

# BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

## *Krankheit, Invalidität und Arbeit: Hemmnisse abbauen*

*Serie1: Norwegen, Polen und Schweiz*



*Forschungsbericht Nr. 1/06*



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

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

## Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Gemäss Artikel 1 des am 14. Dezember 1960 in Paris unterzeichneten und am 30. September 1961 in Kraft getretenen Übereinkommens fördert die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) eine Politik, die darauf gerichtet ist:

- in den Mitgliedstaaten unter Wahrung der finanziellen Stabilität eine optimale Wirtschaftsentwicklung und Beschäftigung sowie einen steigenden Lebensstandard zu erreichen und dadurch zur Entwicklung der Weltwirtschaft beizutragen;
- in den Mitglied- und Nichtmitgliedstaaten, die in wirtschaftlicher Entwicklung begriffen sind, zu einem gesunden wirtschaftlichen Wachstum beizutragen, und
- im Einklang mit internationalen Verpflichtungen auf multilateraler und nicht diskriminierender Grundlage zur Ausweitung des Welthandels beizutragen.

Die Gründungsmitglieder der OECD sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich Grossbritannien und Nordirland und Vereinigte Staaten. Folgende Staaten wurden zu den nachstehend genannten Daten Mitglieder der OECD: Japan (28. April 1964), Finnland (28. Januar 1969), Australien (7. Juni 1971), Neuseeland (29. Mai 1973), Mexiko (18. Mai 1974), die Tschechische Republik (21. Dezember 1995), Ungarn (7. Mai 1996), Polen (22. November 1996), Korea (12. Dezember 1996) und die Slowakische Republik (14. Dezember 2000).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Tätigkeiten der OECD teil (Artikel 13 des Übereinkommens über die OECD).

Von der OECD auf Englisch und Französisch unter folgenden Originaltiteln veröffentlicht: **Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers (Vol. 1): Norway, Poland and Switzerland**

**Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles (Vol.1): Norvège, Pologne, Suisse**

Veröffentlichung in Vereinbarung mit der OECD Paris.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen zeichnet für die inhaltliche und sprachliche Qualität der deutschen Übersetzung verantwortlich.

**Bestellungen:** (englischer und französischer Text):  
OECD online Bookshop: [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

**Bestellungen:** (deutscher Text):  
BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)  
ISBN: 3-909340-34-2  
Bestellnummer:318.010.1/06 d

# ***Krankheit, Invalidität und Arbeit: Hemmnisse abbauen***

Serie 1: Norwegen, Polen und Schweiz

***Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und  
Entwicklung***

## Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung

Gemäss Artikel 1 des am 14. Dezember 1960 in Paris unterzeichneten und am 30. September 1961 in Kraft getretenen Übereinkommens fördert die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) eine Politik, die darauf gerichtet ist:

- in den Mitgliedstaaten unter Wahrung der finanziellen Stabilität eine optimale Wirtschaftsentwicklung und Beschäftigung sowie einen steigenden Lebensstandard zu erreichen und dadurch zur Entwicklung der Weltwirtschaft beizutragen;
- in den Mitglied- und Nichtmitgliedstaaten, die in wirtschaftlicher Entwicklung begriffen sind, zu einem gesunden wirtschaftlichen Wachstum beizutragen, und
- im Einklang mit internationalen Verpflichtungen auf multilateraler und nicht diskriminierender Grundlage zur Ausweitung des Welthandels beizutragen.

Die Gründungsmitglieder der OECD sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kanada, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien, Türkei, Vereinigtes Königreich Grossbritannien und Nordirland und Vereinigte Staaten. Folgende Staaten wurden zu den nachstehend genannten Daten Mitglieder der OECD: Japan (28. April 1964), Finnland (28. Januar 1969), Australien (7. Juni 1971), Neuseeland (29. Mai 1973), Mexiko (18. Mai 1974), die Tschechische Republik (21. Dezember 1995), Ungarn (7. Mai 1996), Polen (22. November 1996), Korea (12. Dezember 1996), und die Slowakische Republik (14. Dezember 2000).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften nimmt an den Tätigkeiten der OECD teil (Artikel 13 des Übereinkommens über die OECD).

Von der OECD auf Englisch und Französisch unter folgenden Originaltiteln veröffentlicht:

**Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers  
(Vol. 1): Norway, Poland and Switzerland**

**Maladie, invalidité et travail: surmonter les obstacles  
(Vol.1): Norvège, Pologne, Suisse**

**© 2006, Organisation for Economic Co-operation and  
Development (OECD), Paris**

© 2006 Bundesamt für Sozialversicherungen für die deutsche Übersetzung.

Veröffentlichung in Vereinbarung mit der OECD Paris.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen zeichnet für die inhaltliche und sprachliche Qualität der deutschen Übersetzung verantwortlich.

**Bestellungen:** (englischer und französischer Text):  
OECD online Bookshop: [www.oecd.org/bookshop](http://www.oecd.org/bookshop)

**Bestellungen:** (deutscher Text):  
BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)  
ISBN: 3-909340-34-2  
Bestellnummer: 318.010.1/06 d

## Vorwort

Politiken im Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität sollten in vielen OECD-Ländern ein wirtschaftspolitisches Hauptanliegen darstellen. Stattdessen erhalten diese Themen weniger Aufmerksamkeit als sie verdienen. Gesundheitliche Probleme werden zusehends zu einem Kernproblem sowohl für eine Erhöhung der Anzahl Erwerbstätiger als auch für die öffentlichen Sozialausgaben. Immer mehr Personen im Erwerbsalter sind von Krankengeldern und Invaliditätsleistungen als ihr Haupteinkommen abhängig, gleichzeitig ist die Erwerbsquote unter Personen mit Behinderungen sehr niedrig. Die Arbeitslosigkeit ist in den vergangenen Jahren in OECD-Ländern zwar auf tiefe Stände gesunken, doch in keinem Land hat dieser Rückgang zu mehr Arbeitsstellen für gesundheitlich beeinträchtigte Personen geführt. Die zunehmend restriktiveren arbeitsbezogenen Anforderungen in Arbeitslosen- und Sozialhilfesystemen und die sukzessive Kürzung von Frührentenprogrammen haben den Druck auf Langzeitleistungssysteme bei Krankheit und Invalidität erhöht. Dies wiederum hat zu einer wachsenden Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter geführt, die Leistungen aus diesen Systemen beziehen und somit die damit verbundenen öffentlichen Ausgaben ansteigen lassen. In vielen OECD-Ländern besteht also ein dringender Bedarf sich mit einer Lösung für diese «Medizinalisierung» der Arbeitsmarktprobleme zu befassen.

Der vorliegende thematische Bericht untersucht, wie die noch bestehenden Arbeitsfähigkeiten mit vorhandenen Erwerbsmöglichkeiten in Einklang gebracht werden können. Die Studie beleuchtet nationale politische Strategien zur Eindämmung und Reduzierung der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsleistungen sowie zur Unterstützung der Leistungsempfänger, die wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden möchten. Ziel der Studie ist es die Gründe zu verstehen, die eine Person mit gesundheitlichen Problemen dazu bringen, sich vom Arbeitsmarkt zurückzuziehen bzw. auf dem Arbeitsmarkt zu verbleiben, sowie andererseits verbesserungsbedürftige Bereiche bezüglich politischer Intervention zu identifizieren. Diese Studie ist eine Folgearbeit der 2003 durchgeführten OECD-Studie «*Transforming Disability into Ability*». Darin ging es um die Beziehung zwischen Arbeitsmarkt und Sozialschutzsystemen für Personen mit Behinderungen und den Wirkungen dieser Leistungsprogramme in 20 Ländern. Im genannten Bericht werden die Problempunkte und Widersprüche im Zusammenhang mit Invaliditätspolitik hervorgehoben. Die Autoren kommen dabei zum Schluss, dass sich ein vielversprechender neuer Ansatz in der Invaliditätspolitik auf Aktivierung (aktive Arbeitsmarktmaßnahmen), individuelle Frühintervention, verbesserte Arbeitsanreize und gegenseitige Verantwortlichkeit fokussieren müsste. Viele Menschen mit Behinderungen können und wollen arbeiten. Deshalb ist eine Politik, die von der Annahme ausgeht, dass sie nicht arbeiten können, grundsätzlich fehlgeleitet. Menschen im Bestreben nach Arbeit zu unterstützen bietet die Möglichkeit einer Win-Win-Politik. Einerseits kann so nämlich die Ausgrenzung dieser Personen vermieden und ein höheres Einkommen ermöglicht werden. Gleichzeitig wird damit auch die Aussicht auf einen höheren gesamtwirtschaftlichen Ertrag über lange Sicht verbessert.

Der erste Bericht in dieser neuen OECD-Reihe untersucht die Herausforderungen und Hemmnisse, denen Norwegen, Polen und die Schweiz gegenüberstehen. Das Hauptaugenmerk fällt dabei insbesondere auf Erfolg versprechende Schritte, die diese Länder unternehmen bzw. unternehmen könnten, um ihre Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssysteme von passiven Leistungsbezugssystemen in aktive Unterstützungssysteme mit Arbeitsförderung zu transformieren. Der Bericht enthält sieben Kapitel. In Kapitel 1 geht es um die zukünftigen Problematiken bzw. Herausforderungen und es wird hervorgehoben, wie wichtig es für Menschen mit gesundheitlichen Problemen ist, die Aus-

sicht auf Arbeit zu verbessern, und zwar sowohl während einer Erwerbstätigkeit als auch bei Stellenlosigkeit. Kapitel 2 befasst sich mit der Frage, wie ein besserer Umgang mit Krankheit und Behinderungen den Zustrom zu Langzeitleistungen reduzieren kann. Es wird auch darauf eingegangen, welche Auswirkungen das Abklärungsverfahren bei Leistungsgesuchen zeitigt, einschliesslich der Rehabilitations-Thematik. In Kapitel 3 wird der Frage nachgegangen, wie die Austrittsraten aus Langzeitleistungssystemen verbessert werden können. Kapitel 4 untersucht, inwiefern sich die Steuer- und Leistungssysteme der Länder auf die Arbeitsanreize auswirken. In Kapitel 5 wird das Thema der Kohärenz und Interaktion der verfolgten Politik mit anderen Wohlfahrtsprogrammen untersucht. In Kapitel 6 werden wichtige bereits erfolgte und laufende Reformen in Norwegen, Polen und der Schweiz besprochen und bewertet. Kapitel 7 schliesslich enthält eine Anzahl spezifischer Empfehlungen für weitere Massnahmen und Reformen für jedes Land.

Dieser Bericht ist der erste in einer Reihe von drei vergleichenden Berichten über die in ausgewählten OECD-Ländern verfolgte Politik im Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität. Der zweite Bericht wird 2007 veröffentlicht und behandelt die Länder Australien, Luxemburg, Spanien und das Vereinigte Königreich. Der dritte Bericht schliesslich erscheint 2008 und deckt die Länder Dänemark, Finnland, Irland und Holland ab. Den drei vergleichenden Berichten folgt eine Synthese, in der die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Berichten zusammengefasst werden.

Diese Studie wurde von der *Employment Analysis and Policy Division* in Zusammenarbeit mit der *Social Policy Division* des *Directorate for Employment, Labour and Social Affairs* erarbeitet. Der Bericht wurde gemeinsam von Patrik Andersson, Michael Förster und Christopher Prinz (Teamleiter) verfasst. Sie wurden mit statistischem Material durch Maxime Ladaique und Clarisse Legendre und administrativ durch Anne-Laure Lecoq und Heloise Wickramanayake unterstützt. Wichtiges für den Bericht haben folgenden Einrichtungen beigetragen: norwegisches Ministerium für Finanzen und Ministerium für Arbeit und Soziales, polnisches Ministerium für Sozialpolitik und das schweizerische Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). Diese Einrichtungen haben Hintergrundinformationen und empirische Evidenzen bereit gestellt, eine Faktensuche organisiert und den Berichtsentwurf kommentiert. Der Berichtsentwurf wurde zudem an Tagungen in Warschau und Oslo im Juni 2006 besprochen.

## Avant-propos

Les politiques d'assurance et d'invalidité devraient être une préoccupation économique majeure pour de nombreux pays de l'OCDE. Or, en général, les pouvoirs publics ne leur accordent pas l'attention qui leur est due. Les problèmes médicaux apparaissent de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques. Un nombre croissant de personnes d'âge actif tirent des prestations de maladie et d'invalidité leur principale source de revenus, et le taux d'emploi des personnes qui déclarent souffrir d'une incapacité est faible. Dans de nombreux pays de l'OCDE, le taux de chômage est tombé à des niveaux très bas au cours des dernières années. Mais dans aucun d'entre eux cette tendance ne s'est accompagnée d'une hausse de l'emploi de la population handicapée. A mesure que les programmes d'assurance chômage et d'aide sociale de nombreux pays de l'OCDE durcissent leurs exigences en termes d'emploi et que les dispositifs de retraite anticipée sont abandonnés, les régimes de prestations pour affections de longue durée et les régimes d'invalidité subissent des pressions croissantes avec, à la clé, une augmentation du nombre de personnes d'âge actif qui perçoivent ces prestations et des dépenses publiques qui leur sont consacrées. Il est urgent, désormais, de traiter ce phénomène de « médicalisation » des problèmes du marché du travail.

Ce nouvel examen thématique s'intéresse aux moyens de mettre en adéquation les capacités et les chances. Il examine les politiques mises en œuvre par les pays pour maîtriser et réduire les flux d'entrées nouvelles dans les régimes de maladie et d'invalidité, et venir en aide aux prestataires qui souhaitent réintégrer le marché du travail. Son objectif est de parfaire la compréhension des mécanismes et des mesures qui poussent les personnes ayant des problèmes de santé à se retirer du marché du travail ou qui les dissuadent d'y entrer, et d'identifier les possibilités d'améliorer les politiques publiques dans ce domaine. Il s'inscrit dans le prolongement d'une étude effectuée par l'OCDE en 2003, intitulée *Transformer le handicap en capacité*, qui examinait la relation entre les programmes du marché du travail et de protection sociale ciblés sur les personnes handicapées et les résultats observés dans 20 pays de l'OCDE. Ce rapport mettait en évidence les différents dilemmes auxquels se heurtent les politiques de l'invalidité et préconisait l'adoption, dans ce domaine, d'une nouvelle approche axée sur l'activation, des interventions précoces ciblées, le renforcement des incitations au travail et une logique d'obligations mutuelles. Un grand nombre de personnes qui ont des problèmes de santé peuvent et veulent travailler. C'est donc une erreur fondamentale que de partir du principe que ces personnes sont inaptes à l'emploi. Inversement, une politique qui se proposerait d'aider ces personnes à travailler pourrait être doublement gagnante, d'une part en permettant aux intéressés d'échapper à l'exclusion et d'améliorer leurs revenus, et d'autre part en rehaussant les probabilités d'augmentation de la production économique à long terme.

Le premier volume de cette nouvelle série est consacré aux défis et obstacles qui se posent à la Norvège, la Pologne et la Suisse. Il examine, en particulier, les mesures prometteuses instituées par ces trois pays pour transformer leurs régimes de maladie et d'invalidité, jusqu'alors passifs, en systèmes de soutien actifs tournés vers l'emploi. Le rapport comporte sept chapitres. Le premier décrit l'ampleur des défis à venir et montre qu'il est important d'améliorer les perspectives d'emploi des personnes qui ont des problèmes de santé – qu'elles exercent déjà ou non un emploi. Le deuxième chapitre explique en quoi une gestion améliorée de la maladie et de l'invalidité permettrait de réduire les nouvelles entrées dans les régimes de prestations de longue durée. Il examine également l'impact des procédures d'évaluation auxquelles sont soumis les demandeurs de prestations

d'invalidité, y compris de l'obligation qui leur est faite, dans certains contextes, de prendre part à des mesures de réadaptation. Le troisième chapitre s'intéresse aux moyens d'accroître les flux de sorties des régimes de prestations de longue durée, et le quatrième à l'influence des régimes fiscaux et de prestations des pays sur les incitations au travail. Le cinquième chapitre est consacré à la question de la cohérence des politiques et aux interactions avec les autres dispositifs de protection sociale. Le sixième décrit les principales réformes, passées ou en cours, mises en œuvre en Norvège, en Pologne et en Suisse. Enfin, le septième et dernier chapitre propose plusieurs recommandations spécifiques pour approfondir l'action et les efforts de réforme dans chaque pays.

Ce rapport est le premier d'une série de trois études comparatives consacrées aux politiques d'assurance maladie et invalidité dans une sélection de pays de l'OCDE. Le deuxième rapport, qui sera publié en 2007, couvrira l'Australie, le Luxembourg, l'Espagne et le Royaume-Uni, et le troisième, prévu pour 2008, portera sur le Danemark, la Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas. Ces trois volumes seront suivis d'un rapport de synthèse qui récapitulera les enseignements tirés de l'examen thématique dans sa globalité.

Les travaux liés à cet examen thématique ont fait l'objet d'une collaboration entre la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi et la Division des politiques sociales de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales. Le rapport a été préparé conjointement par Patrik Andersson, Michael Förster et Christopher Prinz (chef d'équipe), qui ont bénéficié de l'aide statistique de Maxime Ladaique et Clarisse Legendre et du soutien administratif d'Anne-Laure Lecoq et Heloise Wickramanayake. Les ministères des Finances et du Travail et des Affaires sociales de la Norvège, le ministère de la Politique sociale de la Pologne et l'Office fédéral des assurances sociales de la Suisse ont apporté d'importantes contributions au rapport en préparant des documents de référence, en fournissant des données empiriques, en organisant des missions d'enquête et en livrant leurs commentaires sur une version préliminaire du rapport. Celui-ci a également été examiné lors de séminaires qui se sont tenus à Varsovie et à Oslo en juin 2006.



## Foreword

Sickness and disability policy ought to be a key economic policy concern in many OECD countries, but tends to receive less attention than it deserves. Medical conditions appear to be posing increasing challenges to raising labour force participation rates and keeping public expenditures under control. More and more people of working-age rely on sickness and disability benefits as their main source of income, while employment rates of those reporting disabling conditions are low. Unemployment has fallen to very low levels in recent years in many OECD countries, yet nowhere has this drop translated into more jobs for disabled people. With increasingly stricter work requirements in unemployment and social assistance programmes in many OECD countries, and gradual retrenchment of early retirement systems, the pressure on long-term sickness and disability benefit schemes has increased. This, in turn, has led to rising numbers of people of working-age drawing these benefits and rising public spending on them. There is an ever more pressing need to address this “medicalisation” of labour market problems in many OECD countries.

