Versicherte, der (die) infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner (ihrer) körperlichen oder geistigen Kräfte dauernd außerstande ist, einem regelmäßigen Erwerb nachzugehen." (§ 133 Abs 1 GSVG, § 124 Abs 1 BSVG)

dar. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit obliegt ausschließlich den Begutachtern der Träger. Die medizinischen Untersuchungen sind erfahrungsgemäß relativ gründlich.²⁹

Wenn im Falle einer Ablehnung des Antrages eine Klage gegen die Entscheidung der Pensionsversicherungsträger eingebracht wird, werden neuerlich Untersuchungen durch die vom Gericht bestellten beideten Sachverständigen durchgeführt. Auch in dieser Phase des Verfahrens stellen privatärztliche Gutachten kein Beweismittel dar.

Untersuchungen der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien über die gerichtsärztlichen Gutachten beim Schiedsgericht (1985) und beim Arbeits- und Sozialgericht Wien (1990, 1995) haben gezeigt, daß die Qualität der Gutachten sehr uneinheitlich ist und das Ergebnis der medizinischen Untersuchung in hohem Ausmaß vom untersuchenden Arzt abhängt. Die einzelnen Ärzte unterscheiden sich danach,

- welche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sie typischerweise verwenden,
- wieviele Kategorien von einzelnen Leistungsminderungen sie verwenden,
- wie häufig sie bestimmte Leistungsminderungen bei den Klägern feststellen und
- wie sie das Ausmaß einzelner Leistungsminderungen einschätzen (z.B. Gewichtsangaben bei zumutbaren Hebe- und Trageleistungen).³⁰

Fallweise werden auch im Rahmen eines stationären Aufenthaltes zusätzliche Gutachten eingeholt.

b) Aspekte des gesundheitlichen Zustandes

Neben den konkreten Leistungseinschränkungen spielen bei der Beurteilung allgemeine Fragen eine gewisse Rolle. Zwecks Abklärung der Leistungsfähigkeit sind im Detail u.a. folgende Fragen zu klären: In welchem Ausmaß sind Arbeiten im Sitzen, im Gehen oder Stehen möglich? Welche Hebe- und Trageleistungen können noch zugemutet werden? Wie steht es mit der Fingerfertigkeit? Können Arbeiten an exponierten Stellen (auf Leitern, an gefährlichen Maschinen etc.) geleistet werden? Sind Arbeiten unter (besonderem) Zeitdruck möglich? Wie steht es mit Arbeiten im Bücken? usw.

Die Klärung dieser Fragen kann von Bedeutung sein, wenn es darum geht, ob jemand noch bestimmte Tätigkeiten innerhalb eines möglich erscheinenden Verweisungsberufes ausüben kann.

Generell von Bedeutung sind folgende Feststellungen der Obergerichte. Als invalid gilt,

- wer eine Tätigkeit nur unter Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausüben kann,
- wer eine Tätigkeit nur unter Schmerzen oder besonderer Überwindung ausüben kann,
- wenn Gehleistungen von 100 m nur mehr nach einer Pause von 10 bis 15 Minuten wiederholt werden können oder wenn jemand pro Arbeitstag maximal 4 mal 200m gehen kann,
- wer nicht mehr imstande ist, eine regelmäßige Arbeitszeit einzuhalten, also gezwungen ist, längere als üblichen Arbeitspausen einzuhalten,
- wenn die Einhaltung der wegen des Leidenszustandes vorgeschriebenen Diät unmöglich ist,

²⁹ Die Antragsteller werden jedoch in der Regel nicht über die festgestellten Einschränkungen informiert. Dies ist wohl einer der Gründe für die Vielzahl erfolgloser Rechtsmittelverfahren bzw. auch der langen Verfahrensdauer (alle Untersuchungen werden wiederholt, obwohl einzelne Fragen vielleicht gar nicht strittig wären).

³⁰ Vgl. Wörister, K. 1986, Marischka, Chr 1992 und Wörister/Marischka 1995. Forderungen, die daraus resultieren, sind: Standardisierung der Gutachten (Checkliste), arbeitsmedizinische Ausbildung bzw. verbesserte Ausbildung der Gutachter, Beiziehung der behandelnden Ärzte.

- wenn Krankenstände von mehr als 6 Wochen pro Jahr zu erwarten sind,
- wenn epileptische Anfälle mehr als 1 bis 2 mal monatlich zu erwarten sind.

Weiters muß Alkoholismus im Grad einer unbeherrschbaren Süchtigkeit berücksichtigt werden.

Nicht Berücksichtigung finden persönliche Umstände. Dazu gehören etwa

- Nichtvereinbarkeit von Berufstätigkeit und Haushaltspflichten,
- fehlende Sprachkenntnisse (bei Gastarbeitern),
- der Umstand, daß der Versicherte über (k)ein Kraftfahrzeug verfügt.

Manchmal kann mit Hilfe von Operationen und Heilbehandlungen die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden. Inwieweit derartige Behandlungen zumutbar sind, hängt von den damit verbundenen Gefahren, Schmerzen, Erfolgsaussichten, der Schwere des Eingriffes und seiner Folgen ab. Dies muß jeweils von Fall zu Fall entschieden werden.

c) Gesundheitliche Einschränkungen und deren Zumutbarkeit für Dienstgeber

Aus dem obigen Überblick ist ersichtlich, daß die Rechtsprechung bereits Grenzen dahingehend gezogen hat, was Arbeitgebern zugemutet bzw. nicht zugemutet werden kann, wie etwa die Dauer von zu erwartbaren Krankenständen, der Anzahl von erwartbaren epileptischen Anfällen, bestimmte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (die zwar in bestimmten Berufen nicht relevant sein mögen, aber die Einsatzbarkeit der Arbeitnehmer einschränken). Faktisch handelt es sich um eine mehr oder weniger realistische Einschätzung von Vermittlungshindernissen auf dem Arbeitsmarkt.

Grundsätzlich wird von den Arbeitgebern kein besonderes Entgegenkommen erwartet. So gilt jemand als invalid, wenn ein Pensionswerber eine von ihm ausgeübte Beschäftigung nur versehen kann, weil der Dienstgeber die normalerweise zu stellenden Anforderungen nachsieht.

Dies ist Ausdruck einer Wirtschaftsordnung, in der von Unternehmen soziale Verantwortung nicht verbindlich erwartet wird. Dies bedeutet auch, daß eine Vielzahl von Invaliditätspensionisten einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnten, wenn man am Arbeitsplatz ein gewisses Entgegenkommen von Seiten der Dienstgeber (und Kollegen und Kunden) erwarten könnte.

Wie in den nächsten Punkten gezeigt wird, sind hingegen die Erwartungen an arbeitswillige erwerbsgeminderte Personen weitaus größer.

d) Arbeitsmarkt und Invalidität

Eines der zentralen Probleme vieler Antragsteller auf eine Invaliditätspension ist, daß sie keinen Arbeitsplatz finden, der ihrer Leistungsfähigkeit entspricht. Zumeist handelt es sich auch noch um ältere Arbeitnehmer, deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt bekanntlich besonders schlecht sind. Vorurteile von Dienstgebern und die zumeist begrenzte Einsatzfähigkeit der Betroffenen machen die Arbeitssuche zu einem erfolglosen Unternehmen.

Die Rechtsprechung hat stets klar zwischen den Tatbeständen "Arbeitslosigkeit" und "Invalidität" unterschieden. Die Chance, einen Arbeitsplatz zu finden, ist grundsätzlich kein Kriterium für die Zuerkennung der Invaliditätspension. Da jedoch in der Realität bzw. in den Erfahrungen der Betroffenen ein enger Zusammenhang zwischen geminderter Arbeitsfähigkeit und Arbeitslosigkeit gesehen wird, wird die Beurteilung durch die Rechtsprechung als "abstrakt" bezeichnet. Das

Korrelat zu dieser abstrakten Betrachtungsweise stellen zwei verschiedene Institutionen im System der sozialen Sicherheit dar: die Arbeitslosenversicherung und die Pensionsversicherung (Arbeitsmarktservice und Pensionsversicherungsträger).

Allerdings werden in der Rechtsprechung auch einige konkrete Aspekte berücksichtigt. Wenn etwa jemand nur mehr einem Beruf bzw. einer Tätigkeit nachgehen kann, für den/die es überhaupt zu wenig Arbeitsplätze in Österreich gibt, dann wird der/die Betroffene nicht mehr darauf verwiesen und gilt daher als invalid. Die Grenze liegt etwa bei 100 Arbeitsplätzen in Österreich. Wenn es deutlich mehr als 100 Arbeitsplätze gibt (egal, ob frei oder besetzt) und diese Tätigkeit gesundheitlich noch zumutbar ist, dann liegt keine Invalidität vor.

Manche Tätigkeiten sind ausschließlich dem anderen Geschlecht vorbehalten. In diesen Fällen kann jemand nicht darauf verwiesen. Auch hier gilt: Deutlich mehr als 100 von Arbeitnehmern des eigenen Geschlechts besetzte Arbeitsplätze reichen aus, um jemanden darauf zu verweisen.³¹

e) Von erwerbsgeminderten Arbeitnehmer/innen erwartete Mobilität

Wie bereits aus dem Vorgegangenen deutlich wurde, erstreckt sich die Verweisbarkeit auf das gesamte Bundesgebiet. Entscheidend ist, ob jemand bei einem gegebenen Leistungsvermögen - unter Berücksichtigung des Berufs- bzw. Tätigkeitsschutzes - theoretisch noch Tätigkeiten ausüben kann, die in Österreich in ausreichender Zahl auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind.

Zentrale Probleme für die Betroffenen sind hierbei in der Praxis die Frage der Wohnungskosten bei Wohnsitzwechsel oder Kosten für eine allfällige Zweitwohnung und Einschränkungen des Familienlebens. So wird auch von verheiratete Personen mit zu betreuenden Familienangehörigen erwartet, daß sie sich um eine Arbeit in einem anderen Bundesland bemühen.

Dies alles ist besonders gravierend, wenn man bedenkt, daß die Dauer einer Beschäftigung zumeist nicht vorhersehbar ist, aber möglicherweise beträchtliche Kosten für den Wohnsitzwechsel anfallen.

In der Arbeitslosenversicherung wird ein Teil dieses Personenkreises als "schwer vermittelbar" qualifiziert und entsprechend den zustehenden Leistungen versorgt (nach Ablauf des Arbeitslosengeldes nur bei Bedürftigkeit). Im Jahresdurchschnitt 1998 wurden etwa 40.000 Arbeitslose aufgrund physischer oder psychischer Behinderung als schwervermittelbar ausgewiesen (knapp jede/r fünfte Arbeitslose).

f) Zumutbarkeit von einzelnen Beschäftigungen (inkl. Berufsschutz)

Ein Ziel des österreichischen Pensionsrechts ist die Sicherung des Lebensstandards. Ein Aspekt ist hierbei auch der Schutz vor sozialem Abstieg. Wer aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes seine bisherige Tätigkeit nicht mehr weiter ausüben kann, gilt als invalid, wenn eine Weiterbeschäftigung im Rahmen einer anderen Tätigkeit mit einem sozialen Abstieg verbunden wäre. Dies soll durch folgende Regelungen gesichert werden:

Facharbeiter und angelernte Arbeiter dürfen auf keinen anderen Beruf verwiesen werden. Wer aufgrund des Gesundheitszustandes innerhalb seines Berufes - unter Berücksichtigung einzelner Teilberufe innerhalb des Berufsbildes - nicht mehr arbeitsfähig ist, gilt als invalid. Bei angelernten

³¹ Vgl. OGH vom 12.3.1991, 10 Ob S66/91

Arbeitern wird geprüft, ob sie alle wesentlichen Kenntnisse erworben haben, die ein Facharbeiter im Rahmen seiner Ausbildung erwerben muß. Wenn sie diese Bedingung nicht erfüllt haben, gelten sie als Hilfsarbeiter.

Angestellte können aufgrund der ständigen Rechtsprechung nur auf Tätigkeiten verwiesen werden, die maximal eine Verwendungsgruppe unter der bisherigen liegen.³² Im Unterschied zu den Arbeitern orientiert sich der Vergleich nicht an der in den letzten 15 Jahren ausgeübten Tätigkeit, sondern am zuletzt ausgeübten Beruf. Bei Angestellten, die Arbeitertätigkeiten ausgeübt haben (Arbeiter mit Angestelltenvertrag), wird der Invaliditätsbegriff für Arbeiter herangezogen.

Dienstunfähigkeit und Invalidität bei Knappen: Bergarbeiter, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, ihre bisherige Tätigkeit (oder andere im wesentlichen gleichartige Tätigkeit) weiter auszuüben bzw. deswegen eine Einkommensminderung von mehr als 20% hinnehmen müßten, gelten als dienstunfähig. Es handelt sich hierbei um eine Art Teilinvalidität. Diese Personen haben bis zum Anfall einer *Knappschaftsalterspension* Anspruch auf eine *Knappschaftspension*. Zumeist üben sie eine andere Beschäftigung aus oder beziehen Leistungen wegen Arbeitslosigkeit. Ansonsten gilt der Invaliditätsbegriff für Arbeiter.

Personen ab vollendetem 55. (Frauen) bzw. 57. Lebensjahr (Männer):

Wer in den letzten 15 Jahren eine gleiche oder gleichartige Tätigkeit ausgeübt hat und die entsprechenden Wartezeitbestimmungen erfüllt, kann auf keine andere Tätigkeit mehr verwiesen werden. Gleichartig ist eine Tätigkeit dann, wenn sie im wesentlichen ähnliche psychische und physische Anforderungen an die Handfertigkeit, Intelligenz, an Kenntnisse für die überwiegend ausgeübte Tätigkeit, Umsicht, Verantwortungsbewußtsein, Körperhaltung, Durchhaltevermögen, Schwere der Arbeit und auch an die Konzentration stellen. Seit 1988 wird in der Rechtsprechung betont, daß die Gleichartigkeit in den Kernbereichen der Tätigkeit gegeben sein muß; Unterschiede in den Randbereichen sind unbedeutend, wenn sie nicht typischerweise mit einer Tätigkeit verbunden ist.

Diese Bestimmung wurde aus arbeitsmarktpolitischen Gründen geschaffen. Sie orientierte sich an einer analogen Regelung für ab 55jährige Selbständige; für diese gab es bereits seit längerer Zeit eine solche Sonderregelung.

Hilfsarbeiter, die jünger als 55/57 Jahre sind bzw. die besonderen Bedingungen bei Älteren nicht erfüllen, gibt es keinen Tätigkeitsschutz. Falls sie gesundheitlich in der Lage sind, irgendeine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt auszuüben, haben sie keinen Anspruch auf eine Invaliditätspension.

Invalidität nach Rehabilitationsmaßnahmen: Anspruch auf eine Invaliditätspension besteht auch dann weiter, wenn durch Rehabilitationsmaßnahmen durch die Pensions- oder Unfallversicherung

³² In den Angestellten-Rahmenkollektivverträgen werden die Tätigkeitsbereiche von Angestellten in 6 Verwendungsgruppen aufgegliedert. Diese stellen eine hierarchische Ordnung hinsichtlich des Einkommens und des sozialen Status dar.

die Fähigkeit zur Ausübung eines neuen Berufes erworben wurde. Erst wenn insgesamt eine wesentliche Besserung erreicht wurde und der alte Beruf wieder ausgeübt werden könnte, fällt die Pension weg. Seit 1.7.1993 (51.ASVG-Novelle) fällt die Pension jedoch auch im neuen Beruf weg, wenn

- a) das Einkommen daraus das doppelte der Bemessungsgrundlage beträgt und
- b) das Einkommen die Höchstbeitragsgrundlage überschreitet. Wenn das Einkommen wieder unterhalb dieser Grenzen zu liegen kommt, dann lebt sie - nach erstatteter Anzeige - wieder auf. Die relativ großzügige Regelung nach erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen ist ein Beitrag zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

g) Teilzeitarbeit und Verweisbarkeit

Wer vollzeitbeschäftigt ist, kann aufgrund der Rechtsprechung auch auf eine Teilzeitbeschäftigung verwiesen werden, wenn dadurch die Hälfte des Entgelts erzielt werden kann, „das ein gesunder Versicherter durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.“³³ Allerdings handelt es hier nur eine Entscheidung eines Gerichtes 1.Instanz; Oberlandesgerichte und der Oberste Gerichtshof haben hiezu noch nicht Stellung bezogen. In der Praxis dürfte diese Rechtsprechung derzeit keine große Bedeutung haben.

h) Abschließende Anmerkungen

Neben den versicherungsrechtlichen Bestimmungen sind für die Zuerkennung einer Invaliditätspension eine Reihe Kriterien entscheidend, die in der Rechtsprechung der Obergerichte entwickelt wurden. Ein wesentliches Merkmal dieser Entscheidungen ist, daß sie einer abstrakten Betrachtungsweise folgen.

Sie abstrahieren *erstens* von der realen Bewertung erwerbsgeminderter Menschen auf dem Arbeitsmarkt. Das Restleistungsfähigkeit wird in der rechtlichen Praxis höher bewertet als in der sozialen Wirklichkeit. *Zweitens* wird auch von der Möglichkeit abstrahiert, eine (Zweit-)Wohnung zu vertretbaren Kosten zu finden. Die Rechtsprechung geht von einer Mobilität aus, die oft über die realen Möglichkeiten der Betroffenen hinausgeht (soweit sich diese nicht total verschulden wollen)³⁴. Die Rechtsprechung wäre nur bei einer geänderten Einstellung gegenüber behinderten Personen und anderen Gegebenheiten auf dem Wohnungsmarkt aber auch bei Kinderbetreuungseinrichtungen realistisch.

Bemerkenswert ist auch, daß sich der Schutz vor sozialem Abstieg an einfachen schematischen Kriterien orientiert. Es stellt sich hierbei die Frage, ob sie der heutigen Wirklichkeit noch ausreichend entsprechen. Insbesondere ist hier an die Rolle des Einkommens zu denken, das ein wichtiger Indikator für den sozialen Status ist und der nur teilweise mit der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe korreliert.

³³ Landesgericht Feldkirch 23.1.1996, 33 Cgs 112/95.

³⁴ Die Rechtsprechung nimmt diesbezüglich zwar auf die gesundheitlichen Möglichkeiten (eines Wohnortwechsels) aber nicht auf die finanziellen Möglichkeiten Rücksicht.

Wartezeit für die Invaliditätspension

Die erforderliche Versicherungsdauer hängt vor allem vom Alter der Betroffenen ab. Für jüngere Invalide sind weniger Versicherungszeiten erforderlich als für ältere:

- Wer vor Vollendung des 27. Lebensjahres invalid wird, braucht nur 6 Versicherungsmonate nachzuweisen³⁵; Zeiten der freiwilligen Selbstversicherung (Möglichkeit hierfür ab 1.1.1992 aufgrund der 50.ASVG-Novelle als Einstiegsversicherung) zählen hierbei nicht.³⁶
- Danach sind bis zur Vollendung des 50.Lebensjahres 5 Versicherungsjahre (60 Versicherungsmonate) erforderlich; diese Zeiten müssen aber innerhalb der letzten 10 Jahre liegen.
- Ab Vollendung des 50. Lebensjahres erhöht sich die erforderliche Versicherungsdauer um jenen Zeitraum, um den die Pension nach diesem Lebensalter beansprucht wird. Beispiel: Wer zu seinem 54.Geburtstag eine Invaliditätspension beantragt, muß 9 Versicherungsjahre nachweisen.

Diese Zeiten müssen innerhalb einer doppelt so langen Rahmenfrist liegen (im Beispiel: zwischen dem vollendeten 36. und 54.Lebensjahr).³⁷ Mit Erreichung des 60.Lebensjahres müssen 15 Versicherungsjahre innerhalb der letzten 30 Jahre nachgewiesen werden. Es handelt sich hier um eine Altersgrenze, die für Männer und Frauen gleich geregelt ist.

- In der seit 1.7.1993 bestehenden *vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit* wurde die erforderliche Versicherungsdauer für jene, die ab Vollendung des 55. Lebensjahres invalid werden (ab Herbst 1996: 57.Lebensjahr bei Männern), in der Regel auf 10 Versicherungsjahre begrenzt (mit Rahmenfrist: die Zeiten müssen innerhalb der letzten 20 Jahre liegen), seit Herbst 1996 sind jedoch 15 Beitragsjahre (innerhalb der letzten 30 Jahre) erforderlich. Im Unterschied zur Invaliditätspension müssen jedoch noch zwei zusätzliche Bedingungen erfüllt sein: a) Innerhalb der letzten 15 Jahre muß in mindestens der Hälfte der Beitragsmonate eine gleiche oder gleichartige Beschäftigung ausgeübt worden sein³⁸ und b) innerhalb der letzten 15 Jahre müssen 6 Jahre der Pflichtversicherung vorliegen (d.i. bei Beschäftigten). Diese Pension ist auch mit einem großzügigeren Invaliditätsbegriff verbunden (siehe weiter unten).
- Keinerlei Wartezeit ist für Invaliditätspensionen erforderlich, wenn die Invalidität Folge eines Arbeitsunfalles, einer anerkannten Berufskrankheit oder einer Dienstbeschädigung beim Bundesheer ist.

Wesentliche Veränderungen in den Wartezeitbestimmungen wurden mit der 40.ASVG-Novelle (1984) beschlossen.

³⁵ Diese Zeit gilt im Gesetz nicht als "Wartezeit"

³⁶ Diese Zeiten gelten generell nicht für die Wartezeit. Vgl Wörister 1995.

³⁷ Diese Rahmenfristen können sich jedoch - wie bei Alterspensionen - um "neutrale Zeiten" verlängern, wie z.B. Zeiten der Arbeitslosigkeit ohne Arbeitslosengeldbezug.

³⁸ Die Bedeutung dieser Regelung wird weiter unten näher erläutert.

Sonderregelungen für die Berechnung der Invaliditätspensionen

Die Höhe der Invaliditätspension wird ebenso berechnet wie die Alterspension. Dies bedeutet, daß sie von der Versicherungsdauer und dem Einkommen im Bemessungszeitraum abhängt.

Für jüngere Invalide gibt es jedoch eine Sonderregelung. Bis 30.6.1993 gab es folgenden "Zurechnungszuschlag" (§ 261 Abs 2): Wenn die Invaliditätspension vor Erreichung des vollendeten 50. Lebensjahres anfiel, wurde der - sich aus der Versicherungsdauer ergebende Steigerungsbetrag³⁹ - auf maximal 50% aufgestockt, wobei pro Jahr vor Vollendung des 50. Lebensjahres eine Erhöhung um 1,9% vorgesehen war⁴⁰.

Mit der Pensionsreform 1993 wurden sowohl der maximale Steigerungsbetrag als auch die Altersgrenze angehoben und eine zusätzliche Grenze eingezeichnet. Im einzelnen wurde festgesetzt:

- Fehlende Versicherungszeiten werden nun bis zum vollendeten 56. Lebensjahr berücksichtigt,
- der sich daraus ergebende Steigerungsbetrag darf 60% nicht übersteigen und
- der Zurechnungszuschlag wird nur in dem Ausmaß gewährt als die Summe von Pension + allfälliges Erwerbseinkommen die Höhe der Bemessungsgrundlage unterschreiten.⁴¹
- Bei vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit ist kein Zurechnungszuschlag vorgesehen.

