



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

*Invalidenversicherung:
Europäische
Entwicklungstendenzen
zur Invalidität im Erwerbsalter*

Band 1 (Vergleichende Synthese)

Forschungsbericht Nr. 7/99

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.

Autor: Christopher Prinz
Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
Berggasse 17
A-1090 Wien
Tel. ++431 319 45 05 0
Fax ++431 319 45 05 19
E-mail: <mailto:prinz@euro.centre.org>

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: [318.010.7/99 d](#)

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

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

Europäisches Zentrum für
Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Prinz, Christopher (Projektleitung)
Thalhammer, Eva (Projektassistentin)

Oktober 1999

Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Seit Anfang der 90er Jahre verzeichnet die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV) ein stetiges Ausgabenwachstum, welches zu einem finanziellen Ungleichgewicht geführt hat. Die gestiegenen Rentenausgaben konnten nur ungenügend durch die Beiträge der Versicherten finanziert werden. Statistische Auswertungen zeigen, dass ca. 50% der erhöhten Rentenausgaben durch die Zunahme der Rentenbezüger/innen bewirkt werden. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat bisher einige Erklärungen für diesen Anstieg gefunden (z.Bsp. demografische Veränderungen wie eine veränderte Altersstruktur oder eine gestiegene Lebenserwartung). Die zur Verfügung stehenden Daten erlauben jedoch keine umfassende Erklärung der aktuellen Entwicklung.

Eine umfassende Untersuchung der wichtigsten Gründe und deren quantitativen Auswirkungen auf die Rentenzunahme würde ein äusserst komplexes Projekt bedingen, das mehrere Jahre in Anspruch nähme. Deshalb wurde beschlossen, durch einzelne Teilprojekte weitere Erklärungen zu gewinnen, welche Anhaltspunkte für diese Entwicklung liefern können.*

In anderen europäischen Staaten sind in den letzten drei Jahrzehnten ähnliche, zumeist noch wesentlich ausgeprägtere Trends in den Invalidenversicherungen zu beobachten gewesen. In den meisten dieser Staaten wurden denn auch zum Teil grundlegende Reformen durchgeführt, um den sich abzeichnenden Tendenzen entgegen zu wirken.

Der vorliegende Bericht stellt die Eidgenössische Invalidenversicherung in einen internationalen Vergleich, wobei er insbesondere mögliche Zusammenhänge zwischen Erwerbsarbeit und Invalidenberentung thematisiert. Da in einigen Vergleichsstaaten ausschliesslich Erwerbstätige gegen das Risiko 'Invalidität' im Rahmen einer Sozialversicherung versichert sind, werden für die Vergleichbarkeit geeignete Kennzahlen erstellt. Dies führt dazu, dass u.a. für die Schweiz (wo die gesamte Wohnbevölkerung versichert ist) andere Kennzahlen als die üblicherweise verwendeten berechnet werden.

Im Anschluss an die international vergleichende Analyse werden schliesslich einige schweizerische Besonderheiten der IV sowie mögliche Optionen für die Schweiz vor dem Hintergrund ausländischer Erfahrungen mit Reformbemühungen diskutiert.

Bruno Nydegger Lory, Projektleiter
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

Oktober 1999

-
- * • Eschmann, N. & Donini, F. (1995): Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität? Betrachtungen anhand statistischer Erhebungen. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, Nr. 6, Seite 321-324.
 - Donini, F. & Eschmann, N. (1998): Anstieg der Invalidenrentenbezüger: Erklärungsansätze. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, Nr. 4, Seite 202-207.
 - Interface (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung (EDMZ 318.010.6/99d).
 - Buri, M. (1999): Statistische Wirkungsanalyse der beruflichen Massnahmen der IV (in Vorbereitung).

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'assurance-invalidité fédérale (AI) enregistre depuis le début des années 90 une croissance constante de ses dépenses, qui a engendré un déséquilibre financier. Les cotisations des assurés n'ont pu couvrir qu'insuffisamment la hausse des dépenses pour les rentes. Les statistiques montrent que l'augmentation des dépenses est due pour moitié à l'accroissement du nombre de bénéficiaires de rentes. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a trouvé des éléments d'explication à cette augmentation (les changements démographiques, comme la modification de la pyramide des âges ou l'augmentation de l'espérance de vie, p. ex.). Mais les données disponibles ne permettent pas d'expliquer entièrement l'évolution actuelle.

Un examen détaillé des raisons les plus importantes et de leurs répercussions sur l'augmentation du nombre de rentes nécessiterait la mise en œuvre d'un projet extrêmement complexe sur plusieurs années. On a donc décidé de procéder par projets partiels, pour obtenir des points de repères qui permette de mieux cerner le phénomène.*

Dans d'autres Etats européens, on a assisté ces trois dernières décennies à une évolution semblable, voire beaucoup plus marquée, de l'assurance-invalidité. La plupart des ces Etats ont en effet procédé à des réformes, parfois fondamentales, afin de prévenir les tendances qui se dessinaient.

Le présent rapport situe l'assurance-invalidité fédérale dans un contexte international, en s'intéressant en particulier à la relation entre le travail et le passage au statut de rentier. Comme certains des Etats étudiés limitent l'assurance sociale du risque invalidité aux seuls actifs occupés, il a fallu construire des indicateurs adéquats susceptibles d'être comparés. Par conséquent, ce sont d'autres données que celles utilisées habituellement qui ont été calculées, notamment pour la Suisse qui a un système d'assurance-invalidité universel.

A la suite de l'étude comparative, le rapport présente quelques particularités helvétiques de l'AI et analyse des options envisageables pour la Suisse au regard des expériences réalisées à l'étranger.

Bruno Nydegger Lory, chef de projet

Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

Octobre 1999

-
- * • Eschmann, N. & Donini, F. (1995): Le chômage conduit-il à l'invalidité? *Sécurité sociale (CHSS)*, no. 6, pages 321-324.
 - Donini, F. & Eschmann, N. (1998): Quelques raisons à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de rentes AI, *Sécurité sociale (CHSS)*, no. 4, pages 202-207.
 - Interface (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung (EDMZ 318.010.6/99d).
 - Buri, M. (1999): Statistische Wirkungsanalyse der beruflichen Massnahmen der IV (in Vorbereitung).

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

Dall'inizio degli anni Novanta i costi dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI) sono in costante ascesa ed hanno provocato uno squilibrio finanziario. Le spese dovute al versamento delle rendite non hanno potuto essere coperte sufficientemente dai contributi degli assicurati. Studi statistici mostrano che il 50% circa dell'aumento delle spese dovuto al versamento delle rendite è da ricondurre all'incremento dei beneficiari di rendite. Finora l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ha potuto trovare alcune spiegazioni per questo aumento (p.es. cambiamenti nell'evoluzione demografica quali una diversa struttura d'età o un aumento della speranza di vita). Tuttavia i dati a disposizione non permettono di ottenere un quadro completo dell'evoluzione in corso.

Uno studio completo dei motivi più importanti e degli effetti quantitativi sull'aumento delle rendite richiederebbe un progetto particolarmente complesso, realizzabile sull'arco di diversi anni. È stato quindi deciso di eseguire attraverso diversi progetti ulteriori accertamenti che servano da riferimento a quest'evoluzione.* Durante gli ultimi tre decenni, in altri Paesi europei sono state osservate analoghe tendenze ancora più marcate nell'ambito delle assicurazioni per l'invalidità. La maggior parte di questi Paesi ha quindi avviato riforme, in parte fondamentali, allo scopo di contrastare la tendenza delineatasi.

Il presente rapporto paragona l'assicurazione federale per l'invalidità ad altri istituti in un contesto internazionale, concentrandosi tuttavia soprattutto sulle possibili relazioni tra attività lavorativa e rendite d'invalidità. Dato che in alcuni dei Paesi a confronto la sola popolazione attiva viene assicurata contro il rischio 'invalidità' nel quadro delle assicurazioni sociali, il confronto, per essere corretto, è stato eseguito sulla base di dati specifici. Questo significa che tra l'altro per la Svizzera — dov'è assicurata tutta la popolazione residente — i dati sono diversi da quelli normalmente calcolati.

Al termine dell'analisi comparativa internazionale vengono discusse alcune specificità svizzere relative all'AI e alcune possibili opzioni per la Svizzera sullo sfondo di esperienze estere fatte nel quadro dell'attuazione di riforme.

Bruno Nydegger Lory, responsabile del progetto
Servizio specializzato in economia, questioni fondamentali e ricerca

Ottobre 1999

* • Eschmann, N. & Donini, F. (1995): Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität? Betrachtungen anhand statistischer Erhebungen. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, n. 6, pp. 321-324.
• Donini, F. & Eschmann, N. (1998): Anstieg der Invalidenrentenbezüger: Erklärungsansätze. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, n. 4, pp. 202-207.
• Interface (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung (EDMZ 318.010.6/99d).
• Buri, M. (1999): Statistische Wirkungsanalyse der beruflichen Massnahmen der IV (in preparazione).

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Since the early 1990s the Swiss disability insurance system (IV) has experienced a steady growth in its expenditure, which has led to financial disequilibrium. Policyholders' premiums were inadequate to finance the rise in pension expenditure. Statistical analyses show that around 50% of increased pension expenditure is due to a rise in the number of IV pension recipients. The Federal Social Insurance Office has found several explanations, such as a change in the age structure of the population and the rise in life expectancy. However, currently available data do not enable a comprehensive explanation of the recent developments.

An exhaustive investigation of the most important reasons and their quantitative effects on the rise in pension claims would require an extremely complex project lasting several years. Therefore, the decision was taken to conduct subprojects that could provide partial insights on the main explanatory factors.*

Over the last thirty years, other European disability insurance systems have experienced similar, and for the most part even stronger, trends. The majority of countries concerned introduced fundamental reforms to address these developments.

The present study is an international comparison of the Swiss disability insurance system. Specifically, it examines possible links between unemployment status and disability claims. Since, in some countries, only the employed are insured against the risk of "disability" under a social insurance system, suitable statistics are computed to enable a comparison. This implies that special reference values must be applied to countries like Switzerland, where the entire resident population is insured against disability.

The report concludes with a discussion of some specificities of the Swiss disability insurance system and future options for its optimisation based on international experience.

Bruno Nydegger Lory, Project Manager
Committee Services: Economics, Fundamentals, Research

October 1999

-
- * • Eschmann, N. & Donini, F. (1995): Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität? Betrachtungen anhand statistischer Erhebungen. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, No. 6, pp. 321-324.
 - Donini, F. & Eschmann, N. (1998): Anstieg der Invalidenrentenbezüger: Erklärungsansätze. *Soziale Sicherheit (CHSS)*, No. 4, pp. 202-207.
 - Interface (1999): Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung (EDMZ 318.010.6/99d).
 - Buri, M. (1999): Statistische Wirkungsanalyse der beruflichen Massnahmen der IV (in progress).

Zusammenfassung

Die dem vorliegenden Bericht zu Grunde liegende Studie thematisiert die aktuellen Situationen wie auch die in den letzten Jahrzehnten festzustellenden Entwicklungen der Invalidenversicherungssysteme in sechs europäischen Staaten¹ und der Schweiz.

Die Auswahl der Staaten begründet sich aus den Zielsetzungen der Untersuchung:

- möglichst sinnvolle und nützliche Vergleiche zur Beurteilung der Entwicklung in der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu erreichen;
- vor dem Hintergrund anderer Erfahrungen künftige Handlungsoptionen zu Stabilisierung und Optimierung des eidgenössischen Invalidenversicherungssystems zu formulieren.

Vorgehensweise und Untersuchungsgruppe

Die Studie basiert auf von nationalen Experten erstellten Länderprofilen, welche nach einem einheitlich strukturierten Raster erarbeitet wurden.² Dieses Daten- und Informationsmaterial wurde anschliessend durch verschiedene Kontrastierungen weiter analysiert, um zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der sozialstaatlichen Absicherung des Invalidisierungsrisikos und der Bewältigung dessen Folgen zu bestimmen. Da hierbei dem Zusammenhang zwischen Invalidität und Erwerbstätigkeit (und den damit einhergehenden weiteren Risiken und (Sozial-)Versicherungen) vertieft nachgegangen werden sollte, konzentriert sich die Studie auf die Bevölkerung im Erwerbsalter.

Wesentliche Ergebnisse

Eine international komparative Untersuchung der Invalidenversicherungen ist nur im Kontext der jeweiligen nationalen Gesamtheit der Sozialversicherungssysteme sinnvoll durchzuführen, da eine isolierte Betrachtung der Invalidenversicherung ein ungenügendes Bild über die sozialpolitische Handhabung des Risikos 'Invalidisierung' wiedergibt.

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich sowohl die aktuellen Situationen wie die Entwicklungen in den untersuchten Invalidenversicherungen trotz politischer, wirtschaftlicher und sozialer Vergleichbarkeit der Staaten beträchtlich unterscheiden.

Dies begründet sich insbesondere durch folgende Differenzierungen:

- Die Definition des Invaliditätsbegriffs
- Den Kreis der Versicherten
- Die von den Invalidenversicherungen erbrachten Leistungen
- Die Abgrenzung zu anderen (Sozial-)Versicherungen und Rentensystemen

¹ Deutschland, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich, Schweden.

² Die einzelnen Länderberichte sind - wo erforderlich, in deutscher Übersetzung - im Band 2 dieses Berichtes enthalten.

Definition des Invaliditätsbegriffs

Die Definitionen von 'Invalidität' im Sinne der jeweiligen Invalidenversicherungen zeigen eine unterschiedliche Gewichtung zwischen der medizinischen und der ökonomischen Dimension. Je nach Ausmass der Berücksichtigung von Arbeitsmarkt und Berufsschutz ist für vergleichbare Fälle von Behinderungen der Zuspruch einer Invalidenrente unterschiedlich wahrscheinlich. Die Eidgenössische Invalidenversicherung weist mit den Konzepten 'Zumutbarkeit' eines Erwerbs und 'ausgeglichener Arbeitsmarkt' eine vergleichsweise starke Gewichtung der ökonomischen Dimension auf.

Kreis der Versicherten

Gemeinsam ist den untersuchten Invalidenversicherungen, dass sie alle zum Ziel haben, Personen (bzw. deren Familien), denen aus gesundheitlichen Gründen über einen längeren Zeitraum eine teilweise oder gänzliche Einschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit widerfahren ist, die *Sicherung der Teilhabe am sozialen Leben* zu gewährleisten. Grundsätzlich sind jedoch zwei Regelungen des Versichertenkreises zu unterscheiden: In Staaten, die ein reines Versicherungssystem kennen, haben *lediglich Erwerbstätige* einen Anspruch auf eine Invalidenrente; in Staaten, deren Invalidenversicherung das Element der Grundsicherung enthält, ist die *gesamte Wohnbevölkerung* versichert. Die Eidgenössische Invalidenversicherung ist nach dem zweiten Typus ausgestaltet.

Die von den Invalidenversicherungen erbrachten Leistungen

Während in einigen Staaten die Invalidenversicherung lediglich die Finanzierung der Renten abdeckt, nimmt sie in anderen - so v.a. auch in der Schweiz - weitere, finanziell z.T. ebenso umfangreiche Aufgaben im Zusammenhang mit dem Risiko 'Invalidität' wahr (Beiträge an Institutionen; Aufwendungen für Eingliederungsmassnahmen etc.).

Die Abgrenzung zu anderen (Sozial-)Versicherungen und Rentensystemen

Die Zusammensetzung der (Sozial-)Versicherungssysteme kann dazu führen, dass die Invalidenversicherung in einzelnen Staaten einerseits Risiken abdeckt, für die in anderen Staaten eigene Versicherungen eingerichtet sind (bspw. existiert in den Niederlanden keine Unfallversicherung, was zu einer vergleichsweise hohen 'Belastung' der Invalidenversicherung führt). Andererseits kann das Vorliegen von Frührentensystemen die Invalidenversicherung 'entlasten', indem ein sich tendenziell mit höherem Invalidisierungsrisiko auszeichnendes Segment von Versicherten absorbiert wird. Obwohl jedoch in der Schweiz keine Frührentensysteme existieren, wird die Invalidenversicherung von diesem Segment nicht proportional stärker 'belastet' als in Staaten mit Frührentensystemen.

Vor diesem Hintergrund ist die erste Annäherung des Staatenvergleichs zu werten, der alle für die Bewältigung von 'Invalidität' aufgebrachten öffentlichen Geldmittel in Relation zum Bruttoinlandprodukt (BIP) setzt.³ So haben beispielsweise für das Jahr 1995 die Niederlande 4.06% des BIP für Invalidität aufgewendet, gefolgt von Norwegen (2.67%), Schweden (2.42%), der Schweiz (1,28%; inkl. 2. Säule: 1,63%) Österreich (1.54%), Italien (1.37%) und Deutschland (1.09%).

³ Quelle: OECD Datenbank SOCX.

Die kantonalen IV-Stellen zeichnen sich durch eine relativ geringe ärztliche Entscheid- und Kontrollfunktion sowie eine liberale Einbeziehung des Arbeitsmarktes aus.

Auf organisatorischer Ebene der Invalidenversicherungen wurden die Struktur der Entscheidungsstellen sowie die bezüglich der Rentensprechung (Invaliditätsgrad und Rentenhöhe) relevanten Dimensionen *ärztliche Kontrolle der Entscheidungsstelle* und *Arbeitsmarktbezogenheit* untersucht. Im internationalen Vergleich zeichnet sich die Schweiz als dezentral organisiert⁴, mit relativ geringer ärztlicher Entscheid- und Kontrollfunktion der IV-Stellen auf der Basis von versicherungsexternen Arztberichten⁵ und relativ liberaler Einbeziehung der konkreten Arbeitsmarktsituation aus. Die letztgenannte Einschätzung könnte einerseits mit der - zumindest lange Zeit bestehenden - günstigen Arbeitsmarktsituation in Zusammenhang gebracht werden. Andererseits wird die Besonderheit, zur Bestimmung der Rentenhöhe auf einen theoretisch-abstrakten Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes abzustellen, zwar als guter Ansatz, aber als zwangsläufig wahrzunehmender grosser Ermessensspielraum interpretiert.

Im Vergleich zu den Referenzstaaten weist die Schweiz sowohl einen tiefen Anteil Invalidenrentner/innen wie auch jährlicher Neuzugänge auf. Hingegen nimmt die Zahl der Neuzugänge vergleichsweise stark zu.

Alle in die Untersuchung einbezogenen Vergleichsstaaten haben in den letzten drei Jahrzehnten Phasen wesentlich höhere Rentnerquoten (Prävalenz) aufgewiesen, als sie die Schweiz bisher erfahren hat. Dies ist angesichts des vergleichsweise umfassenden Versichertenkreises als um so erstaunlicher zu bewerten. Zudem sind auch nach den aktuellsten bezüglich der Schweiz vorhandenen Daten unterdurchschnittliche Neuzugänge von Invalidenrentner/innen zu verzeichnen (Inzidenz). Dieser positiven Beurteilung der aktuellen Situation steht eine eher ungünstige Entwicklung gegenüber. In den meisten Vergleichsstaaten haben die aktuellen Zahlen der Neuzugänge im Vergleich zu jenen von 1980 abgenommen. Demgegenüber haben in der Schweiz die Neuzugänge zugenommen, insbesondere in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen.

So unterschiedlich die betrachteten Invalidenversicherungen strukturiert und in die jeweiligen Sozialversicherungssysteme eingebettet sind, so unterschiedlich sind die vorgenommenen Reformbemühungen.

Je nach dem, welche Entwicklungen als problematisch betrachtet und wo deren Ursachen gefunden oder vermutet wurden, sind Änderungen beim Zugang zu den Invalidenrenten, bei den Leistungen, deren Höhe oder der Administration sowie bei der Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungssystemen unternommen worden.⁶

Die meisten in dieser Studie untersuchten Indikatoren weisen auf einen Trend zur Verbesserung der finanziellen Situation der Versicherungen⁷ für die Mehrheit der Vergleichsstaaten hin. Als eher un-

⁴ Als Gegenbeispiel gelten Deutschland, Österreich und die Niederlande, in welchen bundesweite sektoral-berufsspezifische Untergliederungen bestehen.

⁵ Wie eine kürzlich abgeschlossene Studie des BSV aufzeigt, hat die Rolle des Hausarztes in den letzten Jahren jedoch stark an Bedeutung verloren ("Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung" EDMZ 318.010.6/99d).

⁶ Einen komprimierten Überblick über die Ursachen, Massnahmen und Wirkungen in den Vergleichsstaaten liefern die im Bericht enthaltenen Vergleichstabellen 3 (Seite 46f.), 4 und 5 (Seite 67ff.).

⁷ Im Sinne der Zahl der Invalidenrentner/innen und der Ausgaben der Invalidenversicherung; offen bleibt die Frage, ob sich auch die Situation der Menschen mit Behinderung zum Besseren wendet.

befriedigend werden die Entwicklungen in Österreich und in der Schweiz beurteilt, also in jenen beiden Staaten, in welchen in den letzten Jahrzehnten nicht wie in den übrigen Ländern tiefgreifende Reformen durchgeführt wurden. Hierzu gilt es jedoch zu betonen, dass die Situation in Österreich und insbesondere in der Schweiz bisher nie eine vergleichbar 'dramatische' wie in den anderen Staaten war.

Direkte Zusammenhänge zwischen der Arbeitsmarktentwicklung und der Invalidisierung können nicht bestätigt werden. Dass aber die Arbeitsmarktlage in verschiedener Hinsicht die Situation und Entwicklung der Invalidenversicherung begünstigen oder benachteiligen kann, bleibt evident. Folglich sollte auch bei der Ausgestaltung der Invalidenversicherung Rücksicht auf eine flexible Anpassung an den Arbeitsmarkt genommen werden.

Untersuchungen darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit, in welchem Ausmaß und innerhalb welchem Zeitraum steigende Arbeitslosigkeit zu steigenden Invaliditätsquotienten führt, gibt es praktisch nicht. Es gilt jedoch als unbestritten, dass steigende Arbeitslosigkeit die relative Position von Personen mit verminderter Erwerbsfähigkeit am Arbeitsmarkt verschlechtert oder deren Risiken der Arbeitslosigkeit wie auch der Invalidität erhöht. Auch in dieser Untersuchung konnten keine kausalen Zusammenhänge zwischen dem Arbeitsmarkt und der Invalidisierung bestimmt werden. Hingegen konnten parallele Entwicklungen dokumentiert werden, bspw. durch die Beziehung langfristiger Entwicklungen von relevanten Kennzahlen nach einschneidenden Reformen⁸, oder durch regionale Unterteilungen, die ein differenzierteres Beobachten von Arbeitslosigkeit und Invalidisierung bei gleicher gesetzlicher Regelung erlauben. Insgesamt sind diese Beobachtungen aber eher widersprüchlich.

Um behinderten Menschen die Teilhabechance am Erwerbsleben möglichst hoch zu halten, ist vor allem die Kombination von Invalidenrenten mit Erwerbseinkommen entscheidend. In diesem Zusammenhang sind nach dem Ausmass der Invalidität abgestufte Rentensysteme von grosser Bedeutung. In einer *behindertenfreundlichen* Arbeitswelt wären eine fließende Abstufung der Berentung und die Möglichkeit, die verbleibende Erwerbsfähigkeit am Arbeitsmarkt flexibel anzubieten, grundsätzlich ideal und wünschenswert. Die Realität der heutigen Arbeitswelt lässt dieses Szenario ohne aktive Teilzeitarbeitspolitik aber unwahrscheinlich erscheinen. So bleibt die Frage offen, ob durch ein Angebot an derartigen Optionen die Lebenssituation von Personen mit Teilerwerbsminderungen verbessert wird (weil zumindest ein Rentenanspruch für Teilinvalidität besteht, der mit Teilzeittätigkeit komplementiert werden kann) oder eher verschlechtert (weil damit nur Teilansprüche bestehen und eine Teilzeittätigkeit nicht gefunden werden kann).

⁸ Hier ist vor allem auf die Beispiele Italien und die Niederlande zu verweisen.

Optionen für die Schweiz aufgrund ausländischer Erfahrungen

Auch wenn die Untersuchung aufzeigt, dass jede Invalidenversicherung stark von der Einbettung in das jeweilige Sozialversicherungssystem beeinflusst wird und somit unterschiedlich strukturiert und organisiert ist, lassen sich auf der Grundlage ausländischer Erfahrungen mit Problemen und Lösungsstrategien Optionen für eine künftige Entwicklungssteuerung für die Schweiz ableiten. Die vorliegende Studie schliesst mit einer Diskussion dieser internationalen Erfahrungen und möglichen Optionen für die Schweiz hinsichtlich der Anreizstrukturen...

- ... für die Arbeitgebenden (z.Bsp. die Einbindung in tripartite Strukturen mit Versicherungsgemeinschaft und Staat; ein System nach Verursacherprinzip; Behindertenquoten);
- ... für die Verwaltung der Invalidenversicherung im Rahmen des Entscheidverfahrens (z.Bsp. der Ermessensspielraum; der abstrakt-theoretische Begriff der ausgeglichenen Arbeitsmarktlage; der Berufsschutz resp. die 'Zumutbarkeit') und die dezentrale Struktur (Kantonalisierung) sowie
- ... für die Versicherten (z.Bsp. die Balance zwischen ausreichender Absicherung und falschen Anreizen; die Behandlung der schwächsten Risikogruppen).

Als eher indirektes Ergebnis der vorliegenden Studie wird schliesslich betont, dass für einen Grossteil interessanter Fragestellungen die Datenlage Lücken aufweist. Für die Schweiz trifft dies insbesondere auf die berufliche Vorsorge zu.

Résumé

L'étude sur laquelle se fonde le présent rapport a pour objet la situation actuelle et l'évolution constatée ces dernières décennies dans les systèmes d'assurance-invalidité de six Etats européens⁹ et de Suisse.

Le choix de ces Etats découle des objectifs de l'étude:

- arriver à des comparaisons aussi judicieuses et utiles que possible pour apprécier l'évolution de l'assurance-invalidité fédérale;
- formuler, au vu d'autres expériences, des options d'action future pour stabiliser et optimiser le système fédéral d'assurance-invalidité.

Manière de procéder et groupe d'étude

L'étude se base sur des profils de pays dressés par des experts nationaux selon un schéma uniforme.¹⁰ Ces données et ces informations ont ensuite fait l'objet de différentes analyses contrastées pour permettre de dégager les points communs essentiels et les différences importantes dans la couverture du risque d'invalidité par l'Etat social et dans la maîtrise de ses conséquences. Comme il s'agissait d'étudier de près les liens entre l'invalidité et l'activité lucrative (et avec les autres risques et assurances (sociales) qui s'y rattachent), l'étude est centrée sur la population en âge d'exercer une activité lucrative.

Résultats essentiels

Une étude comparative des assurances-invalidité à l'échelle internationale n'est judicieuse que si l'on tient compte du contexte national de l'ensemble des assurances sociales. En effet, l'examen isolé de l'assurance-invalidité donne une image incomplète de la gestion socio-politique de l'augmentation de la probabilité du risque d'invalidité.

L'étude en question montre que tant la situation actuelle que l'évolution des assurances-invalidité examinées se différencient considérablement, en dépit du fait que les Etats soutiennent la comparaison du point de vue politique, économique et social.

Ces différences s'expliquent notamment par les points suivants:

- la définition de la notion d'invalidité;
- les personnes assurées;
- les prestations allouées par l'assurance-invalidité;
- la délimitation par rapport aux autres assurances (sociales) et systèmes de rentes.

⁹ Allemagne, Autriche, Italie, Norvège, Pays-Bas, Suède.

¹⁰ Les profils des différents pays, traduits en allemand si nécessaire, figurent dans le 2^e volume du présent rapport.

La définition de la notion d'invalidité

Les assurances-invalidité n'accordent pas la même importance à la dimension médicale et à la dimension économique dans leur définition de l'invalidité. Pour des cas de handicaps comparables, la probabilité de l'octroi d'une rente d'invalidité varie selon la prise en compte du marché de travail et de la protection de la profession. Par ses concepts de "travail exigible" et de "situation équilibrée du marché du travail", l'assurance-invalidité fédérale donne en comparaison un poids important à la dimension économique.

Les personnes assurées

Les assurances-invalidité étudiées ont toutes pour but de *garantir* que les personnes (donc leurs familles) qui ont subi, pour des raisons de santé, une diminution de leur capacité de gain ou l'ont entièrement perdu de manière durable, auront *l'opportunité de prendre part à la vie active* et d'*éviter la marginalisation* de ces personnes. Il faut cependant distinguer entre deux manières de définir les catégories d'assurés: dans les Etats qui connaissent un pur système d'assurance, *seuls les actifs* ont droit à une rente d'invalidité, alors que dans les Etats où l'assurance-invalidité comporte l'élément de la protection de base, *toute la population résidente* est assurée. L'assurance-invalidité fédérale correspond au second type.

Les prestations allouées par l'assurance-invalidité

Dans certains Etats, l'assurance-invalidité se limite à couvrir le financement des rentes, tandis que dans d'autres, comme en Suisse, elle assume d'autres tâches, parfois tout aussi étendues au plan financier, qui sont liées au risque d'invalidité (subventions aux institutions, dépenses pour les mesures de réadaptation, etc.).

La délimitation par rapport aux autres assurances (sociales) et systèmes de rentes

Selon la composition des systèmes d'assurances (sociales), l'assurance-invalidité peut couvrir dans certains Etats des risques pour lesquels il existe dans d'autres une assurance particulière (les Pays-Bas p. ex. ne connaissent pas d'assurance-accidents, ce qui entraîne une "charge" relativement importante de l'assurance-invalidité). En revanche, l'existence de systèmes de préretraites peut entraîner une "décharge" de l'assurance-invalidité, car ces systèmes absorbent une catégorie d'assurés qui ont tendance à présenter un risque d'invalidité plus élevé. Bien que de tels systèmes n'existent pas en Suisse, l'assurance-invalidité n'assume pas, en raison de cette catégorie d'assurés, une charge proportionnellement plus importante que les Etats connaissant des systèmes de préretraites.

C'est sous ses aspects qu'il faut voir la première approche comparative des Etats en question: on établit le rapport entre tous les fonds publics destinés à maîtriser le problème de l'invalidité et le produit intérieur brut (PIB).¹¹ Viennent en tête les Pays-Bas, qui en 1995 ont consacré 4,06 % du BIP à l'invalidité, suivis par la Norvège (2,67%), la Suède (2,42%), la Suisse (1,28%; 2^e pilier compris: 1,63%), l'Autriche (1,54%), l'Italie (1,37%) et l'Allemagne (1,09%).

¹¹ Source: base de données SOCX de l'OCDE.

Les offices AI cantonaux se caractérisent par une rôle relativement peu importante en matière de décision et de contrôle médicaux et par une prise en compte libérale du marché du travail.

S'agissant de l'organisation des assurances-invalidité, la comparaison a porté sur la structure des organes de décision et sur les aspects du *contrôle médical exercé par l'organe de décision* et de *l'orientation vers le marché du travail*, aspects pertinents pour la décision d'octroi d'une rente (taux d'invalidité et montant de la rente). Dans la comparaison internationale, la Suisse se caractérise par une organisation décentralisée¹², où les offices AI ont une fonction relativement peu importante en matière de décision et de contrôle médicaux, basée sur des rapports médicaux externes¹³, et prennent en compte de manière relativement libérale la situation concrète sur le marché du travail. D'une part, cette dernière appréciation pourrait découler du fait que cette situation était favorable, du moins pendant assez longtemps. D'autre part, si la particularité consistant à se fonder sur la notion abstraite de situation équilibrée du marché du travail pour déterminer le montant de la rente est interprétée comme une bonne approche, elle est nécessairement perçue comme impliquant une grande marge de manœuvre.

Comparée aux Etats de référence, la Suisse a un taux faible de bénéficiaires de rentes d'invalidité et un petit nombre de nouvelles demandes de rente par an. L'augmentation de ce dernier est cependant relativement importante.

Tous les autres Etats inclus dans la comparaison ont connu durant les trois dernières décennies des phases de taux de bénéficiaires de rentes sensiblement plus élevés que ceux de la Suisse (prévalence). C'est d'autant plus étonnant compte tenu du nombre relativement important de personnes assurées. Par ailleurs, les données disponibles les plus actuelles concernant la Suisse indiquent un nombre inférieur à la moyenne de nouveau bénéficiaires de rentes d'invalidité (incidence). Cette appréciation positive de la situation actuelle contraste avec une évolution plutôt défavorable. Dans la plupart des Etats de référence, le nombre actuel de nouveaux bénéficiaires de rentes a reculé par rapport à celui de 1980. Par contre, ces nombres ont augmentés en Suisse, surtout dans le groupe d'âge des moins de 50 ans.

Il y a autant de diversité dans les assurances-invalidité considérées, dans leur structure ou dans la manière dont elles sont intégrées aux les systèmes respectifs d'assurances sociales, que dans les tentatives de réforme entreprises.

Selon que telle ou telle évolution a été jugée problématique ou que ses causes ont été trouvées ou supposées, on a procédé à des modifications concernant l'accès aux rentes d'invalidité, les prestations, leur montant, l'administration ou la délimitation par rapport aux autres assurances sociales.¹⁴

¹² A la différence de l'Allemagne, de l'Autriche et des Pays-Bas, pays qui connaissent des subdivisions relatives aux groupes professionnels à l'échelon national.

¹³ Il ressort d'une étude de l'OFAS récemment terminée que l'importance du rôle du médecin de famille a fortement diminué ces dernières années ("Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung" EDMZ 318.010.6/99d).

¹⁴ Les tableaux comparatifs 3 (p. 46 s.), 4 et 5 (p. 67 ss.) contenus dans le rapport fournissent un condensé des causes, des mesures et des effets concernant les Etats de référence.

La plupart des indicateurs examinés dans l'étude reflètent une tendance vers l'amélioration de la situation financière des assurances¹⁵ dans la majorité des Etats de référence. L'évolution est jugée plutôt insatisfaisante en ce qui concerne l'Autriche et la Suisse, donc les deux Etats qui n'ont pas effectué de réformes radicales ces dernières décennies comme les autres pays. Soulignons cependant que la situation en Autriche et en Suisse surtout n'a jamais été aussi "dramatique" que dans les autres Etats.

Un lien direct entre l'évolution du marché du travail et l'augmentation de la probabilité du risque d'invalidité n'est pas confirmé. Mais il reste évident que la situation du marché du travail peut à plusieurs égards exercer une influence favorable ou défavorable sur la situation et l'évolution de l'assurance-invalidité. Par conséquent, l'aménagement de l'assurance-invalidité devrait impliquer une adaptation flexible au marché du travail.

Il n'existe pratiquement pas d'études montrant selon quelle probabilité, dans quelle mesure et dans quel laps de temps l'augmentation du chômage entraîne un accroissement du taux d'invalidité. Il est toutefois incontesté qu'une augmentation du chômage détériore la position relative sur le marché du travail des personnes dont la capacité de gain est réduite ou accroît leur risque d'être au chômage ou de devenir invalide. L'étude en question n'a pas pu déterminer non plus de lien de causalité entre le marché du travail et l'augmentation de la probabilité du risque d'invalidité. On a cependant pu montrer des évolutions parallèles, en tenant compte p. ex. de l'évolution à long terme de chiffres pertinents après des réformes radicales¹⁶, ou en procédant à des subdivisions régionales qui permettent d'observer le chômage et l'augmentation de la probabilité du risque d'invalidité de manière différenciée, les dispositions légales restant par ailleurs les mêmes. Mais dans l'ensemble, ces constatations sont plutôt contradictoires.

Afin de donner aux personnes handicapées les meilleures chances d'avoir part à la vie active, il est important de combiner les rentes d'invalidité avec le revenu provenant d'une activité lucrative. A cet égard, les systèmes de rentes échelonnées selon l'étendue de l'invalidité revêtent une importance particulière. Dans un monde du travail *favorable aux handicapés*, il serait en principe idéal et souhaitable de pouvoir moduler les rentes et d'offrir aux handicapés la possibilité d'utiliser leur capacité de gain restante sur le marché du travail. Mais, le monde du travail étant ce qu'il est, un tel scénario paraît improbable sans une politique active du travail à temps partiel. On ne sait donc pas si de telles options améliorent la situation des personnes dont la capacité de gain est partiellement réduite (car elles ont du moins droit à une rente en raison de leur invalidité partielle, qui peut être complétée par une activité à temps partiel) ou si elles la détériorent (car elles n'ont droit qu'à une prestation partielle et ne trouvent pas de travail à temps partiel).

¹⁵ Pour ce qui est du nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité et des dépenses de l'assurance-invalidité; la question de savoir si la situation des personnes vivant avec un handicap s'améliore reste indécise.

¹⁶ Citons à ce propos surtout l'exemple de l'Italie et des Pays-Bas.

Options pour la Suisse sur la base des expériences faites à l'étranger

Même si l'étude fait ressortir que chaque assurance-invalidité est fortement marquée par la manière dont elle est intégrée dans le système d'assurances sociales du pays considéré, que, partant, elle est structurée et organisée différemment, il est possible de déduire des expériences acquises à l'étranger concernant les problèmes et les stratégies de solution des options permettant d'influencer l'évolution future en Suisse. L'étude se termine par une appréciation de ces expériences internationales et examine des options possibles pour la Suisse en ce qui concerne des structures incitatives...

... pour les employeurs (p. ex. leur intégration dans des structures tripartites comprenant également la communauté d'assurance et l'Etat; un système selon le principe de causalité; le taux d'invalidité de la branche);

... pour l'administration de l'assurance-invalidité: la procédure de décision (p. ex. une marge d'appréciation; la notion abstraite de situation équilibrée du marché du travail; la protection de la profession ou la notion de "travail exigible") et la structure décentralisée (cantonalisation) et

... pour les assurés (p. ex. l'équilibre entre protection suffisante et fausses incitations, le traitement des groupes les plus faibles face au risque).

Enfin, résultat plutôt indirect de l'étude, on souligne que, pour une grande partie des questions intéressantes, la base de données requise fait défaut. Pour la Suisse, cette remarque s'applique tout particulièrement à la prévoyance professionnelle.

Riassunto

Lo studio alla base del presente rapporto ha per tema le situazioni attuali e gli sviluppi registratisi negli ultimi decenni nei sistemi dell'assicurazione per l'invalidità in sei Stati europei¹⁷ ed in Svizzera.

La scelta di questi Stati è giustificata dagli obiettivi perseguiti dallo studio, che sono i seguenti:

- paragoni possibilmente ragionevoli ed utili al fine di valutare gli sviluppi in seno all'assicurazione federale per l'invalidità;
- progettare, sullo sfondo di altre esperienze, future azioni tese a stabilizzare ed ottimizzare l'assicurazione federale per l'invalidità.

Procedimento e gruppo di studio

Lo studio si basa su profili di altri Paesi tracciati da esperti nazionali secondo una griglia strutturata in modo uniforme¹⁸. Dati e informazioni sono stati messi in contrasto ed ulteriormente analizzati in modo da determinare i punti comuni e le differenze principali sia nel coprire il rischio d'invalidità da parte dello Stato sociale sia nell'affrontarne le conseguenze. Dato che in questo contesto si tratta di studiare approfonditamente la relazione tra invalidità ed attività lucrativa (e gli ulteriori rischi e assicurazioni (sociali) che ne derivano), lo studio si concentra sulla popolazione in età lavorativa.

Risultati più importanti

Una ricerca comparata internazionale sulle assicurazioni per l'invalidità ha senso solo se eseguita nel quadro del sistema globale delle assicurazioni sociali del Paese in questione, poiché un'analisi isolata dell'assicurazione per l'invalidità fornirebbe un quadro incompleto della gestione politica e sociale del rischio d'invalidità.

Il presente studio mostra come l'attuale situazione e le evoluzioni delle assicurazioni per l'invalidità oggetto dello studio divergano notevolmente le une dalle altre nonostante gli Stati considerati siano paragonabili dal punto di vista politico, economico e sociale.

Questo è motivato soprattutto dalle differenze relative ai seguenti punti:

- definizione della nozione d'invalidità
- cerchia degli assicurati
- prestazioni fornite dalle assicurazioni per l'invalidità
- distinzione da altre assicurazioni (sociali) e da sistemi di rendite.

¹⁷ Austria, Germania, Italia, Norvegia, Paesi Bassi e Svezia.

¹⁸ I singoli rapporti nazionali — tradotti in tedesco quando necessario — sono allegati al secondo volume di questo studio.

Definizione d'invalidità

Le definizioni di 'invalidità' nel senso inteso dalle assicurazioni per l'invalidità dei Paesi in questione mostrano che le dimensioni medica ed economica sono state valutate diversamente. A seconda di quanto vengono considerati mercato del lavoro e protezione professionale, la concessione di rendite per casi d'invalidità paragonabili può avvenire in modo differenziato. Utilizzando concetti quali 'attività lucrativa esigibile' o 'mercato del lavoro equilibrato', l'assicurazione federale per l'invalidità conferisce alla dimensione economica una grande importanza nel quadro del confronto.

Cerchia degli assicurati

Le assicurazioni per l'invalidità oggetto di questo studio hanno in comune l'obiettivo di *assicurare la possibilità di partecipare alla vita sociale* a quelle persone o famiglie la cui capacità lavorativa è stata per lungo tempo ostacolata, parzialmente o completamente, da problemi di salute. Vi sono però due regolamentazioni fondamentali che vanno distinte relativamente alle cerchie degli assicurati: negli Stati in cui vi è un unico sistema assicurativo, *solo chi esercita un'attività lucrativa* ha diritto ad una rendita d'invalidità; negli Stati in cui l'assicurazione per l'invalidità è parte integrante dell'assicurazione di base, è assicurata *tutta la popolazione residente*. L'assicurazione federale per l'invalidità è strutturata secondo il secondo tipo.

Prestazioni fornite dalle assicurazioni per l'invalidità

Mentre in certi Stati l'assicurazione per l'invalidità copre unicamente il finanziamento delle rendite, in altri, quali la Svizzera, svolge ulteriori compiti di natura finanziaria in parte altrettanto complessi in relazione al rischio d'invalidità (sussidi ad istituzioni; spese per provvedimenti d'integrazione ecc.)

Distinzione da altre assicurazioni (sociali) e sistemi di rendite

La composizione dei sistemi di assicurazione (sociale) può fare in modo che in alcuni Stati l'assicurazione per l'invalidità copra rischi che in altri sono coperti da assicurazioni particolari (ad esempio, nei Paesi Bassi non vi è un'assicurazione contro gli infortuni, il che in paragone, causa un 'onere' elevato all'assicurazione per l'invalidità). D'altro canto, la presenza di un sistema di rendite anticipate può 'sgravare' l'assicurazione per l'invalidità, dato che in questo modo verrebbe assorbito un segmento di assicurati che presenta tendenzialmente un elevato rischio d'invalidità. Tuttavia, nonostante in Svizzera non esistano sistemi di rendite anticipate, questo segmento non grava, proporzionalmente, sull'assicurazione per l'invalidità più pesantemente che in altri Stati dove vigono tali sistemi.

Sullo sfondo appena tracciato va fatto un primo approccio di valutazione comparativa tra i diversi Stati, mettendone in relazione i finanziamenti pubblici impiegati per affrontare l'invalidità con il prodotto interno lordo (PIL)¹⁹. In questo modo vediamo, ad esempio, che nel 1995 i Paesi Bassi hanno utilizzato per l'invalidità il 4.06% del loro PIL, seguiti dalla Norvegia (2.67%), la Svezia (2.42%), la Svizzera (1.28%, compreso il 2° pilastro, 1.63%), l'Austria (1.54%), l'Italia (1.37%) e la Germania (1.09%).

¹⁹Fonte: banca dati dell'OCSE sulle spese sociali (SOCX).

Gli uffici AI cantonali sono noti per esercitare una funzione marginale in materia di decisioni e controlli medici e per avere un atteggiamento liberale nei confronti del mercato del lavoro.

Sul piano organizzativo delle assicurazioni per l'invalidità sono stati analizzati sia la struttura degli organi decisionali sia gli aspetti importanti relativi alla concessione delle rendite (grado d'invalidità e importo delle rendite), ossia il controllo medico da parte degli organi decisionali e la considerazione del mercato del lavoro. Dal confronto internazionale la Svizzera risulta essere organizzata in modo decentralizzato²⁰; gli uffici AI hanno facoltà decisionali e di controllo medico marginali, dato che i rapporti medici²¹ vengono redatti all'esterno dell'assicurazione. Hanno inoltre un atteggiamento relativamente liberale nei confronti del mercato del lavoro. Quest'ultimo giudizio potrebbe essere messo in relazione con la situazione favorevole creatasi – e perlomeno tale da parecchio tempo – nel mercato del lavoro. D'altro canto la particolarità di far dipendere la determinazione dell'importo delle rendite da un concetto teorico ed astratto quale un mercato del lavoro equilibrato, è considerato un buon punto di partenza con tuttavia un grande potere discrezionale che va necessariamente esercitato.

Rispetto agli altri Stati, la Svizzera presenta una bassa quota sia di beneficiari di rendite d'invalidità sia di nuovi casi d'invalidità ogni anno. A confronto, invece, il numero dei nuovi casi sta fortemente aumentando.

Negli ultimi tre decenni tutti gli Stati a confronto nello studio hanno registrato fasi in cui le quote dei beneficiari di rendite erano più alte (prevalenza) rispetto a quelle registrate finora in Svizzera. Questo risulta ancora più strano se si tiene conto della loro ampia cerchia di assicurati. Inoltre, anche secondo i dati più attuali a disposizione per la Svizzera, il numero di nuovi casi d'invalidità registrati sono al di sotto della media (incidenza). Il giudizio positivo della situazione attuale si contrappone ad un'evoluzione piuttosto sfavorevole. Nella maggior parte degli Stati a confronto il numero attuale dei nuovi casi d'invalidità è regredito rispetto al 1980. I nuovi casi sono invece aumentati in Svizzera, soprattutto nella fascia d'età sotto i cinquanta anni.

Le varie assicurazioni per l'invalidità sono strutturate ed integrate in modo molto diverso nei sistemi d'assicurazione sociale di ogni Stato, così come lo sono anche le attuazioni delle rispettive riforme.

A seconda di quali sviluppi vengono considerati problematici e dei motivi identificati o presunti, sono stati introdotti cambiamenti concernenti il diritto a rendite d'invalidità, le prestazioni (importi e gestione) e la distinzione da altri sistemi di assicurazione sociale.²²

La maggior parte degli indicatori studiati nel presente lavoro mostra una tendenza al miglioramento della situazione finanziaria delle assicurazioni²³ nella maggior parte degli Stati a confronto. Viene dato un giudizio piuttosto insoddisfacente delle situazioni di Austria e Svizzera, i due Stati dove

²⁰ Austria, Germania e Paesi Bassi valgono come esempi opposti, in quanto organizzati secondo suddivisioni basate su criteri settoriali e professionali.

²¹ Come mostra uno studio recentemente concluso dall'UFAS — "Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung" EDMZ 318.010.6/99d (La valutazione medica e il suo significato nella procedura decisionale sul diritto alle rendite nell'assicurazione federale per l'invalidità/d) — negli ultimi anni il ruolo del medico di famiglia ha perso molto del suo significato.

²² È possibile trovare una panoramica succinta di cause, provvedimenti ed effetti negli Stati a confronto nelle tabelle comparative n. 3 (p. 46 seg.), n. 4 e n. 5 (p. 67 segg.)

²³ Questo vale per il numero dei beneficiari di rendite d'invalidità e per i costi dell'assicurazione per l'invalidità; non è chiaro se anche la situazione delle persone invalide è in via di miglioramento.

negli ultimi decenni non sono state attuate riforme fondamentali come nei rimanenti Stati. Va tuttavia evidenziato che la situazione in Austria, ed in particolare in Svizzera, non era mai stata così 'drammatica' come negli altri Paesi.

Non è possibile confermare che vi sia una relazione diretta tra l'evoluzione del mercato del lavoro ed i casi d'invalidità. È tuttavia evidente che la situazione del mercato del lavoro possa favorire od ostacolare, sotto diversi punti di vista, lo stato e l'evoluzione dell'assicurazione per l'invalidità. Quindi anche per l'organizzazione dell'assicurazione per l'invalidità si dovrebbe tenere conto di un adeguamento flessibile al mercato del lavoro.

Non vi è in pratica nessuno studio che tratti con quale probabilità, in quali proporzioni ed entro quanto tempo l'aumento della disoccupazione provochi un aumento della quota dei casi d'invalidità. È comunque indubbio che la crescente disoccupazione peggiori la posizione sul mercato del lavoro di persone con capacità al guadagno ridotte o che ne aumenti il rischio di disoccupazione e d'invalidità. Anche in questo studio non è stato possibile stabilire relazioni causali tra il mercato del lavoro e i casi d'invalidità. Per contro sono state documentate evoluzioni parallele, ad esempio attraverso sviluppi a lungo termine di dati statistici importanti raccolti dopo l'applicazione di riforme radicali²⁴, oppure mediante una suddivisione regionale, che consente di osservare l'evoluzione della disoccupazione e dei casi d'invalidità poggianti su una stessa normativa. Nel complesso, però, queste considerazioni sono piuttosto contraddittorie.

Perché le persone invalide abbiano un'elevata possibilità di partecipare all'attività lavorativa, risulta determinante soprattutto la combinazione tra rendita d'invalidità e reddito proveniente dall'attività lucrativa. In questo contesto, e a seconda del grado d'invalidità, i sistemi che prevedono una graduazione delle rendite rivestono particolare importanza. In linea di principio, un mondo del lavoro che tenga conto delle esigenze degli invalidi renderebbe ideali ed auspicabili una graduazione delle rendite e la possibilità d'integrare in modo flessibile la rimanente capacità al guadagno nel mercato del lavoro. Tuttavia un tale scenario è improponibile nella realtà odierna del mondo del lavoro in assenza di una politica attiva in favore del lavoro a tempo parziale. Rimane quindi aperta la questione se un'offerta basata su tali opzioni possa migliorare il livello di vita delle persone con una capacità al guadagno ridotta (perché vi sarebbe perlomeno il diritto a una rendita d'invalidità parziale, che potrebbe essere completato con un'attività a tempo parziale) oppure peggiorarlo (perché vi sarebbe soltanto il diritto a una rendita parziale e non si potrebbe trovare un'attività a tempo parziale).