This new thematic review looks at how to match abilities with opportunities. It examines national policies to control and reduce the inflow into sickness and disability benefit programmes, and to assist those beneficiaries who want to reintegrate the labour market. The objective is to reach a better understanding of the mechanisms and policies that lead a person with a health problem to withdraw from the labour market, or to remain outside of it, and to identify areas for further policy improvement. It follows up the 2003 OECD study *Transforming Disability into Ability*, which examined the relationship between labour market and social protection programmes for people with disabilities and their outcomes in 20 OECD countries. That report highlighted the various dilemmas of disability policy and concluded that a promising new disability policy approach should have its focus on activation, tailored early intervention, improved work incentives and mutual responsibilities. Many people with health problems can work, and want to work, so having a policy based around an assumption that they cannot work is fundamentally flawed. Helping people to work is potentially a true ‘win-win’ policy: it helps people avoid exclusion and have higher incomes, at the same time as raising the prospect of higher economic output in the long term.

The first report in this new series examines the challenges and obstacles facing Norway, Poland and Switzerland. In particular, it looks at promising steps in each country in achieving a transformation of their sickness and disability schemes from passive benefits to active support systems that promote work. The report consists of seven chapters. Chapter 1 sets the scale of the challenges ahead and underlines the importance of improving the employment prospects of people with health problems in and out of work. Chapter 2 discusses how better management of sickness and disability can reduce the inflow into long-term benefits. It also addresses the impact of the assessment process of people applying for a disability benefit, including the requirement to undergo rehabilitation. Chapter 3 looks into the question of how to improve outflow rates from long-term benefit reciprocity, and Chapter 4 analyses how work incentives are affected by the countries’ tax and benefit systems. Chapter 5 examines the issue of policy coherence and interactions with other welfare schemes. Chapter 6 discusses and evaluates important past and ongoing reforms in Norway, Poland and Switzerland, and Chapter 7 suggests a number of specific recommendations for further action and reform for each country.

This report is the first in a series of three comparative reports on sickness and disability policies in selected OECD countries. The second report, to be published in 2007, will cover Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom, and the final one in 2008 will cover Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. The three comparative reports will be followed by a synthesis report which will summarise the lessons learned in the course of the thematic review.

The work on this review has been carried out in collaboration between the Employment Analysis and Policy Division and the Social Policy Division at the Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. This report has been prepared jointly by Patrik Andersson, Michael Förster and Christopher Prinz (team leader). Statistical assistance was provided by Maxime Ladaique and Clarisse Legendre, and administrative support by Anne-Laure Lecoq and Heloise Wickramanayake. Important inputs for the report were supplied by the Norwegian Ministries of Finance and of Labour and Social Inclusion, the Polish Ministry of Social Policy and the Swiss Federal Social Insurance Administration, by preparing a background document, providing empirical evidence, organising a fact-finding mission and commenting on a draft of this report. The latter was also discussed at seminars in Warsaw and Oslo in June 2006.

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und politische Empfehlungen	IX
Résumé et recommandations pour l'orientation des politiques	XXIII
Executive summary and Policy recommendations	XXXVII
Glossar	XLVII
1 Hauptergebnisse und Herausforderung künftiger Politik	1
1.1 Institutionelle Herausforderungen an die Politik	1
1.1.1 Krankheits- und invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben in den Griff bekommen	1
1.1.2 Steigende Erwerbsquoten für Personen mit Behinderungen	5
1.1.3 Haushalteinkommen von Personen mit Behinderungen verbessern	9
1.1.4 Zahl der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssysteme senken	10
1.1.5 Zunehmende Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme angehen	13
1.1.6 Anzahl Abgänge aus Invaliditätsleistungen erhöhen	16
1.1.7 Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen verstärken	18
1.2 Soziale und wirtschaftliche Faktoren	18
1.2.1 Allgemeine Arbeitsmarktendenzen und Anforderungen	18
1.2.2 Gesundheitstendenzen und Invalidität in der Bevölkerung	24
1.2.3 Auswirkung der demografischen Alterung	26
1.3 Fazit	28
Anhang zu Kapitel 1 Definition und Messung von «Invalidität»	31
2 Begrenzung der Neuzugänge bei den Langzeitleistungen	35
2.1 Krankheitsmanagement	35
2.1.1 Anhaltende krankheitsbedingte Absenzen	36
2.1.2 Bedeutung von Kontrollen bei krankheitsbedingten Absenzen	39
2.1.3 Zusammenfassung und Fazit	42
2.2 Invaliditäts-Management	43
2.2.1 Von der Krankheit in die Invalidität	43
2.2.2 Ärztliche Beurteilung und psychische Krankheiten	46
2.2.3 Abklärungsverfahren (Assessment)	48
2.2.4 Zusammenfassung und Fazit	51

2.3	Rehabilitationsmanagement	51
2.3.1	Rehabilitationsverfahren	52
2.3.2	Medizinische Rehabilitation	54
2.3.3	Berufliche Eingliederung	55
2.3.4	Zusammenfassung und Fazit	57
3	Bessere Beschäftigungsmöglichkeiten	59
3.1	Beschäftigungsförderung für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen	60
3.1.1	Gegenwärtige Beschäftigungssituation und Bildungsstand	60
3.1.2	Aktive Arbeitsmarktmassnahmen für Menschen mit Behinderungen	63
3.1.3	Ergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung	67
3.1.4	Unterstützte Beschäftigung («supported employment»)	69
3.1.5	Geschützte Arbeitsplätze («sheltered employment»)	71
3.1.6	Zusammenfassung und Fazit	73
3.2	Verbesserung der Chancen, eine Stelle zu finden und zu behalten	74
3.2.1	Schutz und Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen	75
3.2.2	Verpflichtung der Arbeitgeber, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen anzustellen	77
3.2.3	Zusammenfassung und Fazit	78
3.3	Das Invaliditätssystem beschäftigungsfreundlich ausgestalten	78
3.3.1	Neubeurteilung medizinischer Aspekte und zeitlich befristete Leistungen	79
3.3.2	Teilleistungen	81
3.3.3	Zusammenfassung und Fazit	83
4	Stärkere finanzielle Anreize	85
4.1	Sicherung eines angemessenen Einkommens für Personen mit Behinderungen	85
4.1.1	Relatives Einkommen und Armut	85
4.1.2	Einkommenszusammensetzung und Einkommensverteilung	88
4.1.3	Zusammenfassung und Fazit	90
4.2	Stärkere Arbeitsanreize für Invaliditätsleistungsempfänger	90
4.2.1	Überblick über die Steuer- und Leistungsbestimmungen für Personen mit Behinderungen	91
4.2.2	Angemessene und grosszügige Ersatzquoten bei Invaliditätsversicherungssystemen	93

---

4.2.3	Lohnt es sich, erwerbstätig zu sein?	96
4.2.4	Zusammenfassung und Fazit	99
4.3	Verstärkung der Arbeitgeberanreize	100
4.3.1	Anreize für Arbeitgeber, Personen mit Behinderungen anzustellen	100
4.3.2	Fördermittel für die selbstständige Erwerbstätigkeit von Personen mit Behinderungen	104
4.3.3	Differenzierung der Beitragssätze	104
4.3.4	Zusammenfassung und Fazit	105
	Anhang zu Kapitel 4: Hintergrund-Tabellen für verschiedene Haushaltstypen	107
5	Bessere Steuerung und kohärentere politische Strategien	113
5.1	Anreize für leistungserbringende Institutionen	113
5.1.1	Finanzierungsmechanismen und Verantwortlichkeitsstrukturen	114
5.1.2	Regionale Unterschiede bei der Umsetzung politischer Strategien	115
5.1.3	Monitoring der leistungserbringenden Institutionen	117
5.1.4	Zusammenfassung und Fazit	119
5.2	Sind Invaliditätsleistungen die letzte Lösung?	119
5.2.1	Auswirkung der Ablehnung von Invaliditätsleistungsanträgen	119
5.2.2	Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Invaliditätsleistungen	121
5.2.3	Zusammenhang zwischen Frühpensionierung und Invaliditätsleistungen	122
5.2.4	Zusammenfassung und Fazit	123
5.3	Bessere institutionelle Zusammenarbeit	124
5.3.1	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Invaliditätsversicherung, der öffentlichen Arbeitsvermittlung und den lokalen Sozialhilfeämtern	124
5.3.2	Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Invaliditätsversicherung und anderen gesundheitsbezogene Einrichtungen	127
5.3.3	Verbesserung der Koordination von Invaliditätsleistungen und Altersrenten	128
5.3.4	Zusammenfassung und Fazit	129
6	Beurteilung neuer und laufender Reformen	131
6.1	Norwegen: Dreiervereinbarung zum Erfolg bringen	131
6.1.1	Massnahmen zur Eindämmung von krankheitsbedingten Absenzen	131
6.1.2	Ausweitung der IA-Vereinbarung	134
6.2	Polen: Vorbereitung der nächsten umfassenden Reformschritte	134
6.2.1	Erfolgreiche Erschwerung der Anspruchsvoraussetzungen	134

6.2.2	Schrittweise Reform des Einstellungsförderungsprogramms	135
6.3	Schweiz: Die 5. IV-Revision auf den Weg bringen	137
6.3.1	Verbesserung der medizinischen Instrumente	137
6.3.2	Anstrengungen zur Früherfassung von arbeitsunfähigen Personen	138
6.4	Auswirkungen neuer und laufender Reformen	140
7	Eine Agenda für die Zukunft	143
7.1	Kernprobleme und Lösungswege in Norwegen	144
7.1.1	Neuzugänge und Beurteilungsverfahren	145
7.1.2	Berufsbezogene Intervention, Abgänge und Arbeitsanreize	147
7.1.3	Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Programme	149
7.2	Kernprobleme und Lösungswege in Polen	150
7.2.1	Neuzugänge und Beurteilungsverfahren	151
7.2.2	Berufliche Intervention, Abgänge und Arbeitsanreize	152
7.2.3	Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Programme	155
7.3	Kernprobleme und Lösungsansätze in der Schweiz	156
7.3.1	Neuzugänge und Beurteilungsverfahren	157
7.3.2	Berufliche Intervention, Rentenabgänge und Arbeitsanreize	159
7.3.3	Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Systeme	160
	Literaturverzeichnis	163

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1.	Die durchschnittlichen Invaliditätsleistungen sind in den letzten vier Jahren im Schnitt schneller gewachsen als die Löhne	5
Tabelle 1.2.	Alters- und bildungsspezifische Unterschiede bei der Beschäftigungssituation in Norwegen und der Schweiz	7
Tabelle 1.3.	Jede sechste nicht beruflich aktive behinderte Person möchte arbeiten	8
Tabelle 1.4.	Einkommen von Personen mit Behinderungen liegen gut 10% unter dem Durchschnitt	9
Tabelle 1.5.	Jeder dritte beruflich inaktive Mann sucht auf Grund von Invalidität keine Arbeit	14
Tabelle 1.6.	Psychische Störungen immer häufiger der Hauptgrund für den Bezug einer Invaliditätsleistung	16
Tabelle 1.7.	Nur wenige junge Invaliditätsleistungsempfänger treten aus den Invaliditätssystemen aus	17
Tabelle 1.8.	Teilzeitarbeit bei einem Grossteil der Behinderten, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen	17
Tabelle 1.9.	Arbeitsmarkt im Jahr 2005: Tiefe Erwerbsquote und hohe Arbeitslosenquote in Polen	19
Tabelle 1.10.	Invaliditätsprävalenz erhöht sich mit dem Alter und tieferem Bildungsniveau, speziell in Polen	24
Tabelle 1.11.	Einfluss	28
Tabelle 1.A1.	Prävalenz und Bezüge: unterschiedliche Definitionen von Invalidität	32
Tabelle 1.A2.	Polen: Merkmale von Personen mit Behinderungen, verschiedene Invaliditätsdefinitionen und Überschneidungen	34
Table 2.1.	Über das Krankengeld in die Invalidität: häufigste Abfolge in Norwegen	36
Tabelle 2.2.	Assessment-Ablauf von der Krankheit bis zur Invalidität (IV), 2005	45
Tabelle 2.3.	Personen mit Rehabilitationsmassnahmen haben andere Gesundheitsprobleme als Invaliditätsleistungsempfänger	54
Tabelle 2.5.	Teilnahme an beruflicher Rehabilitation in Norwegen anteilmässig extrem hoch	57
Tabelle 3.1.	Sehr wenige Abgänge aus Invaliditätsleistungen mit Übertritt ins Erwerbsleben in allen drei Ländern	60
Tabelle 3.2.	Grosse Unterschiede bei den Arbeitsstellen behinderter und nicht behinderter Personen in allen drei Ländern	62
Tabelle 3.3.	Tieferes Bildungsniveau bei Personen mit Behinderungen	63
Tabelle 3.4.	Praktisch die Hälfte der Personen mit beruflicher Rehabilitation erhalten in Norwegen Ausbildungsmassnahmen	65
Tabelle 3.5.	Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation können in Norwegen noch verbessert werden	68
Tabelle 3.6.	Zeitlich befristete Leistungen in Norwegen könnten die Eintrittsschwelle jüngerer Altersgruppen gesenkt haben	80
Tabelle 3.7.	Teilinvaliditätsleistungen werden in der Schweiz öfters gesprochen als in Norwegen	82

Tabelle 4.1.	Tiefes Bildungsniveau verdreifacht das Armutsrisiko für Personen mit Behinderungen in der Schweiz	87
Tabelle 4.2.	Erwerbseinkommen sind für Personen mit Behinderungen in Norwegen eine wichtige Einkommensquelle	89
Tabelle 4.3.	In Norwegen und Polen sind die Einkommen bei Personen mit Behinderungen ausgeglichener verteilt	89
Tabelle 4.4.	Brutto- und Nettoersatzquoten sind für Durchschnittsverdiener in Polen am niedrigsten	92
Tabelle 4.5.	Eine Erhöhung der Arbeitsstunden kann sich für Empfänger von befristeten Invaliditätsleistungen nachteilig auswirken	99
Tabelle 4.6.	Massnahmenpaket als Anreiz für Arbeitgeber, um Personen mit Behinderungen anzustellen oder weiterzubeschäftigen	101
Tabelle 4.A1.	Hauptmerkmale von Invaliditätsleistungs- und Steuersystemen, Stand am 1. Juli 2004	109
Tabelle 4.A2.	Nettoersatzquote für eine allein stehende Person, in drei verschiedenen Altersklassen, 2004 <sup>a</sup>	110
Tabelle 5.1.	Grosse regionale Unterschiede bei den Umsetzungsergebnissen in allen drei Ländern	116
Tabelle 7.1.	Übersicht über politische Herausforderungen in Norwegen, Polen und der Schweiz, 2006	144



## Abbildungsverzeichnis

Grafik 1.1.	Hohe Kosten für Invaliditätsleistungen in allen drei Ländern	2
Grafik 1.2.	Rate der Invaliditätsleistungsempfänger in Norwegen und Polen weit über dem OECD-Durchschnitt	4
Grafik 1.3.	Markant tiefere Erwerbsquoten für Personen mit Behinderungen, speziell in Polen	6
Grafik 1.4.	Hohe und steigende Arbeitslosigkeit bei Personen mit Behinderungen	8
Grafik 1.5.	Höheres Armutsrisiko von Personen mit Behinderungen in Polen und der Schweiz	10
Grafik 1.6.	Unterschiedliche Entwicklung bei den Leistungsneuzugängen in Invaliditätssysteme in den letzten 15 Jahren	11
Grafik 1.7.	Höhere Wahrscheinlichkeit eines Invaliditätsleistungsbezugs bei älteren Arbeitnehmenden	12
Grafik 1.8.	Hohe Krankheitsabsenzenrate in Polen und besonders in Norwegen	15
Grafik 1.9.	Sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen in Europa	15
Grafik 1.10.	Nicht schlüssige Ergebnisse in Bezug auf das Arbeitsumfeld	21
Grafik 1.11.	Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands in allen drei Ländern	25
Grafik 1.12.	Die Anzahl Leistungsempfänger war in Norwegen in der Vergangenheit stark demografiebestimmt	27
Tabelle 1.11.	Einfluss der demografischen Entwicklung in Norwegen und Polen vergleichsweise grösser	28
Grafik 1.A1.	Selbst eingeschätzte Invalidität und Leistungsbezug: Überschneidungen <sup>a</sup>	33
Grafik 2.1.	Markante alters- und länderspezifische Unterschiede bei den Krankheitsabsenzen	38
Grafik 2.2.	Der Grossteil der krankheitsbedingten Abwesenheiten sind Langzeitabsenzen	39
Grafik 2.3.	Psychische Erkrankungen bei den jungen Altersgruppen häufiger anzutreffen	46
Grafik 2.4.	Grosse Unterschiede bei den Invaliditätsneuzugängen nach Erkrankung und Alter	47
Grafik 2.5.	Teilnahme an Rehabilitationsmassnahmen in Norwegen markant höher	52
Grafik 3.1.	Aktivierungsausgaben in Norwegen mit Schwerpunkt Rehabilitationsleistungen	64
Grafik 3.2.	Geschützte Arbeitsplätze: Arbeitnehmende mit Behinderungen in Polen übervertreten	72
Grafik 3.3.	Ein Grossteil der Invaliditätsleistungsempfänger wird in Polen neu beurteilt	79
Grafik 4.1.	Gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit einem höheren Bildungsniveau haben weniger Einkommensprobleme	87
Grafik 4.2.	Invaliditäts- und Arbeitslosensysteme gewähren für einkommensschwächere Personen ähnlich hohe Nettoleistungen	95
Grafik 4.3.	Berufsbezogene Invaliditätsleistungen lassen in Norwegen die Ersatzquoten bei höheren Einkommen ansteigen	96
Grafik 4.4.	Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit kommen zahlreiche Leistungsempfänger teuer zu stehen	97
Grafik 4.A1.	Nettoersatzquote für Invaliditätsleistungen, Arbeitslosenentschädigungen und Sozialhilfe, Paarhaushalt, 2004 <sup>a</sup>	110

Grafik 4.A2.	Durchschnittlicher effektiver Steuersatz für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Haushaltstypen, 2004 <sup>a</sup>	111
Grafik 5.1.	Die Anträge auf Invaliditätsleistungen werden zunehmend abgelehnt und Rekurse haben weniger Erfolg	120
Grafik 5.2.	Zusammenhang zwischen Arbeitslosen- und Invaliditätsleistungssystemen, 1990-2004	122
Grafik 5.3.	Neuzugänge bei den Frührenten und Invaliditätsleistungen in Norwegen und in Polen, 1995-2004	123
Grafik 6.1.	Rückgang der krankheitsbedingten Absenzen im Jahr 2004, aber mit anschliessendem Aufwärtstrend	133
Grafik 6.2.	Vergleich der zeitlichen und länderspezifischen Entwicklung der Krankheits- und Invaliditätspolitik	141

## Zusammenfassung und politische Empfehlungen

Zu viele Arbeitnehmende verlassen den Arbeitsmarkt dauerhaft infolge von Gesundheitsproblemen und zu wenige Personen mit Behinderungen gehen einer Erwerbstätigkeit nach. Dies ist sowohl in sozialer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht tragisch, zumal praktisch alle OECD-Länder davon betroffen sind, einschliesslich Norwegen, Polen und die Schweiz. So stellen gesundheitsbezogene Probleme zunehmend ein Hindernis dar, wenn es darum geht, die Erwerbsquoten zu erhöhen und die öffentlichen Ausgaben in den Griff zu kriegen. Alle drei Staaten weisen im Vergleich zu zahlreichen anderen OECD-Ländern sehr hohe öffentliche Ausgaben für Krankheits- und Invaliditätsleistungen auf. Wie andernorts in der OECD besteht eine *paradoxe Situation*, die einer Erläuterung bedarf. Es stellt sich nämlich die Frage, wie es sein kann, dass die Gesundheit der Bevölkerung zunehmend besser wird, doch gleichzeitig immer mehr Personen im Erwerbsalter aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden und gesundheitsbezogene Einkommensunterstützung anfordern. Der vorliegende Bericht untersucht die diesem Paradox zu Grunde liegenden möglichen Faktoren und streicht bei der Erklärung dieses Phänomens auch die Rolle der Institutionen und der jeweiligen verfolgten Politik heraus. Der Bericht enthält des Weiteren verschiedene Reformvorschläge zur Verbesserung der Situation.