Im Herbst 1996 wurde die Pensionsberechnung neu geregelt. Die Reform sah durch eine Art von Abschlägen Anreize für eine Erhöhung des Pensionsalters (auch Invaliditätspensionen!) vor. Die einzelnen Regelungen wurden jedoch derart kompliziert und intransparent ausgestaltet, daß eine Vereinfachung notwendig war. Diese erfolgte im Rahmen einer größeren Pensionsreform (1997), die ab dem Jahr 2000 schrittweise wirksam wird. Mit dieser Reform wurden u.a. Maßnahmen beschlossen, die auf eine weitere Anhebung des faktischen Pensionszugangsalters abzielten.

Ab dem Jahr 2000 gilt allgemein ein Steigerungsbetrag von 2% pro Jahr (Alters- und Invaliditätspensionen). Wird jedoch die Pension vor Erreichung des gesetzlichen Pensionsalters (Frauen: 60, Männer: 65) angetreten, verringert sich der Steigerungsbetrag um 2 Prozentpunkte pro Jahr, maximal jedoch um 15% des ursprünglichen Steigerungsbetrages.⁴² Hier gilt allerdings eine Sonderregelung für Invaliditätspensionen: Der jährliche Steigerungsbetrag beträgt mindestens 1,8%, soweit der gesamte Steigerungsbetrag maximal 60% beträgt.

³⁹ 1,9% der Bemessungsgrundlage pro Versicherungsjahr für die ersten 30 Jahre.

⁴⁰ Diese Regelung war ein Ersatz für den in der 40. ASVG-Novelle (1984) abgeschafften "Grundbetrag" und "Grundbetragszuschlag".

⁴¹ Als Faustregel gilt, daß die Bemessungsgrundlage bei üblichen Einkommensverläufen (vor allem bei Männern anwendbar) etwa 10% unter dem letzten Erwerbseinkommen liegt. Zu berücksichtigen ist, daß generell Brutto-Einkommen verglichen werden.

⁴² Beispiel: Eine Frau geht mit 55 Jahren in Pension und kann 30 Versicherungsjahre nachweisen (etwa bei einer vorzeitigen Alterspension wegen Arbeitslosigkeit oder wegen geminderter Arbeitsfähigkeit). Dies ergibt vorerst einen Steigerungsbetrag von $30 \text{ mal } 2 = 60\%$. Pro vorgezogenes Jahr (insgesamt 5 Jahre vor dem regulären Pensionsalter) werden $5 \text{ mal } 2$ Prozentpunkte abgezogen = 10 Prozentpunkte. Da diese 10 Prozentpunkte einer Verminderung von 16,7% entsprechen würden, aber eine Begrenzung von 15% vorgesehen ist, reduziert sich der ursprüngliche Steigerungsbetrag (60%) nur um 15% (= 9 Prozentpunkte). Die Pension beträgt in diesem Fall 51% der Bemessungsgrundlage. Mit dieser Sonderregelung wurde vor allem Personen mit kurzer Versicherungsdauer (meist Frauen) entgegengekommen.

Tabelle 1: Gesamter Steigerungsbetrag*) (ab 2000):

Versicherungsjahre	Zugangsalter/Invaliditätspensionen					Alterspensionen	
	20	30	40	50	55	55/60**)	60/65
5	60	55,8	37,8	19,8	-	-	-
10		60	46,8	28,8	19,8	-	-
15		60	55,8	37,8	28,8	25,5	30
20			60	46,8	37,8	34	40
25			60	55,8	46,8	42,5	50
30				60	55,8	51	60
35				60	60	60	70
40					70	70	80

*) Pensionshöhe=Steigerungsbetrag mal 1/100 der Bemessungsgrundlage (=Durchschnittseinkommen der 15 „besten“ Jahre, falls weniger: Durchschnittseinkommen)

**) Vorzeitige Alterspensionen (inkl. wegen geminderter Arbeitsfähigkeit).

Insgesamt ergibt sich aus den geltenden und neuen Bestimmungen, daß Invaliditätspensionist/innen in der Regel mit einer geringeren Einkommensersatzrate rechnen müssen als Alterspensionist/innen. Dies belegen auch die Daten des Hauptverbandes bzw. des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales:

Tabelle 2: Nettopension in % des letzten Nettoeinkommens (Neuzugänge 1997, Unselbständige) (Durchschnitte):

	Alterspensionen*)	Invaliditätspensionen**)
Männer	84 %	76 %
Frauen	75 %	66 %

*) inkl. vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit

***) ohne vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit

1997 lag die mittlere neue Invaliditätspension eines männlichen Arbeiters mit öS 11.922 monatlich (Median, brutto, ohne zwischenstaatliche Pensionen) um 25% unter dem Niveau der entsprechenden Alterspension männlicher Arbeiter (öS 15.859).

Grundsätzlich wäre hier die Frage zu stellen, ob dieser Berechnungsmodus nicht eine Diskriminierung behinderter Menschen darstellt.⁴³ Insbesondere ist auch noch zu bedenken, daß Personen, die in jüngeren Jahren invalid werden, Einkommenschancen nicht realisieren konnten und sich dies schon als solches in der Bemessungsgrundlage niederschlägt - und damit auch auf das Pensionsniveau.

⁴³ Vgl. Tàlos/Wörister 1994, S. 159ff.

Zeitliche Befristung von Invaliditätspensionen

Seit 1996 sollen die Invaliditätspensionen aufgrund des Gesetzes in der Regel zeitlich befristet werden (maximal 24 Monate), es sei denn, daß „auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes dauernde Invalidität anzunehmen ist“ (§ 256 Abs 2). Bei weiter bestehender Invalidität wird die Pension weiter gewährt werden, wenn innerhalb von 3 Monaten ein Antrag auf Weitergewährung gestellt wird (§ 256). Faktisch werden Invaliditätspensionen weiterhin überwiegend unbefristet gewährt; schließlich handelt es sich meist um chronische Leiden bzw. um ältere Personen (siehe weiter unten).

Neben dieser im vorhinein befristet gewährten Pension kann auch eine dauernd gewährte Invaliditätspension wieder entzogen werden, wenn die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Wenn diese in der Wiederherstellung des körperlichen oder geistigen Zustandes bestehen, fällt die Pension nach Ablauf des Monats weg, der auf die Zustellung des Bescheides folgt (§ 99 Abs 3). Auf Grund der ständigen Judikatur muß eine "wesentliche" Besserung eingetreten sein (Teschner/ Widlar 1974, S.580f). 1997 wurden von den Pensionsversicherungsträgern 500 Invaliditätspensionen wieder entzogen (Sozialrechtsstatistik des Hauptverbandes).

Rechtsweg

So wie alle übrigen Bescheide der Sozialversicherungsträger können auch ablehnende Bescheide bzw. Entziehungen von den Betroffenen bekämpft werden. Es besteht die Möglichkeit innerhalb von 3 Monaten nach Zustellung des Bescheides eine Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht einzubringen. Dadurch tritt der Bescheid (im Umfang des Klagebegehrens) außer Kraft⁴⁴. Weitere Rechtsinstanzen sind das Oberlandesgericht (Berufung) und der Oberste Gerichtshof (Revision).

1997 wurden von den Pensionsversicherungsträgern 15.000 Invaliditätspensionen zuerkannt und 22.000 Anträge abgewiesen. Dies bedeutet, daß etwa 4 von 10 Anträgen im Sinne der Antragsteller entschieden wurden. Von den Abgewiesenen ging – wie in den Vorjahren – etwa jede/r zweite in die nächste Instanz (Sozialgericht). Dort war nur jede/r vierte Kläger/in erfolgreich.

Etwas günstiger ist die Situation bei jenen, die eine *vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit* beantragt haben. Hier wurden drei Viertel der Anträge zugunsten der Antragsteller entschieden (13.000 Zuerkennungen, 4.000 Abweisungen). Auch jene, die gegen die Abweisung klagten, waren beim Sozialgericht erfolgreicher (6 von 10).

⁴⁴ Ein Problem im Rahmen des Verfahrens stellen die wenig informativen Bescheide der Pensionsversicherungsträger dar. Diesen Bescheiden sind kaum Details über die Ablehnungsgründe zu entnehmen. Aufgrund dieses Umstandes muß das Verfahren beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht breit aufgerollt werden. Neben der Prüfung der rechtlichen Aspekte werden auch alle medizinischen Untersuchungen wiederholt. Diese wären jedoch größtenteils überflüssig, wenn die abgewiesenen Antragsteller über die festgestellten Einschränkungen der Erwerbsminderung informiert würden.

2. Entwicklung der rechtlichen Bestimmungen

Für die weitere Entwicklung der Invaliditätspensionen waren zwei Reformen bedeutsam, die anfang der 60-er Jahre beschlossen wurden:

a) Mit der Einführung der *vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer* im Jahr 1961 sollte u.a. der hohen Zahl von Invaliditätspensionen (vor allem innerhalb der Arbeiter) begegnet werden. Wer 35 Versicherungsjahre nachweisen konnte und zuletzt beschäftigt war, konnte 5 Jahre vor dem normalen Pensionsalter (Frauen: 60, Männer: 65) in Pension gehen.⁴⁵ Wenngleich es sich hier um keine Änderung von rechtlichen Bestimmungen bei Invaliditätspensionen handelte, steckte hinter dieser Entscheidung doch die pauschale Annahme, daß eine derart lange Erwerbstätigkeit zu einem gesundheitlichen Verschleiß führt.⁴⁶

b) Ab 1962 wurde für Facharbeiter (und angelernte Arbeiter) der "Berufsschutz" eingeführt. Seither können qualifizierte Arbeiter nicht mehr auf Hilfsarbeitertätigkeiten verwiesen werden. Es handelte sich um eine Anpassung an eine ähnliche, bereits bestehende, Regelung bei Berufsunfähigkeitspensionen (Angestellte).

Tätigkeitsschutz für Ab55jährige ab 1981

Die nächste größere wesentliche Rechtsänderung erfolgte 1980 (wirksam ab 1981) für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben. Mit dieser Reform wurde auch eine Art Berufsschutz für Hilfsarbeiter geschaffen, die innerhalb der letzten 15 Jahre überwiegend eine gleiche oder gleichartige Tätigkeit ausgeübt haben. Sie können seither bei Vorliegen der entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen auf keine andere Tätigkeit mehr verwiesen werden. Damit wurde zugleich der sich verschlechternden Arbeitsmarktsituation für ältere Arbeitnehmer Rechnung getragen.⁴⁷

Voraussetzung für die Wirksamkeit dieses speziellen Tätigkeitsschutzes war das Vorliegen von 180 (bemessungswirksamen⁴⁸) Versicherungsmonaten. Diese Regelung war somit strenger als bei den übrigen Invaliditätspensionen. Damals waren in dieser Altersgruppe hierfür 5 - 8 Versicherungsjahre erforderlich und ab 1985 wurde dann die Wartezeit schrittweise auf 10 (55jährige) bis 15 Jahre (60jährige) angehoben (näheres siehe weiter unten).

Die Regelung galt ursprünglich nur für Hilfsarbeiter. Sie wurde 1983 (39. ASVG-Novelle, wirksam ab 1.1.1984) auf angelernte Arbeiter und Facharbeiter ausgeweitet.

Mit der Pensionsreform 1993 wurde diese besondere Bestimmung für ältere Invalide in eine eigene Alterspension für Ab55-jährige (*vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit*) übergeführt. Anders als bei der alten Regelung fällt diese Pension jedoch weg, wenn eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, bei der ein Einkommen oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze erzielt wird. Außerdem waren für diese Pension vorerst generell nur mehr 10 Versicherungsjahre (innerhalb einer

⁴⁵ Daneben sind noch einige andere Voraussetzungen erforderlich (gewesen), auf die hier nicht näher eingegangen wird.

⁴⁶ Es soll durch diese neue Alterspension die Möglichkeit eröffnet werden, daß der (die) Versicherte bei langer Versicherungsdauer und großer Dichte des Versicherungsverlaufes in der letzten Zeit vor dem vollendeten 65. bzw. 60. Lebensjahr ohne vorherige ärztliche Untersuchung ... in den Pensionsbezug gelangen kann." Aus: Teschner, H./Widlar, P. a.a.O., S. 1279.

⁴⁷ Zu erwähnen wäre hier, daß ein Jahr davor die allgemeine Sonderunterstützung geschaffen wurde; diese ermöglichte - bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (vor allem auf Arbeitslose zugeschnitten) - eine Art vorzeitiger Pensionierung ab dem vollendeten 54. (Frauen) bzw. 59. (Männer) Lebensjahr. Diese Art des Vorruhestandes wurde jedoch inzwischen weitgehend beseitigt.

⁴⁸ Ein Teil der Ersatzzeiten zählt nur für die Wartezeit aber nicht für die Höhe der Leistung.

Rahmenfrist von 20 Jahren) erforderlich. Diese Reform hat in der Folge zu einer beträchtlichen Verwirrung über die Entwicklung der „Frühpensionen“ geführt (Problem der Statistik, siehe weiter unten).

Änderung der Wartezeitbestimmungen

Bis 1984 waren für den Pensionsanspruch 5 Versicherungsjahre innerhalb der letzten 10 Jahre erforderlich, wenn der Versicherungsbeginn vor Vollendung des 50. Lebensjahres lag. Wenn der erste Versicherungsmonat danach lag, mußten 8 Versicherungsjahre nachgewiesen werden.

Aufgrund dieser Regelung konnten auch ältere Menschen mit einer vergleichsweise kurzen Versicherungsdauer einen eigenen Pensionsanspruch erwerben. Dies kam vor allem Frauen (etwa in der Landwirtschaft nach Übergabe des Betriebes durch den Ehegatten) und einzelnen Beschäftigtengruppen (etwa pragmatisierten Eisenbahnern nach deren Pensionierung zumeist ab vollendetem 53. Lebensjahr⁴⁹) zugute. 1984 wurden diese Bestimmungen verschärft. Bei Erreichung des 60. Lebensjahres sind nun ebenso viele Versicherungszeiten wie für die Alterspension erforderlich (15 Jahre).

Ab 1.4. 1991 kein Pensionsanfall bei aufrechtem Dienstverhältnis

Aufgrund des Sozialrechtsänderungsgesetzes 1991 (BGBl Nr 157/91) darf bei Pensionsantritt in der Regel keine Pflichtversicherung bestehen. Früher konnte eine Invaliditätspension grundsätzlich auch bei aufrechtem Dienstverhältnis (zumeist während des Krankenstandes) anfallen. Nach dieser neuen Bestimmung fällt die Pension erst an, wenn das Dienstverhältnis aufgelöst wurde. Eine spätere Aufnahme einer Erwerbstätigkeit führt jedoch nicht zum Verlust der Pension.

3. Daten/Studien zur Invaliditätspension

Den Großteil der – kleineren und größeren - Studien hat der Autor selbst im Rahmen seiner Tätigkeit in der Arbeiterkammer gemacht bzw. daran mitgearbeitet.⁵⁰

Eine Problematik bei Analysen besteht darin, daß in Österreich die Invaliditätspensionen bis zum Tod als solche gezählt werden. Dazu kam noch, daß neuzugegangene Pensionen an Ältere seit 1993 als „vorzeitige Alterspension“ gelten. Dies hat in Österreich zu großer Verwirrung geführt, da diese Pensionen in Österreich gerne als „Frühpensionen“ bezeichnet werden.

Verwirrung aufgrund der Daten

Im Unterschied zu den Invaliditätspensionen gelten vorzeitige Alterspensionen in der Statistik nur bis zur Erreichung des regulären Pensionsalters (Frauen: 60, Männer: 65) als solche. Danach werden sie in „normale Alterspensionen“ umgewandelt. Dies gilt nun auch für die *vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit*.

⁴⁹ Auf diese Weise konnten sie im Rahmen einer kleineren Beschäftigung neben ihrer Eisenbahnpension zusätzlich einen ASVG-Pensionsanspruch erwerben.

⁵⁰ Z.B. Wörister 1982, Wörister 1986, Finder 1995, Tomandl/Mazal 1997, Obermayr u.a. 1991, Bundesarbeitskammer 1993, Wörister/Marischka 1997.

Da die nun steigende Zahl dieser Pensionen auch den „Frühpensionen“ zugeschlagen wird, stieg die Zahl dieser Pensionen in den letzten Jahren gewaltig an. Hinzu kam noch eine außergewöhnliche demografische Entwicklung. Aufgrund des starken Geburtenrückgangs in den 30er-Jahren und eines Geburtenbooms zwischen 1938 und 1942 stieg zwischen 1993 und 1998 die Zahl der 55-59jährigen um ca. 50% an. Zusätzlich verstärkt wurde die Entwicklung durch die neue Anrechnung von Kindererziehungszeiten ab 1993, die vielen Frauen eine frühere Pensionierung ermöglicht hat.

In der öffentlichen Diskussion über diese Entwicklung waren diese Faktoren viel zu wenig bewußt. Zugleich wurden die – nun weniger werdenden – Invaliditätspensionen ausgeblendet, über die man in den keine vergleichbaren Daten hatte. Diese Pensionen werden nur einmal jährlich nach Alter ausgewiesen (jeweils im Sommer für den letzten Dezember); die Daten sind daher nicht so aktuell wie die monatlichen Daten über die Zahl der einzelnen Personen und gehen daher in der Berichterstattung gerne unter.

Mit den vorangegangenen Anmerkungen soll darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Diskussion hierzulande aufgrund der Datenlage häufig sehr irrational geführt wird.

Im folgenden soll nun die Entwicklung der „Frühpensionen“ und der Invaliditätspensionen seit 1990 in Österreich dargestellt werden.

Aus Tabelle 3 wird deutlich, wie verwirrend Statistiken sein können. Sie zeigt aber die tatsächlichen Entwicklungen der einzelnen Pensionsarten. Besonders wichtig ist dabei auch die Unterscheidung nach Geschlecht. So ist die besonders starke Dynamik bei Frauen ersichtlich, bei denen die demografische Entwicklung (vorzeitige Alterspensionen zwischen 55 und 59 Jahren) und die Auswirkungen der neuen Anrechnung von Kindererziehungszeiten ins Gewicht fällt.

Tabelle 3: „Frühpensionen“ bzw. Invaliditätspensionen 1990/1997 (jeweils Dezember, Tsd.)

	Männer		Frauen	
	1990	1997	1990	1997
VAP/lange Versicherungsdauer	73,9	59,8	27,0	64,6
VAP/Arbeitslosigkeit	2,5	2,9	12,1	17,9
Gleitpensionen (ab Juli 1993)	-	0,5	-	0,7
VAP/geminderte Arbeitsfähigkeit (ab 93)	-	53,8	-	11,9
VAP insgesamt	76,4	117,0	39,1	95,1
„Invaliditätspensionen“/offiz Statistik*)	215,2	221,0	167,0	164,8
Invaliditätspensionen insgesamt**) (Frauen: bis 59, Männer: bis 64)	143,7	167,9	46,1	54,5
„Frühpensionen“ insgesamt***)	220,1	231,1	85,3	137,7
Invalidenanteil an „Frühpensionen“	65 %	73 %	54 %	40 %

VAP=vorzeitige Alterspension

*) „Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit“ bis zum Tod

**) „Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit“ (bis 59 bei Frauen, bis 64 bei Männern) und „vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit“

***) Alle Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (bis 59 bzw. 64) und vorzeitige Alterspensionen.

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen.

Innerhalb der Männer hat die demografische Entwicklung vor allem bei den Invaliditätspensionen insgesamt Wirkung gezeigt, da schließlich ein großer Teil der Invaliditätspensionen erst in dieser Altersgruppe anfällt. Frauen konnten wiederum aufgrund der größeren Zahl von Versicherungszeiten (Zeiten der Kinderbetreuung) verstärkt auf vorzeitige Alterspensionen ausweichen, wodurch der Invalidenanteil rückläufig war. Während bei Männern die Zahl aller „Frühpensionen“ in den 7 Jahren um 5% stieg, betrug bei Frauen die Steigerung 61%.

Insgesamt ist in diesem Zeitraum die Anzahl der Invaliditätspensionen (insgesamt) von 190.000 auf 222.000 gestiegen (+ 17%). Da in Österreich wie in anderen Staaten die Zunahme der Invaliditätspensionen in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitslosigkeit steht, ist hier wohl auch ein Vergleich mit dieser Entwicklung interessant.

Im Jahresdurchschnitt stieg die Zahl der Arbeitslosen zwischen 1990 und 1997 von 166.000 auf 233.000, was einer Zunahme von 40% entspricht. Deren Anzahl ist also in diesem Zeitraum wesentlich stärker gestiegen als die Zahl der Invaliditätspensionen.

Inklusive Beamte: Rund 260.000 Invaliditätspensionen (1997)

Nicht enthalten sind in diesen Daten die „Invaliditätspensionen“ bei Beamten. Hier liegen keine exakten Zahlen vor. Seit einigen Jahren errechnet jedoch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger alljährlich die Zahl aller Pensionen nach Alter, wobei jedoch bei den Beamtenpensionen ein Teil fehlt (Beamte einiger Bundesländer und Gemeinden ca. knapp 20%). Aus diesen Berechnungen geht hervor, daß 33.000 Beamte in den Altersgruppen bis 59 Jahren einen „Ruhegeuß“ beziehen. Diese Zahl entspricht in etwa den Pensionen wegen Invalidität, da für Beamte eine einheitliche Altersgrenze von 60 Jahren für die Altersleistung gilt. Berücksichtigt man die in dieser Zahl nicht enthaltenen Beamtengruppen, läßt sich sagen, daß es Ende 1997 in Österreich insgesamt rund 260.000 Invaliditätspensionen gab. Diese Zahl liegt also deutlich höher als die Zahl der Arbeitslosen.

Im folgenden sollen folgende Themen angeschnitten werden:

- Arbeitsmarkt und Invalidität
- Invalidisierungsrisiko (Alter, Gruppen von Erwerbstätigen, Regionen),
- Invaliditätsursachen (Krankheitsgruppen)

Arbeitsmarkt und Invalidität

Nach Berechnungen des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales sind 1997 ein Viertel (26%) der neuen InvaliditätspensionistInnen (insgesamt; nur unselbständig Erwerbstätige) aus der Arbeitslosigkeit heraus in Pension gegangen und weitere 25% bezogen Krankengeld.⁵¹ Bei ArbeiterInnen ist der Arbeitslosenanteil etwas höher, bei Angestellten etwas niedriger.

Nach einer Studie des BMAGS waren 1991 30% der von der Pensionsversicherung *abgewiesenen AntragstellerInnen* arbeitslos und 15% im Krankenstand. Waren 1991 noch 40% in einem Beschäftigungsverhältnis, waren 2 Jahre später nur mehr 17% in einem aufrechten Dienstverhältnis (gleiche Personengruppe) (Finder 1995, S. 118f.).

⁵¹ Ergebnis eigener Berechnungen anhand der Daten, die dem Autor zur Verfügung gestellt wurden. Die Daten wurden anhand von Pensionszugsangdaten von Herrn Stefanits (BMAGS) errechnet (Verwaltungsstatistik).

Aus diesen Daten ist ersichtlich, daß die Chancen dieser Gruppe (abgewiesene Antragsteller) auf einen Arbeitsplatz sehr gering sind.

Welche Auswirkungen Einschränkungen bei den Invaliditätspensionen auf den Arbeitsmarkt haben können, läßt sich an der Entwicklung 1996/1997 zeigen. Nach dem ab Oktober 1996 die Altersgrenze für vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bei Männern von 55 auf 57 Jahre hinaufgesetzt wurde, ist die (nationale) Arbeitslosenquote innerhalb der 55-59jährigen Männer von 10,4% (1996) auf 11,3% (1997) und 1998 weiter auf 12,7% angestiegen. Während die Zahl der neuzugegangenen Pensionen (vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit) zwischen 1996 und 1997 bei Männern (vor allem: Arbeiter) um 6.600 gesunken ist, stieg die Zahl der arbeitslosen Männer in der Altersgruppe der 55-59jährigen zwischen September 1996 und September 1998 um knapp 6.000 an (von 9.500 auf 15.200).