²⁴ Si rimanda soprattutto agli esempi di Italia e Paesi Bassi.

Opzioni per la Svizzera sulla base di esperienze all'estero

Anche se lo studio mostra che le varie assicurazioni per l'invalidità sono fortemente influenzate dal contesto delle assicurazioni sociali in cui sono inserite, risultando diverse per struttura e organizzazione, è possibile formulare, in base ad esperienze avute con problemi e soluzioni strategiche all'estero, alcune opzioni per un futuro controllo degli sviluppi in Svizzera. Il presente studio conclude con un dibattito su queste esperienze e sulle possibili opzioni per la Svizzera riguardo a strutture d'incoraggiamento ...

...per i datori di lavoro (p.es. con un'integrazione in una struttura tripartita comprendente le assicurazioni e lo Stato, un sistema basato sul principio di causalità e la quota degli invalidi);

...per l'amministrazione dell'assicurazione per l'invalidità nel quadro della procedura decisionale (p.es. il margine discrezionale; il concetto teorico e astratto di situazione equilibrata del mercato del lavoro; la protezione professionale o 'attività lucrativa esigibile') e la struttura decentralizzata (competenze deferite ai Cantoni) e

...per gli assicurati (p.es. l'equilibrio tra copertura sufficiente a falsi incentivi; trattamento dei gruppi a rischio più deboli).

Quale risultato piuttosto indiretto del presente studio viene infine rilevato che per una gran parte di questioni interessanti non vi sono dati sufficienti. Per la Svizzera questo è vero soprattutto per la previdenza professionale.

Summary

The study on which this report is based focuses on the present situation and trends identified over recent decades in the disability insurance systems of six European states²⁵ and Switzerland.

The states were selected based on the objectives of the study:

- to arrive at the most meaningful and useful comparisons in order to evaluate developments in Swiss disability insurance;
- to map out future options for the stabilisation and optimisation of the Swiss disability insurance system against a background of experiences from elsewhere.

Procedure and study group

The study is based on national profiles prepared by experts in the countries concerned, and worked out in accordance with a standard structure.²⁶ This information and data were then analysed further using various contrast-based approaches, to determine the central similarities and differences in State social cover for disability, and the way the consequences of disability are managed. As the aim was to examine in detail the relationship between disability and gainful employment (and the associated additional risks and [social] insurances), the study concentrates on that section of the population which is of working age.

The main results

An internationally comparative study of disability insurances can only be useful if carried out in the context of the relevant national social insurance system as a whole, since an isolated examination of disability insurance gives an inadequate picture of the socio-political treatment of the "disability" risk.

This study shows that there are considerable differences both in the current situations and in developments in the disability insurances examined, despite the fact that the states are comparable in political, economic and social terms.

This is demonstrated in particular by the differences in the following:

- The definition of disability
- The group of disabled persons
- The benefits paid under disability insurance schemes
- The dividing line separating this type of insurance from other (social) insurances and pension systems

²⁵ Germany, Italy, the Netherlands, Norway, Austria, Sweden.

²⁶ The individual country reports can be found - translated into German where necessary - in Volume 2 of this report.

Definition of disability

The definitions of disability used by each disability insurance system are given different weightings, according to whether they are viewed from a medical or economic perspective. Depending on the extent to which the labour market and job protection are taken into account, the likelihood that disability benefit will be awarded for comparable disabilities varies. Swiss disability insurance puts a relatively strong emphasis on the economic side, with the concepts of "reasonableness" of earnings and the "balanced labour market".

Group of insured persons

The common denominator among all the disability insurances studied is that they aim to guarantee the *security of an opportunity to participate in society* to people (or their families) who are partly or wholly prevented from working on health grounds over a relatively long period. At the basic level however, two ways of determining the group of insured persons need to be distinguished: in countries with a pure insurance system, *only earners* are entitled to disability benefit; in countries where disability insurance includes an element of basic protection, *the whole population* is insured. The Swiss system follows the second model.

The benefits paid under disability insurances

Whereas in some countries disability insurance only funds a pension-type benefit, in others, including Switzerland, it takes on other tasks, some of them with equal financial scope, connected with the disability risk (contributions to institutions; expenditure on rehabilitation, etc.).

Distinction between these and other (social) insurances and pension systems

The way (social) insurance systems are grouped together can mean that in individual countries, disability insurance covers risks for which special insurances have been set up in other countries (for instance there is no accident insurance in the Netherlands, which puts relatively high pressure on disability insurance). On the other hand, the existence of early retirement systems may relieve the burden on disability insurance, by absorbing a segment of the population which tends to have a higher risk of disablement. However, although there is no early retirement system in Switzerland, disability insurance for this group does not create a proportionally higher burden than in countries which have such systems.

A first attempt at an international comparison, which looks at all public spending on managing disability as a proportion of Gross Domestic Product (GDP)²⁷, needs to be seen against this background. Thus in 1995 for example, the Netherlands spent 4.06% of GDP on disability, followed by Norway (2.67%), Sweden (2.42%), Switzerland (1.28%; incl. 2nd tier: 1.63%) Austria (1.54%), Italy (1.37%) and Germany (1.09%).

²⁷ Source: SOCX database, OECD

The cantonal disability insurance offices are characterised firstly by the fact that the decision-making bodies have relatively little control over medical matters and few monitoring powers, and secondly by a liberal consideration of the labour market.

At the organisational level, the study looked at the decision-making structure and the questions of *medical control exercised by the decision-making body* and *reference to the labour market* as factors relevant to the awarding of benefits (degree of disability and level of benefit). In an international comparison, Switzerland stands out for its decentralised organisational structure²⁸, within which the disability insurance offices have relatively little involvement in medical decision-making and supervision based on medical reports obtained from outside²⁹, and a relatively liberal consideration of the actual labour market situation. This last assessment could be related on the one hand to the favourable labour market situation which has existed for some considerable time. On the other hand, the peculiar way of determining the level of benefits, based on the abstract theoretical concept of the balanced labour market, whilst it represents a good starting point, could be seen as inevitably giving rise to a wide variety of interpretations.

In comparison with the other countries, Switzerland has a low percentage of disabled people and new claims every year. On the other hand, the number of new claims is rising comparatively sharply.

All the comparator countries covered by the study have experienced phases over the last three decades where the proportion of benefit claimants (prevalence) has been considerably higher than has so far been the case in Switzerland. This is all the more surprising given the comparatively wider group of insured persons. Moreover, even the most recent data available for Switzerland show below-average new claims for disability benefits (incidence). This positive assessment of the current situation contrasts with a rather unfavourable trend. In most of the comparator countries, the current figures for new claims have fallen, compared with those for 1980. But in Switzerland, the number of new claims has increased, especially amongst the under 50s.

Just as the disability insurances examined have very different structures and are embedded in their respective social insurance systems in different ways, the reform efforts being undertaken are also very different.

Depending on which trends are seen as problematic, and where their causes lie or are believed to lie, changes have been introduced affecting access to disability benefits, the level or administration of benefits, and the dividing line between this insurance and other social insurance systems.³⁰

²⁸ In contrast with Germany, Austria and the Netherlands, where there are nationwide divisions relating to specific occupational groups.

²⁹ A study completed recently by the Federal Social Insurance Office (BSV) shows, however, that the role of the GP has become much less important in recent years ("Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung" EDMZ 318.010.6/99d).

³⁰ A brief overview of the causes, measures and effects in the comparator countries can be found in the comparative tables numbered 3 (page 46f.) and 5 (page 67ff.) in this report.

Most of the indicators looked at in this study point to a trend towards improvements in the financial situation of the insurance funds³¹ for most of the comparator countries. Trends in Austria and Switzerland – two countries which, unlike the others, have not seen far-reaching reforms in recent decades – are seen as rather unsatisfactory. It must be emphasised, however, that the situation in Austria, and especially in Switzerland, has never in the past been as "dramatic" as in the other countries studied.

It is not possible to establish any direct connections between labour market trends and new cases of disability. However, it remains evident that the labour market situation can, in various respects, have a favourable or adverse effect on trends in disability insurance. Consequently, when designing disability insurance, allowance should also be made for flexible adjustments in line with the labour market.

Investigations into the likelihood and extent to which rising unemployment leads to an increase in the proportion of disability claims, and over what period of time this occurs, are practically non-existent. But nobody denies that rising unemployment has an adverse effect on the relative position of those people whose earning capacity is reduced, or that it increases the risk of their becoming unemployed or of claiming disability benefits. This study also failed to establish any causal link between the labour market and disability. On the other hand, it was possible to document parallel trends, for example by looking at long-term trends in relevant key figures after far-reaching reforms³², or through regional sub-divisions which allow a differential examination of unemployment and disability in areas covered by the same legislation. Overall however, these observations tend to be contradictory.

In order to maintain as far as possible the opportunities for disabled people to take part in working life, the main deciding factor is the combination of disability benefits with income from employment. In this connection, graduated benefit systems based on the extent of disability are very important. In a *disability-friendly* working environment, the ideal and desirable situation would be a fluid gradation of benefits and the opportunity to make available any residual earning capacity to the labour market in a flexible way. But today's working reality means that this scenario is unlikely in the absence of any active part-time working policy. Thus we have not yet been able to answer the question of whether such a range of options will improve the situation of people with partially reduced earning capacity (because there is at least an entitlement to benefits in the event of partial disability, which can be complemented by part-time work) or whether it is more likely to make it worse (because partial entitlement would arise and part-time jobs are difficult to find).

³¹ In terms of the number of disability benefit claimants and expenditure on disability insurance; the question of whether the disabled people themselves have seen a change for the better remains to be answered.

³² Here we should refer in particular to the examples of Italy and the Netherlands.

Options for Switzerland based on foreign experiences

Although this study shows that all disability insurances are strongly influenced by the way they fit into their respective social insurance systems, and are therefore structured and organised differently, foreign experiences of problems and solutions do allow us to identify options for managing future developments in Switzerland. This study ends with a discussion of these international experiences and possible options for Switzerland with regard to incentive structures...

... for employers (e.g. involvement in tripartite structures with the insurance sector and the State; a system based on the "polluter pays" principle; quotas for disabled people);

... for the administration of disability insurance as part of the decision-making process (e.g. scope for assessments; the abstract theoretical concept of the balanced labour market; job protection or "reasonableness") and the decentralised structure (cantons) as well as

... for insureds (e.g. the balance between adequate protection and misleading incentives; dealing with the weakest risk groups).

Finally, as a rather more indirect result of this study, it should be emphasised that there is a shortage of data relating to the majority of the interesting questions. For Switzerland this applies in particular to occupational pension provision.

**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
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

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

Endbericht

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

Von Christopher Prinz^{1,2}

1. Zum Stellenwert der Invalidenversicherung

1.1 Analytischer Rahmen

Die *Invalidenversicherung* als wesentliches Element der staatlichen Sozialversicherung ist in allen europäischen Ländern analog des Alterssicherungssystems ausgestaltet (in einigen Ländern hat sich die Alterssicherung ursprünglich überhaupt aus der Invalidenversicherung entwickelt). Im Rahmen dieses Systems obliegt der Invalidenversicherung die Absicherung jener Personen im Erwerbsalter, denen aus gesundheitlichen Gründen vorübergehend oder dauerhaft eine teilweise oder gänzliche Einschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit widerfahren ist. Das versicherte Risiko ist also im wesentlichen der potentielle Einkommensentfall aufgrund einer Erkrankung oder eines Unfalls bzw. – jedenfalls in einigen Ländern – auch eines Geburtsgebrechens. Damit ist die Invalidenversicherung im allgemeinen eine Versicherung gegen ein schwer kalkulierbares, oftmals aber auch sehr schwerwiegendes, Risiko und ein ganz wesentliches Element zur *Sicherung der Teilhabechancen* und zur *Vermeidung der Ausgrenzung* von Personen mit Behinderungen bzw. von deren Familien.

Zugleich ist die Invalidenversicherung aber auch eine Versicherung, deren Inanspruchnahme – im Gegensatz etwa zur eigentlichen Alterssicherung – stark vom Verhalten der Versicherten abhängt. Da die Kosten der Versicherung von der Solidargemeinschaft getragen werden, kann sich *opportunistisches Verhalten* („moral hazard“) unter gewissen Bedingungen lohnen. Ziel einer adäquaten Invalidenversicherung sollte es daher sein, eine ausreichende Absicherung für tatsächlich Betroffene zu garantieren, ohne dabei unnötige Anreize für eine Übernutzung des Systems durch Fehlverhalten

¹ Kontaktadresse: Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Berggasse 17, A-1090 Wien. Emailadresse: prinz@euro.centre.org

² Die vorliegende Synthese stützt sich großteils auf sieben im Rahmen dieses Projekts erstellte vorstrukturierte Länderprofile (siehe Anhang 1). Ohne die hervorragende Vorarbeit der nationalen Experten wäre diese komparative Analyse nicht möglich gewesen. Darüber hinaus dankt der Autor seiner Kollegin Eva Thalhammer für die tatkräftige Unterstützung insbesondere bei der Verarbeitung des Datenmaterials, und Philip de Jong sowie den Mitarbeiter/-innen des BSV für wichtige Anregungen und Ergänzungsvorschläge.

oder durch opportunistisches Verhalten zu provozieren. Reformen der Invalidenversicherung, die auf eine Balance zwischen einer guten Absicherung und der Vermeidung falscher Anreize ausgerichtet sind, müssen daher vor allem an einer *Verbesserung der Anreizstrukturen* ansetzen.

Moral hazard kann in sehr unterschiedlicher Form auftreten (vgl. de Jong 1998):

- Zunächst haben Regelungen in der Invalidenversicherung unmittelbar Einfluß auf das *Verhalten der Versicherten*, also der Bevölkerung im Erwerbsalter; und zwar sowohl auf jenes der Invalidenrentenbezieher (durch geringe oder starke Anreize zur Jobsuche) als auch auf jenes der Erwerbstätigen (durch geringe oder starke Anreize zur Jobberhaltung) (vgl. Haveman 1996).
- Zugleich beeinflusst das Invalidenversicherungssystem aber auch das *Verhalten der Arbeitgeber*, etwa wenn das System es ermöglicht, ältere Arbeitnehmer auf Kosten der Solidargemeinschaft frühzeitig in Rente zu schicken, oder wenn die entsprechenden Regelungen keinerlei Anpassung des Arbeitsplatzes an die reduzierte Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers verlangen.
- Schließlich tritt moral hazard auch auf einer dritten Ebene auf, nämlich bei den *Administratoren der Invalidenversicherung*, also etwa jenen Personen, die über die Anspruchsberechtigungen von Invalidenrenten oder Rehabilitationsmaßnahmen entscheiden; Personen, die in der Sozialversicherungsbürokratie beschäftigt sind; aber auch Politiker, die aus Reformen der Invalidenversicherung (etwa durch Gewährung höherer Leistungsansprüche oder reduzierter Steuerbelastungen) politisches Kapital schlagen wollen (vgl. de Jong 1998).

Reformen mit dem Ziel verbesserter Anreizstrukturen müssen und können daher an verschiedenen Punkten ansetzen, je nachdem, welchem opportunistischen Verhalten entgegengesteuert werden soll.

Hohe und kontinuierlich steigende Ausgaben der Invalidenversicherung stellen ein europaweites Problem dar. Entscheidend für die Ausgabenhöhe ist dabei vor allem die Entwicklung der Ausgaben für Invalidenrenten, welche ihrerseits von der Zahl der Invalidenrentner und der Rentenhöhe abhängen, aber auch der Stellenwert sonstiger Ausgaben. Die Zahl der Invalidenrentner ist wiederum abhängig von der demographischen Struktur, von Arbeitsmarktentwicklungen und von den jeweiligen Rentenvoraussetzungen, die Rentenhöhe ist ihrerseits abhängig von Systemparametern sowie von Veränderungen der Erwerbs- und Einkommensbiographien. In dieser Untersuchung liegt der Schwerpunkt auf der *Entwicklung der Zahl der Invalidenrentner* als dem maßgeblichen Faktor für die Entwicklung (bzw. im allgemeinen die Zunahme) der Ausgaben der Invalidenversicherung.³

Die Unterschiede zwischen den in politischer, wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht durchaus vergleichbaren Ländern Westeuropas sind diesbezüglich beträchtlich. Der Anteil der Invaliditätsrentner an der Bevölkerung im Erwerbsalter – Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren – lag im Jahr 1997 in den sieben hier untersuchten Ländern zwischen 18 pro 1000 in Italien und 81 pro 1000 in den Niederlanden (vgl. Tabelle 1; zur Länderauswahl vgl. Abschnitt 2). Auch die Entwicklung ist äußerst unterschiedlich, wobei die Zunahme in der Schweiz seit 1985 – von einem vergleichsweise niedrigen Ausgangsniveau – am größten war.

³ An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass in der Folge bei Personenbezeichnungen immer nur die männliche Form verwendet wird. Dies geschieht ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit, kann aber nicht als Beleg dafür dienen, dass wir geschlechtsneutrale Formulierungen und Bezeichnungen für irrelevant hielten.

Tabelle 1 Invaliditätsrentner auf 1000 Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) (= Invaliditätsvolumen), 1970-1997⁴

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	36	37	40	49	39	40	42	-14%
Italien	.	89	94	63	41	21	18	-72%
Niederlande	27	40	71	77	86	82	81	5%
Norwegen	38	49	53	59	72	73	75	28%
Österreich	.	19	23	33	39	43	44	33%
Schweden	32	53	56	61	67	76	76	25%
Schweiz	.	.	24	26	28	34	37	45%
Ungewichteter Durchschnitt			52	53	53	53	53	

Abweichung vom Durchschnitt	1980	1985	1990	1995	1997
Deutschland	-11	-3	-14	-12	-11
Italien	42	11	-12	-31	-36
Niederlande	19	25	32	29	28
Norwegen	1	6	19	20	22
Österreich	-28	-20	-14	-10	-10
Schweden	5	8	14	23	23
Schweiz	-27	-27	-25	-18	-16
Mittlere absolute Abweichung	19	14	19	21	21

Anmerkungen: Schweden: 16-64, Schweiz: 15-61 (Frauen), Österreich: 15-59 (Frauen), Norwegen: 1972 statt 1970

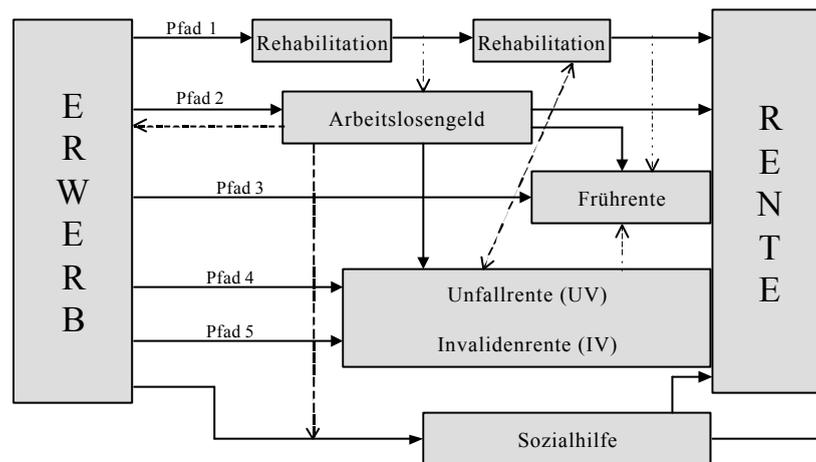
Besonders stark schwankt der Anteil der Invaliditätsrentner an der Gesamtbevölkerung im Alter von 55 bis 64 Jahren, aber auch bei den unter 50jährigen variieren die Invaliditätsraten oftmals erheblich (vgl. dazu die nachfolgenden Abschnitte). Es ist unwahrscheinlich, dass so große Unterschiede in ähnlichen Gesellschaftsstrukturen vornehmlich durch gesundheitsbedingte Differenzen erklärt werden können. Die Ursache für diese Unterschiede liegt wohl in stärkerem Ausmaß an den Chancen und Möglichkeiten von Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit im Arbeitsmarkt zu verbleiben bzw. diesen (mit stärkeren oder schwächeren Anreizen) über verschiedene Pfade verlassen zu können oder gegebenenfalls verlassen zu müssen (vgl. dazu auch Blondal & Scarpetta, 1998). Auch die Lösung des Problems ist daher vor allem von *sozialpolitischer* und weniger von gesundheitspolitischer Seite zu suchen.

In vielen Ländern liegt die Wurzel des Problems noch in der Politik der 1970er und frühen 1980er Jahre, als die aufkommende Arbeitslosigkeit – insbesondere jene von älteren Arbeitnehmern – zunehmend sozialpolitisch aufzufangen versucht wurde: sei es über die Arbeitslosenversicherung selbst, über eine (teilweise) Öffnung der Invalidenversicherung für ältere Arbeitslose oder über die Forcierung anderer Alternativen eines vorzeitigen Rentenbezugs. Jene Länder, die das Arbeitslosenproblem über die Invalidenrente zu lösen versucht haben, haben (oder hatten) gerade in diesem Bereich mit besonders hohen Zuwachsraten zu kämpfen, andere Länder erfuhren ähnliche Probleme in anderen Bereichen der Sozialversicherung. Um den Invalidisierungsprozeß verstehen zu können, muß also nicht nur der gesundheitliche, sondern insbesondere der *soziale Kontext*, in dem dieser Prozeß stattfindet, genau analysiert und nationale Invaliditätspolitik hinterfragt werden.

⁴ Bei Tabellen nicht explizit angeführte Quellenangaben weisen darauf hin, dass die veranschaulichten Daten von den jeweiligen Länderexperten eigens für dieses Projekt bereitgestellt wurden.

1.2 Alternative Pfade aus dem Erwerbsleben

Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit stehen vor dem Problem, dem Arbeitsmarkt nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zur Verfügung zu stehen. Mit national sehr unterschiedlichen Schwerpunkten, also unterschiedlichen Stigmatisierungen und Anreizstrukturen, welche verschiedene Alternativen unterschiedlich attraktiv machen, gibt es für die Betroffenen im wesentlichen fünf alternative Pfade aus dem Erwerbsleben (vgl. Graphik 1 und Aarts u.a. 1996):



Graphik 1 Schematische Darstellung der alternativen Pfade aus dem Erwerbsleben für Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit (neu adaptiert aus Aarts et al. 1996)

1. Weitgehend durchgehende *Beschäftigung* (gegebenenfalls nach wiederholter Rehabilitation und Wiedereingliederung, oftmals auch Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt),
2. (Langzeit)*Arbeitslosigkeit* (i.a. jedoch als Übergangsphase und nicht als endgültige Lösung),
3. *Frühverrentung* (mit relativ klaren Voraussetzungen und Altersgrenzen; teilweise nach einer Phase längerer Arbeitslosigkeit)

sowie – oftmals nach einer längeren Krankenstandsphase – Invalidität, wobei zumeist zwischen

4. *Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten* (die ziemlich klar definiert und über die Unfallversicherung abgesichert sind) einerseits und
5. anderen Fällen von *Invalidität* (i.a. ein komplexes Konzept mit gesundheits- und arbeitsmarktbezogenen Komponenten; Absicherung über die Invalidenversicherung)

unterschieden wird. Als Auffangnetz bleibt schließlich auch noch die *Sozialhilfe*, die aber strikt bedarfsgeprüft (means-tested) ist und in einigen Ländern auch keinen Rentenanspruch nach sich zieht.

Die Beschäftigtenquote, vor allem auch jene der über 50jährigen, kann als erster Ausgangspunkt für die Ermittlung der länderspezifischen Bedeutung der verschiedenen Pfade herangezogen werden. Sie ist jedenfalls ein Indiz für den (unterschiedlichen) Stellenwert des ersten Pfades, des auf Erhaltung der ‚employability‘ ausgelegten Beschäftigungspfades.

Im Alter von 15 bis 49 Jahren zeigen sich vor allem deutliche Geschlechterunterschiede (außer in den skandinavischen Ländern). Die Frauenbeschäftigtenquote ist in dieser Altersgruppe in Norwegen um fast 50% höher als in Italien (bei Männern in der Schweiz um 18% höher als in Italien). Im Alter 50-54 ist die Beschäftigtenquote zumeist höher als im Alter 15-49, mit Ausnahme von Männern in Österreich und Frauen in Italien, den Niederlanden und Österreich. Über 55 Jahren ist die Beschäftigtenquoten in allen Ländern stark rückläufig. Extreme Unterschiede finden sich in der Gruppe von 60-64 Jahren. Ein besonders früher Erwerbsausstieg findet sich vor allem in Österreich, Italien, Deutschland (für Männer und Frauen) sowie für Frauen in den Niederlanden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 Beschäftigte pro 1000 Personen (= Beschäftigtenquote) nach Alter & Geschlecht, 1997

	Alter 15-49	Alter 50-54	Alter 55-59	Alter 60-64	Alter 15-64
<i>Männer</i>					
Deutschland	750	853	674	287	713
Italien	738	764	504	298	684
Niederlande	772	878	441		748
Norwegen	795	913	773	579	793
Österreich	818	814	582	112	753
Schweden	721	848	762	500	724
Schweiz	868		- 830 -		858
<i>Frauen</i>					
Deutschland	610	624	448	115	550
Italien	489	365	204	85	415
Niederlande	560	484	152		486
Norwegen	720	769	694	416	705
Österreich	648	552	216	60	557
Schweden	684	833	746	442	689
Schweiz	710		- 652 -		697

Anmerkung: Die Beschäftigtenquote entspricht der um die Zahl der Arbeitslosen bereinigten Erwerbsquote. Das erklärt auch den in der Schweiz im Vergleich zu Schweden überraschend hohen Wert bei Frauen im Alter 15-49.

Ein grober Vergleich der Relevanz der einzelnen Pfade läßt sich auch anhand von OECD-Daten ziehen (vgl. Tabelle 3). Folgende Ausgabenbereiche sind in der OECD-Datenbank ausgewiesen, wobei sich der nachfolgende Vergleich auf öffentliche Ausgaben (d.h. auf Ausgaben aus der ersten Säule der Sozialversicherung) beschränkt: Leistungen der Invalidenversicherung, Leistungen der (Arbeits)Unfallversicherung, vorzeitige Rentenzahlungen aus der Rentenversicherung, Leistungen der Arbeitslosenversicherung (für alle Altersgruppen insgesamt) sowie Beschäftigungsmaßnahmen für Personen mit Erwerbsminderungen.

Es kann vermutet werden, dass die *Anreizstrukturen* bezüglich der oben beschriebenen fünf Pfade als Haupterklärung für die beträchtlichen länderspezifischen Unterschiede in der jeweiligen Zusammensetzung dieser Ausgabenbereiche dienen können. Insgesamt gibt es eine gewisse *Austauschbeziehung* zwischen den verschiedenen Bereichen, daher ist es sinnvoll, die Ausgaben für die Summe der Leistungen zu analysieren. Diese lag im Jahr 1995 in der Schweiz, Österreich, Norwegen und Deutschland bei 4,2-4,7% des Bruttoinlandprodukts (BIP), in Schweden bei 6% und in den Niederlanden bei 8%. Die Zunahme insgesamt war in der Schweiz am größten, in Österreich und Deutschland relativ niedrig und in den Niederlanden als einzigem dieser Länder rückläufig.

Deutschland hat einen sehr hohen Anteil an Arbeitslosenausgaben (45%), die auch am stärksten zugenommen haben, aber auch einen hohen Anteil an Frührentenausgaben (19%). Der Anteil an Invaliditätsrentenausgaben ist im Vergleich zu anderen Ländern gering (23%), diese Ausgaben haben 1985-95 im Verhältnis zum BIP aber zugenommen.

Die Niederlande haben absolut und relativ sehr hohe Invaliditätsrentenausgaben (51%), die allerdings die Arbeitsunfallversicherung inkludieren und außerdem rückläufig sind, und – wie Deutschland – hohe Arbeitslosenausgaben (38%), dafür aber kaum Frührentenausgaben, welche andererseits stärker zugenommen haben als anderswo.

Norwegen weist insgesamt eine sehr starke Ausgabensteigerung auf, hat anteilmäßig höhere Invaliditätsrentenausgaben als alle anderen Länder (61%), auch hier praktisch inklusive Arbeitsunfallversicherung, sowie hohe Investitionen in Beschäftigungsmaßnahmen (employability) (14%), deren Anteil am BIP sich 1985-95 fast vervierfacht hat.

Österreich weist anteilmäßig vergleichsweise sehr hohe Ausgaben für Frührenten auf (27%), die relativ zum BIP aber rückläufig sind, sowie – trotz starker Steigerung seit 1985 – praktisch keine Ausgaben für Beschäftigungsmaßnahmen (nur 1%). Insgesamt ist die Zunahme im Jahrzehnt 1985-95, die ausschließlich auf höhere Arbeitslosenausgaben zurückzuführen ist, gering.

Schweden hat einen sehr hohen Anteil an Arbeitslosenausgaben (38%), die sich in dieser kritischen Phase relativ zum BIP fast verdreifacht haben, und wie Norwegen einen besonderen Fokus auf Beschäftigungsmaßnahmen (12%). Hinzu kommt eine auffallende Zunahme bei Ausgaben der Arbeitsunfallversicherung und ein deutlicher Rückgang bei Frührenten.

Die Schweiz hat absolut und relativ ungewöhnlich hohe Ausgaben der Unfallversicherung (Anteil von 32% im Jahr 1995, 1985 sogar noch 44%), die ebenso hoch wie die Invaliditätsrentenausgaben liegen. Dies ist vor allem dadurch erklärbar, dass in der Schweiz obligatorisch auch Nichtberufsunfälle in der Unfallversicherung versichert sind und entsprechende Leistungen gewährt werden. Die Arbeitslosenausgaben haben sich in der Dekade 1985-95 relativ zum BIP mehr als vervierfacht. Insgesamt und bei den Invaliditätsrenten war die Ausgabensteigerung in der Schweiz höher als in den anderen hier untersuchten Ländern.

Tabelle 3 Gegenüberstellung verschiedener Ausgabenbereiche zur Sozialen Sicherheit

1. Angaben in % des BIP, 1985	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Österreich	Schweden	Schweiz ^a
Invalidenrentenleistungen	0,96	4,27	2,04	1,43	2,05	1,10
Unfallversicherungsleistungen	0,41	--	0,02	0,30	0,23	1,01
Vorzeitige Rentenleistungen	0,81	0,28	--	1,27	0,23	--
Arbeitslosenleistungen	1,41	3,44	0,47	0,81	0,78	0,27
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	0,19	0,44	0,16	0,02	0,75	0,10
Leistungen insgesamt	3,78	8,43	2,69	3,83	4,04	2,48
Anteil der Programme in %						
Invalidenrentenleistungen	25%	51%	76%	37%	51%	44%
Unfallversicherungsleistungen	11%	--	1%	8%	6%	41%
Vorzeitige Rentenleistungen	21%	3%	--	33%	6%	--
Arbeitslosenleistungen	37%	41%	17%	21%	19%	11%
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	5%	5%	6%	1%	19%	4%
2. Angaben in % des BIP, 1995	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Österreich	Schweden	Schweiz
Invalidenrentenleistungen	1,09	4,06	2,67	1,54	2,42	1,63
Unfallversicherungsleistungen	0,35	--	0,02	0,24	0,41	1,26
Vorzeitige Rentenleistungen	0,89	0,32	--	1,14	0,14	--
Arbeitslosenleistungen	2,08	3,06	1,08	1,30	2,30	1,15
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	0,26	0,55	0,63	0,06	0,72	0,19
Leistungen insgesamt	4,67	7,99	4,40	4,28	5,99	4,23
Anteil der Programme in %						
Invalidenrentenleistungen	23%	51%	61%	36%	40%	39%
Unfallversicherungsleistungen	7%	--	0%	6%	7%	30%
Vorzeitige Rentenleistungen	19%	4%	--	27%	2%	--
Arbeitslosenleistungen	45%	38%	25%	30%	38%	27%
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	6%	7%	14%	1%	12%	4%
3. Veränderung 1985-95 in %	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Österreich	Schweden	Schweiz
Invalidenrentenleistungen	14%	-5%	31%	8%	18%	48%
Unfallversicherungsleistungen	-15%	--	0%	-20%	78%	25%
Vorzeitige Rentenleistungen	10%	14%	--	-10%	-39%	--
Arbeitslosenleistungen	48%	-11%	130%	60%	195%	326%
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	37%	25%	294%	200%	-4%	90%
Leistungen insgesamt	24%	-5%	64%	12%	48%	71%
Veränderung in Prozentpunkten						
Invalidenrentenleistungen	0,13	-0,21	0,63	0,11	0,37	0,53
Unfallversicherungsleistungen	-0,06	--	0,00	-0,06	0,18	0,25
Vorzeitige Rentenleistungen	0,08	0,04	--	-0,13	-0,09	--
Arbeitslosenleistungen	0,67	-0,38	0,61	0,49	1,52	0,88
Beschäftigungsmaßnahmen für Invalide	0,07	0,11	0,47	0,04	-0,03	0,09
Leistungen insgesamt	0,89	-0,44	1,71	0,45	1,95	1,75

^a Öffentliche Ausgaben inklusive der Ausgaben in der obligatorischen 2. Säule (berufliche Vorsorge). Unfallversicherungsleistungen nach Bereinigung von Doppelzahlungen.

Quelle: OECD Datenbank SOCX. Öffentliche Invalidenrenten einschließlich sonstiger *Geldleistungen* der Invalidenversicherung. Die Daten für Italien scheinen unplausibel und werden in dieser Tabelle daher nicht ausgewiesen.

Tabelle 3 macht deutlich, dass die Invalidenversicherung nicht aus dem Kontext herausgerissen betrachtet werden kann. Sie gibt aber noch keine Antwort etwa auf die Frage warum die Ausgaben für Invalidenrenten immer noch praktisch in allen untersuchten Ländern steigen, und wie diese Entwicklung mit den Anreizwirkungen der verschiedenen Systeme zusammenhängen. In der Folge werden die Entwicklungen in diesem Bereich auf der Basis nationaler Profile, Information und Datensätze näher beleuchtet. Tiefergehende Fragen können nur im Zusammenspiel der verschiedenen Sozialversicherungsbereiche analysiert und verstanden werden. Delsen & Reday-Mulvey (1996) etwa kommen zum Schluß, dass der enorme Rückgang der Erwerbsquote älterer Arbeitnehmer im allgemeinen und älterer Arbeitnehmer mit Erwerbseinschränkungen im besonderen auf einen Konsens zurückzuführen ist, der im wesentlichen allen Beteiligten gelegen kam: Unternehmen konnten sich ihrer Verantwortung für die zumeist teureren älteren Arbeitnehmer mit ruhigem Gewissen entziehen, der Staat konnte die steigende Arbeitslosigkeit kaschieren, die Gewerkschaften konnten argumentieren, dass damit Arbeitsplätze für Jüngere frei wurden, und die Beschäftigten selbst hatten Anspruch auf eine gesellschaftlich durchaus anerkannte Sozialleistung. In diesem *Konsensprozeß* kam und kommt der Invalidenversicherung eine entscheidende – länderspezifisch eben sehr unterschiedliche – Bedeutung zu.

1.3 Der Invaliditätspfad

Bevor nationale Information im Detail analysiert wird, soll ein Vergleich anhand von Daten aus der OECD-Datenbank veranschaulichen, wo die in die Untersuchung einbezogenen Länder in einem europäischen Kontext einzuordnen sind (vgl. Tabelle 4). Dabei zeigt sich, dass mit den sieben ausgewählten Ländern (zur Länderauswahl siehe auch Abschnitt 2) eine relativ große Bandbreite an unterschiedlichen Entwicklungen miteinbezogen ist. Die Niederlande erweisen sich als absoluter ‚Spitzenreiter‘ bei den Ausgaben für Invalidität (auch, weil hier keine eigene Unfallversicherung existiert), jedoch mit einer zuletzt günstigen Entwicklung. Deutschland zeigt sich als Land mit niedrigen Ausgaben und gleichzeitig günstiger Entwicklung, Norwegen – gewissermaßen als Pendant dazu – als Land mit hohen Ausgaben und einer starke Ausgabenzunahme. Österreich, Schweden und Italien finden sich in diesem 17-Länder Vergleich im oberen und/oder unteren Mittelfeld. Die Schweiz schließlich fällt in diesem Vergleich durch immer noch unterdurchschnittliche Ausgaben bei gleichzeitig relativ hohen Zuwachsraten auf.

Graphik 2 zeigt darüber hinaus, dass nur wenig korrelativer Zusammenhang zwischen dem Ausgabenniveau der Invalidenversicherung im Jahr 1995 bzw. im Jahr 1980 einerseits sowie der Kostensteigerung (oder auch dem Kostenrückgang) innerhalb der letzten 15 Jahre andererseits besteht. Es existieren große Unterschiede sowohl im gegenwärtigen Ausgabenniveau als auch hinsichtlich der jeweiligen Trends. So verzeichneten etwa alle drei Benelux-Länder (und nur diese) in der Periode 1980-1995 von einem relativ hohen Ausgangsniveau einen deutlichen Rückgang der Ausgaben der Invalidenversicherung relativ zum BIP; heute befinden sich diese drei Länder in sehr unterschiedlichen Positionen. Andererseits finden sich unter den Ländern mit zuletzt deutlichen Zuwachsraten bei den Ausgaben für Invalidität sowohl solche mit hohem Ausgabenniveau im Jahr 1980 (insbesondere Finnland, Norwegen und Schweden) als auch solche mit niedrigem Ausgangsniveau (vor allem Großbritannien und Griechenland).

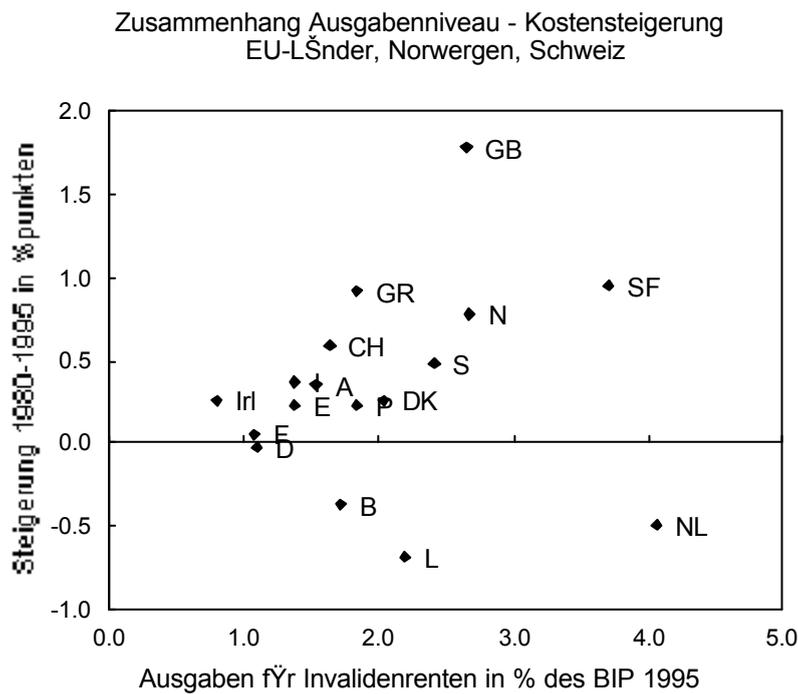
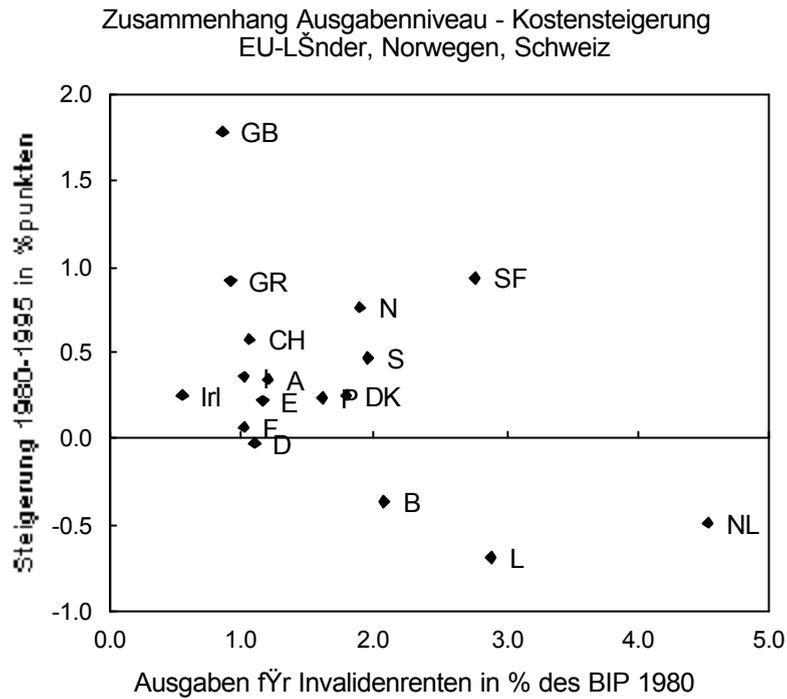
Tabelle 4 Öffentliche *Geldleistungen* für Invalidität in 17 Ländern Europas

	Ausgaben in % des Bruttoinlandproduktes				Differenz des Anteils am BIP in %punkten		Jährliche Wachstumsrate der Ausgaben in %	
	1980	1985	1990	1995	1980-95		1980-95	
<i>Niederlande</i>	4,54	4,27	4,82	4,06	Großbritannien	1,78	Großbritannien	9,7%
Finnland	2,76	2,80	3,05	3,70	Finnland	0,94	Griechenland (90)	8,5%
<i>Norwegen</i>	1,90	2,04	2,75	2,67	Griechenland (90)	0,92	Irland	6,9%
Großbritannien	0,86	1,19	1,64	2,64	<i>Norwegen</i>	0,77	<i>Norwegen</i>	5,0%
<i>Schweden</i>	1,95	2,05	2,12	2,42	Schweiz	0,58	Schweiz	4,3%
Luxemburg	2,89	2,92	2,18	2,20	<i>Schweden</i>	0,47	<i>Österreich</i>	3,9%
Dänemark	1,78	1,61	1,64	2,03	<i>Italien</i>	0,36	<i>Italien</i>	3,9%
Griechenland	0,92	1,84	1,84	-	<i>Österreich</i>	0,35	Finnland	3,8%
Portugal	1,60	1,80	1,99	1,83	Irland	0,26	Spanien	3,6%
Belgien	2,08	2,36	1,74	1,71	Dänemark	0,25	Portugal	3,3%
Schweiz^a	1,05	1,10	1,15	1,63	Portugal	0,23	<i>Schweden</i>	2,9%
<i>Österreich</i>	1,19	1,43	1,45	1,54	Spanien	0,22	Dänemark	2,9%
<i>Italien</i>	1,01	1,18	1,43	1,37	Frankreich	0,06	Luxemburg	2,9%
Spanien	1,15	1,34	1,30	1,37	<i>Deutschland</i>	-0,02	<i>Deutschland</i>	2,5%
<i>Deutschland</i>	1,10	0,96	0,82	1,09	Belgien	-0,37	Frankreich	2,2%
Frankreich	1,02	1,12	1,06	1,07	<i>Niederlande</i>	-0,49	<i>Niederlande</i>	1,4%
Irland	0,54	0,70	0,70	0,80	Luxemburg	-0,69	Belgien	0,3%

Quelle: OECD Datenbank SOCX

^a Inklusiv der Ausgaben der 2. Säule (Berufliche Vorsorge).

In der Folge versucht dieser Bericht anhand nationaler Daten, die nach strikt vorgegebenen Kriterien direkt vergleichbar sind, zu analysieren, wie sich die Ausgaben der Invalidenversicherung und insbesondere die Zahl der Invalidenrentner in den sieben untersuchten Ländern entwickelt haben, welche Erklärungen für die jeweilige Entwicklung gefunden werden können und welche Auswirkungen einzelne Maßnahmen gezeitigt haben. Dazu werden in Abschnitt 3 zunächst die nationalen Invalidenversicherungssysteme im Detail analysiert (3.1) sowie eine Abgrenzung zu den teils komplementären, teils konkurrierenden Sozialversicherungssystemen vorgenommen (3.2). Im Anschluß daran werden in Abschnitt 4 die wesentlichsten Reformen in der Invalidenversicherung (4.1) und in den angrenzenden Bereichen (4.2) untersucht sowie die Zusammenhänge mit der Bevölkerungsentwicklung und der Zunahme der Arbeitslosigkeit analysiert (4.3). Abschnitt 5 umfaßt länderspezifische Zusammenfassungen der Entwicklungen und deren Ursachen und Abschnitt 6 beschäftigt sich mit Besonderheiten der Entwicklungen in der Schweiz. Abschnitt 7 schließlich bietet Handlungsoptionen für eine effiziente Invaliditätspolitik, sowohl grundsätzlicher Art (7.1) als auch speziell für die Schweiz (7.2). Zuvor werden in Abschnitt 2 einige methodische Aspekte ausgeführt.



Graphik 2 Zusammenhang zwischen der Kostensteigerung in der Invalidenversicherung 1980-95 in Prozentpunkten und dem Niveau der Ausgaben der Invalidenversicherung in % des BIP im Jahr 1980 (obere Abbildung) bzw. im Jahr 1995 (untere Abbildung)

(Quelle: OECD Datenbank SOCX).

2. Methodische Aspekte

2.1 Auswahl der Länder

Die Auswahl der Länder erfolgte anhand mehrerer Kriterien, die in der Absicht, möglichst sinnvolle Aussagen für die Schweizer Invalidenversicherung treffen zu können, begründet sind:

- *geo-politische Relevanz* für ein Land wie die Schweiz (Einbeziehung eher kleinerer Länder),
- *strukturelle Ähnlichkeit* mit der Schweiz (u.a. auch Einbeziehung anderer mitteleuropäischer, deutschsprachiger Länder),
- *nennenswerte Entwicklungen* in der Invalidenversicherung (Einbeziehung von Ländern, in denen bemerkenswerte Entwicklungen stattgefunden haben oder diskussionswürdige Reformen eingeleitet wurden), sowie
- *Kompetenz* des Auftragnehmers (Verfügbarkeit potentieller Kooperationspartner).

Folgende Länder wurden schließlich für die Analyse ausgewählt: *Österreich*, ein Land mit einer extrem hohen Invalidisierungsrate im Vorrentenalter (50 bis 64 Jahre), das geo-politisch und strukturell der Schweiz sehr ähnlich ist; *Deutschland*, ein Land an dem die Schweiz bei internationalen Vergleichen trotz der unterschiedlichen Größe aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit nicht vorbeisehen kann, das darüber hinaus sehr niedrige Invalidisierungsraten im Alter unter 45 Jahren und sehr hohe Raten zwischen 60 und 64 Jahren aufweist; die *Niederlande*, ein Land mit extrem hoher Invalidisierungsrate bei Personen unter 50 Jahren und – nicht zuletzt deshalb – ein Land, das bereits weitreichende Reformen durchgeführt hat; *Norwegen*, ein (Nicht-EU-)Land mit relativ hohen Invalidisierungsraten, das wie die Schweiz über besonderen Reichtum verfügt und geo-politische Ähnlichkeit aufweist; *Schweden*, ein Land das in einem sozialpolitischen Vergleich nicht fehlen sollte, das großzügige Regelungen zuletzt wesentlich verschärft hat und das über bessere Arbeitsmöglichkeiten für Personen mit Erwerbsminderungen verfügt; sowie *Italien*, ein Land das zuletzt nach einschneidenden Reformschritten niedrige, stark abnehmende Invalidisierungsraten verzeichnet, gleichzeitig aber auch sehr heterogen ist.

2.2 Inhalt der Länderprofile

Für jedes dieser sechs Länder – und analog dazu auch für die Schweiz – wurde ein Länderprofil auf der Basis eines vorgegebenen, strukturierten Fragenkatalogs, der sich in vier Fragenkomplexe gliedert, erstellt (vgl. Band 2, Anhang 1 und Anhang 2). Teil 1 der Länderprofile ermöglicht es, die bestehenden Invalidenversicherungssysteme im Detail nachzuvollziehen und gegen die Arbeitslosenversicherung, die Rentenversicherung, die Unfallversicherung und die Krankengeldversicherung abzugrenzen. Teil 2 gibt einen Überblick über alle wesentlichen Reformmaßnahmen im Untersuchungszeitraum (d.h. seit 1970) und Teil 3 stellt die für die komparative Synthese erforderlichen Vergleichsdaten (vgl. Abschnitt 2.3) bereit. Teil 4 schließlich faßt nationale Untersuchungen über die Ursachen der Entwicklungen, über die Effektivität etwaiger getroffener Maßnahmen sowie über vorhandene Längsschnittanalysen zusammen.