Das wesentliche Problem in allen drei Ländern, wie auch anderswo, liegt darin, dass zu wenig zur Vermeidung des Übertritts von einer Beschäftigung in eine Leistung bzw. von einer Leistung zurück in eine Beschäftigung unternommen wird. Gleichzeitig sind die finanziellen Anreize einer Arbeit nachzugehen zu schwach und die Verpflichtungen für Leistungsempfänger mit Behinderungen wie auch Arbeitgeber zu gering. Die politischen Schwerpunkte, mit denen die drei Länder in dieser Hinsicht konfrontiert sind, werden in Tabelle 0.1 zusammengefasst.

Alle drei Länder haben erkannt, welche wichtige Rolle die in diesem Zusammenhang verfolgte Politik spielt, und Reformprozesse eingeleitet, die in die richtige Richtung zielen. Polen und Norwegen haben ihre Eingliederungs- und Beschäftigungspolitik in den vergangenen 20 Jahren erheblich erweitert und die Schweiz hat kürzlich einen ähnlichen Weg eingeschlagen, wobei weiter gehende, umfassende Reformen noch hängig sind. Zudem ist damit begonnen worden, die Leistungssysteme dahingehend zu ändern, dass die Anspruchsberechtigung strenger gehandhabt und die Deckung auf die Bedürfnisse abgestimmt wird. Dabei sollen vermehrt vorübergehende Leistungen im Vordergrund stehen und der Fokus auf Wiederanstellungsmöglichkeiten sowie die Schaffung von Anreizen gesetzt werden.

Während diese Reformen zweifelsohne zur Verbesserung der Effizienz von Aktivierungs- und Integrationsansätzen beitragen, zeigt der vorliegende Bericht auf, dass noch sehr viel mehr getan werden muss. Von den Ergebnissen her betrachtet, sind die Bemühungen zur Eindämmung der Übertritte von einer Beschäftigung in eine Leistung beziehungsweise zur Erhöhung der Erwerbsquoten von behinderten Menschen, die arbeiten wollen, in allen drei Ländern noch nicht ausreichend:

- Norwegen verzeichnet besonders viele Neuzugänge in Invaliditätsleistungen, und zwar ohne Anzeichen einer Trendwende. Krankheitsbedingte Abwesenheiten sind doppelt so hoch wie der OECD-Durchschnitt.

- In der Schweiz gehen die Neueintrittsraten in der Invalidenversicherung seit zwei Jahren zurück. Dies nach einer längeren Periode steigender Zuwachsraten. Dieser Rückgang wird indessen nicht genügen, um die öffentlichen Ausgaben zu reduzieren.
- In Polen sind die Neuzugänge in Invaliditätsleistungen in den vergangenen sechs Jahren markant zurückgegangen. Doch ergab sich auch eine erhebliche Umlagerung in andere Leistungssysteme, was die langfristige Nachhaltigkeit des Rückgangs bei den Invaliditätsneuzugängen in Frage stellt.
- In allen drei Ländern bleiben die Erwerbsquoten von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiterhin tief und wesentlich tiefer als bei gesundheitlich nicht beeinträchtigten Personen, vor allem in Polen.
- Die Erwerbsquote behinderter Personen wies in letzter Zeit sogar einen Abwärtstrend auf und widerspiegelt damit nicht nur Veränderungen im Arbeitsumfeld und die Alterung der Bevölkerung, sondern ist vielmehr auch auf die verfolgte Politik selber zurückzuführen.

**Übersicht: Übersicht über politische Herausforderungen in Norwegen, Polen und der Schweiz**

Sieben politische Hauptherausforderungen <sup>a</sup>	Norwegen	Polen	Schweiz
1. Krankheits- und invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben in den Griff bekommen	+++	+++	+++
2. Erwerbsbeteiligung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöhen	++	++++	+
3. Haushaltseinkommen von Personen mit Behinderungen verbessern	+	+++	++
4. Zahl der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsleistungen senken	++++	+	++
5. Zunehmende Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme angehen	++	+	+++
6. Abgänge aus zumeist unbefristeten Invaliditätsleistungen erhöhen	++++	+++	++++
7. Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen verstärken	++	++++	+++

a) Die Skalen sind wie folgt zu lesen:  
 + ... geringe Herausforderung; ++ ... moderate Herausforderung; +++ ... wesentliche Herausforderung; und ++++ ... grosse Herausforderung. *Quelle: Einschätzungen des Autorenteam*

Der Reformprozess erreicht allmählich in allen drei Ländern ein kritisches Stadium (siehe Kapitel 6). In Norwegen ist die Dreiervereinbarung zwischen den Sozialpartnern und der Regierung für eine integrative Arbeitswelt (IA-Vereinbarung) abgelaufen und die Vertragspartner haben kürzlich neue Schritte ausgehandelt. In Polen täteten die Reformplaner der neuen Regierung gut daran, einige vom Parlament abgelehnte Reformvorschläge der Vorgängerregierung im Zusammenhang mit öffentlichen Ausgaben wieder aufzugreifen. In der Schweiz steht gerade der Entwurf einer fünften Revision des Invalidenversicherungsgesetzes im Parlament zur Debatte. Die Änderungen sollen Mitte 2007 in Kraft treten.

Im Zentrum von krankheits- und invaliditätsbezogener Politik muss die *Beschäftigung* stehen, und zwar nicht nur wegen der Bedürfnisse der Wirtschaft, sondern auch zur Reflektierung von sozialen Erwägungen. Die Verbesserung der Arbeitsmöglichkeiten ist nämlich das beste Mittel, um zu gewährleisten, dass Langzeitkranke oder Personen mit Behinderungen die von ihnen angestrebte Rolle in der Gesellschaft spielen können. Ein solcher Ansatz sollte zur Steigerung der Erwerbsquote und einem Rückgang der öffentlichen Ausgaben führen, womit der Einsatz von Ressourcen und öffentlichen Ausgaben zur Erreichung dieses Ziels zusätzlich gerechtfertigt ist. Der Ausgangspunkt dieses Berichts lag darin, dass die Zielsetzung der Politik sein muss, Personen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, sich am gesellschaftlichen Leben, und besonders auch am Arbeitsmarkt, zu beteiligen und zwar in dem ihnen weitest gehenden möglichen Ausmass. Politische Debatten richten sich schwerpunktmässig häufig darauf, wie die Anzahl der Leistungsempfänger reduziert werden kann. Doch das Problem dieses einseitigen Ansatzes der Krankheits- und Invaliditätspolitik besteht darin, dass dabei die Ansichten der von Invalidität betroffenen Personen zu kurz kommen. Die heutigen politischen Bestrebungen tun den Betroffenen oft keinen Gefallen: Sie werden gesellschaftlich ausgegrenzt, vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen oder in spezielle Beschäftigungskategorien abgedrängt.

### **Herausforderungen und politische Optionen für Norwegen**

#### *Ist-Zustand in Norwegen*

Obwohl die wirtschaftliche und arbeitsmarktliche Lage in Norwegen sehr gut ist, liegt die Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen nur bei knapp 45%. Die Erwerbsquote der gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bevölkerung beträgt im Vergleich dazu 83%. In Anbetracht der umfangreichen Investitionen in berufliche Eingliederungsmassnahmen und Ausbildung für Personen mit Behinderungen ist dies ein klägliches Ergebnis. Diese Bemühungen fruchteten zwar insofern, als behinderten Arbeitnehmenden den gleichen Zugang zu Weiterbildung und Schulung gewährt werden konnte und dass sie in allen Wirtschaftszweigen gleichmässig repräsentiert sind, einschliesslich des öffentlichen Sektors. Dennoch verharrt die Nichtbeschäftigung und Arbeitslosigkeit unter den gesundheitlich beeinträchtigten Personen auf einem hohen Stand.

Die Ausgaben der öffentlichen Hand für Krankheit und Invalidität belaufen sich in Norwegen mit 4.1% des BIP im Jahr 2004 auf über das Doppelte des OECD-Mittels. Der Hauptteil dieser Ausgaben geht für Leistungszahlungen weg und nicht für Massnahmen zur Förderung der Arbeitswiederaufnahme und eines inklusiven Arbeitsmarktes. Der Anteil der Arbeitnehmenden, die in Krankheits- und Invaliditätsleistungssysteme wechseln, ist unter den höchsten der OECD-Länder. Mit einer sehr hohen Beschäftigtenquote ist heute der grösste Teil der Nichterwerbstätigkeit unter der Bevölkerung im Erwerbsalter in Norwegen auf gesundheitsbezogene Probleme zurückzuführen. Wenn die Arbeitsmarktbeteiligungsquoten weiter angehoben werden sollen, was im Gegenzug zur demografischen Alterung und zur Aufrechterhaltung des Wirtschaftswachstums unabdingbar ist, muss zuallererst dafür gesorgt werden, dass Krankheit nicht mehr den Hauptgrund für Abgänge aus dem Arbeitsmarkt bildet.

Die Untersuchung hat unter anderem zum erstaunlichen Ergebnis geführt, dass das norwegische Krankengeld- und Invaliditätsleistungssystem zahlreiche nützliche Errungenschaften enthält, Ergebnisse und Umsetzung dennoch enttäuschend ausfallen. Es gibt zum Beispiel die Möglichkeit der abgestuften beruflichen Wiedereingliederung aus einem krankheitsbedingten Leistungsbezug. Zudem besteht ein sehr feinmaschiges Netz von Teilinvaliditätsleistungen. Dennoch beziehen die

meisten Betroffenen volle Leistungen. Des Weiteren ist vor vielen Jahren die Möglichkeit geschaffen worden, dass trotz Arbeitswiederaufnahme Invaliditätsleistungen beibehalten werden können. Doch sind Invaliditätsabgänge mit Übertritt in eine Beschäftigung praktisch inexistent. Kein anderes OECD-Land lässt auch nur annähernd so hohe Ausgaben in Massnahmen für berufliche Wiedereingliederung und Ausbildung zur Vermeidung von Langzeitleistungsbezügen fließen wie Norwegen. Dennoch verzeichnet Norwegen eine höhere Invaliditätsleistungsabhängigkeit als anderswo.

Die wichtigste Herausforderung für Norwegen besteht deshalb darin, nachzuvollziehen, weshalb die bestehenden (guten) Rahmenbedingungen nicht bessere Ergebnisse liefern; es gilt zu klären, ob es am mangelnden Vollzug oder der Implementierung liegt bzw. wie dies anzugehen ist. Fragen muss man sich auch, ob falsche Anreize gesetzt wurden, und wie diese geändert werden können. Es ist wenig bekannt darüber, wie die bestehenden Vorschriften und Bestimmungen von den lokalen Stellen umgesetzt werden und inwiefern die Umsetzung der verfolgten Politik im Land variiert. In diesem Zusammenhang kommt hinzu, dass allgemein eine gewisse Zurückhaltung bei der Anwendung von Sanktionen herrscht, wenn eine bestimmte Vorschrift nicht befolgt wird, obwohl – und zwar mehr als in anderen OECD-Ländern – Sanktionen für Arbeitgeber, Ärzte und Leistungsempfänger auf dem Papier vorhanden sind.

#### *Hauptempfehlungen für künftige politische Strategien*

Krankheitsbedingte Abwesenheiten müssen in Norwegen viel stärker zurückgehen, wenn die Zielsetzung der Dreiervereinbarung zwischen der Regierung und den Sozialpartnern erreicht werden soll, nämlich einen Rückgang der Absenzenraten um 20% im Vergleich zu 2001. Und die Absenzen müssen noch stärker als um diesen Wert zurückgehen, um mit dem OECD-Durchschnitt gleichzuziehen. Die Problematik anhaltend hoher Neuzugänge in Invaliditätsleistungen, teilweise als Folge häufig auftretender Langzeitkrankheitsabsenzen, muss ebenfalls noch vehement angegangen werden. Das Gleiche gilt für die enttäuschend niedrige Erwerbsquote bei Personen mit Behinderungen. Besonders die folgenden drei Problematiken sollten bei zukünftigen Reformen behandelt werden:

- Die Nachsichtigkeit bei der Beurteilung von Invaliditätsleistungsansprüchen und die Schlüsselrolle der Allgemeinärzte in diesem Verfahren.
- Die Gründe für den geringen Erfolg des kostenintensiven beruflichen Wiedereingliederungs- und Ausbildungssystems bei der Vermeidung von Invaliditätsneuzugängen.
- Die praktisch nicht vorhandenen Übertritte von Invaliditätsleistungen in die Beschäftigung.

Diese Probleme anzugehen, bedeutet, Massnahmen und Reformen durch strengere Verpflichtungen für die verschiedenen Akteure zu ergänzen und aufeinander abzustimmen und Sanktionen bei Nichterfüllen der Pflichten effizienter zu vollziehen. Zudem ist ein neues Gleichgewicht zwischen wirkungsvolleren Arbeitsanreizen und strengeren Zugangskriterien notwendig. Um dies zu erreichen und um die laufenden und geplanten Reformen abzufedern, enthält der vorliegende Bericht im Folgenden Empfehlungen für die zukünftige Politik. Siehe Zusammenfassung in Kasten 0.1.

### Kasten 0.1 Politische Empfehlungen für Norwegen

#### *Abklärung von Krankheit und Invalidität*

Erstens müssen Allgemeinärzte vermehrt in die Pflicht genommen und ihre Assessments und Beurteilungen schärfer kontrolliert werden. Kürzliche Reformen haben zwar dazu beigetragen, dass vermehrt offen über das bis anhin eher private Thema Krankheit am Arbeitsplatz gesprochen wird. Aber dennoch gibt es praktisch keine Überprüfung der neuen Verpflichtung der Allgemeinärzte, die funktionalen Fähigkeiten zu beurteilen und das Potential für einen abgestuften und *aktiven Krankenurlaub* abzuklären. Des Weiteren gründet die Beurteilung von Langzeitinvalidität immer noch zu stark auf dem Urteil der Allgemeinärzte (aktuell werden über 80% aller Invaliditätsabklärungen allein durch die Allgemeinärzte durchgeführt). Deshalb sind zusätzliche Massnahmen erforderlich:

- Häufige Kontrollen von durch Allgemeinärzte vorgenommenen Krankheitsabklärungen durch Sozialversicherungsärzte, wie dies in vielen anderen OECD-Ländern gang und gäbe ist. Sanktionen müssen bei Nichterfüllen der Pflichten auch tatsächlich erfolgen, und zwar in Form eines vorübergehenden Entzugs des Rechts auf Zeugniserstellung für krankheitsbedingte Langzeitausenzen.
- Einschränkung der Abklärungs- und Gatekeeping-Funktion der Allgemeinärzte zugunsten einer vermehrt beratenden und unterstützenden Funktion. Auch hier in Anlehnung an die gängige Praxis in anderen OECD-Ländern. Die Gatekeeping-Funktion sollte an die Sozialversicherungsverwaltung und deren Sozialversicherungsärzte übergehen, zusammen mit einem verstärkten Beizug von Berufsexperten beim Abklärungsverfahren.
- Es sollten verstärkt Bemühungen zur Nutzung der Teilzeitarbeitsfähigkeit und zur Erhöhung des Anteils von Teilrenten- bzw. -leistungen unternommen werden. Der niedrige Anteil von Teilleistungen trotz anscheinend strenger Zugangskriterien für einen vollen Leistungsanspruch lässt darauf schliessen, dass die medizinischen Beurteilungen zu nachsichtig sind.

#### *Wiedereingliederungs- und Ausbildungssystem*

Zweitens muss das Wiedereingliederungs- und Ausbildungssystem Reformen unterzogen werden, damit erfolgreiche Instrumentarien identifiziert und gefördert werden können, und damit deren Effizienz insgesamt verbessert werden kann. Folgende Massnahmen sollten in Betracht gezogen werden:

- Es müssen Anstrengungen zur Verkürzung der Bezugsdauer von medizinischen oder beruflichen Rehabilitationsleistungen ohne medizinische Behandlung bzw. Eingriffe und ohne Teilnahme an einer beruflichen Massnahme unternommen werden. Dabei wird wichtig sein, dass einerseits der Übergang in eine Massnahme beschleunigt wird und andererseits mehr Rehabilitationsleistungsempfänger in ein Programm platziert werden.
- Medizinische und berufliche Rehabilitation, die in den Zuständigkeitsbereich unterschiedlicher Körperschaften fällt, sollten Hand-in-Hand gehen. Dies erfordert eine bessere Koordination und gemeinsame Zielsetzungen, einschliesslich des Ziels, die Arbeitsfähigkeit einer Person wiederherzustellen.
- Geografische Mobilitäts- und berufliche Flexibilitätsanforderungen müssten bei den beschäftigungsspezifischen Massnahmen vermehrt einfließen. Diese sollten zudem mit denjenigen der Arbeitslosenversicherung harmonisiert werden. Des Weiteren muss der Blickpunkt vermehrt auf beschäftigungsbezogene Massnahmen ausgerichtet sein, damit die Betroffenen schneller wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können.

#### *Leistungsabgänge aus dem Invaliditätssystem*

Drittens muss der Anteil Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, vergrössert werden. Aktuell bestehen Hemmnisse, wie zum Beispiel: Zuspruch von Dauerleistungen und Vollrenten an die meisten der erfolgreichen Gesuchstellenden; begrenzte Möglichkeiten, eine Vollrente mit Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit zu kombinieren; beschränkte Anreize für Empfänger von Teilleistungen, ihren Beschäftigungsgrad zu erhöhen. Die folgenden Massnahmen können die Arbeitsaussichten von Invaliditätsleistungsempfängern verbessern:

- Der Anteil der Empfänger von unbefristeten Invaliditätsleistungen muss weiter gesenkt werden und es sollte einfacher sein, bestehende Leistungsansprüche neu zu beurteilen. Empfänger von befristeten Leistungen müssen nachbetreut werden und bei der Rückkehr zur Arbeit die nötige Unterstützung erhalten.
- Dem zunehmenden Anteil von Personen, deren Antrag auf Invaliditätsleistungen abgelehnt wurde, sollte die gleiche Aufmerksamkeit bezüglich Folgebetreuung und Unterstützung zuteil werden.