Erwerbstätigkeit von InvaliditätspensionistInnen

Die österreichische Pensionsversicherung kennt praktisch keine Teilinvalidität (Ausnahme: Bergarbeiter). Es ist aber möglich, während des Pensionsbezuges eine Erwerbstätigkeit auszuüben, etwa in einem Beruf, der nicht den „Berufsschutz“ begründet hat, im Rahmen von Teilzeitarbeit etc.. Deren Anteil ist jedoch sehr gering. Ende 1997 waren nach Berechnungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger bzw. eigenen Berechnungen auf Basis dieser Daten von den 162.000 InvaliditätspensionistInnen im Erwerbsalter⁵² 3.700 erwerbstätig (ohne geringfügige Beschäftigungsverhältnisse). Dies entspricht einem Anteil von 2,3% der InvaliditätspensionistInnen. Auffallend ist dabei, daß fast die Hälfte dieser Erwerbstätigen selbständig erwerbstätig waren (1.700).

Ab dem 1. Jänner 2001 gelten neue Regelungen für erwerbstätige PensionistInnen (§ 254 ASVG). Wenn dann ein Erwerbseinkommen erzielt wird, das über der Geringfügigkeitsgrenze liegt, gilt die Invaliditätspension als *Teilpension*. Zu einer Kürzung der Pension kommt es allerdings erst dann, wenn das Gesamteinkommen (Pension+Erwerbseinkommen) über öS 12.000,- liegt. Darüberliegende Einkommen werden mit 30% (bis öS 18.000,-), 40% (zwischen öS 18.000,- und öS 24.000,-) bzw. 50% (Einkommensteile über öS 24.000,- Gesamteinkommen) auf die Pension angerechnet. Diese Regelung entspricht einem progressiven Steuersatz zwischen 30% und 50%. Der entsprechende Anrechnungsbetrag darf jedoch 50% der Pension oder das Erwerbseinkommen nicht übersteigen.

Invalidisierungsrisiko

Eine Analyse der Daten zeigt, daß Invalidisierungsrisiko bei einzelnen Gruppen sehr unterschiedlich ist. Abgesehen davon, daß Ältere besonders häufig invalid werden, sind vor allem ArbeiterInnen und Bauern/Bäuerinnen sowie Personen in besonders belastenden Berufen besonders häufig von Invalidität betroffen.

Bezogen auf die Anzahl aller neuzugegangenen Eigenpensionen gingen 1998 60% der männlichen Arbeiter, aber nur 41% der männlichen Angestellten und der selbständig Erwerbstätigen (ohne Bauern) wegen Invalidität in Pension (Bauern: 54%). Innerhalb der Frauen nahmen die Bäuerinnen

⁵² Ohne vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit; bei diesen fällt die Pension weg, wenn eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, bei der das erzielte Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze liegt.

einen Spitzenplatz ein (47%), danach folgten Arbeiterinnen (27%), Selbständige (ohne Bäuerinnen) (22%) und Angestellte (15%).

Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen ergeben sich im wesentlichen aufgrund des unterschiedlichen gesetzlichen Pensionsalters. Vergleicht man das Invalidisierungsrisiko nach Altersgruppen (neue Invalide in % der Beschäftigten in einer Altersgruppe), dann zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der Krankenstandsstatistik: weibliche Angestellte sind eher krank bzw. werden häufiger invalid als ihre männlichen Kollegen, innerhalb der Arbeiter wiederum werden Männer etwas häufiger invalid als Arbeiterinnen. Dieses unterschiedliche Risiko wird im folgenden am Beispiel der 45-49jährigen für das Jahr 1995 gezeigt (Tabelle 4):

Tabelle 4: Krankenstandshäufigkeit und Invalidisierungsrisiko 1995
(45-49jährige ArbeiterInnen)

	Arb/M	Arb/F	Ang/M	Ang/F
Krankenstandstage pro Beschäftigte	23,7	22,7	10,2	13,8
Neue Invalide auf 10.000 Beschäftigte	127	111	44	58

Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen

Anmerkung: Derartige Berechnungen wurden vom Autor auch für frühere Jahre mehrmals erstellt; die Relationen zwischen den Gruppen blieben im wesentlichen unverändert.

Daten der Pensionsversicherungsanstalt der *Arbeiter* zeigen auch deutlich, daß der Anteil der Invaliditätspensionen bei einzelnen *Berufsgruppen* unterschiedlich ist. So lagen etwa 1997 bei den männlichen Arbeitern die Invaliditätsquoten innerhalb der neuzugegangenen Alterspensionen zwischen 71% (Chemiearbeiter) und 54% (öffentlicher Dienst), wenn man hierbei nur jene Gruppen berücksichtigt, bei denen mindestens 300 Arbeiter in Pension gingen (Alters- und Invaliditätspensionen) (Bundesarbeitskammer 1999). Besonders hoch ist auch der Invalidenanteil im Bereich der Fremdenverkehrsbetriebe (70%).

Daten aus dem Jahr 1992 zeigen auch, daß große *regionale Unterschiede* bestehen. Gingen innerhalb der männlichen Arbeiter in den östlichen Bundesländern Niederösterreich 43% und in Burgenland 47% wegen Invalidität in Pension, waren dies in den Fremdenverkehrsbundesländern Kärnten 75%, in Salzburg 73%, in Vorarlberg 70% und in Tirol 68% (eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter).

Invaliditätsursachen

1997 entfielen 70% der neuuerkannten Invaliditätspensionen auf 3 Krankheitsgruppen:

- 42% auf Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates
- 15% auf psychiatrische Krankheitsgruppen
- 13% auf Herz-Kreislaufkrankungen

Dieses Bild ergibt sich, wenn man die Neuzugänge aller Altersgruppen in der gesamten Pensionsversicherung betrachtet (inklusive vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit).

Die Struktur ist jedoch in den einzelnen Altersgruppen sehr verschieden. Anhand der detaillierten Jahresberichte der beiden größten Pensionsversicherungsträger (*PVA der Arbeiter, PVA der Angestellten*) läßt sich ermitteln, aus welchen gesundheitlichen Gründen in den einzelnen Altersgruppen Invaliditätspensionen zuerkannt werden. Eine derartige Berechnung wurde vom Autor für das Jahr 1995 angestellt (siehe Tabelle 5). Sie zeigt, daß etwa bei den Unter-29jährigen Invaliden 35% auf psychiatrische Leiden entfielen und 23% auf Unfälle; in der Gesamtheit aller Altersgruppen entfielen hingegen nur 13% auf psychiatrische Leiden und 3% auf Unfälle. Innerhalb der Ab55jährigen, auf die mehr als die Hälfte der Invaliditätspensionen entfielen, gingen 58% wegen Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates in Pension, 15% wegen Herz- und Kreislaufkrankungen und 6% wegen psychiatrischer Leiden; 3% entfielen auf Unfälle.

In den 10Jahres-Altersgruppen waren psychiatrische Leiden innerhalb der Unter50jährigen jeweils die häufigste Invaliditätsursache (jeweils bei ArbeiterInnen und Angestellten). Innerhalb der 40-49jährigen entfiel noch fast jede vierte neue Invaliditätspension (23%) auf diese Krankheitsgruppe.

In der *Pensionsversicherung der Unselbständigen* liegen für einen längeren Zeitraum Daten über die Invaliditätsursachen vor. Diese zeigen, daß zwischen 1975 und 1995 der Anteil der *Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates* von 16% auf 44% angestiegen ist. Besonders stark war die Steigerung zwischen 1980 und 1985 (+ 17 Prozentpunkte); diese Entwicklung erklärt sich vor allem daraus, daß ab 1981 besonders günstige Zugangsvoraussetzungen für Ältere (ab 55 Jahren) gelten und daher der Anteil der Älteren innerhalb der Neuzugänge stark zugenommen hat. Aufgrund der höheren Altersgrenze (57 für Männer), für die diese Sonderbestimmungen gelten, ab Herbst 1996 ist der Anteil dieser Krankheitsgruppe im Jahr 1997 auf 40% gesunken.

Im angeführten 20Jahreszeitraum hat sich der Anteil der – früher dominanten – *Herz-/Kreislaufkrankungen* von 31% auf 14% halbiert. Ähnliches gilt für Krankheiten des Nervensystems (von 9% auf 3%). Dies bedeutet aber nicht, daß die Wahrscheinlichkeit gesunken wäre, wegen dieser Krankheiten invalid zu werden. Zu bedenken ist schließlich, daß die Invaliditätspensionen insgesamt stark zugenommen haben und so – selbst bei gleichbleibender Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei den zwei angeführten Krankheitsgruppen – der Anteil sinken mußte.

Beachtlich ist jedenfalls auch, daß der Anteil der *psychiatrischen Leiden* in den zwei Jahrzehnten von 6% auf 12% gestiegen ist. Der weiter stark steigende Anteil bis zum Jahr 1997 (16%) muß jedoch im Zusammenhang mit dem Rückgang der Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates aufgrund der pensionsrechtlichen Neuerungen gesehen werden.

Tabelle 5 Invaliditätsursachen nach Alter (PV der Unselbständigen)
Von 100 Neuzugängen entfielen auf die einzelnen Krankheitsgruppen

Krankheitsgruppen	Altersgruppen					Gesamt
	-29	30-39	40-49	50-54	55-	
Skeletts/Muskeln/BGW	6	9	21	29	58	43
Herz-/Gefäß-/Kreislauf	4	5	13	17	15	14
Psychiatr. Krankheiten	35	37	23	15	6	13
Krebs	6	7	9	9	3	5
Kh. der Atmungsorgane	1	1	4	4	5	4
Kh.d.Nervensystems	7	8	5	3	1	3
Arbeitsunfälle	8	4	4	3	2	2
Kh. Verdauungssystem	2	3	4	2	1	2
Endokrinopathien	2	5	3	2	2	2
Freizeitunfälle	15	6	3	2	1	2
Sonstige	15	14	12	13	6	10
Insgesamt	100	100	100	100	100	100
Anzahl der Neuzugänge	800	1.700	4.800	6.600	17.600	31.500

Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit + vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit ohne Invaliditätspensionen an Witwen mit 4 Kindern (ab 55; § 254 Abs 4 ASVG)

Anmerkung: Auf die Eisenbahner und Bergarbeiter entfielen 2% der neuen Invaliditätspensionen.

Quellen: Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter 1995,
 Jahresbericht Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten 1995,
 eigene Berechnungen.

Literatur:

Berger, J., Einführung in das österr. Arbeits- und Sozialrecht, Wien 1993.

Bundesarbeitskammer, Die Lage der Arbeitnehmer 1993 (S.99-116).

Bundesarbeitskammer (Wien), Wirtschafts- und sozialstatistisches Taschenbuch 1999.

Bundesarbeitskammer (Wien), Statistische Informationen, November 1998 (Arbeits- und Sozialrechtsverfahren 1970-1997; Karl Wörister).

Finder, R., Entwicklung der Invaliditätspensionen, in: Bericht über die soziale Lage 1994, S. 101-122. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien 1995. (Studie unter Mitarbeit des Autors)

Marischka, Chr., Ergebnisse einer Analyse von von medizinischen Gutachten im sozialgerichtlichen Verfahren. In: Das Recht der Arbeit 42 (1992), S.161-164.

Obermayr, U. u.a. (u.a. der Autor), Fakten und Trends zur Invaliditätspension, in: Soziale Sicherheit 44 (1991), S. 296-316).

Talos, E./Wörister, K., Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich. Baden-Baden 1994.

Teschner H./Widlar P., Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Kommentar), Wien 1974 (Loseblattsammlung).

Tomandl Th./Mazal W., Das Invaliditätsproblem. Wien 1997. (Studie unter Mitwirkung des Autors)

Wörister, K., Soziologische Verfahren zum Schiedsgerichtsverfahren. In: Das Recht der Arbeit 32 (1982), S. 397-403.

Wörister, K., Ergebnisse einer Analyse von medizinischen Gutachten im Schiedsgerichtsverfahren. In: Das Recht der Arbeit 36 (1986), S. 452-456.

Wörister, K., Die freiwilligen Versicherungen in der österreichischen Sozialversicherung. In: Ausgewählte Probleme des österreichischen Sozialversicherungsrechts, Band 1, hg. von Flemmich, G.; Wien 1995.

Wörister, K./Marischka, Chr., Sozialgerichtsverfahren: Aktuelle Daten und Entwicklungen. In: Soziale Sicherheit 50(1997), S. 248-260.

Invalidenrenten: Europäische Trends und Politik

Länderbericht: Schweden⁵³

von Agneta Kruse⁵⁴

1. Darstellung des schwedischen Invalidenrentensystems und verwandter Systeme zur Sozialen Sicherung

In Schweden setzen sich Invalidenrenten aus zwei Bestandteilen zusammen: einer Grundrente und einer Zusatzrente (ATP)⁵⁵. Die gesamte Bevölkerung im Alter von 16 bis 64 Jahren ist durch die Grundrente gedeckt, oder genauer ausgedrückt: Sämtliche Bürger Schwedens und ausländische Staatsangehörige mit Wohnsitz in Schweden sind nach dem staatlichen Versicherungsgesetz versichert. Um von der ATP gedeckt zu sein, muss die versicherte Person gewisse Arbeitsleistungen erbracht haben.

In Schweden wird den Personen, deren Arbeitsfähigkeit beschränkt ist, eine Invalidenrente gewährt.⁵⁶ Es gibt vorübergehende und dauernde Invalidenrenten, wobei eine Vollrente oder 3/4, 2/3, 1/2 und 1/4 einer Vollrente ausgerichtet werden kann. In den Jahren 1972 bis 1991 konnte den erwerbsfähigen Personen in der Altersgruppe 60 bis 64 auch eine Invalidenrente aus arbeitsmarktlichen Gründen gewährt werden, insbesondere wenn sie während langer Zeit arbeitslos waren. Heute wird die Invalidenrente nur noch aus medizinischen Gründen gewährt, obwohl bei der medizinischen Beurteilung von 60 bis 64-Jährigen bis 1997 mehr Nachsicht geübt wurde (sogenannte "Bestimmungen für ältere Menschen"). Um Anspruch auf eine ATP-Rente zu haben, muss die betreffende Person während mindestens 2 der letzten 4 Jahre ein rentenbildendes Einkommen (1 Basisbetrag oder mehr) erzielt haben.

Eine vorübergehende Invalidenrente wird dann gewährt, wenn anzunehmen ist, dass die Invalidität nicht dauernd ist, aber während einer längeren Zeitspanne besteht, d.h. zu lange, um für die Krankenversicherung tragbar zu sein. Wie Tabelle 1 zeigt, machen die vorübergehenden Renten im Vergleich zu den Dauerrenten einen deutlich geringeren Anteil aus. Ebenfalls aus der Tabelle ersichtlich ist, dass sich der Anteil der Invalidenrenten, die teilweise gewährt werden, vergrößert hat.

⁵³ Übersetzung aus dem Englischen von BSV

⁵⁴ Dep. of Economics, Lund University, Schweden

⁵⁵ Es existieren auch Berufsversicherungen. Berufsinvalidenrenten (zwischen den Sozialpartnern ausgehandelt). Es gibt 4 Vertragsgruppen: private Industriearbeiter, private Angestellte des Dienstleistungssektors, Staatsangestellte und lokale Regierungsangestellte. Diese Versicherungen sind aber im Vergleich zu den Sozialversicherungssystemen von geringer Bedeutung. Die Leistungen sind normalerweise: 10% des eingebüßten Einkommens bis zu 7.5 B, 60% zwischen 7.5 und 20 B (nicht für Industriearbeiter) und 32.5% zwischen 20 und 30 B (B ist der Basisbetrag). In den in den Tabellen angegebenen Zahlen sind die Betrugsrenten nicht miteingeschlossen und werden in diesem Bericht auch nicht behandelt. Für weitere Informationen zu den Berufsversicherungen siehe Wadensjö (1997); Edebalk et al. (1998).

⁵⁶ Der Wert von Hausarbeit wird entsprechenden Verdiensten auf dem Arbeitsmarkt gleichgesetzt.

Tabelle 1 Vorübergehende und dauernde Invalidenrenten
(Angaben in Hundert für die Jahre 1985 und 1996)

<i>Männer</i>	1985		1996		
Dauernde Invalidenrente	volle Rente	1381	volle Rente	1346	
	2/3	30	3/4	29	
	1/2	154	2/3	11	
			1/2	261	
			1/4	25	
Vorübergehende Invalidenrente	volle Rente	166	volle Rente	151	
	2/3	5	3/4	6	
	1/2	48	2/3	-	
			1/2	36	
			1/4	8	
Total		1784		1865	
in % der Aktivbevölkerung (16–64 J.)	7.8	8.3			
<i>Frauen</i>					
		1985		1996	
Dauernde Invalidenrente	volle Rente	1111	volle Rente	1464	
	2/3	60	3/4	29	
	1/2	176	2/3	16	
			1/2	425	
			1/4	61	
Vorübergehende Invalidenrente	volle Rente	180	volle Rente	196	
	2/3	10	3/4	12	
	1/2	90	2/3	-	
			1/2	85	
			1/4	26	
Total		1627		2314	
in % der Aktivbevölkerung (16-64 J.)		7.9		11.2	

Quelle: SOS, 1985/1986, SOS 1995/1996.

Organisatorische Aspekte der Invalidenversicherung

Der Entscheid über die Gewährung einer Invalidenrente wird von einer lokalen Sozialversicherungskommission getroffen. Es gibt insgesamt 21 (zivile/private) lokale Versicherungsstellen, die von politisch gewählten Verwaltungsräten geführt werden; diese bilden die erste Instanz. Gegen die Entscheide dieser ersten Instanz kann bei höheren Instanzen berufen werden. Das Gesetz, die Regeln und Empfehlungen sind jedoch landesweit die gleichen und die lokalen Stellen unterstehen der Aufsicht der staatlichen Sozialversicherungskommission.

Das Gesuch kann von der versicherten Person oder auch von dem dafür zuständigen Mitglied der lokalen Versicherungskommission gestellt werden. Gegenwärtig ist der Sachbearbeiter der lokalen Versicherungskommission verpflichtet, Nachforschungen darüber anzustellen, ob ein Gesuchsteller für längere Zeit krank geschrieben gewesen ist. Gewöhnlich ist die versicherte Person während längerer Zeit krank geschrieben gewesen, bevor sie eine Invalidenrente erhält. Hat jemand ein Jahr lang Leistungen der Krankenversicherung bezogen, soll der zuständige Sachbearbeiter bei der lokalen Versicherungsstelle die Möglichkeit einer Wiedereingliederung dieser Person in den Arbeitsmarkt prüfen. Wird dies als unmöglich erachtet, so soll der Beamte versuchen, die Person zu einer Invalidenrente überwechseln zu lassen. Sehr oft ist eine Entschädigung der Krankenversicherung höher als die des Invalidenrentensystems. Daher stösst dieses Vorgehen oftmals auf Widerstand.

Die Abklärung des Invaliditätsstatus erfolgt durch einen Arzt, sei es durch einen Allgemeinpraktiker oder einen Spezialist. Die lokale Sozialversicherungskommission, die den Entscheid zu treffen hat, kann ein Zweitgutachten anfordern und auch einen sogenannten "Versicherungsarzt" beiziehen (dieser ist bei der lokalen Sozialversicherungskommission angestellt). Der Versicherungsarzt trifft sich jedoch nie mit der versicherten Person, sondern zieht seine Schlussfolgerungen auf der Grundlage des Patientendossiers. Die Abklärung erfolgt ausschliesslich anhand von medizinischen Kriterien. Das Gutachten hat sich dazu zu äussern, ob und bis zu welchem Grad der Person eine Arbeitsfähigkeit im Hinblick auf eine gewöhnliche Stelle auf dem Arbeitsmarkt verbleibt. Natürlich erweist sich diese Einschätzung oft als schwierig. 1997 wurden bspw. 19% der neu gewährten Invalidenrenten aufgrund von psychischer Krankheit und 43% wegen Erkrankungen der Skelettmuskulatur und damit verbundener Krankheiten gewährt; in beiden Fällen bestehen offensichtliche Schwierigkeiten, eine "objektive" Einschätzung vorzunehmen.

Leistungsarten/Leistungsangebot der Invalidenversicherung

Wie bereits erwähnt bilden die Grundrente und die Zusatzrente (ATP) die beiden Hauptleistungen der Invalidenversicherung. Personen ohne oder mit einer niedrigen ATP erhalten Ergänzungsleistungen (PTS). Zur Zeit betragen die PTS maximal 111,5% des Basisbetrags (B); die PTS werden um jede Krone reduziert, für die eine ATP-Leistung bezogen .

Als weitere Leistungen sind Wohnzulagen, Kinderzulagen und Zuschüsse zu Fahrzeugen möglich. Die Wohnzulage ist einkommensabhängig und basiert auf den Wohnkosten. 1997 erhielten insgesamt ungefähr 60'000 Frauen und 47'000 Männer zuzüglich zu ihrer Invalidenrente eine solche Wohnzulage (Socialförsäkringsboken, 1999, S. 124). Die untenstehende Tabelle enthält einige Angaben über den entsprechenden Leistungsumfang.

Tabelle 2 Wohnzulagen zuzüglich zu Invalidenrenten.

	Jährl. Durchschnittsbetrag (in SEK)	Totalausgaben (in Mio SEK)
1990	11 176	6 164
1995	17 401	10 440
1997	18 212	9 544

Quelle: RFV. *Social Insurance Facts*.

Die Kinderzulage ist für unterstützungspflichtige Kinder unter 16 Jahren vorgesehen. Seit dem 1. Januar 1990 wird diese Leistung nur an Personen ausgerichtet, die im Dezember 1989 einen entsprechenden Leistungsanspruch hatten. Die Zuschüsse zu Fahrzeugen wurden am 1. Oktober 1988 eingeführt. Behinderte Personen (also nicht nur diejenigen, die eine Invalidenrente haben), "die sich nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten fortbewegen können", erhalten eine Entschädigung für den Kauf und den allenfalls nötigen Umbau eines Autos. Angeboten wird ferner ein durch die lokale Gemeinde subventionierter Transportservice für ältere und/oder invalide Personen. Zudem bezahlen Invalidenrentner unter 40 Jahren nur die Hälfte der Spitalgebühren (die volle Gebühr beträgt zur Zeit 80 SEK pro Tag).

Rehabilitations-/Wiedereingliederungsmassnahmen werden ebenfalls angeboten. Diesbezüglich gibt es eine Reihe von Massnahmen wie ein Wiedereingliederungsgeld für die Teilnahme an Berufseingliederungsprogrammen, den Kauf von Hilfsmitteln für die Arbeit usw.; diese Programme richten sich an jene Personen, denen keine Invalidenrente gewährt worden ist. Gewöhnlich betreffen diese Programme Personen, die seit längerer Zeit krank geschrieben sind und denen angeboten wird (oder die "gezwungen" werden), an diversen Wiedereingliederungsprogrammen teilzunehmen. Sehr oft "verlangt" die lokale Versicherungskommission von der versicherte Person eine Teilnahme an Wiedereingliederungsprogrammen, bevor eine Invalidenrente zugesprochen wird. Keine Beschränkungen bestehen bezüglich der Ausbildung für eine Berufstätigkeit, die mit derjenigen vergleichbar ist, welche die versicherte Person zuvor ausgeübt hatte. Scheitert das Programm, d.h. kann die versicherte Person nicht wieder eingegliedert werden, so erhält sie eine Invalidenrente. Seit 1993 werden für die Zeit der Wiedereingliederung besondere Barleistungen angeboten. Bis 1997 waren die Leistungen für die Wiedereingliederung höher als diejenigen der Krankenversicherung.