Im Vordergrund der nachfolgenden Synthese steht die Beantwortung folgender vier Fragenbereiche:

- Wie wirken sich die verschiedenen *Bestimmungen der Invalidenversicherung* auf die Inanspruchnahme von Invalidenrenten – nach Alter, nach Geschlecht, nach Region – aus? Welche Bedeutung haben beispielsweise Berufsschutzregelungen, befristete Rentenansprüche, etwaige Teilrentenstufen oder die jeweiligen Rentenhöhen? (Abschnitt 3.1)
- Wie beeinflussen Regelungen in anderen, *konkurrierenden oder komplementären*, Sozialversicherungssystemen die Entwicklung der Invalidenversicherung und die Zahl der Invalidenrentner? Lassen sich dabei Erklärungen für die länderspezifisch sehr unterschiedliche Altersverteilung der Invalidenrentner finden, und zwar sowohl in Bezug auf über 50jährige (Invalidenrente als vorgezogenen Altersrente) als auch in Bezug auf unter 50jährige? (Abschnitt 3.2)
- Welche *Reformen* haben in welchem Kontext zu dieser unterschiedlichen Entwicklung geführt? Welche Reformen konnten den Trend stoppen, welche waren hingegen wirkungslos? Weisen die Neuzugänge auf eine Trendumkehr in einigen Ländern hin? (Abschnitt 4.1 und 4.2)
- Welche *sonstigen Zusammenhänge* lassen sich finden? Korrelieren Arbeitslosenraten mit der Zahl und Entwicklung der Invalidenrentner? Wie stark wird die Invalidenrentnerzahl von der Bevölkerungsentwicklung (mit)bestimmt? Wie hängt das Ausgabenniveau mit der Entwicklung der Zahl der Invalidenrentner zusammen? (Abschnitt 4.3)

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt in den Abschnitten 3 und 4 vornehmlich unter einer komparativen Perspektive. Länderspezifische Zusammenhänge sind den jeweiligen Länderprofilen (vgl. Band 2, Anhang 1), in gestraffter und auf obige Fragen zugeschnittener Form auch aus Abschnitt 5 (für Deutschland, Italien, Niederlande, Norwegen, Österreich und Schweden) zu entnehmen. Diese kurzgefaßten Länderübersichten sind unter dem Blickwinkel der Frage, welche Lehren andere Systeme daraus ziehen könn(t)en, verfaßt. Für die Schweiz wird kein eigenes Länderprofil erstellt, sämtliche relevanten Informationen und Besonderheiten sind in Abschnitt 6 zusammengefaßt.

2.3 Vergleichsindikatoren

Ein besonderer Aspekt dieser Untersuchung neben der Beschreibung der Systeme und Reformen ist die Betonung quantitativer Trends bzw. der Versuch, die Systementwicklungen durch empirische Fakten zu belegen. Zu diesem Zweck werden für alle Länder vergleichbare Daten auf der Basis vorgegebener Definitionen zusammengetragen und, darauf aufbauend, Vergleichsindikatoren gebildet. Dabei wird grundsätzlich nach Geschlecht und nach Alter (siehe dazu auch Abschnitt 2.4), und – so weit verfügbar – auch nach Berufsgruppen und nach regionalen Gliederungen, unterschieden.

Der Großteil der verwendeten Indikatoren ist aus personenbezogenen Basisdaten zur Bevölkerung, der Zahl der Beschäftigten und Arbeitslosen, sowie der Zahl der Invalidenrentner (Bestand, aber auch Neuzugänge) abgeleitet. Folgende derartige Indikatoren wurden schließlich berücksichtigt: die *Invalidisierungswahrscheinlichkeit* (in anderen Studien auch als Inzidenz bezeichnet), definiert als die Zahl der Neuzugänge pro 1000 Erwerbspersonen; das *Invaliditätsvolumen*, definiert als die Zahl der Invalidenrentner pro 1000 Personen; der *Invaliditätsquotient*, definiert als die Zahl der Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte; der *Arbeitslosenquotient*, analog dazu definiert als die Zahl der

Arbeitslosen pro 1000 Beschäftigte; der *Out-of-work Quotient*, definiert als die Summe der Invalidenrentner und der Arbeitslosen bezogen auf 1000 Beschäftigte; sowie der Quotient Invalidenrentner pro Arbeitslosem. Detaillierte Tabellen zu diesen sechs Indikatoren, untergliedert nach Alter und Geschlecht (und soweit verfügbar als Zeitreihe von 1970-1997) finden sich in einem ausführlichen Anhang (Band 2, Anhang 2).

Hinzu kommen Indikatoren wie etwa die Gesamtausgaben der Invalidenversicherung in Prozent des jeweiligen Bruttoinlandproduktes, die prozentuelle Neuverteilung der Neuzugänge nach dem Invaliditätsgrad, das durchschnittliche Invalidenrentenniveau in Prozent des Durchschnittseinkommens oder die – leider nur für wenige Länder verfügbare – *Eingliederungswahrscheinlichkeit*, definiert als die Zahl der in einem Jahr wiederingegliederten Invalidenrentner pro 1000 Invalidenrentnern.

2.4 Begriffsabgrenzungen

Beim Vergleich verschiedener Invalidenversicherungssysteme ergeben sich einige Schwierigkeiten. Dies beginnt schon damit, dass der *Begriff Invalidität* (und auch der Begriff Invalidenversicherung) keineswegs einheitlich verwendet wird. Alleine im deutschsprachigen Raum gibt es hier eine deutliche Bandbreite. Im deutschen Sozialrecht kommt der Begriff Invalidität überhaupt nicht vor, statt dessen finden die Begriffe Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Erwerbsminderung Verwendung. In Österreich, wo im übrigen nicht von Renten sondern von Pensionen gesprochen wird, wird der Begriff Invalidität nur im Zusammenhang mit Arbeitern verwendet, wogegen bei Angestellten von Berufsunfähigkeit und bei Beamten von Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit gesprochen wird. Lediglich in der Schweiz, und nicht zuletzt deshalb auch in dieser Untersuchung, findet grundsätzlich der Begriff Invalidität Verwendung.⁵

Vergleichsprobleme ergeben sich aber nicht nur in begrifflicher Hinsicht, sondern auch deshalb, weil unterschiedliche nationale Invalidenversicherungssysteme jedenfalls zum Teil verschiedene Aufgaben übernehmen bzw. *verschiedene Ausgaben* einschließen. Dies gilt insbesondere für medizinische und/oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie kollektive Leistungen, die länderspezifisch in sehr unterschiedlichem Ausmaß fast gänzlich oder teilweise von anderen Versicherungsträgern als der Invalidenversicherung getragen werden. Dies gilt aber auch für die in der Schweiz unter dem Titel ‚Hilflosenentschädigung‘ geleisteten Zuschüsse an Personen mit Behinderungen, welche beispielsweise in Deutschland (mit einer eigenen Pflegeversicherung) oder in Österreich (Pflegegeldgesetz) gänzlich außerhalb der Invalidenversicherung geregelt sind. Und schließlich gilt dies auch hinsichtlich der nicht in allen Ländern existierenden Arbeitsunfallversicherung als komplementärem Element zur Invalidenversicherung. Es zeigen sich somit gröbere Abgrenzungsschwierigkeiten, die einen Vergleich etwa der Gesamtausgaben der Invalidenversicherungen wenig aussagekräftig erscheinen lassen.

Weitaus geringer sind derartige Abgrenzungsprobleme bei einem Vergleich der Ausgaben für Invalidenrenten und der Zahl und Struktur der *Invalidenrentner*. Unter den untersuchten Ländern gibt es hier nur zwei Problemfälle: die Niederlande, wo die Zahl der Invalidenrentner durch das Fehlen

⁵ Im englischsprachigen Raum werden (durchaus uneinheitlich) die Begriffe >invalidity< und >disability< verwendet. Auch deshalb scheint der Begriff Invalidität für eine Vergleichsanalyse besonders geeignet.

einer eigenen Unfallversicherung vergleichsweise überschätzt wird (d.h. auch Invalidität aufgrund einer Berufserkrankung oder eines Berufsunfalls fällt in die Kompetenz der Invalidenversicherung); und Italien, wo die Zahl der Invalidenrentner unterschätzt wird, weil die Ansprüche eines Teils der Betroffenen nicht aus der Invalidenversicherung, sondern aus einer eigenen Sozialhilfeleistung (dem sog. Invalidengeld) getragen werden. Da die Ausgaben für Invalidenrenten außerdem den Großteil der Gesamtausgaben ausmachen – und zwar selbst in der Schweiz, wo die Invalidenversicherung besonders viele *sonstige Ausgaben* tätigt –, ist ein besonderer Fokus auf die Entwicklung der Invalidenrenten und der Struktur der Invalidenrentner sinnvoll.

Diese Analyse wird obendrein auf die *Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter*, im allgemeinen definiert als die Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren, eingeschränkt, um die Vergleichbarkeit der Länder zu erhöhen. Leistungen aus der Invalidenversicherung an jüngere (Geburts-)Invalide vor dem Erwerbsalter und vor allem an Personen im Rentenalter werden nicht berücksichtigt.⁶ Konkret können Invalidenrenten in der Schweiz erst ab Vollendung des 18. Lebensjahres und bei Frauen auch nur bis zum Ende des 61. Lebensjahres bezogen werden. Auch in den Niederlanden bekommen Geburtsinvalide erst bei Vollendung des 18. Lebensjahres eine Invalidenrente zugesprochen. Ähnliche Abweichungen gelten auch für andere Länder. In Schweden können Invalidenrenten zwischen dem 16. und 64. Lebensjahr, in Norwegen zwischen dem 16. und 66. Lebensjahr bezogen werden. In den übrigen Ländern (Deutschland, Italien, Österreich und i.a. die Niederlande) ist der Bezug einer Invalidenrente nur für Erwerbstätige vorgesehen, woraus sich je nach den konkreten Bestimmungen ein Alterslimit zwischen 15 und 16 Jahren ergibt. Nach oben hin ist der Bezug einer Invalidenrente durch das jeweilige Rentenalter beschränkt – für Frauen in Österreich beispielsweise 60 Jahre –, wobei hier auch die Altersgrenzen für den Bezug einer vorgezogenen Rente eine Rolle spielen (vgl. dazu vor allem Abschnitt 3.2).

Eine letzte Schwierigkeit beim Ländervergleich ergibt sich schließlich aus dem *unterschiedlichen Versichertenkreis* (vgl. Abschnitt 3.1), der in einigen Ländern die gesamte Wohnbevölkerung, in anderen jedoch lediglich Erwerbspersonen miteinschließt. Die passende Bezugsgröße zur Berechnung von Vergleichsindikatoren ist daher in einem Fall die Gesamtbevölkerung und im anderen Fall die Erwerbsbevölkerung. Hinzu kommt das Problem unterschiedlicher Invalidisierungsrisiken und unterschiedlicher Anspruchsvoraussetzungen für Erwerbspersonen und für Nichterwerbspersonen in Systemen, die sich an die gesamte Wohnbevölkerung richten. Eine mathematisch und inhaltlich saubere Lösung für dieses Problem gibt es nicht, man muß bei Vergleichen aber stets den unterschiedlichen Versichertenkreis im Auge behalten. Außerdem scheint es angebracht, je nach der konkreter Fragestellung sowohl Indikatoren, bei welchen die Gesamtbevölkerung im Nenner steht, als auch solche, die lediglich auf die Zahl der Erwerbspersonen oder die Zahl der Beschäftigten Bezug nehmen, zu berücksichtigen.

⁶ Damit kann auch das Problem, dass Invalidenrenten in Österreich und (zum Teil) in Italien bei Erreichen des Rentenalters nicht in Altersrenten umgewandelt werden, ausgeschaltet werden.

3. Ausgewählte Invalidenversicherungssysteme im Vergleich

Die Beschreibung der Invalidenversicherungssysteme und der genauen Abgrenzung zu den anderen Sozialversicherungssystemen ermöglicht – in Kombination mit einigen der zuvor angeführten Indikatoren – eine Beurteilung der gegenwärtigen Situation nationaler Invalidenversicherungssysteme, deren Leistungsfähigkeit und deren Überladung mit ‚artfremden‘ Versicherungsleistungen, sowie gegebenenfalls die Identifizierung von Länderclustern.

3.1 Charakteristik der Invalidenversicherungssysteme

Versicherter Personenkreis (vgl. Vergleichstabelle 1)

Zunächst stellt sich die Frage, wer überhaupt in der Invalidenversicherung *versichert* ist und somit Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Der Hauptunterschied besteht darin, ob das Invaliditätsrisiko der gesamten Wohnbevölkerung oder lediglich jenes der Erwerbsbevölkerung abgedeckt ist.

In Norwegen und Schweden sind alle Personen ab 16 Jahren bis zum Rentenalter gegen Invalidität versichert (Personen unter 16 stehen in der Verantwortung der Familie). Hausfrauen haben einen analogen Leistungsanspruch auf eine Basisrente bei Reduktion der Arbeitsfähigkeit zur Hausarbeit (wobei ohnedies die große Mehrheit der Frauen in den skandinavischen Ländern erwerbstätig ist). Erwerbstätige haben darüber hinaus Anspruch auf eine einkommensbezogene Rentenleistung.

In der Schweiz sind alle Einwohner ab Geburt versichert, also unter anderem auch hier explizit Hausfrauen. Geburts- und Kindheitsinvalide, die vor dem 18. Lebensjahr invalide wurden, sowie Erwachsene, die bei Eintritt der Invalidität weniger als ein Jahr Beiträge geleistet haben, haben Anspruch auf eine ausserordentliche Rente, welche 133,33% der ordentlichen Minimarente entspricht. Personen, die vor Eintritt der Invalidität mindestens ein Jahr Beiträge geleistet haben, haben Anspruch auf eine ordentliche Rente – gleichgültig, ob sie bei Eintritt der Invalidität erwerbstätig waren oder nicht. Für Nichterwerbstätige ist hierbei ein komplexes Verfahren zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (und damit der Rentenhöhe) auf der Basis eines nach dem Alter abgestuften Prozentsatzes des durchschnittlichen Einkommens der Arbeitnehmer vorgesehen. Erwerbstätige haben darüber hinaus Anspruch auf Leistungen aus einer obligatorischen 2. Säule, der beruflichen Vorsorge, die aber nicht Teil der staatlichen Invalidenversicherung ist. Dieser Anspruch besteht jedoch subsidiär zu eventuellen Ansprüchen aus der Unfallversicherung, weshalb bei Personen mit Ansprüchen aus der Invaliden- und der Unfallversicherung der Anspruch aus der 2. Säule entfallen kann.

In den Niederlanden haben Erwerbstätige und Personen, bei denen vor dem 18. Lebensjahr Invalidität auftritt, Anspruch auf Leistungen aus der Invalidenversicherung. Selbständige und Geburtsinvalide haben nur Anspruch auf eine pauschale Rentenleistung, Erwerbstätige haben darüber hinaus Anspruch auf Leistungen aus einer 2. Säule (der beruflichen Vorsorge), die aber nicht Teil der staatlichen Invalidenversicherung ist. Das niederländische System ist also mit jenem in der Schweiz vergleichbar, mit der einzigen Einschränkung, dass Nichterwerbstätige keine Ansprüche haben.

In Italien, Deutschland und Österreich sind im allgemeinen nur Erwerbstätige mit mindestens fünf Versicherungsjahren gegen Invalidität versichert – wobei es in diesen Ländern separate Systeme für Beamte gibt oder bis vor kurzem gab. Um weitreichende Inanspruchnahme bzw. Mißbrauch vor allem in höherem Alter zu vermeiden, müssen in Italien und Deutschland drei Pflichtbeitragsjahre

innerhalb der letzten fünf Jahre vorliegen (sogenannte Rahmenfrist). In Österreich gibt es grundsätzlich den Begriff der Halbbelegung (d.h. fünf Versicherungsjahre in den letzten zehn Jahren), wobei für Personen über 50 Jahren für jedes Lebensmonat ein weiteres Versicherungsmonat hinzukommt (ansteigend bis auf 15 Versicherungsjahre im Alter von 60 Jahren). In Deutschland und Österreich gibt es darüber hinaus prinzipiell die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung für Nichtversicherte bzw. Nichterwerbstätige, also auch für Hausfrauen, die aber nur wenig in Anspruch genommen wird; die Rahmenfrist muß aber in jedem Fall erfüllt sein. In Italien haben Nichtversicherte gegebenenfalls Anspruch auf eine deutlich niedrigere und vor allem bedarfsgeprüfte Leistung, die aber nicht aus der Invalidenversicherung gedeckt ist (siehe dazu auch Abschnitt 6.2).

Im wesentlichen gibt es hinsichtlich des versicherten Personenkreises somit zwei Ländergruppen: in Ländern *mit expliziten Grundsicherungselementen* – Schweden, Norwegen und die Schweiz – ist die gesamte Wohnbevölkerung versichert (also etwa auch Hausfrauen); in Ländern *mit reinen Versicherungssystemen* – Italien, Deutschland und Österreich – können lediglich Erwerbstätige eine Invalidenrente beziehen. Die Niederlande befinden sich zwischen diesen beiden Typen, weil Geburtsinvalide (nach Erreichen des 18. Lebensjahres) schon, Hausfrauen und Hausmänner aber nicht eine Invalidenrente beziehen können.

Zu erwarten wäre demnach ein unterdurchschnittlicher Frauenanteil bei Invalidenrentnern in Italien, Deutschland, Österreich und den Niederlanden und ein besonders hoher Frauenanteil in Norwegen, Schweden und der Schweiz, wo auch Hausfrauen eine solche Rente beziehen können. Dies trifft auch weitgehend zu (vgl. Tabelle 5). Der hohe Frauenanteil in Italien erklärt sich aus einer relativ geringeren Inanspruchnahme bei Männern über 50, denen weit attraktivere Alternativen zur Verfügung stehen (vgl. Abgrenzung zur Rentenversicherung). Ebenso wäre ein unterdurchschnittlicher Anteil jüngerer Invaliden in Italien, Deutschland und Österreich zu vermuten, weil Geburts- und Kindheitsinvalide hier keine Ansprüche haben, sowie ein überdurchschnittlicher Anteil in dieser Altersgruppe in den übrigen Ländern. Auch diese Hypothese wird durch die Altersverteilung der Invalidenrentner bestätigt (vgl. Tabelle 5), wenngleich diese Verteilung noch stärker durch die jeweilige Inanspruchnahmemöglichkeit von Invalidenrenten im Frührentenalter geprägt ist.

Tabelle 5 Prozentuelle Verteilung der Invalidenrentner nach Alter und nach Geschlecht, 1997

Invalidenrentner 15-64 Jahre			Invalidenrentner 50-64 Jahre			
	Anteil an Frauen	Anteil 15-49 Jahre	Anteil 50-54 an 50-64	Anteil 55-59 an 50-64	Anteil 60-64 an 50-64	
Deutschland	39	17	Deutschland	13	35	52
Italien	56	14	Italien	18	32	50
Niederlande	38	37	Niederlande	37	63	
Norwegen	57	34	Norwegen	27	31	42
Österreich	34	13	Österreich	12	44	44
Schweden	55	32	Schweden	21	32	47
Schweiz	45	43	Schweiz	26	31	43

Die *Finanzierung* der Ausgaben der Invalidenversicherung erfolgt in allen untersuchten Ländern über einen Beitragsmix, zu dem der Staat, die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer zu unterschiedlichen Teilen und in unterschiedlicher Form beitragen. In fünf der sieben Länder sind die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge Teil der gesamten Beiträge an die Rentenversicherung und daher

nicht zuordenbar. Lediglich in den Niederlanden und in der Schweiz gibt es einen eigens festgelegten Beitragssatz für die Invalidenversicherung; 6,35% des Einkommens in den Niederlanden und 1,4% des Einkommens in der Schweiz wo außerdem die öffentliche Hand die Hälfte der Gesamtausgaben der Invalidenversicherung – 3/4 Bund, 1/4 Kantone – trägt.

Definition des Invaliditätsbegriffs (vgl. Vergleichstabelle 1)

Die konkrete Definition des Invaliditätsbegriffs ist eine ganz zentrale Komponente im Rahmen der länderspezifischen Anreizstrukturen. Mehrere Merkmale sind hier von besonderer Bedeutung: erstens die Frage, ob ein *medizinischer* oder ein *ökonomischer* Invaliditätsbegriff Verwendung findet; zweitens die Bedeutung von arbeitsmarktrelevanten Kriterien; und drittens der Stellenwert des (gegebenenfalls vorhandenen) *Berufsschutzes*.

Lediglich Italien und Schweden wenden heute praktisch ausschließlich das medizinische Kriterium ‚Einschränkung der Erwerbsfähigkeit‘ an; in Italien erst ab 66,7% Erwerbseinschränkung, in Schweden bereits ab 25%. In beiden Ländern gibt es auch keinen Berufsschutz – der konkrete Arbeitsmarkt spielt somit keine Rolle.

Die Schweiz und die Niederlande verwenden ein mehrheitlich ökonomisches Kriterium, worin die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit sich aus der Verdienstmöglichkeit relativ zum Verdienst vor der Invalidisierung ergibt. Leistungen können in der Schweiz ab 40% Einschränkung⁷, in den Niederlanden bereits ab 15% bezogen werden. In beiden Ländern spielen arbeitsmarktrelevante Kriterien eine entscheidende Rolle. In den Niederlanden wirken diese durch eine Einbeziehung der ökonomischen Bedingungen und der Diskriminierung bei Bewerbungen. In der Schweiz gibt es einen (im Vergleich zu Deutschland und Österreich abgeschwächten) Berufsschutz, definiert als Zumutbarkeit der Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit von den persönlichen Verhältnissen, von möglichen Eingliederungsmaßnahmen und von der Arbeitsmarktlage. Letzteres nimmt jedoch nicht auf den konkreten, sondern einen theoretisch-abstrakten ausgeglichenen Arbeitsmarkt Bezug, um je nach Konjunkturlage unterschiedlichen Beurteilungen zu vermeiden.⁸

Norwegen verwendet eine unspezifische gesundheitlich-ökonomische Definition (Einschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50%, wobei diese jedoch auch als Verdienstmöglichkeit interpretiert werden kann). Da Invalidität aber eine rein medizinische Ursache haben muß, wäre Norwegen dennoch eher zur Gruppe Italien/Schweden zuzuordnen.

Österreich und Deutschland verwenden zwar ebenfalls eine medizinische Definition (mindestens 50% Erwerbseinschränkung), jedoch unter strikter Einhaltung des Berufsschutzes. Dieser ist für Angestellte und für Arbeiter sehr unterschiedlich geregelt (d.h. mit unterschiedlichen Grenzen der Verweisbarkeit). Für angelernte Hilfsarbeiter gibt es in beiden Ländern keinen Berufsschutz; statt dessen wird bei der Beurteilung der Invalidität ein ökonomisches Verdienstkriterium zugrunde gelegt: in Österreich bei 50% reduzierter, in Deutschland bei auf ein Siebtel des Durchschnittseinkommens.

⁷ Beim jüngsten Referendum Mitte Juni 1999 hat sich eine deutliche Mehrheit von 70% für eine Beibehaltung der bei 40% Einschränkung gewährten Viertelsrenten ausgesprochen.

⁸ Diesem Vorteil der gerechteren Beurteilung im Einzelfall steht allerdings der Nachteil einer äußerst schwierig exekutierbaren Regelung gegenüber (siehe dazu noch in späteren Abschnitten).

mens reduzierter Verdienstmöglichkeit. In beiden Ländern gibt es darüber hinaus unter bestimmten Voraussetzungen gewissermaßen einen speziellen Berufsschutz für alle Personen über 60 Jahren (in Deutschland) bzw. über 55/57 Jahren (für Frauen/Männer in Österreich) – und zwar in der Form eines eigenen vorzeitigen Rentenanspruchs. Deutschland kennt außerdem die sogenannte *konkrete Betrachtungsweise* bei Berufsunfähigkeit: gibt es keinen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz im gelernten Beruf oder einem zumutbaren Verweisberuf, besteht volle Erwerbsunfähigkeit.

In Summe finden sich somit große Unterschiede sowohl hinsichtlich der *Wahrung des Berufsschutzes* – und daher vor allem in Deutschland und Österreich eine sehr unterschiedliche Behandlung verschiedener Berufsgruppen – als auch hinsichtlich des *Mindestgrades an erforderlicher Erwerbseinschränkung* für die Gewährung eines Leistungsanspruch (in drei Ländern – Deutschland, Österreich, Norwegen – ab 50% Erwerbseinschränkung, in drei weiteren Ländern – Niederlande, Schweden, Schweiz – schon unterhalb dieser Grenze, in Italien ab 66,7%).

Der resultierende *Handlungsspielraum* für die konkrete Beurteilung des Invalidenstatus ist somit unterschiedlich stark ausgeprägt – so gibt es kaum einen Spielraum in Italien, Schweden und Österreich, einen gewissen Interpretationsspielraum in Deutschland (durch die konkrete Betrachtungsweise) und in Norwegen (durch die Interpretation der Arbeitsunfähigkeit als konkrete Verdienstmöglichkeit), sowie einen relativ großen Spielraum in der Schweiz und in den Niederlanden.

Im Zusammenhang mit Berufsschutz und Invaliditätsdefinition stellt sich auch die Frage nach der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Invalidenversicherung durch verschiedene *Berufsgruppen*. Dazu gibt es relativ wenig Datenmaterial (vgl. Tabelle 6). Die verfügbaren Daten deuten jedenfalls auf eine stärkere Inanspruchnahme bzw. Betroffenheit der Arbeiter im Verhältnis zu den Angestellten (Deutschland: im Verhältnis 2,5:1) und eine wesentlich stärkere Betroffenheit von Bauern (Italien 1997: im Verhältnis 7:1 im Vergleich zu Arbeitern und Angestellten) hin⁹. Für eine Beantwortung der Frage, wie sich Berufsschutzregelungen berufsgruppenspezifisch auf die Inanspruchnahme der Invalidenversicherung auswirken, reicht das Datenmaterial aber nicht aus.

Tabelle 6 Invaliditätsquotient (= Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte) nach Berufsgruppen

Deutschland	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Arbeiter	.	.	.	170	119	92	98
Angestellte	.	.	.	69	40	35	37
Italien	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Arbeiter/Angestellte	.	137	132	93	59	34	27
Selbständige	.	79	84	56	37	21	17
Bauern	.	502	502	421	354	211	185

⁹ Ein ähnliches Verhältnis bei Arbeitern zu Angestellten zeigt sich auch bei Männern in Österreich (bei Frauen ist der Unterschied etwas geringer). Auch bei den Bauern weisen Daten für Österreich auf einen Unterschied in dieselbe Richtung; dieser ist aber wesentlich weniger stark ausgeprägt als in Italien.

Vergleichstabelle 1: Allgemeine Beschreibung der Invalidenversicherungssysteme

	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	NIEDERLANDE
Versicherter Personenkreis	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind Erwerbstätige mit 5 Versicherungsjahren (3 in letzten 5) ➤ Freiwillige Versicherung möglich, u.a. auch für geringfügig Beschäftigte ➤ ‚Opting out‘ für einige Berufsgruppen, v.a. Freiberufler, möglich ➤ Eigene Regelung für Beamte 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind Erwerbstätige mit 5 Versicherungsjahren unter 50 plus ein Monat für jeden Lebensmonat über 50 ➤ ‚Opting in‘ für geringfügige Beschäftigungsverhältnisse unter sfr 486/Monat ➤ Freiwillige Versicherung für Nichtbeschäftigte; eigene Beamtenregelung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind Erwerbstätige und Geburts- und Jugendinvalide ab 18 ➤ Unselbständig Erwerbstätige haben deutlich höhere Ansprüche ➤ Finanzierung über Beiträge und staatliche Zuschüsse; eigener Beitragsatz für die Invalidenversicherung
Definition des Begriffs Invalidität	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mischform mit zwei Invaliditätsarten ➤ Berufsunfähig, wenn Erwerbsfähigkeit um mind. 50% gesunken ist; strikter Berufsschutz („zumutbarer Verweisungsberuf“), außer für Ungelernte ➤ Konkrete Betrachtung: fehlt Teilzeitarbeitsplatz, besteht Erwerbsunfähigkeit ➤ (Volle) Erwerbsunfähigkeit, wenn nicht mehr ein Siebtel des Durchschnittseinkommens erzielt werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mischform: medizinische Definition unter (strikt) Berücksichtigung des Berufsschutzes; Einschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 50% ➤ Bei Hilfsarbeitern: wenn nicht das halbe Entgelt erworben werden kann ➤ Bei Selbständigen: wenn kein regelmäßiger Erwerb möglich ist ➤ Durch Berufsschutz kommen indirekt ökonomische Kriterien zum Tragen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mischform, mehrheitlich ökonomisch ➤ Grad der Invalidität ergibt sich aus der Verdienstmöglichkeit relativ zum Verdienst vor der Invalidisierung ➤ Kein Berufsschutz ➤ Gewisser Spielraum in der Einbeziehung der Arbeitsmarktsituation (d.h. ökonomische Bedingungen, Diskriminierung bei Bewerbungen) besteht
Organisatorische Aspekte (Entscheidungs- und Vollzugsstruktur)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ärztl. Attest des Haus-/Facharztes ➤ Sozialmed. Gutachter treffen Festlegung (voll-, teil- oder nicht erwerbsfähig) auf der Basis des Patientenbuchs ➤ Referent der Vers. anstalt entscheidet (prüft v.a. die Arbeitsplatzverfügbarkeit) ➤ 25 LandesVA für Arbeiter, 1 BundesVA für Angestellte, drei Berufskassen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 7 Rentenversicherungsträger (nach Berufsgruppen) als Erstinstanz ➤ Entscheidung durch ärztliche Gutachter der Träger (privatärztliche Gutachten sind daher irrelevant) ➤ Arbeits- & Sozialgericht als 2. Instanz ➤ Etwa 50% der Abgewiesenen gehen mit ca. 25% -Erfolgsquote in Berufung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zuständigkeit privater Sozialvers.-anstalten (Anm.: derzeit noch sektorale Monopole, später Markt & Wettbewerb) ➤ Im ersten Jahr ist Berufsgesundheits-service für Prognose und Einschätzung der Rehabilitationschancen zuständig ➤ Arzt der Sozialversicherungsanstalt und Ergonom prüfen gemeinsam
Leistungsarten der Invalidenversicherung (Rentenarten, Rehabilitation), Rentenniveau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ EU-Rente als Vollrente, BU-Rente als berufsbezogene Teilrente; beide abhängig von Einkommen und Versicherungsdauer (BU-Rente ist 1/3 niedriger) ➤ I.a. dauerhafte Leistung, ca. 10% befristet auf drei Jahre (dann dauerhaft) ➤ Zurechnungszeit für Jüngere (bis 55. Lj. voll, vom 55.-60. Lj. ein Drittel), also max. 58,1% statt 70% Ersatzrate ➤ Medizin. & berufl. Rehabilitation; u.a. Übergangsgeld als Einkommensersatzleistung (Motto: Reha vor Rente) ➤ ‚Große‘ Hinterbliebenenrente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nur Vollrenten; Voraussetzung sind 20 Wochen Arbeitsunfähigkeit ➤ Dauerhafte Leistung nur bei 100% Invalidität, ansonsten befristete Leistung mit neuerlicher Überprüfung der Rehabilitationschancen nach zwei Jahren ➤ Rentenanspruch zunächst abhängig von der Versicherungsdauer und vom Einkommen der besten 15 Jahre ➤ Zurechnungszuschlag für Invalidenrentner unter 56 Jahren (auf maximal 60% Ersatzrate), aber keine Anrechnung erwerbsloser Jahre vor Invaliditätsfall 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einheitsleistungen für Selbständige und Geburts- und Jugendinvalide ab 18 ➤ Sieben Invaliditätsabstufungen (15-25, 25-35, 35-45, 45-55, 55-65, 65-80 und 80-100%) mit analoger Leistung ➤ Rentenleistungen sind abhängig vom Alter (simulierte Erwerbsperiode). Zwei Phasen: lohnabhängige Leistung (altersabhängig max. 6 Jahre), danach Leistung relativ zum Mindestlohn (mit altersabhängigem Steigerungssatz) ➤ Für max. 5 Jahre befristete Leistung ➤ Zielgenaue Rehabilitationsschritte

Vergleichstabelle 1: Allgemeine Beschreibung der Invalidenversicherungssysteme (Fortsetzung)

ITALIEN	NORWEGEN	SCHWEDEN	SCHWEIZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind alle Erwerbspersonen mit mindestens 5 Versicherungsjahren (3 davon in den letzten 5 Jahren) ➤ Alle anderen Personen haben Anspruch auf ein bedarfsgeprüftes, nicht übertragbares Invalidengeld ➤ Finanzierung über AG-Beiträge bzw. beim Invalidengeld aus Steuermitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind alle Personen zwischen 16 und 67 Jahren mit Wohnsitz in Norwegen ➤ Mindestvoraussetzung üblicherweise 3 Versicherungsjahre ➤ Weil jeder selbst versichert ist (z.B. auch Hausfrauen) hat jeder einen individuellen Anspruch 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind alle Personen zwischen 16 und 65 Jahren mit Wohnsitz in Schweden ➤ Mindestvoraussetzung für erwerbsbezogene Leistungen: zwei Versicherungsjahre in den letzten vier Jahren ➤ Individueller Anspruch für jeden (wie in Norwegen) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Versichert sind alle Personen mit Wohnsitz oder Erwerbstätigkeit in der Schweiz (Renten erst ab 18 Jahren) ➤ Für Ausländer generell und für Anspruch auf ordentliche Invalidenrente: mindestens ein Jahr Beitragszahlung ➤ Finanzierung über Beiträge und Steuern; eigener Beitragssatz für die IV
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Weitgehend medizinische Definition: Einschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 66,67% ➤ Kein Berufsschutz ➤ Für Invalidengeld (siehe unten) gilt mindestens 74% Einschränkung der Arbeits- bzw. Lebensfähigkeit ➤ Unfallversicherungsleistungen (siehe weiter unten) bereits ab einer Erwerbs-einschränkung von 11% 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mischform: Invaliditätsanspruch, wenn die Erwerbsfähigkeit (interpretiert auch als Verdienstmöglichkeit) um mindestens 50% reduziert ist ➤ Invalidität muß eine medizinische Ursache haben (Krankheit, Verletzung) ➤ Hausfrauen haben Anspruch auf analoge Leistung, wenn die Erwerbsfähigkeit zur Hausarbeit um mindestens 50% reduziert ist 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Weitgehend medizinische Definition: Einschränkung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 25% ➤ Analoge Leistung für Hausfrauen bei Reduktion der Erwerbsfähigkeit ➤ Unfallversicherungsleistungen, wenn ein kausaler Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit nachgewiesen werden kann (Beweislastumkehr 1977, „Umkehr“ der Beweislastumkehr 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mischform, mehrheitlich ökonomisch ➤ Rentenanspruch bei mindestens 40% Einschränkung der Erwerbsfähigkeit ➤ Grad der Invalidität ergibt sich aus der Verdienstmöglichkeit relativ zum Verdienst ohne Invalidisierung ➤ Tw. Berufsschutz („Zumutbarkeit“); Arbeitsmarkt indirekt berücksichtigt – „bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage“ ➤ Bes. Regelung für Nichterwerbstätige
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entscheidung trifft ein von der SV-Anstalt anerkannter und angestellter Arzt (anders als bei der Unfallversich. Keine objektiven Bewertungskriterien) ➤ Regionale Geschäftsstellen der SV sind für Verfahrensaufnahme zuständig ➤ Letztverantwortung über das Invaliditätsausmaß wird zentral kontrolliert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (Praktischer) Arzt des Vertrauens als Ratgeber und i.a. Alleinverantwortlicher für Diagnose, Prognose und Rehabilitationsversuche und -chancen ➤ Auch für Einstufung bei Hausfrauen ➤ Kaum Kontrolle (!), obwohl es in der Nationalen Sozialversicherung eigene Spezialisten (für Streitfälle) gibt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ärzte (des Vertrauens) als Hauptverantwortliche; Ärzte der lokalen SV kontrollieren anhand des Patientenbuchs ➤ Objektive Kriterien, wenn möglich ➤ 21 lokale Sozialversicherungsanstalten als verantwortliche Erstinstanz ➤ Supervision durch die Nationale Sozialversicherungsbehörde 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Freie Arzt- und Spitalwahl (wichtig bei medizinischen Maßnahmen) ➤ 26 kantonale IV-Stellen plus eine IV-Stelle für Versicherte im Ausland ➤ IV-Stellen prüfen Voraussetzungen, klären Eingliederungsfähigkeit ab und bestimmen Eingliederungsmaßnahmen, Renten oder sonstige Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invalidenrente für 100% Invalide, ohne weitere Überprüfung ➤ Befristete Invalidenleistung bei 66,67 bis 99% Invalidität. Überprüfung nach 3 bzw. nach 6 Jahren, dann Umwandlung in Invalidenrente oder Altersrente ➤ Renten abhängig von Einkommen und Versicherungsdauer; bei 100% IV auf Rentenalter hochgerechnet, bei Befristung Mindestanspruch (ca. für 3/4) ➤ Keine Rehabilitationsmaßnahmen aus der Invalidenversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenleistungen als Voll- und als Teilrente (letzteres proportional zwischen 50 und 100% Invalidität) ➤ Nur als dauerhafte Leistung, daher keine Befristung und keine Überprüfung ➤ Gleichzeitig starker Fokus auf Rehabilitationsmaßnahmen bevor endgültiger Invalidenstatus zugewiesen wird ➤ Renten abhängig von Versicherungsdauer (auf Rentenalter hochgerechnet); Basiskomponente (ledig/verh.) plus erwerbsabhängige Komponente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenleistungen in vier Stufen: volle Rente, 3/4-, 1/2- und 1/4-Rente ➤ Teilweise befristete Leistungen, die aber de facto dauerhafte Leistungen sind ➤ Starker Fokus auf Rehabilitation, i.a. aber nicht aus der Invalidenversicherung ➤ Renten abhängig von Versicherungsdauer (auf Rentenalter hochgerechnet); Basiskomponente (ledig/verh.) plus erwerbsabhängige Komponente plus eine betriebliche Rente (fast universell, v.a. für höhere Einkommen wichtig) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ganze Rente ab IV-Grad von 66,7%, halbe Rente ab 50, Viertelsrente ab 40% ➤ Rente abhängig von Einkommen und Beitragsdauer (relativ zum Jahrgang); „Karrierezuschlag“ für jüngere Invalide ➤ Für Erwerbstätige gilt: Basisrente + Unfallversicherung (komplementär) + 2.Säule (Pensionskasse, subsidiär) bis max. 90% des entgang. Einkommens ➤ Medizinische und berufliche (individuelle) Eingliederungsmaßnahmen ➤ Beiträge an Institutionen

Organisatorische Entscheidungsstrukturen (vgl. Vergleichstabelle 1)

Die Relevanz des theoretischen Handlungsspielraums wird aber auch von den jeweils geltenden *Entscheidungs- und Vollzugsstrukturen* beeinflusst. Wesentlich sind hier die Fragen, welche Ärzte für die Beurteilung des Invalidenstatus verantwortlich sind, ob bundesweite, regionale oder anders untergliederte IV-Stellen zuständig sind und ob nur öffentliche oder auch private Akteure im Spiel sind. Eine Gruppierung oder wenigstens Reihenfolge der Länder kann sinnvollerweise nach dem Grad der externen Kontrolle vorgenommen werden.

Norwegen hat die geringste Kontrolle. Der Hausarzt ist faktisch voll verantwortlich für Diagnose, Prognose und Rehabilitationsmaßnahmen, obwohl es – für Konfliktfälle – Spezialisten in der nationalen Sozialversicherungsanstalt gibt. In der Schweiz ist die Situation zum Teil nicht unähnlich, wenngleich die IV-Stellen (immer) mehr Kontrollfunktion ausüben. In Schweden entscheiden Ärzte der Sozialversicherungsanstalten anhand der vorliegenden Patientenbücher, ohne den/die Antragsteller/in jemals direkt getroffen zu haben. Somit kommt auch hier der Entscheidung des Wahlarztes größte Bedeutung zu; die Kontrollmöglichkeiten sind sehr stark eingeschränkt.

In Österreich und Italien entscheiden unmittelbar die eigens dafür angestellten Ärzte der Sozialversicherungsanstalten. Privatärztliche Gutachten sind irrelevant (auch bei Verfahren, die in die 2. Instanz gehen), die Kontrolle erfolgt somit weitestgehend zentral und damit auch einheitlich. Ähnliches gilt zumeist auch in Deutschland, wo sozialmedizinische Gutachter nach persönlicher Begutachtung oder – etwa bei schweren Erkrankungen oder nach Krankenhausaufenthalten – nach Aktenlage urteilen; d.h. auch in Deutschland reicht ein Attest des Hausarztes in aller Regel nicht aus. Auch in den Niederlanden entscheiden die jeweiligen Ärzte der Sozialversicherungsanstalten. Da diese kürzlich privatisiert wurden, ist wegen der schrittweise greifenden Marktmechanismen eine noch stärkere Kontrolle, zumindest aber eine höhere Effizienz wahrscheinlich.

Die Strukturen bauen in Italien, Norwegen, Schweden und der Schweiz auf mehr als 20 lokalen, regionalen oder kantonalen Sozialversicherungsanstalten bzw. IV-Stellen auf, wogegen es in Deutschland, Österreich und derzeit auch noch in den Niederlanden eine bundesweite sektoral-berufsspezifische Untergliederung gibt (in Deutschland gibt es nur für Arbeiter eine doppelte regional-sektorale Struktur). Somit gibt es in allen sieben Ländern an sich reichlich Spielraum für regionale und/oder sektorale Unterschiede. Lediglich die Niederlande hat kürzlich durch die *Privatisierung* der Sozialversicherungsanstalten private, auf Markt und Wettbewerb ausgerichtete Akteure ins Spiel gebracht; in den übrigen sechs Ländern liegen sämtliche Entscheidungen in der Hand öffentlicher Akteure.

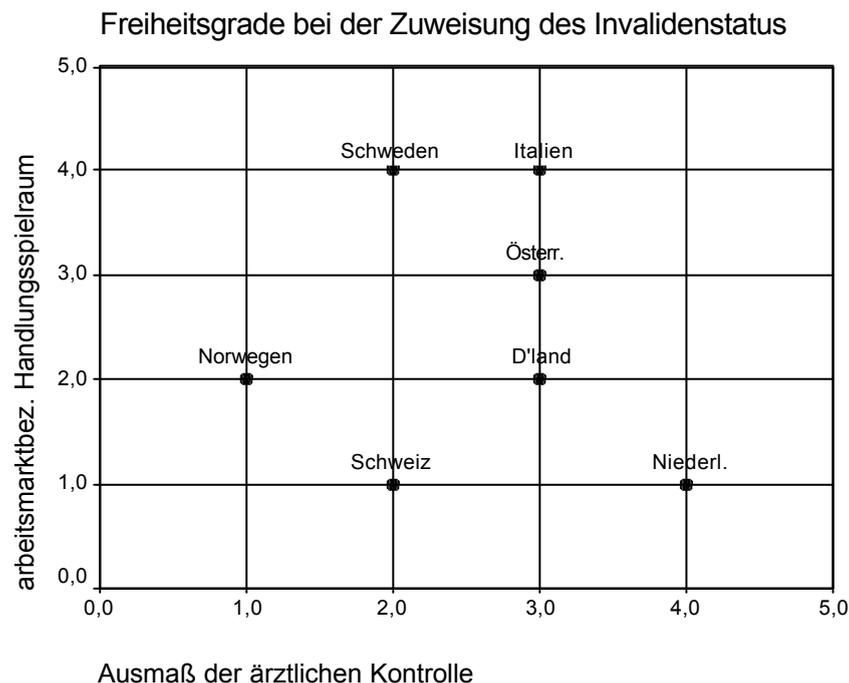
Ganz grob können somit zwei Gruppen unterschieden werden: Österreich, Italien, Deutschland und die Niederlande als Länder mit eher strikterer Handhabung und/oder *stärkerer Kontrolle* (wobei dies keineswegs immer schon so war, vgl. dazu Abschnitt 4); sowie Norwegen, die Schweiz und Schweden als Länder mit vergleichsweise *geringerer Kontrolle*, wobei in der Schweiz (in jüngster Zeit immer weniger) und vor allem in Norwegen weitgehend auf Basis der Beurteilung des Hausarztes entschieden wird, während in Schweden Ärzte der Sozialversicherungsanstalt auf der Basis der vorliegenden Patientenbücher entscheiden.

Kombiniert man den aus dem Invaliditätsbegriff ableitbaren arbeitsmarktbezogenen Handlungsspielraum mit dem durch die Entscheidungsstrukturen vorgegebenen Ausmaß der (ärztlichen) Kontrolle, ergibt sich ein interessantes Bild hinsichtlich der jeweiligen *Freiheitsgrade* (bzw. der Auslegungsmöglichkeiten oder des Ermessensspielraumes) bei der Zuweisung des Invalidenstatus (vgl. Graphik 3). Unter Zugrundelegung einer jeweils vierstufigen Ordinalskala für die beiden Bereiche (1=sehr locker, 4=sehr strikt), läßt sich folgendes Zwischenresümee ziehen:

Die Schweiz erweist sich als relativ *liberal* bei der Beurteilung des Invalidenstatus, vermutlich nicht zuletzt deshalb, weil sie es sich – zumindest bisher – wegen der günstigen Arbeitsmarktlage auch leisten konnte. Ähnliches gilt auch für Norwegen.

Österreich, Italien und Deutschland können als Länder mit eher strikter Kontrolle und größerer (in Deutschland), geringer (in Österreich) bzw. keiner (in Italien) Bedeutung arbeitsmarktbezogener Kriterien bei der Zuteilung des Invalidenstatus in eine Kategorie zusammengefaßt werden.

Schweden und die Niederlande erweisen sich gewissermaßen als Ausreißer und zugleich als Gegenpole: die Niederlande setzen neuerdings auf eine strikte Kontrolle bei gleichzeitig immer noch lockerer Handhabung hinsichtlich der Einbeziehung des konkreten Arbeitsmarktes. Schweden verwendet, ganz im Gegenteil dazu, eine sehr strikte rein medizinische Invaliditätsdefinition, bei der der konkrete Arbeitsmarkt irrelevant ist, übt aber andererseits nur eine relativ geringe Kontrolle aus.



Graphik 3 Schematische Darstellung der gegebenen *Freiheitsgrade* bei der Zuweisung des Invalidenstatus: Kontrolle und Ermessensspielraum

Wirken sich die so definierten Freiheitsgrade unmittelbar auf die *Invalidisierungswahrscheinlichkeit*, in der Folge definiert als die Zahl der Neuzugänge zur Invalidenversicherung pro 1000 Erwerbspersonen, aus? In dieser vereinfachten Form kann diese Frage nicht beantwortet werden, weil hierfür

nicht nur die Invalidenversicherung selbst, sondern auch die Abgrenzung zu den konkurrierenden und komplementären Sozialversicherungsbereichen – also der Krankengeld-, der Arbeitslosen-, der Unfall- und der Rentenversicherung – maßgeblich ist (vgl. Abschnitt 3.2). In besonderem Maße gilt dies für Personen im Vorrentenalter (50-64 Jahre). Vergleicht man lediglich Personen im *Haupterwerbsalter*, so scheint es jedenfalls, dass die strikte Kontrolle in den Niederlanden – zumindest noch – nicht erfolgreich ist (vgl. Tabelle 7). Umgekehrt ist die Invalidisierungswahrscheinlichkeit in der Schweiz, wenngleich höher als in Österreich und in Deutschland, nicht so hoch wie die Position in Graphik 3 vermuten ließe. Österreich, Deutschland und (trotz fehlender Daten dazu) insbesondere Italien weisen tatsächlich relativ niedrige Invalidisierungswahrscheinlichkeiten auf, Norwegen entsprechend hohe. Insgesamt spielt aber auch bei den Neuzugängen unter 50 Jahren im Jahr 1997 der jeweils *versicherte Personenkreis* eine maßgebende Rolle (vgl. etwa die geringen Werte in Deutschland und die relativ hohen Werte in Schweden). In der besonders interessanten Altersgruppe 50-54 Jahre (besonders interessant, weil ein von den heutigen Arbeitsmärkten i.a. als zu alt empfundener, aber dennoch gut zehn Jahre vom regulären Rentenalter entfernter Personenkreis) zeigen sich – jedenfalls bei Männern – nur sehr geringe Länderunterschiede in den empirisch vergleichbaren Invalidisierungswahrscheinlichkeiten, wobei die Schweiz hier eindeutig die niedrigsten Werte aufweist. Die vom Invalidenversicherungssystem eingeräumten Freiheitsgrade bei der Beurteilung des Invalidenstatus scheinen, zumindest in der zweiten Hälfte der 90er-Jahre, eine untergeordnete Rolle zu spielen bzw. scheinen durch die Anreizeffekte der angrenzenden Systeme überlagert zu sein.

Tabelle 7 Neuzugänge pro 1000 Erwerbepersonen (= Invalidisierungswahrscheinlichkeit) nach Alter und Geschlecht, 1997

	Alter 15-49	Alter 50-54	Alter 55-59	Alter 60-64	Alter 15-64
<i>Männer</i>					
Deutschland	3	15	30	92	10
Niederlande	7	13	26		10
Österreich	2	16	82	65	10
Norwegen	5	14	31	63	10
Schweden		4	19	74	9
Schweiz ('95)	4	10	16	26	7
Italien	-	-	-	-	1
<i>Frauen</i>					
Deutschland	3	13	24	45	7
Niederlande	14	21	43		17
Österreich	2	15	72	-	6
Norwegen	7	24	38	77	14
Schweden		6	22	61	10
Schweiz ('95)	4	10	14	19	6
Italien	-	-	-	-	1

Anmerkung: Eigene Daten zu Neuzugängen zur Invalidenversicherung sind für Italien und für die Schweiz nicht verfügbar. Für die Schweiz existieren jedoch Berechnungen zur Zahl der Eintritte in die IV für die Jahre 1985 und 1995. Diese Eintritte umfassen dabei all jene Personen, die zu Anfang des Jahres $x+1$, aber noch nicht zu Anfang des Jahres x eine Invalidenrente beziehen (vgl. Donini & Eschmann 1998). Auch die in der Tabelle ausgewiesenen Gesamtwerte für Italien beruhen auf Schätzwerten auf der Basis von Veränderungen des Bestandes an Invalidenrentnern im Vergleich zum Vorjahr (altersspezifische Werte sind hier jedoch nicht verfügbar).