- Die Arbeitsanreize für Invaliditätsleistungsempfänger müssen verbessert werden. Steuerbegünstigungen bei unbefristeten Invaliditätsleistungen - im Vergleich mit der Besteuerung von Einkommen aus Arbeit - müssen aufgehoben werden, und erwerbsabhängige Unterstützungszahlungen («in-work benefits») für Behinderte, die eine Arbeit aufnehmen oder ihren Beschäftigungsgrad erhöhen, müssen in Betracht gezogen werden.

#### *Anreize für Arbeitnehmende und Arbeitgeber*

Viertens müssen zur Senkung des hohen Anteils von krankheitsbedingten Absenzen, die den häufigsten Grund für einen späteren Invaliditätsleistungsbezug bilden, die Anreize für Arbeitgeber und Arbeitnehmende angepasst werden. Es gilt zu vermeiden, dass Krankengelder – die aktuell 100% des zuletzt erhaltenen Lohns während eines Jahres betragen – als Abgangsmöglichkeit aus dem Arbeitsmarkt verwendet werden. Die Anreize sollten Massnahmen fördern, die der Gesundheitserhaltung dienen. Folgende Massnahmen sind in diesen Bereichen vorstellbar:

- Langzeit-Krankengelder sollten beispielsweise auf 75 – 80% des vorherigen Lohns gesenkt werden, um individuelle Anreize für eine Rückkehr zur Arbeit zu schaffen. Medizinische und berufliche Eingliederungsleistungen, die oft zur Verlängerung von Krankengeldbezügen um mehrere Jahre benutzt werden, sollten entsprechend angepasst werden.
- Die neuen Arbeitgeberpflichtungen bezüglich Krankheitsmanagement könnten restriktiver gehandhabt werden, indem ein grösserer absenzenbedingter Kostenanteil auf die Arbeitgeber überwält wird. Dies könnte über die Verlängerung der zehntägigen Lohnfortzahlungsdauer der Arbeitgeber an kranke Erwerbstätige auf angenommen 4 – 6 Wochen laufen. Denkbar wäre auch die Einführung sorgfältig ausgearbeiteter risikodifferenzierter Krankengeldprämien (sog. «*experience rating*»). Damit die Arbeitskosten durch diese Massnahmen nicht steigen, müsste im Gegenzug eine Senkung der Sozialversicherungsbeiträge in Betracht gezogen werden, womit Arbeitgeber belohnt würden, die in Krankheitsmanagement und Prävention investieren.

#### *Zusammenlegung der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der Sozialversicherungsverwaltung*

Fünftens müssten Massnahmen für eine reibungslose Zusammenlegung der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der Sozialversicherungsverwaltung ergriffen werden. Dies würde in gewisser Weise Gewähr dafür bieten, dass allen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen die richtige Betreuung zur richtigen Zeit zukommt. Die folgenden Massnahmen sind dabei ins Auge zu fassen:

- Steuerung und Kontrolle der Fusion könnten durch klarere Richtlinien für die beteiligten Institutionen verbessert werden, und zwar bezüglich einer erfolgreichen Einrichtung einer gemeinsamen Anlaufstelle und einer optimaler Zusammenarbeit mit den lokalen Sozialhilfeämtern.
- Es braucht ausreichende Investitionen in die Ausbildung von Case-Managern in der neuen fusionierten Institution. Ebenso ist eine effiziente Leistungskontrolle der lokalen Stellen nötig, damit die Ergebnisse beurteilt und die ineffizientesten Leistungserbringer festgestellt werden können.

#### *Koordination mit Altersrenten*

Sechstens sind auch Verbesserungen im Zusammenhang mit der anstehenden Revision des Altersrentensystems notwendig. Es besteht das Risiko, dass nach der Einführung von Rentensenkungen für Pensionierungen vor dem 67. Altersjahr mehr ältere Arbeitnehmende den Arbeitsmarkt über das Invaliditätsleistungssystem verlassen werden. Eine effiziente Koordination zwischen Altersrenten und Invaliditätsleistungen sollte auf den folgenden zwei Grundsätzen basieren:

- Invaliditätsleistungsempfänger sollten die vollen Beiträge an die Altersvorsorgeeinrichtung zahlen, damit die Auszahlung einer angemessenen Altersrente bei Erreichen des Rentenalters gewährleistet ist.
- Die Berechnungsart der Invaliditätsleistung sollte so angepasst werden, dass sicher gestellt ist, dass die Invaliditätsleistungen die entsprechende Frühpensionierungsrente im gleichen Alter nicht übersteigt.

## **Herausforderungen und politische Optionen für Polen**

### *Ist-Zustand in Polen*

In bestimmten Bereichen hat sich die Situation in Polen in den letzten Jahren erheblich verbessert. So sind die Neueintrittsraten bei den Invaliditätsleistungen, die anfangs und Mitte der 1990er-Jahre höher als in allen anderen OECD-Ländern waren, auf unter das OECD-Mittel gesunken. Auch die Anzahl der Invaliditätsleistungsempfänger ist rückläufig. Die Abgänge aus Invaliditätsleistungen fallen ebenfalls höher aus als in den meisten OECD-Ländern, einschliesslich Norwegen und der



Schweiz, nicht zuletzt deshalb, weil die meisten Leistungen auf befristeter Basis gewährt werden. Das sind wichtige Voraussetzungen für eine effiziente Einsetzung von Integrationsmassnahmen.

Polen weist indessen eine extrem niedrige Arbeitsmarktbeteiligung von behinderten Personen auf: Weniger als eine von fünf Personen mit Behinderungen ist erwerbstätig. Die Erwerbsquote von gesundheitlich beeinträchtigten Personen ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich zurück gegangen, und zwar einhergehend mit einem Rückgang des wirtschaftlichen Wohlstands dieser Gruppe. Die Aufnahme beruflicher Rehabilitation ist praktisch null. Stattdessen herrscht immer noch der traditionelle Ansatz zur Ausgrenzung bestimmter Gruppen vor. Als Folge davon sind über 40% der Arbeitnehmenden mit Behinderungen in geschützten Werkstätten beschäftigt, die massiv subventioniert werden. Zudem besteht bei Personen mit Behinderungen, die einer Arbeit nachgehen, die Tendenz zu Teilzeit- oder Zeitstellen oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit oder Familienarbeit. Sie sind markant überrepräsentiert im Landwirtschaftssektor und unterrepräsentiert im öffentlichen Sektor.

Dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Schwierigkeiten haben, eine Stelle zu finden, kann teilweise mit der insgesamt schlechten Arbeitsmarktlage in Polen erklärt werden, die durch hohe Inaktivität und in der OECD höchsten Arbeitslosenquote gekennzeichnet ist. Weitere Reformen der verfolgten Krankheits- und Invaliditätspolitik müssen deshalb zusammen mit allgemeinen Reformen des Arbeits- und Warenmarkts mit den Zielsetzungen erfolgen, dass sich Arbeit lohnt, dass die Arbeitsnachfrage gesteigert wird und dass eine Verschiebung von informeller zu formeller Beschäftigung gefördert wird. Arbeit muss zu einer realistischen Option für Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung werden.

#### *Hauptempfehlungen für künftige politische Strategien*

Die Straffung des Zugangs zu Krankengeld- und Invaliditätsleistungen hat nicht den erwünschten Erfolg einer Verbesserung der Erwerbsquote behinderter Personen gebracht. Dies wirft die Frage auf, ob nicht das ganze Beschäftigungsunterstützungssystem für Personen mit Behinderungen in Polen einer tiefer greifenden Reform bedarf. Einige Elemente des heutigen Systems müssen möglicherweise insgesamt aufgegeben werden bzw. durch effizientere Instrumente ersetzt werden, wenn ein echter Wandel bezüglich Strategie und Ergebnis erreicht werden soll. In den meisten Fällen sollte es indessen möglich sein, bessere Ergebnisse mittels Beseitigung der zentralen Schwachstellen und Unterstützung der wichtigsten Stärken der verschiedenen aktuell eingesetzten Systeme zu erzielen. Deshalb sind Änderungen vor allem in zwei Bereichen nötig:

- Das medizinische und berufliche Rehabilitationssystem hat nicht geholfen, die Qualifikationen und Fähigkeiten von Personen mit Behinderungen zu verbessern.
- Das Beschäftigungsunterstützungssystem ist nicht in der Lage, angemessene Unterstützung zur richtigen Zeit zu liefern.

Änderungen in diesen beiden Schlüsselbereichen müssen mit flankierenden Massnahmen zur weiteren Reform des Krankheits- und Invaliditätsabklärungsverfahrens und mit besseren Arbeitsanreizen für Leistungsempfänger ergänzt werden. Im Bericht werden in diesem Zusammenhang einige politische Empfehlungen abgegeben. Kasten 0.2 enthält eine Zusammenfassung.

## **Kasten 0.2 Politische Empfehlungen für Polen**

### *Berufliche Rehabilitation und Ausbildung*

Erstens muss die berufliche Rehabilitation und Ausbildung verstärkt werden. Ohne sich der Ursachen für die geringe Wirkung dieses Systems anzunehmen, wird es sehr schwierig werden, höhere Erwerbsquoten zu erreichen und die Invalidenleistungsabhängigkeit zu verringern. Die Zugangskriterien sind zu streng, Arbeitsämter werden nicht zweckmässig finanziert und allgemein zögern die Leute, an beschäftigungsbezogenen Programmen teilzunehmen, die bisher voll und ganz auf freiwilliger Basis erfolgen. Diese Aspekte könnten mit den folgenden Massnahmen angegangen werden:

- Zugangskriterien zur Teilnahme an beruflicher Rehabilitation sollten eine Frühintervention ermöglichen und fördern. Der Ansatz, berufsbezogene Dienstleistungen auf als arbeitslos oder stellensuchend gemeldete Personen mit einem offiziellen Invaliditätszertifikat zu begrenzen, ist zu kurz greifend.
- Das Angebot an gut abgestimmten und qualitativ hoch stehenden Massnahmen sollte vergrössert werden. Zudem sollte eine individualisiertere Handhabung dieser Angebote implementiert werden.
- Wenn das Angebot effizienter Massnahmen vergrössert wird, sollten auch einige zwingende Elemente eingeführt werden, z. B. in der Form von moderaten Leistungskürzungen für Personen, die es ablehnen, an beruflichen Rehabilitationsmassnahmen teilzunehmen.

### *Struktur der Beschäftigungsunterstützung*

Zweitens ist eine grundlegendere Änderung nötig, um das Beschäftigungsunterstützungssystem zu verbessern. Möglicherweise wird eine Überarbeitung der Verwaltungsstrukturen und Zuständigkeiten notwendig sein. Die grosse Anzahl involvierter Akteure (Sozialversicherungseinrichtungen, öffentliche Arbeitsvermittlung, staatlicher Fonds PFRON und lokale Behörden) erschweren es einer behinderten Person, die richtige Unterstützung zur richtigen Zeit zu erhalten. Künftige Reformen könnten folgende Massnahmen einschliessen:

- Schwerpunkt auf das One-Stop-Shop-Prinzip legen (eine Anlaufstelle für alle Belange) und die Finanzierungsstruktur so verstärken, dass Finanzierung und Zuständigkeit Hand-in-Hand gehen, um die Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung zu erleichtern. Lokale Behörden sind wohl am ehesten dazu prädestiniert, diese Funktion zu übernehmen. Der staatliche Fonds PFRON als eigenständige Einrichtung wird in einem revidierten System möglicherweise nicht mehr gebraucht.
- Die Führung und Steuerung der lokalen Arbeitsämter, lokalen Behörden und der PFRON-Tätigkeiten sollten verstärkt werden, um bessere Beschäftigungsergebnisse für Personen mit Behinderungen zu erreichen. Zielvereinbarungen sollten in Kombination mit Kontroll- und Überwachungsmechanismen eingesetzt werden, um sicher zu stellen, dass die Geldmittel und politischen Massnahmen in beabsichtigter Weise verwendet bzw. umgesetzt werden.
- Die Koordination zwischen der öffentlichen Arbeitsvermittlung, die Umschulungsprogramme anbietet, und der Sozialversicherungsbehörde, die die Kosten für die Schulungszuschüsse während dieser Dauer übernimmt, sollte verbessert werden, indem letztere eine Aufsichtsrolle erhält. Man sollte auch eine Änderung in der Finanzierungsstruktur erwägen, so dass die Arbeitsämter finanziell von erfolgreichen Platzierungen an bezahlte Arbeitsstellen profitieren würden. Eine notwendige Anhebung der Ressourcen für Personen mit Behinderungen kann mittels Öffnung der PFRON-Mittel für die öffentliche Arbeitsvermittlung erreicht werden, und zwar indem der staatliche Fonds PFRON Dienstleistungen der Arbeitsämter zu Gunsten behinderter Personen kauft oder mitfinanziert.

### *Abklärungsverfahren*

Drittens werden Reformen zur Senkung von krankheitsbedingter Abwesenheit benötigt, damit das aktuelle Niveau von Invaliditätsneuzugängen nach der bevorstehenden Aufhebung der Frühpensionierungsmöglichkeiten beibehalten werden kann. Weitere Reformen sollten das Hauptaugenmerk auf eine Vereinheitlichung und Verbesserung des Abklärungsverfahrens legen. Die folgenden Massnahmen sind in diesem Zusammenhang denkbar:

- Die Zuständigkeit für das gesamte Invaliditätsbeurteilungsverfahren sollte an die Sozialversicherungseinrichtungen delegiert werden. Die heutige Aufsplitterung von Abklärungen für Einkommensunterstützungszwecke (durch die Sozialversicherungseinrichtungen) und für Arbeitsmarktzwecke (durch Abklärungsteams der lokalen Behörden) ist verwirrend, ineffizient und trägt wahrscheinlich zum Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt bei.
- Die Regelungen im Sondersystem für Landwirte (KRUS) sollten an diejenigen des allgemeinen Sozialversicherungssystems angeglichen werden und idealerweise mittelfristig zu einem erneuten Zusammenlegen der beiden Systeme führen. Dies würde insbesondere Änderungen der Beitragsregeln im KRUS-System erforderlich machen. Ebenso müsste die sehr eng gefassten Begriffsdefinition von Invalidität als Unfähigkeit, der Arbeit auf dem eigenen Landwirtschaftsbetrieb weiter nachgehen zu können, geändert werden.

- Bestehende rechtliche Möglichkeiten zur Kontrolle von krankheitsbedingten Abwesenheiten jeglicher Dauer, einschliesslich der ersten 33 Tage, während derer der Arbeitgeber Lohnfortzahlung leistet, sollten besser genutzt werden. Ärzte, die wiederholt «falsche» Krankheitszeugnisse ausstellen, sollten bestraft werden.
- In die politischen Strategien ist auch der hohe Anteil der erfolgreichen Rekurse gegen abgelehnte Gesuche einzubeziehen. Da die volkswirtschaftlichen und nicht wirtschaftsbezogenen Kosten dieser Rekurse sehr hoch sind, braucht es präzisere Entscheide auf der ersten Stufe. Personen, deren Leistungsgesuch abgelehnt wurde, sollten nachbetreut werden, um zu vermeiden, dass diese Gruppe zu einem späteren Zeitpunkt letztendlich zu Leistungsempfängern werden oder in Armut enden.

#### *Finanzielle Arbeitsanreize für Arbeitnehmende*

Viertens sollten die finanziellen Anreize verbessert werden, um die Arbeitsaufnahme von arbeitswilligen und arbeitsfähigen Leistungsempfängern auf freiwilliger Basis zu fördern. Dies könnte durch die folgenden Massnahmen erreicht werden:

- Ein abgestufter Abbau von Invaliditätsleistungen im Falle einer Arbeitsaufnahme (bzw. einer Erhöhung des Arbeitspensums) mit sukzessiv steigenden Löhnen, statt den heutigen abrupt abfallenden Leistungszahlungen, würde uneinheitliche Arbeitsanreize beseitigen. Zudem sollte für die Empfänger von vollen Leistungen die Möglichkeit geschaffen und gefördert werden, sich im normalen Arbeitsmarkt zu versuchen, ohne sofortigen Verlust des Anspruchs, und zwar beispielsweise mittels befristeter erwerbsabhängiger Unterstützungszahlungen («in-work payments»).
- Weitere Leistungen, vor allem Wohn- und Sozialhilfeszuschüsse, sollten überarbeitet werden, so dass keine Leistungsfallen mehr entstehen die eine Erwerbstätigkeit vor allem für Invaliditätsleistungsempfänger, aber auch allgemein gesehen, finanziell uninteressant machen.

#### *Koordination mit Altersrenten*

Fünftens ist eine bessere Koordination zwischen dem revidierten Altersrenten- und dem Invaliditätsleistungssystem vonnöten, um dem nach der bevorstehenden Aufhebung der Frührentenprogramme wachsenden Druck auf das Invaliditätssystem entgegen zu wirken. Um Verlagerungseffekte in das grosszügigere Invaliditätsleistungssystem zu verhindern, sollten Reformen in folgenden Bereichen erwogen werden:

- Leistungsniveaus sollten harmonisiert werden, um sicher zu stellen, dass sich der Anspruch auf eine Invaliditätsleistung, beispielsweise für eine 60-jährige Person, auf etwa den gleichen Betrag wie die Altersrente in diesem Alter beläuft.
- Es braucht eine deutlichere Trennung mit einer transparenten Mittelverschiebung zwischen Invaliditäts- und Altersrentensystem. Idealerweise werden Regelungen über Beitragszahlungen von Invaliditätsleistungsempfängern in ihre eigene Altersvorsorge eingesetzt und Invaliditätsleistungszahlungen durch Altersrenten ersetzt, und zwar entsprechend der Beitragsjahre der Person, sobald diese das Rentenalter erreicht.

#### *Neuerwägung der Lohnsubventionen*

Sechstens sind einige Massnahmen erforderlich, um Lohnsubventionen sowie geschützte Arbeitsstätten wirksamer zu gestalten. Durch die Erweiterung der Lohnsubventionen (welche durch Abgaben von Unternehmen, die den vorgeschriebenen 6%-Anteil der Beschäftigung von behinderten Personen nicht erfüllen, finanziert werden) an Unternehmen im offenen Arbeitsmarkt sind neue Herausforderungen entstanden. Wenn sich die Beschäftigung von Personen mit Behinderungen im beabsichtigten Ausmass entwickelte, würden die Einnahmen durch Abgaben zurückgehen, während die Ausgaben für ständige Lohnsubventionen anstiegen. Zudem hat die starke Konzentration auf Arbeit in geschützter Umgebung dem Ausschluss von Arbeitnehmenden mit Behinderungen Vorschub geleistet und deren Integration in den normalen Arbeitsmarkt gehemmt. Um diese Probleme zu korrigieren, sind weitere Änderungen notwendig, beispielsweise die folgenden:

- Lohnsubventionen sollten durch allgemeine Steuern finanziert werden, wie andere öffentliche Ausgaben auch. Die Finanzierung durch zweckgebundene Beiträge führt zu ineffektiven Ausgaben. Zudem: Würde mit den Ausgaben der gewünschte Erfolg erreicht, genügten die Einnahmen nicht mehr zur Finanzierung der Ausgaben.
- Die bestehenden Privilegien der geschützten Arbeitsstätten, wie beispielsweise Einkommensteuerrückstellungen für *alle* Beschäftigten (einschliesslich der nicht behinderten Angestellten), sollten weiter reduziert werden, und zwar zugunsten zunehmend verfügbarer Ressourcen für Qualifikationsverbesserungen.
- Zur Sicherstellung ausreichender Ressourcen für Personen mit moderaten und schweren Gesundheitsproblemen sollte der Abbau von ständigen Lohnsubventionen für Personen mit einem leichten Invaliditätsgrad, die in geschützten Arbeitsstätten arbeiten, längerfristig in Betracht gezogen werden.