Berechnung der Invaliditätsleistungen.

- *Grundrente:*

Die Grundrente basiert auf einem einheitlichen System mit Pauschalsatz; der Leistungsanspruch beruht auf Staatsbürgerschaft oder auf langfristiger Wohnsitzdauer. Die Leistungen sind an den Teuerungsindex gekoppelt, d.h. der Basisbetrag (B) folgt dem Verbraucherpreisindex. Für einen unverheirateten Rentenempfänger beträgt die Leistung 0.9 (reduziert) B (früher waren es 96% von B). Der reduzierte B entspricht 98% von B (siehe unten in der Tabelle der Grundbeträge sowie die Liste der wichtigsten Änderungen). Für verheiratete Rentenempfänger beträgt die Leistung 0.725 (reduziert) B. Der Basisbetrag B betrug: 1970 6000 SEK, 1975 9000 SEK, 1980 13900 SEK, 1985 21800 SEK, 1990 29700 SEK, 1995 35700 SEK, 1997 36300 SEK.

Invalidenrentner ohne oder mit einer niedrigen ATP erhalten Ergänzungsleistungen (PTS). Wie die Tabelle 3 zeigt, wurde die Höhe dieser PTS mehrfach geändert. Somit beträgt die Mindestrente für einen unverheirateten Invalidenrentner im Jahre 1997 $0,9 \times 0,98 \times 36'300 + 1,115 \times 0,98 \times 36'300 = 71'682$ pro Jahr oder $5'974$ pro Monat + Wohnzulage.⁵⁷

⁵⁷ Einen interessanten Vergleich bietet die Tatsache, dass die Sozialhilfe für eine unverheiratete Person ungefähr bei monatlich 3'500 + Wohnzulage liegt und dass ein Studendarlehen + Stipendium im Jahr ungefähr 60'000 ergeben.

Tabelle 3 Die maximal erhältlichen Ergänzungsleistungen zur Invalidenrente, in % des Basisbetrags

	maximale PTS in % von B (ab 1993 der reduzierte B=98% des "gewöhnlichen B")	
Jan.76 – Juni 76	21	(gleich wie für Altersrentner)
Juli 76 – Juni 77	50	(ab jetzt das Doppelte des Betrags für Altersrentner)
Juli 77 – Juni 78	58	
Juli 78 – Juni 79	66	
Juli 79 – Juni 80	74	
Juli 80 – Juni 81	82	
Juli 81 – Juni 82	90	
Juli 82 – Dez. 83	92	
Jan. 84 – Dez. 89	96	
Jan. 90 – Dez. 90	100	
Jan. 91 – Dez. 92	104	
Jan. 93 – Juli 95	105.5	
Juli 95 –	111.5	

Quelle: Siehe Tabelle 2.

- *Zusatzrente (ATP):*

Die ATP beruht auf dem Grundsatz des Einkommensverlustes, d.h. die Leistung wird anhand des früheren Einkommens und der bisherigen Berufstätigkeit festgelegt. Das rentenbildende Einkommen ist der Arbeitsverdienst, aber auch das Einkommen in Form von Entschädigungen der Sozialversicherung, wie etwa diejenigen der Krankenversicherung, Arbeitslosenentschädigungen oder Unterhaltsbeiträge. Um Anspruch auf eine Invalidenrente zu haben, muss die entsprechende Person während wenigstens 2 der letzten 4 Jahre ein rentenbildendes Einkommen erzielt haben (Verdienst mindestens im Umfang eines B). Die Berechnung der Leistung basiert auf der Annahme, dass die Person weiterhin dasselbe Einkommen erzielt hätte. Auf der Leistungsseite (jedoch nicht auf der Beitragsseite) besteht eine Unter- und eine Obergrenze von 1 B bzw. 7.5 B.

Die ATP-Zusatzrenten werden anhand folgender Formel berechnet:

$$0,6 p t/N B$$

wobei p der Durchschnitt der letzten 4 (oder – je nachdem, was die höchste Leistung ergibt – dem Durchschnitt sämtlicher) pt = Rentenpunkte während den Jahren t ist; $pt = [1Bt \leq yt \leq 7.5Bt]/Bt$, wobei yt das rentenbildende Einkommen während den Jahren t ist (\leq bedeutet weniger oder gleich viel wie). Bei t/N wird ein Wert von 1 angenommen, wenn die versicherte Person während wenigstens 2 der letzten 4 Jahre gearbeitet hat. Der Beitrag wird als Lohnsteuer auf dem Gesamteinkommen erhoben.

Die ATP-Zusatzinvalidenrente wird daher so berechnet, *wie wenn* (d.h. unter der Annahme, dass) die versicherte Person bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters weitergearbeitet hätte. Folglich besteht kein Unterschied in der Leistungshöhe unter den Personen, die in unterschiedlichem Alter invalid werden, abgesehen von Wachstumseffekten (die Leistungen werden der Inflation, nicht dem Wirtschaftswachstum angepasst) und Auswirkungen der Laufbahn.

Verbindungen zwischen dem Invalidenrentensystem und anderen Systemen zur Sozialen Sicherung

Ein wichtiger Grundsatz des Schwedischen Sozialversicherungswesens ist, dass das Schwergewicht auf die Arbeit gelegt wird: Das System ist auch schon als "*workfare*" anstelle von „*welfare*“ bezeichnet worden. Dementsprechend sind die Systeme zur Sozialen Sicherung ausdrücklich so angelegt, dass eine Kombination von Teilzeitbeschäftigung auf dem Arbeitsmarkt mit Teilzeitruhestand begünstigt wird. Hat jedoch eine Person eine volle Invalidenrente zugesprochen erhalten, so darf sie nicht arbeiten.

Wie bereits erwähnt führt der Weg zur Invalidenrente häufig über eine langdauernde Erkrankung. 1995 wurde der Hälfte von 45'000 Personen mit einer Krankheitsphase von über 12 Monaten eine Invalidenrente gewährt. Während den neunziger Jahren wurde der Anteil am versicherten Verdienst bei der Krankenversicherung unzählige Male geändert und reduziert. Dies hat möglicherweise den Widerstand gegen den Wechsel zur Invalidenrente vermindert.

Arbeitslosenversicherung.

Die Arbeitslosenversicherung beruht auf dem Grundsatz des Einkommensverlustes; Personen ohne beruflichem Werdegang haben Anspruch auf eine Sonderleistung in Höhe des niedrigsten Arbeitslosentaggelds. In den neunziger Jahren wurde der Mindestanteil am versicherten Verdienst von 90% auf 75% herabgesetzt. Das niedrigste Taggeld beträgt 230 SEK, das höchste 564 SEK. Es besteht eine fünftägige Wartefrist. Die Maximaldauer, während der Arbeitslosenentschädigungen ausgerichtet werden, beträgt 300 Tage, wobei sie für die Altersgruppe der 55–64-Jährigen bei 450 Tagen liegt. Nach Ablauf dieser Höchstdauer ist die Arbeitsmarktbehörde verpflichtet, der arbeitslosen Person eine gemeinnützige Arbeit, eine Berufsausbildung u.ä. anzubieten. Die Teilnahme an arbeitsmarktlichen Programmen berechtigt zu einer neuen Leistungsperiode.

Es ist möglich, eine Invalidenrente mit Arbeitslosenentschädigungen zu kombinieren und zwar solange die Summe 100% nicht übersteigt. Verschiedene Faktoren entscheiden darüber, ob die Invaliditätsleistung oder die Arbeitslosenentschädigung im Einzelfall die vorteilhaftere Lösung ist. Die Invalidenrente beruht auf dem früheren Verdienst, der allenfalls mehrere Jahre zurückliegen kann. Diese Leistungen werden nicht indexiert, was natürlich bedeutet, dass ein Invalidenrentner (insbesondere derjenige, der in jungen Jahren invalid wird) weit hinter allen anderen, einschliesslich den Arbeitslosen, zurückbleibt. Jedoch hat durch die zahlreichen Änderungen bei den PTS (siehe oben) in den unteren Einkommenschichten vermutlich eine teilweise Anpassung stattgefunden. Kurzfristig reduziert die Wartefrist die Leistungen der Arbeitslosenversicherung.

Laut SZW (1997) lagen 1996 die Invaliditätsleistungen im Vergleich zu den Arbeitslosenentschädigungen in sämtlichen Einkommensklassen höher.

Tabelle 4 Invalidenrente in Prozent der Arbeitslosenentschädigung, 1996

Einkommen in % des Durchschnittslohns	Invalidenrente in % der Arbeitslosenentschädigung
50	136
67.5	115
75	113
100	113
150	159
200	188

Die Zahlen schliessen Leistungen der Berufsversicherungen mit ein. Quelle: SZW (1997)

Darstellung der Invalidenrenten und anderer Formen der Frühpensionierung.

Das "ordentliche" Rentenalter liegt bei 65 Jahren und ist für Männer und Frauen gleich. Für die Frühpensionierung gibt es verschiedenen Varianten. So liegt das durchschnittliche Rentenalter tiefer als ordentliche, wobei es jedoch keine verlässlichen Informationen darüber gibt, um wieviel tiefer es ist. In den frühen neunziger Jahren veröffentlichte die RFV Zahlen zum durchschnittlichen Rentenalter. Die zugrunde liegenden Berechnungen umfassten die Pensionierung infolge Erreichen des Rentenalters sowie die Voll- und Teilinvalidenrenten, woraus sich ein durchschnittliches Rentenalter von 59.2 für das Jahr 1993 und 59.0 für das Jahr 1994 ergaben. Der Anteil der Personen in den Altersgruppen der 60 und 64-Jährigen, die staatliche Altersleistungen erhalten, war jedoch gering (siehe Tabelle 5; zu Vergleichszwecken wurden dort die entsprechenden Zahlen für Dänemark und für Finnland ebenfalls angeführt).

Tabelle 5 Anteil der 60 und 64-Jährigen, die staatliche Altersleistungen beziehen, 1996

	Männer		Frauen	
	60	64	60	64
Schweden	3.5	18.9	1.5	10.2
Dänemark	25.2	50.1	26.8	39.2
Finnland	10.3	30.0	13.7	41.2

Quelle: NOSOSKO (1999)

Die Invalidenrente stellt eine von mehreren möglichen Austrittsmöglichkeiten aus dem Arbeitsleben dar. 1996 gab es bei den Invalidenrenten 39'000 Neueintritte. Davon waren 39% im Alter von 50 bis 59 Jahren und 26% waren zwischen 60 und 64 Jahre alt; 60% erhielten eine Vollrente, 32% erhielten 1/2 bis 3/4 einer Vollrente und 8% 1/4 einer Vollrente.

Für eine Frühpensionierung kann die Altersrente ab dem 60. Altersjahr bezogen werden (sogenannter vorgeschobener Bezug). Die Leistung wird versicherungsmathematisch nach Massgabe der verbleibenden Lebenserwartung gekürzt. Es kann auch ein teilweiser Bezug erfolgen, der mit Arbeit, Arbeitslosenentschädigung oder mit einer Invalidenrente kombiniert wird. Die Summe darf jedoch 100% nicht überschreiten. Ab 1976 bestand für die Altersgruppe 60–64 auch die Möglichkeit einer Teilrente. Später wurde diese Altersgruppe auf die 61 bis 64-Jährigen verkleinert. Als Anspruchs-

voraussetzung muss man einen bestimmten beruflichen Werdegang hinter sich haben und die Arbeitsleistung um eine bestimmte Anzahl Stunden pro Woche reduziert haben. Der Einkommensverlust wird teilweise durch das System der Teilrenten ersetzt. In der Vergangenheit wurde der Entschädigungsansatz mehrmals geändert: von 65% auf 50% und wieder zurück (siehe unten). Aus der individuellen Perspektive betrachtet ist der vorgeschobene Bezug eine teure Austrittsvariante aus dem Arbeitsleben (siehe Kruse&Söderström, 1989). Dementsprechend machen auch nur wenige Personen von dieser Möglichkeit Gebrauch. 1987 wählten weniger als 4% der Männer und weniger als 3% der Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren diese Form der Frühpensionierung. 1996 hatten sich diese Zahlen auf 6.5% bzw. auf knapp über 3% erhöht (NOSOSKO, 1999). Teilrente werden im Vergleich dazu öfter in Anspruch genommen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6 Teilrenten

	Total (in Tausenden)	in % der Anspruchsberechtigten
1985	47	17
1990	38	15
1995	38	17
1997	14	7

Quelle: siehe Tabelle 2.

Darstellung der Invalidenrenten und Entschädigungen bei Arbeitsunfällen

Um einen Anspruch auf eine Leistung bei Arbeitsunfällen zu haben, muss glaubhaft gemacht werden, dass die Krankheit/Verletzung von der Arbeit herrührt. Die Definition des Invaliditätsbegriffs lautet bei der Berufsverletzungs- gleich wie bei der Invalidenversicherung. Während den ersten 90 Tagen ist der Leistungsumfang der Versicherung gegen Arbeitsunfälle gleich hoch wie bei der Krankenversicherung; danach ist die Leistung bei Arbeitsunfällen normalerweise höher. Einer bei ihrer Arbeit verletzten Person wird eine Jahresrente gewährt, deren Betrag nach dem Grad der Verletzung festgesetzt wird. Seit 1993 haben sich die Bestimmungen verschärft und weniger Personen erhalten diese Leistung zugesprochen.

Tabelle 7 Anzahl Fälle von Berufsverletzungsentschädigungen.

	gemeldete Fälle	akzeptierte Fälle	in %
1988	117743	73488	62.4
1990	113870	78447	68.9
1993	91191	57457	63.0
1995	19218	15668	81.5
1997	16064	7800	48.6

Quelle: Siehe Tabelle 2.

2. Überblick über die wichtigeren Reformen des Systems seit 1970/1980

Sowohl beim Invalidenrentensystem wie auch bei den verwandten Sozialwerken haben zahlreiche Änderungen stattgefunden. Die wichtigsten Reformen sind in Tabelle 8 aufgelistet. Während den siebziger und den achtziger Jahren weitete sich das System aus; neue Systeme wurden eingeführt, das Rentenalter wurde herabgesetzt, die Entschädigungsansätze wurden erhöht, die Beurteilungskriterien wurden gelockert, Wartefristen abgeschafft usw. In den neunziger Jahren änderten die Reformen ihren Kurs in die entgegengesetzte Richtung.

Tabelle 8 Die wichtigsten Reformen seit 1972

72/07	Ein älterer Arbeitsloser kann eine Invalidenrente erhalten, nachdem die Leistungsperiode der Arbeitslosenversicherung ausgelaufen ist (450 Tage)
74/01	Anspruch auf Invalidenrente aus arbeitsmarktlichen Gründen in der Altersgruppe 60–66
76/07	Das Rentenalter wird von 67 auf 65 Jahre herabgesetzt. Flexibles Rentenalter eingeführt: vorverlegter und hinausgeschobener Bezug zwischen dem 60. und dem 70. Lebensjahr. Doppelte PTS für Invalidenrentner eingeführt. Teilrente für die 60 – 65-Jährigen eingeführt. Entschädigungsansatz 65%.
80/01	Teilrente ebenfalls möglich für selbständig Erwerbstätige.
81/01	Entschädigungssatz bei der Teilrente verkürzt auf 50%.
87/07	Entschädigungssatz bei der Teilrente beträgt 65%
91/10	Die Invalidenrente aus arbeitsmarktlichen Gründen wird abgeschafft. Übergangsbestimmungen: alte Bestimmungen gelten für jene, denen vor dem 1.1.1990 gekündigt wurde.
92/01	Neues Gesetz über die Wiedereingliederung. Eine Person mit verminderter Arbeitsfähigkeit, die an beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen teilnimmt, erhält ein Wiedereingliederungsgeld von 100% des versicherten Einkommens.
93/01	Der reduzierte Basisbetrag (B-2%) wird eingeführt.
93/04	Das Wiedereingliederungsgeld wird auf 95% reduziert
93/07	Der Entschädigungssatz bei einer Langzeiterkrankung (über 365 Tage) wird auf 70% herabgesetzt. 2 neue Leistungsklassen für die Invalidenrente werden eingeführt: die ¼ - und die ¾ -Rente.
94/07	Eine Teilrente kann ab dem Monat des 61. Geburtstags gewährt werden (d.h. ein Jahr später als zuvor). Maximal 10 Stunden werden entschädigt. Der Entschädigungsansatz wird auf 55% herabgesetzt.
95/07	Die Grundrente als Teil der Invalidenrente wird um 6 Prozentpunkte auf 90% herabgesetzt. (Gleichzeitig werden die PTS erhöht).
95/10	Die Sozialversicherungskommission kann vor Zusprechung einer Invalidenrente von der versicherten Person verlangen, eine Berufsberatung aufzusuchen oder sich beruflich weiterzubilden.
97/01	Die Bestimmungen für die Gewährung einer Invalidenrente (wie auch für die Gewährung von Entschädigungen der Krankenversicherung) werden strenger. Den medizinischen Ursachen wird eine noch grössere Bedeutung verliehen. Die "Bestimmungen für ältere Menschen" (weniger strenge medizinische Beurteilung in der Altersgruppe 60–64) für die Zusprechung einer Invalidenrente werden aufgehoben.
99/01	Das reformierte Altersrentensystem beginnt und die ersten Leistungen aus dem System werden im Jahre 2001 ausgerichtet.

3. Das Schwedischen Invalidenrentensystem und Erklärungen zu den Trends

In den vergangenen Jahrzehnten (ausser in den Jahren 1992 und 1993) konnte bei den Invalidenrenten eine recht stabile Zunahme beobachtet werden. Zu diesem Schluss gelangt man sowohl dann, wenn man diese Zunahme in absoluten Zahlen misst, wie auch im Verhältnis zur Aktivbevölkerung oder in Bezug auf die Ausgaben im Verhältnis zum BIP.

Tabelle 9 Entwicklung der Invalidenrenten seit 1970.

	1970	1980	1990	1997
Anzahl (in Hunderten)	1879	2937	3312	4229
in % der Aktivbevölkerung	4.8	6.8	7.2	9.9
Ausgaben in % des BIP		1.6	2.0	2.2

In der jüngsten Altersgruppen ist die Anzahl der Invalidenrenten recht stabil. Dies bedeutet, dass die Zunahme fast ausschliesslich auf die älteren Menschen entfällt. Gesundheit – oder auf der anderen Seite schlechte Gesundheit, Krankheit und Invalidität - sind weitestgehend altersabhängig.

Im Vergleich zu den meisten anderen Staaten ist in Schweden der Anteil der Erwerbstätigen bei den älteren Altersgruppen hoch. 1996 war bei den schwedischen Männern im Alter zwischen 55 und 64 Jahren der Anteil der Erwerbstätigen der dritthöchste innerhalb der OECD (nach Island und Norwegen); die schwedischen Frauen belegten nach Island sogar den zweiten Platz (NOSOSKO, 1999; S. 11). In jenem Jahr gehörten ungefähr 66% der Männer und 60% der Frauen den Erwerbspersonen an. Demgegenüber betragen die entsprechenden Zahlen in Deutschland ca. 50 und 30% und in Italien 42 und 15%.

Obwohl der Anteil der älteren Menschen an den Erwerbspersonen Schwedens stetig abnahm und die Zahl der Invalidenrentner stieg, bleibt das Rätsel zu lösen, warum dieser Anteil immer noch hoch ist.⁵⁸ Eine wichtige Erklärung hierfür ist die grundsätzliche Betonung der Arbeit in sämtlichen schwedischen Systemen zur Sozialen Sicherung. Anstelle Bargeldleistungen zu beziehen wird von einer Person erwartet, dass sie an Weiterbildungs- und verschiedenen arbeitsmarktlichen Programmen teilnimmt. Die Sozialversicherung basiert weitgehend auf dem Faktor Arbeit und auf dem Grundsatz des Einkommensverlustes.

Auch in jüngster Zeit hat sich das schwedische Sozialversicherungssystem vermehrt als eine "Stellenbörse" präsentiert. Das zeigt sich daran, dass bei der Festlegung der Krankheit oder der Invalidität die medizinischen Ursachen die Hauptrolle spielen. Ein weiteres Zeichen dafür ist die Einführung von neuen Teilzeitstufen. Damit will man erreichen, dass die Menschen weiterhin in Kontakt mit dem Arbeitsmarkt bleiben. Die untenstehende Tabelle zeigt die Anzahl neugewährter Invalidenrenten sowie den Prozentsatz der Vollrenten.

⁵⁸ Dies wird von Wadensjö besonders betont, siehe zum Beispiel Wadensjö (1996) und Wadensjö & Palmer (1996).

Tabelle 10 Neugewährte Invalidenrenten nach Geschlecht. Gesamtzahl und prozentualer Anteil der Personen, die eine Vollrente erhalten.

	Männer		Frauen	
	Total	davon Vollrenten (in %)	Total	davon Vollrenten (in %)
1971	268	90	172	81
1975	258	90	197	81
1980	241	78	212	71
1985	262	82	248	77
1990	236	75	269	68
1992	283	74	301	64
1993*	304	73	321	61
1994	234	68	251	54
1995	186	65	206	53
1996	183	67	209	55
1997	200	73	212	60

*) Einführung der 1/4- und 3/4-Renten

Quelle: RFV (1998a)

Einige Angaben in der Tabelle verdienen eine nähere Erklärung. Die starke Zunahme bei den im Jahre 1993 neugewährten Invalidenrenten und die starke Abnahme bei den neugewährten Invalidenrenten in den darauffolgenden Jahren lassen sich auf die verstärkten Bemühungen des Personals der lokalen Sozialversicherungsstellen zurückführen. Denn den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen wurde die Aufgabe erteilt, in den Akten nach Personen mit Langzeiterkrankungen zu suchen und entweder zu versuchen, diese Personen in ein Wiedereingliederungsprogramm umzuteilen, oder – wenn dies als unmöglich erachtet wurde – sie bei den Invalidenrenten neu einzuteilen.

Auch der Unterschied zwischen Männern und Frauen fällt auf. Zu Beginn des Zeitraums bezogen weniger Frauen als Männer eine Invalidenrente. Jedoch verzeichneten die Frauen eine grössere Zunahme als die Männer und in den neunziger Jahren haben mehr Frauen als Männer eine Invalidenrente zugesprochen erhalten, was ziemlich genau mit der höheren Krankheitsrate bei den Frauen übereinstimmt. Es muss aber auch erwähnt werden, dass Frauen häufiger als Männer eine Teilinvalidenrente zugesprochen erhalten. Für diesen Unterschied gibt es keine einfache Erklärung. Frauen erhalten häufiger als Männer eine Invalidenrente aufgrund der Diagnose, die eine Erkrankung der Skelettmuskulatur feststellt, während bei den Männern die Diagnose häufiger "Erkrankung der Kreislauforgane" lautet (siehe Tabelle 11).

Es besteht hier natürlich der Verdacht einer Diskriminierung der Frauen. Genauere Nachforschungen unterstützen diese Annahme jedoch nicht (RFV 1998b). Einer der möglichen Gründe für die Unterschiede ist, dass "Männerkrankheiten" leichter zu diagnostizieren sind, während "Frauenkrankheiten" diffusere Symptome aufweisen.

Tabelle 11 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei neugewährten Invalidenrenten, 1996.