Vergleicht man den Bestand an Invalidenrentnern – der sowohl aktuelle als auch zeitlich zurückliegende Entwicklungen abbildet –, so zeigen sich deutlich größere Unterschiede zwischen den hier untersuchten Ländern (vgl. Tabelle 8). Das *Invaliditätsvolumen*, definiert als die Zahl der Invalidenrentner im Erwerbssalter pro 1000 Personen in der entsprechenden Altersgruppe, zeichnet ein sehr vielfältiges Bild. Besonders hoch ist das Volumen bei Frauen in Norwegen und Schweden, möglicherweise als Ausdruck der besonderen Belastung der zumeist (nahezu) ganztags erwerbstätigen Mütter, sowie bei Männern in den Niederlanden (zum Spezifikum der Niederlande vgl. Abschnitt 5). Die Schweiz weist bei beiden Geschlechtern ein unterdurchschnittliches Invaliditätsvolumen auf, das nur von Italien (nach der grundlegenden Reform 1984) und von Frauen in Österreich (u.a. weil diese ab dem 60. Lebensjahr bereits eine Altersrente beziehen) unterboten wird. Bei Personen unter 50 ist das Invaliditätsvolumen in Ländern mit Systemen, die sich an Erwerbstätige richten – Deutschland, Österreich und Italien –, deutlich geringer. Bei Personen über 55 ist das Invaliditätsvolumen bei Männern in Österreich am höchsten (in der Altersgruppe 60-64 sind hier vier von zehn Männern Invalidenrentner), gefolgt von Frauen und Männern in Norwegen und Schweden sowie von Männern in den Niederlanden und Deutschland. Invalidenrenten scheinen jedenfalls in sehr unterschiedlichem Maße als vorzeitiger Rentenpfad genutzt bzw. zu einem solchen umfunktioniert zu werden, wobei dies nicht in direktem Zusammenhang mit der Verfügbarkeit anderer Frührentenarten stehen muß (vgl. Abschnitt 3.2).

Tabelle 8 Invalidenrentner im Erwerbssalter pro 1000 Personen in der jeweiligen Altersgruppe (= Invaliditätsvolumen) nach Alter und Geschlecht, 1997

	Alter 15-49	Alter 50-54	Alter 55-59	Alter 60-64	Alter 15-64
<i>Männer</i>					
Deutschland	11	64	134	293	52
Italien	3	26	47	83	15
Niederlande	37	150	315		99
Norwegen	30	100	175	310	64
Österreich	10	73	285	407	67
Schweden		35	163	328	67
Schweiz	23	59	93	163	42
<i>Frauen</i>					
Deutschland	10	49	93	133	33
Italien	4	33	60	96	20
Niederlande	37	90	141		63
Norwegen	39	161	250	367	88
Österreich	7	49	119	-	21
Schweden		49	213	343	86
Schweiz	21	56	73	94	32

Rentenarten in der Invalidenversicherung (vgl. Vergleichstabelle 1)

Einer der Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme von Invalidenrenten in diesen sieben Ländern trotz vermutlich vergleichbarer Arbeitsbedingungen und relativ ähnlicher Arbeitsmärkte (die allerdings in sehr unterschiedlichem Maße Teilzeitarbeit anbieten), liegt in der Art und Höhe der möglichen Invalidenrente selbst. Von besonderer Bedeutung ist dabei die *Flexibilität* des Systems einerseits und die Frage der *Versorgung jüngerer Invaliden* andererseits. Hier gibt es beträchtliche Unterschiede:

Norwegen, Schweden und die Schweiz lassen sich einer Gruppe zuordnen, die im wesentlichen charakterisiert ist durch (i) großteils dauerhafte Renten (Befristung gibt es nicht oder diese ist praktisch unbedeutend), (ii) eine relativ flexible Abstufung für Teilerwerbsunfähige, (iii) eine (mindestens) vollständige Zurechnung bis zum regulären Rentenalter für jüngere Betroffene, und (iv) Leistungen mit Mindestsicherungskomponente. Die Schweiz unterscheidet sich von den beiden skandinavischen Ländern zum einen durch die – in diesem Ländervergleich einzigartige – Gewährung eines Zurechnungszuschlages unter der Annahme einer fiktiven Einkommenskarrriere für Personen, bei denen vor dem 45. Lebensjahr Erwerbsunfähigkeit eintritt (vgl. Tabelle 9). Zum anderen gewährt die öffentliche Invalidenversicherung in Norwegen und Schweden eine pauschalierte Basisrente sowie eine beitragsabhängige Rente, wogegen die Schweiz lediglich eine einkommens- und beitragsdauerabhängige (Basis-)Rente gewährt – Ansprüche aus der ebenfalls obligatorischen 2. Säule (berufliche Vorsorge) sind nicht Teil der Invalidenversicherung.

Tabelle 9 Zuschlag zum durchschnittlichen Jahreseinkommen nach dem Alter der Person beim Eintritt der Invalidität in der Schweizer Invalidenversicherung

Alter beim Eintritt der Invalidität	Zuschlag zum Jahreseinkommen in Prozent
<23	100
23	90
24	80
25	70
26	60
27	50
28-29	40
30-31	30
32-34	20
35-38	10
39-45	5
>45	0

Quelle: IVV

Auch Deutschland und Österreich können trotz einiger Unterschiede in einer Gruppe zusammengefaßt werden, welche sich charakterisieren läßt durch (i) eine nur unvollständige Zurechnung für jüngere Erwerbsunfähige, (ii) ein Alles-oder-Nichts-Prinzip ohne Teilrentenleistungen (zu Deutschland

siehe dazu noch weiter unten), und (iii) ausschließlich beitragsabhängige Rentenansprüche ohne generelle Mindestrente (wobei es in Österreich eine bedarfsgeprüfte Mindestleistung gibt). In beiden Ländern muß eine mindestens 50%ige Erwerbsminderung vorliegen. In Österreich besteht dann bereits Anspruch auf volle Leistungen. In Deutschland gibt es hingegen (zumindest theoretisch) ein zweistufiges System, welches bei mindestens 50% Berufsunfähigkeit (bezogen auf den ausgeübten oder einen zumutbaren Verweisberuf) lediglich zwei Drittel der Vollrente gewährt und erst bei fast vollständiger Erwerbsunfähigkeit die volle Rente. In der Praxis beziehen Berufsunfähige jedoch ebenfalls eine volle Rente, wenn der konkrete (Teilzeit)Arbeitsmarkt keine entsprechende Stelle anbieten kann. In Deutschland werden fast alle Renten dauerhaft gewährt, in Österreich hingegen werden (außer bei 100% Invalidität) zunächst befristete Leistungen (mit identen Leistungsansprüchen) gewährt, die erst nach einer Überprüfung nach zwei Jahren dauerhaft werden (können).

Italien kann vom Typ her der Gruppe Deutschland/Österreich zugeordnet werden, obwohl es z.B. eine Mindestrente gibt. Die Gewährung zunächst befristeter Leistungen in 90% aller Fälle (wie in Österreich werden dauerhafte Renten nur bei 100% Invalidität zugesprochen) hat aber eine ganz spezielle (Einsparungs-)Funktion. Dauerhafte, strikt beitragsbezogene Renten werden in Italien, anders als in Deutschland und Österreich, auch für Jüngere mit vollständiger Zurechnung bis zum gesetzlichen Rentenalter gewährt. Für befristete Renten gibt es hingegen keinerlei Zurechnung; daher sind auch 3/4 aller und 100% aller jüngeren Bezieher einer befristeten Invalidenrente auf die Mindestrente angewiesen. Eine Umwandlung in eine dauerhafte Rente erfolgt entweder nach drei Jahren (erste Überprüfung) oder aber obligatorisch nach sechs Jahren (zweite Überprüfung) bzw. bei Erreichen des gesetzlichen Rentenalters.

Die Niederlande kann vom Typ her der Gruppe Norwegen/Schweden/Schweiz zugerechnet werden (mehrere Teilrentenstufen (7 Stufen ab 15%), Mindestsicherungskomponente, allerdings seit 1994 nur mehr befristete Ansprüche). Auch hier gibt es – seit der jüngsten Reform – eine besondere, altersbezogene Anreizstruktur. Der Invalidenrentenanspruch gliedert sich in zwei Phasen: in einer ersten Phase, ansteigend von 0 Monaten für Personen unter 33 Jahren bis zu 72 Monaten für Personen über 58 Jahren, werden hohe lohnabhängige Leistungen gewährt; in der darauffolgenden Phase dann – ebenfalls mit dem Alter steigende – Leistungen relativ zum Mindestlohn (was auf eine Leistungskürzung um zwischen 5% und 35% hinausläuft).

Grob gesprochen lassen sich im Ländervergleich somit zwei Typen unterscheiden: *Typ A* mit dauerhaften Leistungen, hoher Flexibilität bei Teilinvalidität und Mindestsicherung (Norwegen, Schweden, die Schweiz und mit Einschränkung – weil keine dauerhaften Ansprüche – die Niederlande), sowie *Typ B* mit zunächst befristeten Leistungen, keiner Abstufung bei Teilinvalidität und strikter Beitragsbezogenheit hinsichtlich der Leistungsansprüche (Deutschland, Österreich, Italien). Besonders interessant ist die Frage, wie einzelne Systeme mit jüngeren Invaliden umgehen. Die Schweiz erweist sich durch die Gewährung eines altersabhängigen Zuschlages (vgl. Tabelle 9) als besonders großzügig. Norwegen und Schweden nehmen eine 100%ige Zurechnung vor (d.h. die Invalidenrente entspricht der maximalen Altersrente). Deutschland und Österreich nehmen explizit eine geringere Zurechnung vor (in Deutschland auf 83%, in Österreich auf 75% der maximalen Altersrente). Italien und die Niederlande sehen Regelungen vor, die auf eine deutliche Kürzung der Ansprüche jüngerer Betroffener (in Italien nicht generell und auch nur vorübergehend) hinauslaufen.

Eine wesentliche Frage ist jene nach dem Vorhandensein und der tatsächlichen Bedeutung der Flexibilität eines Systems bzw. der Auswirkungen der abgestuften Teilrentenoptionen. In einer *behinderndenfreundlichen* Arbeitswelt wäre eine mehrstufige, fließende Abstufung, in der die verbleibende Erwerbsfähigkeit vollständig am Arbeitsmarkt nachgefragt würde, grundsätzlich ideal und wünschenswert. Die Realität der heutigen Arbeitswelt läßt dieses Szenario aber unwahrscheinlich erscheinen. Dies wird durch die Datenlage auch bestätigt. Sowohl in den Niederlanden (wo sieben Teilrentenstufen vorgesehen sind) als auch in Schweden (mit vier Stufen) und in der Schweiz (mit drei Stufen) beziehen etwa drei Viertel der Neuzugänge eine Vollrente (vgl. Tabelle 10). Allerdings sieht man deutlich, dass die Reformpolitik in Schweden und den Niederlanden im letzten Jahrzehnt – empirisch durchaus erfolgreich – auf eine stärkere Inanspruchnahme von Teilrenten abgezielt hat (wobei in den Niederlanden vor allem eine Verschiebung zu Renten mit sehr geringem Invaliditätsgrad auffällt).

In der Schweiz ist hingegen ein umgekehrter Trend zu ganzen Invalidenrenten erkennbar, die allerdings 1985 nur an etwa zwei Drittel der Neuzugänge zugewiesen wurden. Auch in Deutschland sieht man einen Trend zu Vollrenten, wobei die Differenzierung in BU-/EU-Renten nur zum Teil einer Teilrentenoption entspricht (vgl. Abschnitt 5). Die Daten für Norwegen sind nur bedingt vergleichbar, weil hier nicht Neuzugänge sondern Bestandszahlen ausgewiesen sind, die Arbeitsmarktsituation scheint aber für Teilinvalide wesentlich günstiger zu sein. Italien ist ein absoluter Sonderfall; hier werden explizit nur in Ausnahmefällen Vollrenten (die 100% Invalidität voraussetzen) gewährt. Dies hängt aber nicht mit einem entsprechenden Angebot an Teilzeitarbeitsplätzen zusammen, sondern trägt vielmehr zu einer deutlichen Kosteneindämmung bei, weil bei befristeten Renten – zum Teil wesentlich – geringere Ansprüche zustehen.

Ganz im Gegensatz zur theoretischen Notwendigkeit haben/hatten Teilrentenoptionen somit, zumindest bis vor wenigen Jahren, empirisch zumeist nur geringe Bedeutung – obwohl Teilrentensysteme tendentiell die Zahl der Rentner (und somit die Gesamtausgaben der Invalidenversicherung) erhöhen und außerdem ein höheres Risiko tragen, arbeitsmarktbezogene Kriterien miteinzubeziehen, um Teilarbeitslosigkeit zu kompensieren. Die Frage, ob durch ein Angebot an derartigen Optionen die Lebenssituation von Personen mit Teilerwerbsminderungen verbessert wird (weil zumindest ein Teilrentenanspruch besteht, der mit Teilzeittätigkeit komplementiert werden kann) oder eher verschlechtert (weil damit nur Teilansprüche bestehen und eine Teilzeittätigkeit nicht gefunden werden kann), läßt sich nicht wirklich beantworten. Die Antwort steht aber in direktem Zusammenhang vor allem mit Arbeitsmarktmaßnahmen, wie etwa einer ausgeprägten *Teilzeitarbeitspolitik*. Eine Forcierung von Teilrenten ohne gleichzeitige Teilzeitarbeitspolitik scheint hingegen problematisch (eine solche Entwicklung hat bislang am ehesten in Italien stattgefunden) – außer wenn derartige Teilrenten als Lohnsubvention zur Abdeckung der erwarteten geringeren Produktivität von Teilinvaliden benutzt werden. Der jüngste Rückgang an Vollrenten bei Neuzugängen in Schweden und den Niederlanden ist bemerkenswert (weil eine deutliche Trendumkehr) und könnte gerade in diesen beiden Ländern, mit ausgeprägter Teilzeitarbeitspolitik, zu einer höheren *Treffsicherheit* und Lebensqualität der Betroffenen und nicht zu einer Zunahme an Härtefällen führen bzw. geführt haben.

Tabelle 10 Prozentuelle Verteilung der Neuzugänge nach dem Grad der Invalidität

Deutschland							
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Frauen							
Berufsunfähigkeit	27	10	3	6	6	5	5
Erwerbsunfähigkeit	73	90	97	94	94	95	95
Männer							
Berufsunfähigkeit	26	15	13	17	18	16	17
Erwerbsunfähigkeit	74	85	87	83	82	84	83
Italien							
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
67-99%							> 90
100%							< 10
Niederlande							
	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
Norwegen (Bestandsdaten, keine Neuzugänge ausgewiesen)							
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
50-65%	.	.	.	.	.	.	68
70-90%	.	.	.	.	.	.	8
100%	.	.	.	.	.	.	24
Schweden							
	1971	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Frauen							
1/4, 1/2, 3/4-Rente	19	19	29	23	32	47	40
volle Rente	81	81	71	77	68	53	60
Männer							
1/4, 1/2, 3/4-Rente	10	10	22	18	25	35	27
volle Rente	90	90	78	82	75	65	73
Schweiz							
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Frauen							
40-49%	.	.	.	.	.	5	.
50-66%	.	.	.	38	.	28	.
67-100%	.	.	.	62	.	67	.
Männer							
40-49%	.	.	.	.	.	3	.
50-66%	.	.	.	34	.	24	.
67-100%	.	.	.	66	.	73	.
Österreich: keine Abstufungen vorgesehen (ab 50% voller Rentenanspruch)							

Rentenhöhen (vgl. Vergleichstabelle 1)

Ein weiterer Aspekt innerhalb der jeweiligen Anreizstrukturen ist das von der Invalidenversicherung gebotene *Leistungsniveau*. Dieses steht in den meisten Ländern unmittelbar mit dem Einkommen in Zusammenhang. Da die relevanteren, durchschnittlichen Einkommensersatzraten in den meisten Ländern nicht verfügbar sind, ist ein Vergleich nur auf der Ebene von – so weit verfügbar geschlechtsspezifischen – Durchschnittsniveaus möglich (vgl. Tabelle 11, durchschnittliche Rentenhöhe relativ zum durchschnittlichen Erwerbseinkommen).

Tabelle 11 Durchschnittliche Invalidenrente aus der 1.Säule in Prozent des geschlechtsspezifischen Durchschnittseinkommens (= durchschnittliches relatives Leistungsniveau)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland								
Frauen	16	15	15	16	18	29	30	85%
Männer	27	29	28	29	29	29	29	1%
Italien								
Frauen und Männer	.	21	27	28	29	28	28	0%
Niederlande								
Frauen	57	76	72	73	69	57	55	-25%
Männer	42	58	56	56	54	43	41	-27%
Norwegen								
Frauen	.	.	.	59	55	57	59	0%
Männer	.	.	.	46	50	47	48	5%
Österreich								
Frauen	31	28	30	32	32	33	34	7%
Männer	36	32	35	42	45	48	49	18%
Schweden								
Frauen	.	.	75	80	65	58	.	-28%
Männer	.	.	62	70	56	53	.	-24%
Schweiz (nur 1.Säule)								
Frauen	.	28	25	25	24	30	29	16%
Männer	.	21	20	20	19	26	25	26%

Invalidenrenten bieten ein sehr unterschiedliches Versorgungsniveau, es zeigt sich aber eindeutig, dass Länder mit überdurchschnittlich hohem Invaliditätsvolumen – Niederlande, Norwegen und Schweden – besonders hohe Leistungsniveaus aufweisen (vgl. Tabelle 11). Die mittlere Invalidenrente beträgt ein Viertel bis max. ein Drittel des Durchschnittseinkommens in Deutschland, in Italien, in der Schweiz und für Frauen in Österreich, sowie knapp über oder unter der Hälfte des Durchschnittseinkommens in Schweden, in Norwegen, in den Niederlanden und für Männer in Österreich. Damit liegt die Schweiz (Frauen zuletzt 29%, Männern 25%) deutlich unter dem Durchschnitt dieser Länder, was aber dadurch erklärt wird, dass hier lediglich Ansprüche aus der 1. Säule berücksichtigt sind. Unter Einbeziehung der 2. Säule stiegen diese Werte für Frauen auf ca. 44% und für Männer auf ca. 41% – damit lägen die Ansprüche deutlich höher als in Italien und Deutschland.

Mit Ausnahme von Österreich sind die hier verglichenen Quotienten bzw. Leistungsniveaus bei Frauen – zum Teil sogar deutlich – höher als bei Männern. Große Unterschiede zeigen sich in der Entwicklung des relativen Rentenniveaus seit 1980 bzw. 1985: spürbare Verbesserungen gab es in

Deutschland (allerdings nur bei Frauen), in der Schweiz (zum Teil auch wegen des gestiegenen Anteils an ganzen Renten) und in Österreich; deutliche Verschlechterungen hingegen gab es in den Niederlanden und in Schweden (sicher nicht zuletzt wegen der Verschiebung von Voll- zu Teilrenten). Die Anreizwirkungen haben sich diesbezüglich also zum Teil stark verändert und sind sowohl zwischen Ländern als auch zwischen Männern und Frauen innerhalb eines Landes (insbesondere in Österreich, aber auch in den Niederlanden und in Norwegen) unterschiedlich.

Andere Leistungen in der Invalidenversicherung (vgl. Länderprofile in Anhang 1)

Ein Vergleich anderer Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere von Rehabilitationsmaßnahmen, ist wenig aussagekräftig, weil derartige Maßnahmen in den einzelnen Ländern von sehr unterschiedlichen Sozialversicherungssystemen geleistet werden – in Italien beispielsweise übernimmt die Invalidenversicherung keinerlei Rehabilitationsmaßnahmen, aber auch etwa in Schweden, das wegen seiner grundsätzlichen Erwerbsorientiertheit traditionell einen besonderen Fokus auf Eingliederungsmaßnahmen und Arbeitsplätze für Behinderte richtet (vgl. dazu Tabelle 3), werden diese Maßnahmen i.a. nicht aus der Invalidenversicherung getätigt. Der Großteil beruflicher Eingliederungsmaßnahmen beispielsweise wird in fast allen Ländern aus dem Arbeitsmarktsystem und/oder der Arbeitslosenversicherung getragen. Andere relevante Maßnahmen werden von der Krankenversicherung bzw. dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder auch – wie etwa in Italien – von den jeweiligen Regionalbehörden angeboten. *Geldleistungen an pflegebedürftige Personen* zur Abdeckung der Zusatzkosten (in der Schweiz: Hilflosenentschädigung) werden in Deutschland überhaupt aus einer eigenen Versicherung (der Pflegeversicherung) und in Österreich aus dem (von Bund und Ländern finanzierten) Pflegegeld getragen. Innerhalb der Invalidenversicherung werden Rehabilitationsmaßnahmen außer in der Schweiz vor allem auch in Deutschland (Motto: Reha vor Rente) und in Österreich (Motto: Rehabilitation vor Pension) sowie bis zu einem gewissen Grad auch in den Niederlanden getätigt. Ein sinnvoller Vergleich scheint jedenfalls nicht möglich, Details sind den jeweiligen Länderprofilen zu entnehmen (vgl. Anhang 1).

Kombination von Invalidenrenten und Arbeitseinkommen (vgl. Vergleichstabelle 2)

Die Frage, ob und bis zu welchem Ausmaß Rentenansprüche und Arbeitseinkommen gleichzeitig bezogen werden können, gewinnt zusehends an Bedeutung, weil damit ganz wesentliche *Anreize* hinsichtlich der Aufgabe und/oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit verknüpft sind. In Systemen, die Teilinvalidität mit entsprechender Teilrentenleistung vorsehen, ist die Kombination von Teilrente und Teilzeitarbeitseinkommen nicht nur möglich, sondern quasi explizit vorgesehen – der Sinn einer Teilrente ist genau jener, die reduzierte Einkommens- oder Erwerbsmöglichkeit bei Aufrechterhaltung einer Teilzeittätigkeit zu kompensieren. In all diesen Ländern sind Vollrenten andererseits nicht mit Arbeitseinkommen vereinbar bzw. – etwa in den Niederlanden – nur dann kombinierbar, wenn die Summe aus Rente und Erwerbseinkommen (wie auch beim Bezug einer Teilrente) nicht das Einkommen vor dem Eintreten der Erwerbsunfähigkeit übersteigt.

In Ländern ohne Teilrentenabstufung gibt es *gesonderte Anrechnungsregeln*, die sich in der Regel auch (wiederholt) geändert haben. In Italien besteht bei Gewährung einer Vollrente striktes Arbeits-

verbot; solange hingegen nur eine befristete Rente (mit deutlich geringerem Rentenanspruch) bezogen wird, ist eine Beschäftigung möglich und eigentlich notwendig, wobei der Rentenbetrag um maximal 50% gekürzt werden kann. In Österreich ist der Berufsschutz maßgebend: Der Rentenanspruch ist mit einem Einkommen im selben oder einem Verweisberuf unvereinbar, Einkommen in einem anderen Beruf kann aber bis zu einer sehr hohen Grenze ohne Rentenkürzung dazuverdient werden (allerdings gibt es sehr niedrige Zuverdienstgrenzen bei vorzeitigen Altersrenten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit). In Deutschland ist bei vollen Erwerbsunfähigkeitsrenten nur ein geringer Zuverdienst möglich, anderenfalls wird die Rente um ein Drittel – auf das Niveau der Berufsunfähigkeitsrente – gekürzt. Für Berufsunfähigkeitsrenten gelten relativ hohe Zuverdienstgrenzen, die außerdem mit der Höhe des letzten Erwerbseinkommens steigen. Über gewissen Grenzen wird der Rentenanspruch auf zwei Drittel, auf ein Drittel oder auch zur Gänze gekürzt/gestrichen.

Im Vergleich ist vor allem die Regelung in Österreich bemerkenswert, weil nur hier Personen mit mindestens 50% Erwerbsunfähigkeit eine Vollrente beziehen und gleichzeitig in einem anderen Beruf ziemlich unbeschränkt hinzuverdienen können – das Alles-oder-Nichts-Kriterium bei der Zuweisung des Invalidenstatus (unter 50% Erwerbsunfähigkeit gibt es keinerlei Leistungsanspruch) wird damit zusätzlich verschärft. Für Deutschland gilt ähnliches, in allen übrigen Ländern besteht weitestgehend Komplementarität zwischen Invaliditätsgrad und erlaubtem Arbeitszeitausmaß bzw. zwischen Invalidenrente und Zusatzeinkommen.

3.2 Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungssystemen

Wesentlich für die Beurteilung der Invalidenversicherung ist auch die Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungssystemen, teilweise *komplementären* (insbesondere Unfallversicherung, Krankengeldversicherung, Alterssicherung) und teilweise *konkurrierenden* (insbesondere Arbeitslosenversicherung, Frührentenoptionen) Systemen.

Abgrenzung zur Arbeitslosenversicherung (vgl. Vergleichstabelle 2)

Eine Kombination von Teilinvalidenrente und Teilarbeitslosengeld ist grundsätzlich möglich, wobei die Summe der beiden Teilansprüche nicht 100% überschreiten darf (in den Niederlanden bis zu 70% Ersatzrate, der Ersatzrate bei vollem Arbeitslosengeld, kumulierbar). In Österreich und Deutschland und bei unbefristeten Renten in Italien existiert eine solche Kombinationsmöglichkeit aber nicht. Die *Ersatzraten* der Arbeitslosenversicherung schwanken zwischen den hier untersuchten Ländern stärker als jene in der Invalidenversicherung; außerordentlich niedrig ist die Ersatzrate mit 30% in Italien, es folgen Österreich mit 56%, Deutschland mit 60%, Norwegen mit 62,4%, die Niederlande mit 70%, die Schweiz mit 70-80% und Schweden mit 75% (wobei es in allen Ländern eine Deckelung gibt). Die *Bezugsdauer* von Arbeitslosengeld ist insbesondere in den Niederlanden, in etwas schwächerer Form aber auch in Deutschland, der Schweiz, Österreich und Schweden altersabhängig, nicht so in Norwegen (hier einkommensabhängig) und in Italien. Die *Bezugsdauer* liegt zumeist bei rund einem Jahr oder auch darunter, lediglich in Norwegen und in der Schweiz (hier für alle Personen) sowie in Deutschland und den Niederlanden (hier nur bzw. vor allem für Ältere) deutlich darüber. Deutschland und Österreich gewähren darüber hinaus zeitlich unbeschränkt Arbeits-

losenhilfe bzw. Notstandshilfe, die zwar wie die Sozialhilfe bedarfsgeprüft ist, aber je nach Einkommen doch deutlich höher liegt bzw. liegen kann.

Welches Resümee hinsichtlich möglicher Anreizstrukturen läßt sich aus der Rentenhöhe (vor allem auch für Jüngere), dem Vergleich der Anspruchshöhen von Invalidenrente versus Arbeitslosengeld und der Dauer des Arbeitslosengeldbezuges ziehen? Inwieweit könnten Invalidenrenten eine attraktive Alternative zu Langzeitarbeitslosigkeit darstellen? Ein wesentlicher Aspekt ist wohl die unterschiedliche *Stigmatisierung*. Es scheint wahrscheinlich, dass Invalidität unter Älteren – als eine Form der Frührente – eher akzeptiert ist (wer möchte in einem Alter, in dem andere bereits in Rente sind, schon als langzeitarbeitslos eingestuft sein). Unter den Jüngeren dürfte es aber genau umgekehrt sein (wer möchte im Erwerbsalter schon als invalide gelten).

Insgesamt scheinen die *Anreizstrukturen aus der Sicht der Betroffenen* unklar und widersprüchlich und möglicherweise gar nicht so stark ausgeprägt. Die verschiedenen Aspekte korrelieren stark miteinander. In den Niederlanden beispielsweise spricht die Ersatzrate für Jüngere (nach den jüngsten Reformen) eher für Arbeitslosengeld, andererseits ist hier die Bezugsdauer für letzteres mit sechs Monaten sehr kurz. Mit steigendem Alter verlängert sich diese Bezugsdauer, steigen aber auch die Ersatzraten der Invalidenrente, d.h. Arbeitslosigkeit *und* Invalidität werden mit höherem Alter attraktiver. In Norwegen wiederum sind die Ersatzraten vergleichbar und die Bezugsdauer für Arbeitslosengeld ist relativ lang; hier sind beide Optionen also gleich attraktiv. In Italien hingegen ist das Arbeitslosengeld (mit einigen Ausnahmen) sehr niedrig und die Bezugsdauer sehr kurz, doch auch die Ersatzrate bei befristeten Invalidenrentenansprüchen ist sehr gering; hier sind somit beide Optionen gleich unattraktiv. In Österreich schließlich kann die Invalidenrente durch den Berufsschutz mitunter sehr attraktiv sein, die Ersatzrate ist aber gerade bei Jüngeren doch um einiges geringer als beim Arbeitslosengeld; da Arbeitslosenbezug über die Notstandshilfe zeitlich quasi unbeschränkt möglich ist, ist das Resümee völlig unklar. Ähnliches gilt auch für Deutschland. Die Beurteilung ist somit ganz vom Einzelfall abhängig; um einen Ländervergleich vornehmen zu können, müßte man konkrete – und inhaltlich relevante (weil typische oder kritische) – Fallbeispiele heranziehen. Durch die Komplexität der Beziehungen scheint es aber einigermaßen unwahrscheinlich, dass die Betroffenen nach Bedarf wählen (können).

Gerade in Zusammenhang mit der Abgrenzung zur Arbeitslosenversicherung ist auch die Frage nach *regionalen Unterschieden* innerhalb der untersuchten Länder relevant. Daten dazu – nämlich zu Invalidenrentnern, Arbeitslosen und Beschäftigten nach Region – gibt es für Deutschland, Italien und Norwegen, sowie sehr detailliert für die Schweiz (letztere werden in Abschnitt 6 ausführlich thematisiert und problematisiert). Zwei Ausgangshypothesen scheinen denkbar: (a) Regionen mit höherem Invaliditätsquotienten haben einen geringeren Arbeitslosenquotienten, weil sie die Invalidenversicherung in großem Stil anstelle der Arbeitslosenversicherung nutzen, oder (b) Regionen mit höherem Arbeitslosenquotienten sind zugleich auch Regionen mit höherem Invaliditätsquotienten, weil die beiden Entwicklungen in engem Zusammenhang stehen, wobei hier kein kausaler Zusammenhang gemeint bzw. notwendig ist; vielmehr hängen beide Quotienten mit demselben dritten Faktor – der (regionalen) Wirtschaftslage und dem (regionalen) Arbeitsmarkt – zusammen.

Vergleichstabelle 2: Abgrenzung der Invalidenversicherung zu anderen Sozialversicherungsbereichen

	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	NIEDERLANDE
Kombination von Invalidenrente und Arbeitseinkommen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kombination bedingt möglich ➤ EU-Rente: geringer Zuverdienst, sonst Kürzung auf BU-Rente ➤ BU-Rente: relativ hohe Zuverdienstmöglichkeit (Motto: höhere Rente, höhere Grenze!), über gewissen Grenzen Kürzung auf 2/3, 1/3 oder Wegfall 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invalidenrente ist mit Erwerbstätigkeit in anderem Beruf kombinierbar (Berufsschutz wird hier nochmals wirksam); dennoch sind nur 2% berufstätig ➤ Strikte Zuverdienstgrenze (sfr 486 / Monat) bei vorzeitigen Altersrenten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit (s.u.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilrenten und Erwerbseinkommen sind maximal bis zum Einkommen vor der Invalidisierung kombinierbar ➤ Vollrente und Einkommen i.a. nicht ➤ Höchstbeitrags- und Höchstbemesungsgrundlage in der IV bei Einkommen von ca. sfr 60.000,- pro Jahr
Abgrenzung zur Arbeitslosenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invalidenrente ist nicht mit Arbeitslosengeldanspruch kombinierbar ➤ Ersatzrate in der AIV von 60% ➤ Bezugsdauer 6-12 Monate (unter 45), steigend bis zu 32 Monate (ab 57) ➤ Danach gegeb. falls bedarfsgeprüfte Arbeitslosenhilfe mit 53% Ersatzrate ➤ D.h. faktischer Vorruhestand ab 57 1/3 (sog. Sozialplanarbeitslose) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Invalidenrente ist nicht mit Arbeitslosengeldanspruch kombinierbar ➤ Ersatzrate in der AIV von ca. 56% ➤ Arbeitslosengeldbezug je nach Alter und Vers.dauer zw. 30 und 52 Wochen ➤ Danach ggf. bedarfsgeprüfte Notstandshilfe mit ca. 52% Ersatzrate ➤ Sonderunterstützung als Ergänzung zum Arbeitslosengeld ab 53,5/58,5 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilrenten und Teilarbeitslosengeld sind bis 70% Ersatzrate kombinierbar ➤ Arbeitslosengeldanspruch ist an strikte Voraussetzungen hinsichtlich Alter und Erwerbsdauer geknüpft ➤ Ersatzrate in der AIV von 70% ➤ Dauer des Bezuges altersabhängig (mind. 6 Monate bis max. 5 Jahre) ➤ Gleiche Administration wie IV
Abgrenzung zu vorzeitigen Rentenleistungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generelles Rentenalter 65 Jahre ➤ Vorzeitige Altersrente für Schwerbehinderte ab 60 bei mind. 50% Funktionsbeeinträchtigung (35 Vers.jahre) ➤ Vorzeitige Altersrente bei langer Versicherungsdauer, Frauen ab 60 (15 Beitragsjahre), Männer ab 63 (35 Jahre) ➤ Vorzeitige Altersrente ab 60 nach einjähriger Arbeitslosigkeit oder nach mind. zwei Jahren Altersteilzeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenalter 60/65 Jahre (=> 65/65) ➤ Vorzeitige Altersrente ab 55/57 ab 50% verminderter Erwerbsfähigkeit (15 Vers.jahre, 50% in gleichem Beruf) ➤ Vorzeitige Altersrente ab 55/60 bei langer Versicherungsdauer (37,5 Jahre) oder mind. einjähriger Arbeitslosigkeit ➤ Gleitrente ab 56/61 bei mind. 30% reduzierter Erwerbstätigkeit und mind. 25 Versicherungsjahren 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generelles Rentenalter 65 Jahre ➤ Keine gesetzliche Basis für vorgezogene Rentenansprüche; Regelungen in Kollektivverträgen (für 70% der Beschäftigten und für alle Beamten) ➤ Mindestalter 60, hohe Ersatzrate 90% ➤ Ab 65 dann normale Altersrente ➤ In Zukunft ist eine Umwandlung in kapitalgedeckte Leistungen mit hoher Beitragsäquivalenz geplant
Abgrenzung zur Unfallversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ab 20% Minderung der Erwerbsfähigkeit für Rente, sonst schon ab 10% ➤ Ersatzrate 66,7% plus 10% bei mind. 50% Erwerbsminderung; Dauerleistung ➤ Mit Invalidenrente kombinierbar, aber max. 70/47% Ersatzrate bei EU/BU 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ab 25% Einschränkung der Erwerbsfähigkeit; zumeist nur Teilrenten ➤ 8 Wochen zu 100% vom Arbeitgeber ➤ Dann, bei 100% IV: Ersatzrate 66,7% plus 20% der entsprechenden IV-Rente ➤ UV-Renten ungekürzt kombinierbar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Keine Unterscheidung zwischen Unfall- und Invalidenversicherung (lediglich die Auswirkungen einer Behinderung sind relevant)
Abgrenzung zur Krankengeldversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6 Wochen 100% vom Arbeitgeber ➤ Krankengeld bei 70-90% Ersatzrate für max. 1 1/2 Jahre binnen 3 Jahren ➤ Ansuchen um Invalidenrente wird oftmals von Krankenkasse nahegelegt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4-12 Wochen (Länge des Dienstverhältnisses) volles Entgelt durch AG ➤ Krankengeld bei 70-95% Ersatzrate für max. ein Jahr (manchmal 1 1/2 J.) ➤ IV-Rente zeitlich davon unabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Im ersten Jahr nach Eintreten einer Invalidisierung ist die Krankengeldversicherung zuständig, d.h. Wartezeit für IV-Leistungen beträgt ein Jahr ➤ Leistungen 70-100% vom Lohn

Vergleichstabelle 2: Abgrenzung der Invalidenversicherung zu anderen Sozialversicherungsbereichen (Fortsetzung)

ITALIEN	NORWEGEN	SCHWEDEN	SCHWEIZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitsverbot bei 100% Invalidität ➤ Bei befristeten Renten ist eine gleichzeitige Beschäftigung möglich, dabei aber Reduzierung des Rentenanspruchs bis maximal 50% ➤ Invalidengeld ist Sozialhilfeleistung (nicht aus der Invalidenversicherung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilrenten sind kombinierbar mit Arbeitseinkommen, Arbeitslosengeld oder Rehabilitationsleistungen (20% der Invalidenrentner haben ein Einkommen) ➤ Invalidenrentner können bis zu 3 Jahren „work training“ beanspruchen, was die Rente entsprechend reduziert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kombination aus Teilinvalidenrente und Teilzeit-Arbeitseinkommen ist möglich (und vorgesehen) – „Workfare“ ➤ Teilzeit-Optionen als Maßnahme in allen Einkommensersatzprogrammen ➤ Renten sind nur preisindexiert, was für Jüngere äußerst problematisch wird 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renten und Arbeitseinkommen sind kombinierbar ➤ Hauptbemühung ist die berufliche Wiedereingliederung, d.h. das Erreichen (zusätzlichen) Erwerbseinkommens
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Befristete Renten können mit Arbeitslosengeld kombiniert werden ➤ Ersatzrate in der AIV von 30% ➤ Bezugsdauer im allgemeinen 6 Monate (tw. ein oder auch zwei Jahre) ➤ Befristete IV-Rente ist ab einer Versicherungsdauer von 15 Jahren höher als das entsprechende Arbeitslosengeld 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilarbeitslosengeld steht zu, wenn die Arbeitszeit um mindestens 40% reduziert wird ➤ Ersatzrate in der AIV von ca. 62.4% ➤ Bezugsdauer je nach Einkommen zwischen 1 1/2 und 3 Jahren ➤ Ab 64: Dauer generell 3 Jahre, (Mindest)Anspruch auch für Selbständige 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitslosengeld nach 5 Tagen Wartezeit; mit einer Ersatzrate von 75% ➤ Bezugsdauer maximal 300 Tage und für 60-64jährige 450 Tage ➤ Kombination Arbeitslosengeld und Teilinvalidenrente bis 100% möglich ➤ IV-Rente ähnlich Arbeitslosengeld; Indexierung führt zu Verschlechterung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitslosengeld und Invalidenrenten sind ebenfalls kombinierbar ➤ Ersatzrate in der AIV von – je nach Familiensituation – 70% oder 80% ➤ Bezugsdauer 30-80 Wochen, Rahmenfrist und IV-Rentner 2 Jahre; dann Sozialhilfe (aber: „Zwischenverdienst“) ➤ Bezug vor Rentenanstritt 2 1/2 Jahre
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenalter 59/64 Jahre (=> 65 Jahre) ➤ Dienstaltersrente bei langer Versicherungsdauer nach 35-40 Versicherungsjahren, je nach Alter und Berufsstand ➤ Für Beamte nach 15-20 Vers.jahren ➤ Dienstaltersrente auch nach Arbeitsunfall bei mindestens 35 Versicherungsjahren (statt einer Invalidenrente) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generelles Rentenalter 67 Jahre ➤ Allgemeine vorzeitige Renten gibt es nicht, Teilaltersrenten sind unbedeutend ➤ Privat verhandelte Frührentenvereinbarung (AFP) für etwa 60% aller Erwerbspersonen (40% state-financed) ➤ Mindestalter 62, 10 Versicherungsjahre, höhere Steuersätze als Altersrente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Generelles Rentenalter 65 Jahre ➤ Vorgezogene Rente ab 60 mit versicherungsmathemat. Abschlägen (auch als 3/4, 1/2 und 1/4 Rente, in Kombination mit IV-Rente, Arbeitslose, Einkommen) ➤ Teilrente mit Teilzeitarbeit ab 61: Reduktion der Arbeitszeit um 1/4 und 55% Einkommensersatz 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenalter 62/65 Jahre (für Frauen Anhebung auf 64 bis 2005) ➤ 2 Jahre vorgezogene Rente mit Abschlägen in 1.Säule, in der 2. Säule ist ein vorzeitiger Rentenanstritt tw. möglich ➤ Invalidenrenten werden mit Erreichen der obigen Altersgrenzen in Altersrenten umgewandelt
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teil- und Vollrenten, abhängig vom letzten Lohn und vom Invaliditätsgrad ➤ Im allgemeinen befristete Leistungen mit wiederholter Überprüfung ➤ Renten ohne Arbeitsbeschränkung ➤ (+ steuerfinanzierte, bedarfsgeprüfte, pauschalierte Kriegsentschädigung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Es gibt eine eigene Versicherung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ➤ Diese ist aber wenig bedeutsam (vgl. OECD Daten dazu) – obwohl angeblich etwas vorteilhafter 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei striktem Zusammenhang mit Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ➤ Leistung entspricht für 90 Tage dem Krankengeld, danach etwas höher ➤ Kombination Invalidenrente und UV-Rente bis zu einer Obergrenze möglich ➤ Beweislastumkehr und Re-Umkehr 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ UV-Rente bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen, Berufskrankheiten ab 1% Invaliditätsgrad (Durchschnitt 40%) ➤ Ersatzrate 80% bei Vollinvalidität ➤ Beim Zusammentreffen von IV- und UV-Rente gewährt UV Komplementärrente bis zu max. 90% Ersatzrate
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankengeld für max. 1/2 Jahr (aber erst nach dem 3. Tag) ➤ Ersatzrate 50% für die ersten 20 Tage, danach 66,67% ➤ Rehabilitation & kollektive Leistungen tragen der öffentliche Gesundheitsdienst sowie die Regionalverwaltungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankengeld für max. ein Jahr (2 Wochen Arbeitgeber, dann Soz. Vers.) ➤ Ersatzrate 100%, Selbständige 65% ➤ Rehabilitationsleistung zur Abdeckung entsprechender Kosten für ein weiteres Jahr und befristete Rente bis zur dauerhaften Invalidenrente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankengeld mit unbefristeter Laufzeit (Flexibilität führt zu Mißbrauch) ➤ Ersatzrate 75% (70% nach 1. Jahr) ➤ Zuweisung einer IV-Rente frühestens nach 60 Tagen, üblicherweise nach einem Jahr (nach einer verpflichtenden Analyse der Rehabilitationchancen) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Obligatorische Krankenpflege-, aber freiwillige Taggeldversicherung ➤ Taggeld weitgehend im privatrechtlichen Versicherungsbereich geregelt ➤ Übliche Ersatzrate von 80% ➤ Anspruch während 720 innerhalb von 900 Tagen

Die Daten zeigen, dass es relevante und durchwegs konsistente regionale Unterschiede gibt: Regionen mit schlechteren wirtschaftlichen Voraussetzungen und höherer Arbeitslosigkeit weisen deutlich höhere Invaliditätsquotienten auf – selbst dort, wo arbeitsmarktbezogene Faktoren keinen Einfluß (mehr) auf die Zuweisung des Invalidenstatus haben, wie z.B. in Italien (vgl. Tabellen 12a und 12b).

Tabelle 12a Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte (= Invaliditätsquotient) nach Region

Italien	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Norden	.	124	113	76	46	24	20
Mitte	.	182	177	117	76	43	35
Süden	.	208	205	144	98	61	51
Norwegen	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Norden	.	.	.	123	160	148	143
Mitte	.	.	.	90	115	117	112
Westen	.	.	.	80	94	93	94
Süden	.	.	.	87	108	107	108
Osten	.	.	.	93	114	112	111

Tabelle 12b Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte (= Arbeitslosenquotient) nach Region

Italien	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Norden	.	10	8	20	12	30	30
Mitte	.	11	7	16	16	39	41
Süden	.	18	14	26	34	81	84
Norwegen	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Norden	.	.	71	37	63	65	53
Mitte	.	.	29	33	55	61	47
Westen	.	.	45	26	54	49	42
Süden	.	.	13	30	63	53	47
Osten	.	.	39	25	49	46	37

Abgrenzung zur Rentenversicherung (vgl. Vergleichstabelle 2)

Die Inanspruchnahme der Invalidenrenten bei Personen über 55 Jahren hängt auch stark von möglichen Alternativen ab. Zum Teil könnte eine geringere Inanspruchnahme auf ein Ausweichen in verschiedene *Frührentenpfade* erklärt werden. Derartige Alternativen existieren in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Folgende Ländergruppierungen lassen sich bilden:

Norwegen und die Niederlande sehen innerhalb des öffentlichen Systems keinerlei Möglichkeit einer frühzeitigen Altersrente vor. Als Antwort auf den steigenden Bedarf wurde aber außerhalb des Systems eine derartige – obendrein sehr attraktive – Alternative innerhalb der Kollektivverträge geschaffen: In den Niederlanden bereits 1975 und mittlerweile für etwa 70% der Beschäftigten und für alle Beamten zugänglich, in Norwegen erst 1991 und heute für etwa 60% aller Erwerbspersonen zugänglich; in beiden Ländern i.a. fünf Jahre vor dem regulären Rentenalter.

Die Schweiz hat keine speziell attraktiven Regelungen zu einem vorgezogenen Rentenanspruch – und scheint diese angesichts der vergleichsweise geringen Inanspruchnahme von Invalidenrenten bei den über 50jährigen (vgl. Tabelle 8) auch nicht wirklich zu benötigen. Ein um zwei Jahre vorgezogener Rentenanstritt in der Altersversicherung ist mit versicherungsmathematisch festgelegten Abschlägen von 6,8% pro Jahr möglich, diese Option wird aber kaum in Anspruch genommen.

Alle übrigen Länder verfügen über ein mehr oder weniger stark ausgeprägtes Frührentensystem für verschiedene Zielgruppen. Besonders weit gegangen in dieser Entwicklung sind Deutschland und Österreich, mit Frührentenpfaden (i.a. fünf Jahre vorgezogen) bei langer Versicherungsdauer, bei längerer Arbeitslosigkeit und bei 50% verminderter Erwerbsunfähigkeit (Anm.: letztere werden aber in dieser Studie zur besseren Vergleichbarkeit den Invaliditätsrenten zugerechnet) – mit zum Teil unterschiedlichen Bestimmungen und/oder Altersgrenzen für Frauen und Männer. In beiden Ländern gibt es seit wenigen Jahren auch eine Teilzeitarbeit/Teilrenten-Option, die aber wegen des attraktiven Alternativangebots (noch) kaum genutzt wird. Italien (Dienstaltersrente wegen langer Versicherungsdauer ohne fixe Altersgrenze) und Schweden (vorzeitige reguläre Altersrente mit entsprechenden Abschlägen, sowie eine – unterschiedlich intensiv genutzte – Teilrentenoption) haben ebenfalls eine längere Frührententradition.

Somit gibt es de facto also zwei Gruppen, Länder mit (Deutschland, Österreich, Schweden, Italien) und Länder ohne (Niederlande, Norwegen und bedingt Schweiz) Frührentenpfad in der öffentlichen Rentenversicherung. Die mögliche Schlußfolgerung, dass in der zweiten Gruppe eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme der Invalidenversicherung bei Personen über 55 Jahren zu erwarten ist, wird durch die Daten – aus verschiedenen Gründen – nicht bzw. nur zum Teil bestätigt. Einerseits, weil etwa in Deutschland und Österreich einer dieser Frührentenpfade – der vor allem von Männern in Österreich weit häufiger als alle anderen Pfade genutzt wird – dem Invaliditätspfad zugerechnet ist. Andererseits, weil das Verhalten sehr stark von der Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes für Ältere abhängt; so wurde ein Frührentenpfad in der Schweiz – jedenfalls für die 1. Säule – bislang scheinbar weder von Arbeitnehmer-, noch von Arbeitgeberseite eingefordert¹⁰.

Für Länder mit *ausgeprägten Frührentenalternativen* ist in Tabelle 13 die prozentuelle Verteilung der jährlichen Neuzugänge zur Rentenversicherung nach Rentenart ausgewiesen. Reguläre Altersrenten sind in Österreich und Deutschland, vor allem bei Männern, eine Minderheit. In diesen beiden Ländern ist der Unterschied in der Inanspruchnahme der Invalidenversicherung zwischen Männern und Frauen jedenfalls aus dem unterschiedlichen Angebot an Frührentenmöglichkeiten erklärbar; Frauen haben schon früher Anspruch auf Altersrente wegen langer Versicherungsdauer, bei Männern sind hingegen Invaliditätsrenten und vor allem auch Altersrenten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit vorrangig. (In Italien ist es im übrigen genau umgekehrt; hier erreichen Männer eher die Voraussetzungen für eine – attraktivere – Dienstaltersrente und sind daher wesentlich seltener auf

¹⁰ Hier muß angemerkt werden, dass es über die 2. Säule der Rentenversicherung – die berufliche Vorsorge – auch in der Schweiz möglich ist bzw. sein kann, einen vorzeitigen Rentenanspruch zu generieren. Diese Möglichkeit hängt jedoch von den jeweiligen betrieblichen Vereinbarungen ab und wird daher vornehmlich als Instrument der Arbeitgeberseite eingesetzt. Ein Beispiel dafür bietet der Bund, wo ein um drei Jahre vorgezogener Rentenanstritt vorgesehen ist. Für diese drei Jahre können bei der beruflichen Vorsorge auch die noch nicht zustehenden Ansprüche der 1. Säule beantragt werden (sog. ganze oder halbe Überbrückungsrente); dies führt jedoch zu einer lebenslänglichen versicherungsmathematisch errechneten Leistungskürzung in der beruflichen Vorsorge ab Eintritt ins ordentliche Rentenalter und somit Bezug der 1.Säule.

Invalidenrenten ‚angewiesen‘). Die Bedeutung vorgezogener Renten nimmt in Deutschland generell und bei Frauen in Österreich zu. In Schweden geht ungefähr jeder zweite Rentner im regulären Alter in Rente (Männer etwas weniger). Die andere Hälfte macht in unterschiedlichem Maße von Früh- oder Invaliditätsrenten Gebrauch (Männer mehrheitlich Frührenten). Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen lassen sich nicht unmittelbar erklären; Frauen scheinen sich häufiger zum Weiterarbeiten bis zur regulären Altersgrenze zu entscheiden – möglicherweise um höhere Ansprüche zu lukrieren.