## **Herausforderungen und politische Optionen für die Schweiz**

### *Ist-Zustand in der Schweiz*

In der Schweiz stehen die politischen Entscheidungsträger unter Handlungszwang, denn sowohl der Fonds für die Invalidenversicherung (IV) als auch der Reservefonds werden in absehbarer Zukunft defizitär sein. Im Gegensatz zu anderen Ländern ermöglicht das Schweizer Finanzierungssystem keinen Defizitausgleich über eine Erhöhung der staatlichen Beiträge. Folglich sind Mehreinnahmen nötig, um das in der Vergangenheit kumulierte Defizit auszugleichen. Zudem müsste die Schweiz, sehr ähnlich wie Norwegen, Mittel und Wege finden, Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitsprozess zu halten und idealerweise Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit beruflich wieder einzugliedern. Dies ist eine Grundvoraussetzung, wenn das künftige Arbeitskräftepotential gesteigert werden soll, um den Herausforderungen der demografischen Alterung zu begegnen.

Allgemein sind die Ergebnisse der in der Schweiz verfolgten Politik gemischt. Der Anteil der IV-Neuberentungen bewegt sich immer noch unter dem OECD-Mittel, ist aber über längere Zeit stabil geblieben. Anzahlmässig bedeutet dies eine Zunahme der Leistungsempfänger. Krankheitsbedingte Abwesenheiten sind relativ niedrig, schaffen aber aufgrund der systemischen Schwächen grosse Probleme für die Invalidenversicherung, da die Zusammenarbeit mit privaten Krankentaggeldversicherern unzulänglich ist. Wie in Norwegen sind Arbeitnehmende mit Behinderungen zu einem höheren Grad arbeitslos. Mit 52% ist deren Beschäftigungsquote aber relativ hoch im Vergleich mit den anderen OECD-Ländern. Die durchschnittlichen Invaliditätsleistungen sind in den vergangenen Jahren rasch gewachsen, doch sind auch die jeweiligen Armutsraten unter Personen mit Behinderungen angestiegen.

Ein in der Schweiz besonderes verbreitetes Problem, verglichen mit dem gesamten OECD-Raum, liegt in der massiven Zunahme von psychischen Krankheiten als Invaliditätsursache. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile die wichtigste Einzelursache für den Zuspruch auf Invaliditätsleistungen und belaufen sich auf über 40% der Gesamtneuzugänge. Es herrschen grosse Kontroversen um die Gründe für diese Entwicklung, die eine zunehmende «Medizinalisierung» des Arbeitsmarkts sowie soziale Probleme zu reflektieren scheint. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen lässt aber auch Schwächen in der Definition von Invalidität und dem Abklärungsverfahren erkennen.

Eine weitere Besonderheit der Schweizer Situation ist die starke Rolle des Privatversicherungsmarkts. Einzelne Versicherungszweige der sozialen Sicherheit werden von Privatversicherern abgedeckt, so zum Beispiel das Krankentaggeldsystem. Andere wiederum, obwohl obligatorisch, werden durch private Institutionen verwaltet, so zum Beispiel die Alters- und Invaliditätsvorsorge der zweiten Säule. Die Tätigkeiten dieser privaten Akteure - die bis zu einem gewissen Grad gesteuert werden können - wirken sich massgeblich auf die Gestaltung und Wirksamkeit der verfolgten Politik aus.

### *Hauptempfehlungen für künftige politische Strategien*

Der Ansatz, Personen mittels Früherkennung von ernsthaften gesundheitlichen Problemen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt mit der Invalidenversicherung in Kontakt zu bringen, ist viel versprechend und zielt auf eine der Hauptschwächen im Schweizer System ab. Die Anreize für die verschiedenen Akteure sind indessen nicht ausreichend, um diesen Ansatz zum Funktionieren zu bringen. Die Wirkung der geplanten Revision könnte durch die Einführung von Verpflichtungen für Akteure, die zu

einem frühen Zeitpunkt mit den kranken Personen in Kontakt stehen, erheblich verbessert werden. Drei Aspekte sind für künftige Reformen besonders wichtig:

- Krankentaggeldversicherer haben keine ausreichenden Anreize und Verpflichtungen, um Probleme anzugehen.
- Arbeitgeber haben keine ausreichenden Anreize und Verpflichtungen, um kranke Arbeitnehmende wieder zurück zur Arbeit zu bringen.
- Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen und Ausbildungen sollten vermehrt genutzt werden.

Zudem sollten laufende und auch zukünftige Reformen weiterhin auf Arbeitsanreize, die Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen und die Steuerung und Kontrolle der kantonalen IV-Stellen zielen. Der vorliegende Bericht formuliert einige Empfehlungen in Bezug auf künftige politische Strategien. Kasten 0.3 enthält eine Zusammenfassung:

### **Kasten 0.3 Politische Empfehlungen für die Schweiz**

#### *Private Krankentaggeldversicherer*

Erstens müssen Verpflichtungen und Anreize für private Krankentaggeldversicherer ausgewogener gestaltet werden. Da die meisten Leute in der Schweiz nach einer Krankheitsphase in die Invalidenversicherung eintreten, ist die Effektivität dieser Privatversicherer entscheidend. Die Krankentaggeldversicherer und Allgemeinärzte tangierenden Reformen sollten die folgenden Änderungen beinhalten:

- Private Krankentaggeldversicherer sollten zur Einführung eines Krankheitsmanagements und eines Krankheitsmonitorings verpflichtet werden, da sie nicht die vollen Kosten für das Nichtangehen von Problemen zu tragen haben. Das Monitoring sollte die Versicherer dazu verpflichten, die staatliche Invalidenversicherung über lange oder wiederholte Absenzen zu informieren, damit so früh als möglich von dieser Seite her eingegriffen werden kann. Das Monitoring sollte zudem auch strengere Kontrollen von krankheitsbedingten ärztlich bescheinigten Absenzen einschliessen sowie eine bessere Zusammenarbeit und einen effizienteren Informationsaustausch zwischen Allgemeinärzten und Versicherungsärzten.
- Das vom wichtigsten Schweizer Unfallversicherer, der SUVA, eingeführte individuelle Fallmanagement könnte als Vorbild für ein Krankheitsmanagement der Privatversicherer dienen. Alle Arbeitnehmenden sollten ausserdem einer obligatorischen Krankentaggeldversicherung unterstellt werden (doch weiterhin durch private Versicherungsunternehmen betrieben), um sicher zu stellen, dass alle Krankheitsabsenzen zufrieden stellend gehandhabt werden.
- Rückwirkende Zahlungen an den privaten Krankentaggeldversicherer, wenn eine Person nachträglich Anspruch auf eine Invalidenrente erhält, sollten abgeschafft werden, da sich solche Zahlungen abschwächend auf den Anreiz für den Versicherer auswirken, den Fall in effektiver Weise zu handhaben. (Rückwirkende Zahlungen an Personen, die nicht durch eine private Krankentaggeldversicherung gedeckt sind, fallen nicht darunter.)
- Allgemeinärzte sollten dazu verpflichtet werden, Rat von beruflichen Gesundheitsdiensten einzuholen. Diese sollten bezüglich Arbeitsplatzanpassungen und Wiedereingliederungsmöglichkeiten Ratschläge erteilen. Allgemeinärzte sollten vermehrt unterstützt und geschult werden, um deren Sozialversicherungskennntnisse zu vertiefen.

#### *Rolle der Arbeitgeber*

Zweitens: Für die Arbeitgeber muss ein Gleichgewicht zwischen strengeren Verpflichtungen, besserer Unterstützung und geeigneten Anreizen gesucht werden. Die kürzlich eingeführten risikodifferenzierten Beitragssätze («*experience rating*») bei den Krankentaggeldversicherungen stellen einen attraktiven Anreiz für die Arbeitgeber dar, Langzeitabsenzen und -Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden, um so die Prämien tief zu halten. Es ist indes davon auszugehen, dass dieses neue System auch strengere Gesundheitskontrollen in der Rekrutierungsphase nach sich zieht. Es sind weitere Reformen und Anpassungen erforderlich. Die folgenden Elemente sollten enthalten sein:

- Ein Teil der durch das Nichtangehen der Krankheitsproblematik verursachten Kosten müssten durch die Arbeitgeber getragen werden, indem diese einen Vorbereitungsplan für die Wiedereingliederung ihrer langzeit abwesenden Mitarbeitenden auszuarbeiten haben. In mehreren OECD-Ländern ist dies bereits üblich. Ebenso müssten die Arbeitgeber ein Krankheitsmonitoring einführen.

- Arbeitgeber sollten besser von medizinischen und beruflichen Spezialisten bei der Handhabung von Absenzen unterstützt werden. Diese Art von Unterstützung sollen die neuen Fachstellen zur Früherkennung und Beratung liefern, die mit der bevorstehenden Revision geschaffen werden sollen.

#### *Berufliche Rehabilitation*

Drittens sollte die Anspruchsberechtigung für berufliche Rehabilitation erweitert werden, damit ein Systemwechsel von «Eingliederung vor Rente» auf «Eingliederung statt Rente» erfolgen kann. In der Schweiz wird relativ wenig auf berufliche Rehabilitations- und Ausbildungsmassnahmen zurückgegriffen. Restriktive Anspruchsvoraussetzungen mögen dieses Faktum ein Stück weit erklären. Des Weiteren werden berufliche Massnahmen nicht dazu genutzt, mehr Abgänge aus Invaliditätssystemen zu bewirken. Deshalb sind folgende Änderungen angebracht:

- Die Anspruchsvoraussetzungen für Rehabilitationsmassnahmen sollten erweitert werden und alle Personen mit gesundheitsbezogenen Schwierigkeiten im Arbeitsmarkt miteinschliessen. Somit kann von der Beurteilung der rechtlichen Grundlage eines Falls abgesehen und direkt bei der Unterstützung für die Erwerbswiedereingliederung angesetzt werden. Insbesondere sollten Personen mit psychischen Erkrankungen vermehrt in die Rehabilitation integriert werden.
- Es sollte verstärkt auf das Angebot an beruflichen Massnahmen für neubeurteilte Leistungsempfänger fokussiert werden. In diesem Zusammenhang sollten Neubeurteilungen der enorm grossen Anzahl von jüngeren Leistungsempfängern, die normalerweise über eine viel höhere Arbeitsmotivation verfügen, in Erwägung gezogen werden. Einige der neu geplanten Massnahmen könnten vor allem für jüngere Personen geeignet sein, die häufig an psychischen Erkrankungen leiden.

#### *Abgänge aus Invaliditätsleistungen*

Viertens sollten Arbeitsanreize zur Steigerung der Abgänge aus Invaliditätsleistungen gefördert werden. OECD-Berechnungen zeigen, dass die effektive Grenzsteuerbelastung («*marginal effective tax rates*») für Leistungsempfänger, die eine Arbeit aufnehmen, sehr hoch ist, besonders für Leistungsempfänger mit Kindern. Zwar liegt das Hauptaugenmerk der 5. IV-Revision auf der Senkung der Anzahl IV-Neuberentungen, aber auch Pläne zur Verbesserung der finanziellen Anreize, um Abgänge aus den IV-Leistungen attraktiver zu machen, sollten bald eingeführt und nicht erst auf die Zeit nach der Implementierung anderer Elemente der Revision verschoben werden. Mögliche Änderungen sind unter anderem:

- Das System der grosszügigen Kinderzuschüsse in der ersten Säule sollte zur Vermeidung von «Leistungsfallen» geändert werden, damit Leistungsempfänger zur Arbeitsaufnahme ermutigt werden. Auch sollte die Einführung von bedarfsabhängigen Zuschüssen erwogen werden, da diese Zahlungen eine bedeutende Ressource für Personen mit niedrigen Einkommen darstellen.
- Die Anwendung von erwerbsabhängigen Unterstützungszahlungen («*in-work benefits*») und vorübergehende Leistungseinstellungen sollten für Personen erwogen werden, die Arbeit aufnehmen oder ihren Beschäftigungsgrad erhöhen. Arbeitsfähige Leistungsempfänger würden dadurch ermutigt, eine andere Stelle zu finden bzw. ihren Beschäftigungsgrad zu erhöhen.

#### *Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ)*

Fünftens sollte die bereits bestehende aber derzeit noch freiwillige interinstitutionelle Zusammenarbeit verstärkt werden, um den Informationsfluss und die Aufgabenkoordination weiter zu verbessern. Dies könnte mittels folgender Massnahmen erreicht werden:

- Personen, deren IV-Gesuch abgelehnt wurde, sollten durch die Invalidenversicherung nachbetreut werden, um sicherzustellen, dass sie die nötige Unterstützung erhalten, um erwerbstätig zu bleiben oder erneut ins Erwerbsleben einzusteigen. Die geplanten kurzfristigen beruflichen Massnahmen, die auf eine Vermeidung von Langzeitinvalidität abzielen, sollten - wo dies angemessen ist - auch Personen zur Verfügung stehen, deren Antrag auf eine IV-Rente abgelehnt wurde.
- Zur weiteren Förderung einer erfolgreichen Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Einrichtungen und Versicherungen wäre es wichtig, die rechtliche Untermauerung der laufenden Zusammenarbeitsbestrebungen zu verstärken. Der IIZ-Ansatz des Kantons Solothurn ist ein Modell, das von den anderen Kantonen ernsthaft in Erwägung gezogen werden sollte. Im Kanton Solothurn sind unter einem neuen Gesetz lokale zentrale Anlaufstellen (One-Stop-Shop-Prinzip) sowie eine kantonale Case-Management-Stelle eingerichtet worden, und zwar mit rechtlich verbindlicher Kostenaufteilung zwischen der Invalidenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und den Gemeinden.

#### *Vollzug und Steuerung der kantonalen IV-Stellen*

Sechstens sollten Vollzug und Steuerung der Invalidenversicherung selber weiter verbessert werden. Aktuell sind die Finanzierungs- und Zuständigkeitsmechanismen schlecht aufeinander abgestimmt. So obliegt der Zuspruch von Leistungen den kantonalen IV-Stellen, während der grösste Teil der Finanzierung dieser Leistungen vom Bund kommt. Eine strengere Aufsicht und Überprüfung der kantonalen IV-Stellen durch die nationale Aufsichtsbehörde könnte die Harmonisierung der in den Kantonen angewandten Praxis weiter vorantreiben. Folgende Massnahmen sind denkbar:

- Die Zuständigkeit für die Wahl von Standards für die optimale Vorgehensweise («*best practice*») sowie die landesweite Publikation der einschlägigen Richtlinien sollten den Bundesbehörden obliegen. Diese Behörde sollte mässige Ergebnisse eines Kantons vermelden, wenn diese offenbar darauf zurückzuführen sind, dass die empfohlene Vorgehensweise nicht umgesetzt worden ist.
- Management durch messbare Ziele und Wirkungsindikatoren, wie kürzlich in der öffentlichen Arbeitsvermittlung eingeführt und aktuell in Vorbereitung für die IV-Stellen, sollten so bald als möglich eingeführt werden, einschliesslich von Sanktionen bei Nichterfüllen der Zielvereinbarungen. Die Indikatoren sollten den Gesamtansatz der IV-Stellen wiedergeben und deren Erfolg nach Verfahrensdauer als auch nach Eingliederungsergebnissen messen.

Als letzter Punkt gilt anzuführen, dass eine rigorose Evaluation der jeweiligen Regelwerke bzw. Vorschriften und Instrumentarien in allen drei Ländern fehlt. Besonders wichtig ist die bessere Kenntnis darüber, welche Art von Rehabilitations- und Beschäftigungsprogrammen funktionieren und für wen. Eine umfassende Evaluation braucht es auch beim polnischen Erwerbsquotenprogramm sowie bei den kürzlich in Norwegen eingeführten befristeten Invaliditätsleistungen. Gleiches gilt für die in der Schweiz erst kürzlich verstärkte Stellenvermittlung durch die IV-Stellen. Mangelnde Nachweisgrundlagen haben in der Vergangenheit zur Einsetzung von fehlgeleiteten Strategien geführt. Weder aus volkswirtschaftlicher noch aus der Sicht der Personen mit Behinderungen selber können sich die drei Länder solche Fehler in Zukunft leisten.





## Résumé et recommandations pour l'orientation des politiques

Trop nombreux sont les travailleurs qui se retirent définitivement du marché du travail pour cause de problèmes de santé, et trop rares sont les personnes handicapées qui exercent un emploi. C'est là une situation tout à fait regrettable, tant sur le plan social que sur le plan économique, qui concerne presque tous les pays de l'OCDE, y compris la Norvège, la Pologne et la Suisse. Les problèmes de santé apparaissent de plus en plus comme un obstacle à la réalisation des objectifs d'accroissement des taux d'activité et de maîtrise des dépenses publiques. Les dépenses publiques consacrées aux prestations de maladie et d'invalidité de ces trois pays sont très élevées en comparaison des niveaux observés dans de nombreux autres pays membres de l'OCDE. Cependant, dans toute la zone de l'OCDE, on observe le même paradoxe qui mérite explication : comment se fait-il qu'un nombre croissant de personnes d'âge actif se retrouvent hors du marché du travail et sollicitent un soutien au revenu pour raisons de santé alors que l'état de santé général s'améliore ? Ce rapport explore les raisons possibles de ce paradoxe, explique en quoi les institutions et les politiques y contribuent et propose différentes pistes de réforme pour améliorer la situation.

Le principal problème, dans les trois pays, tient à ce que trop peu d'efforts sont mis en œuvre pour éviter les transferts du marché du travail vers les régimes de prestations et ramener les bénéficiaires de prestations vers l'emploi. Parallèlement, les incitations financières au travail et les obligations imposées aux personnes handicapées titulaires de prestations et aux employeurs sont insuffisantes. Les principaux défis que vont devoir relever les trois pays sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Conscients du rôle fondamental de la politique publique dans ce domaine, les trois pays ont engagé une série de réformes qui vont dans la bonne direction. La Pologne et la Norvège ont considérablement élargi le champ de leurs politiques de réadaptation et d'emploi durant les 20 dernières années. La Suisse s'est récemment engagée dans la même voie et s'apprête à opérer de nouvelles réformes de grande envergure. Ces pays ont également commencé à modifier leurs régimes de prestations, en durcissant les conditions d'accès tout en veillant à assurer une couverture adéquate, en faisant porter davantage l'accent sur les droits temporaires et en améliorant les chances de ré-emploi et les incitations allant dans ce sens.