	Männer	Frauen
Anzahl neugewährter Renten,	18 308	20 941
davon Vollrenten,	67%	55%
Erkrankungen der Skelettmuskulatur	36%	49%
Erkrankungen der Kreislauforgane	16%	6%
Psychische Erkrankungen, inkl. Drogenmissbrauch	22%	19%

Quelle: *RFV (1998b)*

Unterschiede bei der Häufigkeit der Gewährung von Invalidenrenten bestehen nicht nur zwischen Männern und Frauen. Wie aus Tabelle 11 ersichtlich ist, gibt es auch systematische regionale Unterschiede. Das Schema zeigt, dass der Süden Schwedens (d.h. von Stockholm bis nach Gotland) einen viel kleineren Anteil hat als der Durchschnitt der neugewährten Invalidenrenten, während auf den Norden (d.h. von Kopparberg/Dalarna bis ans Ende der Liste) genau das Gegenteil zutrifft. Ausnahmen bilden die Städte Gothenburg (die normalerweise über dem Durchschnitt lag) und Gotland, wo die entsprechenden Zahlen jüngst über den Durchschnitt geklettert sind. Ebenfalls erwähnenswert ist, dass der Anteil an den neugewährten Invalidenrenten sowohl in Kopparberg/Dalarna wie auch in Västerbotten gesunken ist und sich auf den Durchschnitt zubewegt. Es besteht aber immer noch ein markanter Unterschied zwischen den nördlichen und den südlichen Gebieten Schwedens; ein Unterschied, der auch unter Berücksichtigung der demografischen Unterschiede und der industriellen Strukturen bestehen bleibt (siehe Kruse, 1995).

Tabelle 12 Neugewährte Invalidenrenten in einer Auswahl von Regionen. Pro 1000 Versicherte exklusive Invalidenrentner.

	1986	1994	1997
<i>Durchschnitt</i>	<i>10.1</i>	<i>9.6</i>	<i>7.6</i>
Stockholm	7.5	8.6	6.4
Gothenburg	11.2	12.8	5.5
Bezirk Malmoe	9.9	7.7	7.5
Halland	9.0	7.9	6.1
Kronoberg	9.7	6.7	5.9
Gotland	7.4	8.7	9.0
Kopparberg/Dalarna	12.1	10.4	7.8
Jämtland	11.5	13.5	9.4
Västerbotten	11.4	15.5	8.1
Norrbottn	12.1	12.2	14.1

Quelle: *SOS.RFV*.

Früher war die Invalidenrente ein Bestandteil der Altersrentenversicherung. 1994 beschloss das schwedische Parlament eine Reform der Altersrentenversicherung, worauf 1999 das entsprechende System zur Anwendung kam. Die Invalidenversicherung wurde jedoch nicht gleichzeitig reformiert. Das neu eingeführte System definiert sich als beitrags- und nicht auszahlungsorientiert, wie es zuvor der Fall gewesen war. Der Zusammenhang zwischen Beitragszahlungen und Leistungen ist in beträchtlichem Masse verstärkt worden; Ausnahmen hierzu bilden zusätzliche Leistungen für die Erziehung von Kindern und für die Zeit des Militärdienstes sowie eine garantierte Rente für die tieferen Einkommensschichten. Eine Besonderheit des reformierten Systems ist, dass es kein ordentliches Rentenalter mehr gibt. Statt dessen gibt es ein flexibles Rentenalter von 60 Jahren an aufwärts. Die Rente wird entsprechend der engen Verbindung zwischen Beiträgen und Leistungen versicherungsmathematisch festgesetzt. Folglich wird das Profil einer "workfare" durch das neue System weiter verstärkt. Der versicherungsmathematische Ansatz hat zur Folge, dass die einzelne Person entsprechend ihren Bedürfnissen zwischen mehr (weniger) Arbeit und mehr (weniger) Konsummöglichkeiten abwägen kann. Für die Rente infolge frühzeitiger Pensionierung gibt es keine Garantie. Dafür aber wird die Rente auf der Grundlage der Altersrente für 65-Jährige berechnet. Das System der Teilrenten wird abgeschafft.

In diesem Bericht ist betont worden, dass der grösste Teil der neugewährten Invalidenrenten an die Altersgruppe der 60 bis 64-Jährigen geht. In dieser Altersgruppe wird es von nun an möglich sein, in den Ruhestand zu treten, wobei eine dauerhaft reduzierte Altersrente ausgerichtet wird.⁵⁹ In vielen Fällen wird es eine heikle Aufgabe sein, zwischen Invalidität und "natürlicher Altersschwäche" zu unterscheiden. In Bezug auf diesen Bereich des reformierten Rentensystems haben die Industriegewerkschaften bereits ihre Beunruhigung und ihren Widerspruch geäußert, zumal deren Mitglieder die höchste Invaliditätsrate aufweisen und man somit befürchtet, dementsprechend im Nachteil zu sein. Gegenwärtig arbeitet eine Kommission an einer Revision des Invalidenrentensystem. Bis auf weiteres aber wird das alte System noch weiter in Kraft bleiben.

⁵⁹ Diese Möglichkeit – d.h. der sogenannte vorzeitige Bezug – gab es auch im alten System. Zusammen mit den weiteren Optionen einer subventionierten Pensionierung wurde davon nur selten Gebrauch gemacht, siehe Ziffer 1.4.2.

Literatur

- Edebalk, P-G, Ståhlberg, A-C & Wadensjö, E. (1998): "Socialförsäkringarna". SNS.
- Kruse, A & Söderström, L (1989): "Early Retirement in Sweden". In W. Schmähl (ed.): "Redefining the Process of Retirement". Springer-Verlag.
- Kruse, A. (1995): "Varför socialförsäkringar och vilken utformning?" in "Ohälsöförsäkring och samhällsekonomi" SOU 1995:59.
- NOSOSKO (1999): "Förtida utträde från arbetslivet 1987 – 1996. En jämförelse mellan de nordiska ländera." Nordisk Socialstatistisk Komité, 10:1999.
- RFV (National Social Insurance Board) (1997): Risk- frisk- faktorer - sjukskrivning och rehabilitering i Sverige. (Risk and health factors - Sickness Absenteeism and Vocational Rehabilitation in Sweden). A summary in English. RFV Redovisar 1997: 6.
- RFV. Social Insurance Facts. Different years.
- RFV (1998a): RFV informerar. Statistikinformation Is-I 1998: 008.
- RFV (1998b): "En socialförsäkring för kvinnor och män - en kartläggning ur ett genderperspektiv." (A social insurance for women and men - a survey from a gender perspective). RFV redovisar 1998:1.
- RFV (1999): "Socialförsäkringsboken".
- SOS, RFV. Allmän försäkring. Socialförsäkring. Olika år.
- SZW (1997): Income benefits for early exit from the labour market in eight European countries. A comparative study. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. December 1997, No.61.
- Wadensjö, E. (1997): "The Welfare Mix in Pension Provision in Sweden". In M. Rein & E. Wadensjö (eds.): "Enterprise and the Welfare State". Edward Elgar.
- Wadensjö, E. (1996): "Gradual retirement in Sweden". In L. Delsen & G. Reday-Mulvey (eds.): "Gradual Retirement in the OECD Countries". Dartmouth.
- Wadensjö, E. & Palmer, E. (1996): "Curing the Dutch disease from a Swedish perspective". In L. Aarts, R. Burkhauser & Ph. De Jong (eds.): "Curing the Dutch Disease". Avebury.

ANHANG 2:**Vergleichsindikatoren zur Beschreibung der Entwicklungstendenzen in der Invalidenversicherung von 1970 bis 1997 (Tabellen nach Alter und Geschlecht)**

Tabellen nach Alter und Geschlecht zu folgenden Basisinformationen

- Neue Invalidenrentner (Neuzugänge) in 1000
- Invaliditätsrentner (Bestand) in 1000
- Arbeitslose in 1000
- Beschäftigte in 1000
- Bevölkerung in 1000

Sowie Tabellen nach Alter und Geschlecht zu folgenden abgeleiteten Indikatoren

- Invalidisierungswahrscheinlichkeit (= Neuzugänge pro 1000 Erwerbspersonen)
- Invaliditätsvolumen (= Invalidenrentner pro 1000 Personen)
- Invaliditätsquotient (= Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte)
- Arbeitslosenquotient (= Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte)
- Out-of-work Quotient (= Invalidenrentner+Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte)
- Invalidenrentner/Arbeitslose

Neuzugänge

Neue Invaliditätsrentner (in 1000)

Deutschland								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	15	16	18	17	14	33	33	1.5	-2.0	12.7	2.9	3.8	12.7	0.5
50-54	9	16	18	14	13	27	21	7.7	-3.3	6.9	3.3	0.8	6.9	-12.8
55-59	23	24	56	35	24	43	39	9.2	-8.2	7.5	2.0	-2.0	7.5	-4.5
60-64	50	63	54	22	9	13	13	0.8	-16.2	4.6	-4.9	-8.2	4.6	-2.0
Männer														
15-49	21	23	27	28	23	41	40	2.5	-1.6	8.1	2.4	2.3	8.1	-0.6
50-54	11	17	24	24	25	37	29	8.2	0.5	2.2	3.8	1.2	2.2	-11.6
55-59	33	26	48	51	46	73	68	3.7	-0.5	5.8	2.7	2.1	5.8	-3.3
60-64	75	66	81	66	60	63	60	0.7	-2.9	-0.1	-0.8	-1.8	-0.1	-2.6
Frauen 15-64	97	118	146	88	60	117	106	4.2	-8.5	8.4	0.3	-1.9	8.4	-4.6
Männer 15-64	141	132	180	169	154	214	197	2.5	-1.5	3.6	1.3	0.5	3.6	-3.9
Männer und Frauen	238	250	326	257	215	330	303	3.2	-4.1	5.1	0.9	-0.4	5.1	-4.2

Niederlande								jährliches Wachstum						
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	4	9	18	19	32	24	28	19.4	5.8	-1.4	7.9	2.5	-1.4	6.2
45-54	2	5	9	8	14	9	12	15.9	5.2	-2.4	6.3	1.7	-2.4	10.2
55-64	3	5	6	5	5	3	5	10.1	-1.8	-0.1	2.5	-1.0	-0.1	21.5
Männer														
15-44	12	18	31	28	35	19	21	11.3	1.1	-6.0	2.1	-2.1	-6.0	4.1
45-54	12	14	20	18	20	11	13	5.3	0.0	-5.0	0.2	-2.3	-5.0	4.5
55-64	17	21	23	14	11	7	9	3.3	-7.2	-2.5	-2.4	-5.1	-2.5	7.1
Frauen 15-64	9	20	33	31	51	35	45	16.1	4.5	-1.5	6.4	1.8	-1.5	8.6
Männer 15-64	41	53	73	60	65	37	43	6.7	-1.2	-5.1	0.2	-2.9	-5.1	4.8
Männer und Frauen	50	73	106	91	116	73	88	8.8	0.9	-3.4	2.2	-1.0	-3.4	6.7

Neuzugänge

Norwegen								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	2	2	2	3	5	6	6	0.5	8.2	1.7	3.6	5.5	1.7	0.5
50-54	2	1	1	1	2	2	3	-2.8	4.4	3.5	1.4	4.0	3.5	16.8
55-59	2	2	2	2	3	2	3	-0.3	2.6	0.1	0.9	1.6	0.1	12.1
60-64	3	2	3	3	3	2	3	0.1	2.7	-2.4	0.4	0.5	-2.4	10.7
Männer														
15-49	2	2	2	2	4	4	5	-1.1	7.1	3.9	3.2	5.8	3.9	3.2
50-54	2	1	1	1	2	2	2	-5.6	3.9	3.0	0.1	3.5	3.0	8.2
55-59	3	2	2	2	3	2	3	-2.5	1.8	-0.1	-0.3	1.0	-0.1	10.2
60-64	4	3	4	4	4	3	3	-1.0	2.3	-4.9	-0.8	-0.7	-4.9	3.3
Frauen 15-64	9	7	9	9	14	12	14	-0.4	4.7	0.7	1.8	3.1	0.7	7.3
Männer 15-64	11	9	9	10	12	11	12	-2.1	3.6	0.2	0.5	2.2	0.2	5.4
Männer und Frauen	19	16	17	19	26	23	26	-1.3	4.2	0.5	1.2	2.6	0.5	6.4
Österreich														
								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	1	1	2	2	2	2	2	5.1	3.7	1.4	3.6	2.7	1.4	1.4
50-54	1	1	2	2	2	2	2	8.7	2.6	0.7	4.3	1.8	0.7	-6.9
55-59	1	2	5	6	4	5	4	12.2	-1.5	-0.1	3.7	-0.9	-0.1	-12.5
60-64	2	2	2	2	1	.	.	1.0	-8.6	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	2	2	3	4	3	3	3	4.5	2.1	-1.3	2.1	0.7	-1.3	-2.7
50-54	1	2	3	4	3	4	3	14.4	2.9	-2.8	5.4	0.5	-2.8	-11.4
55-59	2	2	6	12	10	15	12	10.0	5.7	1.6	6.2	4.0	1.6	-11.4
60-64	4	5	2	3	2	3	1	-5.1	0.5	-9.2	-4.2	-3.6	-9.2	-37.7
Frauen 15-64	5	7	9	13	9	10	8	7.5	-0.6	-0.7	2.3	-0.6	-0.7	-7.7
Männer 15-64	8	11	13	22	19	24	19	4.9	3.8	-0.6	3.0	1.9	-0.6	-12.8
Männer und Frauen	13	18	23	35	28	34	27	5.9	2.2	-0.6	2.8	1.0	-0.6	-11.3

Neuzugänge

Schweden								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	6	6	8	9	11	11	11	3.0	3.6	-0.6	2.3	1.8	-0.6	-1.3
54-59	4	5	6	5	6	4	4	3.4	-0.2	-4.4	0.0	-1.9	-4.4	-3.5
60-64	6	7	8	11	10	5	6	3.1	2.7	-6.5	0.4	-1.2	-6.5	13.7
Männer														
16-54	6	6	7	8	8	9	8	1.8	1.4	-0.7	1.0	0.5	-0.7	-5.2
55-59	5	5	7	6	5	4	4	2.9	-2.2	-4.4	-0.9	-3.1	-4.4	-7.1
60-64	11	11	10	13	11	5	8	-0.8	0.3	-3.5	-1.1	-1.3	-3.5	23.2
Frauen 16-64	16	18	21	25	27	20	21	3.2	2.4	-3.3	1.1	0.0	-3.3	1.9
Männer 16-64	22	22	24	26	24	19	20	0.8	0.0	-2.6	-0.4	-1.1	-2.6	3.4
Männer und Frauen	38	40	45	51	51	39	41	1.9	1.2	-3.0	0.3	-0.6	-3.0	2.7

Italien								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen	.	117	88	44	24	7	3	.	-12.3	-26.8	.	-18.6	-26.8	-37.5
Männer	.	116	87	44	23	5	2	.	-12.5	-29.0	.	-19.7	-29.0	-37.7
Männer und Frauen	.	233	175	88	47	12	5	.	-12.4	-27.8	.	-19.1	-27.8	-37.6

Fußnoten

Italien:

Schätzungen der Neuzugänge auf Basis der Bestandsdaten

Schweden:

1970 und 1975: Daten nur in den Gruppen 16-49, 50-59 erhältlich, 16-54 und 55-59 geschätzt.

Österreich

Inkl. vorz. Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (ab 1993)

Bestand

Invaliditätsrentner (in 1000)

Deutschland								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	.	79	78	151	181	.	.	12.8	.	.	12.8	9.3
50-54	.	.	.	69	72	113	107	.	.	5.8	.	.	5.8	-2.7
55-59	.	.	.	200	141	260	274	.	.	9.9	.	.	9.9	2.7
60-64	.	.	.	528	268	283	319	.	.	2.5	.	.	2.5	6.1
Männer														
15-49	.	.	.	128	118	175	209	.	.	8.6	.	.	8.6	9.5
50-54	.	.	.	131	140	147	136	.	.	-0.4	.	.	-0.4	-3.9
55-59	.	.	.	252	246	362	372	.	.	6.1	.	.	6.1	1.4
60-64	.	.	.	601	566	649	648	.	.	1.9	.	.	1.9	-0.1
Frauen 15-64	.	.	.	876	560	808	881	.	.	6.7	.	.	6.7	4.4
Männer 15-64	.	.	.	1'113	1'069	1'333	1'365	.	.	3.5	.	.	3.5	1.2
Männer und Frauen	1'320	1'370	1'560	1'989	1'629	2'140	2'246	1.7	0.4	4.7	2.0	2.2	4.7	2.4

Italien								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	153	167	118	106	62	52	.	-4.5	-9.7	.	-6.7	-9.7	-8.3
50-54	.	197	215	152	116	65	58	.	-6.0	-9.4	.	-7.4	-9.4	-5.3
55-59	.	424	463	328	233	130	110	.	-6.7	-10.1	.	-8.1	-10.1	-7.7
60-64	.	804	879	622	365	214	165	.	-8.4	-10.7	.	-9.4	-10.7	-12.1
Männer														
15-49	.	150	164	116	101	56	46	.	-4.7	-10.6	.	-7.2	-10.6	-9.3
50-54	.	185	202	143	112	51	45	.	-5.8	-12.2	.	-8.5	-12.2	-6.4
55-59	.	413	451	319	223	103	81	.	-6.8	-13.4	.	-9.6	-13.4	-11.3
60-64	.	810	885	626	351	159	129	.	-8.8	-13.3	.	-10.7	-13.3	-10.0
Frauen 15-64	.	1'578	1'725	1'220	820	470	386	.	-7.2	-10.2	.	-8.4	-10.2	-9.4
Männer 15-64	.	1'558	1'702	1'204	787	370	301	.	-7.4	-12.8	.	-9.7	-12.8	-9.8
Männer und Frauen	.	3'136	3'428	2'425	1'607	840	687	.	-7.3	-11.4	.	-9.0	-11.4	-9.6

Bestand

Niederlande								jährliches Wachstum						
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	11	24	65	81	118	114	125	21.6	6.2	0.8	9.4	3.7	0.8	3.3
45-54	12	22	44	54	78	92	97	15.2	5.8	2.8	7.9	4.5	2.8	1.9
55-64	24	31	61	77	93	101	106	11.0	4.2	1.7	5.7	3.1	1.7	1.6
Männer														
15-44	36	71	138	154	177	137	131	15.9	2.6	-3.7	4.9	-0.3	-3.7	-1.3
45-54	45	81	131	151	170	176	169	12.6	2.7	-0.1	5.0	1.4	-0.1	-1.3
55-64	87	121	219	247	245	242	236	10.8	1.1	-0.5	3.8	0.4	-0.5	-0.8
Frauen 15-64	48	76	170	212	288	307	328	15.2	5.4	1.6	7.4	3.7	1.6	2.3
Männer 15-64	168	273	487	552	592	554	536	12.6	2.0	-1.2	4.4	0.5	-1.2	-1.1
Männer und Frauen	215	349	657	764	881	860	865	13.2	3.0	-0.2	5.3	1.5	-0.2	0.2
Norwegen								jährliches Wachstum						
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	14	16	19	24	37	40	41	3.9	7.1	1.6	4.5	4.8	1.6	1.9
50-54	8	10	10	12	17	19	23	4.3	4.9	4.6	4.6	4.8	4.6	9.7
55-59	11	15	18	19	24	25	26	6.2	3.0	1.3	3.5	2.3	1.3	2.8
60-64	15	20	25	29	35	32	33	6.6	3.5	-0.8	3.2	1.7	-0.8	0.4
Männer														
15-49	13	14	16	20	27	31	33	2.8	5.4	2.9	3.9	4.4	2.9	3.0
50-54	7	9	8	9	11	12	15	3.0	2.7	4.7	3.3	3.5	4.7	10.1
55-59	10	15	16	16	18	17	18	5.4	1.1	0.5	2.3	0.8	0.5	2.7
60-64	15	22	25	29	31	27	26	6.3	2.4	-2.5	2.2	0.4	-2.5	-2.2
Frauen 15-64	47	61	71	85	112	116	123	5.4	4.7	1.3	3.9	3.3	1.3	3.0
Männer 15-64	45	61	65	73	86	88	92	4.7	3.0	0.9	2.9	2.1	0.9	2.4
Männer und Frauen	92	122	136	157	199	204	215	5.1	3.9	1.1	3.5	2.7	1.1	2.8

Bestand

Österreich								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	6	7	10	12	13	13	.	5.0	1.7	.	3.6	1.7	0.7
50-54	.	7	7	8	9	12	11	.	3.6	2.5	.	3.2	2.5	-3.4
55-59	.	11	23	25	25	29	30	.	0.9	2.6	.	1.6	2.6	2.3
60-64	.	24	21	35	30			.	3.7	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	10	12	16	18	19	19	.	3.8	0.4	.	2.4	0.4	-0.2
50-54	.	8	11	14	16	17	16	.	4.0	-0.2	.	2.2	-0.2	-5.7
55-59	.	11	24	41	50	60	66	.	7.4	4.2	.	6.1	4.2	5.2
60-64	.	30	22	42	60	66	67	.	10.5	1.6	.	6.7	1.6	1.0
Frauen 15-59	.	23	37	43	46	54	54	.	2.3	2.4	.	2.4	2.4	0.7
Männer 15-64	.	60	70	114	144	162	168	.	7.5	2.3	.	5.3	2.3	1.7
Männer und Frauen	.	83	106	157	190	216	222	.	6.0	2.3	.	4.4	2.3	1.5
Schweden														
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	jährliches Wachstum						
	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97							
Frauen														
16-54	37	49	57	62	82	109	112	4.5	3.6	4.6	4.2	4.0	4.6	1.3
55-59	17	25	36	35	40	50	51	7.5	1.2	3.4	4.1	2.1	3.4	1.1
60-64	24	41	51	65	72	72	71	7.7	3.5	-0.1	4.1	2.0	-0.1	-0.2
Männer														
16-54	37	48	54	56	64	83	84	3.9	1.8	3.9	3.1	2.6	3.9	0.5
55-59	17	25	35	31	33	40	40	7.2	-0.6	2.7	3.1	0.7	2.7	-0.7
60-64	30	52	61	73	70	66	65	7.2	1.4	-1.1	2.9	0.4	-1.1	-0.7
Frauen 16-64	79	115	144	163	194	231	234	6.2	3.0	2.7	4.1	2.9	2.7	0.8
Männer 16-64	85	125	150	160	167	189	189	5.9	1.1	1.7	3.0	1.4	1.7	-0.2
Männer und Frauen	163	239	294	323	361	420	423	6.1	2.1	2.3	3.6	2.2	2.3	0.4

Bestand

Schweiz								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	19	22	26	34	37	.	3.2	5.1	.	4.0	5.1	4.1
50-54	.	.	7	7	9	12	13	.	2.7	6.5	.	4.2	6.5	6.4
55-59	.	.	10	10	11	14	15	.	1.2	3.9	.	2.3	3.9	2.9
60-61	.	.	6	7	7	6	7	.	1.6	-0.9	.	0.6	-0.9	4.5
Männer														
15-49	.	.	19	23	28	38	42	.	3.8	5.9	.	4.7	5.9	4.9
50-54	.	.	7	8	9	13	14	.	1.9	7.3	.	4.1	7.3	7.3
55-59	.	.	12	12	14	17	18	.	1.0	4.3	.	2.4	4.3	2.7
60-64	.	.	20	21	22	26	27	.	1.0	3.1	.	1.9	3.1	1.5
Frauen 15-61	.	.	42	46	53	66	72	.	2.5	4.4	.	3.2	4.4	4.3
Männer 15-64	.	.	58	64	72	94	101	.	2.1	5.0	.	3.3	5.0	3.9
Männer und Frauen	.	.	100	111	126	160	173	.	2.3	4.7	.	3.3	4.7	4.0