Tabelle 13 Prozentuelle Verteilung der neuzugegangene Rentner nach der Rentenart

Deutschland (Alte Bundesländer)	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Frauen							
Invalidenrenten	45	46	51	31	18	20	19
Frührenten	26	30	34	37	32	37	43
Altersrenten	28	24	15	32	50	43	38
Männer							
Invalidenrenten	48	40	64	55	47	41	39
Frührenten	3	34	21	28	33	37	42
Altersrenten	49	26	14	17	20	22	19
Österreich							
Frauen							
Invalidenrenten	26	29	27	34	30	23	22
Frührenten	11	12	31	28	32	51	51
Altersrenten	64	60	42	38	39	26	27
Männer							
Invalidenrenten	31	32	38	49	47	53	50
Frührenten	34	34	46	40	43	34	36
Altersrenten	34	34	16	11	11	13	14
Schweden							
Frauen							
Invalidenrenten	.	.	22	24	29	24	.
Frührenten	.	.	28	23	22	25	.
Altersrenten	.	.	50	53	49	51	.
Männer							
Invalidenrenten	.	.	20	24	25	20	.
Frührenten	.	.	44	29	32	38	.
Altersrenten	.	.	36	46	43	42	.

Abgrenzung zur Unfallversicherung (vgl. Vergleichstabelle 2)

Außer in den Niederlanden gibt es in allen untersuchten Ländern eine spezielle *Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten*; im Ländervergleich müßte daher für das Fehlen einer solchen Versicherung in den Niederlanden (und eventuell auch in Norwegen, weil hier die Ausgaben der Unfallversicherung vernachlässigbar sind) ein Korrekturfaktor eingefügt werden. Die Unfallversicherung gewährt praktisch überall höhere Leistungen sowie Teilleistungen auch schon ab einem sehr

niedrigen Invaliditätsgrad (in der Schweiz prinzipiell bereits ab 1%¹¹, in Österreich erst ab 25%). Unfallrenten sind – zumeist nur zum Teil, in Österreich und Italien aber ohne jegliche Einschränkung – mit etwaigen Invalidenrenten kombinierbar, wobei die Unfallversicherung grundsätzlich eine Komplementärrente gewährt. Insgesamt lassen sich aus der Ähnlichkeit der Systeme keine großen Unterschiede in den Ausgaben der Unfallversicherung erwarten. Einzig die Schweiz fällt hier aus dem Rahmen, nicht nur weil hier zahlreiche Renten mit einem sehr niedrigen Invaliditätsgrad gewährt werden (so haben mehr als ein Drittel der Unfallrentenbezieher 1997 eine Rente bis unter 20% bezogen, Renten wie es sie etwa in Österreich gar nicht gibt, und drei Viertel eine Rente bis unter 40%; vgl. zur Besonderheit der Schweizer Unfallversicherung Abschnitt 6.3).

Abgrenzung zur Krankengeldversicherung (vgl. Vergleichstabelle 2)

Auch hier gibt es zahlreiche Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern. Insbesondere gibt es in manchen Ländern (Niederlande, Norwegen, Schweden) einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invalidität, d.h. eine Invalidenrente kann überhaupt erst nach einer gewissen Krankenzustandsdauer – i.a. ein Jahr – zugewiesen werden. In den anderen Ländern besteht kein derart unmittelbarer Zusammenhang, d.h. eine Invalidenrente *kann* auch ohne vorangegangenen Krankenstand beantragt werden.

Die Zuständigkeit der Krankengeldleistung variiert stark: Das Spektrum reicht von einer freiwilligen, privatrechtlich geregelten Taggeldversicherung in der Schweiz über eine (neuerdings) ausschließliche Verantwortung der Arbeitgeber in den Niederlanden und eine teilweise Verantwortung der Arbeitgeber (d.h. für einige Wochen) in Österreich, Deutschland, Norwegen und (neuerdings) Schweden bis hin zur ausschließlichen Verantwortung der Krankengeldversicherung in Italien. Die maximale Krankenzustandsdauer beträgt in den Niederlanden, Österreich und Norwegen ein Jahr, in Italien nur 1/2 Jahr, in Deutschland hingegen 1 1/2 und in der Schweiz 2 Jahre. In Schweden kann Krankenstand theoretisch zeitlich unbeschränkt bezogen werden (allerdings wird man nach einem Jahr im allgemeinen an die Invalidenversicherung verwiesen). Die Ersatzrate liegt zumeist bei etwa 80%, in Österreich, Deutschland und Norwegen wird in der Zeit, in der die Arbeitgeber zuständig sind, der volle Lohn ausbezahlt, in Italien beträgt die Ersatzrate in den ersten 4 Wochen nur 50% und danach 66,67%, in Norwegen für ein ganzes Jahr lang 100%.

Der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Komponenten (Zuständigkeit, Krankenzustandsdauer und Krankengeldhöhe) ist unklar. Jedenfalls sind die Ersatzraten bei (Mit)Verantwortung der Arbeitgeber im allgemeinen höher und in Italien und (bis vor kurzem) Schweden, wo alleine die Krankengeldversicherung zuständig ist bzw. war, niedriger. Außerdem gibt oder gab es gerade in diesen beiden Ländern auch eine Wartefrist (drei Tage in Italien; einige Tage, dann ein Tag, später wieder abgeschafft in Schweden). Früher oder später erfolgt jedenfalls eine Zuweisung zur Invalidenversicherung.

¹¹ Es liegen in der Schweiz jedoch parlamentarische Vorstöße vor, die Anspruchsberechtigung – wie es früher Usus war – auf eine Untergrenze von 5% zu beschränken.

4. Reformtendenzen in den letzten zwei Jahrzehnten

Die Analyse der Reformmaßnahmen soll zunächst die Frage beantworten, ob Politik in den ausgewählten Ländern auf die steigenden Kosten der Invalidenversicherung reagiert hat und in welchen Bestrebungen sich die Reformbemühungen typischer Weise geäußert haben. Auch hier können Ländergruppen identifiziert werden, zum Beispiel hinsichtlich des Kriteriums auf wessen Kosten Veränderungen angestrebt wurden (z.B. auf Kosten der Leistungsbezieher, durch Erhöhung der Verantwortung der Arbeitgeber, etc.).

4.1 Reformen in der Invalidenversicherung

In den letzten zwei Jahrzehnten gab es in allen in dieser Studie untersuchten Ländern *zahlreiche Veränderungen* in der Invalidenversicherung. Dabei scheinen drei Bereiche zentral: Veränderungen beim Zugang zu Invalidenrenten, Änderungen im Rentenniveau bzw. bei den Rentenarten sowie organisatorische Neustrukturierungen.

Zugang zu Invalidenrenten (vgl. Vergleichstabelle 3)

Die vielleicht wichtigsten und nachhaltigsten Veränderungen gab es beim *Zugang* zur Invalidenversicherung, also hinsichtlich der Zuerkennung des Invaliditätsstatus. Hier lassen sich praktisch in allen untersuchten Ländern zwei (unterschiedlich lange und auch unterschiedlich stark ausgeprägte) Phasen unterscheiden: Einer teilweise sehr langen Phase mit liberalem Zugang und weiteren Liberalisierungen desselben folgt eine Phase mit einer sukzessiven Verschärfung des Zugangs.

Die *Trendumkehr* erfolgte in Italien bereits 1984 (Aufhebung des Berufsschutzes und Wegfall der arbeitsmarktpolitischen Aspekte), was angesichts der großzügigen Altersrentenleistungen bis vor wenigen Jahren überrascht bzw. möglicherweise durch diese erklärt werden kann. In Norwegen (größere Mobilitätsanforderungen und Aufhebung des Berufsschutzes) und in Schweden (sukzessive Abschaffung der Sonderbehandlung von Personen über 60) haben sich Anfang der 1990er-Jahre erstmals entscheidende Veränderungen vollzogen. In den Niederlanden gab es 1994 eine weitreichende Strukturreform (Einschränkungen bei der Einbeziehung der Arbeitsmarktsituation, Aufhebung des Berufsschutzes und weitere Verstärkung der medizinischen Komponente). In Deutschland haben 1996 wesentliche Veränderungen stattgefunden, die noch 1999 deutlich erweitert werden dürften (abstrakte statt konkrete Betrachtung bei vollzeitig Arbeitsfähigen bzw. auch bei teilzeitig Arbeitsfähigen). In Österreich ist eine Trendumkehr – jedenfalls so weit es ältere Personen betrifft – noch ausständig, Anzeichen für Veränderungen (strikttere Voraussetzungen) gibt es seit Beginn der 1990er-Jahre. Auch in der Schweiz gab es bislang keine Trendwende.

Die Entwicklung einer schrittweisen Verschärfung des Zugangs zur Invalidenversicherung kann somit durchaus als *europaweites Phänomen* bezeichnet werden. Praktisch überall hat Mitte der 1980er-Jahre oder spätestens zu Beginn der 1990er-Jahre eine Trendumkehr eingesetzt. Dies hat in einigen Ländern zu substantiellen Reformen geführt (Italien, Niederlande), wogegen sich in anderen Ländern – Norwegen, Schweden, Deutschland – jedenfalls die Anzeichen für eine größere Reform (zum Teil als Summe mehrerer kleinerer Reformen) mehren. Einige wenige Länder – in dieser Gruppe Österreich und die Schweiz – können diesbezüglich als Nachzügler bezeichnet werden.

Insbesondere wurde in vielen Ländern der *Berufsschutz aufgehoben*: in Italien bereits 1984, in Norwegen 1991, in den Niederlanden 1994. Ursprünglich geplant war diese Maßnahme auch in Deutschland für 1999, wobei die Umsetzung trotz Regierungswechsel einigermaßen wahrscheinlich scheint. Noch nicht erfolgt ist die Aufhebung des Berufsschutzes in der Schweiz (hier existiert Berufsschutz aber in abgeschwächter Form als ‚Zumutbarkeit‘) und vor allem in Österreich, wogegen es in Schweden einen solchen nicht gegeben hat.

In jenen Ländern, in denen die konkrete Arbeitsmarktsituation (alleine) ausschlaggebend für die Zuweisung des Invalidenstatus sein kann bzw. konnte, ist eine sukzessive Einschränkung zu beobachten: in Italien seit 1984, in den Niederlanden seit 1987, in Schweden und Norwegen seit 1991, in Deutschland seit 1996. Ausnahmen sind auch hier wiederum die Schweiz und bedingt auch Österreich, wo allerdings alleinige Arbeitsmarktaspekte nie ausgereicht haben. Einzig in Norwegen gab es nach der Verschärfung 1991 im Jahr 1994 – nach einer entsprechenden Entscheidung des Social Security Tribunals – eine neuerliche Re-Liberalisierung, was nicht zuletzt auch mit der außerordentlich günstigen Wirtschaftsentwicklung in diesem Land zusammenhängen dürfte.

Spiegelt die Entwicklung der *Invalidisierungswahrscheinlichkeit*, also die Zahl der Neuzugänge pro 1000 Erwerbspersonen, diese Veränderungen beim Zugang wieder? Im wenig aussagekräftigen ungewichteten Durchschnitt über alle Länder und alle Altersgruppen hinweg läßt sich seit 1980 ein sukzessiver Rückgang der jährlichen Invalidisierungswahrscheinlichkeit von 12 Promille 1980 auf 8 Promille 1997 verzeichnen (vgl. Tabelle 14). Mit Ausnahme von Italien liegt die jährliche Invalidisierungswahrscheinlichkeit heute – über alle Altersgruppen hinweg – knapp über oder unter 1%. Eine ausgeprägte Konvergenz in der Entwicklung gibt es trotzdem nicht: Norwegen und die Schweiz hatten seit 1985 eine Zunahme zu verzeichnen, der in den übrigen Ländern zu beobachtende Rückgang war in Italien mit Abstand am stärksten.

Der Zusammenhang mit der oben beschriebenen Entwicklung im Zugang zur Invalidenversicherung ist offensichtlich. Eine Reaktion auf getroffene Maßnahmen erfolgt aber oftmals nicht plötzlich, sondern eher graduell. So gibt es beispielsweise in Italien einen sehr massiven Rückgang, das Reformjahr 1984 ist aber nicht unbedingt als solches erkennbar.

Besonders deutlich sind die Zusammenhänge zu erkennen, wenn man nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert (vgl. Tabelle 15). In den Niederlanden gab es von 1990 bis 1995 – als Folge der umfassenden Reform – einen massiven Rückgang in der Invalidisierungswahrscheinlichkeit in allen Alters- und Geschlechtergruppen. Zwischen 1995 und 1998 gab es bei Frauen allerdings eine gegenläufige Entwicklung, wohl als Reaktion auf die sehr weitgehende Reform, und möglich durch den immer noch relativen großen Spielraum bei der Einbeziehung arbeitsmarktrelevanter Aspekte.

In Deutschland ist vor allem der Rückgang nach 1980 deutlich zu erkennen, welcher auf die Einführung der sogenannten Rahmenfrist zurückzuführen ist (d.h. drei der erforderlichen fünf Versicherungsjahre mußten nun innerhalb der letzten fünf Jahre liegen). Die Folge war ein deutlicher Rückgang bei Frauen, v.a. bei Frauen über 55; zum Teil hatten diese Frauen dann jedoch Anspruch auf Altersrente. Im übrigen hat sich in Deutschland relativ wenig verändert. Ähnliches wie in Deutschland nach 1980 ist in Österreich nach 1985 passiert – als Folge der Erschwerung des leichteren Zuganges für Personen über 50 Jahren, was auch einen deutlichen Rückgang der Inanspruchnahme bei

Frauen über 55 zur Folge hatte. Von 1995 bis 1997 gab es einen signifikanten Rückgang, der nicht durch die Zugangsbestimmungen erklärbar ist.

Tabelle 14 Neuzugänge pro 1000 Erwerbspersonen (= Invalidisierungswahrscheinlichkeit)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	10	10	13	10	7	9	8	-16%
Italien	.	12	8	4	2	1	1	-95%
Niederlande	10	15	20	15	19	11	13	-18%
Norwegen	12	10	9	10	12	11	12	+25%
Österreich	.	7	8	12	9	10	8	-33%
Schweden	10	10	11	12	11	9	10	-18%
Schweiz	.	.	.	5	.	7	.	+21% ⁽²⁾
Ungewichteter Durchschnitt ⁽¹⁾		11	12	10	10	8	8	

Abweichung vom Durchschnitt	1975	1980	1985	1990	1995	1997
Deutschland	0	2	0	-3	1	0
Italien	1	-3	-6	-8	-8	-7
Niederlande	4	8	5	9	3	4
Norwegen	-1	-2	-1	2	3	3
Österreich	-4	-3	1	-1	2	-1
Schweden	-1	-1	1	1	1	1
Schweiz	.	.	.	.	.	.
Mittlere absolute Abweichung	2	3	3	4	3	3

⁽¹⁾ Ungewichteter Durchschnitt ohne die Schweiz, für die Berechnungen nur für die Jahre 1985 und 1995 vorliegen (Donini & Eschmann 1998, vgl. auch Anmerkungen zu Tabelle 6).

⁽²⁾ Zunahme 1985-1995.

In Norwegen sind sowohl die Verschärfung des Zuganges zwischen 1990 und 1995 (die sich lediglich für Personen über 50 Jahren ausgewirkt hat) als auch die darauffolgende Re-Liberalisierung (hier wiederum fast ausschließlich bei Frauen über 50 Jahren) deutlich nachweisbar. Auch in Schweden ist die Verschärfung des Zuganges für Personen über 60 Jahren zwischen 1990 und 1995 zunächst evident, bis 1997 wurde der vorhandene Spielraum (sog. elderly rules) jedoch offensichtlich stark ausgeweitet, was auch zur endgültigen Abschaffung dieser elderly rules geführt hat.

In der Schweiz fällt die vergleichsweise deutliche Zunahme bei Personen unter 50 Jahren auf (bei Männern noch stärker als bei Frauen), und zwar ohne nennenswerte Änderung bei den Zugangsbestimmungen. Ähnlich hohe Zunahmen in dieser Altersgruppe gab es auch in Deutschland (1990-97, wahrscheinlich auch eine Folge der Wiedervereinigung) und in Norwegen (1980-90, hier – ganz wie in der Schweiz – zeitgleich mit einer erstmals auftretenden und sehr markant zunehmenden Arbeitslosenrate). Eine wesentlich stärkere Zunahme auch in dieser Altersgruppe gab es nur in den Niederlanden in der Periode 1971-80.

Tabelle 15 Neuzugänge pro 1000 Erwerbspersonen (= Invalidisierungswahrscheinlichkeit) nach Alter und Geschlecht

	Invalidisierungswahrscheinlichkeit							Veränderung der Invalidisierungswahrscheinlichkeit in Prozent						
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	70-80	80-90	90-97	70-97	80-97	90-97	95-97
Deutschland														
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														
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

Norwegen		1972	1975	1980	1985	1990	1995	1997	72-80	80-90	90-97	72-97	80-97	90-97	95-97
Frauen	16-49	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	16-49	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 16-64	15	11	11	10	15	13	14	-27	31	-5	-9	25	-5	9
	Männer 16-64	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		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

Schweden	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
Schweiz	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	85-95	70-97	80-97	90-97	95-97		
Frauen 18-49	.	.	.	3	.	4	.	29	.	.	.	.
50-54	.	.	.	9	.	10	.	7	.	.	.	.
55-59	.	.	.	14	.	14	.	-1	.	.	.	.
60-61	.	.	.	16	.	19	.	14	.	.	.	.
Männer 18-49	.	.	.	3	.	4	.	57	.	.	.	.
50-54	.	.	.	8	.	10	.	25	.	.	.	.
55-59	.	.	.	14	.	16	.	12	.	.	.	.
60-64	.	.	.	28	.	26	.	-9	.	.	.	.
Frauen 18-61	.	.	.	5	.	6	.	18	.	.	.	.
Männer 18-64	.	.	.	6	.	7	.	23	.	.	.	.
Männer und Frauen	.	.	.	5	.	7	.	21	.	.	.	.
Italien	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

Aufschlußreich sind auch Informationen zur (jährlichen) *Eingliederungswahrscheinlichkeit* (= Zahl der wiedereingegliederten Invalidenrentner pro 1000 Invalidenrentnern). Diese ist nur in wenigen Ländern (Deutschland, Niederlande, Österreich) ausführlich dokumentiert, in den anderen Ländern lassen die statistischen Grundlagen so wie auch in der Schweiz keine Aussagen über berufliche Wiedereingliederung zu. In Deutschland und Österreich, zwei Länder in denen sich ein Großteil der Invalidenrentner im Vorrentenalter befindet – ein Alter, in dem eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt heute äußerst schwierig ist –, liegt die Eingliederungswahrscheinlichkeit bei etwa 1% pro Jahr; Tendenz fallend (vgl. Tabelle 16). In den Niederlanden, wo ein besonders hoher Anteil an Invalidenrentnern unter 50 Jahre alt ist, beträgt die entsprechende Rate etwa 3,5% jährlich. Die niedrigen Werte weisen darauf hin, dass der Wiedereingliederung empirisch gesehen trotz zahlreicher Eingliederungsmaßnahmen eine im Einzelfall zwar wichtige, aber im Kontext der Gesamtentwicklung der Invalidenversicherung nur *relativ geringe Bedeutung* zukommt.

Tabelle 16 Wiedereingegliederte Invalidenrentner pro 1000 Invalidenrentnern (= jährliche Eingliederungswahrscheinlichkeit)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	2	5	19	15	10	11	12	-20%
Niederlande	31	31	41	34	35	68	34	1%
Österreich	.	12	12	15	17	10	10	-34%
Ungewichteter Durchschnitt		16	24	21	21	29	19	-12%

Vergleichstabelle 3: Wesentliche Reformen in den letzten zwei Jahrzehnten

	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	NIEDERLANDE
Zugang zu Invalidenrenten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '69 und '76: Gerichtsurteile führen zur sog. Konkreten Betrachtungsweise ➤ '84: Einführung der Rahmenfrist (d.h. 3 Versicherungsjahre in den letzten 5 Jahren vor Rentenanstritt) ➤ ('99: Wegfall des Berufsschutzes) ➤ ('99: generelle Anwendung der abstrakten Betrachtungsweise, in der es auf den Arbeitsmarkt nicht ankommt) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ N.N.: OGH-Urteile, die den Entscheidungsprozeß beeinflussen ➤ '81: Berufsschutz für alle Personen über 55, auch für Hilfsarbeiter (Angestellte ab '56, Facharbeiter ab '62) ➤ '84: Erschwerung des bis dahin noch leichteren Zugangs für Personen über 50 ➤ '91: kein Rentenanspruch bei Beibehaltung des Dienstverhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '87: weniger Spielraum bei der Einbeziehung der Arbeitsmarktsituation ➤ '94: Aufhebung des Berufsschutzes ➤ '94: Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung und Behinderung muß objektiv abschätzbar sein (d.h. Verstärkung der medizinischen Komponente) ➤ '94: generelle Nachprüfung der Einstufung (und geg.falls Rückstufung) für alle Invalidenrentner unter 45 Jahren
Neue/eingestellte Leistungsarten, geänderte Administration	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '82: Reha-Leistungen nur mehr bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ➤ ('99: generell nur noch befristete Leistungen) ➤ ('99: Einführung von EU-Teilrenten) ➤ ('99: Kombinierbarkeit von (Teil-)Renten und Arbeitslosengeld) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '93: Einführung der vorzeitigen Altersrente bei geminderter Erwerbsfähigkeit ab 55 (seit '96: für Männer erst ab 57; leichte Verschärfung der Zugangskriterien und Kürzung der Ansprüche durch Einführung geringerer Abschläge) ➤ '96: nur noch befristete Renten bei weniger als 100% Invalidität 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '94: nur mehr befristete Renten ➤ '95: Privatisierung der Administration der Invalidenversicherung ➤ '98: Neuer Finanzierungsmodus für die ersten fünf Invaliditätjahre mit nach dem Verursacherprinzip gestaffelten Beiträgen (Opting out für diese ersten fünf Jahre möglich)
Änderungen im Leistungsniveau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '92: Zurechnungszeit für jüngere IV-Rentner erhöht (max. 58,1 statt 55,7%) ➤ '92: Kürzung bei Zusammentreffen von IV- & UV-Rente (70 statt 80%) ➤ '96: Nur mehr Teilrenten (1/3 oder 2/3) bei entsprechendem Hinzuverdienst ➤ ('99: Abschläge bei Invalidenrentenanstritt vor 63 (3,6%/Jahr, max. 10,8%)) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '93: Einkommensanrechnung bei hohem Einkommen in Zweitberuf ➤ '93: Ansprüche Jüngerer von 50 auf 60%, aber Einkommensanrechnung ➤ '96 und '97: neue Steigerungsbeträge (mit geringfügiger Reduktion) ➤ 2001: Rentenkürzung bis max. 50% bei allen IV-Rentnern bei Zuverdienst 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '85: Ersatzrate von 80% auf 70% ➤ '94: geringeres und altersabhängiges Leistungsniveau (bis 1994 generell 70% Ersatzrate für alle Vollinvaliden) ➤ '94: zweistufige Leistung (d.h. weitere Leistungskürzung nach – je nach Alter – maximal 6 Jahren) ➤ '97: Harmonisierung für Beamte
Abgrenzung zu anderen Sozialversicherungsleistungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '73: Vorzeitige Altersrente für Schwerbehinderte ab 62 (seit '80 ab 60) ➤ '84: nur 5 Vers.jahre für Altersrenten ➤ '84: längerer Al-Bezug wenn über 54 ➤ '84-'88: Vorrentenprogramm ab 58 ➤ '89: Altersteilzeit ab 60, '96: ab 55 (auch geblockt): 70% Lohn, 50% Arbeit ➤ '97: Reduktion der Arbeitslosenhilfe um 3% pro Jahr der Inanspruchnahme ➤ ab '97: Anhebung der Altersgrenzen für vorzeitige Renten, sowie Abschläge; Wegfall einiger Rentenarten ab 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '79: Sonderunterstützung eingeführt ➤ '88: Altersarbeitslosengeld ab 50 für 4 Jahre + 1 Jahr Sonderunterstützung ➤ '93: wieder abgeschafft, dafür höhere Freibeträge bei Notstandshilfe über 50 ➤ '93: Einführung der Altersrente wegen Erwerbsminderung (siehe oben) ➤ '93: Einführung von Teilrenten bei gleichzeitiger Teilzeitarbeit: 50/70% Lohn für 70/50% Arbeit (seit '98 flexibler und leichter Zugang) ➤ '96: Sonderunterstützung läuft aus 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '94: Teilprivatisierung der Krankengeldleistungen (Arbeitgeberverantwortung für die ersten 6 Wochen) ➤ '96: Krankengeld in der vollen Verantwortung der Arbeitgeber (d.h. für 12 Monate); Ersatzrate 70% ist vorgegeben ➤ '97: Einführung des Verursacherprinzips in der Arbeitslosenversicherung (Verursachende Branchen zahlen für 6 Leistungsmonate höhere Beiträge) ➤ '99: Verstärkung der Maßnahmen zur Wiederbeschäftigungsmöglichkeit

Vergleichstabelle 3: Wesentliche Reformen in den letzten zwei Jahrzehnten (Fortsetzung)

ITALIEN	NORWEGEN	SCHWEDEN	SCHWEIZ
<ul style="list-style-type: none"> ➤ bis '84: medizinische und arbeitsmarktpolitische Aspekte maßgebend (Einschränkung der Verdienstmöglichkeit entsprechend Wissen, Verstand und Ausbildung) ➤ '84: Einschränkung der Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend; damit auch Aufhebung des Berufsschutzes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ bis '90: Liberalisierung des Zugangs ➤ '90: größere Rehabilitations- und Mobilitätsanforderungen ➤ '91: Zs.hang mit medizinischer Ursache muß nachgewiesen werden; Aufhebung des Berufsschutzes (Verdienstmöglichkeit im allgem. Arbeitsmarkt) ➤ '94: Forcierung Wiedereingliederung ➤ '94: Re-Liberalisierung nach Entscheidung des Social Security Tribunals 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '72: Zugang für über 60jährige in Anschluß an 450 Tage Arbeitslosigkeit ➤ '74: Anerkennung ausschließlich arbeitsmarktpolitischer Gründe ab 60 ➤ '91: Abschaffung dieser Regelung, aber Spielraum über 60 („elderly rules“) ➤ '92/93: Explizite Überprüfung aller Personen mit langen Krankenständen ➤ '97: Abschaffung der elderly rules, medizinische Kriterien ausschlaggebend 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ keine
<ul style="list-style-type: none"> ➤ '84: Einführung von befristeten Invalidenleistungen mit – v.a. für Jüngere – deutlich geringeren Ansprüchen ➤ '96: keine Kombination IV- und UV-Rente bei gleicher IV-Ursache 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '90: keine Invalidenrente für Personen über 64 Jahre ➤ ab '97: „Experimente“ mit Invalidisierungen bei weniger als 50% Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '92: neues Rehabilitationsgesetz mit höherer Geldleistung für berufl. Rehab.: Ersatzrate 100%, '93: 95%, '94: 80%; ab '96 wieder normales Krankengeld ➤ '93: vier Invaliditätsstufen (volle, $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ und $\frac{1}{4}$ Rente) statt der bisherigen drei Stufen (volle, $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{2}$ Rente) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '88: Einführung der Viertelrente ab Invaliditätsgrad von 40% (bis dahin: Renten erst ab Invaliditätsgrad von 50%, in Härtefällen ab 33,3%) ➤ '92: Organisationsreform: größere Transparenz, klarere Zuständigkeiten
<ul style="list-style-type: none"> ➤ '65: Einführung Dienstaltersrente ➤ ab '92: Preis- statt Lohnindexierung ➤ Reform '95: strikter Beitragszusammenhang (lange Übergangsfristen) ➤ '96: Kürzung bei Dazuverdienst 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '94: Sonderbedarfzuschuß wird abgeschafft, Ansprüche bei angeborener Invalidität werden angehoben ➤ '97: höhere Ergänzungsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '76: höhere Zuschläge für Invaliditätsrentner ohne ATP-Anspruch ➤ '93: „Base amount“ reduziert (B-2) ➤ '96: Basiskomponente für IV-Renten 90% von B-2 statt wie bisher 96% 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '93: neue Rentenformel ➤ '97: große Rentenreform, u.a. Einführung des Ehegattensplittings anstatt der Ehepaarrente
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arbeitslosengeld: bis '88 minimal, dann schrittweise Anhebung der Ersatzrate auf 30%. Seit '99: Anspruch nur bei Entlassung, nicht bei Selbstkündigung ➤ Vorzeitige Renten: '92 Kürzung bei Renten mit weniger als 35 Versicherungsjahren, '96 Verschärfung der Voraussetzungen (u.a. Harmonisierung für Beamte), in Zukunft – mit langer Übergangsfrist – flexibler, kostenneutraler Rentenanstritt zwischen 57 und 65 ➤ Invalidengeld: 1970 eingeführt, ab 1980 höhere Leistung & größerer Personenkreis, 1988 noch weiter ausgebaut, seit 1996 strikte Handhabung, Kontrolle und gegebenenfalls Um-/Rückstufung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankenstand: seit 1993 Einschränkung der Anspruchsursachen (z.B. Eheprobleme); nach 12 Wochen: Kontrolle und Rehabilitationsplan durch die National Sozialversich.administration ➤ '89: Einführung der Frührentenvereinbarung (AFP); zunächst ab Alter 66, sukzessive Ausweitung der Anspruchsberechtigten (ab Alter 62 im Jahr '98) ➤ Anmerkung: die (ohnedies hohe) Altersgrenze für Altersrenten wurde 1973 von 70 auf 67 Jahre gesenkt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rentenreform '76: Rentenalter von 67 auf 65 Jahre gesenkt; vorgezogene Renten ab 60 eingeführt; Teilrente ab 60 mit 65% Ersatzrate eingeführt (ab '81: 50%, '87: 65%, '94: 55%, läuft aus!) ➤ '90er: Krankengeld-Reformen: geringere Kosten (Ersatzrate von 90 auf 75 bzw. 70% ab dem 2. Jahr gesenkt), verbesserte Effizienz der Rehabilitation, höhere Verantwortung der Arbeitgeber (Verursacherprinzip, Kosten für erste zwei Wochen, Rehab.Verantwortung) ➤ Rentenreform '94-'99: strikter Beitragszusammenhang bei Altersrenten (flexibler Rentenanstritt), aber bislang noch keine Reform der Invalidenrenten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '93: Verlängerung der Bezugsberechtigung beim Arbeitslosengeld

Leistungsarten und Leistungsniveau (vgl. Vergleichstabelle 3)

Auch *Art und Höhe* der von der Invalidenversicherung geleisteten Renten haben sich im Untersuchungszeitraum – jedenfalls zum Teil – nachhaltig verändert. Bei den Leistungsarten lassen sich typischerweise zwei Reformbereiche erkennen, wobei die Schweiz hier zum Teil mitgezogen hat. Zum einen zeigt sich ein ausgeprägter Trend zu *befristeten* anstelle von dauerhaften Leistungen – die entsprechende Änderung erfolgte in Italien 1984, in den Niederlanden 1994, in Österreich 1996, in Deutschland geplant für 1999. Zum anderen besteht eine Tendenz, (zusätzliche) *Teilrentenstufen* einzuführen – in der Schweiz geschah dies bereits 1988 (Einführung der Viertelsrente ab 40% Invaliditätsgrad), in Schweden 1993 (bereits ab 25% statt 33%), in Deutschland geplant für 1999, in Norwegen gibt es seit 1997 ‚Experimente‘ mit weniger als 50% Erwerbsunfähigkeit.

Bei der Leistungshöhe können ebenfalls zwei Reformbereiche unterschieden werden. Einerseits gab es in einigen Ländern *Leistungskürzungen* beim Zusammentreffen von Invaliden- und Unfallrente (Deutschland 1992, Italien 1996) bzw. beim Zusammentreffen von Invalidenrente und Arbeitseinkommen (Italien 1996, Deutschland 1996, Österreich ab 2001). Andererseits zeigt sich eine gewisse *Konvergenz* bei der Behandlung der Rentenansprüche jüngerer Neuzugänge – mit einer höheren Zurechnung in Ländern mit immer noch unvollständiger Zurechnung (Deutschland 1992, Österreich 1993) und geringeren Leistungsansprüchen in Ländern mit bis dahin vollständiger Zurechnung (Italien 1984 bei befristeten Leistungen, Niederlande 1994).

Insgesamt sind die Entwicklungen zum Teil uneinheitlich. Länder mit reinen Versicherungssystemen (Deutschland, Österreich und Italien) sind dabei von den übrigen zu unterscheiden. In diesen drei Ländern gibt es durchaus ähnliche Tendenzen, wobei diese Tendenzen zum Teil Anpassungen an die anderen Systeme, zum Teil aber auch richtungsweisende Änderungen (wie etwa die Umwandlung in zunächst grundsätzlich nur befristete Rentenansprüche) darstellen.

Organisationsreformen (vgl. Vergleichstabelle 3)

Relevante *organisatorische Änderungen* in der Invalidenversicherung gab es zuletzt in der Schweiz (1992) und in den Niederlanden (1995). In der Schweiz erfolgte zwischen 1992 und 1995 eine Reorganisation der bestehenden dezentralen Strukturen mit einer Neuordnung der Zuständigkeiten. Seit her sorgen 26 kantonale IV-Stellen sowie eine IV-Stelle für Versicherte im Ausland für einen transparenteren und rascheren Zugang.

In den Niederlanden wurde die Administration der Invalidenversicherung 1995 privatisiert. Mittelfristig soll damit durch einen kontrollierten Wettbewerb die Effizienz gesteigert werden. Noch sind aber kaum noch meßbare Vorteile und keine möglichen Nachteile sichtbar.

4.2 Reformen in anderen Sozialversicherungsbereichen

Von besonderer Bedeutung ist insbesondere die Abgrenzung zu vorzeitigen Rentenleistungen und der Zusammenhang mit der Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei Personen über 50. Auch hier gibt es nahezu in allen untersuchten Ländern zwei wesentliche Entwicklungen bzw. zwei Phasen: In einer ersten Phase wurden Möglichkeiten eines vorzeitigen (i.a. fünf Jahre vorgezogenen) Alters-

rentenantritts unter gewissen Bedingungen bzw. die bestehenden Möglichkeiten sukzessive ausgebaut. Zum Teil wurden derartige Optionen bereits vor 1970 eingeführt (in Italien, in Deutschland und insbesondere in Österreich), zum Teil aber auch erst in den 1990er-Jahren. Seit 1970 wurden solche Frührentenoptionen erstmals oder zusätzlich in Deutschland 1973 (Altersrente für Schwerbehinderte), in den Niederlanden 1975, in Schweden 1976, in Norwegen 1989, in Deutschland 1989 & 1996 (Teilrente mit/nach Teilzeitarbeit) und auch in Österreich 1993 (Altersrente bei geminderter Erwerbsfähigkeit, Teilrente mit Teilzeitarbeit) geschaffen.

Erst in den letzten Jahren zeichnet sich eine gewisse *Trendumkehr* ab, mit einer Erschwerung des Zugangs zu vorzeitigen Renten bzw. Kürzungen bei den Ansprüchen in Ländern mit ausgeprägter Inanspruchnahme derartiger Renten: in Österreich 1996, in Deutschland ab 1997 und in Italien und Schweden im Rahmen der kürzlich erfolgten umfassenden Rentenreformen (beide mit dem Ziel eines strikteren Beitragszusammenhangs).

Von einiger Wichtigkeit sind aber auch Reformen in anderen Versicherungsbereichen, die sich jedoch nicht in einen einheitlichen Rahmen pressen lassen. Dazu zählen etwa neue Regelungen beim Krankengeld (wie z.B. die Übertragung der vollen Verantwortung an die Arbeitgeber in den Niederlanden 1996; geringere Kosten, verbesserte Rehabilitations-Effizienz und höhere Verantwortung der Arbeitgeber in Schweden in den 1990er-Jahren; oder schärfere Kontrollen in Norwegen 1993) oder beim Arbeitslosengeld (wie z.B. höhere Verantwortung der Arbeitgeber in den Niederlanden 1997; oder die Abschaffung der Mitte bzw. Ende der 1980er-Jahre eingeführten Sonderprogramme für ältere Langzeitarbeitslose in Deutschland und Österreich). Auf diese Reformen wird – so weit sie von Bedeutung scheinen – in Abschnitt 5 noch näher eingegangen.

4.3 Zusammenhänge zwischen Invalidität, Arbeitslosigkeit und Demographie

Wie haben sich nun die verschiedensten Regelungen und Reformen auf den Bestand an Invalidenrentnern in den untersuchten Ländern ausgewirkt? Und vor allem, auf die Entwicklung der Relation zwischen nichterwerbstätigen Einkommensbeziehern im Erwerbsalter (Invalidenrentner und Arbeitslose) und Beschäftigten? Darauf geben die folgenden Tabellen Antwort.

Der *Invaliditätsquotient* (= Zahl der Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte) hat sich in den sieben untersuchten Ländern nicht zuletzt als Folge der Reformen höchst unterschiedlich entwickelt, der Durchschnitt über alle Länder liegt jedoch aufgrund gegenläufiger Trends seit 1975, also über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahrzehnten, außerordentlich stabil bei etwa 80 Invalidenrentnern pro 1000 Beschäftigten (vgl. Tabelle 17). Deutlich über dem Durchschnitt liegen die Werte heute in den Niederlanden (obwohl die Reformen in den 1990er-Jahren bereits Wirkung zeigen) sowie in Norwegen und in Schweden (Tendenz in Schweden nach wie vor steigend, in Norwegen zuletzt konstant). Etwas unter dem Schnitt liegt der Invaliditätsquotient in Deutschland (mit geringen Veränderungen, abgesehen vom Spitzenwert Mitte der 1980er-Jahre, zuletzt Tendenz wieder steigend) und in Österreich (Tendenz nach wie vor steigend). Immer noch deutlich unter dem Durchschnitt liegt die Quote in der Schweiz (trotz prozentuell größter Steigerung seit 1985) sowie vor allem in Italien (wo die Reform 1984 – als Italien mit Werten über 160 noch der absolute Spitzenreiter beim Invaliditätsquotienten war – eine totale Veränderung gebracht hat; vgl. dazu v.a. auch Abschnitt 5).

Tabelle 17 Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte (= Invaliditätsquotient)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	56	59	64	82	61	65	69	-16%
Italien	.	165	159	109	70	39	32	-71%
Niederlande	46	74	129	148	158	142	131	-12%
Norwegen	59	76	75	82	101	101	101	23%
Österreich	.	32	39	55	62	66	69	27%
Schweden	44	60	71	76	80	106	108	42%
Schweiz	.	.	34	33	36	44	48	44%
Ungewichteter Durchschnitt		78	82	84	82	81	80	

Die Invalidenversicherung steht in direktem Zusammenhang mit der Arbeitslosenversicherung, weil sie Leistungen für nicht mehr oder nur mehr teilweise Erwerbsfähige bzw. –tätige anbietet. Eine Zunahme des Invaliditätsquotienten ist bzw. war oftmals in erster Linie mit der (teilweisen oder ausschließlichen) *Berücksichtigung arbeitsmarktrelevanter Aspekte* bei der Zuweisung des Invalidenstatus verknüpft. Ein kleiner Teil der Zunahme kann direkt durch steigende Arbeitslosigkeit erklärt werden, weil in diesem Fall – jedenfalls bei gleichbleibenden Erwerbsquoten – der Nenner, also die Zahl der Beschäftigten, sinkt. Eine Abnahme des Invaliditätsquotienten kann umgekehrt oftmals durch eine Rückverlagerung der solcherart verdeckten Arbeitslosigkeit in die Arbeitslosenversicherung erklärt werden. In jedem Fall scheint es daher sinnvoll, die Entwicklung des Arbeitslosenquotienten (= Zahl der Arbeitslosen pro 1000 Beschäftigte) gegenüberzustellen.

Die Entwicklung des *Arbeitslosenquotienten* ist bzw. war zuletzt von einer drastischen Zunahme geprägt – mit Ausnahme der Niederlande, wo eine aktive Arbeitsmarkt- und Teilzeitarbeitspolitik zu einem gegenläufigen Trend geführt hat, und bedingt auch Norwegen, das zuletzt ebenfalls wieder sinkende Arbeitslosenzahlen aufweisen kann (vgl. Tabelle 18). In Italien¹², in Schweden und vor allem in der Schweiz hat sich der Arbeitslosenquotient zuletzt vervielfacht. An dieser Stelle sollte betont werden, dass diese Untersuchung – unbeabsichtigter Weise – mehrheitlich Länder mit einem im europäischen Vergleich unterdurchschnittlichen Arbeitslosenproblem einschließt (Deutschland ist hier das einzige Land mit einem Arbeitslosenquotienten über 10%); dies aber auch deshalb, weil ein Teil der Arbeitslosen in diesen Ländern im Invaliditätsquotienten ‚verdeckt‘ ist.

Tabelle 18 Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte (= Arbeitslosenquotient)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	6	36	29	91	68	113	126	39%
Italien	.	13	10	22	20	47	48	122%
Niederlande	13	41	49	145	91	88	53	-64%
Norwegen	18	25	18	25	55	53	43	67%
Österreich	20	19	17	44	40	48	65	50%
Schweden	15	15	20	29	16	87	87	198%
Schweiz	2	3	8	9	22	35	44	385%
Ungewichteter Durchschnitt		22	22	52	44	67	67	

Ein niedriger Invaliditätsquotient relativ zum Arbeitslosenquotienten spricht – bei annähernd vergleichbaren Systemen – jedenfalls auch dafür, dass Arbeitsmarktprobleme vornehmlich über die (dafür zuständige) Arbeitslosenversicherung und nicht über die Invalidenversicherung aufgefangen werden. Dies ist insbesondere in Deutschland und Italien verglichen mit Österreich der Fall, dasselbe gilt aber auch für Schweden und die Schweiz im Vergleich zu Norwegen und den Niederlanden (vgl. dazu Tabelle 19).

In Norwegen und den Niederlanden ist der Invaliditätsquotient 1997 sogar mehr als doppelt so hoch wie der Arbeitslosenquotient – zum Teil ist das offensichtlich ein Indiz für eine großzügigere Handhabung bei der Zuweisung des Invalidenstatus, zum Teil allerdings auch eine Folge der abnehmenden Arbeitslosenquotienten (vgl. die deutlich niedrigeren Werte in beiden Ländern für 1995). Jedenfalls zeigen gerade die Beispiele Norwegen und Niederlande, dass der Invaliditätsquotient bei einer Verbesserung der Arbeitsmarktlage nicht automatisch – und analog zum Arbeitslosenquotienten – (im gleichen Ausmaß) zurückgeht. Länder, die Arbeitsmarktprobleme über die Invalidenversicherung steuern oder gesteuert haben, müssen daher auch bei einer Trendwende am Arbeitsmarkt längerfristig mit hohen Ausgaben in der Invalidenversicherung rechnen. Hier befinden sich heute vor allem Deutschland und Italien in einer günstigeren Position.

Tabelle 19 Invalidenrentner auf einen Arbeitslosen

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	8,5	1,5	2,1	0,8	0,8	0,5	0,5	-40%
Italien	.	12,7	16,1	5,0	3,5	0,8	0,7	-87%
Niederlande	3,4	1,8	2,6	1,0	1,7	1,6	2,5	142%
Norwegen	3,3	3,0	4,2	3,2	1,8	1,9	2,4	-26%
Österreich	.	1,5	2,0	1,1	1,4	1,2	1,0	-15%
Schweden	2,9	3,9	3,5	2,6	5,1	1,2	1,2	-52%
Schweiz	.	.	4,1	3,6	1,7	1,3	1,1	-70%
Ungewichteter Durchschnitt		4,1	4,9	2,5	2,3	1,2	1,3	

Betrachtet man alle nichtbeschäftigten Erwerbspersonen, also Invalidenrentner und Arbeitslose, relativ zur Zahl der Beschäftigten, so erweist sich Deutschland heute als das Land mit dem – in dieser Ländergruppe – höchsten *Out-of-work Quotienten* (vgl. Tabelle 20): auf zehn Beschäftigte kommen 1997 in Deutschland gut zwei Nichtbeschäftigte, in Schweden und den Niederlanden knapp unter zwei, in Norwegen und Österreich etwa 1 1/2 und in Italien und der Schweiz knapp unter einem Nichtbeschäftigten.

Die Abnahme des Out-of-work Quotienten ist in den Niederlanden noch deutlich günstiger als jene des Invaliditätsquotienten, vergleichbar mit dem Rückgang in Italien, wo dem drastischen Rückgang im Invaliditätsquotienten eine deutliche Zunahme im Arbeitslosenquotienten gegenüber steht. In allen anderen Ländern hat der Out-of-work Quotient (zum Teil sehr deutlich) stärker zugenommen; auch hier war die Zunahme seit 1985 in der Schweiz (+118%) am größten, gefolgt von Schweden (+85%) und Österreich (+38%) – hier würde die reine Betrachtung der Invalidenversicherung aus arbeitsmarktpolitischer Sicht ein zu günstiges Bild zeichnen.

¹² Wobei hier für Italien lediglich Arbeitslosengeldbezieher berücksichtigt sind; anderenfalls wäre der Quotient wesentlich höher.

Tabelle 20 Invalidenrentner plus Arbeitslose pro 1000 Beschäftigte (= Out-of-work Quotient)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1997	1985-97
Deutschland	62	98	96	181	135	187	206	14%
Italien	.	178	169	130	90	86	80	-39%
Niederlande	59	115	178	294	249	230	184	-37%
Norwegen	77	100	92	107	157	154	143	33%
Österreich	.	53	58	103	107	120	142	38%
Schweden	59	76	91	105	96	192	195	85%
Schweiz	.	.	42	42	58	79	91	118%
Ungewichteter Durchschnitt		104	104	138	128	150	149	

Untersuchungen darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit, in welchem Ausmaß und innerhalb welchen Zeitraumes steigende Arbeitslosigkeit zu steigenden Invaliditätsquotienten führt, gibt es praktisch nicht. Ein korrelativer, aber nicht notwendiger Weise kausaler Zusammenhang zwischen diesen beiden Entwicklungen ist aber evident. Steigende Arbeitslosigkeit verschlechtert die relative Position von Personen mit Erwerbsminderungen am Arbeitsmarkt und erhöht deren Arbeitslosigkeits- wie auch Invaliditätsrisiko. Zumindest sind diese Personen in verstärktem Maße auf eher prekäre Beschäftigungsverhältnisse angewiesen. Offensichtlich ist der unmittelbare Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität bei einer mindestens teilweisen Berücksichtigung arbeitsmarktrelevanter Faktoren in der Invalidenversicherung – auch, wenn nur eine indirekte Berücksichtigung etwa durch eine Betrachtung der relativen Verdienstmöglichkeit erfolgt.

Tabelle 21 Zunahme an Invalidenrentnern relativ zur Zunahme an Arbeitslosen (in Prozent)⁽¹⁾

	1970-80	1980-90	1990-97	1980-97
Deutschland	40%	6%	25%	19%
Italien	-	-723%	-163%	-336%
Niederlande	235%	89%	10%	212%
Norwegen	1100%	83%	-94%	134%
Österreich	-	101%	33%	64%
Schweden	468%	-515%	23%	50%
Schweiz	-	50%	56%	54%

⁽¹⁾ Der Quotient in Tabelle 21 bezieht sich auf die jeweilige *absolute Zunahme* an Invalidenrentnern und an Arbeitslosen; unterschiedliche (Ausgangs-)Niveaus bleiben unberücksichtigt. Daher stehen die Ergebnisse auch nicht im Widerspruch zu jenen in Tabelle 19, wo sich der Quotient ausdrücklich auf die Niveaus bezieht. Ein Wert von 100% in Tabelle 21 bedeutet somit, dass beide Gruppen um die gleiche Absolutzahl zugenommen oder auch abgenommen haben.

Tabelle 21 zeigt diesbezüglich jedenfalls ein einigermaßen ambivalentes Bild. In den 1970er-Jahren dürfte die Invalidenversicherung außer in Deutschland großzügig auch als Arbeitsmarktinstrument genutzt worden sein – was durchaus zur diesbezüglich lockeren Handhabung in diesem Jahrzehnt zu passen scheint. Die Zunahme an Invalidenrentnern war in diesem Jahrzehnt in Schweden, Norwegen und den Niederlanden wesentlich höher als jene an Arbeitslosen. In den 1980er-Jahren hat hier ein Umdenken stattgefunden – in dieser Dekade hatte die Zunahme an Invalidenrentnern in den Niederlanden, Norwegen, Österreich und der Schweiz ein ähnliches Ausmaß wie die Zunahme an Arbeitslosen. Ausnahmen sind wieder Deutschland, Italien (wo die strukturelle Reform 1984 durchschlägt)

und scheinbar Schweden (wobei dieses Ergebnis täuscht, weil es in Schweden in diesen zehn Jahren praktisch keine wesentliche Zunahme, weder bei Arbeitslosen noch bei Invalidenrentnern, gab). In den 1990er-Jahren scheinen die Reformen langsam zu greifen – in den sieben Jahren von 1990-1997 war die Zunahme an Invalidenrentnern jedenfalls fast generell wesentlich geringer als jene bei Arbeitslosen; die Invalidenversicherung wurde deutlich weniger als Arbeitsmarktinstrument benutzt. Lediglich in der Schweiz ist die Zunahme an Invalidenrentnern im Vergleich zur Zunahme an Arbeitslosen immer noch sehr hoch, was durch das Fehlen einer Trendwende beim Zugang zu Invalidenrenten auch einigermaßen plausibel scheint. Auch in Österreich, wo größerer Reformen bislang ausgeblieben sind, ist noch ein überdurchschnittlicher Zusammenhang gegeben. Der im Vergleich zum Jahrzehnt davor gestiegene Wert in Deutschland dürfte eine Folge der Wiedervereinigung sein.