S'il est probable que ces réformes renforceront l'efficacité des politiques d'activation et d'intégration, ce rapport montre qu'il reste encore beaucoup à faire. Les efforts mis en œuvre jusqu'à présent pour réduire les sorties du marché du travail vers les régimes de prestations et accroître les taux d'activité chez les personnes handicapées désireuses de travailler restent insuffisants à la lumière des résultats obtenus par les trois pays :

- En Norvège, les flux d'entrées dans les régimes d'invalidité sont particulièrement élevés et rien n'indique que la tendance soit en train de s'inverser ; par ailleurs, la fréquence des absences pour maladie dans ce pays est deux fois plus élevée que la moyenne OCDE.
- En Suisse, les flux d'entrées en invalidité ont commencé à décliner il y a deux ans après une longue période d'augmentation continue, mais ce fléchissement ne sera pas suffisant pour entraîner une réduction du nombre de bénéficiaires.
- En Pologne, les flux d'entrées en invalidité ont fortement diminué au cours des six dernières années, mais les transferts vers les autres régimes de prestations ont été substantiels, ce qui remet en question la viabilité à long terme du déclin des nouvelles entrées dans les régimes d'invalidité.

- Dans les trois pays, le taux d'emploi de la population handicapée reste bas – et sensiblement inférieur au taux d'emploi de la population valide, particulièrement en Pologne.
- Le taux d'emploi des personnes handicapées a même tendance à décliner encore depuis peu, un phénomène qui reflète en partie l'évolution de l'environnement de travail et le vieillissement démographique, mais aussi les politiques en vigueur.

**Aperçu : défis politiques en Norvège, en Pologne et en Suisse**

<i>Sept défis majeurs<sup>a</sup></i>	Norvège	Pologne	Suisse
1. Maîtriser les dépenses publiques concernant la maladie et l'invalidité	+++	+++	+++
2. Augmenter la participation au marché du travail des personnes atteintes dans leur santé	++	++++	+
3. Améliorer les revenus des ménages de personnes handicapées	+	+++	++
4. Réduire le nombre de nouveaux octrois d'indemnités de maladie et de prestations d'invalidité	++++	+	++
5. S'attaquer à la médicalisation croissante des problèmes de marché du travail	++	+	+++
6. Accroître le nombre de sorties de bénéficiaires de prestations d'invalidité de durée illimitée pour la plupart	++++	+++	++++
7. Renforcer la coordination entre les différents systèmes de prestations	++	++++	+++

a) Interprétation de l'échelle d'appréciation :  
 + ... défi peu important ; ++ ... défi moyen ; +++ ... défi important ; ++++ ... défi très important.  
 Source : *appréciations des auteurs*

Le processus de réforme atteint une phase critique dans les trois pays. En Norvège, l'accord tripartite pour un milieu de travail plus fédérateur a pris fin, et ses signataires ont récemment négocié les mesures qui y feront suite. En Pologne, les projets de réforme du nouveau gouvernement gagneraient à réactiver certaines propositions avancées par le gouvernement précédent dans le contexte de la réforme des dépenses publiques mais rejetées par le Parlement. En Suisse, le Parlement est en train d'examiner une proposition concernant la cinquième révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, et la nouvelle loi devrait entrer en vigueur au milieu de 2007.

Le travail doit occuper une place centrale dans les politiques d'assurance maladie et invalidité, non seulement à cause des besoins de l'économie mais aussi pour des raisons sociales. L'amélioration des perspectives d'emploi est en effet le meilleur moyen de faire en sorte que les personnes handicapées ou en congé pour maladie de longue durée puissent jouer le rôle auquel elles aspirent dans la société. Cette approche devrait permettre d'accroître les taux d'emploi et de réduire les dépenses publiques et, à ce titre, justifie qu'une partie des ressources disponibles et des dépenses lui soient réaffectées. Ce rapport part du postulat selon lequel la politique publique doit faire en sorte que les personnes souffrant d'invalidité puissent s'accomplir dans toute la mesure possible au sein de la société, et en particulier sur le marché du travail. Le débat public se focalise généralement sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire le nombre de bénéficiaires de prestations. Aborder les politiques d'assurance maladie et invalidité sous ce seul angle présente néanmoins un inconvénient :

celui de négliger le point de vue des intéressés eux-mêmes. De manière générale, les politiques actuelles n'aident guère les personnes handicapées, qui se trouvent reléguées aux marges de la société, exclues du monde du travail ou cantonnées dans des emplois spéciaux.

### **Quelles options pour quels défis ? Le cas de la Norvège**

#### *La situation actuelle en Norvège*

En dépit d'une situation générale très satisfaisante sur le plan de l'économie et de l'emploi, les taux d'emploi des personnes handicapées, en Norvège, sont inférieurs à 45 %, alors qu'ils atteignent 83 % pour les personnes valides. Compte tenu des investissements massifs consentis dans la réadaptation et à la formation professionnelles des personnes handicapées, ce résultat est décevant. Les efforts des pouvoirs publics ont été couronnés de succès au sens où les travailleurs handicapés bénéficient maintenant du même accès à la formation continue et sont uniformément représentés dans tous les secteurs de l'économie, y compris le secteur public. Néanmoins, les autorités ne se sont pas attaquées aux problèmes de l'inactivité et du chômage dans ce groupe, qui sont très élevés.

Les dépenses publiques consacrées à la maladie et à l'invalidité en Norvège atteignaient 4.1 % du PIB en 2004, soit plus du double de la moyenne OCDE. De plus, la majeure partie de ces dépenses est affectée aux prestations et non aux mesures qui encouragent le passage de l'aide sociale à l'emploi et l'intégration au marché du travail. La proportion de travailleurs qui accèdent aux régimes de maladie ou d'invalidité est l'une des plus élevées enregistrées dans la zone OCDE. Dans ce pays où le taux d'emploi global est très élevé, la principale cause du non-emploi parmi les personnes d'âge actif réside aujourd'hui dans les problèmes de santé. Si les autorités veulent continuer d'accroître les niveaux d'emploi et les taux d'activité, ce qui est essentiel pour faire face au vieillissement démographique et maintenir la croissance économique, il est donc primordial que la maladie cesse d'être la principale cause de retrait du marché du travail.

Fait remarquable, le système d'indemnisation de la maladie et de l'invalidité de la Norvège comporte de nombreuses dispositions utiles, mais leur taux d'utilisation et les résultats obtenus sont décevants. Par exemple, les travailleurs en congé pour maladie ont la possibilité de reprendre le travail graduellement et de percevoir une prestation d'invalidité partielle, calculée selon un barème très finement gradué. Or, la plupart reçoivent une prestation complète. En outre, depuis quelques années, les travailleurs qui reprennent un emploi ont la possibilité de conserver leurs droits à prestation pendant un certain temps. Cependant, les flux de sorties de l'invalidité vers l'emploi sont presque nuls. De même, pour enrayer les flux d'entrées dans les régimes de prestations de longue durée, la Norvège consacre à la réadaptation et la formation professionnelles un volume de dépenses substantiel, qu'aucun autre pays de l'OCDE n'est près d'égaliser. Or, il se trouve que la dépendance à l'égard des prestations d'invalidité est plus élevée en Norvège que n'importe où ailleurs.

Le principal défi, pour la Norvège, est donc d'essayer de mieux comprendre pourquoi les dispositifs existants (qui semblent adéquats) ne produisent pas les résultats escomptés. Si c'est la mise en application des dispositifs qui est défailante, il faudra trouver le moyen de la renforcer ; si ce sont les incitations qui ne conviennent pas, il faudra en adopter d'autres. On ne sait pas grand chose sur la manière dont les acteurs locaux appliquent les réglementations et dispositifs du système d'indemnisation de la maladie et de l'invalidité, ni sur le degré de variation de la mise en œuvre des politiques dans le pays. De la même manière, on note une réticence généralisée à sanctionner les

manquements éventuels aux règles, même si, plus que dans les autres pays de l'OCDE, des sanctions à l'encontre des employeurs, des médecins et des bénéficiaires sont prévues dans les textes.

*Principales recommandations*

La Norvège devra accomplir des avancées beaucoup plus significatives dans la réduction des absences pour maladie si elle veut atteindre l'objectif fixé dans l'accord tripartite de faire baisser le taux d'absentéisme de 20 % par rapport à 2001. Et si elle veut s'aligner sur la moyenne de l'OCDE, il lui faudra déployer plus d'efforts encore. La persistance de taux élevés d'accès aux prestations d'invalidité, qui résultent en partie du taux élevé d'absentéisme pour cause de maladie de longue durée, est un autre problème qui n'a pas été traité avec la rigueur voulue jusqu'à présent. Il en va de même pour le taux d'emploi, qui reste désespérément bas dans la population handicapée. Les réformes futures devront s'attaquer à trois problèmes en particulier :

- L'évaluation laxiste des droits à prestation d'invalidité, et le rôle majeur que tiennent les médecins généralistes dans les procédures d'évaluation ;
- Les raisons du manque de résultats du système de réadaptation et de formation professionnelles – pourtant fort coûteux ;
- L'absence de mécanismes de transition facilitant le retour à l'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité.

Pour atteindre ces objectifs, les autorités devront accompagner leurs mesures et réformes d'un renforcement des obligations de l'ensemble des acteurs et, en cas de non respect de ces obligations, d'une application plus rigoureuse des sanctions. De plus, il s'agira de trouver un nouvel équilibre entre des incitations au travail améliorées et des critères d'admission plus stricts. Pour faciliter la réalisation de ces objectifs et appuyer les réformes prévues ou en cours, ce rapport propose un certain nombre de recommandations, récapitulées dans l'encadré 1.

### Encadré 1. **Recommandations pour la Norvège**

#### *Évaluation de la maladie et de l'invalidité*

Tout d'abord, il est nécessaire de renforcer les obligations des médecins généralistes et les contrôles effectués sur leurs évaluations. Bien qu'une réforme récente ait introduit de nouvelles obligations pour les médecins et permis que la question de la maladie au travail sorte du domaine privé et fasse l'objet d'un débat un peu plus ouvert, très peu de contrôles sont effectués pour vérifier que les médecins remplissent l'obligation qui leur est faite depuis peu d'évaluer les capacités fonctionnelles des patients et les possibilités de leur prescrire un congé actif ou évoluant par paliers. En outre, l'évaluation de l'invalidité de longue durée continue de reposer dans une trop large mesure sur le jugement du médecin généraliste (à l'heure actuelle, plus de 80 % des évaluations d'invalidité sont préparées par le généraliste exclusivement). Par conséquent, plusieurs mesures supplémentaires s'imposent :

- Soumettre les évaluations des médecins généralistes à des contrôles fréquents, effectués par les médecins de la sécurité sociale, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays de l'OCDE, et sanctionner les médecins qui ne remplissent pas leurs obligations en leur retirant provisoirement le droit de délivrer des certificats de congé pour maladie de longue durée.
- Réduire le rôle des médecins généralistes dans les évaluations et le filtrage, en échange d'un renforcement de leurs fonctions de conseil et d'assistance, selon la pratique observée dans la plupart des pays de l'OCDE. La fonction de filtrage devrait être confiée à la NIA et les médecins spécialisés qu'elle emploie, et les experts en médecine du travail devraient jouer un rôle accru dans les évaluations.
- Il faudrait encourager davantage l'utilisation des capacités de travail résiduelles et le recours aux prestations *partielles*. Bien que les critères d'accès à une prestation complète semblent stricts, la part des prestations partielles est faible, ce qui donne à penser que les évaluations médicales sont trop complaisantes.

#### *Système de réadaptation et de formation*

Deuxièmement, il y a lieu de réformer le système de réadaptation et de formation pour identifier et promouvoir les instruments efficaces, ainsi que pour améliorer l'efficacité globale du système. Les mesures suivantes pourraient s'avérer utiles à cet égard :

- Il faut réduire la période pendant laquelle la personne reçoit une prestation de réadaptation médicale ou professionnelle sans suivre de traitement ni subir d'intervention médicale et sans participer à une mesure de réadaptation professionnelle. Il est important d'accélérer la transition vers les programmes de réadaptation et de faire en sorte que davantage de bénéficiaires de prestations de réadaptation y participent.
- La réadaptation médicale et la réadaptation professionnelle, qui relèvent de la responsabilité d'organismes distincts, devraient aller de pair. Cela nécessite d'améliorer la coordination et de fixer des objectifs communs, dont celui de rétablir la capacité de travail de la personne.
- Il faudrait subordonner les interventions professionnelles à des exigences de mobilité géographique et professionnelle plus strictes et harmoniser ces dernières avec les conditions imposées par le régime d'assurance-chômage. De plus, il faudrait privilégier davantage les mesures axées sur l'emploi, au détriment des mesures d'enseignement général, qui sont actuellement prédominantes.

#### *Sorties du régime d'invalidité*

Troisièmement, il faut faire en sorte qu'une part plus élevée des personnes qui perçoivent des prestations d'invalidité accède à l'emploi. Plusieurs facteurs y font obstacle actuellement : la facilité avec laquelle les demandeurs peuvent obtenir une prestation complète et permanente, la possibilité limitée de combiner une prestation complète avec un revenu d'activité et le peu d'incitations qu'ont les titulaires de prestations partielles d'augmenter leur nombre d'heures de travail. Les mesures suivantes pourraient contribuer à améliorer les perspectives d'emploi des bénéficiaires de prestations d'invalidité :

- Il y a lieu de réduire davantage la part des prestations permanentes d'invalidité dans le total des prestations versées et de faciliter la révision des droits à prestation existants. Les personnes auxquelles a été accordée une prestation temporaire devraient bénéficier d'un suivi et d'un soutien adéquat au retour à l'emploi.
- Les personnes, de plus en plus nombreuses, qui voient leur demande de prestation d'invalidité refusée devraient bénéficier de la même attention en termes de suivi et de soutien.
- Il est nécessaire de renforcer les incitations au travail en direction des bénéficiaires de prestations d'invalidité. Le traitement fiscal favorable dont bénéficient les prestations permanentes d'invalidité par rapport aux revenus du travail devrait disparaître, et le versement d'allocations liées à l'exercice d'un emploi devrait être envisagé pour les personnes handicapées qui prennent un emploi ou qui augmentent leur nombre d'heures de travail.

#### *Incitations en direction des travailleurs et des employeurs*

Quatrièmement, pour réduire la fréquence élevée des absences pour maladie, principale voie d'accès aux prestations d'invalidité, il est nécessaire de modifier les incitations adressées aux employeurs et aux salariés – afin d'éviter que les prestations de maladie (actuellement payées à 100 % du dernier salaire pendant une année complète) ne soient instrumentalisées par le bénéficiaire pour sortir du marché du travail – et d'encourager les mesures de prévention. Les mesures suivantes, en particulier, pourraient être envisagées :

- Le niveau des prestations de maladie de longue durée devrait être ramené à 75-80 % du dernier salaire par exemple, afin que le prestataire soit incité à reprendre un emploi. Les prestations de réadaptation médicale et professionnelle, qui sont souvent utilisées pour prolonger de plusieurs années la période d'admissibilité aux prestations de maladie, devraient être modifiées en conséquence.
- Il serait bon de renforcer les nouvelles obligations des employeurs en matière de gestion de la maladie en portant à 4 à 6 semaines environ la période pendant laquelle les salaires sont pris en charge par l'employeur mais aussi en introduisant, pour l'assurance maladie, un système de primes modulées selon l'expérience statistique – dont la conception devra être étudiée avec le plus grand soin. Pour éviter qu'ils n'alourdissent les coûts de main-d'œuvre, ces changements pourraient être combinés avec une réduction des cotisations de sécurité sociale, cette solution ayant le mérite de récompenser les employeurs qui investissent dans la gestion et la prévention de la maladie.

#### *Fusion du SPE et de la NIA*

Cinquièmement, un certain nombre de mesures doivent être prises pour garantir le succès de la fusion du SPE et de la NIA. L'ensemble des personnes handicapées auraient ainsi l'assurance de pouvoir accéder au service qu'il leur faut au moment voulu. Voici ce que recommande le rapport :

- Il est possible d'améliorer la gestion de cette fusion en établissant des lignes directrices plus claires à l'attention des institutions concernées, notamment en leur donnant des conseils pour réussir la mise en place d'un service de première ligne conjoint et pour collaborer au mieux avec les organismes d'aide sociale locaux.
- Des investissements suffisants devront être consacrés à la formation des travailleurs sociaux de la nouvelle institution unifiée. Par ailleurs, il conviendra d'effectuer un suivi approprié des performances des agences chargées de délivrer les services localement, afin d'évaluer leurs résultats et d'identifier les moins performantes d'entre elles.

#### *Coordination avec le système de pensions de vieillesse*

Sixièmement, des améliorations devront être mises en œuvre dans le contexte de la réforme prochaine du système de pensions de vieillesse. Cette réforme, qui prévoit d'introduire des pensions réduites pour les travailleurs prenant leur retraite avant 67 ans, pourrait inciter davantage de travailleurs âgés à quitter le marché du travail par le biais du régime d'invalidité. Les régimes de pensions de vieillesse et d'invalidité devront être correctement coordonnés, sur la base de deux principes :

- Les bénéficiaires de prestations d'invalidité devraient verser des cotisations pleines au fonds de retraite, pour être sûrs d'avoir accumulé des droits à pension suffisants au moment de l'âge de la retraite.
- Les prestations d'invalidité devraient être calculées de telle sorte que leur montant ne puisse pas dépasser celui des droits à prestations de retraite anticipée constitués au même âge.

## **Quelles options pour quels défis ? Le cas de la Pologne**

### *La situation actuelle en Pologne*

La Pologne a accompli des progrès substantiels dans certains domaines au cours des dernières années. Les taux d'entrées en invalidité sont tombés en dessous de la moyenne OCDE alors qu'ils étaient les plus élevés de toute la zone OCDE au début et au milieu des années 90. Le nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité a lui aussi commencé à décliner. Enfin, les taux de sorties du régime sont supérieurs à ceux observés dans la majorité des pays de l'OCDE – y compris la Norvège et la Suisse – un résultat qui doit beaucoup au caractère temporaire de la plupart des prestations. Il s'agit là de conditions préalables importantes pour pouvoir mettre en œuvre des politiques d'intégration avec davantage d'efficacité.

Toutefois, la Pologne se distingue également par les taux d'activité extrêmement bas de sa population handicapée : dans ce groupe, moins d'une personne sur cinq travaille. Le taux d'emploi des personnes handicapées n'a pas cessé de décliner au cours de la dernière décennie, et leur bien-être économique a subi la même évolution. La participation aux mesures de réadaptation professionnelle est pratiquement nulle, et c'est l'approche traditionnelle fondée sur la ségrégation qui prédomine. Aussi, plus de quatre personnes handicapées sur dix travaillent dans des entreprises à emplois protégés, lourdement subventionnées. De plus, la plupart des personnes handicapées oc-

cupées exercent un emploi temporaire ou à temps partiel ou sont des travailleurs familiaux ou indépendants. Elles sont largement sur-représentées dans le secteur agricole, et sous-représentées dans le secteur public.