Fußnoten

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Arbeitslose

Arbeitslose (in 1000)

Deutschland								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	67	309	320	1'059	800	1'483	1'473	16.9	9.6	9.1	12.1	9.4	9.1	-0.3
50-54	4	26	26	74	106	246	215	20.6	15.1	10.6	15.9	13.2	10.6	-6.5
55-59	5	18	32	72	103	294	378	20.4	12.4	20.4	17.4	15.6	20.4	13.4
60-64	3	4	6	11	19	19	25	7.2	12.2	4.0	8.2	8.8	4.0	14.7
Männer														
15-49	57	470	298	944	657	1'331	1'614	18.0	8.2	13.7	13.2	10.4	13.7	10.1
50-54	5	28	29	94	109	220	218	19.2	14.2	10.4	15.0	12.6	10.4	-0.5
55-59	7	20	35	113	141	362	476	17.5	15.0	19.0	16.9	16.6	19.0	14.7
60-64	8	27	14	23	36	74	69	5.8	9.9	9.7	8.3	9.8	9.7	-3.4
Frauen 15-64	79	357	384	1'216	1'028	2'042	2'091	17.1	10.3	10.7	12.9	10.5	10.7	1.2
Männer 15-64	77	545	376	1'174	943	1'987	2'377	17.2	9.6	14.1	13.5	11.5	14.1	9.4
Männer und Frauen	156	902	760	2'390	1'971	4'029	4'468	17.2	10.0	12.4	13.2	11.0	12.4	5.3

Italien								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	74	92	193	198	383	397	.	8.0	10.4	.	9.0	10.4	1.8
50-54	.	3	5	9	10	17	18	.	7.2	8.8	.	7.8	8.8	2.9
55-59	.	1	2	2	2	7	7	.	0.0	19.6	.	7.6	19.6	0.0
60-64	.	0	0	0	1	1	1	.	.	0.0	.	.	0.0	0.0
Männer														
15-49	.	140	94	240	219	506	510	.	8.8	12.8	.	10.5	12.8	0.4
50-54	.	16	12	21	18	42	45	.	4.1	14.0	.	8.1	14.0	3.5
55-59	.	8	7	14	14	35	36	.	7.2	14.4	.	10.1	14.4	1.4
60-64	.	4	1	2	3	11	15	.	11.6	25.8	.	17.3	25.8	16.8
Frauen 15-64	.	78	99	204	211	408	423	.	7.9	10.4	.	8.9	10.4	1.8
Männer 15-64	.	168	114	277	254	594	606	.	8.3	13.2	.	10.3	13.2	1.0
Männer und Frauen	.	246	213	481	465	1'002	1'029	.	8.1	12.0	.	9.7	12.0	1.3

Arbeitslose

Niederlande	jährliches Wachstum													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	9	37	84	223	240	232	149	28.7	11.1	-5.8	11.1	3.3	-5.8	-13.7
45-54	2	4	5	21	37	40	42	12.2	22.5	1.8	12.6	12.8	1.8	1.8
55-64	2	3	3	5	6	5	7	5.5	8.7	1.9	5.6	5.7	1.9	11.9
Männer														
15-44	37	121	131	408	179	212	111	15.3	3.2	-5.8	4.2	-0.9	-5.8	-19.4
45-54	7	18	16	70	32	39	31	9.2	6.9	-0.4	5.4	3.6	-0.4	-7.3
55-64	7	14	13	21	10	8	9	7.3	-2.6	-1.3	1.0	-2.0	-1.3	4.0
Frauen 15-64	12	43	91	248	283	277	198	25.3	12.0	-4.4	11.0	4.4	-4.4	-10.6
Männer 15-64	51	153	160	499	221	259	151	13.6	3.2	-4.6	4.1	-0.3	-4.6	-16.4
Männer und Frauen	63	195	251	747	503	536	349	16.7	7.2	-4.5	6.6	1.8	-4.5	-13.3

Norwegen	jährliches Wachstum													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			17	25	41	41	39		9.2	-0.7		5.0	-0.7	-2.5
50-54	13	20	1	1	3	3	2	4.2	11.6	0.0	4.5	6.7	0.0	-18.4
55-59						1	1							0.0
60-64			0	0	1	1	1		.	0.0		.	0.0	0.0
Männer														
15-49			13	21	57	54	44		15.9	-3.6		7.4	-3.6	-9.7
50-54	15	20	1	1	6	3	2	-0.9	19.6	-5.6	4.5	8.5	-5.6	-18.4
55-59						2	2							0.0
60-64			0	1	1	3	1		.	0.0		.	0.0	-42.3
Frauen 15-64	13	20	18	26	44	45	42	3.3	9.3	-0.7	4.4	5.1	-0.7	-3.4
Männer 15-64	15	20	14	23	64	62	49	-0.7	16.4	-3.7	4.5	7.6	-3.7	-11.1
Männer und Frauen	28	40	32	49	108	107	91	1.3	12.9	-2.4	4.5	6.3	-2.4	-7.8

Arbeitslose

Österreich	jährliches Wachstum													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	29	25	22	50	52	62	88	-2.6	8.9	7.8	4.2	8.4	7.8	19.2
50-54	3	5	4	5	8	13	13	2.3	14.4	7.1	6.3	8.7	7.1	1.2
55-59				0	7	2	3			-11.1			-11.1	23.8
60-64	3	1	0	0	1	0	0	-17.7	4.3	-10.1	-8.0	-1.9	-10.1	1.4
Männer														
15-49	9	19	19	71	58	70	101	7.6	11.8	8.3	9.3	10.3	8.3	19.7
50-54	5	5	7	12	8	14	14	2.6	3.5	8.4	6.2	8.3	8.4	-2.2
55-59				0	2	10	13			31.3			31.3	12.9
60-64	9	1	1	1	0	0	1	-23.8	-4.9	8.2	-9.4	0.3	8.2	18.5
Frauen 15-64	35	30	27	55	68	77	105	-2.6	9.8	6.4	4.2	8.4	6.4	16.5
Männer 15-64	24	25	27	84	68	96	129	1.1	9.9	9.5	6.5	9.7	9.5	15.9
Männer und Frauen	58	55	53	139	136	173	233	-0.9	9.8	8.0	5.3	9.1	8.0	16.2
Schweden	jährliches Wachstum													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	24	31	41	46	29	129	136	5.5	-3.4	24.7	6.6	7.3	24.7	2.7
55-59	3	4	5	4	2	10	9	5.2	0.0	24.0	6.9	7.8	24.0	-5.1
60-64				9	3	7	9			17.0			17.0	13.4
Männer														
16-54	22	22	34	53	33	174	161	4.4	-0.3	25.4	7.7	9.6	25.4	-3.8
55-59	3	.	.	4	2	13	15	.	.	33.4	6.1	.	33.4	7.4
60-64	4	4	4	8	2	12	12	0.0	-6.7	29.2	4.2	6.7	29.2	0.0
Frauen 16-64	27	35	46	59	34	146	154	5.5	-3.0	24.1	6.7	7.4	24.1	2.7
Männer 16-64	29	26	38	65	37	199	188	2.7	-0.3	26.1	7.2	9.9	26.1	-2.8
Männer und Frauen	56	61	84	124	71	345	342	4.1	-1.7	25.2	6.9	8.6	25.2	-0.4

Arbeitslose

Schweiz	jährliches Wachstum													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	2		9		34	55	53	16.5	14.1	6.4	12.9	10.9	6.4	-1.8
50-54	0		0		2			15.1	17.5					
55-59	0		0		1	9	13	15.4	14.2	21.0	16.6	18.0	21.0	20.2
60-61	0		0		0			7.7	14.3					
Männer														
15-49	2		13		34	49	80	18.7	10.5	13.1	14.1	11.5	13.1	27.8
50-54	0		1		2			13.1	7.2					
55-59	0		1		1	14	14	9.5	6.7	19.3	11.3	12.2	19.3	0.0
60-64	0		0		1			5.6	9.3					
Frauen 15-61	2	2	10	14	38	64	66	16.3	14.2	8.3	13.4	11.8	8.3	1.6
Männer 15-64	3	8	14	16	38	63	94	16.9	10.1	13.9	13.6	11.6	13.9	22.2
Männer und Frauen	5	10	24	30	76	127	160	16.7	11.9	11.3	13.5	11.7	11.3	12.2

Fußnoten

Schweiz:

1970, 1980, 1990: Erwerbslose aus Volkszählung

1995, 1997: Erwerbslose aus SAKE

Italien:

nur Bezieher/innen von Arbeitslosengeld

Beschäftigte

Beschäftigte (in 1000)

Deutschland								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	7'253	7'480	8'011	8'306	9'395	11'844	12'049	1.0	1.6	3.6	1.9	2.4	3.6	0.9
50-54	707	1'020	927	881	1'291	1'672	1'433	2.7	3.4	1.5	2.7	2.6	1.5	-7.4
55-59	794	542	798	684	716	1'231	1'359	0.1	-1.1	9.6	2.0	3.2	9.6	5.1
60-64	500	351	177	221	221	237	277	-9.9	2.2	3.3	-2.2	2.7	3.3	8.1
Männer														
15-49	12'879	12'783	13'131	12'746	13'223	15'781	15'625	0.2	0.1	2.4	0.7	1.0	2.4	-0.5
50-54	1'083	1'468	1'748	1'699	2'244	2'393	1'998	4.9	2.5	-1.6	2.3	0.8	-1.6	-8.6
55-59	1'396	838	1'231	1'329	1'386	1'991	2'042	-1.2	1.2	5.7	1.4	3.0	5.7	1.3
60-64	1'215	856	406	451	556	578	657	-10.4	3.2	2.4	-2.3	2.9	2.4	6.6
Frauen 15-64	9'254	9'393	9'913	10'092	11'623	14'984	15'118	0.7	1.6	3.8	1.8	2.5	3.8	0.4
Männer 15-64	16'573	15'945	16'516	16'225	17'409	20'743	20'322	0.0	0.5	2.2	0.8	1.2	2.2	-1.0
Männer und Frauen	25'827	25'338	26'429	26'317	29'032	35'727	35'440	0.2	0.9	2.9	1.2	1.7	2.9	-0.4

Italien								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	4'518	6'083	6'719	7'326	6'896	6'999	.	1.9	-0.7	.	0.8	-0.7	0.7
50-54	.	503	589	587	650	620	641	.	1.0	-0.2	.	0.5	-0.2	1.7
55-59	.	210	388	376	378	343	377	.	-0.3	0.0	.	-0.2	0.0	4.8
60-64	.	133	130	180	182	132	146	.	3.4	-3.1	.	0.7	-3.1	5.2
Männer														
15-49	.	10'615	11'065	11'135	11'151	10'684	10'719	.	0.1	-0.6	.	-0.2	-0.6	0.2
50-54	.	1'569	1'619	1'560	1'570	1'326	1'301	.	-0.3	-2.6	.	-1.3	-2.6	-0.9
55-59	.	850	1'230	1'180	1'178	948	877	.	-0.4	-4.1	.	-2.0	-4.1	-3.8
60-64	.	601	414	601	587	466	461	.	3.6	-3.4	.	0.6	-3.4	-0.5
Frauen 15-64	.	5'364	7'190	7'862	8'536	7'991	8'163	.	1.7	-0.6	.	0.7	-0.6	1.1
Männer 15-64	.	13'635	14'328	14'476	14'486	13'424	13'358	.	0.1	-1.2	.	-0.4	-1.2	-0.2
Männer und Frauen	.	18'999	21'518	22'338	23'022	21'415	21'521	.	0.7	-1.0	.	0.0	-1.0	0.2

Beschäftigte

Niederlande								jährliches Wachstum						
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	967	1'055	1'279	1'461	1'573	1'722	1'912	3.1	2.1	2.5	2.6	2.3	2.5	3.6
45-54	156	182	212	252	264	435	525	3.5	2.2	9.0	4.6	5.2	9.0	6.5
55-64	92	88	95	99	77	96	114	0.4	-2.1	5.0	0.8	1.0	5.0	5.9
Männer														
15-44	2'379	2'355	2'483	2'380	2'666	2'627	2'726	0.5	0.7	0.3	0.5	0.5	0.3	1.2
45-54	644	647	644	617	698	902	987	0.0	0.8	4.4	1.6	2.4	4.4	3.0
55-64	452	404	380	335	279	280	331	-1.9	-3.0	2.2	-1.1	-0.8	2.2	5.7
Frauen 15-64	1'216	1'325	1'586	1'812	1'913	2'253	2'551	3.0	1.9	3.7	2.8	2.7	3.7	4.2
Männer 15-64	3'474	3'407	3'507	3'332	3'643	3'809	4'044	0.1	0.4	1.3	0.6	0.8	1.3	2.0
Männer und Frauen	4'690	4'732	5'093	5'144	5'557	6'062	6'595	0.9	0.9	2.2	1.3	1.4	2.2	2.8

Norwegen								jährliches Wachstum						
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			566	657	717	735	768		2.4	1.0		1.8	1.0	2.2
50-54		571	611	142	131	127	94	111						8.7
55-59						65	72		3.5	-1.1	5.4	2.2	1.5	5.4
60-64				45	49	41	36	37		-0.9	-1.5		-1.1	-1.5
Männer														
15-49			777	838	860	855	884		1.0	0.4		0.8	0.4	1.7
50-54		984	1'002	205	176	158	116	137						8.7
55-59						76	80		1.0	-2.6	4.6	0.6	0.3	4.6
60-64				81	72	55	46	49		-3.8	-1.6		-2.9	-1.6
Frauen 15-64	571	611	753	837	886	931	989		2.8	1.6	1.6	2.1	1.6	1.6
Männer 15-64	984	1'002	1'063	1'086	1'073	1'093	1'150		0.8	0.1	1.0	0.6	0.5	1.0
Männer und Frauen	1'555	1'613	1'816	1'923	1'959	2'024	2'139		1.6	0.8	1.3	1.2	1.0	1.3

Beschäftigte

Österreich								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	885	883	959	1'093	1'204	1'303	1'305	0.8	2.3	1.2	1.5	1.8	1.2	0.1
50-54	186	204	201	98	114	142	130	0.8	-2.3	1.8	0.0	-0.5	1.8	-4.3
55-59				58	45	51	56			3.2			3.2	4.2
60-64	38	26	16	14	10	12	11	-8.2	-4.4	1.2	-4.4	-2.2	1.2	-3.8
Männer														
15-49	1'387	1'438	1'487	1'602	1'672	1'741	1'711	0.7	1.2	0.3	0.8	0.8	0.3	-0.9
50-54	294	288	357	167	195	210	191	2.0	-1.3	-0.3	0.5	-0.3	-0.3	-4.8
55-59				140	117	130	146			3.2			3.2	6.1
60-64	88	65	32	29	26	27	19	-9.6	-2.0	-4.5	-5.6	-3.1	-4.5	-15.9
Frauen 15-64	1'108	1'113	1'176	1'263	1'373	1'508	1'502	0.6	1.6	1.3	1.1	1.4	1.3	-0.2
Männer 15-64	1'768	1'792	1'875	1'937	2'010	2'108	2'066	0.6	0.7	0.4	0.6	0.6	0.4	-1.0
Männer und Frauen	2'876	2'904	3'051	3'200	3'384	3'616	3'568	0.6	1.0	0.8	0.8	0.9	0.8	-0.7
Schweden								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	1'267	1'454	1'617	1'737	1'880	1'663	1'609	2.5	1.5	-2.2	0.9	0.0	-2.2	-1.6
55-59	219	243	272	165	166	166	179	2.2	0.4	1.1	0.8	0.0	1.1	3.8
60-64				107	116	94	92			-3.3			-3.3	-1.1
Männer														
16-54	1'837	1'884	1'899	1'903	2'037	1'779	1'756	0.3	0.7	-2.1	-0.2	-0.5	-2.1	-0.6
55-59	227	.	.	187	179	173	186	.	.	0.5	-0.7	.	0.5	3.7
60-64	180	171	155	144	128	100	99	-1.5	-1.9	-3.6	-2.2	-2.6	-3.6	-0.5
Frauen 16-64	1'486	1'697	1'889	2'009	2'162	1'923	1'880	2.4	1.4	-2.0	0.9	0.0	-2.0	-1.1
Männer 16-64	2'244	2'275	2'273	2'234	2'344	2'052	2'041	0.1	0.3	-2.0	-0.4	-0.6	-2.0	-0.3
Männer und Frauen	3'730	3'972	4'162	4'243	4'506	3'975	3'921	1.1	0.8	-2.0	0.2	-0.4	-2.0	-0.7

Beschäftigte

Schweiz								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	792	.	883	.	1'108	1'223	1'255	1.1	2.3	1.8	1.7	2.1	1.8	1.3
50-54	69	.	88	.	115			2.5	2.7					
55-59	67	.	74	.	89	321	334	1.1	1.9	5.0	1.9	3.4	5.0	2.0
60-62	34	.	28	.	33			-2.1	1.7					
Männer														
15-49	1'451	.	1'471	.	1'663	1'578	1'554	0.1	1.2	-1.0	0.3	0.3	-1.0	-0.8
50-54	151	.	172	.	190			1.3	1.0					
55-59	149	.	153	.	168	506	502	0.3	0.9	0.7	0.4	0.8	0.7	-0.4
60-64	127	.	110	.	121			-1.4	0.9					
Frauen 15-62	963	1'082	1'074	1'239	1'345	1'544	1'589	1.1	2.3	2.4	1.9	2.3	2.4	1.4
Männer 15-64	1'878	2'026	1'906	2'115	2'141	2'084	2'056	0.1	1.2	-0.6	0.3	0.4	-0.6	-0.7
Männer und Frauen	2'841	3'108	2'980	3'354	3'486	3'628	3'645	0.5	1.6	0.6	0.9	1.2	0.6	0.2

Fußnoten

Deutschland:

Zahlen jeweils im April des Jahres, ab 1995 einschließlich geringfügig Beschäftigter

Schweiz:

1970, 1980, 1990: Volkszählung; 1995, 1997: SAKE,

Summen 1975, 1985 enthalten alle Erwerbstätigen und Arbeitslosen über 15 Jahre

Bevölkerung

Bevölkerung (in 1000)

Deutschland								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	70-80	80-90	90-96	70-97	80-96	90-96	95-96
Frauen														
15-49	14'983	14'579	15'225	15'617	15'602	19'621	19'738	0.2	0.2	3.4	1.0	1.5	3.4	0.3
50-54	1'587	2'129	1'918	1'869	2'395	2'489	2'296	1.9	2.2	-0.6	1.4	1.1	-0.6	-4.0
55-59	2'148	1'521	2'077	1'874	1'859	2'992	3'034	-0.3	-1.1	7.2	1.3	2.3	7.2	0.7
60-64	2'124	2'007	1'467	2'005	1'840	2'298	2'408	-3.6	2.3	3.9	0.5	3.0	3.9	2.4
Männer														
15-49	13'744	15'344	16'139	16'403	16'482	20'743	20'833	1.6	0.2	3.4	1.6	1.5	3.4	0.2
50-54	1'140	1'564	1'856	1'898	2'487	2'541	2'341	5.0	3.0	-0.9	2.7	1.4	-0.9	-4.0
55-59	1'573	1'054	1'475	1'750	1'866	2'983	3'028	-0.6	2.4	7.2	2.5	4.3	7.2	0.7
60-64	1'563	1'359	964	1'351	1'661	2'179	2'291	-4.7	5.6	4.7	1.4	5.2	4.7	2.5
Frauen 15-64	20'842	20'235	20'687	21'365	21'696	27'401	27'475	-0.1	0.5	3.4	1.0	1.7	3.4	0.1
Männer 15-64	18'019	19'321	20'434	21'402	22'496	28'446	28'493	1.3	1.0	3.4	1.7	2.0	3.4	0.1
Männer und Frauen	38'861	39'556	41'120	42'767	44'192	55'847	55'968	0.6	0.7	3.4	1.4	1.8	3.4	0.1

Italien								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	13'261	13'694	14'022	14'226	14'396	14'326	.	0.4	0.1	.	0.3	0.1	-0.2
50-54	.	1847	1848	1798	1866	1696	1'757	.	0.1	-0.9	.	-0.3	-0.9	1.8
55-59	.	1245	1811	1799	1763	1849	1'850	.	-0.3	0.7	.	0.1	0.7	0.0
60-64	.	1'582	1'205	1'738	1'744	1'732	1'722	.	3.8	-0.2	.	2.1	-0.2	-0.3
Männer														
15-49	.	13'308	13'693	14'092	14'351	14'565	14'530	.	0.5	0.2	.	0.3	0.2	-0.1
50-54	.	1'689	1'746	1'708	1'790	1'638	1'702	.	0.2	-0.7	.	-0.2	-0.7	1.9
55-59	.	1'098	1'603	1'657	1'643	1'737	1'741	.	0.2	0.8	.	0.5	0.8	0.1
60-64	.	1'377	1'014	1'478	1'548	1'557	1'548	.	4.3	0.0	.	2.5	0.0	-0.3
Frauen 15-64	.	17'935	18'558	19'357	19'599	19'673	19'655	.	0.5	0.0	.	0.3	0.0	0.0
Männer 15-64	.	17'472	18'056	18'935	19'332	19'497	19'521	.	0.7	0.1	.	0.5	0.1	0.1
Männer und Frauen	.	35'407	36'614	38'292	38'931	39'170	39'176	.	0.6	0.1	.	0.4	0.1	0.0

Bevölkerung

Niederlande	jährliches Wachstum													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	2'686	2897	3'160	3'388	3'539	3'479	3'415	1.8	1.1	-0.4	0.9	0.4	-0.4	-0.6
45-54	714	757	750	765	821	974	1'084	0.5	0.9	3.5	1.6	2.1	3.5	3.6
55-64	629	634	684	725	719	728	752	0.9	0.5	0.6	0.7	0.5	0.6	1.1
Männer														
15-44	2'827	3'068	3'335	3'551	3'685	3'643	3'530	1.9	1.0	-0.5	0.8	0.3	-0.5	-1.0
45-54	682	728	746	783	857	1'017	1'124	1.0	1.4	3.4	1.9	2.3	3.4	3.4
55-64	566	573	618	662	679	707	750	1.0	0.9	1.3	1.0	1.1	1.3	2.0
Frauen 15-64	4'029	4'288	4'594	4'878	5'079	5'181	5'251	1.5	1.0	0.4	1.0	0.7	0.4	0.4
Männer 15-64	4'075	4'369	4'699	4'996	5'221	5'367	5'404	1.6	1.1	0.4	1.1	0.8	0.4	0.2
Männer und Frauen	8'104	8'657	9'293	9'874	10'300	10'548	10'655	1.5	1.0	0.4	1.0	0.8	0.4	0.3