Die Entwicklung der Zahl an Invalidenrentnern hängt schließlich auch unmittelbar mit der demographischen Entwicklung zusammen. Da das Invaliditätsrisiko stark mit dem Alter korreliert, wirkt sich eine Zunahme der Bevölkerung in den relevanten Altersgruppen bzw. die Alterung der Erwerbsbevölkerung direkt auf die Zahl der Invalidenrentner aber auch auf das Invaliditätsvolumen insgesamt, d.h. nicht differenziert nach Altersgruppen, aus.

Tabelle 22 zeigt, dass die Zunahme an Invalidenrentnern in einigen Ländern und Perioden zwar zu einem nicht unerheblichen, aber doch nur zu einem kleineren Teil auf die Zunahme der Erwerbsbevölkerung zurückzuführen ist. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung in der betreffenden Altersgruppe von 15-64 Jahren und den gesamten Untersuchungszeitraum (1970-1997), wird – mit Ausnahme von Deutschland – etwa zwischen einem Zehntel und einem Fünftel der Zunahme an Invalidenrentnern durch die Zunahme der Risikobevölkerung quasi ‚erklärt‘. In Zeiten struktureller Reformen (Italien 1980-97, Niederlande 1990-97) kann dieser Zusammenhang mitunter völlig verschwinden, d.h. die Zahl der Invalidenrentner kann bei entsprechenden Reformmaßnahmen trotz wachsender Risikobevölkerung zurückgehen.

Tabelle 22 Anteil der absoluten Zunahme an Invalidenrentnern, der auf die absolute Zunahme der Erwerbsbevölkerung zurückgeführt werden kann (Angaben in Prozent)

	1970-80	1980-90	1990-97
Deutschland	35	190	77
Italien	.	-8	-1
Niederlande	12	35	-184
Norwegen	16	16	47
Österreich	.	14	28
Schweden	2	17	18
Schweiz	.	37	12

Anmerkung: Unterschiede zwischen den Ländern sind zum Teil auf Unterschiede in der Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen, weil sich eine Zunahme älterer Personen im Erwerbsalter ganz anders auswirkt als eine Zunahme jüngerer, und zum Teil auf die altersspezifisch unterschiedliche Inanspruchnahme von Invalidenrenten.

Auffallend ist der deutlich überdurchschnittliche ‚Erklärungsanteil‘ in Deutschland in allen drei Vergleichsperioden, wobei der hohe Wert in den 1980er-Jahren (190%) bedeutet, dass die Invalidenrentnerzunahme geringer war als die Bevölkerungszunahme erwarten lassen hätte. In Norwegen und

Österreich kann in den 1990er-Jahren – immer noch für die gesamte Altersgruppe 15-64 Jahre betrachtet – ein im Vergleich zum Jahrzehnt davor wachsender Anteil der Zunahme an Invalidenrentnern auf die Bevölkerungsentwicklung zurückgeführt werden. In der Schweiz ist die Entwicklung hingegen genau umgekehrt; hier hat die Zahl der Invalidenrentner zuletzt deutlich stärker zugenommen als die Bevölkerungsentwicklung hätte erwarten lassen.

Nach Altersgruppen und Geschlecht untergliedert zeigt sich ein sehr differenziertes und durchaus nicht immer einheitliches Bild. Im allgemeinen läßt sich sagen, dass in der Altersgruppe über 50 Jahren in den meisten Perioden ein deutlich überdurchschnittlicher Anteil der Zunahme der Invalidenrentner auf die Bevölkerungsentwicklung, also die Alterung der Erwerbsbevölkerung, zurückgeführt werden kann, in den jüngeren Altersgruppen hingegen ein entsprechend unterdurchschnittlicher; ganz besonders gilt dies für die 1990er-Jahre. Allgemein läßt sich auch sagen, dass der Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung bei Männern stärker ausgeprägt ist. Nicht zuletzt als Reaktion auf unterschiedliche Reformmaßnahmen gibt es aber zahlreiche Ausnahmen zu diesen ‚Regeln‘. In der Schweiz beispielsweise war die Zunahme in der Zahl der Invalidenrentner 1990-1997 bei Frauen zu einem größeren Teil auf die Bevölkerungsentwicklung zurückzuführen als bei Männern. Die ‚Altersregel‘ galt hingegen sogar in besonders deutlicher Form: Während die Zunahme an Invalidenrentnern unter 50 Jahren in der Schweiz in dieser Periode praktisch überhaupt nicht durch die Bevölkerungszunahme erklärt werden kann (in den 1980er-Jahren waren es hingegen rund 25%), ist jene bei den über 50jährigen zu gut einem Drittel auf die Zunahme der Bevölkerung im Alter 50-64 zurückzuführen (in den 1980er-Jahren sogar zur Hälfte). Wenn man in Betracht zieht, dass die IV-Inanspruchnahme in der Schweiz sehr stark durch die Bevölkerung unter 50 Jahren geprägt ist, wird auch die in Tabelle 22 ausgewiesene Entwicklung für die Schweiz verständlich.

Die Bevölkerungsentwicklung ist im allgemeinen somit nicht unbedingt ausschlaggebend für die Entwicklung der Invalidenrentnerzahlen, es lassen sich aus einer Bevölkerungsprognose aber durchaus interessante Tendenzen voraussagen – insbesondere in Zeiten, in denen die Bevölkerung zwischen 50 und 64 Jahren besonders stark wächst (in Österreich beispielsweise um 400.000 Personen bzw. etwa 25% in den Jahren 2005-2015) und in Ländern in denen die Invalidenversicherung von eben dieser Altersgruppe dominiert wird. Um exakte Aussagen machen zu können, müßte man idealerweise mit einjährigen Altersgruppen rechnen, weil Bevölkerungsschwankungen in der Vergangenheit zum Teil auch innerhalb weniger Jahre sehr deutlich waren (z.B. aufgrund von Schwankungen in der Geburtenrate vor, während und nach dem Zweiten Weltkrieg). Die Unterscheidung zwischen Personen unter und über 50 Jahren ist hier doch eine ziemliche Verallgemeinerung.

Eine weitere mit diesen Fragestellungen in Zusammenhang stehende Frage ist, in welchem Ausmaß die Kostensteigerung in der Invalidenversicherung überhaupt auf die soeben unter die Lupe genommene Zunahme der Invalidenrentner zurückgeführt werden kann. Es zeigt sich, dass die Ausgabensteigerung in der Invalidenversicherung mit einigen Ausnahmen doch sehr stark durch die Rentnerzunahme bedingt ist bzw. war.

Die Einsparungen durch die Invalidenrentnenreform in Italien lassen sich beispielsweise sowohl in den 1980er- als auch in den 1990er-Jahren praktisch zur Gänze durch den Rückgang der Invalidenrentnerzahl erklären. Auch die Entwicklungen in Österreich, Schweden und der Schweiz werden durch die Entwicklung der Rentnerzahl dominiert, wobei in Schweden in den 1990er-Jahren noch

größere Ausgabensteigerungen durch Reformen in der Leistungshöhe vermieden bzw. ausgeglichen wurden. Die Entwicklung in den Niederlanden war in den 1970er-Jahren ebenfalls durch die zunehmende Rentnerzahl, nach 1980 hingegen von Leistungskürzungen geprägt (vgl. dazu auch Tabelle 11). Die Entwicklung in Norwegen war in den 1970er- und 1990er-Jahren sehr stark von der günstigen Wirtschaftsentwicklung beeinflusst, jene in Deutschland 1990-1997 von der Wiedervereinigung – bei einer deutlichen Zunahme der Rentnerzahlen seit 1990 sind die Ausgaben relativ zum BIP u.a. durch die zum Teil niedrigeren Ansprüche in den neuen Bundesländern sogar gesunken. Der hohe Erklärungswert der Gesamtausgaben der Invalidenversicherung durch die steigenden Rentnerzahlen läßt es jedenfalls durchaus gerechtfertigt erscheinen, in dieser vergleichenden Analyse ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung der Invalidenrentnerzahlen zu legen.

5. Länderbezogene Zusammenfassungen der Ursachen und Wirkungen

Ein Großteil der *Ursachen* der Trends und der *Auswirkungen* der Maßnahmen in der Invalidenversicherung ist in den bisherigen Abschnitten bereits ausgeführt oder wenigstens angedeutet worden. Um ein konsistentes Bild der verschiedenen Wirkungszusammenhänge zu geben, erfolgt die Analyse in diesem Abschnitt für jedes der sechs untersuchten Länder separat. Entwicklungen in der Schweiz werden in Abschnitt 6 näher ausgeführt, Schlußfolgerungen und Empfehlungen finden sich in Abschnitt 7. Die länderspezifische Betrachtungsweise soll im wesentlichen zwei Fragen beantworten:

- (1) was ist in dem jeweiligen Land in den letzten 20-30 Jahren im Zusammenhang mit der Invalidenversicherung *passiert* (und es ist sehr viel passiert), und
- (2) was können andere Länder bzw. Systeme möglicherweise daraus *lernen*.

Bei der Analyse der Auswirkungen von Reformen sind zwei Dimensionen wesentlich. Zum einen werden, abgesehen von beabsichtigten Auswirkungen offensichtlich effektiver Maßnahmen, auch unerwünschte Nebeneffekte und auch nichterfolgte Wirkungen ineffizienter Maßnahmen analysiert. Zum anderen werden die Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen analysiert: bezüglich der Kosten der Invalidenversicherung, bezüglich der Zahl und der Zusammensetzung der Invalidenrentenbezieher und nicht zuletzt bezüglich der Situation der Personen mit Behinderung(en), wobei im letzten Fall besonders unerwünschte Nebeneffekte nicht unerwähnt bleiben dürfen. Die wichtigsten Erkenntnisse sind in den Vergleichstabellen 4 und 5 in Kurzform zusammengefaßt.

5.1 Entwicklungen in Deutschland

Die Entwicklung in Deutschland ist von drei Zeitpunkten bzw. Maßnahmen geprägt: der Einführung der sog. ‚konkreten Betrachtungsweise‘ nach Gerichtsurteilen in den Jahren 1969 und 1976; der Einführung einer Rahmenfrist (drei Versicherungsjahre in den letzten fünf Jahren) im Jahr 1984; und den (teilweise erst geplanten) Reformschritten 1996 bis 1999.

Die Handhabung der konkreten (Arbeitsmarkt)Betrachtung bei Teilinvalidität hat dazu geführt, dass die an und für sich durchdachte Unterscheidung zwischen einer speziellen Berufsunfähigkeit (BU-Rente: Berufsschutz bei 50% Erwerbsminderung, aber nur mit einer Teilrente) und der vollständigen Erwerbsunfähigkeit (EU-Rente mit fast 100%iger Invalidität) sukzessive verwischt wurde. So sind heute etwa ein Viertel der EU-Renten – vor allem bei Frauen, weil Männern durch längere Erwerbsverläufe eher alternative Ausstiege aus dem Erwerbsleben zur Verfügung stehen – unmittelbar arbeitsmarktbedingt. Mit anderen Worten: Die Einbeziehung von Arbeitsmarktgründen hat zu einem steigenden Anteil an Vollrenten geführt (vgl. auch Frick & Sadowski 1996).

Die Kombination aus Berufsschutz mit konkreter Betrachtung und einem relativ leichten Zugang (weil fünf Versicherungsjahre zu beliebigem Zeitpunkt bereits ausreichen) hat bis 1984 in zunehmendem Maße Mißbrauchsanreize geboten. Insbesondere höherqualifizierte Frauen mit wenig Versicherungsjahren bzw. langen Berufsunterbrechungen konnten damit relativ leicht in den Genuß einer Invalidenrente kommen (Anmerkung: ab einem Alter von 70 Jahren wurde generell Arbeitsunfähigkeit angenommen!), wogegen ein Altersrentenanspruch – für den 15 Versicherungsjahre notwendig gewesen wären – oftmals nicht bestanden hätte.

1984 wurde daher eine Rahmenfrist eingeführt; gleichzeitig wurde die Anspruchsvoraussetzung für eine Altersrente auf fünf Versicherungsjahre herabgesetzt, womit für viele Frauen nur ein ‚Transfer‘ von einem zum anderen System stattgefunden hat. Die Ankündigung dieser Rahmenfrist-Reform hat in den Jahren vor 1985 zu einem wahren Invaliditätsboom geführt, der bei allen Statistiken und Indikatoren sofort ins Auge springt. Ab 1985 gab es einen deutlichen Rückgang bei neuen Invalidenrenten, vor allem bei Frauen. Die durchschnittliche Invalidenrente ist dabei deutlich gestiegen, weil gerade die Kleinrenten (mit wenigen und lange zurückliegenden Versicherungszeiten) wegfielen. Sind noch 1984 fast die Hälfte oder 48% aller Frauen über die Invalidenrente in Rente gegangen, waren es bereits 1985 30% und 1988 nur mehr 18% (Frick & Sadowski 1996).

Sieht man von der Entwicklung um das Jahr 1984 herum ab, so kann man in Deutschland über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg eine langsame Zunahme des Invaliditätsquotienten erkennen. Insgesamt ist dieser Quotient aber vergleichsweise eher niedrig; dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich das System nur an Erwerbstätige (und an freiwillig Versicherte) richtet, jedoch keine generelle Mindestversorgung (und auch keine Mindestrente) vorsieht.

Typisch für das deutsche System ist daher eine sehr geringe Inanspruchnahme bei Personen unter 50 Jahren – für diese Altersgruppen wurde die Invalidenversicherung auch nicht zu einem Alternativpfad für Langzeitarbeitslose, die ja zeitlich unbeschränkt eine angemessene bzw. relativ höhere (wenn auch bedarfsgeprüfte) Arbeitslosenhilfe beziehen können. Ebenso typisch ist aber eine besonders hohe Inanspruchnahme bei Personen im Vorrentenalter, v.a. im Alter 60-64; dies ist insbesondere durch die Institution der (vor allem von Männern in Anspruch genommenen) vorzeitigen Altersrente für Schwerbehinderte bedingt. Die IV-Inanspruchnahme in den höheren Altersgruppen hat z.T. stärker geschwankt, weil gerade für ältere Langzeitarbeitslose in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre andere Alternativen (sog. Vorruhestandsregelung) bestanden.

Die immer noch steigenden Invalidenrentnerzahlen bei gleichzeitig stark steigender Arbeitslosenrate haben in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen umfassenderen Reformprozeß eingeläutet, der durch den Regierungswechsel ein wenig ins Stocken geraten ist. Auswirkungen dieser (teilweise in Planung befindlichen) Reformen sind empirisch noch nicht nachweisbar und auch nicht ganz absehbar. Die wahrscheinliche Abschaffung von Berufsschutz und konkreter Arbeitsmarktbehandlung sowie die Kürzung der Leistungen bei Rentenanstritt vor dem 63. Lebensjahr könnten eine Trendwende – sprich einen Rückgang der IV-Inanspruchnahme – nach sich ziehen. Die gleichzeitig Einführung von Teilrentenoptionen und vor allem die drastische Einschränkung bei den vorzeitigen Rentensystemen (die es ab dem Jahr 2012 praktisch nicht mehr geben wird), könnte aber auch ein Ausweichen in die Invalidenrente zur Folge haben.

Die Situation der Menschen mit Erwerbsminderungen könnte sich durch die geplante Abschaffung von Berufsschutz und konkreter Betrachtungsweise tendenziell verschlechtern. Wichtig ist hierbei ein weiterer Ausbau des ohnedies bestehenden Fokus auf Rehabilitation zur Erhöhung der Teilhabechancen der Betroffenen. Eine Problem in diesem Kontext sind resultierende Ineffizienzen, weil hier zumeist andere Versicherungen (Krankenversicherung, Arbeitslosenversicherung) zuständig sind, was ein Abwälzen der Kosten attraktiv zu machen scheint – dieses Problem ist in allen Ländern, jedoch am wenigsten in der Schweiz, virulent. Untersuchungen haben gezeigt, dass trotz heftiger Rehabilitationsbemühungen etwa 75% der Invalidenrentner keine Reha-Maßnahme erfahren haben

(Fliedner & Gerdes 1988), und dass Rehabilitation auch nicht zu höherer Lebenserwartung führt (Tiemann 1988). Es gibt in Deutschland wie in den meisten anderen Ländern auch eine durch Gesetz vorgegebene Behindertenquote. Diese beträgt 6%, real sind es aber nur 4,5% (37% der Betriebe kaufen sich frei, nur 19% haben die Quote voll erfüllt).

Deutsche (Längsschnitt)Untersuchungen kommen jedenfalls zum Ergebnis, dass finanzielle Anreize im allgemeinen nur minimale Effekte haben (vgl. Riphahn 1995). Ausschlaggebend ist vielmehr die ‚relative Gesundheit‘ (d.h. die Gesundheit relativ zu den Arbeitsbedingungen und den Arbeitsmarktangeboten). Außerdem sind auch betriebliche Reaktionsmuster (Arbeitsplatzumgestaltung, Laufbahnpolitik oder Externalisierung der Kosten) in die Beurteilung miteinzubeziehen.

5.2 Entwicklungen in Italien

Die Entwicklung in Italien ist von einem Wendepunkt im Jahr 1984 geprägt. Bis zu diesem Zeitpunkt war Italien jenes Land mit dem – in dieser Ländergruppe – mit Abstand höchsten Invaliditätsvolumen. Invalidenrenten wurden bis 1984 nach medizinischen und arbeitsmarktpolitischen Kriterien, unter Wahrung des Berufsschutzes, stets als dauerhafte Vollrente mit – im Vergleich zur immer schon geringen Leistung für Arbeitslose – sehr großzügigen Leistungen und mit voller Zurechnung auch für jüngere Betroffene gewährt. Die Inanspruchnahme war dementsprechend hoch und sie war darüber hinaus wegen anderweitiger Regelungen (insbesondere der Dienstaltersrente für länger Versicherte) immer schon bei Frauen deutlich höher – 1975 bei Frauen über 50 Jahren sogar viermal so hoch wie bei Männern und damit wesentlich höher als zu irgendeinem anderen Zeitpunkt in irgendeinem anderen der untersuchten Länder. Insbesondere waren Invalidenrenten eine großzügige Kompensation in wirtschaftlichen Krisenregionen im Süden des Landes.

Es überrascht wenig, dass diese Entwicklung zu einer umfassenden Reform geführt hat bzw. führen mußte. Das Ausmaß und die Auswirkungen der Reform sind – im Vergleich zu allen anderen Reformen in den sieben Ländern – bis zum heutigen Zeitpunkt absolut unerreicht. Das Ausmaß der Reform überrascht auch in Anbetracht der Tatsache, dass das ebenfalls sehr großzügige Altersrentensystem noch gut ein weiteres Jahrzehnt unverändert blieb.

In wenigen Worten wurde bei der Reform 1984 der Berufsschutz und jedwede Einbeziehung arbeitsmarktrelevanter Faktoren abgeschafft und es wurden nunmehr fast ausschließlich – außer bei 100%iger Invalidität – befristete Leistungen gewährt, welche darüber hinaus deutlich geringer sind, weil eine Zurechnung bis zum gesetzlichen Rentenalter völlig fehlt (allerdings gibt es eine Mindestrente, die auch tatsächlich drei Viertel der Betroffenen beziehen). Die Befristung erfolgt auf drei Jahre, danach eine neuerliche Überprüfung, nach sechs Jahren erfolgt schließlich (gegebenenfalls) eine Umwandlung in dauerhafte Ansprüche (außer das Altersrentenalter wird schon früher erreicht); mit anderen Worten: die Leistungen wurden für die ersten sechs Jahre der Inanspruchnahme drastisch gekürzt, um die Anreizwirkung zu reduzieren.

Die Reform war auch in höchstem Maße effizient: der Bestand an Invalidenrentnern hat sich von 3,4 Millionen (1980) auf 0,7 Millionen (1998) reduziert, der Neuzugang ist fast zum Erliegen gekommen – mit einem Rückgang von 200.000 im Jahr 1980 auf 100.000 1985 (also unmittelbar nach der Reform) und auf lediglich ca. 5.000 (!) im Jahr 1998. Durch die mehrmalige Überprüfung konnte

auch die Zahl an falschen Zuweisungen reduziert werden, d.h. erstmals war auch eine Gesundung möglich. Die Einsparungen der Invalidenversicherung waren aber weit mehr als nur proportional, weil ja auch die Ansprüche pro Kopf deutlich gesunken sind.

Die Reform wird aber erst verständlich, wenn man weiß, dass zugleich ein anderer Mechanismus zu greifen begann. Schon 1970 wurde in Italien, als Ergänzung zum erwerbsbezogenen System, ein bedarfsgeprüftes Invalidengeld – gewissermaßen eine erhöhte Sozialhilfeleistung – (für das allerdings 74% Erwerbsminderung erforderlich sind) eingeführt. 1980 und 1988 wurden diese Ansprüche ausgebaut. Die Invalidenrentenreform 1984 hat nun zu einem massiven Ausweichen zum Invalidengeld geführt. Die Kosten für derartige Leistungen haben sich vervielfacht – allerdings war der Nettoeinsparungseffekt dennoch gigantisch, weil das Invalidengeld erstens wesentlich niedriger und zweitens eben auch bedarfsgeprüft ist. Dennoch wird seit 1996 auch das Ausweichen zum Invalidengeld stärker kontrolliert bzw. verhindert, weil bis dahin Mißbrauch in diesem Bereich wegen fehlender Kontrolle ermöglicht wurde (d.h. der Mißbrauch hatte sich von der Invalidenrente zum Invalidengeld verlagert). Das Beispiel Italien ist also auch ein Beispiel, wie eine Einladung zum Mißbrauch in großem Stil genutzt wird.

Eine interessante Beobachtung aus dem Länderbericht, der durch die Daten deutlich bestätigt wird, ist, dass diese tiefgreifende Reform erst mit einiger Verzögerung so richtig zu greifen begann; man sieht in der Statistik keinen plötzlichen Bruch, sondern einen graduellen, durchaus rasanten Rückgang. Ein eingespielter Mechanismus ist nicht leicht umzukehren; so haben sich die entscheidenden Ärzte offensichtlich erst langsam auf die neue Situation eingestellt (abgesehen davon, dass bereits Bezugsberechtigte auch von einer umfassenden Reform nur betroffen wären, wenn ihre Ansprüche nachträglich in Frage gestellt würden). Diese Beobachtung könnte auch für andere Länder bzw. Reformen relevant sein.

Das neue politische Klima im Italien der 1990er-Jahre und der Beinahe-Zusammenbruch eines äußerst generösen Systems hat schließlich auch zu einschneidenden Reformen der Altersrenten geführt (Amato- und Dini-Reformen, mit dem Ziel eines strikten Beitragszusammenhangs, vgl. u.a. Baldacci & Lugaresi 1995 oder Porta & Saraceno 1997), die nicht ohne Wirkung auf die Invalidenversicherung bleiben werden.

Bei all der Betonung der Maßnahmen und Wirkungsweisen der umfassenden Reform im Jahr 1984 – die deshalb so interessant ist, weil Italien hier als reales Laboratorium dient –, darf die Situation der Menschen mit Erwerbsminderungen nicht vergessen werden. Für viele Betroffene v.a. in Süditalien dürfte sich die Einkommenssituation – wenn auch oftmals gewissermaßen gerechtfertigter Weise – deutlich verschlechtert haben. Der Arbeitsmarkt für Behinderte sollte bzw. müßte wegen der sehr hohen Behindertenquote von 15% (allerdings nur für Unternehmen mit mehr als 35 Mitarbeitern) größer sein als anderswo. Erwähnenswert ist aber auch die generell sehr schlechte Versorgung Arbeitsloser in Italien, die nur für kurze Zeit (für ein halbes Jahr) und nur bei 30%iger Ersatzrate Ansprüche beziehen können, die seit Beginn dieses Jahres außerdem nur bei Entlassung nicht aber bei Selbstkündigung zustehen. Hier scheinen Verbesserungen notwendig.

Zusammenfassend bleibt aber die Tatsache, dass die Invalidisierungswahrscheinlichkeit in Italien von etwa zwölf Neuzugängen pro 1000 Erwerbspersonen im Jahr 1975 sukzessive auf nur etwa einen Neuzugang pro 1000 Erwerbspersonen im Jahr 1995 zurückgegangen ist – und damit ein nied-

riges Niveau erreicht hat, von dem alle anderen hier untersuchten Länder (inklusive der Schweiz) meilenweit entfernt sind und auch unter Einrechnung der Neuzugänge zum staatlichen Invalidengeld immer noch entfernt wären. Wenngleich das Ausmaß der negativen Auswirkungen dieser drastischen Reform nicht wirklich bekannt ist, so dokumentiert dieses Beispiel doch, dass die Invalidenversicherung in allen anderen Ländern als integraler Bestandteil des Sozialversicherungssystems eine Fülle (mindestens teilweise) systemfremder Aufgaben übernimmt. Anders wären so große Differenzen zwischen vergleichbaren Volkswirtschaften nicht erklärbar.

5.3 Entwicklungen in den Niederlanden

Auch die Niederlande sind ein außergewöhnlich interessantes Fallbeispiel; unter dem Titel ‚The Dutch Disease‘ (Aarts et al. 1996) ist dieses Land für sein massives Invaliditätsproblem berühmt-berüchtigt geworden. Charakteristisch für die Entwicklung sind hier zwei Phasen: eine, angesichts der Dramatik der Entwicklung und der außerordentlich guten jahrelangen Dokumentation und Diskussion darüber, unendlich lange Phase – etwa von 1970 bis 1990 –, in der praktisch nichts geschehen ist und schließlich, vor allem zwischen 1994 und 1998, ein sehr plötzlicher und nachhaltiger, in mancherlei Hinsicht vielleicht auch richtungweisender, Reformprozeß.

Von einem durchschnittlichen Niveau im Jahr 1970 – 27 Invalidenrentner pro 1000 Personen im Erwerbsalter – hat sich das Invaliditätsvolumen bis zum Jahr 1990 sukzessive mehr als verdreifacht. Am stärksten war die Zunahme zwar 1975-1980, also kurz vor der rasanten Zunahme der Arbeitslosigkeit, dennoch wird der Anstieg in großem Ausmaß als verdeckte Arbeitslosigkeit interpretiert. Berechtigt scheint diese Interpretation vor allem auch angesichts der starken Inanspruchnahme bei Personen unter 50 Jahren – diese war 1990 beispielsweise achtmal so hoch wie in Deutschland oder Österreich. Aber auch unter Personen im Vorrentenalter war die Nutzung der Invalidenrente vergleichsweise weit verbreitet. Insgesamt war das Invaliditätsvolumen immer bei Männern höher, bezogen auf die Beschäftigten in der jeweiligen Altersgruppe ist jedoch kaum ein Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Nutzung der Invalidenversicherung zu erkennen.

Die Hauptursache für die großflächige Verwendung bzw. Umfunktionierung von Invaliditätsrenten zu einem Arbeitsmarkt(bereinigungs)instrument wird in der damaligen Administration gesehen. Die Zuweisung des Invalidenstatus lag zur Gänze in der gemeinsamen Verantwortung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter; in stiller Übereinkunft aller Beteiligten wurden Arbeitsmarktprobleme in großem Stil an die Invalidenversicherung abgewälzt. Die Erhaltung der Einkommenssicherheit wurde damit deutlich über die Erhaltung der Jobsicherheit gestellt. Die Reformen in den 1990er-Jahren haben in der zweiten Welle – ausgelöst durch eine Debatte über den richtigen *public-private mix* – dann auch genau an diesem Punkt angesetzt. Ein weiterer Grund für die hohe und steigende Inanspruchnahme ist in den großzügigen Leistungen zu finden, mit einer 70%igen Ersatzrate (bis 1985 sogar 80%) für alle Vollinvaliden.

In einem ersten Schritt wurde 1987 der Spielraum bei der Einbeziehung der Arbeitsmarktsituation eingeschränkt, was aber ohne große Auswirkung geblieben ist. 1994 wurde dann der Berufsschutz abgeschafft, die medizinische Komponente bei der Beurteilung verstärkt und eine generelle Befristung der Leistungen eingeführt. Gleichzeitig wurde aber auch eine grundlegende Reform der Leistungsansprüche vorgenommen, mit dem Ziel die Anreize gerade für Jüngere wesentlich einzu-

schränken und die Beitragsgerechtigkeit zu erhöhen. Seither gibt es zwei Phasen: Die volle Ersatzrate von 70% wird – je nach Alter – nur mehr für maximal 6 Jahre geleistet (6 Jahre bei Personen über 58 Jahre, graduell abnehmend auf 0 Jahre für Personen unter 33). In der zweiten Phase wird der Anspruch – wiederum altersabhängig – reduziert (bei durchschnittlichem Einkommen um zwischen 10% für einen 55-Jährigen und 35% für einen 30-Jährigen). Schließlich wurde im Jahr 1994 eine generelle Nachprüfung der Einstufung für alle Invalidenrentner unter 45 Jahren gestartet, womit auch eine zu große Benachteiligung der Neuzugänge relativ zum Bestand an Invalidenrentnern vermieden wurde. Diese Nachprüfung hat schlußendlich vier Jahre gedauert und hat tatsächlich zu einer Neueinstufung in 30% aller Fälle geführt (besonders bei Personen unter 40 Jahren oftmals auch zu einem gänzlichen Wegfall der Leistung).

Die Invalidenstatistik weist das Jahr 1994 als das Jahr des Umschwungs aus. Die Zahl der Neuzugänge ist um 15% zurückgegangen, und auch der Bestand ist erstmals seit 1970 wieder leicht (um 3%) gesunken. Dieser Rückgang wird sowohl auf den erschwerten Zugang, als auch auf die deutlich reduzierten Ansprüche (und damit Anreize) zurückgeführt.

Im Jahr 1995 ist man dann noch einen entscheidenden Schritt weiter gegangen: Die Administration der Invalidenversicherung wurde privatisiert. Derzeit haben diese privaten Sozialversicherungsanstalten noch sektorale Monopole – de facto ist diese Privatisierung also noch nicht wirksam –, mittelfristig sollte durch einen entsprechenden kontrollierten Wettbewerb die Effizienz (und im Idealfall auch die Gerechtigkeit) aber wesentlich steigen. Der Markt der Privatversicherer boomt jedenfalls jetzt schon, weil die Lücke, die durch die Leistungskürzungen 1994 entstanden ist, oftmals durch Zusatzversicherungen abgedeckt wird.

Wenn man die Wirksamkeit der Reform 1994 betont, darf allerdings nicht vergessen werden, dass die jährliche Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei Personen unter 50 Jahren immer noch deutlich höher ist als in allen anderen hier untersuchten Ländern. Darüber hinaus ist sie zwischen 1995 und 1998, gewissermaßen nach einem ersten Schock, neuerlich leicht angestiegen. Das dürfte damit erklärbar sein, dass der konkrete Arbeitsmarkt – durch Einbeziehung der ökonomischen Bedingungen und Diskriminierung bei Bewerbungen – in den Niederlanden auch nach den Reformen immer noch eine entscheidende Rolle spielt.

In den letzten drei Jahren schließlich gab es eine neue – vielleicht richtungsweisende – Tendenz, mit dem Ziel, die soziale Verantwortung der Arbeitgeber zu erhöhen und den Staat dementsprechend zu entlasten. 1996 wurde das Krankengeld für die gesamten 12 Monate in die volle Verantwortung der Arbeitgeber, die sich nun auf dem Markt versichern können, übertragen. Dies hat auch prompt zu einer Halbierung der Krankenstandsabsenzen geführt. Auch innerhalb der Arbeitslosenversicherung wurden in diesem Jahr Elemente des ‚*Verursacherprinzips*‘ verstärkt; Betriebe in Arbeitslose produzierenden Branchen zahlen seither für die ersten sechs Leistungsmonate höhere Beiträge an die Arbeitslosenversicherung (‚*experience rating*‘). 1998 wurde auch in der Invalidenversicherung ein Schritt in diese Richtung getan: Die Finanzierung für die ersten fünf Invaliditätjahre wird nun getrennt behandelt, die Beiträge zu diesem System werden nach dem Verursacherprinzip gestaffelt (d.h. Betriebe, die einen Invalidenrentner produzieren, zahlen höhere Beiträge; jene, die einen Invalidenrentner anstellen, geringere). Auswirkungen dieser Maßnahme sind noch nicht nachweisbar.

Diese neue Tendenz scheint zukunftsweisend; in einer modernen, eigenverantwortlichen Zivilgesellschaft scheint der sukzessive Rückzug des Staates naheliegend. Die Auswirkungen auf Personen mit Erwerbseinschränkungen sind jedoch ambivalent zu beurteilen. Für Personen, die sich aktuell im Arbeitsprozeß befinden, könnte sich die Situation verbessern, wenn Betriebe ein nicht nur moralisch-motivatorisches sondern auch unmittelbar ökonomisches Interesse an der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter haben (müssen). Für Personen, die sich in den Arbeitsmarkt eingliedern oder den Arbeitsplatz wechseln möchten, stellen sich aber neue Hürden. Die mit der steigenden Verantwortung der Betriebe verbundene schärfere Kontrolle des Gesundheitszustandes bei Neueinstellungen erschwert den Arbeitszugang für Menschen mit Behinderungen. In diesem Zusammenhang scheinen Behindertenquoten (diese beträgt in den Niederlanden theoretisch zwischen 3 und 7%, wird aber nicht gesetzlich umgesetzt) unvermeidlich.

5.4 Entwicklungen in Norwegen

Das Invaliditätsvolumen in Norwegen liegt heute nur relativ wenig unter jenem in den Niederlanden. Vor allem bei Personen unter 50 Jahren ist das Volumen sehr hoch, was zum Teil auch durch das universelle System, das allen Personen einen Mindestanspruch garantiert, erklärt werden kann. Norwegen ist aber vor allem aus zwei eher ungewöhnlichen Gründen ein interessanter Untersuchungsfall: Zum einen hat Norwegen bis 1990 über ein extrem hohes faktisches Rentenalter verfügt (das gesetzliche liegt ja bei 67 Jahren), was trotz fehlender Regelungen für vorzeitige Renten jedoch nicht zu einer extrem hohen Nutzung der Invalidenversicherung als Frührenteninstrument geführt hat. Seit etwa 1990 hat sich diese Entwicklung aber deutlich verändert. Zum anderen ist Norwegen das einzige Beispiel, wo es nach einer Verschärfung der Zugangskriterien (Anfang der 1990er-Jahre) nach 1994 zu einer Re-Liberalisierung gekommen ist.

Bis zum Jahr 1990 gab es kaum nennenswerte gesetzliche Veränderungen. Die jährliche Invalidisierungswahrscheinlichkeit ist ziemlich unverändert sehr hoch gewesen, bei Frauen stets höher als bei Männern, und das Invaliditätsvolumen ist kontinuierlich gestiegen (dieser Anstieg hat sich übrigens in abgeschwächter Form bis heute fortgesetzt). Die außerordentlich hohe Inanspruchnahme läßt sich unter anderem dadurch erklären, dass der jeweilige Hausarzt (der sich den Patienten und nicht der Sozialversicherung verbunden fühlt) – bis zum heutigen Datum – die alleinige Verantwortung für die Zuweisung des Invalidenstatus und etwaiger Rehabilitationsmaßnahmen trägt. Hinzu kommt, dass es nur geringe Mobilitätsanforderungen gab, was in einem räumlich großen Land wie Norwegen eminente Bedeutung hat – daher gibt es auch durchaus nennenswerte regionale Unterschiede. Untersuchungen haben für Norwegen gezeigt, dass Arbeitslosigkeit und Invalidität in sehr engem Zusammenhang stehen bzw. standen; drei Arbeitslose generieren im Schnitt einen Invalidenrentner. Daher kam es auch in der Periode 1985-1990 parallel zur Zunahme der Arbeitslosigkeit zu einer deutlichen Steigerung bei der Invalidisierungswahrscheinlichkeit.

1990 war ein Wendepunkt in doppelter Hinsicht. In der Invalidenversicherung wurden die Zugangskriterien erstmals verschärft (größere Rehabilitations- und auch Mobilitätsanforderungen, Abschaffung des Berufsschutzes), gleichzeitig wurde eine private Frührentenvereinbarung getroffen (die Anspruchsberechtigung dafür wurde dann bis 1998 sukzessive ausgeweitet). Die Verschärfung des Zugangs hat auch wirklich zu einem deutlichen Anstieg der Ablehnungsrate geführt, insbesondere bei

Frauen, die bislang besonders häufig aufgrund sogenannter ‚nicht-definierter‘ Krankheiten eine Invalidenrente erhielten. Diese Entwicklung hat im Jahr 1994 zu einer erfolgreichen Klage beim dafür zuständigen Sondergerichtshof geführt; es kam also zu einer Re-Liberalisierung bzw. zu einer teilweisen Rücknahme der Zugangsverschärfungen. Erklärbar ist dieser Schritt wahrscheinlich auch durch die außerordentlich günstige wirtschaftliche Entwicklung in Norwegen – gepaart mit einem Rückgang der Arbeitslosenrate.

Die auf Druck der Arbeitnehmervertreter geschlossene Frührentenvereinbarung hat zeitgleich zur Herausbildung einer in Norwegen bislang unbekanntes, in den meisten Ländern Europas aber seit Jahr(zehnt)en verbreiteten, ‚Frührentenkultur‘ geführt; wer konnte, machte zusehends von der neuen – mit 40% vom Staat subventionierten – Möglichkeit Gebrauch.

Ab 1995 gab es dann – bedingt durch das Gerichtsurteil – eine neuerliche Zunahme der Invalidisierungswahrscheinlichkeit, wobei dieser Anstieg wiederum mehrheitlich Frauen und insgesamt vor allem Personen über 55 Jahren betraf. Ein weiterer Grund für die Zunahme seit 1995 lag aber auch in den zuvor neu eingeführten Rehabilitationsanforderungen, die oftmals gerade bei Älteren eben um drei Jahre verzögert doch zur Inanspruchnahme einer Invalidenrente geführt haben (insofern war der Rückgang 1990-1994 also zum Teil kein echter Rückgang, sondern eine vorübergehende Umklassifizierung). Schließlich sind die absoluten Invalidenrentnerzahlen in den letzten Jahren auch aus demographischen Gründen deutlich gestiegen, weil die Nachkriegs-Babyboomkohorten das 50. Lebensjahr erreichen.

Seit 1995 sind aber auch die Frührenten – bedingt durch die Herabsetzung des Anspruchsalters – immer rascher angewachsen. In dieser kurzen Periode 1995-97 haben also bei Personen über 60 sowohl Invalidenrenten als auch Frührenten stark zugenommen; das lange vorherrschende Selbstverständnis, bis zum gesetzlichen Rentenalter zu arbeiten, scheint abhanden gekommen zu sein. Vorzeitig in Rente zu gehen ist – später als anderswo – populär geworden; durch steigende Arbeitslosigkeit ist dieses Phänomen jedenfalls nicht zu erklären. In nächster Zeit scheint daher ein weiterer Rückgang des Rentenalters durchaus sehr wahrscheinlich.

5.5 Entwicklungen in Österreich

Die Situation in Österreich ist eine völlig andere, wenngleich sich die Entwicklung in der Invalidenversicherung ebenfalls durch eine sukzessive, bislang ungebrochene Zunahme des Invaliditätsvolumens beschreiben läßt – das Gesamtniveau ist allerdings nur halb so hoch wie etwa in Norwegen. Insgesamt ist in Österreich eine extrem niedrige Inanspruchnahme bei Personen unter 50 Jahren (ähnlich wie in Deutschland auch, weil es mit der sog. Notstandshilfe eine bessere Versorgung für Langzeitarbeitslose gibt), und zugleich eine extrem hohe Inanspruchnahme bei Personen zwischen 50 und 64 Jahren typisch. Die Invalidenversicherung trägt also zu einem hohen Grad die Kosten der (steigenden) Altersarbeitslosigkeit und stellt insofern eine zusätzliche Säule im ohnedies breitgestreuten Angebot an vorzeitigen Rentenleistungen dar.

Das österreichische System ist bemerkenswert, weil es den Berufsschutz nach wie vor besonders hoch hält, gleichzeitig aber durch eine strikte Kontrolle größeren Mißbrauch verhindert. So wurden im Jahr 1997 nicht weniger als 60% der Anträge auf Invalidenrente abgewiesen. 12% der in erster

In Instanz Abgewiesenen waren allerdings in 2. Instanz (nach Einspruch beim Arbeits- und Sozialgericht) erfolgreich wegen des Berufsschutzes ist auch die Erfolgsquote in zweiter Instanz bei Hilfsarbeitern geringer (vg. Wörister & Marischka 1997). Darüber hinaus ist es auch möglich, eine Invalidenrente wieder zu entziehen, wenn die Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind. Auf der anderen Seite aber bedeutet Berufsschutz in Österreich, dass der Invalidenrentenanspruch nur dann wegfällt, wenn der alte Beruf (oder ein Verweisberuf) ausgeübt werden kann. In einem neuen Beruf kann (bzw. konnte jedenfalls bis vor kurzem) fast beliebig dazuverdient werden. Berufsschutz, mit dem Ziel einer Vermeidung des sozialen Abstiegs, ist somit vom erzielten Einkommen unabhängig. (Erst ab dem Jahr 2001 wird es erstmals Einkommensanrechnungen für Neuzugänge geben).

Bis 1984 gab es für Personen über 50 Jahren gewisse Mißbrauchsanreize, weil acht Versicherungsjahre innerhalb der Rahmenfrist für einen Anspruch auf Invalidenrente ausreichten, wogegen für einen Altersrentenanspruch 15 Versicherungsjahre erforderlich waren (und immer noch sind). Anreize gab es etwa für pragmatisierte Eisenbahner, die zumeist ab dem 53. Lebensjahr eine Beamtenrente bezogen und danach einen zusätzlichen Rentenanspruch erwerben konnten. Im Gegensatz zu Deutschland, wo 1984 erst eine vergleichbare Rahmenfrist eingeführt worden ist, wurde die in Österreich bestehende Rahmenfrist so erweitert, dass mit jedem Lebensmonat über 50 ein zusätzliches Versicherungsmonat benötigt wird. Im Alter von 60 Jahren sind sowohl für die Altersrente als auch für die Invalidenrente 15 Versicherungsjahre erforderlich (vgl. Talos & Wörister 1994).

Der Berufsschutz wurde sukzessive von Angestellten (1956), Facharbeitern und angeleiteten Arbeitern (1962) auf alle Personen über 55 Jahre (1981) ausgeweitet. Letzteres hat in der Periode 1980-1985 zu einer sehr starken Zunahme (deutlich über 50%) der Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei Personen zwischen 55 und 64 Jahren geführt. In der Folge wurde dann, im Jahr 1993, eine eigene vorzeitige Altersrente bei geminderter Erwerbsfähigkeit geschaffen, die für alle Personen ab 55 unter bestimmten Voraussetzungen hinsichtlich der Versicherungsdauer zugänglich war – und in dieser Studie (korrekterweise) der Invalidenversicherung zugerechnet wird. Das hat die Inanspruchnahme bei Männern zwischen 55 und 59 Jahren nochmals gesteigert, woraufhin die Altersgrenze – nur für Männer – bereits im Jahr 1996 auf 57 Jahre angehoben wurde. Dies hat auch sofort zu einem Rückgang der männlichen Invalidenrentner in dieser Altersgruppe und einer völlig analogen Zunahme der arbeitslosen Männer diesen Alters geführt.

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Österreich waren und sind fast gänzlich durch die unterschiedlichen Altersgrenzen beim Zugang zur Altersrente und zu allen vorzeitigen Altersrenten erklärbar. Weil Frauen auch andere Formen der Frührente ab 55 Jahren zur Verfügung stehen, ist für sie diese neugeschaffene Rentenart weniger bedeutsam. Für Männer gilt bei den sonstigen Frührentenmöglichkeiten eine Altersgrenze von 60 Jahren, daher sind für die Altersgruppe 55-59 Invalidenrenten und diese neue Form der vorgezogene Altersinvalidenrenten deutlich relevanter.

Die Hochhaltung des Berufsschutzes hat, insbesondere nach einigen OGH-Urteilen, die Aufgabe der Gutachter der Sozialversicherungsanstalten wesentlich erschwert. Gutachten müssen außerordentlich detailliert auf den Beruf des Antragstellers bezogen sein, damit das Kriterium Berufsschutz beurteilt und exekutiert werden kann. Dem durch den Berufsschutz relativ leichteren Zugang zur Invalidenrente steht also eine strikte Kontrolle und Überprüfung anhand vorgegebener Kriterien gegenüber. Es gilt dabei grundsätzlich eine strikt abstrakte Arbeitsmarktbewertung. Invalidität wird beispiel-

weise grundsätzlich akzeptiert, wenn es weniger als 100 Arbeitsplätze gibt, die in Frage kämen; ob diese Arbeitsplätze frei oder aber besetzt sind, ist bei der Beurteilung irrelevant. Außerdem bezieht sich die Verweisbarkeit generell auf ganz Österreich; die Mobilitätsanforderungen sind somit sehr hoch (Arbeitslose werden in diesem Zusammenhang, etwa bei bestehenden Betreuungspflichten, als ‚schwer vermittelbar‘ eingestuft, was deren Situation nur dahingehend verbessert, als zum Teil spezielle Schulungsangebote beansprucht werden können).

Entwicklungen zu einer Steigerung der Verantwortung der Dienstgeber gibt es in Österreich (noch) nicht. Im Gegenteil, die Rechtsprechung hat hier die Arbeitgeber weitgehend ihrer sozialen Verantwortung enthoben; eine im Zuge einer Erwerbsminderung gegebenenfalls notwendige Anpassung des Arbeitsplatzes ‚kann dem Dienstgeber nicht zugemutet werden‘. Auch in Österreich gibt es eine Behindertenquote; diese ist mit 4% (real aber nur 2,8%) vergleichsweise niedrig.

5.6 Entwicklungen in Schweden

Schweden weist sowohl hinsichtlich der Trends (stetige Zunahme aufgrund anhaltend hoher Invalidisierungswahrscheinlichkeiten) als auch des gesamten sehr hohen Invaliditätsvolumens (das auch und gerade bei Personen unter 50 Jahren sehr hoch ist) große Ähnlichkeiten mit Norwegen auf. Aktive Arbeitsmarktpolitik mit beruflicher Rehabilitation steht im Zentrum, um das Prinzip ‚Arbeit vor Einkommensersatz‘ möglichst zu verwirklichen (Betonung von *workfare* statt *welfare*). Es gibt aber einen ganz wesentlichen Unterschied zwischen diesen beiden Ländern: Schweden hat schon in den 1970er-Jahren verschiedenen Möglichkeiten des vorzeitigen Rententritts geschaffen, was sich auch in der Invalidenversicherung spiegelt. Seit 1974 sind bei Personen über 60 Jahren ausschließlich arbeitsmarktrelevante Kriterien für die Zuweisung des Invalidenstatus ausreichend. Dies hat auch – bis 1991 – zu einer deutlichen Zunahme der Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei Personen zwischen 60 und 64 Jahren geführt.

Nicht zuletzt deshalb wurde diese Sonderregelung für Personen über 60 Jahre im Jahr 1991 abgeschafft. Man hat den zuständigen Ärzten aber für diese Personengruppe zunächst immer noch – durch die sog. ‚*elderly rules*‘ – einen größeren Handlungsspielraum gewährt. Nach einem deutlichen Rückgang bei der Inanspruchnahme der 60 bis 64-Jährigen nach 1991 – trotz rasant steigender Arbeitslosigkeit – (die Invalidisierungswahrscheinlichkeit hat sich fast halbiert), ist diese zuletzt wieder erheblich gestiegen; bei Männern stärker als bei Frauen. Dies ist nicht zuletzt durch die weitgehende Verantwortung der Wahlärzte mit nur eingeschränkten Kontrollmöglichkeiten der Ärzte der Sozialversicherungsanstalten erklärbar. Jedenfalls hat dieser neuerliche Anstieg 1997 zu einer völligen Abschaffung der *elderly rules* geführt; nunmehr sind für alle Personen ausschließlich medizinische Kriterien für die Beurteilung maßgeblich.

Das relativ hohe Invaliditätsvolumen bei den unter 50-Jährigen ist insofern etwas überraschend, als die Anreize wegen der in Schweden üblichen Preisindexierung der Renten (die dazu führt, dass Rentenansprüche Jahr für Jahr weiter hinter das Durchschnittseinkommen zurückfallen) für jüngere potentiell Betroffene eher gering sind. Andererseits beweist das eher, dass Einkommensanreize per se die Inanspruchnahme ohnedies nicht erklären können. Vielmehr sieht man auch in Schweden – insbesondere Anfang der 1990er-Jahre – einen deutlichen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität: beides hat zwischen 1990 und 1995 sehr deutlich zugenommen.

Ein anderes Spezifikum Schwedens ist der starke Fokus auf Teilzeitionen, auch hier mit dem Ziel, das vorhandene Erwerbspotential möglichst zu nutzen. Teilzeitionen, die auch entsprechend kombiniert werden können, gibt es daher in allen Einkommensersatzprogrammen (vgl. Wadensjö & Palmer 1996): beim Arbeitslosengeld ebenso wie bei der Altersrente und bei der Invalidenrente. 1993 wurde durch Schaffung von vier (ab 25%) statt bisher drei (ab 33%) Invaliditätsstufen der Spielraum noch erweitert. Diese Politik hat auch – jedenfalls bis 1995 – zu einem sukzessiven Rückgang des Anteils an Vollrenten (bei Frauen auf knapp über 50%) geführt. 1995-1997 hat der Anteil an Vollrenten allerdings wieder zugenommen; die Ursachen dafür sind nicht bekannt, ein Zusammenhang mit der anhaltend hohen Arbeitslosenrate scheint jedoch wahrscheinlich.