Les problèmes d'emploi rencontrés par les personnes handicapées s'expliquent en partie par la situation générale médiocre du marché du travail : la Pologne affiche des taux d'inactivité importants et le taux de chômage le plus élevé de la zone OCDE. Il y a donc lieu d'approfondir les réformes des politiques d'assurance maladie et invalidité mais aussi, en parallèle, de procéder à une réforme généralisée du marché du travail et des marchés de produits afin de valoriser le travail, d'accroître la demande de main-d'œuvre et d'encourager le passage de l'emploi informel vers l'emploi formel, de façon que le travail puisse devenir une option réaliste pour les personnes handicapées.

#### *Principales recommandations*

Malgré le durcissement effectif des conditions d'accès aux prestations de maladie et d'invalidité, le taux d'emploi des personnes handicapées ne s'est pas amélioré. Il est donc permis de se demander si ce n'est pas le système de soutien à l'emploi des personnes handicapées dans son ensemble qui doit être radicalement remanié. Les autorités devront supprimer certains éléments du système actuel ou les remplacer par des instruments plus efficaces si elles veulent imprimer un véritable tournant à leur politique et obtenir des résultats. Dans la plupart des cas, cependant, il devrait suffire d'éliminer les principales faiblesses des différents régimes en place et de renforcer leurs points forts pour obtenir des avancées. Des changements s'imposent dans deux domaines en particulier :

- Le système de réadaptation médicale et professionnelle ne s'est pas montré capable, pour l'instant, d'améliorer les qualifications et les compétences des personnes handicapées.
- Le système de soutien à l'emploi n'est pas apte à offrir le soutien adéquat au moment où ce serait nécessaire.

En plus des changements effectués dans ces deux domaines clés, il faudra continuer à rationaliser les procédures d'évaluation de la maladie et de l'invalidité et améliorer les incitations au travail pour les bénéficiaires de prestations. Dans cette optique, ce rapport a élaboré un certain nombre de recommandations, récapitulées dans l'encadré 2.

## Encadré 2. **Recommandations pour la Pologne**

### *Réadaptation et formation professionnelle*

Premièrement, le système de réadaptation et de formation professionnelle doit être renforcé. Si l'on ne s'attaque pas aux causes de la quasi-absence de résultats de ce système, il sera très difficile d'accroître le taux d'emploi des personnes handicapées et de réduire leur dépendance à l'égard des prestations. Il apparaît que les critères d'admission sont trop stricts, que les fonds affectés aux centres de l'emploi sont insuffisants, et que les personnes handicapées hésitent à prendre part aux programmes à vocation professionnelle, d'autant que la participation est entièrement volontaire. Différentes mesures permettraient de corriger ces déficiences :

- Les critères d'admission aux programmes de réadaptation professionnelle devraient être conçus de manière à faciliter et favoriser les interventions précoces. L'approche consistant à réserver ces services aux personnes titulaires d'un certificat d'invalidité qui sont déclarées comme sans-emploi ou demandeurs d'emploi est trop restrictive.
- L'offre de services correctement ciblés et de qualité devrait être étoffée, et leur fourniture individualisée.
- Si l'offre effective de services augmente, il serait logique d'introduire une certaine forme d'obligation dans les programmes, par exemple en réduisant modérément le montant des prestations pour les personnes qui refusent de participer à une mesure de réadaptation professionnelle.

### *Structure du soutien à l'emploi*

Deuxièmement, l'amélioration du système de soutien à l'emploi passe par des changements plus radicaux. De façon plus générale, il pourrait être nécessaire de rationaliser les structures et les responsabilités administratives. En son état actuel, ce système fait intervenir un grand nombre d'acteurs – les organismes d'assurance sociale, le SPE, le Fonds national pour l'emploi et la réadaptation professionnelle des personnes handicapées (PFRON) et les administrations locales – ce qui permet difficilement aux personnes handicapées d'obtenir le soutien qu'il leur faut au moment voulu. Les réformes futures pourraient comporter les mesures suivantes.

- L'instauration d'un « guichet unique » et une consolidation de la structure de financement liant l'apport de fonds à une responsabilisation des organismes seraient susceptibles de faciliter la réinsertion des personnes handicapées. Les autorités locales sont probablement les mieux placées pour assumer cette fonction. Dans un système réformé, le PFRON pourrait devenir inutile en tant qu'organisme autonome.
- Pour améliorer les résultats obtenus en termes d'emploi des personnes handicapées, il importerait de renforcer la gouvernance des centres locaux de l'emploi, des administrations locales et des activités du PFRON. Il faudrait également instaurer des mécanismes de contrôle et fixer des objectifs spécifiques pour s'assurer que les fonds sont utilisés et les instruments d'action mis en œuvre comme prévu.
- Il est souhaitable d'améliorer la coordination entre le SPE, qui propose des programmes de reclassement, et l'assurance sociale, qui rémunère les participants pendant la durée de ces programmes, en conférant à cette dernière un rôle de supervision. On pourrait également envisager une modification de la structure de financement permettant au SPE de bénéficier financièrement des embauches qu'il parviendrait à réaliser sur le marché du travail rémunéré. Le SPE a besoin de ressources supplémentaires pour pouvoir s'occuper des personnes handicapées. Ce complément pourrait lui être fourni par le PFRON, si par exemple celui-ci achetait ou cofinçait les services du SPE à destination des personnes handicapées.

### *Procédures d'évaluation*

Troisièmement, une réforme est nécessaire pour réduire la fréquence des absences pour maladie et s'assurer que le taux de sorties des régimes d'invalidité se maintiendra à son niveau actuel lorsque les filières de retraite anticipée auront été supprimées, ce qui est prévu pour bientôt. Les nouvelles réformes devront s'employer à rationaliser et améliorer les procédures d'évaluation, par exemple au moyen des mesures suivantes :

- La responsabilité de la procédure d'évaluation de l'invalidité dans sa globalité devrait transférée aux organismes d'assurance sociale. Séparer les évaluations faites dans une optique de soutien au revenu (par les organismes d'assurance sociale) de celles qui sont axées sur le marché du travail (confiées aux équipes d'évaluation des autorités locales) est inefficace, prête à confusion, et risque d'aboutir à une exclusion du marché du travail.
- Il serait par ailleurs souhaitable d'aligner les dispositions du régime spécial des exploitants agricoles (KRUS) sur celles du régime général d'assurance sociale, dans l'objectif idéal de refusionner ces deux systèmes à moyen terme. Il faudrait à cet égard modifier les dispositions du KRUS relatives aux cotisations et réviser sa définition de l'invalidité, actuellement très restrictive puisqu'elle désigne l'incapacité de continuer à travailler dans sa propre exploitation agricole.
- Il faudrait en outre faire un meilleur usage des possibilités existantes de contrôle juridique des absences pour cause de maladie, quelle qu'en soit la durée (y compris pour la période de 33 jours durant laquelle l'employeur continue de verser le salaire), et de sanction des médecins traitants qui s'obstinent à certifier de « fausses » maladies.



- Autre problème auquel vont devoir s'atteler les autorités, le pourcentage élevé de demandes de prestations refusées et de recours qui aboutissent suite à ces refus. Le coût économique et non économique de ces erreurs étant très lourd, il faut faire en sorte d'améliorer la justesse des décisions prises en premier ressort. Il importera d'assurer le suivi des personnes ayant essuyé un refus afin de les empêcher de devenir des bénéficiaires à un stade ultérieur ou de sombrer dans la pauvreté.

#### *Incitations financières en direction des travailleurs*

Quatrièmement, il serait bon d'améliorer les incitations au travail pour encourager les prestataires qui souhaitent et peuvent travailler à entrer sur le marché du travail. Cet objectif peut être atteint à l'aide des mesures suivantes :

- Une réduction plus progressive des prestations d'invalidité en fonction de l'augmentation du salaire, de préférence aux brusques écarts des montants d'indemnisation observés actuellement, éliminerait les incohérences dans les incitations au travail. On devrait également donner aux bénéficiaires de prestations pleines la possibilité d'entrer sur le marché du travail ordinaire sans perdre leurs droits à prestation, et les y encourager grâce à des versements temporaires subordonnés à l'exercice d'un emploi.
- D'autres prestations, telles que l'aide au logement et l'aide sociale, devrait également être révisées pour éviter qu'elles ne créent des « pièges à prestations » et ne dissuadent les bénéficiaires de prestations d'invalidité, mais aussi la population en général, de travailler.

#### *Coordination avec les pensions de vieillesse*

Cinquièmement, il faudra améliorer la coordination entre le système de pensions de vieillesse réformé et le régime de prestations d'invalidité, pour éviter que l'élimination prochaine des filières de retraite anticipée ne fasse peser sur ce dernier une pression trop lourde. Pour éviter un exode vers le régime d'invalidité, plus généreux, il faudra envisager les mesures suivantes :

- Les niveaux de prestation devraient être harmonisés, afin que l'indemnisation de l'invalidité à laquelle a droit, par exemple, une personne de 60 ans soit comparable à la pension de vieillesse perçue à cet âge.
- Il faut séparer nettement, en procédant à un transfert de fonds transparent, le régime d'invalidité et l'assurance-vieillesse. Idéalement, des dispositions devraient prévoir le versement par les bénéficiaires de prestations d'invalidité de cotisations sur leur compte dans le régime vieillesse. Dès qu'ils auront atteint l'âge de la retraite, les prestations d'invalidité devront laisser la place au versement d'une pension de vieillesse variable en fonction des montants cotisés.

#### *Refonte des subventions salariales*

Sixièmement, différentes mesures doivent être prises pour renforcer l'efficacité des subventions salariales et des entreprises à emplois protégés (EEP). La décision d'accorder des subventions salariales (financées par les amendes appliquées aux entreprises qui ne respectent pas le quota d'emploi de 6 % réservé aux personnes handicapées) à l'ensemble des entreprises qui atteignent ce quota et de celles qui n'y sont pas soumises a engendré de nouveaux défis. Si le niveau d'emploi des personnes handicapées augmente dans les proportions souhaitées, les fonds disponibles pour les subventions s'amenuiseront tandis que les dépenses consacrées aux subventions salariales permanentes augmenteront. De plus, la focalisation sur les emplois protégés a perpétué une situation de ségrégation et freiné l'intégration des personnes handicapées sur le marché du travail ordinaire. Pour corriger ces problèmes, il est nécessaire d'introduire de nouveaux changements, qui pourraient inclure, par exemple, les mesures suivantes :

- Les subventions salariales devraient être financées par les prélèvements fiscaux, comme les autres dépenses publiques. Le choix d'un financement par contribution spéciale rend les dépenses inefficaces. Qui plus est, à considérer que les dépenses gagnent en efficacité, les recettes générées par ce mode de financement ne seraient alors plus suffisantes et ne permettraient plus de financer les dépenses.
- Il serait bon de réduire davantage les privilèges du secteur protégé – tels que le remboursement de l'impôt sur le revenu pour *tous* leurs salariés, y compris les personnes valides – afin d'affecter davantage de ressources à l'amélioration des compétences.
- Afin de préserver des ressources suffisantes pour les personnes souffrant d'une incapacité lourde ou modérée, il serait utile d'envisager une suppression progressive des subventions salariales permanentes liées aux emplois occupés par des invalides légers dans les EEP.

## **Quelles options pour quels défis ? Le cas de la Suisse**

### *La situation actuelle en Suisse*

Les autorités suisses vont devoir agir car l'assurance-invalidité et son fonds de réserve actuel seront déficitaires dans un proche avenir si aucune réforme n'est entreprise. Contrairement à la situation

qui prévaut dans les autres pays, le système de financement de la Suisse ne permet pas de renflouer les déficits par une hausse des contributions des pouvoirs publics. Par conséquent, une augmentation des recettes est absolument nécessaire pour combler les déficits accumulés par le passé. De plus, à l'image de la Norvège, si la Suisse veut accroître ses réserves futures de main-d'œuvre pour relever le défi du vieillissement démographique, il lui faudra trouver des moyens de retenir sur le marché du travail les personnes qui ont des problèmes de santé et, dans l'idéal, réintégrer les travailleurs ayant une capacité de travail réduite.

Les résultats des politiques mises en œuvre par la Suisse sont mitigés. Les taux d'entrée en invalidité restent inférieurs à la moyenne OCDE, mais leur relative stabilité dans le temps a contribué à une augmentation continue du nombre de bénéficiaires. Les absences pour maladie sont relativement faibles, mais elles causent de gros problèmes à l'assurance-invalidité en raison d'un manque de coordination avec les assurances maladies privées. Comme en Norvège, une large proportion de travailleurs handicapés est sans emploi. Cependant, à 52 %, le taux d'emploi de ce groupe est relativement élevé par rapport à celui observé dans d'autres pays de l'OCDE. La valeur moyenne des rentes d'invalidité a rapidement progressé ces dernières années, ce qui n'a pas empêché le taux de pauvreté relative parmi les personnes handicapées d'augmenter lui aussi.

Un problème touche la Suisse plus que n'importe quel autre pays de l'OCDE : il s'agit de la forte progression des troubles mentaux en tant que cause d'invalidité. Les troubles mentaux constituent désormais la première cause d'entrée en invalidité (plus de 40 % du flux total des entrées). Les avis divergent largement quant aux raisons de cette évolution, qui semble refléter la « médicalisation » croissante des problèmes sociaux et du marché du travail. Cependant, les imperfections de la définition de l'invalidité et des procédures d'évaluation ont également une part de responsabilité.

Une autre spécificité de la Suisse réside dans le rôle prédominant joué par l'assurance privée. Plusieurs composantes du système de protection sociale – telles que les indemnités journalières – relèvent des assurances privées. D'autres, telles que les prestations de vieillesse et d'invalidité du deuxième pilier, sont obligatoires mais néanmoins administrées par des organismes privés. Les activités de ces acteurs privés peuvent être dans une certaine mesure encadrées, mais pas contrôlées directement. Or, elles ont un impact considérable sur la conception et l'efficacité des politiques publiques.

#### *Principales recommandations*

Dans le cas de la Suisse, l'approche consistant à mettre en contact les personnes avec les dispositifs d'assurance-invalidité à un stade plus précoce, grâce à une détection rapide des graves problèmes de santé, semble prometteuse en ce sens qu'elle s'attaque à l'une des faiblesses majeures du système suisse. Cependant, les différentes parties prenantes ne disposent pas d'incitations suffisantes pour rendre cette approche opérationnelle. La réforme projetée aurait beaucoup plus d'impact si elle introduisait des obligations pour les acteurs précocement en contact avec les personnes malades. Trois aspects sont particulièrement importants pour la réforme future :

- Les obligations et les incitations adressées aux assureurs maladie ne sont pas suffisantes pour les amener à prendre les problèmes de front ;
- Les obligations et les incitations adressées aux employeurs ne sont pas suffisantes pour les pousser à ramener leurs salariés malades à l'emploi ;

- La réadaptation et la formation professionnelles doivent être davantage utilisées.

Par ailleurs, les réformes futures et en cours devront continuer à améliorer les incitations au travail, la coordination entre les différents régimes et la gouvernance des offices AI des cantons. Ce rapport établit plusieurs recommandations dans ce sens, récapitulées dans l'encadré 3.

### Encadré 3. **Recommandations pour la Suisse**

#### *Assureurs maladie privés*

Premièrement, il y a lieu de trouver un meilleur équilibre entre les obligations et les incitations adressées aux assureurs maladie (indemnités journalières) privés. Étant donné qu'en Suisse, la plupart des entrées en invalidité sont précédées par un épisode de maladie, les performances de ces assureurs sont cruciales. Les réformes concernant les assureurs maladie et les médecins généralistes devraient introduire les changements suivants :

- Les assureurs maladie (indemnités journalières) privés devraient être tenus de mettre en place une gestion et un suivi de la maladie, car ils ne supportent pas l'intégralité des coûts associés à la non-détection des problèmes. Ce système de suivi devrait comporter une obligation d'informer le régime d'assurance-invalidité public des cas d'absence prolongée ou répétée, afin qu'il puisse rapidement intervenir de son côté. Il devrait également renforcer les contrôles des certificats de congé de maladie et améliorer la coopération et les échanges d'informations entre les médecins généralistes et les médecins de l'assurance.
- La gestion individualisée des cas adoptée avec succès par la SUVA, principale caisse d'assurance en cas d'accidents, pourrait servir de modèle aux assureurs maladie. Pour garantir la bonne gestion de toutes les absences pour maladie, il conviendrait de rendre l'assurance-maladie (indemnités journalières) obligatoire pour l'ensemble des travailleurs (elle resterait confiée aux assureurs privés).
- Il y aurait lieu de supprimer les versements rétroactifs aux assureurs maladie (indemnités journalières) privés dès lors que l'assuré entre dans le régime d'assurance-invalidité, car ces paiements réduisent l'intérêt qu'ont les assureurs de gérer chaque cas correctement (les versements rétroactifs aux personnes qui sont dépourvues de couverture maladie privée sont un cas différent).
- Les médecins généralistes devraient avoir l'obligation de consulter les services de la médecine du travail. Ceux-ci, de leur côté, devront leur donner des conseils sur l'aménagement du lieu de travail et les possibilités de réadaptation. Enfin, il faut prévoir une aide et une formation plus poussées à l'intention des généralistes, afin qu'ils approfondissent leurs connaissances sur la médecine de la sécurité sociale.

#### *Le rôle des employeurs*

Deuxièmement, s'agissant des mesures appliquées en direction des employeurs, il faudra trouver le bon équilibre entre des obligations plus strictes, un soutien de meilleure qualité et des incitations adéquates. L'introduction récente, dans le système d'assurance-maladie, de primes différenciées en fonction des antécédents devrait fortement inciter les employeurs à éviter les congés de maladie et les incapacités de longue durée, synonymes de primes élevées. Cette mesure pourrait toutefois se traduire par des examens médicaux plus stricts pour les candidats à l'embauche. Des réformes et des ajustements complémentaires sont nécessaires, notamment dans le sens suivant :

- Les employeurs, qui ne supportent qu'une partie du coût des problèmes de santé non traités, devraient avoir l'obligation de participer à l'élaboration d'un plan de réinsertion de leurs employés en congé de longue durée, comme cela se fait désormais dans plusieurs pays de l'OCDE, et de se doter d'un système de suivi de la maladie.
- Les employeurs doivent pouvoir compter sur un soutien accru des spécialistes médicaux et du monde du travail, pour les aider à gérer les absences. Ce type de soutien devrait être fourni par le système de détection et d'aide précoces, qui devrait voir le jour lors de l'adoption prochaine de la réforme.