Norwegen	jährliches Wachstum													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	857	883	931	1'002	1'058	1'075	1'066	1.0	1.3	0.1	0.9	0.8	0.1	-0.4
50-54	126	123	106	95	100	117	144	-2.1	-0.6	5.4	0.6	1.8	5.4	11.0
55-59	117	123	120	104	93	96	104	0.3	-2.5	1.6	-0.5	-0.9	1.6	4.1
60-64	108	113	119	116	101	92	89	1.3	-1.7	-1.8	-0.8	-1.7	-1.8	-2.0
Männer														
15-49	892	924	976	1'053	1'113	1'126	1'112	1.1	1.3	0.0	0.9	0.8	0.0	-0.6
50-54	123	122	107	95	101	121	150	-1.8	-0.6	5.9	0.8	2.0	5.9	11.5
55-59	113	118	117	102	91	94	103	0.3	-2.5	1.9	-0.4	-0.7	1.9	5.0
60-64	98	105	109	108	95	88	85	1.3	-1.4	-1.6	-0.6	-1.5	-1.6	-1.8
Frauen 15-64	1'207	1'242	1'277	1'317	1'352	1'380	1'403	0.7	0.6	0.5	0.6	0.6	0.5	0.8
Männer 15-64	1'228	1'270	1'309	1'358	1'400	1'428	1'450	0.8	0.7	0.5	0.7	0.6	0.5	0.8
Männer und Frauen	2'435	2'512	2'586	2'675	2'751	2'809	2'853	0.8	0.6	0.5	0.6	0.6	0.5	0.8

Bevölkerung

Österreich								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	1'713	1'733	1'820	1'915	1'965	2006	2015	0.6	0.8	0.4	0.6	0.6	0.4	0.2
50-54	181	276	230	203	225	256	235	2.4	-0.2	0.6	1.0	0.1	0.6	-4.2
55-59	255	176	268	225	199	223	259	0.5	-2.9	3.8	0.1	-0.2	3.8	7.8
60-64	258	243	169	260	218	195	186	-4.1	2.6	-2.2	-1.2	0.6	-2.2	-2.3
Männer														
15-49	1'678	1'770	1'849	1'949	2'026	2'093	2'092	1.0	0.9	0.5	0.8	0.7	0.5	0.0
50-54	131	197	211	198	223	253	234	4.9	0.6	0.7	2.2	0.6	0.7	-3.8
55-59	189	124	185	198	188	215	251	-0.2	0.2	4.2	1.1	1.8	4.2	8.0
60-64	191	172	113	169	183	177	168	-5.1	4.9	-1.2	-0.5	2.4	-1.2	-2.6
Frauen 15-64	2'407	2'428	2'487	2'603	2'607	2'680	2'695	0.3	0.5	0.5	0.4	0.5	0.5	0.3
Männer 15-64	2'189	2'263	2'358	2'514	2'620	2'738	2'745	0.7	1.1	0.7	0.8	0.9	0.7	0.1
Männer und Frauen	4'596	4'691	4'845	5'117	5'227	5'418	5'440	0.5	0.8	0.6	0.6	0.7	0.6	0.2
Schweden														
Frauen														
16-54	2'049	1'602	2'075	2'136	2'224	2'283	2'282	0.1	0.7	0.4	0.4	0.6	0.4	0.0
55-59	255	254	258	227	212	227	240	0.1	-1.9	1.8	-0.2	-0.4	1.8	2.8
60-64	245	246	243	250	221	208	208	-0.1	-0.9	-0.9	-0.6	-0.9	-0.9	0.0
Männer														
16-54	2'127	1'928	2'155	2'222	2'328	2'381	2'377	0.1	0.8	0.3	0.4	0.6	0.3	-0.1
55-59	252	250	250	219	206	226	244	-0.1	-1.9	2.4	-0.1	-0.1	2.4	3.9
60-64	234	235	231	234	206	197	198	-0.1	-1.1	-0.6	-0.6	-0.9	-0.6	0.3
Frauen 16-64	2'549	2'102	2'576	2'613	2'657	2'718	2'730	0.1	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	0.2
Männer 16-64	2'613	2'413	2'636	2'675	2'740	2'804	2'819	0.1	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.3
Männer und Frauen	5'162	4'515	5'212	5'288	5'397	5'522	5'549	0.1	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	0.2

Bevölkerung

Schweiz								jährliches Wachstum						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	1'521	1'567	1'603	1'669	1'734	1'781	1'767	0.5	0.8	0.3	0.6	0.6	0.3	-0.4
50-54	161	188	189	193	199	230	240	1.6	0.5	2.7	1.5	1.4	2.7	2.2
55-59	170	157	182	184	186	191	200	0.7	0.2	1.0	0.6	0.6	1.0	2.3
60-61	69	64	65	71	72	73	72	-0.6	1.0	0.0	0.2	0.6	0.0	-0.7
Männer														
15-49	1'532	1'571	1'622	1'706	1'785	1'810	1'790	0.6	1.0	0.0	0.6	0.6	0.0	-0.6
50-54	154	175	177	189	197	234	244	1.4	1.1	3.1	1.7	1.9	3.1	2.1
55-59	156	146	165	168	179	185	196	0.6	0.8	1.3	0.8	1.0	1.3	2.9
60-64	144	142	134	150	154	163	165	-0.7	1.4	1.0	0.5	1.2	1.0	0.6
Frauen 15-62	1'921	1'976	2'039	2'117	2'191	2'275	2'279	0.6	0.7	0.6	0.6	0.7	0.6	0.1
Männer 15-64	1'986	2'034	2'098	2'213	2'315	2'392	2'395	0.6	1.0	0.5	0.7	0.8	0.5	0.1
Männer und Frauen	3'907	4'010	4'137	4'330	4'506	4'667	4'674	0.6	0.9	0.5	0.7	0.7	0.5	0.1

Fußnoten

Deutschland

bis einschl. 1990: BRD, ab 1995 Gesamtdeutschland

IV-Wahrscheinlichkeit

Neue Invaliditätsrentner pro 1000 Erwerbspersonen (= IV-Wahrscheinlichkeit)

Deutschland								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	2	2	2	2	1	3	3	2	-34	73	18	15	73	-1
50-54	13	16	20	15	10	15	13	57	-52	35	2	-35	35	-12
55-59	31	45	71	49	30	30	24	132	-57	-22	-23	-67	-22	-20
60-64	105	186	312	99	41	54	44	198	-87	9	-58	-86	9	-19
Männer														
15-49	2	2	2	2	2	3	3	23	-18	38	40	14	38	-2
50-54	11	13	15	15	12	16	14	34	-21	23	31	-2	23	-8
55-59	27	34	42	39	33	34	30	60	-22	-11	11	-30	-11	-13
60-64	68	83	212	153	112	106	90	212	-47	-19	33	-57	-19	-15
Frauen 15-64	11	13	15	8	5	7	6	36	-66	29	-41	-57	29	-10
Männer 15-64	9	9	12	11	9	10	10	26	-21	3	2	-19	3	-8
Männer und Frauen	10	10	13	10	7	9	8	31	-43	9	-18	-37	9	-9

Niederlande								Veränderung in Prozent						
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	4	9	13	11	17	12	14	253	32	-21	266	4	-21	14
45-54	14	29	40	29	48	19	21	176	20	-57	44	-48	-57	12
55-64	28	55	64	44	63	29	43	127	-2	-32	53	-33	-32	50
Männer														
15-44	5	7	12	10	12	7	7	141	2	-39	51	-38	-39	13
45-54	19	21	30	26	27	12	13	58	-9	-53	-32	-57	-53	5
55-64	37	50	57	40	37	25	26	56	-36	-30	-30	-55	-30	4
Frauen 15-64	7	14	20	15	23	14	17	181	19	-29	136	-16	-29	18
Männer 15-64	12	15	20	16	17	9	10	72	-16	-39	-12	-49	-39	12
Männer und Frauen	10	15	20	15	19	11	13	90	-4	-34	22	-36	-34	15

IV-Wahrscheinlichkeit

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	5	4	4	5	7	8	7	-25	69	6	35	79	6	-3
50-54	32	24	24	25	37	20	24	-25	3	.	.	.	.	17
55-59						33	38			.	.	.	.	14
60-64	63	50	59	52	83	65	77	-5	39	-7	23	30	-7	19
Männer														
15-49	3	2	2	3	4	5	5	-21	72	29	76	122	29	4
50-54	22	17	16	19	25	14	14	-28	12	.	.	.	.	0
55-59						27	31			.	.	.	.	15
60-64	48	42	44	56	79	60	63	-10	82	-21	29	44	-21	5
Frauen 15-64	15	11	11	10	15	13	14	-27	31	-5	-9	25	-5	9
Männer 15-64	11	9	8	9	11	10	10	-25	35	-4	-3	29	-4	7
Männer und Frauen	12	10	9	10	12	11	12	-25	34	-4	-3	29	-4	8

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	1	2	2	2	2	2	.	12	-1	.	10	-1	1
50-54	.	19	32	24	17	16	15	.	.	-10	.	.	-10	-6
55-59	.			114	83	104	72	.	.	-13	.	.	-13	-31
60-64	.	90	109	177	67	.	.	.	-38	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	2	2	3	2	2	2	.	7	-13	.	-7	-13	-6
50-54	.	16	27	24	20	18	16	.	.	-21	.	.	-21	-15
55-59	.			95	101	121	82	.	.	-19	.	.	-19	-33
60-64	.	82	73	110	96	123	65	.	32	-33	.	-11	-33	-47
Frauen 15-59	.	7	8	11	7	7	6	.	-22	-15	.	-33	-15	-16
Männer 15-64	.	7	8	12	11	13	10	.	33	-10	.	19	-10	-24
Männer und Frauen	.	7	8	12	9	10	8	.	9	-12	.	-4	-12	-22

IV-Wahrscheinlichkeit

Schweden	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	5	4	5	5	6	6	6	5	24	5	36	29	5	0
55-59	30	32	32	31	33	25	22	7	4	-35	-28	-32	-35	-13
60-64	64	69	76	91	83	48	61	18	9	-26	-5	-19	-26	29
Männer														
16-54	3	3	4	4	4	5	4	14	7	3	26	11	3	-8
55-59	21	24	30	29	29	24	19	40	-3	-34	-11	-36	-34	-20
60-64	60	60	64	86	81	48	74	6	26	-9	22	15	-9	53
Frauen 16-64	10	10	11	12	12	10	10	7	11	-15	1	-5	-15	6
Männer 16-64	10	10	10	11	10	8	9	7	-3	-11	-8	-14	-11	8
Männer und Frauen	10	10	11	12	11	9	10	7	4	-13	-3	-9	-13	7

Italien	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen 15-64	.	22	12	5	3	1	0	.	-78	-89	.	-97	-89	-62
Männer 15-64	.	8	6	3	2	0	0	.	-74	-90	.	-98	-90	-61
Männer und Frauen	.	12	8	4	2	1	0	.	-75	-89	.	-97	-89	-61

Fußnoten

Invaliditätsrentner

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Erwerbspersonen

Deutschland:

Zahlen jeweils im April des Jahres, ab 1995 einschließlich geringfügig Beschäftigter

abzüglich Beamte (Schätzung)

Österreich:

abzüglich Beamte (Schätzung)

IV-Volumen

Invaliditätsrentner pro 1000 Personen (= IV-Volumen)

Deutschland								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	.	5	5	8	9	.	.	83	.	.	83	19
50-54	.	.	.	38	31	47	48	.	.	56	.	.	56	2
55-59	.	.	.	108	78	89	92	.	.	19	.	.	19	4
60-64	.	.	.	265	147	124	133	.	.	-9	.	.	-9	8
Männer														
15-49	.	.	.	8	8	9	11	.	.	40	.	.	40	19
50-54	.	.	.	76	62	64	63	.	.	2	.	.	2	-1
55-59	.	.	.	156	142	130	132	.	.	-7	.	.	-7	1
60-64	.	.	.	460	353	306	291	.	.	-17	.	.	-17	-5
Frauen 15-64	.	.	.	42	27	30	33	.	.	24	.	.	24	9
Männer 15-64	.	.	.	56	52	51	52	.	.	0	.	.	0	2
Männer und Frauen	36	37	40	49	39	40	42	11	-3	9	18	6	9	5

Italien								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	12	12	8	7	4	4	.	-39	-51	.	-70	-51	-15
50-54	.	107	117	85	62	38	33	.	-47	-47	.	-72	-47	-13
55-59	.	341	256	182	132	70	60	.	-48	-55	.	-77	-55	-15
60-64	.	508	730	358	209	124	96	.	-71	-54	.	-87	-54	-22
Männer														
15-49	.	11	12	8	7	4	3	.	-41	-55	.	-73	-55	-18
50-54	.	110	116	84	62	31	26	.	-46	-58	.	-77	-58	-16
55-59	.	376	282	193	136	60	47	.	-52	-66	.	-83	-66	-21
60-64	.	588	873	424	227	102	83	.	-74	-63	.	-90	-63	-19
Frauen 15-64	.	88	93	63	42	24	20	.	-55	-53	.	-79	-53	-18
Männer 15-64	.	89	94	64	41	19	15	.	-57	-62	.	-84	-62	-19
Männer und Frauen	.	89	94	63	41	21	18	.	-56	-58	.	-81	-58	-18

IV-Volumen

Niederlande	Veränderung in Prozent													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	4	8	20	24	33	33	37	395	63	10	787	79	10	12
45-54	17	28	59	70	95	94	90	239	61	-6	417	52	-6	-5
55-64	38	48	90	107	129	139	141	135	43	9	269	57	9	1
Männer														
15-44	13	23	41	43	48	38	37	221	17	-23	190	-10	-23	-1
45-54	66	111	175	192	199	173	150	167	13	-24	129	-14	-24	-13
55-64	153	211	354	373	360	342	315	131	2	-13	105	-11	-13	-8
Frauen 15-64	12	18	37	43	57	59	63	214	53	10	430	69	10	6
Männer 15-64	41	62	104	110	113	103	99	151	9	-13	141	-4	-13	-4
Männer und Frauen	27	40	71	77	86	82	81	166	21	-5	205	15	-5	-1

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	16	18	20	24	35	37	39	4	15	4	23	19	4	2
50-54	60	82	99	125	170	165	161	39	71	-9	101	62	-9	-4
55-59	93	122	147	183	256	257	250	53	109	-6	157	104	-6	-7
60-64	136	178	206	252	344	349	367	69	138	23	230	161	23	17
Männer														
15-49	14	16	16	19	24	27	30	2	8	5	15	13	5	2
50-54	54	76	79	91	108	103	100	25	30	-8	47	22	-8	-3
55-59	91	125	135	153	193	183	175	44	59	-18	84	41	-18	-8
60-64	154	212	225	266	329	312	310	72	103	-19	156	84	-19	-3
Frauen 15-64	39	49	56	64	83	84	88	17	27	5	49	32	5	4
Männer 15-64	36	48	49	54	62	62	64	13	12	2	27	14	2	2
Männer und Frauen	38	49	53	59	72	73	75	15	20	3	38	23	3	3

IV-Volumen

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	3	4	5	6	7	7	.	51	10	.	67	10	1
50-54	.	25	29	42	43	49	49	.	47	14	.	68	14	2
55-59	.	64	88	115	129	132	119	.	46	-8	.	35	-8	-10
60-64	.	98	126	136	140	.	.	.	11	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	6	7	9	10	10	10	.	33	0	.	32	0	-1
50-54	.	52	63	79	80	78	73	.	27	-9	.	16	-9	-6
55-59	.	88	132	229	290	305	285	.	120	-2	.	116	-2	-7
60-64	.	183	204	255	336	381	407	.	65	21	.	100	21	7
Frauen 15-59	.	10	15	17	18	21	21	.	21	14	.	38	14	1
Männer 15-64	.	29	33	50	61	65	67	.	85	11	.	106	11	3
Männer und Frauen	.	19	23	33	39	43	44	.	66	12	.	86	12	2

Schweden	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	18	31	28	29	37	48	49	53	33	33	172	78	33	3
55-59	68	98	139	155	191	220	213	105	37	12	213	53	12	-3
60-64	100	166	210	260	325	344	343	111	55	5	244	63	5	0
Männer														
16-54	17	25	25	25	28	35	35	44	10	28	104	41	28	1
55-59	69	101	140	143	160	178	163	103	14	2	136	16	2	-9
60-64	129	219	263	311	339	334	328	104	29	-3	154	25	-3	-2
Frauen 16-64	31	55	56	62	73	85	86	81	31	17	178	53	17	1
Männer 16-64	32	52	57	60	61	68	67	76	7	10	107	18	10	-1
Männer und Frauen	32	53	56	61	67	76	76	78	19	14	141	35	14	0

IV-Volumen

Schweiz	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	12	13	15	19	21	.	27	39	.	76	39	9
50-54	.	.	35	39	43	51	56	.	24	28	.	59	28	8
55-59	.	.	55	53	60	72	73	.	10	21	.	34	21	1
60-61	.	.	94	97	100	85	94	.	6	-6	.	-1	-6	11
Männer														
15-49	.	.	12	13	16	21	23	.	33	49	.	97	49	11
50-54	.	.	41	41	45	54	59	.	8	32	.	43	32	10
55-59	.	.	75	74	76	93	93	.	2	23	.	25	23	0
60-64	.	.	146	141	141	160	163	.	-4	15	.	11	15	2
Frauen 15-61	.	.	21	22	24	29	32	.	19	30	.	54	30	9
Männer 15-64	.	.	28	29	31	39	42	.	12	36	.	52	36	8
Männer und Frauen	.	.	24	26	28	34	37	.	15	33	.	53	33	8

Fußnoten

Invaliditätsrentner

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Bevölkerung

Deutschland

bis einschl. 1990: BRD, ab 1995 Gesamtdeutschland; abzüglich Beamte (Schätzung)

Österreich:

abzüglich Beamte (Schätzung)

IV-Quotient

Invaliditätsrentner pro 1000 Beschäftigte (= IV-Quotient)

Deutschland								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	.	10	9	13	16	.	.	81	.	.	81	17
50-54	.	.	.	83	59	71	79	.	.	34	.	.	34	10
55-59	.	.	.	307	208	222	212	.	.	2	.	.	2	-4
60-64	.	.	.	2516	1278	1257	1211	.	.	-5	.	.	-5	-4
Männer														
15-49	.	.	.	11	10	12	15	.	.	50	.	.	50	21
50-54	.	.	.	86	69	68	75	.	.	9	.	.	9	11
55-59	.	.	.	211	197	202	203	.	.	3	.	.	3	0
60-64	.	.	.	1480	1132	1248	1096	.	.	-3	.	.	-3	-12
Frauen 15-64	.	.	.	91	51	57	61	.	.	21	.	.	21	8
Männer 15-64	.	.	.	76	68	71	75	.	.	9	.	.	9	5
Männer und Frauen	56	59	64	82	61	65	69	15	-5	13	7	7	13	6
Italien														
Frauen														
15-49	.	34	27	18	14	9	7	.	-48	-49	.	-73	-49	-17
50-54	.	392	366	260	179	105	91	.	-51	-49	.	-75	-49	-13
55-59	.	2019	1194	872	615	378	293	.	-48	-52	.	-75	-52	-23
60-64	.	6048	6763	3455	2007	1621	1132	.	-70	-44	.	-83	-44	-30
Männer														
15-49	.	14	15	10	9	5	4	.	-39	-53	.	-71	-53	-18
50-54	.	118	125	92	71	39	34	.	-43	-52	.	-72	-52	-11
55-59	.	486	367	271	190	109	93	.	-48	-51	.	-75	-51	-15
60-64	.	1347	2137	1042	598	342	280	.	-72	-53	.	-87	-53	-18
Frauen 15-64	.	294	240	155	96	59	47	.	-60	-51	.	-80	-51	-20
Männer 15-64	.	114	119	83	54	28	23	.	-54	-58	.	-81	-58	-18
Männer und Frauen	.	165	159	109	70	39	32	.	-56	-54	.	-80	-54	-19

IV-Quotient

Niederlande	Veränderung in Prozent													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	11	22	51	55	75	66	65	340	48	-13	471	30	-13	-1
45-54	79	118	208	212	296	211	185	163	42	-37	134	-11	-37	-12
55-64	260	346	644	786	1201	1053	929	148	87	-23	258	44	-23	-12
Männer														
15-44	15	30	55	65	66	52	48	263	20	-28	216	-13	-28	-7
45-54	70	124	203	244	244	195	171	192	20	-30	146	-16	-30	-12
55-64	192	299	575	738	877	863	713	200	52	-19	271	24	-19	-17
Frauen 15-64	39	57	107	117	151	136	129	175	40	-15	230	20	-15	-5
Männer 15-64	48	80	139	166	163	145	133	187	17	-18	174	-5	-18	-9
Männer und Frauen	46	74	129	148	158	142	131	181	23	-17	185	2	-17	-8

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			33	37	52	54	54	.	57	4	.	64	4	-1
50-54	82	100	198	236	321	205	209	.	62	.	.	.	.	2
55-59						378	360	.		.	.	.	.	-5
60-64			545	597	843	897	880	.	298	4	.	61	4	-2
Männer														
15-49			20	24	31	36	37	.	53	19	.	82	19	3
50-54	46	61	117	138	180	107	110	.	53	.	.	.	.	3
55-59						226	226	.		.	.	.	.	0
60-64			305	401	568	596	535	.	86	-6	.	76	-6	-10
Frauen 15-64	82	100	95	101	127	124	124	15	34	-2	52	32	-2	0
Männer 15-64	46	61	61	67	81	80	80	34	33	0	76	32	0	0
Männer und Frauen	59	76	75	82	101	101	101	27	36	-1	71	35	-1	0

IV-Quotient

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	7	8	10	10	11	11	.	29	4	.	35	4	1
50-54	.	92	158	90	88	91	92	.	.	5	.	.	5	2
55-59	.	.	.	469	608	606	585	.	.	-4	.	.	-4	-4
60-64	.	978	1414	2760	3190	.	.	.	126	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	8	10	11	12	12	12	.	29	1	.	29	1	1
50-54	.	77	112	96	94	97	93	.	.	-1	.	.	-1	-4
55-59	.	.	.	337	493	539	517	.	.	5	.	.	5	-4
60-64	.	526	792	1642	2700	2896	4083	.	241	51	.	415	51	41
Frauen 15-59	.	22	34	37	36	38	39	.	8	8	.	16	8	2
Männer 15-64	.	38	42	67	82	88	92	.	93	13	.	119	13	5
Männer und Frauen	.	32	39	55	62	66	69	.	61	11	.	78	11	4

Schweden	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	29	34	35	36	43	66	70	21	23	60	139	97	60	6
55-59	190	270	319	213	243	301	285	68	.	17	.	.	17	-5
60-64	.	.	.	607	620	762	775	.	.	25	.	.	25	2
Männer														
16-54	20	25	28	29	32	47	48	42	11	52	138	68	52	2
55-59	77	.	.	167	184	233	213	.	.	16	178	.	16	-8
60-64	168	301	392	505	546	658	656	133	39	20	291	67	20	0
Frauen 16-64	53	68	76	81	90	120	125	44	18	39	136	63	39	4
Männer 16-64	38	55	66	72	71	92	92	75	8	30	146	40	30	0
Männer und Frauen	44	60	71	76	80	106	108	61	14	35	147	53	35	2

IV-Quotient

Schweiz	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	22	.	24	28	30	.	10	25	.	37	25	6
50-54	.	.	75	.	75			.	0	.	.	.	.
55-59	.	.	134	.	126	99	104	.	-6	.	.	.	.	5
60-61	.	.	221	.	219			.	-1	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	.	13	.	17	24	27	.	29	60	.	106	60	12
50-54	.	.	43	.	46			.	9	.	.	.	.
55-59	.	.	80	.	81	110	119	.	1	.	.	.	.	7
60-64	.	.	178	.	180			.	1	.	.	.	.
Frauen 15-61	.	.	39	37	40	43	45	.	2	14	.	16	14	6
Männer 15-64	.	.	31	30	34	45	49	.	10	46	.	61	46	9
Männer und Frauen	.	.	34	33	36	44	48	.	7	32	.	41	32	8