Schließlich hat Schweden Ende der 1990er-Jahre eine umfassende Rentenreform erlebt – ähnlich wie in Italien mit dem Ziel einer strikten Beitragsgerechtigkeit bei flexiblem Rentenantritt (vgl. etwa Stahlberg 1995 oder Kruse 1997). Die Rentenreform, welche Anfang 1999 in Kraft getreten ist, blieb aber ‚unvollständig‘. Die parallel dazu geplante Reform der Invalidenrente – die ja Bestandteil des Rentensystems ist – wurde bislang hinausgeschoben, weil (noch) keine Einigkeit erzielt werden konnte. Das ist insofern bemerkenswert als damit erstmals ein Unterschied im Leistungsniveau zwischen Altersrente und Invalidenrente besteht – zumindest wenn dieser Zustand länger andauert. In so einem Fall wäre beispielsweise ein Ausweichen auf Invalidenrenten (die nunmehr höhere Leistungen gewähren) nicht auszuschließen. Wichtigstes Ziel der noch ausstehenden Invalidenrentenreform ist die Umsetzung des Rechts auf Arbeit bzw. die Minimierung jedweder Anreize zur Nichterwerbstätigkeit. So soll es einerseits zu einer Erleichterung der Arbeitsmöglichkeiten von Invalidenrentnern kommen; andererseits soll größere Flexibilität beim Wechsel zwischen Invalidenstatus und Beschäftigung möglich sein (also auch eine einfache Rückkehr in den Invalidenstatus, wenn die Beschäftigung nicht funktioniert hat).

Vergleichstabelle 4: Ursachen der Trends in der Invalidenversicherung

	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	NIEDERLANDE
„Verdeckte“ Arbeitslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ➤ (nicht verdeckt, sondern offen): hohe Inanspruchnahme wegen Berufsschutz und konkreter Betrachtungsweise ➤ Hohe Inanspruchnahme bei Älteren wegen spezieller Altersrente für Schwerbehinderte ➤ Vorruhestand ab 58 ('84 -'88) verdeckt Altersarbeitslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ganz allgemein ‚Schönung‘ der Arbeitslosenstatistik durch strikte Hochhaltung des Berufsschutzes ➤ Einführung der vorzeitigen Altersrenten ab 55 wegen Arbeitsunfähigkeit ('93) verdeckt Altersarbeitslosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anstieg ab 1970 bis etwa 1990 in großem Maße verdeckte Arbeitslosigkeit
Geänderte Rechtsprechung hinsichtlich des Zugangs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vor Rahmenfrist-Reform '84: Frauen mit wenig Vers.jahren versuchen EU-Rente zu erhalten (viel leichter Zugang als zu Altersrenten) ➤ Rückgang ab '85, v.a. bei Frauen (dafür aber Zunahme bei Altersrenten) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorzeitige Altersrenten ab 55 wegen Arbeitsunfähigkeit (seit '93) führt zu ‚Umschichtung‘ – von Invalidenrenten zu Alters-Invalidenrenten – aber auch zu einer Zunahme beider Invalidenrenten zusammen ➤ Anhebung der Altersgrenze für Männer auf 57 bringt eine Korrektur (mehr Arbeitslose, weniger Invalidenrentner) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rückgang, insbesondere nach 1994, als Folge eines erschwerten Zugangs und deutlich reduzierter Ansprüche
Gesundheitliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Empirische Evidenz gesteigener Arbeitsbelastung ➤ Gesundheit als relativer Begriff: relativ zur Arbeitsbelastung und vor allem in Zusammenhang mit dem jeweiligen Arbeitskräfteüberschuß 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Invalidenrentnerzahlen analog zu Zahl der Krankenstandstage (umgekehrtes Verhältnis bei Angestellte u. Arbeitern) 	
Mißbrauch	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bis '84: Berufsschutz mit konkreter Betrachtung plus relativ leichter Zugang schafft Anreize, vor allem für höherqualifizierte Frauen mit langer Unterbrechung (ab Alter 70 wurde generell Arbeitsunfähigkeit angenommen!) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bis '84 Mißbrauch v.a. bei Bäuerinnen und bei Eisenbahnern wegen des leichteren Zugangs für 50+ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bis 1994, „Mißbrauch“ einer laxen Administration, die zur Gänze in der Verantwortung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter lag („stille Übereinkunft aller Beteiligten“)
Sonstige Ursachen		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geburtenboom 1938-1942 führt zu besonderem Anstieg der Rentnerzahlen (bei Alters- aber auch bei Invalidenrenten) im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts 	

Vergleichstabelle 4: Ursachen der Trends in der Invalidenversicherung (Fortsetzung)

	ITALIEN	NORWEGEN	SCHWEDEN
„Verdeckte“ Arbeitslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bis '84: Invalidenrenten als großzügige Kompensation in wirtschaftlichen Krisengebieten (v.a. in Süditalien) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '73-'91: höhere Arbeitslosigkeit produziert Invalidität (3 Arbeitslose generieren einen Invalidenrentner), vor allem bei fehlendem Frührentensystem ➤ wegen großer Distanzen in Norwegen besonders relevant (daher auch regionale Unterschiede) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ '74 bis '91: hohe Invaliditätsrate bei über 60jährigen wegen Anerkennung von (ausschließlich) arbeitsmarktpolitischen Gründen ➤ (geringe und abnehmende) regionale Unterschiede
Geänderte Rechtsprechung hinsichtlich des Zugangs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung befristeter Leistungen mit dreimaliger Überprüfung ('84) reduziert die Zahl an falschen Zuweisungen und ermöglicht erstmals eine „Gesundung“ ➤ Kontrolle und Umstufung beim Invalidengeld ('96) führt zu einem Rückgang auch bei der ‚Alternativ-Strategie‘ (im Schnitt ca. 25% Falschzuweisung) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rückgang nach '91 wegen Zugangsverschärfung (teilweise auch Substitution durch vorzeitige Renten, jedenfalls bis '94; danach Anstieg bei beiden!) ➤ Liberalisierung beim Zugang von Hausfrauen ➤ Anstieg nach '94 wegen Reliberalisierungsurteil durch Sondergerichtshof und als time-lag nach Reha-Leistung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Nach '91: Rückgang bei Neuzugängen über 60 (striktter Zugang) ➤ '92/'93: vorübergehende Zunahme bei den Neuzugängen, weil Umstufung bei langen Krankenständen – danach dann deutlicher Rückgang, dafür aber erstmals steigender Anteil an Vollrenten
Gesundheitliche Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilweise objektiv verbesserter Gesundheitszustand (Servicesektor, statt primärer und sekundärer Sektor; mehr Sicherheit am Arbeitsplatz; weniger Unfälle ganz allgemein) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Veränderter Gesundheitszustand kann Anstieg seit '95 nicht erklären (Mortalität bei Invalidenrentnern geht zurück) ➤ Hypothese einer ‚Invalidenreserve‘: höhere Jobanforderungen führen zu ‚relativer‘ Gesundheitsverschlechterung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Seit '90 mehr Neuzugänge zu Invalidenrenten bei Frauen analog zu den längeren Krankenständen ➤ Frauen immer schon häufiger mit Teilrenten, weil im Schnitt ‚schwieriger‘ zu diagnostizierende Krankheiten
Mißbrauch	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mißbrauch durch großzügige Anerkennung von Invalidenrenten bis 1984 quasi herausgefordert ➤ Mißbrauch beim Invalidengeld durch fehlende Kontrolle ermöglicht 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mißbrauch, weil sich Ärzte den Patienten verbunden fühlen (und nicht der Sozialversicherung) ➤ Geringere Stigmatisierung führt zu einer überproportionalen Zunahme 	
Sonstige Ursachen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neue Politik der ‚Kontrolle‘ auch als Folge der neuen politischen Kultur bzw. des neuen Klimas, aber auch wegen des Beinahe-Zusammenbruchs eines äußerst generösen Systems 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Eine alternde Erwerbsbevölkerung (höherer Anteil im Alter 50-66) führt zu IV-Zunahme 	

Vergleichstabelle 5: Wirkungen der Maßnahmen in der Invalidenversicherung

	DEUTSCHLAND	ÖSTERREICH	NIEDERLANDE
Allgemeine Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wegen konkreter Betrachtung sind heute ein Viertel der EU-Renten quasi arbeitsmarktbedingt (32% bei Frauen, 10% bei Männern) ➤ Jüngste Änderungen ('96, '97) können noch keine sichtbare Auswirkung haben (wobei ein Rückgang bei, aber vor allem auch ein Ausweichen in Invalidenrenten möglich scheint); insbesondere ab dem Jahr 2012 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ OGH-Urteile beeinflussen die Gutachter, die sehr genaue Gutachten vorlegen müssen, damit das Kriterium ‚Berufsschutz‘ beurteilt werden kann ➤ Rechtsprechung enthebt die Arbeitgeber ihrer sozialen Verantwortung (z.B. Anpassung des Arbeitsplatzes durch Dienstgeber wird nicht erwartet) ➤ Auswirkung der Befristung der Rentenansprüche ist noch nicht sichtbar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Steigende Erwerbsbeteiligung der Risikogruppen nach 1994 ➤ Die Zahl der ‚Genesungen‘ hat um 40% zugenommen
Auf die Zahl der Invalidenrentner	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vor/um '84: starke Zunahme bzw. Spitzenwerte, v.a. bei Frauen über 55, wegen Rahmenfrist-Einführung ➤ Abgesehen von der Reaktion auf die '84er-Reform, stetiger Anstieg seit '70, auch weil – jedenfalls bis 1996/97 – kaum relevante Änderungen erfolgten ➤ Anstieg auch aufgrund der vorzeitigen Altersrente für Schwerbehinderte ➤ Vorruhestandsregelung führt zu Rückgang '84-'90 im Alter 58+ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einführung der vorzeitigen Altersrente bei geminderter Erwerbsfähigkeit 1993 führt zu Umschichtung, aber auch zu Zunahme der gesamten Invalidenrentner ➤ Anhebung der Altersgrenze für Männer auf 57 Jahre (1996) führt zu Rückgang bei Invalidenrentnern im Alter 55-57, bei gleichzeitigem Anstieg der Arbeitslosenzahl in dieser Altersgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15% Rückgang bei der Zahl der Neuzugänge nach der Reform 1994 ➤ Zugleich erstmals ein leichter Rückgang beim Bestand (von 3%)
Auf die Ausgaben der Invalidenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zunahme der Durchschnittrenten nach Refom '84, vor allem bei Frauen, weil gerade die Kleinrenten (mit lange zurückliegenden Versicherungszeiten) wegfallen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Beibehaltung und sukzessive Ausweitung des Berufsschutzes verhindert Einsparungen bzw. erzeugt zusätzliche Ausgaben 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Überproportionaler Rückgang zu erwarten, weil die Zahl der Rentner und die Höhe der Ansprüche sinken
Auf die Situation der Menschen mit Behinderungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Starker Fokus auf Rehabilitation erhöht Teilhabechancen für Betroffene ➤ Berufsschutz plus konkrete Betrachtung verhindert sozialen Abstieg ➤ (Vorläufig ausgesetzte Reform '99 hätte in Zukunft spürbare Auswirkungen haben können) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bessere Versorgung Jüngerer durch höheren Zurechnungszuschlag ('93) ➤ Berufsschutz erleichtert Zugang zu Invalidenrente und verhindert in gewisser Weise sozialen Abstieg ➤ Einkommensanrechnung für Neuanträge ab dem Jahr 2001 wird besonders gute Versorgung einiger weniger Betroffener einschränken 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Übertragung der Verantwortung für Krankengeldleistungen auf die Betriebe erschwert den Arbeitszugang für Menschen mit Behinderungen (daher auch weitere Forcierung von Wiedereingliederungsmaßnahmen) ➤ Zugleich sehr deutlicher Rückgang bei den Krankenstandsabsenzen von 8.1% ('92) auf 4.6% ('97)

Vergleichstabelle 5: Wirkungen der Maßnahmen in der Invalidenversicherung (Fortsetzung)

	ITALIEN	NORWEGEN	SCHWEDEN
Allgemeine Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reform '84 in der Invalidenversicherung führt zu einer starken Austauschbeziehung mit bzw. Zunahme beim bedarfsgeprüften Invalidengeld ➤ Austausch auch wegen großzügiger Frührentenregelungen; hier wird die Rentenreform '95 längerfristig eine Lösung mit sich bringen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reform '91 trifft Frauen stärker, weil der Rückgang vor allem sogenannte „nicht-definierte“ Krankheiten betrifft (d.h. deutliche Zunahme der Ablehnungsrate, jedenfalls bis 1994) ➤ Verschärfung beim Zugang führt zu einer erfolgreichen Klage beim dafür zuständigen, unabhängigen Sondergerichtshof 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reform der Altersrenten '99 bei gleichzeitiger ‚Noch-nicht-Reform‘ der Invalidenrenten könnte unbeabsichtigte Auswirkungen nach sich ziehen (z.B. Run auf höher dotierte Invalidenrente)
Auf die Zahl der Invalidenrentner	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Enormer Rückgang nach Reform '84, insbesondere im Erwerbsalter ➤ Bestand hat sich von 3,4 Mio. (1980) auf 0,7 Mio. (1998) reduziert ➤ Neuzugang kommt fast zum Erliegen, Rückgang von 200.000 (1980) auf 100.000 (1985, gleich nach Reform) und lediglich ca. 5.000 (1998) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Spitzenwert wurde im Jahr 1991 erreicht, danach rückläufig ➤ Seit '95: neuerlicher Anstieg, der wieder mehrheitlich Frauen betrifft (bei gleichzeitigem Anstieg bei vorzeitigen Renten!) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bis '91 sehr hohe Zahl an Neuzugängen bei 60-64jährigen; nach Reform '91 deutlicher Rückgang ➤ Bis '95 Rückgang beim Anteil an Vollrenten, seither erstmals Zunahme
Auf die Ausgaben der Invalidenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deutliche Einsparungen (mehr als proportional), weil Ansprüche sinken (befristete Invalidenleistungen und ein bedarfsgeprüftes Invalidengeld) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analog zu oben 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Analog zu oben
Auf die Situation der Menschen mit Behinderungen	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hohe Zahl an Invalidenrentnern bis 1984 hat zu schlechter Versorgung der wirklich Bedürftigen geführt ➤ Rückgang könnte für Verbesserungen genutzt werden, kann aber zu Härtefällen führen, weil (i) Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung sehr niedrig sind (und zum Teil sehr unterschiedlich) und weil (ii) das Invalidengeld deutlich niedriger ist als eine Invalidenrente ➤ Arbeitslosenzeiten zählen nicht als Versicherungszeit für Dienstaltersrente 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Höhere berufliche/soziale und geographisch/räumliche Mobilität wird abverlangt (was auch zu einem Verzicht auf Leistungen führen kann) ➤ Jene mit geringen Ressourcen wurde nach einer Untersuchung am härtesten getroffen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Jüngste Änderungen in der Betrachtungsweise für ältere erwerbsgeminderte Personen kann deren Situation/Status verschlechtern

6. Besonderheiten der Entwicklungen in der Schweiz

In der Folge werden die Ergebnisse für die Schweiz zusammengefaßt und zusätzlich verfügbares Material für die Interpretation herangezogen. Von besonderer Bedeutung sind dabei *kantonsspezifische* Informationen. Unterschiede zwischen Kantonen bzw. Kantonsgruppen bei völlig gleichlautender Gesetzeslage ermöglichen Rückschlüsse auf die Bedeutung der kantonalen IV-Stellen. Einheitliche Trends wiederum bestärken gewisse Vermutungen. In der Folge zeigen sich mehrmals signifikante Unterschiede zwischen den hauptsächlich deutschsprachigen und den nicht hauptsächlich deutschsprachigen Kantonen. Erstere werden in der nachfolgenden Analyse der Einfachheit halber – und ohne damit irgendeine Wertung verbinden zu wollen – mit *DtK* bezeichnet, letztere (das sind Genf, Waadt, Jura, Neuenburg, Freiburg, Wallis und Tessin) mit *NDtK*.

6.1 Invaliditätsniveaus und deren Entwicklung

Auffallend sind in der Schweiz zuallererst im internationalen Vergleich *hohe Beschäftigungsquoten* im Alter von 55 bis 64 Jahren, bei Männern ebenso wie bei Frauen. Das weitgehende Fehlen von vorzeitigen Rentenleistungen führt – bei vergleichsweise immer noch günstiger wirtschaftlicher Entwicklung – tatsächlich zu einem sehr hohen Rentenantrittsalter, welches auch in der jüngsten Vergangenheit (ganz im Gegensatz etwa zu Norwegen) nicht allzu stark gesunken ist. Trotzdem, und das ist einigermaßen erstaunlich, wird auch die Invalidenversicherung nicht bzw. in deutlich geringerem Maße als in allen anderen hier untersuchten Ländern zur vorgezogenen Rente umfunktioniert. Die Invalidenversicherung scheint damit nicht mit Aufgaben der Alterssicherung oder der Sicherung von älteren Langzeitarbeitslosen überfrachtet.

Der Anteil der Invalidenrentner unter 50 Jahren an der gesamten Invalidenrentnerzahl zwischen 15 und 64 Jahren ist daher mit 43% auch deutlich höher als in den verglichenen Ländern (dort liegt dieser Anteil zwischen 13% in Österreich und 37% in den Niederlanden). Dies allein sagt aber noch nichts über das *altersspezifische Invaliditätsvolumen* aus. In Prozent der Bevölkerung im entsprechenden Alter ist der Anteil der Invalidenrentner unter 50 Jahren in der Schweiz niedriger als in Schweden, Norwegen und den Niederlanden (also all jenen Ländern, die eine universelle Invalidenversicherung kennen), aber höher als in Deutschland und Österreich (deren Systeme sich an Erwerbstätige richten, wobei eine freiwillige Versicherung von Nichterwerbstätigen möglich – wenngleich auch kaum genutzt – ist) und deutlich höher als in Italien (dessen System Erwerbstätige absichert, wogegen Nichterwerbstätige lediglich ein nicht von der Invalidenversicherung getragenes Invalidengeld (als Grundsicherung) beziehen können). Mit anderen Worten: Im Vergleich mit Systemen, die so wie die Schweiz die gesamte Bevölkerung absichern, ist der Anteil an Invaliditätsrentenbeziehern in allen Altersgruppen (immer noch) relativ niedrig.

Aus politischer Sicht bedeutsam ist vor allem die *Entwicklung in den 1990er-Jahren*, mit einer – zum Teil wesentlich – stärkeren Zunahme des Invaliditätsquotienten (+32% 1990-97, +46% bei Männern, +14% bei Frauen) als in anderen Ländern, wo in den letzten Jahren bislang sogar ein Rückgang (Italien, Niederlande, Norwegen) zu verzeichnen war. Nur in Schweden war die Zunahme des Invaliditätsquotienten in der Periode 1990-1997 vergleichbar. Sowohl bei Frauen als auch – noch stärker – bei Männern ist die Zahl der Invalidenrentner in der Schweiz sehr stark gestiegen:

absolut um 4-5% jährlich (was zu einem gewissen Teil auf die rasch wachsende Bevölkerung in diesem Zeitraum zurückzuführen ist), in Relation zur Bezugsgröße (d.h. in Relation zur Erwerbsbevölkerung) um 30-36% in nur 7 Jahren. Besonders stark war diese Zunahme untypischer Weise bei den unter 50-Jährigen, besonders gering hingegen bei den über 60-Jährigen.

Gleichzeitig ist auch die *durchschnittliche Invalidenrente* im Vergleich zum geschlechtsspezifischen Durchschnittseinkommen 1990-1997 deutlich gestiegen: +20% bei den Frauen und +30% bei den Männern – was zumindest bei Männern auch eine Folge des nicht mehr steigenden Durchschnittseinkommens sein dürfte. Ein Teil der Erklärung liegt jedenfalls in der Zunahme des Anteils an vollen Renten. Ob zuletzt möglicherweise vermehrt besserverdienende Personen eine Invalidenrente beziehen, läßt sich anhand der Daten nicht mit Sicherheit beurteilen.

Über die wohl relevanteste Größe, die Entwicklung der *Neuzugänge* und somit die Entwicklung der *Invalidisierungswahrscheinlichkeit*, können wegen fehlender Statistiken darüber nur punktuell Aussagen – auf der Basis von Berechnungen für die Jahre 1985 und 1995 (vgl. Donini & Eschmann 1998) – gemacht werden. In diesen zehn Jahren ist die Invalidisierungswahrscheinlichkeit jedenfalls in allen Altersgruppen deutlich gestiegen: im Durchschnitt um etwa 20%, bei Männern etwas stärker als bei Frauen, sehr viel stärker aber – nämlich um 45% – bei Personen unter 50 Jahren (Frauen +29%, Männer +57%).

Unterschiede zwischen den *Kantonen* gibt es sowohl hinsichtlich des Niveaus des Invaliditätsquotienten als auch hinsichtlich der Zunahme an Invalidenrentnern (vgl. Tabelle 23). Der Invaliditätsquotient lag im Jahr 1995 im Schnitt bei 40 Invalidenrentnern pro 1000 Beschäftigten, mit einem Minimum von 25 im Kanton Zug und einem Maximum von 64 im Kanton Jura. Der Durchschnitt der DtK lag zehn Prozent unter dem Gesamtdurchschnitt, jener in der NDtK hingegen um fast vierzig Prozent darüber. Die Zunahme der Rentnerzahlen (lediglich der Kanton Uri verzeichnete 1982-90 einen leichten Rückgang) hat sich in den 1990er-Jahren ganz wesentlich verstärkt; über die ganze Schweiz summiert lag die Zunahme 1982-90 bei 2,3% jährlich, in den acht darauffolgenden Jahren (1990-98) hingegen bei 4,1%. Das gilt, mit Ausnahme von drei Kantonen, auch für jeden einzelnen Kanton der Schweiz, obwohl die Bandbreite der Zunahme in beiden Perioden vergleichbar ist (der sehr kleine Kanton Appenzell i.R. ist in der Periode 1990-98 ein Ausreißer, in allen anderen Kantonen betrug die jährliche Zunahme nach 1990 zumindest zwei Prozent). Sowohl in der Periode vor als auch in jener nach 1990 war die jährliche prozentuelle Zunahme der Invalidenrentnerzahlen in drei Kantonen – Genf, Zug und Base-Landschaft – besonders hoch. Dies ist bemerkenswert, weil diese drei Kantone hinsichtlich des Invaliditätsquotienten als untypisch bezeichnet werden können: innerhalb der NDtK ist Genf jener mit dem niedrigsten Invaliditätsquotienten, innerhalb der DtK sind Zug bzw. Base-Landschaft jene mit dem niedrigsten bzw. dem höchsten Invaliditätsquotienten. Eine nähere Interpretation der kantonsspezifischen Unterschiede erfolgt im nächsten Abschnitt.

6.2 Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität

Zentral ist die Beobachtung, dass sich im selben Zeitraum, in dem das Invaliditätsvolumen so stark gestiegen ist (1990-1997), auch die *Arbeitslosenrate*, die vor 1985 noch unter 1% lag, verdoppelt (und seit 1985 sogar vervierfacht) hat. Wenngleich keine Untersuchung vorliegt (und zwar praktisch für keines der untersuchten Länder), die nachweisen könnte, mit welcher Wahrscheinlichkeit

Arbeitslosigkeit zu Invalidität führt, ist ein starker – wenn auch nicht kausaler – Zusammenhang offensichtlich. Vergleicht man die absolute Zunahme an Arbeitslosen und Invalidenrentnern (vgl. Tabelle 21 in Abschnitt 4.3), so zeigt sich, dass die Zunahme der Invalidenrentner in der Schweiz über alle Altersgruppen hinweg seit 1980 konstant etwa der Hälfte der Zunahme an Arbeitslosen entspricht.

Tabelle 23 Zunahme an Invalidenrentnern 1982-98 und Invaliditätsquotient (= Invalidenrentner pro 1000 Beschäftigte) 1995 nach Kanton

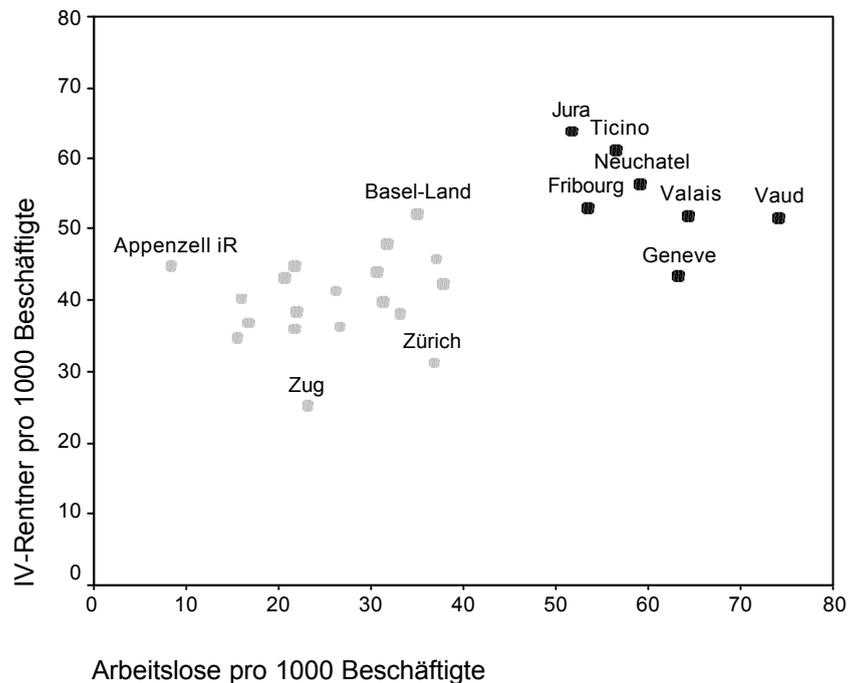
Kanton (sortiert nach dem IV-Quotient)	Invaliditäts- quotient 1995	Durchschnittliche jährliche prozentuelle Zunahme an Invalidenrentnern		
		1982-1990	1990-1998	1982-1998
Zug	25	4,3%	5,5%	4,9%
Zürich	31	2,7%	4,6%	3,6%
Uri	35	-0,1%	2,1%	1,0%
Thurgau	36	3,3%	4,2%	3,8%
Nidwalden	36	3,6%	2,8%	3,2%
Graubünden	37	1,8%	2,8%	2,3%
Bern	38	0,8%	2,7%	1,7%
Schwyz	38	1,7%	3,8%	2,8%
Aargau	40	2,5%	4,3%	3,4%
Obwalden	40	1,7%	3,4%	2,5%
St. Gallen	41	2,9%	4,9%	3,9%
Schaffhausen	42	2,2%	4,8%	3,5%
Glarus	43	1,2%	3,1%	2,1%
Luzern	44	1,4%	4,1%	2,8%
Appenzell ausser Rhoden	45	0,8%	4,2%	2,5%
Appenzell inner Rhoden	45	0,3%	0,7%	0,5%
Solothurn	46	1,0%	3,7%	2,4%
Basel-Stadt	48	3,6%	4,1%	3,8%
Basel-Landschaft	52	4,0%	5,4%	4,7%
Durchschnitt DtK	40	2,1%	4,1%	3,1%
Genf	43	6,2%	5,2%	5,7%
Waadt	52	3,3%	5,0%	4,2%
Wallis	52	0,6%	3,3%	1,9%
Freiburg	53	1,1%	3,9%	2,5%
Neuenburg	56	3,0%	2,7%	2,8%
Tessin	61	1,1%	4,2%	2,6%
Jura	64	3,0%	3,6%	3,3%
Durchschnitt NDtK	55	2,6%	4,3%	3,4%
Ungew. Durchschnitt insgesamt	44	2,3%	4,1%	3,2%

Quelle: Invaliditätsstatistik (verschiedene Jahrgänge); Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung

Dieser korrelative Zusammenhang kann mit dem Konzept der „relativen Gesundheit“ verständlich gemacht werden: bei steigendem Druck auf den Arbeitsmarkt und steigenden Arbeitslosenzahlen sind Personen schon mit kleineren Erwerbsminderungen zusehends Invaliditäts-gefährdet (vgl. auch Eschmann & Donini 1995). Dies gilt um so mehr bei einem System, das – wie in der Schweiz der Fall ist – ein ökonomisches anstelle eines medizinischen Invaliditätskriteriums verwendet (definiert als die Verdienstmöglichkeit relativ zum Verdienst ohne Invalidisierung), kombiniert mit einem abgeschwächten Berufsschutz (Verweis auf eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarkt-

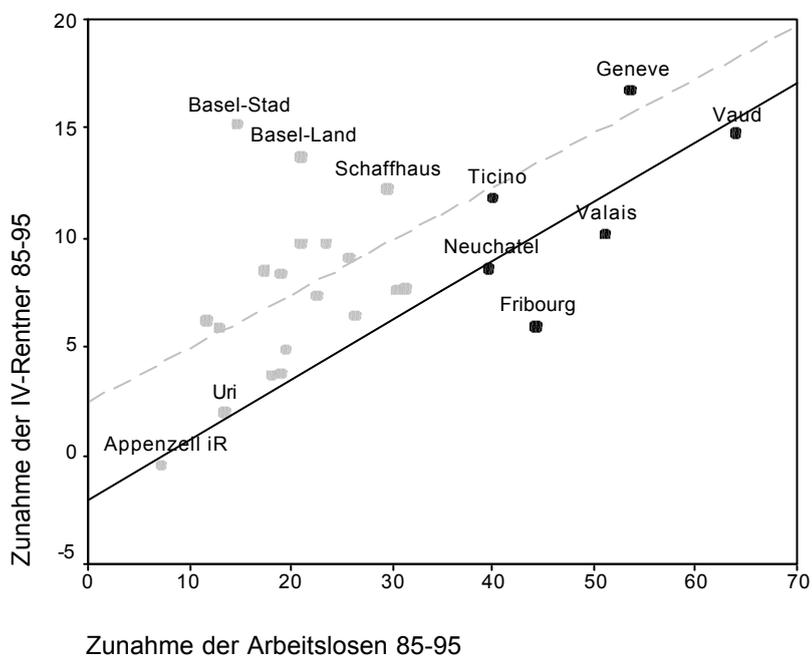
lage). Die Verwendung des theoretisch-abstrakten Konstruktes des ‚ausgeglichenen Arbeitsmarktes‘ soll zwar gerade dazu dienen, von der gegenwärtigen Arbeitsmarktlage zu abstrahieren – was also tendenziell zu einer größeren Unabhängigkeit der Entwicklung in der Arbeitslosen- und der Invalidenversicherung führen könnte. In der Praxis ist aber nicht unwahrscheinlich, dass dieses Konzept wegen seiner schwierigen und auf den Einzelfall abzustimmenden Auslegung den Zusammenhang zwischen Arbeitslosenentwicklung und Zuweisung einer Invalidenrente sogar verstärkt.

Unterschiede zwischen den Kantonen sind gerade in diesem Zusammenhang sehr signifikant; so sind etwa Unterschiede im Arbeitslosenquotienten deutlich größer als jene im Invalidisierungsquotienten. Graphik 4 und Graphik 5 veranschaulichen den Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquotient und Invalidisierungsquotient (1995) einerseits bzw. zwischen der Zunahme des Arbeitslosenquotienten und der Zunahme des Invalidisierungsquotienten (von 1985 bis 1995) andererseits. Das Ergebnis ist ausgesprochen aussagekräftig. Zunächst gilt einmal tendenziell: je höher die Arbeitslosigkeit, desto höher ist auch der Invaliditätsquotient (vgl. Graphik 4). Innerhalb der beiden Gruppen DtK und NDtK, die sich sehr klar voneinander abheben, findet sich aber kein wesentlicher Zusammenhang. Die DtK liegen in einer Punktwolke, ein Zusammenhang ist kaum erkennbar. Für die sieben Kantone der NDtK, die generell vor allem einen deutlich höheren Arbeitslosenquotienten aufweisen (zwischen 5% und 8%, alle übrigen Kantone liegen unter 4%), zeigt sich eher – wenn überhaupt – ein negativer Zusammenhang, d.h. ein geringerer Invaliditätsquotient in Kantonen mit einem höheren Arbeitslosenquotienten. Graphik 4 wirft also eine Reihe von Fragen auf.



Graphik 4 Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosenquotienten und dem Invalidisierungsquotienten im Jahr 1995, nach Kanton.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Zunahme der beiden Quotienten zwischen 1985 und 1995, zeigt sich ein sehr viel deutlicheres Bild (vgl. Graphik 5). Der Zusammenhang zwischen dem steigenden Arbeitslosenquotienten und dem steigenden Invaliditätsquotienten ist auch statistisch signifikant, jedoch mit deutlichen Unterschieden zwischen den beiden Regionen DtK und NDtK. Die Steigung der Regressionsgerade ist praktisch identisch (die Regressionsgeraden sind also parallel), es gibt aber einen signifikanten Niveauunterschied.¹³ Die Zunahme im Arbeitslosenquotienten führt zu etwa 26 Prozent zu einer Zunahme des Invaliditätsquotienten; mit anderen Worten: *eine Zunahme des Arbeitslosenquotienten um 4 Prozentpunkte führt zu einer Zunahme des Invaliditätsquotienten um 1 Prozentpunkt*. Der Zusammenhang ist also signifikant, aber weniger stark ausgeprägt als Tabelle 21 (in Abschnitt 4.3) vermuten lassen hätte. Die Regressionskonstante hat bei den DtK ein positives, bei den NDtK hingegen ein negatives Vorzeichen, d.h. der Zusammenhang ist bei den DtK überproportional und bei den NDtK unterproportional.



Graphik 5 Zusammenhang zwischen der Zunahme des Arbeitslosenquotienten und der Zunahme des Invalidisierungsquotienten zwischen 1985 und 1995, nach Kanton.

Unterschiede in der Handhabung der IV-Stellen bzw. unterschiedliche Kriterien bei der Zuweisung des Invalidenstatus könnten hier eine gewisse Rolle spielen (wobei dies eine striktere Handhabung der IV-Stellen in den NDtK bedeuten würde), lassen sich aber daraus nicht zwingend ableiten.

¹³ Anmerkung: hier handelt es sich um eine Regression mit Konstante und Dummyvariable für die NDtK. Der sehr kleine Kanton Jura ist in diese Analyse nicht einbezogen, weil er als Ausreißer das Ergebnis für die NDtK wesentlich verzerrt. Dies gilt abgeschwächt auch für die Kantone Basel-Stadt und Basel-Land bezüglich der Region DtK; siehe dazu im Text.

Lediglich in den Ausreißer-Kantonen, v.a. in Basel-Stadt und in Basel-Land, kann eine untypische Handhabung bzw. eine großzügigere Ausnutzung des Ermessensspielraumes zumindest vermutet werden (vgl. zum Faktor „Ermessensspielraum“ der kantonalen IV-Stellen auch die Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Dormann 1998). Die starke Zunahme an Invalidenrentnern zwischen 1985 und 1995 in diesen beiden Kantonen (Basel-Stadt und Basel-Land) zieht jedenfalls die Regressionsgerade der DtK deutlich nach oben; weil die beiden Ausreißer auf der x-Achse (der Zunahme der Arbeitslosen) ziemlich genau im Mittelfeld rangieren, beeinflussen sie den Anstieg der Gerade weniger stark. Rechnet man eine Regression ohne diese beiden Kantone, dann wäre die Regressionsgerade für die DtK steiler, die Regressionskonstante hingegen deutlich niedriger bzw. nahezu gleich Null. Mit anderen Worten: wenn man die beiden Basel-Kantone wegläßt, steigt der Zusammenhang zwischen der Zunahme der Arbeitslosenquotienten und der Zunahme der Invaliditätsquotienten von 0,26 auf 0,31 und wäre demnach in den DtK höher als in den NDtK. Rechnet man hingegen eine Regression über sämtliche Kantone gemeinsam, sinkt der Anstieg auf 0,17. Die Ergebnisse hängen also nicht zuletzt von der Auswahl der Kantonsgruppen ab und müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden. Die Sinnhaftigkeit der Trennung in DtK und NDtK wird aber deutlich bestätigt.

Für eine Verfeinerung der Ergebnisse in Graphik 5 nach Geschlecht und Altersgruppen reicht das Datenmaterial nicht aus. Die Ergebnisse aus Tabelle 21 (Abschnitt 4.3), wonach die absolute Zunahme an Invalidenrentnern 1980-90 und 1990-97 etwa die Hälfte der entsprechenden Zunahme an Arbeitslosen betrug, sind in Tabelle 24 etwas detaillierter dargestellt. In den 1980er-Jahren war der Zusammenhang zwischen Invalidität und Arbeitslosigkeit bei Männern stärker als bei Frauen, in den 1990er-Jahren war es hingegen genau umgekehrt.

Tabelle 24 Zunahme an Invalidenrentnern relativ zur Zunahme an Arbeitslosen (in Prozent)⁽¹⁾

	1970-80	1980-90	1990-97
Frauen 15-61	-	42	66
Frauen 15-49	-	29	58
Männer 15-64	-	59	52
Männer 15-49	-	41	30
Männer und Frauen 15-61/64 (vgl. Tab. 21)	-	50	56

⁽¹⁾ Der Quotient in Tabelle 25 bezieht sich auf die jeweilige *absolute Zunahme* an Invalidenrentnern und an Arbeitslosen; unterschiedliche (Ausgangs)Niveaus bleiben unberücksichtigt. Ein Wert von 100% bedeutet, dass beide Gruppen um die gleiche Absolutzahl zugenommen haben.

Beschränkt man die Analyse auf *Personen unter 50 Jahren*, so zeigt sich generell ein etwas geringerer Zusammenhang. Dies läßt zumindest den erwarteten Schluß zu, dass Arbeitslosigkeit in höherem Alter (d.h. über 50 Jahren) eher zu Invalidität führt als in jüngeren Jahren. Der in Graphik 5 ermittelte Regressionszusammenhang von 0,26 wäre daher – unter der Annahme, dass diese Schlußfolgerung für alle Kantone Gültigkeit hat – für die Altersgruppe von 15 bis 49 Jahren, also jene Altersgruppe, in der die Zahl der Invalidenrentner und vor allem auch die Invalidisierungswahr-

scheinlichkeit zuletzt besonders stark gestiegen ist, nach unten (auf einen Wert nahe 20%) zu korrigieren.

Die Analysen zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Invalidität legen jedenfalls den Schluß nahe, zum einen das Invaliditätskriterium neu zu überdenken – d.h. mit einer stärkeren Betonung der gesundheitlichen Aspekte und einer Ausweitung der Zumutbarkeit – und zum anderen eine (ständige) Überprüfung der Kriterien bei der Zuweisung des Invalidenstatus in den einzelnen Kantonen durch eine bundesweite Kontrolleinrichtung zu überlegen (siehe dazu auch Abschnitt 7.2).

6.3 Abgrenzung Invalidenversicherung – Unfallversicherung – berufliche Vorsorge

Welche *Anreize* die Invalidenversicherung in der Schweiz relativ zur Arbeitslosenversicherung setzt, ist schwer zu beurteilen. Das vorhandene mehrstufige System zur Absicherung von Personen mit Erwerbseinschränkungen weist einige Besonderheiten auf. Zunächst bestehen bei Eintreten einer (teilweisen) Erwerbsunfähigkeit Ansprüche aus der eigentlichen Invalidenversicherung. Diese ist als allgemeine und obligatorische Basisversicherung konzipiert, mit dem Ziel, den *Existenzbedarf* zu decken.¹⁴ Finanziert wird diese Versicherung zu je 50% aus Beiträgen der Versicherten und Zuwendungen der öffentlichen Hand (3/4 Bund, 1/4 Kantone). Die Ansprüche aus der Invalidenversicherung hängen in vergleichsweise geringem Ausmaß von der Höhe des Erwerbseinkommens bzw. der Bemessungsbasis ab; die Maximalrente beträgt lediglich das Doppelte der Minimalrente. Für Bezieher niedriger Einkommen resultiert daraus eine relativ hohe, für Bezieher von Einkommen über dem Durchschnittslohn dementsprechend eine relativ niedrige Ersatzrate.

Leistungen aus der Invalidenversicherung werden bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten durch Leistungen aus der für ArbeitnehmerInnen ebenfalls obligatorischen Unfallversicherung *komplementär* ergänzt. Ziel dieser Unfallversicherung ist es, analog zu einer Arbeitgeberhaftpflichtversicherung, den unfallbedingten *Lohnausfall* zu ersetzen. Demgemäß wird die Berufsunfallversicherung zur Gänze durch Arbeitgeberbeiträge finanziert. Die Schweizer Unfallversicherung weist zwei Besonderheiten auf, die ihre ungewöhnlich hohen Ausgaben erklären. Zum einen gibt es keinen festgelegten Mindestinvaliditätsgrad; Leistungen werden schon ab 1% Erwerbseinschränkung gewährt. Drei Viertel aller Unfallrenten liegen auch tatsächlich unter dem in der Invalidenversicherung erforderlichen Mindestinvaliditätsgrad von 40%. Viele Unfallrenten sind daher auch nur kleine Renten, obwohl die Unfallversicherung bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes gewährt und die Maximalrente mehr als das Dreifache der Maximalrente in der Invalidenversicherung beträgt. Beim Zusammentreffen mit einer Invalidenrente wird diese ungekürzt ausgerichtet, wogegen die Unfallversicherung eine Komplementärrente (bis maximal 90% des versicherten Verdienstes) bezahlt. Etwa 60% der Bezieher einer Unfallrente beziehen gleichzeitig auch eine Invaliden- oder eine Altersrente. Die zweite Besonderheit der Unfallversicherung ist, dass sie auch bei Nichtberufsunfällen analoge Leistungen gewährt, wobei die Beiträge dafür ausschließlich vom Arbeitnehmer zu entrichten sind. Diese Eigenart gibt es in keinem anderen der hier untersuchten Länder. Etwas mehr

¹⁴ Dort, wo dies nicht der Fall ist, bestehen gegebenenfalls Ansprüche auf kantonale, aber durch den Bund mitfinanzierte, Ergänzungsleistungen.

als die Hälfte aller gemeldeten Unfälle (und daher auch gut die Hälfte der Leistungen der Unfallversicherung) sind dieser Gruppe von Nichtberufsunfällen zuzuordnen.

Schließlich Können Erwerbstätige bei Eintreten des Invaliditätsfalles ab mindestens 50% Erwerbsunfähigkeit auch Leistungen aus der 2. Säule, der beruflichen Vorsorge, erhalten. Diese werden *subsidiär* zu Leistungen aus der Invalidenversicherung und etwaigen Leistungen aus der Unfallversicherung gewährt. Bezieher einer Leistung aus der Unfallversicherung beziehen daher in aller Regel keine (oder nur eine geringe) Leistung aus der 2. Säule. Ziel der beruflichen Vorsorge ist es, zusammen mit den Leistungen der 1. Säule (AHV/IV) die Fortsetzung der *gewohnten Lebenshaltung* in angemessener Weise zu ermöglichen – wozu alle Renten gemeinsam 60% des letzten Bruttoeinkommens abdecken sollten. Die berufliche Vorsorge ist daher nur für Erwerbstätige über einer gewissen Einkommensgrenze obligatorisch (86% aller ArbeitnehmerInnen sind in der 2. Säule versichert; auch Selbständige können sich unter bestimmten Voraussetzungen versichern lassen), die Beiträge werden zu etwa gleichen Teilen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite getragen. Die gesetzlich festgelegte Maximalrente der beruflichen Vorsorge liegt etwas unter jener in der Invalidenversicherung. Es bleibt den einzelnen Betrieben jedoch unbenommen, attraktivere (über dieser gesetzlich vorgeschriebenen Minimalvorsorge liegende) Vereinbarungen zu treffen. Ob und in welcher Höhe Leistungen aus der beruflichen Vorsorge zustehen, hängt also unmittelbar von den Ansprüchen aus der Invaliden- und vor allem der Unfallversicherung ab. Nichterwerbstätige haben jedenfalls lediglich Ansprüche auf eine Rente aus der Invalidenversicherung.

Die Frage nach den Anreizen der Invalidenversicherung relativ zur Arbeitslosenversicherung ist daher ausgesprochen komplex, abgesehen von der unterschiedlichen Stigmatisierung. Eine Antwort ist vor allem auch deshalb schwierig, weil es so gut wie gar keine Informationen über Bezieher und Leistungshöhen in der beruflichen Vorsorge gibt; es ist daher beispielsweise nicht bekannt, welcher Anteil der Invalidenrentner Ansprüche aus welchen Säulen hat (wobei ja auch eine Statistik zu Neuzugängen in der Invalidenversicherung, der 1. Säule, fehlt). Die wenigen Daten über Rentenansprüche aus der obligatorischen 2. Säule lassen darauf schließen, dass etwa jeder zweite Invalidenrentner einen solchen Anspruch erwirbt. Bei jenen, die einen solchen Anspruch haben, dürfte dieser im Schnitt in etwa gleich hoch wie der Anspruch aus der 1. Säule sein. Wenn man davon ausgeht, dass Personen mit Anspruch auf Arbeitslosengeld grundsätzlich auch Anspruch auf eine Rente aus der beruflichen Vorsorge haben (müßten), so ist die Gesamtrente wahrscheinlich für die meisten Einkommensbezieher kaum niedriger als das Arbeitslosengeld. Die Anreizwirkungen könnten – wegen der regressiven Ansprüche in der 1. Säule – auch vom Einkommen abhängen (je geringer das Einkommen, desto höher die Invalidenrente aus der 1. Säule relativ zum Arbeitslosengeld), wenn dieser Effekt nicht durch unterschiedliche Ansprüche aus der 2. Säule kompensiert wird (das kann aber aufgrund der Datenlage nicht beurteilt werden). Resümierend läßt sich daher festhalten, dass in der Schweiz bei Arbeitslosigkeit und bei Invalidität relativ hohe Leistungsansprüche bestehen.

6.4 Sonstige Aufgaben und Ausgaben der Invalidenversicherung

Die Schweizer Invalidenversicherung hat mehr Aufgaben zu übernehmen als die Invalidensicherung in anderen Ländern, wo Rehabilitationsmaßnahmen und kollektive Leistungen oftmals von anderen Versicherungsbereichen getragen werden. Das ist unter *Effizienzgesichtspunkten* ausgesprochen

positiv hervorzuheben, weil damit Anreize zur Abwälzung der Kosten an andere Versicherungsträger kaum existieren oder zumindest minimiert werden. Eine Beibehaltung dieser Aufgabenkonzentration ist absolut sinnvoll und wünschenswert – wenngleich die Vergleichbarkeit mit der Invalidenversicherung anderer Länder damit erschwert wird. Die Vorteile dieser Aufgabenkonzentration werden allerdings nicht voll genutzt, weil über das Zusammenwirken der verschiedenen Aspekte kaum Statistiken existieren und daher nur wenig bekannt ist.

Tabelle 25 Ausgaben der Schweizer Invalidenversicherung 1965-1997: in sfr absolut, in % der Gesamtausgaben und durchschnittliches prozentuelles Wachstum pro Jahr

in Mio. Schweizer Franken	1965	1975	1985	1990	1995	1997
Geldleistungen total	184	1065	1935	2606	4238	4707
ordentl. Renten	153	890	1596	2068	3434	3936
ausserord. Renten	18	112	225	308	415	402
Taggelder	8	38	68	164	301	303
Hilflosenentsch.	5	26	56	82	121	131
Individ. Massnahmen total	64	319	505	702	1136	1249
medzin.	37	143	174	242	339	382
beruflich	7	34	80	135	238	257
Sonderschulungen	10	97	168	196	321	345
Hilfsmittel	8	29	48	82	168	189
Beiträge an Institutionen/Organisat.	17	197	435	684	1197	1434
Insgesamt	276	1631	2986	4133	6826	7652
in % der Gesamtausgaben	1965	1975	1985	1990	1995	1997
Geldleistungen total	66,6	65,3	64,8	63,1	62,1	61,5
ordentl. Renten	55,4	54,6	53,5	50,0	50,3	51,4
ausserord. Renten	6,5	6,9	7,5	7,4	6,1	5,3
Taggelder	3,0	2,3	2,3	4,0	4,4	4,0
Hilflosenentsch.	1,9	1,6	1,9	2,0	1,8	1,7
Individ. Massnahmen total	23,3	19,6	16,9	17,0	16,6	16,3
medzin.	13,3	8,8	5,8	5,8	5,0	5,0
beruflich	2,5	2,1	2,7	3,3	3,5	3,4
Sonderschulungen	3,7	5,9	5,6	4,7	4,7	4,5
Hilfsmittel	2,8	1,7	1,6	2,0	2,5	2,5
Beiträge an Institutionen/Organisat.	6,3	12,1	14,6	16,5	17,5	18,7
Jährliches Wachstum in %	1965-75	1975-85	1985-90	1990-95	1995-97	
Geldleistungen total	19	6	6	10	5	
ordentl. Renten	19	6	5	11	7	
ausserord. Renten	20	7	6	6	-2	
Taggelder	16	6	19	13	0	
Hilflosenentsch.	17	8	8	8	4	
Individ. Massnahmen total	17	5	7	10	5	
medzin.	15	2	7	7	6	
beruflich	17	9	11	12	4	
Sonderschulungen	25	6	3	10	4	
Hilfsmittel	14	5	11	15	6	
Beiträge an Institutionen/Organisat.	28	8	9	12	9	
Insgesamt	19	6	7	11	6	

Quelle: Invaliditätsstatistik (verschiedene Jahrgänge); Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung

Etwas mehr als die Hälfte der Gesamtausgaben und auch mehr als die Hälfte der Kostensteigerung seit 1990 gehen in der Schweiz auf die *ordentlichen Invalidenrenten* zurück (vgl. Tabelle 25). Dieser Anteil ist im internationalen Vergleich nicht zuletzt auch deshalb relativ niedrig, weil hier die Ansprüche aus der 2. Säule nicht inkludiert sind (was auch wieder die internationale Vergleichbarkeit einschränkt). Hinzukommen noch *ausserordentliche Renten* (1997 5% der Gesamtausgaben), die an Geburts- und Kindheitsinvalide ab 18 bzw. an Erwachsene mit weniger als einem Beitragsjahr gezahlt werden und daher ebenfalls in den hier analysierten Invalidenrentnerzahlen beinhaltet sind.

Individuelle Maßnahmen (etwa 16% der Gesamtausgaben) und *Beiträge an Institutionen und Organisationen* (etwa 19% der Gesamtausgaben) sind weitere relevante Ausgabenposten. Fast die Hälfte der individuellen Maßnahmen richtet sich allerdings an Personen vor dem Erwerbsalter (praktisch alle medizinischen Maßnahmen und Sonderschulungen). Hinzu kommt, dass auch die Pro-Kopf-Ausgaben bei Personen unter 25 Jahren wesentlich – um ca. das Dreifache – höher liegen. Die Gesamtausgaben für individuelle Maßnahmen sind daher nur zu etwa 28% der in dieser Studie untersuchten Personengruppe im Erwerbsalter (20-64 Jahre) und gar nur zu einem Fünftel jenen zwischen 25 und 64 Jahren zuzurechnen. Über die Beiträge an Institutionen/Organisationen gibt es nur wenig Datenmaterial. Zum Teil sind diese direkt mit den individuellen Maßnahmen gekoppelt (z.B. Sonderschulen), zum Teil sind sie davon jedoch unabhängig (z.B. Werkstätten und Heime). Insgesamt läßt sich aber schlußfolgern, dass für Invalide im Erwerbsalter die Rentenzahlungen mindestens drei Viertel der Gesamtkosten ausmachen.

Das jährliche *Ausgabenwachstum* war zwischen 1965 und 1975, also in der Aufbauphase des Systems, gigantisch, hat sich dann bis 1990 bei (immer noch beachtlichen) 6-7% eingependelt, ehe es sich zwischen 1990 und 1995 wieder fast verdoppelt hat – wobei dies alle relevanten Ausgabengruppen mehr oder weniger gleichermaßen betraf. Nach 1995 hat sich die Zunahme wieder auf dem Niveau vor 1990 eingependelt. Die Tatsache, dass alle Ausgabenbereiche ähnliche Kostensteigerungen aufweisen, läßt den Schluß zu, dass zunehmende Arbeitsmarktprobleme etwa auch zu steigenden Ausgaben für berufliche Maßnahmen an Personen, die keine Invalidenrente beziehen, führen. Mit anderen Worten: für die Ausgabensteigerungen in diesen ‚*anderen*‘ Bereichen dürften die gleichen Ursachen maßgebend sein, wie für jene bei den Invalidenrenten.

Die Daten erlauben auch einen kantonsspezifischen Vergleich der Zahl an *Beziehern von individuellen Maßnahmen* mit der Zahl an Beziehern von Invalidenrenten. Gibt es Kantone, in denen systematisch mehr Renten oder mehr sonstige Maßnahmen zuerkannt werden? Dieser Vergleich ist deshalb relevant, weil eine äußerst geringe Überschneidung der jeweiligen Bezieherzahlen gegeben ist (d.h. nur wenige Personen beziehen gleichzeitig eine Rente und eine individuelle Maßnahme). Eine stärkere Vergabe von Renten ließe somit eine geringere Forcierung individueller Maßnahmen (die zum Teil ja gerade den Bezug einer Rente vermeiden helfen sollen) erwarten, wobei man bedenken muß, dass sich nur etwa 45% der Bezieher individueller Maßnahmen im Erwerbsalter befinden.

Tabelle 26 zeigt die *Relation* dieser beiden Bezieherzahlen in den Schweizer Kantonen in den Jahren 1991 und 1997. Das Ergebnis ist doch einigermaßen überraschend. Zum einen gibt es sehr deutliche Unterschiede zwischen den Kantonen – die Relation zwischen Beziehern individueller Maßnahmen und Beziehern einer Invalidenrente schwankt zwischen 1,3 (in Genf 1997) und 3,5 (in Nidwalden 1991); der Durchschnitt liegt bei 2,4. Zum anderen ist die Relation über einen Zeitraum von sechs

Jahren außerordentlich stabil geblieben – Kantone mit hohen Werten im Jahr 1991 gehören auch zu jenen mit hohen Werten im Jahr 1997. Die Durchschnittswerte für die DtK (2,6) und die NDtK (1,9) deuten außerdem darauf hin, dass gerade jene Kantone mit einem – im Verhältnis zur Arbeitslosenrate – sehr hohen Invaliditätsquotienten (nämlich die DtK) auch eine sehr hohe Relation der Bezieherzahlen aufweisen. Es gibt scheinbar keine *Austauschbeziehung* zwischen der Zahl an Rentnern und der Zahl an Beziehern individueller Maßnahmen, sondern ganz im Gegenteil eine überproportionale Gewährung von individuellen Maßnahmen und gleichzeitig auch von Invalidenrenten in den DtK (es kann wohl ausgeschlossen werden, dass es in den DtK deutlich mehr Geburts- und Kindheitsinvalide gibt).

Tabelle 26 Relation ‚Bezieher individueller Maßnahmen / Bezieher einer Invalidenrente‘ 1991 und 1997 nach Kanton und Wachstum der Bezieher individueller Maßnahmen 1991-97 in %

Kanton (sortiert nach Relation 1997)	Relation Bezieher individ. Maßnahmen / Invalidenrentenbezieher		Wachstum der Bezieher individ. Maßnahmen in %
	1991	1997	1991-97
Basel-Stadt	1,7	1,4	0,7
Luzern	2,4	2,4	5,7
Basel-Landschaft	2,4	2,4	6,6
Solothurn	2,5	2,4	4,9
Glarus	2,7	2,4	2,0
Bern	2,3	2,5	4,8
Zürich	2,6	2,5	5,4
Obwalden	2,7	2,6	3,5
Appenzell ausser Rhoden	2,8	2,6	3,1
St. Gallen	2,9	2,6	3,6
Zug	3,2	2,6	2,9
Graubünden	2,4	2,7	6,2
Aargau	2,6	2,7	6,7
Schwyz	2,9	2,7	3,1
Schaffhausen	2,6	2,8	7,1
Appenzell inner Rhoden	2,2	2,9	8,3
Uri	3,0	3,1	3,9
Nidwalden	3,5	3,1	1,1
Thurgau	2,9	3,4	8,2
Durchschnitt DtK	2,6	2,6	5,1
Genf	1,4	1,3	5,7
Tessin	1,4	1,4	4,8
Neuenburg	1,7	1,9	5,6
Waadt	2,1	2,1	5,7
Wallis	2,1	2,1	4,2
Freiburg	2,2	2,3	6,7
Jura	2,3	2,3	5,3
Durchschnitt NDtK	1,9	1,9	5,5
Ungew. Durchschnitt insgesamt	2,4	2,4	5,2

Quelle: Invaliditätsstatistik (verschiedene Jahrgänge); Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung

Dieses Ergebnis gibt Anlaß zu verschiedenen *Vermutungen*. Es könnte nun so sein, dass die DtK über ein größeres Angebot an Arbeits- und Eingliederungsmöglichkeiten für Personen mit Erwerbseinschränkungen vorfinden; um zu wissen, weshalb das so ist, müßten u.a. die kantonalen Arbeits-

märkte näher analysiert werden. Dieses Mehr an Möglichkeiten führt allerdings nicht zu einer geringeren Zahl an Invalidenrentnern; demnach wären die individuellen Maßnahmen wenig erfolgreich und können die Gewährung einer Rente nicht verhindern. Es scheint jedenfalls insgesamt, dass in den DtK (im Vergleich zu den NDtK) eine mögliche höhere Arbeitslosigkeit durch ein stärkeres Ausweichen in die Invalidenversicherung – über Renten ebenso wie über individuelle (Rehabilitations-)Maßnahmen – abgefangen bzw. vermieden wird. Um diese Vermutung zu bestätigen, wären jedenfalls genauere Untersuchungen hinsichtlich der Kriterien der kantonalen IV-Stellen bei der Vergabe von Invalidenrenten und von individuellen Maßnahmen erforderlich.¹⁵ Die in Tabelle 26 ausgewiesenen konsistenten Unterschiede zwischen den DtK und den NDtK sind zweifellos unplausibel; einzelne Ausreißer in beiden Gruppen schienen, jedenfalls wenn man von einer Unabhängigkeit der einzelnen IV-Stellen ausgeht, wesentlich einsichtiger.

¹⁵ Die vom BSV bereits in Auftrag gegebene Studie zur Bedeutung der ärztlichen Beurteilung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Invalidenversicherung könnte diesbezüglich wichtige Erkenntnisse bringen; weitere Untersuchungen über die Funktionsweise der IV-Stellen wären aber notwendig.

7. Optionen einer adäquaten Invalidenversicherung

7.1 Allgemeine Handlungsoptionen

Im folgenden sollen mögliche Handlungsoptionen aufgezeigt und diskutiert werden. Im Einleitungskapitel wird die *Balance* zwischen der ausreichenden Sicherung der Teilhabechancen von Personen mit Erwerbseinschränkungen und der Vermeidung falscher Anreize zu opportunistischem Verhalten (moral hazard) als Kernziel und wesentlichste Herausforderung an die Invalidenversicherung bezeichnet. Um dies zu erreichen, müssen Reformoptionen an einer *Optimierung der Anreizstrukturen* für die involvierten Akteure – Arbeitgeber, Administratoren und potentiell Betroffene – ansetzen. Die im folgenden getroffene Zuordnung verschiedener Themenbereiche zu den verschiedenen Akteursebenen darf aber nicht überbewertet werden, weil in den meisten Fällen mindestens zwei Ebenen tangiert werden; es handelt sich also eher um einen Versuch, die komplexe Materie in Einzelteile zu untergliedern.

Anreizstrukturen für Arbeitgeber

Arbeitgebern werden praktisch in allen untersuchten Ländern außerordentlich große Anreize zur Nutzung der Invalidenversicherung zum Abbau älterer und/oder erwerbseingeschränkter Mitarbeiter geboten. Invalidenrenten ermöglichen damit oftmals eine *Umgehung* der anderenfalls immer strenger werdenden Kündigungsgesetze. In Ländern wie Österreich oder Deutschland gilt dies vor allem für Arbeitnehmer über 55 Jahren. Gerade für dieses Alterssegment stehen in verschiedenen Ländern außerdem noch eine Reihe anderer *Frührentenoptionen* zur Verfügung. Aus der Sicht der Finanzierbarkeit der Sozialleistungen wäre es wichtig, die Praxis dahingehend zu ändern, dass die zusätzlichen Kosten der weitverbreiteten Aussteuerung älterer Arbeitnehmer nicht mehr von der Versicherungsgemeinschaft und vom Staat, sondern von den Arbeitgebern (und gegebenenfalls auch von den Frührentnern selbst) getragen werden. Eine Option wäre die Gewährung versicherungsmathematisch reduzierter Rentenansprüche von staatlicher Seite, die dann von den Arbeitgebern eventuell aufgestockt werden müssten. In der Schweiz gibt es dieses Frührentnerproblem nicht oder jedenfalls noch nicht, obwohl ein vorzeitiger Rentenanspruch über die 2. Säule des Systems, die berufliche Vorsorge, möglich ist und zum Teil auch praktiziert wird (vgl. u.a. die Praxis im öffentlichen Dienst).

Eine völlig andere Option wäre es, die Beiträge zum Invalidenversicherungssystem nach dem *Verursacherprinzip* zu staffeln, wie dies neuerdings in den Niederlanden geschieht: Branchen, welche Invalidenrentner hervorbringen, müssten demnach höhere Beiträge entrichten (wofür sich der Begriff ‚experience rating‘ eingebürgert hat). Ein ‚*Cross-Subsidizing*‘ zwischen verschiedenen Branchen, wie es zur Zeit etwa zum Vorteil der Bau- oder der Fremdenverkehrsbranche selbstverständlich scheint, wäre dann nicht mehr möglich. In fünf der hier untersuchten Länder (Österreich, Deutschland, Italien, Norwegen und Schweden) stößt man dabei allerdings auf das Problem, dass die Rentenversicherung bei der *Beitragseinhebung* nicht zwischen Altersrenten und Invalidenrenten unterscheidet. Eine korrekte Zuordnung ist damit nicht möglich, eine solche wäre aber in jedem Fall wünschenswert, weil anderenfalls keine Einnahmen-/Ausgaben-Rechnung für die Invalidenversicherung möglich ist. In der Schweiz wäre die Einführung von nach dem Verursacherprinzip gestaffelten Beiträgen hingegen – zumindest technisch gesehen – unproblematisch. Andere Länder haben außerdem

noch weitere Probleme bei der Abgrenzung der Invalidenversicherung; zu nennen wäre hier zum einen die spezielle vorzeitige Altersrente für Personen mit Erwerbseinschränkungen in Deutschland und Österreich, welche die Grenze zwischen Alters- und Invalidenrente zusätzlich verwischt, und zum anderen die Tatsache, dass Invalidenrenten in Österreich und Italien bei Erreichen der Altersgrenze für eine reguläre Altersrente nicht in eine solche umgewandelt werden, d.h. einmal gewährte Invalidenrenten werden in aller Zukunft als solche in der Statistik geführt – es wird also nicht unterschieden, welche Renten ein Invaliditätsrisiko im Erwerbsalter und welche Renten das Risiko Alter abdecken.

Experience rating hat aber eine zweite Seite: Neben dem oben beschriebenen Negativanreiz für Arbeitgeber gäbe es auch einen entsprechenden *Positivanreiz* für jene Arbeitgeber, die einen Invalidenrentner anstellen; sie müßten nur geringere Beiträge entrichten. Durch das Ausmaß der vorgeschriebenen Erhöhung und Reduktion der Beitragssätze kann man das Anreizsystem durch ein *experience rating* schwächer oder stärker ausgestalten. Gerade dieser Positivanreiz scheint besonders wichtig, weil es anderenfalls von Arbeitgeberseite praktisch überhaupt keinen Grund gibt, einen Invalidenrentner in den Arbeitsmarkt zurückzuholen. Es gibt zwar in den meisten Ländern – unterschiedlich hohe – Behindertenquoten, von diesen kann man sich aber zumeist mit äußerst geringen Strafen freikaufen, weshalb die Quote praktisch überall nur zum Teil erfüllt ist. Die Wiedereingliederung von Invalidenrentnern ist darüber hinaus überall dort besonders schwierig, wo es keine Teilrenten-option gibt (Österreich, Italien, Deutschland), womit auch eine Kombination aus Teilrente und Teilbeschäftigung gar nicht möglich ist. Gleichzeitig erspart man damit der Arbeitgeberseite die Bereitstellung von Teilzeit- und Schonarbeitsplätzen und verhindert auch die Herausbildung einer schon aus anderen Gründen, wie der Vereinbarkeit von Beruf und Familie oder der Umverteilung der Arbeit, dringend benötigten Teilzeitarbeitskultur.

Schließlich sind grundsätzlich Überlegungen anzustellen, welchen Teil der *sozialen Verantwortung* der Staat zu übernehmen hat und welchen Anteil die Arbeitgeberseite übernehmen könnte oder sollte. In dieser Hinsicht haben sich die hier verglichenen Länder sehr unterschiedlich positioniert. In Österreich etwa wird den Arbeitgebern im Zuge einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit eines Arbeitnehmers die Umgestaltung des Arbeitsplatzes grundsätzlich nicht zugemutet. Andere Länder, etwa die Niederlande, gehen hier in jüngster Zeit einen völlig neuen Weg. Gewisse Arbeitsplatzanpassungen, präventive Maßnahmen, eine Beteiligung an und/oder eine Bereitstellung von Rehabilitationsmaßnahmen und eine betriebliche oder überbetriebliche Laufbahnplanung scheinen den Arbeitgebern jedenfalls zugemutet werden zu können. Ein derartiges Umdenken wird aber erst erfolgen, wenn die Invalidenversicherung nicht mehr automatisch eine wesentlich einfachere und kostengünstigere Alternative (nämlich die völlige Ausgliederung) anbietet. In der Schweiz liegt zweifellos ein vergleichsweise größerer Teil der Mitverantwortung bei der Arbeitgeberseite, weil die Invalidenversicherung ja nur eine Basissicherung bietet, wogegen die Erhaltung des Lebensstandards erst durch die obligatorische, annähernd hälftig von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzierte, berufliche Vorsorge gewährleistet wird.

Anreizstrukturen für Administratoren

Aus der Sicht der Administration ist vor allem die Frage des *Zugangs zu Invalidenrenten* relevant, wobei dieser Zugang nicht zu leicht gemacht werden darf, um Mißbrauch möglichst zu vermeiden. Ein leichter Zugang, kombiniert mit großzügigen Leistungen, lädt zum Mißbrauch ein, wie die Beispiele Italien (bis 1984) und Niederlande (bis 1994) zeigen. Wünschenswert ist zum einen die Verwendung eines strikt *medizinischen* Invaliditätsbegriffes (wie in Italien, Schweden, Österreich und Deutschland) und andererseits ein hohes Ausmaß an *ärztlicher Kontrolle*, welche idealerweise von zentraler Stelle (etwa durch Ärzteteams der Sozialversicherungsanstalten) erfolgen sollte. Hinsichtlich des Invaliditätsbegriffes sind vor allem die Regelungen in den Niederlanden und der Schweiz kritisch, weil sie ein ökonomisches Kriterium verwenden. Das Ausmaß der Kontrolle ist wiederum vor allem in Norwegen unterdurchschnittlich ausgeprägt, weil hier die Hausärzte die Hauptverantwortlichkeit tragen. In abnehmendem Maße gilt das auch für die Schweiz, wo jedoch die IV-Stellen die Letztverantwortung haben. In der Schweiz kommt noch das Problem der *Kantonalisierung* der IV-Stellen hinzu: Während Organisation und Verantwortung dezentralisiert sind (was auf der positiven Seite mehr Transparenz und Bürgernähe bedeutet), liegen Aufsicht und Finanzierung weitgehend in der Hand des Bundes. Diese Konstruktion (dezentrale Organisation, ökonomischer Invaliditätsbegriff und vergleichsweise geringe ärztliche Kontrolle) eröffnet einen sehr hohen Ermessensspielraum, der insbesondere in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit zu einer übermäßigen Invalidisierungsrate führen kann.

Unzeitgemäß ist heute der in Österreich, Deutschland und der Schweiz immer noch existierende *Berufsschutz* – der in den übrigen Ländern bereits abgeschafft wurde und dessen Wegfall auch in Deutschland ursprünglich noch für 1999 geplant war. Fragwürdig ist vor allem die Aufrechterhaltung eines Berufsschutzes, der sich überhaupt nicht am erzielbaren Einkommen sondern lediglich am jeweiligen Ausbildungsberuf orientiert. Dies ist heute vor allem in Österreich immer noch der Fall, wo es durchaus möglich ist, gleichzeitig ein hohes Einkommen und eine (ungekürzte) Invalidenrente zu beziehen. Hier sind – im Sinne einer bedarfsorientierten Einsetzung knapper Ressourcen und einer Vermeidung von Überversorgung – zumindest Änderungen in den Verweisbarkeitsbestimmungen notwendig. Die Schweizer Regelung, wo Berufsschutz durch *Zumutbarkeit* im Einzelfall und durch eine Ausrichtung am erzielbaren Einkommen ersetzt wird, ist hier wesentlich adäquater, wenngleich man darauf achten muß, keinen zu großen Ermessensspielraum einzubauen.

Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Handhabung von *konkreter versus abstrakter Arbeitsmarkt-betrachtung*. Auch hier haben sich die untersuchten Länder sehr unterschiedlich positioniert. In Deutschland beispielsweise wird bei Berufsunfähigkeit grundsätzlich eine konkrete Betrachtungsweise angewendet: ist ein entsprechender Teilzeitarbeitsplatz nicht verfügbar, besteht Anspruch auf eine Vollrente. In Österreich hingegen ist die konkrete Verfügbarkeit eines geeigneten Arbeitsplatzes praktisch irrelevant, was den Zugang deutlich erschwert (und auch den hohen Anteil an abgewiesenen Anträgen für eine Invalidenrente erklärt), aber auch zu Härtefällen führen kann – also zu Fällen, wo ein Verweis auf die Arbeitslosenversicherung problematisch scheint. Ein interessantes Beispiel auf der Suche nach einem Ausweg aus diesem Dilemma (konkrete Betrachtung & Übernutzung des Systems versus abstrakte Betrachtung & Härtefälle) ist die Schweiz, wo durch den Begriff des *ausgeglichenen Arbeitsmarktes*, gewissermaßen ein theoretischer durchschnittlicher Arbeitsmarkt, ein Mittelweg zwischen dem gegenwärtigen konkreten Arbeitsmarkt und dem

völligen Wegdefinieren des Arbeitsmarktes gesucht wird. Dem Charme dieser Lösung steht aber wieder die große Schwierigkeit gegenüber, diese vage Regelung in der Praxis adäquat umzusetzen.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist das Zusammenspiel verschiedener Sozialversicherungsbereiche. Wenn, wie dies in den meisten Ländern der Fall ist, für ein und dieselbe Problematik verschiedene Versicherungsbereiche zuständig sind (also z.B. die Arbeitslosenversicherung für berufliche Rehabilitation, die Krankenversicherung für medizinische Rehabilitation, die Unfallversicherung für Berufsunfälle und die Invaliden-/Rentenversicherung für sonstige Unfälle), ist der Versuch einer Verlagerung der Problematik naheliegend. In diesem Zusammenhang steht die Invalidenversicherung besonders ungünstig da, weil sie gewissermaßen als *Auffangnetz* übrigbleibt. Sparmaßnahmen in den anderen Versicherungssystemen führen somit fast unmittelbar zu einer Kostensteigerung in der Invalidenversicherung. Hier wäre im Sinne einer Effizienzsteigerung eine Aufgabenkonzentration (und damit auch eine Ausgaben- und Einnahmenkonzentration) wünschenswert. Die Schweiz ist hier in einer vergleichsweise günstigen Situation, weil ein Großteil der Aufgaben zum Schutz von Personen mit Behinderungen in der Invalidenversicherung konzentriert ist. Nicht wirklich ideal ist in der Schweiz hingegen die Aufgabenverteilung zwischen Invalidenversicherung, komplementärer Unfallversicherung (die auch Nichtberufsunfälle abdeckt) und subsidiärer beruflicher Vorsorge, weil daraus für vergleichbare Ereignisse unterschiedliche und für die Betroffenen oftmals schwer nachvollziehbare Versorgungsniveaus resultieren bzw. jedenfalls resultieren können.

Darüber hinaus stellt sich in diesem Zusammenhang auch die generelle Frage nach einer korrekten *Problemuordnung* und einer Vermeidung von Problemvermischungen. Arbeitsmarktprobleme, die über die Invalidenversicherung aufgefangen wurden, sind bei einer steigenden Arbeitskräftenachfrage praktisch nicht oder kaum umkehrbar: Die Invalidenversicherung wird in Krisenzeiten zwar zusätzlich belastet, in einer Hochkonjunkturphase aber nicht durch eine Wiedereingliederung von Invalidenrentnern entsprechend entlastet (wie verschiedene Beispiele beweisen). Hier läuft die Schweiz Gefahr, einen falschen Weg einzuschlagen, wie die starke Zunahme der Invalidisierungswahrscheinlichkeit in den 1990er-Jahren parallel zur erstmals deutlich steigenden Arbeitslosenrate dokumentiert – eine Gefahr, die bislang wegen der herausragenden wirtschaftlichen Entwicklung dieses Landes vielleicht unerkannt geblieben und unterschätzt worden ist.

Aus der Sicht der für die Zuweisung und Ablehnung von Invalidenrenten zuständigen Administratoren wäre auch die Einführung von *Teilinvaliditätsoptionen* wünschenswert, weil damit das Entweder-Oder-Prinzip, das im Einzelfall schwierig zu entscheiden sein kann, aufgelöst würde – ein Problem, das Länder wie die Schweiz nicht haben. Bei der Neueinführung derartiger Teilrentenstufen wäre auch eine Nachprüfung des Invaliditätsausmaßes gegenwärtiger Invalidenrentenbezieher unter etwa 45 oder 50 Jahren sinnvoll und möglich (wie das Beispiel Niederlande gezeigt hat) und vor allem auch wünschenswert, um eine Ungleichbehandlung verschiedener Personengruppen – je nachdem, ob Invalidität vor oder nach der Reform eingetreten ist – zu vermeiden.

Anreizstrukturen für Personen im Erwerbsalter

Besonders relevant ist die Frage der Balance zwischen ausreichender Absicherung und vernünftigen Anreizstrukturen für die Betroffenen, die Bevölkerung im Erwerbsalter. Diesbezüglich zeigen sich in den hier untersuchten Systemen enorme Unterschiede.

So gibt es beispielsweise in einigen Ländern für manche Personengruppen keine oder eine sehr schlechte Absicherung. In Versicherungssystemen ohne universelle Komponente (Österreich, Italien, Deutschland, bedingt auch die Niederlande) gibt es etwa keine Absicherung für *nichterwerbstätige Personen*, also vor allem für Hausfrauen und Hausmänner. Im Falle eines teilweisen oder gänzlichen Verlusts der Erwerbsfähigkeit sind letztere daher auf die Hilfe der Angehörigen bzw. allenfalls auf Sozialhilfe angewiesen, weil ihnen ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt nicht mehr möglich ist – besonders hart trifft dies, wenn diese Personen in einer längeren Erwerbsphase Beiträge an die Invalidenversicherung entrichtet haben, aber die Zugangsbestimmungen zum Zeitpunkt des Eintretens des Invalidenstatus nicht erfüllen. Hier scheinen gewisse Änderungen notwendig, etwa in die Richtung einer verpflichtenden Weiterversicherung bei Erwerbsunterbrechungen, für welche bei begründbaren Ereignissen (wie etwa der Betreuung eines Kindes unter 10 Jahren) der Staat die Versicherungsbeiträge übernehmen könnte. Die Schweizer Regelung hingegen garantiert eine adäquate Mindestabsicherung auch für Nichterwerbstätige.

Ebenfalls relativ schlecht versorgt sind in einigen Ländern Personen, die in *jüngerem Alter* arbeitsunfähig werden. Diese Personen haben altersbedingt nicht nur ein wesentlich geringeres Einkommen bzw. eine geringere Bemessungsgrundlage, sie erhalten etwa in Österreich und Deutschland und neuerdings auch in den Niederlanden eine gegenüber der maximalen Altersrente reduzierte Leistung (z.B. in Österreich 75%, in Deutschland 83%). Hier sind Verbesserungen im Sinne einer höheren Aufstockung für all jene, die kein zusätzliches Einkommen erzielen können, dringend notwendig. Die Minimalvariante wäre eine vollständige Zurechnung auf 100% der maximalen Altersrente, wie etwa in Norwegen oder Schweden und bei 100% Invalidität auch in Italien üblich. Eine weit bessere Variante wäre die diesbezüglich beispielhafte Schweizer Regelung, wo Personen unter 45 Jahren zusätzlich – unter der Annahme einer fiktiven Einkommenskarriere – ein vom Alter abhängiger *Zurechnungsbetrag* gewährt wird. Eine andere Alternative wäre die italienische Regelung, wonach lediglich Vollinvalide einen unbefristeten Invalidenrentenanspruch mit 100%iger Zurechnung haben, wogegen Teilinvalide nur eine befristete Leistung ohne jede Zurechnung erhalten. Durch diese im Jahr 1984 in Italien eingeführte Änderung wurden Anreize zu Mißbrauch praktisch völlig eliminiert; diese doch sehr extreme Unterscheidung ist aber nur in Kombination mit einem Mindestrentenanspruch – der in Italien auch für alle Jüngeren schlagend wird – möglich.

Besonders wichtig im Anreizsystem ist auch die Gestaltung der *Ruhensbestimmungen* bzw. der Kombinationsmöglichkeiten aus Invalidenrente und Erwerbseinkommen. Hier haben Länder mit Teilrentensystem eine weitgehend einheitliche Regelung, wonach im allgemeinen das Einkommen vor der Invalidisierung nicht überschritten werden darf.¹⁶ Die österreichische und bedingt auch die deutsche Regelung, mit (fast) beliebiger Zuverdienstmöglichkeit in einem anderen Beruf und fast keiner Zuverdienstmöglichkeit im Ausbildungs- oder einem Verweisberuf, bieten diesbezüglich besonders ungünstige Anreize, die auf eine intensive Nutzung des Invalidenrentensystems für Niedriglohnbezieher hinauslaufen. Idealerweise sollte ein System so gestaltet sein, dass einerseits Erwerbstätigkeit in jedem Fall lohnt (um möglichst alle potentiell Arbeitsfähigen in den Arbeitsmarkt einzugliedern), andererseits aber bei entsprechendem Verdienst die Sozialleistung auch gänzlich wegfällt. Es sollte also generell und berufsunabhängig eine mit dem Zusatzeinkommen steigende Anrechnung

¹⁶ In der Schweiz ist ein Überschreiten des Valideneinkommens für Niedrigeinkommensbezieher explizit möglich, weil durch die Invalidenrente der Existenzbedarf gedeckt sein soll.

des Einkommens erfolgen. Die Obergrenze könnte entweder dann erreicht sein, wenn Einkommen und Invalidenrente zusammen 100% des Einkommens vor Invalidität ergeben, oder – wenn man den Arbeitsanreiz weiter erhöhen möchte – wenn das Zusatzeinkommen das Einkommen vor Invalidität erreicht. Der Anreiz zur Arbeitssuche würde darüber hinaus dadurch erhöht, dass die Möglichkeit eines relativ einfachen und gegebenenfalls auch wiederholten Wechsels zwischen Beschäftigung und Abhängigkeit von der Sozialversicherung besteht – je nachdem, ob der Wiedereinstieg erfolgreich war –, so wie das etwa bei der noch ausstehenden Reform in Schweden geplant ist.

Anreize zur Inanspruchnahme von Invalidenrenten gehen auch von anderen Systemen aus. So ist es beispielsweise kontraproduktiv, wenn die Invalidenversicherung deutlich höhere *Ersatzraten* als die Arbeitslosenversicherung vorsieht – wie das etwa in den Niederlanden lange Zeit der Fall war –, weil damit eine Verlagerung von Arbeitsmarktproblemen in die Invalidenversicherung sehr wahrscheinlich ist. In den meisten Ländern bietet die Arbeitslosenversicherung für jüngere Erwerbspersonen (jedenfalls für eine gewisse Zeit) zumeist deutlich höhere Ansprüche. Für ältere Erwerbspersonen wird die Invalidenversicherung hingegen sukzessive attraktiver. In der Schweiz ist die Situation durch die Gewährung des Zuschlages für Jüngere eine etwas andere (vgl. zu Anreizen der Arbeitslosen- und der Invalidenversicherung Abschnitt 6.2).

Bedeutend sind auch alternative *Frührentenregelungen* und deren Attraktivität im Vergleich zur Invalidenrente. Hier gibt es in Ländern mit staatlichen Frührentensystemen i.a. keine zusätzlichen Anreizwirkungen, weil Invaliden- und vorzeitige Altersrenten praktisch identisch berechnet werden. In jenen Ländern, wo Frührenten nur über Kollektivvertragsvereinbarungen möglich sind (Niederlande, Norwegen und bedingt auch über die 2. Säule in der Schweiz), sind diese zumeist deutlich attraktiver als die entsprechende Invalidenrente. Will man, was dringend notwendig scheint, den Spielraum an staatlichen Frührenten einschränken bzw. letztere durch versicherungsmathematische Abschläge kostenneutral gestalten (wie das in Schweden schon lange der Fall ist), dann muß man mögliche Folgen für die Invalidenversicherung mitdenken, um ein Ausweichen in die Invalidenversicherung zu vermeiden. Widersinnig sind jedenfalls unterschiedliche Anreize für Frauen und Männer, wie es sie vor allem in Österreich und Deutschland durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche Altersgrenzen für verschiedene Formen der (vorzeitigen) Altersrente gibt.

In einigen Ländern nicht vorhandene *Teilinvaliditätsoptionen* wären besonders, aber nicht ausschließlich, für ältere Betroffene eine attraktive Alternative. Ein fließender Übergang aus dem Erwerbsleben in die Rente würde es älteren Erwerbstätigen mit Erwerbseinschränkungen ermöglichen, länger im Arbeitsmarkt zu verbleiben. Ein derartiger gleitender Übergang ist bzw. wäre aber für eine sehr große Gruppe interessant, weil er es ermöglicht, den Rentenschock zu überwinden und altersbedingt abnehmender Produktivität Rechnung zu tragen (vgl. Casey 1997). Für jüngere Betroffene eröffnen Teilinvaliditätsoptionen einen größeren Spielraum bei Aus- und Wiedereingliederungen in den Arbeitsmarkt vor allem im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen, welche ja nicht notwendigerweise eine vollständige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit garantieren können. Insofern tragen Teilinvaliditätsleistungen wesentlich zur Verbesserung der Teilhabechancen von Personen mit Erwerbsminderungen bei.

Letzteres ist auch Sinn und Zweck einer *Behindertenquote*, welche vor allem von Arbeitgeberseite zumeist ungeliebt, als Schutz für die Betroffenen aber wohl unentbehrlich ist. Dies gilt gerade in

Zusammenhang mit einer erhöhten Arbeitgeberverantwortung, weil die Verlagerung von Teilen der Verantwortung weg vom Staat anderenfalls eine Ausgrenzung von Randgruppen zur Folge haben könnten. Ohne Kontrollmechanismen, die eine Integration von Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit garantieren, würde das *Insider-Outsider-Problem* zwangsläufig zunehmen. Unternehmen hätten zunehmend Interesse, den vorhandenen Arbeitskräften dauerhaft gesunderhaltende Bedingungen zu schaffen, gleichzeitig aber durch intensive Gesundheits-Checks bei Neueinstellungen potentiell gefährdeten Personen von vornherein keine Chance zu geben. Behindertenquoten scheinen daher (leider) unvermeidlich und außerdem nur in Kombination mit hohen Ausgleichszahlungen, die eine weitestgehende Einhaltung der vorgegebenen Quote garantieren, wirksam. Die Grundlagen dieser Untersuchung reichen aber nicht aus, für die Schweiz – wo es gegenwärtig keine Behindertenquoten gibt – ausdrücklich die Einführung einer solchen Quote zu empfehlen.

Längsschnittuntersuchungen

Zum Abschluß soll noch ein wichtiger Aspekt ins Treffen geführt werden, nämlich das Fehlen von aussagekräftigen Längsschnittuntersuchungen bzw. vor allem das Fehlen der dazu erforderlichen Individualdaten in fast allen Ländern. Auf Basis von Makrodaten lassen sich zwar Vermutungen über die Ursachen der Zunahme des Invaliditätsumfanges anstellen. Eschmann & Donini (1995) beispielsweise erwähnen die Möglichkeit, dass die jüngste Zunahme in der Schweiz auf ein gesamtgesellschaftliches Problem (Gesellschaft mit zwei Geschwindigkeiten) zurückzuführen sein könnte, wonach die Invalidenversicherung ein wichtiges Auffangnetz oder einen letzten Ausweg für Modernisierungsverlierer darstellt. Tiefergehende Untersuchungen etwa über die genauen Gründe für die Einreichung einer Invalidenrente, über den Zusammenhang mit den zugrundeliegenden Lebensläufen (Erwerbs- und Familienkarrieren), oder über die Erfolgsaussichten von Eingliederungsmaßnahmen im Zusammenhang mit den jeweiligen gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Ressourcen wären notwendig, um die Umsetzungschancen und mögliche Konsequenzen einzelner Handlungsoptionen besser abschätzen zu können.

7.2 Ein Kurzsümee über die Schweizer Invalidenversicherung

Die Schweizer Invalidenversicherung befindet sich verglichen mit den entsprechenden Systemen in Deutschland, Italien, den Niederlanden, Norwegen, Österreich und Schweden in einer durchaus ungewöhnlichen Situation – wobei das Besondere an diesem System mehrheitlich positiv, wenn auch verbesserungsfähig, ist.

1. Ungewöhnlich ist zunächst das System selbst bzw. das *Zusammenspiel der verschiedenen Subsysteme* zur Absicherung von Personen mit teilweiser oder vollständiger Erwerbsunfähigkeit. Die Aufgabenverteilung zwischen einer maßgeblich von der öffentlichen Hand mitfinanzierten Basisversorgung (der Invalidenversicherung) und einer obligatorischen zur Gänze von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanzierten Zusatzversorgung (der beruflichen Vorsorge) ist sicherlich sinnvoll. Im Vergleich dieser sieben Länder ist diese Konstruktion untypisch – das niederländische System kommt jenem der Schweiz sicher am nächsten –, obwohl sie viel stärker den heutigen Vorstellungen einer langfristig finanzierbaren Alters- und

Invalidenversicherung entspricht. Positiv ist insbesondere auch die *Aufgabenkonzentration*, also die Tatsache, dass die Invalidenversicherung den Großteil sonstiger Ausgaben für Personen mit Behinderungen übernimmt, womit ein ineffizientes Abschieben an andere Versicherungsträger vermieden wird. Ungewöhnlich und verbesserungsfähig wird das Schweizer System vor allem durch die spezielle Rolle der Unfallversicherung – welche zum einen bei Berufsunfällen zur Invalidenversicherung komplementäre Leistungen gewährt (wogegen die berufliche Vorsorge die Leistungen aus beiden Systemen subsidiär ergänzt) und zum anderen auch entsprechende Leistungen für Nichtberufsunfälle vorsieht. Damit wird die Logik des Zwei-Säulen-Systems verschiedentlich durchbrochen, was insbesondere auch wegen der äußerst unterschiedlichen Leistungshöhen problematisch ist bzw. nur schwer einzuschätzende Leistungsansprüche zur Folge hat. Aus ähnlichen Lebenssituationen können sehr unterschiedliche Sicherungsniveaus hervorgehen. Eine Harmonisierung bzw. zumindest eine bessere Abstimmung dieser *drei Stufen der Absicherung im Invaliditätsfall* scheint notwendig. In sich stimmiger wäre bereits eine einfache ‚Vertauschung‘ von beruflicher Vorsorge und Unfallversicherung; die berufliche Vorsorge würde dann komplementär zur Basisleistung aus der Invalidenversicherung eine Lebensstandardsicherung gewähren, und die Unfallversicherung schließlich nur bei Berufsunfällen komplementär eine Lohnersatzleistung.

2. Ungewöhnlich ist aber auch die *Struktur des Systems*, mit seiner dezentralen Organisation und Verantwortlichkeit (kantonale IV-Stellen) bei gleichzeitig zentraler Finanzierung und Aufsichtsausübung. Die aus der Dezentralisierung resultierende Transparenz und Bürgernähe und somit die größere Nähe zu den für die Betroffenen relevanten Arbeitsmärkten kann als positive Entwicklung gesehen werden.¹⁷ Dies jedoch nur solange, als der Bund seine Aufsichtspflicht erfüllen kann, was aufgrund des *Ermessensspielraumes der IV-Stellen* (vgl. Punkt 3) sehr schwierig ist. Die im Aufbau befindliche neue Geschäftsstatistik der IV-Stellen könnte dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Im übrigen ist die Meinung des Bundesrates, dass die vermehrte Einheitlichkeit bei der Beurteilung von Rentenbegehren in der Invalidenversicherung ein wichtiges Anliegen darstellt, zu unterstreichen und zu unterstützen (vgl. die Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Dormann 1998). Aus der vorgeschlagenen Einführung eines regional organisierten ärztlichen Dienstes unter der direkten fachlichen Aufsicht des BSV sollte tatsächlich eine erhöhte Einheitlichkeit der Kriterien bei der Rentenzusprache resultieren. Darüber hinaus sollten in Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen detaillierte Untersuchungen über die Organisationsstrukturen und Entscheidungsverfahren der kantonalen IV-Stellen durchgeführt werden; Ziel dieser Untersuchungen wäre die Identifikation von *good practices*, die dann auch von anderen IV-Stellen übernommen werden und somit zu einer Effizienzsteigerung beitragen könnten.
3. Ungewöhnlich sind weiters zahlreiche *Detailregelungen*, die den kantonalen IV-Stellen zumindest auf der Ebene von Gesetzen und Verordnungen gerade den oben angesprochenen Ermessensspielraum eröffnen. Dazu zählen unter anderem die Verwendung eines ökonomischen Invaliditätsbegriffes und das vergleichsweise geringe Ausmaß an (zentraler) ärztlicher Kontrolle. Besonders erwähnenswert sind zwei in ihrer Konstruktion sehr durchdachte

¹⁷ Die erst kürzlich (d.h. 1992) erfolgte Bestätigung des Gesetzgebers zugunsten einer Kantonalisierung der IV-Stellen und gegen eine Bundeslösung soll auch nicht in Frage gestellt werden.

Konzepte, die aber nur sehr schwer bzw. sehr uneinheitlich umgesetzt werden können. Einerseits ist das der *abgeschwächte Berufsschutz*, wonach die Zumutbarkeit eines konkreten Jobs im Einzelfall und durch eine Ausrichtung am erzielbaren Einkommen (und nicht am Ausbildungsberuf) überprüft werden muß. Dieser Kompromiß zwischen striktem Berufsschutz und völligem Wegfall eines solchen scheint sinnvoll, die geforderte Orientierung am Einzelfall hat aber fast zwangsläufig eine unterschiedliche Handhabung durch unterschiedliche Administratoren bzw. IV-Stellen zur Folge. Das andere sehr ungewöhnliche Konzept ist jenes eines *ausgeglichenen Arbeitsmarktes*, welches einen Ausweg zwischen konkreter und abstrakter Arbeitsmarkt Betrachtung (wonach der konkrete Arbeitsmarkt entweder ausschlaggebend oder irrelevant ist) darstellen soll. Die Orientierung an einem fiktiven ausgeglichenen Arbeitsmarkt soll bewirken, dass ein und dieselbe Situation bei unterschiedlicher Wirtschaftslage – also auch bei einer Krise oder einer Hochkonjunkturphase – zur gleichen Beurteilung (Zuspruch einer Invalidenrente, ja oder nein) führt. In der Praxis ist diese Regelung aber nur schwer einheitlich umzusetzen. Resümee: diese zwei ungewöhnlichen Konzepte können und sollten erhalten bleiben, die Frage, wie diese gesamtschweizerisch einheitlich und rechtsgleich umgesetzt werden können, muß aber in den Mittelpunkt gerückt werden. Dazu sind möglichst konkrete Richtlinien und Kriterienkataloge erforderlich – was wiederum genau der Sinn der umfangreichen (dem Autor aber nicht bekannten) *Verwaltungsweisungen* des Bundes an die IV-Stellen ist.

4. Ungewöhnlich ist schließlich auch die Nutzung der Invalidenversicherung bzw. vor allem die *Altersstruktur der Invalidenrentner*. Im Gegensatz zu fast allen anderen Ländern wurden Invalidenrenten in der Schweiz bislang nicht oder kaum als Ersatz für – in diesem Land weitgehend fehlende – Frührenten genutzt. Vielmehr ist ein sehr großer Teil der Invalidenrentner jünger als 50 Jahre. Auch die Zunahme der Invalidisierungswahrscheinlichkeit in den 1990er-Jahren war bei Personen unter 50 Jahren höher als bei jenen über 50. Dies ist im Prinzip ein gutes Zeichen, weil die Invalidenversicherung scheinbar nicht ältere Arbeitnehmer aus dem Arbeitsprozeß zieht bzw. verdrängt. Auch wenn in der Schweiz generell kein starker Trend zur Frühverrentung feststellbar ist, kann sich diese Situation innerhalb sehr kurzer Zeit ändern, wie das Beispiel Norwegen zeigt. So sollte vermieden werden, dass eine neue Frührentenkultur in der AHV – entgegen der Grundannahme – von einer *stärkeren* Nutzung der IV durch Personen im Frührentenalter begleitet ist (wie das in den meisten Ländern, z.B. in Österreich, der Fall ist) bzw. dass die IV zum privilegierten Pfad in den vorzeitigen Altersrücktritt wird (weil hier eine vorzeitige Rente abschlagsfrei bleibt). Gleichzeitig sollte aber auch nach den Ursachen für die zunehmende Invalidisierung bei *Personen unter 50 Jahren* gesucht werden; ein Zusammenhang mit der gestiegenen Arbeitslosigkeit ist evident (auch und gerade wegen des großen Ermessensspielraumes der IV-Stellen), genaueres ließe sich aber nur anhand von detaillierten Längsschnittuntersuchungen sagen.
5. Ungewöhnlich ist zuallerletzt auch die *schlechte Datenlage*, zum Teil in der Invalidenversicherung selbst, vor allem aber in der unmittelbar damit in Zusammenhang stehenden beruflichen Vorsorge. Noch so große forschungsmäßige Anstrengungen werden nichts fruchten, wenn die Mindestvoraussetzung einer ausreichenden Dokumentation der Entwicklungen an fehlenden Unterlagen scheitert. So gibt es beispielsweise keine Information über die *jähr-*

lichen Neuzugänge in der Invalidenversicherung, und schon gar nicht über Neuzugänge in der beruflichen Vorsorge. Das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Stufen zur Absicherung im Invaliditätsfall sowie deren Effizienz und Versorgungsgrad können damit nicht wirklich analysiert werden. Wenngleich der Aufbau einer adäquaten Datenbasis ein längerfristiges Projekt darstellt, sollten doch möglichst rasch die erforderlichen *Grundlagen* dafür geschaffen werden. Bezüglich der IV sollten mit dem jüngst zugestellten ‚Kreisschreiben an die IV-Stellen‘ insbesondere Mängel zur Datengewinnung der Neuzugänge beseitigt worden sein, bezüglich der BV muß insbesondere betont werden, dass die vorhandene gesetzliche Grundlage wesentlich besser im Sinne der Erfassung/Abklärung der Bedürfnisse der IV ausgeschöpft werden sollte.

8. Zitierte Literatur

- Aarts L., R. Burkhauser & Ph. De Jong (1996): Introduction and overview. In: Aarts L., R. Burkhauser & Ph. De Jong (Hg.) *Curing the Dutch Disease*. An international perspective on disability policy reform. Aldershot: Avebury.
- Baldacci E. & S. Lugaesi (1995): The new pension system in Italy: Gainers and losers under different macroeconomic assumptions. *Documenti* No. 4, Roma: ISTAT.
- Blondal S. & S. Scarpetta (1998): *Falling participation rates among older workers in the OECD countries: The role of social security systems*. Paper prepared for the Conference „Reforming the Social Security System: An International Perspective“, Rome, March 16-17, 1998. (OECD, Economics Department).
- Casey B. (1997): *Incentives and disincentives to early and late retirement*. Conference paper. Paris: OECD.
- De Jong Ph. (1998): *Incentives in the welfare state*. Towards a new balance between efficiency and equity. Paper prepared for the 2nd International Research Conference on Social Security of the International Social Security Association, Jerusalem.
- Delsen L. & G. Reday-Mulvey (Hg.) (1996): *Gradual retirement in the OECD countries*. Micro and macro issues and policies. Aldershot: Dartmouth.
- Donini F. & N. Eschmann (1998): Anstieg der Invalidenrentenbezüger: Erklärungsansätze. *Soziale Sicherheit* (CHSS) 4/1998, pp. 202-207.
- Dormann (1998): Zunahme der Rentenzusprachen in der Invalidenversicherung. *Interpellation* 98.3639 am 17.12.1998 und Antwort des Schweizer Bundesrates.
- Eschmann N. & F. Donini (1995): Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität? Betrachtungen anhand statistischer Erhebungen. *Soziale Sicherheit* (CHSS) 6/1995, pp. 321-324.
- Fliedner T.M. & N. Gerdes (1988): Wissenschaftliche Grundlagen der Rehabilitation bei chronischen Krankheiten – Situationsanalyse und Zukunftsperspektive. *Deutsche Rentenversicherung*, pp.227-237.
- Frick B. & D. Sadowski (1996): A German perspective on disability policy. In: Aarts L., R. Burkhauser & Ph. De Jong (Hg.) *Curing the Dutch Disease*. An international perspective on disability policy reform. Aldershot: Avebury.
- Haveman R. (1996): Reducing poverty while increasing employment: A primer on alternative strategies, and a blueprint. *OECD Economic Studies*, No. 26, pp.7-42.
- Kruse A. (1997): The Case of Sweden. In: Augusztinovics M. (Hg.) *Pension Systems and Reforms – Britain, Hungary, Italy, Poland, Sweden*. Final Report, European Commission's Phare ACE Research Project P95-2139-R, Budapest.
- OECD (1995a): The transition from work to retirement. *Social Policy Studies* No. 16, Paris: OECD.
- OECD (1995b): The labour market and older workers. *Social Policy Studies* No. 17, Paris: OECD.

- Porta P.L. & P. Saraceno (1997): The Case of Italy. In: Augusztinovics M. (Hg.) *Pension Systems and Reforms – Britain, Hungary, Italy, Poland, Sweden*. Final Report, European Commission's Phare ACE Research Project P95-2139-R, Budapest.
- Riphahn R. (1995): *Disability retirement among German men in the 1980s*. Münchener wirtschaftswissenschaftliche Beiträge, München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Stahlberg A.-Ch. (1995): Pension reform in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, Vol. 4, pp. 267-273.
- Talos E. & K. Wörister (1994): *Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich*. Baden-Baden: Nomos-Verlag.
- Tiemann F. (1988): Epidemiologische Analyse der Gruppe der Versicherten, die ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahmen frühberentet wurden oder im erwerbsfähigen Alter verstorben sind. Gutachtenbericht, Berlin.
- Wadensjö E. & E. Palmer (1996): Curing the Dutch disease from a Swedish perspective. In: Aarts L., R. Burkhauser & Ph. De Jong (Hg.) *Curing the Dutch Disease*. An international perspective on disability policy reform. Aldershot: Avebury.
- Wörister K. & Ch. Marischka (1997): Sozialgerichtsverfahren: Aktuelle Daten und Entwicklungen. *Soziale Sicherheit (Öst.)* 50 (1997), pp.248-260.