Fußnoten

Invaliditätsrentner

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit
 1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres
 Invaliditätsrentner ohne Beamte

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Beschäftigte:

Deutschland:

Zahlen jeweils im April des Jahres, ab 1995 einschließlich geringfügig Beschäftigter
 abzüglich Beamte (Schätzung)

Österreich:

abzüglich Beamte (Schätzung)

Schweiz:

1970, 1980, 1990: Volkszählung; 1995, 1997: SAKE,
 1975, 1985: Beschäftigte über 15 Jahre

AL-Quotient

Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte (= Arbeitslosenquotient)

Deutschland								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	9	41	40	127	85	125	122	332	113	44	1223	206	44	-2
50-54	6	25	28	84	82	147	150	396	193	83	2552	435	83	2
55-59	6	33	40	105	144	239	278	537	259	93	4317	594	93	16
60-64	6	11	34	50	86	80	90	465	154	5	1404	166	5	13
Männer														
15-49	4	37	23	74	50	84	103	413	119	108	2234	355	108	22
50-54	5	19	17	55	49	92	109	259	193	125	2263	558	125	19
55-59	5	24	28	85	102	182	233	467	258	129	4549	720	129	28
60-64	7	32	34	51	65	128	105	424	88	62	1495	205	62	-18
Frauen 15-64	9	38	39	120	88	136	138	354	128	56	1520	257	56	1
Männer 15-64	5	34	23	72	54	96	117	390	138	116	2418	414	116	22
Männer und Frauen	6	36	29	91	68	113	126	376	136	86	1987	338	86	12
Italien														
Frauen														
15-49	.	16	15	29	27	56	57	.	79	110	.	275	110	2
50-54	.	6	8	15	15	27	28	.	81	83	.	231	83	2
55-59	.	5	5	5	5	20	19	.	3	251	.	260	251	-9
60-64	.	0	0	0	5	8	7	.	.	25	.	.	25	-10
Männer														
15-49	.	13	8	22	20	47	48	.	131	142	.	460	142	0
50-54	.	10	7	13	11	32	35	.	55	202	.	367	202	9
55-59	.	9	6	12	12	37	41	.	109	245	.	621	245	11
60-64	.	7	2	3	5	24	33	.	112	537	.	1247	537	38
Frauen 15-64	.	15	14	26	25	51	52	.	80	110	.	276	110	1
Männer 15-64	.	12	8	19	18	44	45	.	120	159	.	470	159	3
Männer und Frauen	.	13	10	22	20	47	48	.	104	137	.	383	137	2

AL-Quotient

Niederlande	Veränderung in Prozent													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	9	35	65	152	153	135	78	635	134	-49	777	19	-49	-42
45-54	11	19	23	82	139	91	80	108	512	-42	636	254	-42	-13
55-64	17	29	27	46	78	52	61	57	186	-21	255	125	-21	18
Männer														
15-44	15	51	53	171	67	81	41	244	27	-39	165	-23	-39	-50
45-54	11	27	25	113	46	43	31	120	80	-31	173	24	-31	-27
55-64	15	34	34	63	36	29	27	124	5	-24	78	-21	-24	-5
Frauen 15-64	10	32	57	137	148	123	78	486	158	-47	693	35	-47	-37
Männer 15-64	15	45	46	150	61	68	37	213	32	-38	155	-18	-38	-45
Männer und Frauen	13	41	49	145	91	88	53	269	84	-42	296	7	-42	-40

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			30	38	57	56	51	.	90	-11	.	69	-11	-9
50-54	23	33	7	8	24	32	18	.	235	.	.	.	.	-44
55-59						15	14	.		.	.	.	.	-10
60-64			0	0	24	28	27	.	.	11	.	.	11	-3
Männer														
15-49			17	25	66	63	50	.	296	-25	.	197	-25	-21
50-54	15	20	5	6	38	26	15	.	678	.	.	.	.	-44
55-59						26	25	.		.	.	.	.	-5
60-64			0	14	18	65	20	.	.	12	.	.	12	-69
Frauen 15-64	23	33	24	31	50	48	42	5	108	-14	87	78	-14	-12
Männer 15-64	15	20	13	21	60	57	43	-14	353	-29	180	224	-29	-25
Männer und Frauen	18	25	18	25	55	53	43	-2	213	-23	136	141	-23	-20

AL-Quotient

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	33	28	23	46	43	48	68	-29	86	56	106	190	56	42
50-54	17	23	19	50	71	91	102	16	.	42	.	.	42	12
55-59				0	152	38	53		.	-65	.	.	-65	41
60-64	69	26	23	28	56	22	24	-66	140	-56	-65	5	-56	11
Männer														
15-49	7	13	13	45	35	40	59	93	170	71	792	361	71	46
50-54	18	18	19	73	40	68	72	7	.	80	.	.	80	6
55-59				0	17	81	91		.	440	.	.	440	13
60-64	105	17	19	23	14	17	34	-82	-26	140	-67	79	140	99
Frauen 15-59	31	27	23	44	49	51	70	-28	118	41	123	208	41	36
Männer 15-64	13	14	14	43	34	45	62	5	139	84	363	340	84	37
Männer und Frauen	20	19	17	44	40	48	65	-14	130	63	222	275	63	37
Schweden														
Frauen														
16-54	19	21	25	26	15	78	85	34	-39	448	346	233	448	9
55-59	14	16	18	24	12	60	50	34	.	317	.	.	317	-17
60-64				84	26	74	98		.	278	.	.	278	31
Männer														
16-54	12	12	18	28	16	98	92	49	-10	466	666	412	466	-6
55-59	13	.	.	21	11	75	81	.	.	622	510	.	622	7
60-64	22	23	26	56	16	120	121	16	-39	676	445	370	676	1
Frauen 16-64	18	21	24	29	16	76	82	34	-35	421	351	236	421	8
Männer 16-64	13	11	17	29	16	97	92	29	-6	484	613	451	484	-5
Männer und Frauen	15	15	20	29	16	87	87	34	-22	454	481	332	454	0

AL-Quotient

Schweiz	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	3	.	10	.	31	45	42	312	197	36	1572	306	36	-6
50-54	1	.	4	.	16			220	287	.	.	.	.
55-59	1	.	4	.	14	28	39	276	214	.	.	.	.	39
60-61	1	.	3	.	9			161	221	.	.	.	.
Männer														
15-49	2	.	9	.	20	31	51	449	139	153	3222	506	153	66
50-54	2	.	5	.	9			203	80	.	.	.	.
55-59	2	.	5	.	8	28	28	140	75	.	.	.	.	1
60-64	2	.	4	.	9			98	122	.	.	.	.
Frauen 15-61	2	2	9	11	28	41	42	305	202	48	1710	347	48	0
Männer 15-64	2	4	8	8	18	30	46	371	133	158	2732	502	158	51
Männer und Frauen	2	3	8	9	22	35	44	345	164	102	2279	435	102	25

Fußnoten

Beschäftigte

Deutschland:

Zahlen jeweils im April des Jahres, ab 1995 einschließlich geringfügig Beschäftigter

Schweiz:

1970, 1980, 1990: Volkszählung; 1995, 1997: SAKE,

1975, 1985: Beschäftigte über 15 Jahre

Arbeitslose

Schweiz:

1975, 1985: Arbeitslose über 15 Jahre

sonst: Erwerbslose (Männer 15-64, Frauen 15-62)

Italien:

nur Bezieher/innen von Arbeitslosengeld

Out-of-Work Quotient

Invaliditätsrentner + Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte (= Out-of-work Quotient)

Deutschland								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	.	144	98	145	144	.	.	47	.	.	47	-1
50-54	.	.	.	171	145	226	237	.	.	63	.	.	63	5
55-59	.	.	.	418	359	474	505	.	.	41	.	.	41	7
60-64	.	.	.	2569	1369	1341	1306	.	.	-5	.	.	-5	-3
Männer														
15-49	.	.	.	93	65	106	130	.	.	99	.	.	99	22
50-54	.	.	.	147	123	170	197	.	.	60	.	.	60	15
55-59	.	.	.	305	310	404	462	.	.	49	.	.	49	14
60-64	.	.	.	1536	1204	1391	1212	.	.	1	.	.	1	-13
Frauen 15-64	.	.	.	218	144	200	207	.	.	44	.	.	44	3
Männer 15-64	.	.	.	157	128	178	205	.	.	59	.	.	59	15
Männer und Frauen	62	98	96	181	135	187	206	53	41	53	230	115	53	10

Italien								Veränderung in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	50	43	46	41	64	64	.	-3	55	.	51	55	-1
50-54	.	398	374	275	194	132	119	.	-48	-39	.	-68	-39	-10
55-59	.	2024	1199	877	621	398	311	.	-48	-50	.	-74	-50	-22
60-64	.	6048	6763	3455	2012	1629	1139	.	-70	-43	.	-83	-43	-30
Männer														
15-49	.	27	23	32	29	53	52	.	23	81	.	123	81	-1
50-54	.	128	132	105	82	70	69	.	-38	-16	.	-48	-16	-2
55-59	.	495	373	282	202	146	134	.	-46	-34	.	-64	-34	-8
60-64	.	1354	2140	1045	603	366	312	.	-72	-48	.	-85	-48	-15
Frauen 15-64	.	309	254	181	121	110	99	.	-52	-18	.	-61	-18	-10
Männer 15-64	.	127	127	102	72	72	68	.	-43	-5	.	-46	-5	-5
Männer und Frauen	.	178	169	130	90	86	80	.	-47	-11	.	-53	-11	-7

Out-of-Work Quotient

Niederlande	Veränderung in Prozent													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	20	57	116	208	228	201	143	469	97	-37	604	24	-37	-29
45-54	90	138	231	294	435	303	265	156	88	-39	194	15	-39	-12
55-64	277	376	671	831	1279	1105	990	142	91	-23	257	48	-23	-10
Männer														
15-44	31	82	108	236	134	133	89	253	23	-33	190	-18	-33	-33
45-54	81	152	229	357	290	238	203	182	27	-30	150	-11	-30	-15
55-64	207	334	609	801	913	892	740	194	50	-19	257	21	-19	-17
Frauen 15-64	49	89	165	254	298	259	206	237	81	-31	322	25	-31	-20
Männer 15-64	63	125	185	315	223	213	170	193	21	-24	170	-8	-24	-20
Männer und Frauen	59	115	178	294	249	230	184	201	40	-26	210	3	-26	-20

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			63	75	109	110	105	.	73	-4	.	66	-4	-5
50-54	105	133	205	244	344	237	227	.	68	.	.	.	.	-4
55-59						393	374	.		.	.	.	.	-5
60-64			545	597	868	925	907	.	59	5	.	66	5	-2
Männer														
15-49			37	49	97	99	87	.	162	-11	.	134	-11	-12
50-54	61	81	122	144	218	133	124	.	78	.	.	.	.	-6
55-59						252	251	.		.	.	.	.	0
60-64			305	415	586	661	555	.	92	-5	.	82	-5	-16
Frauen 15-64	105	133	118	132	176	173	167	13	49	-5	59	41	-5	-3
Männer 15-64	61	81	74	88	140	137	123	22	90	-12	102	66	-12	-10
Männer und Frauen	77	100	92	107	157	154	143	20	69	-9	86	55	-9	-7

Out-of-Work Quotient

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	37	33	59	57	62	83	.	73	46	.	153	46	35
50-54	.	108	184	143	165	189	202	.	.	22	.	.	22	7
55-59	.			469	771	647	642	.	.	-17	.	.	-17	-1
60-64	.	1006	1438	2790	3250	.	.	.	126	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	23	24	62	52	58	79	.	114	54	.	230	54	37
50-54	.	98	128	179	141	176	175	.	.	24	.	.	24	-1
55-59	.			337	512	632	621	.	.	21	.	.	21	-2
60-64	.	545	814	1669	2717	2916	4122	.	234	52	.	406	52	41
Frauen 15-59	.	51	58	84	89	93	114	.	54	28	.	97	28	22
Männer 15-64	.	54	58	116	120	140	163	.	106	36	.	180	36	17
Männer und Frauen	.	53	58	103	107	120	142	.	84	32	.	144	32	18

Schweden	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
16-54	48	55	61	62	59	143	154	26	-3	162	221	154	162	8
55-59	204	287	338	238	255	361	335	66	.	31	.	.	31	-7
60-64				692	646	836	873		.	35	.	.	35	4
Männer														
16-54	32	37	46	57	48	145	140	45	3	192	335	201	192	-3
55-59	90	.	.	189	196	308	294	.	.	50	227	.	50	-5
60-64	190	325	417	560	562	778	777	120	35	38	309	86	38	0
Frauen 16-64	71	88	101	110	105	196	206	42	5	96	191	105	96	5
Männer 16-64	51	66	83	101	87	189	185	63	5	112	265	124	112	-2
Männer und Frauen	59	76	91	105	96	192	195	54	6	103	232	115	103	1

Out-of-Work Quotient

Schweiz	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	32	.	55	73	72	.	71	31	.	124	31	-2
50-54			
55-59	.	.	123	.	128	127	143	.	4	11	.	16	11	12
60-61			
Männer														
15-49	.	.	22	.	37	55	78	.	72	111	.	264	111	42
50-54			
55-59	.	.	95	.	101	138	146	.	6	45	.	55	45	6
60-64			
Frauen 15-61	.	.	48	49	68	84	87	.	40	28	.	80	28	3
Männer 15-64	.	.	38	38	51	75	95	.	34	85	.	148	85	26
Männer und Frauen	.	.	42	42	58	79	91	.	38	58	.	118	58	16

Fußnoten

Invaliditätsrentner

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Arbeitslose

Schweiz:

1975, 1985: Arbeitslose über 15 Jahre

sonst: Erwerbslose (Männer 15-64, Frauen 15-62)

Italien:

nur Bezieher/innen von Arbeitslosengeld

Beschäftigte:

Deutschland:

Zahlen jeweils im April des Jahres, ab 1995 einschließlich geringfügig Beschäftigt abzüglich Beamte (Schätzung)

Schweiz:

1970, 1980, 1990: Volkszählung; 1995, 1997: SAKE,

1975, 1985: Beschäftigte über 15 Jahre

Österreich:

abzüglich Beamte (Schätzung)

Out-of-Work Quotient

Out-of-Work Quotient

==

==

Out-of-Work Quotient

Out-of-Work Quotient

gter

IV-Rentner pro Arbeitslose

Invaliditätsrentner pro Arbeitslose

Deutschland	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	.	0.1	0.1	0.1	0.1	.	.	26	.	.	26	20
50-54	.	.	.	0.9	0.7	0.5	0.5	.	.	-27	.	.	-27	8
55-59	.	.	.	2.8	1.4	0.9	0.7	.	.	-47	.	.	-47	-18
60-64	.	.	.	48.0	14.1	14.9	12.8	.	.	-10	.	.	-10	-14
Männer														
15-49	.	.	.	0.1	0.2	0.1	0.1	.	.	-28	.	.	-28	-1
50-54	.	.	.	1.4	1.3	0.7	0.6	.	.	-52	.	.	-52	-7
55-59	.	.	.	2.2	1.7	1.0	0.8	.	.	-55	.	.	-55	-22
60-64	.	.	.	26.1	15.7	8.8	9.4	.	.	-40	.	.	-40	7
Frauen 15-64	.	.	.	0.7	0.5	0.4	0.4	.	.	-23	.	.	-23	7
Männer 15-64	.	.	.	0.9	1.1	0.7	0.6	.	.	-49	.	.	-49	-14
Männer und Frauen	8.5	1.5	2.1	0.8	0.8	0.5	0.5	-76	-60	-39	-94	-76	-39	-5
Italien	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	2.1	1.8	0.6	0.5	0.2	0.1	.	-71	-76	.	-93	-76	-19
50-54	.	65.7	43.1	16.9	11.6	3.8	3.2	.	-73	-72	.	-93	-72	-15
55-59	.	424.0	231.7	163.9	116.3	18.5	15.8	.	-50	-86	.	-93	-86	-15
60-64	.	.	.	.	365.2	214.0	165.3	.	.	-55	.	.	-55	-23
Männer														
15-49	.	1.1	1.7	0.5	0.5	0.1	0.1	.	-73	-80	.	-95	-80	-18
50-54	.	11.6	16.9	6.8	6.2	1.2	1.0	.	-63	-84	.	-94	-84	-18
55-59	.	51.6	64.5	22.8	16.0	3.0	2.3	.	-75	-86	.	-96	-86	-23
60-64	.	202.4	884.9	313.0	116.9	14.5	8.6	.	-87	-93	.	-99	-93	-41
Frauen 15-64	.	20.2	17.4	6.0	3.9	1.2	0.9	.	-78	-77	.	-95	-77	-21
Männer 15-64	.	9.3	14.9	4.3	3.1	0.6	0.5	.	-79	-84	.	-97	-84	-20
Männer und Frauen	.	12.7	16.1	5.0	3.5	0.8	0.7	.	-79	-81	.	-96	-81	-20

IV-Rentner pro Arbeitslose

Niederlande	Veränderung in Prozent													
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1998	71-80	80-90	90-98	71-98	80-98	90-98	95-98
Frauen														
15-44	1.3	0.6	0.8	0.4	0.5	0.5	0.8	-40	-37	71	-35	9	71	72
45-54	7.3	6.1	9.2	2.6	2.1	2.3	2.3	26	-77	8	-68	-75	8	0
55-64	15.0	11.8	23.6	17.2	15.4	20.2	15.1	57	-35	-2	1	-36	-2	-25
Männer														
15-44	1.0	0.6	1.0	0.4	1.0	0.6	1.2	5	-6	19	19	13	19	83
45-54	6.1	4.6	8.0	2.2	5.3	4.5	5.4	33	-33	2	-10	-32	2	21
55-64	12.6	8.7	16.8	11.7	24.5	30.2	26.2	34	46	7	108	56	7	-13
Frauen 15-64	4.0	1.8	1.9	0.9	1.0	1.1	1.7	-53	-46	63	-58	-11	63	50
Männer 15-64	3.3	1.8	3.0	1.1	2.7	2.1	3.6	-8	-12	32	7	17	32	66
Männer und Frauen	3.4	1.8	2.6	1.0	1.7	1.6	2.5	-24	-33	42	-28	-5	42	54

Norwegen	Veränderung in Prozent													
	1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49			1.1	1.0	0.9	1.0	1.1	.	-17	17	.	-3	17	9
50-54	3.6	3.1	28.1	30.9	13.6	6.4	11.6	.	-52	.	.	.	.	80
55-59						24.5	25.9	.		.	.	.	.	6
60-64					34.6	32.3	32.6	.	.	-6	.	.	-6	1
Männer														
15-49			1.2	0.9	0.5	0.6	0.7	.	-61	59	.	-39	59	30
50-54	3.0	3.0	24.1	24.3	4.7	4.1	7.5	.	-80	.	.	.	.	82
55-59						8.6	9.1	.		.	.	.	.	5
60-64				28.9	31.2	9.1	26.2	.	.	-16	.	.	-16	187
Frauen 15-64	3.6	3.1	4.0	3.3	2.6	2.6	2.9	10	-36	15	-19	-26	15	14
Männer 15-64	3.0	3.0	4.6	3.2	1.4	1.4	1.9	55	-71	39	-37	-59	39	33
Männer und Frauen	3.3	3.0	4.2	3.2	1.8	1.9	2.4	30	-57	29	-28	-44	29	24

IV-Rentner pro Arbeitslose

Österreich	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	.	0	0	.	0	0	0
50-54	.	3.7	7.6	1.7	1.1	0.9	0.8	.	.	0	.	.	0	0
55-59	.	.	.	.	3.7	14.9	10.2	.	.	6	.	.	6	-5
60-64	.	34.4	56.8	90.9	53.3	.	.	.	-3	.	.	.	.	.
Männer														
15-49	.	0.5	0.7	0.2	0.3	0.3	0.2	.	0	0	.	0	0	0
50-54	.	3.8	5.1	1.2	2.0	1.2	1.1	.	.	-1	.	.	-1	0
55-59	.	.	.	.	25.1	5.7	5.0	.	.	-20	.	.	-20	-1
60-64	.	26.9	36.4	62.8	162.7	144.6	105.0	.	126	-58	.	69	-58	-40
Frauen 15-59	.	0.8	1.4	0.8	0.7	0.7	0.5	.	-1	0	.	-1	0	0
Männer 15-64	.	2.3	2.6	1.4	2.1	1.7	1.3	.	-1	-1	.	-1	-1	0
Männer und Frauen	.	1.5	2.0	1.1	1.4	1.2	1.0	.	-1	0	.	-1	0	0
Schweden														
Frauen														
16-54	1.5	1.6	1.4	1.4	2.8	0.8	0.8	-9	102	-71	-46	-41	-71	-3
55-59	13.9	16.4	17.4	8.8	20.2	5.0	5.7	25	.	-72	.	.	-72	14
60-64	.	.	.	7.2	24.0	10.2	7.9	.	.	-67	.	.	-67	-23
Männer														
16-54	1.7	2.2	1.6	1.1	1.9	0.5	0.5	-5	23	-73	-69	-67	-73	9
55-59	5.8	.	.	7.8	16.5	3.1	2.6	.	.	-84	-54	.	-84	-15
60-64	7.6	12.9	15.2	9.1	35.0	5.5	5.4	101	130	-85	-28	-64	-85	-1
Frauen 16-64	2.9	3.3	3.1	2.8	5.7	1.6	1.5	8	82	-73	-48	-51	-73	-4
Männer 16-64	2.9	4.8	3.9	2.5	4.5	1.0	1.0	35	15	-78	-66	-75	-78	6
Männer und Frauen	2.9	3.9	3.5	2.6	5.1	1.2	1.2	20	46	-76	-58	-65	-76	2

IV-Rentner pro Arbeitslose

Schweiz	Veränderung in Prozent													
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Frauen														
15-49	.	.	2.1	.	0.8	0.6	0.7	.	-63	-9	.	-66	-9	12
50-54	.	.	17.7	.	4.6	3.5	2.7	.	-74	.	.	.	.	-24
55-59	.	.	30.5	.	9.1	4.0	4.3	.	-70	.	.	.	.	7
60-61	.	.	76.7	.	23.6	1.0	1.1	.	-69	.	.	.	.	-14
Männer														
15-49	.	.	1.5	.	0.8	0.8	0.5	.	-46	-37	.	-66	-37	-33
50-54	.	.	9.0	.	5.4	4.0	4.3	.	-40	.	.	.	.	7
55-59	.	.	17.2	.	9.9	1.3	1.1	.	-42	.	.	.	.	-28
60-64	.	.	44.1	.	20.2	1.3	1.1	.	-54	.	.	.	.	-14
Frauen 15-61	.	.	4.2	3.3	1.4	1.0	1.1	.	-66	-23	.	-74	-23	5
Männer 15-64	.	.	4.0	3.9	1.9	1.5	1.1	.	-53	-43	.	-73	-43	-28
Männer und Frauen	.	.	4.1	3.6	1.7	1.3	1.1	.	-59	-35	.	-74	-35	-14

Fußnoten

Invaliditätsrentner

Deutschland:

60-64jährige: einschließlich Altersrenten wegen Schwerbehinderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

1985, 1990: am 1.1 des Jahres; 1995, 1997: am 31.12 des Jahres

Schweden:

1970-1990: only basic pensioners and ATP, i.e not incl those with only ATP

Österreich:

Invaliditätsrentner ohne Beamte

Arbeitslose

Schweiz:

1985: Arbeitslose über 15 Jahre

sonst: Erwerbslose (Männer 15-64, Frauen 15-62)

Italien:

nur Bezieher/innen von Arbeitslosengeld