#### *Réadaptation professionnelle*

Troisièmement, il est nécessaire d'étendre les critères d'admission aux mesures de réadaptation, pour faire évoluer le système d'une logique dans laquelle « la réadaptation prime la rente » à une logique « la réadaptation plutôt que la rente ». La participation aux mesures de réadaptation et de formation professionnelles en Suisse est relativement faible, une situation qui pourrait s'expliquer en partie par les critères d'admission imposés. De plus, les mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas utilisées pour augmenter les flux de sorties du régime d'assurance-invalidité. Dans ces conditions, les changements suivants s'imposent :

- Il est nécessaire d'étendre les critères d'admission aux mesures de réadaptation, pour que celles-ci soient accessibles à l'ensemble des personnes qui rencontrent des difficultés sur le marché du travail en raison de leur état de santé. Cela implique de passer d'une évaluation purement juridique des dossiers à une optique de retour à l'emploi. Davantage d'efforts, en particulier, doivent être consentis pour intégrer les personnes souffrant de troubles mentaux dans les structures de réadaptation.
- La réadaptation professionnelle des rentiers ayant été réévalués mérite une attention plus soutenue. Dans un ordre d'idée voisin, il faudrait envisager de réévaluer le très grand nombre de jeunes gens titulaires de rentes,

qui sont généralement beaucoup plus motivés pour travailler. Certaines des nouvelles mesures prévues pourraient être particulièrement bénéfiques pour ces personnes, qui sont nombreuses à souffrir de troubles mentaux.

#### *Sorties du régime d'assurance-invalidité*

Quatrièmement, les incitations au travail doivent être renforcées pour activer les flux de sorties du régime d'assurance-invalidité. D'après les calculs de l'OCDE, les bénéficiaires de rentes qui prennent un emploi se heurtent à des taux d'imposition marginaux effectifs très élevés, en particulier s'ils ont des enfants. Bien que la cinquième révision de la loi sur l'assurance-invalidité ait pour objet principal de réduire les flux d'entrées en invalidité, il est aussi prévu d'améliorer les incitations financières visant à rendre la sortie du régime plus attrayante. Ces projets devront être mis à exécution rapidement, sans attendre la mise en application des autres composantes de la réforme. Les changements suivants pourraient notamment être envisagés :

- Il y a lieu de modifier le système généreux des compléments pour enfant du premier pilier afin d'éviter les « pièges à prestations » et d'encourager les bénéficiaires à travailler. Il faudrait notamment envisager de soumettre ces compléments à des conditions de ressources car ils constituent une part importante du budget des personnes à faible revenu.
- Pour les bénéficiaires qui reprennent un emploi ou qui augmentent leur nombre d'heures, il faudrait prévoir des versements en cours d'emploi ou la suspension temporaire des droits à prestation, afin d'augmenter les chances que les prestataires aptes au travail essaient de trouver un autre emploi ou d'effectuer davantage d'heures. La non-prise en compte des revenus d'activité, mentionnée dans le projet de réforme, pourrait offrir un moyen prometteur d'inciter les bénéficiaires à travailler.

#### *Coopération interinstitutionnelle*

Cinquièmement, il serait souhaitable de renforcer la coopération entre les différents systèmes et institutions qui, si elle a le mérite d'exister, est pour l'instant strictement volontaire, afin de continuer d'améliorer la circulation de l'information et la coordination des activités. Plusieurs mesures peuvent être envisagées pour y parvenir :

- L'assurance-invalidité devrait suivre attentivement ce qu'il advient des personnes dont la demande d'indemnisation a été rejetée, pour s'assurer qu'elles reçoivent l'aide dont elles ont besoin pour se maintenir ou rentrer sur le marché du travail. Dans la mesure du possible, les nouvelles mesures de réadaptation professionnelle de courte durée visant à prévenir l'invalidité à long terme devront être proposées aux personnes dont la demande d'indemnisation a été rejetée.
- Pour promouvoir une coopération efficace et resserrée entre les institutions et les assurances, il est important de renforcer son assise juridique. L'approche retenue par le canton de Soleure est à cet égard exemplaire et devrait inspirer les autres cantons. Dans ce canton, une nouvelle loi a institué la création de « guichets uniques » locaux et d'un bureau cantonal de gestion des cas, assortie d'un partage des coûts légalement contraignant entre les collectivités, l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité.

#### *Gouvernance des offices des cantons*

Sixièmement, la gouvernance de l'assurance-invalidité elle-même doit être encore perfectionnée. Il y a actuellement discordance entre les mécanismes de financement et de responsabilité, les offices des cantons décidant de l'indemnisation alors que le financement vient en majorité du niveau fédéral. Plusieurs mesures peuvent être envisagées pour améliorer le contrôle et l'inspection des offices AI des cantons par le niveau fédéral et favoriser par là même l'harmonisation des pratiques entre cantons :

- Les autorités fédérales devraient avoir la responsabilité d'identifier les meilleures pratiques et de les diffuser dans tout le pays. Il leur incomberait, en outre, de signaler les mauvais résultats éventuels obtenus par les cantons pour cause de non-respect de ces recommandations.
- Le projet d'instauration d'une gestion par objectifs quantitatifs et mesurables et d'indicateurs d'efficacité (adoptés récemment par le service de l'emploi) dans les offices AI des cantons devrait être mis à exécution dès que possible, et accompagné de sanctions en cas de non-réalisation des objectifs. Les indicateurs devraient rendre compte de l'approche générale adoptée par les offices AI et de leurs résultats en termes de durée des procédures et de taux de placement.

Dernier point et non des moindres, la plupart des réglementations et instruments utilisés par les trois pays ne font pas l'objet d'une évaluation rigoureuse. Il serait particulièrement utile d'en savoir davantage sur les programmes de réadaptation et d'aide à l'emploi qui fonctionnent, et pour quel type de public ils fonctionnent. Cependant, il faudrait également évaluer en profondeur le système de quota d'emploi de la Pologne, le nouveau système de prestations d'invalidité temporaires de la Norvège et les nouveaux services de placement des offices AI des cantons en Suisse. Faute de disposer de données probantes, les autorités n'ont pas toujours effectué les bons choix par le passé. Aucun des trois pays ne peut se permettre de commettre les mêmes erreurs à l'avenir : il en va de l'intérêt de l'économie, mais aussi de celui des personnes handicapées.



## Executive summary and Policy recommendations

Too many workers leave the labour market permanently due to health problems and too few people with a disabling condition are working. This is a social as well as an economic tragedy which is common to virtually all OECD countries, including Norway, Poland and Switzerland. Health-related problems appear to be posing increasing challenges to raising labour force participation rates and keeping public expenditures under control. All three countries have very high public spending on sickness and disability benefits compared to many other OECD countries. As elsewhere in the OECD, there is an apparent paradox that needs explaining. Why is it that health is improving, yet more and more people of working-age end up out of the workforce claiming health-related income support? This report explores the possible factors behind this paradox, highlights the role of institutions and policies in explaining it and puts forward a range of reform recommendations aimed at improving the situation.

The essential problem in all three countries is that too little is done to avoid the flow from work to benefits and to move benefit recipients back to employment. At the same time, financial incentives to work and obligations for disabled people on benefits as well as employers are too weak. The key policy challenges facing the three countries are summarised in the Table below.

Recognising the key role of policy in this field, all three countries have engaged in reform processes which go in the right direction. Poland and Norway have broadened their rehabilitation and employment policies considerably during the past 20 years, and Switzerland has followed a similar path recently, with further comprehensive reform pending. They have also started to modify their benefit systems, with a view to making access tighter while ensuring adequate coverage, putting a stronger focus on temporary entitlements and strengthening re-employment opportunities and incentives.

While these reforms are likely to help improve the effectiveness of the activation and integration approaches, this report shows that much more needs to be done. Efforts to curtail flows from work to benefits and to raise participation rates of those disabled people who wish to work are still insufficient in view of the outcomes in all three countries:

- In Norway, the inflow into disability benefits is particularly high, with no sign of a turnaround in the trend, and sickness absence is twice the OECD average.
- In Switzerland, disability benefit inflow rates started to fall in the past two years after a long period of steady increase, but this fall will not be sufficient to reduce the number of beneficiaries.
- In Poland, the inflow into disability benefits has dropped sharply in the past six years, but substitution into other benefit schemes has been substantial, putting the long-run sustainability of the decline in inflows into disability in question.
- In all three countries, employment rates of people with disabilities continue to be low, especially in Poland, and much lower than those of non-disabled people.
- Employment rates of disabled people have even tended to decline recently, partly reflecting changes in the work environment and population ageing, but also due to policy itself.

**Summary Table. The magnitude of the policy challenge in Norway, Poland and Switzerland<sup>a</sup>**

<i>Seven key policy challenges</i>	Norway	Poland	Switzerland
#1 Controlling incapacity-related public spending	+++	+++	+++
#2 Raising employment rates for people with health problems	++	++++	+
#3 Tackling income inequalities across different population groups	+	+++	++
#4 Reducing the inflow into sickness and disability benefits	++++	+	++
#5 Addressing the increasing medicalisation of labour market problems	++	+	+++
#6 Raising the outflow from usually permanent disability benefits	++++	+++	++++
#7 Strengthening the coordination across different benefit schemes	++	++++	+++

a) The scales should be interpreted as follows:  
 + ... minor challenge; ++ ... moderate challenge; +++ ... substantial challenge; and ++++ ... very substantial challenge.

Source: Authors' assessment.

The reform process is reaching a critical stage in all three countries. In Norway, the tripartite agreement on "inclusive workplaces" has come to an end, and the partners to the agreement have recently negotiated the next steps. In Poland, reform plans of the new government would do well to re-launch some of the proposals of the previous government in the context of public expenditure reform that were turned down by parliament. In Switzerland, a proposed fifth revision of the Disability Insurance Act is currently under discussion in parliament, with enactment scheduled for mid 2007.

Work needs to be put at the heart of sickness and disability policies, not only because of the needs of the economy, but also reflecting social considerations – improving work opportunities is the best way to ensure that people on long-term sick leave or with disabilities have a chance to play the role in society to which they aspire. Such an approach should increase employment rates and reduce public spending, which further justifies a diversion of resources and public expenditures to achieve this end. The starting point of this report is that the objective of policy is to ensure that people with disabilities have the opportunity to play as full a role in society, and particularly in the labour market, as they are able. Policy discussions frequently focus on how to reduce the number of people on benefit. But the trouble with approaching sickness and disability policy from this angle alone is that it misses the point of view of people with disabilities themselves. Current policies often serve such people badly: they are trapped at the margins of society, excluded from work or else marginalised into special employment categories.

## **Challenges and policy options for Norway**

### *The current situation in Norway*

Despite a very good general economic and labour market situation, employment rates of disabled people in Norway are just under 45%, compared to 83% for the non-disabled population. This is a poor outcome, given the sizeable investments in vocational rehabilitation and training for disabled people. These efforts have been successful in ensuring that disabled workers have the same access to continued education and training and that they are evenly represented in all sectors of the economy, including the public sector. However, the high levels of inactivity and unemployment among disabled people have yet to be tackled.

Public spending on sickness and disability in Norway, at 4.1% of GDP in 2004, is more than twice the OECD average, and most of the spending is on benefits rather than measures that encourage



welfare-to-work transitions and labour market inclusion. The proportion of workers moving onto sickness and disability benefits is among the highest in OECD countries. With a very high overall employment rate, today the largest part of non-employment among working-age people in Norway is due to health-related reasons. Raising employment and labour force participation rates further, which is essential in order to respond to population ageing and to maintain economic growth, therefore requires, first and foremost, that sickness no longer is the major reason for dropping out of the labour market.

A striking finding is that the Norwegian sickness and disability benefit system appears to contain many useful provisions, and yet outcomes and take-up are disappointing. For instance, there is an option for gradual re-entry from sickness into work and there is a very fine grid of partial disability benefits, but most people receive a full benefit. Further, a possibility to keep a disability benefit upon moving into work was introduced many years ago, but outflow from benefits into work is almost nil. Likewise, no other OECD country spends nearly as much as Norway in terms of vocational rehabilitation and training to avoid inflow into long-term benefit receipt, but disability benefit dependency is higher than anywhere else.

The key challenge for Norway, therefore, is to understand better why the existing frameworks (which look good) are not delivering; if it is lack of enforcement and implementation, how to tackle this; and if it is wrong incentives, how to change them. Little is known about how the existing regulations and provisions available in the sickness and disability benefit system are being implemented by local actors, and how implementation of policies varies across the country. Related to this is a general reluctance to apply sanctions if a particular rule is not followed, although – more than in other OECD countries – sanctions for employers, doctors and beneficiaries do exist on paper.

#### *Key policy recommendations*

Sickness absence in Norway is going to have to fall much further if the objective of the tripartite agreement of a 20% decline in absence rates compared to 2001 is to be achieved, and would have to fall much further than this to match the OECD average level. The problem of persistently high rates of inflow into disability benefits, partly a consequence of the high incidence of long-term sickness absence, also has yet to be tackled forcefully. The same is true for the disappointingly low employment rate of disabled people. Three problems in particular should be addressed in future reforms:

- The lenient assessment of disability benefit entitlements and the key role of GPs in this process.
- The reasons for the little success of the costly system of vocational rehabilitation and training.
- The non-existence of transitions back into employment of recipients of disability benefits.

Addressing these issues means that measures and reforms will have to be matched by stricter obligations for the various actors and better-enforced sanctions in case of non-fulfilment of obligations. Moreover, a new balance is needed between better work incentives and tighter eligibility criteria. To achieve this and to bolster ongoing and planned reforms, this report makes a number of policy recommendations as summarised in Box 1.

**Box 1. Policy recommendations for Norway***Sickness and disability assessment*

First, obligations on GPs and controls of their assessments need to be strengthened. While recent reform has introduced more obligations for GPs and has helped in turning sickness in the workplace from a private to a more openly discussed matter, there is hardly any control of GPs' new obligation to assess functional capacity and to investigate the potential of graded and active sick leave. Furthermore, the assessment of long-term disability still relies too much on the GP's judgement (currently, more than 80% of all disability assessments are prepared solely by GPs). Therefore, additional measures are required as follows:

- Frequent control of GPs' sickness assessments by social insurance doctors, as is common in many other OECD countries, and actual use of sanctions for non-fulfilment of duties in the form of temporarily losing the right to certify longer-term sick leave.
- A reduction of GPs' assessment and gate-keeping function in exchange for a strengthening of their guidance and assistance function, following the general practice in most OECD countries. Gate-keeping should be transferred to the NIA and its specialised social insurance doctors, with an increased involvement of vocational experts in the assessment process.
- More efforts should be made to make use of partial work capacity and to raise the share of *partial* benefit awards. The low proportion of partial benefit awards despite seemingly strict entry criteria for a full benefit suggests that medical assessments are too lenient.

*Rehabilitation and training system*

Second, reform of the rehabilitation and training system should be carried out to identify and promote successful instruments and to improve its overall effectiveness. The following measures should be considered in this respect:

- Efforts should be made to reduce the period during which people receive a medical or vocational rehabilitation benefit without receiving medical treatment or intervention and without participating in a vocational measure. It will be important to speed up the transition into a measure and to get more people on rehabilitation benefits into a programme.
- Medical and vocational rehabilitation, which are under the responsibility of different bodies, should go hand-in-hand. This requires better coordination and common objectives, including the goal to restore the person's work ability.
- Geographical and occupational mobility requirements for vocational intervention should be strengthened and harmonised with those used in the unemployment benefit system. Moreover, the focus on employment-oriented measures should be increased at the expense of the current dominance of general education measures.

*Outflow from disability benefits*

Third, more should be done to raise the proportion of people on disability benefits who move to employment. Current barriers include the awarding of permanent and full benefits to most successful applicants, the limited possibility to combine a full benefit with labour earnings and the limited incentives for partial benefit recipients to increase their working hours. The following measures could help promote job prospects of disability benefit recipients:

- The share of permanent disability benefit awards should be reduced further and it should be easier to review existing entitlements. Beneficiaries who were granted a temporary benefit should be followed-up and offered the support needed to return to employment.
- The same kind of attention in terms of follow-up and support should be paid to the increasing number of people whose application for a disability benefit was rejected.
- Work incentives for beneficiaries of a disability benefit need to be improved. The favourable tax treatment of permanent disability benefits in comparison to taxation of labour income should be removed, and in-work payments for disabled persons taking up work or increasing their working hours should be considered.

*Incentives for workers and employers*

Fourth, in order to reduce the high level of sickness absence which in turn is the most frequent gateway into disability benefit, incentives for employers and employees should be changed to avoid the use of sickness benefits – which are currently paid at 100% of the past wage for a whole year – as a pathway to exit the labour market and to encourage actions to prevent health problems. Measures in these areas could include the following:

- Long-term sickness benefits should be reduced to, say, 75-80% of the previous wage to increase individual's incentives to return to work. Medical and vocational rehabilitation benefits, which are often used to extend sickness benefit periods by several years, should be adjusted accordingly.
- The new employer obligations in relation to sickness management could be strengthened by extending the employer's wage-payment period for sick workers to, say, 4-6 weeks, but also by introducing carefully designed experience-rated premiums to the sickness benefit insurance. To avoid increases in labour costs as a result of this change, this could be combined with a reduction in social security contributions, thereby rewarding employers investing in sickness management and prevention.

*Merger of the PES and the NIA*

Fifth, a number of measures should be taken to ensure good conditions for a successful merger of the PES and the NIA. This would help ensure that all persons with disabilities get the right service at the right time. These measures include:

- Governance of the merger could be improved by clearer guidelines for the institutions involved in terms of how to establish a joint front-line service successfully and how best to collaborate with the local social assistance authorities.
- Sufficient investments are needed in training for caseworkers of the new merged institution, and proper monitoring of the performance of local offices delivering the services in order to assess results and identify worst performers.

#### *Coordination with old-age pensions*

Sixth, improvements are also needed in the context of the forthcoming reform of the old-age pension system. There is a risk that, in the aftermath of the introduction of pension deductions for those retiring before the age of 67, more older workers will exit the labour market through the disability pension system. Good coordination of old-age pensions and disability benefits should be based on two principles:

- Disability benefit recipients should pay full contributions to the retirement fund so as to ensure adequate old-age pension entitlements upon reaching the retirement age.
- The disability benefit formula should be adjusted to make sure that disability benefits do not exceed the corresponding early retirement benefit entitlements at the same age.

## **Challenges and policy options for Poland**

### *The current situation in Poland*

In certain areas, the situation in Poland has improved substantially in recent years. Inflow rates into disability benefits, which were higher than anywhere else in the OECD in the early and mid-1990s, have fallen to below the OECD average. In turn, the number of disability benefit recipients has started to fall. Outflow rates from disability benefits are also higher than in most other OECD countries, including Norway and Switzerland, not least because most benefits are granted temporarily. These are important prerequisites for integration policies to be put in place more effectively.

However, Poland has extremely low levels of labour market participation of disabled people, with less than one in five in employment. The employment rate of disabled people has continued to fall during the past decade along with a further deterioration of their economic well-being. The take-up of vocational rehabilitation is practically nil. Instead, the traditional segregation approach is dominating. As a result, more than four in ten disabled workers are employed in Sheltered Work Enterprises, which are heavily subsidised. Moreover, if in employment, disabled people tend to have part-time, temporary jobs or to work as self-employed or family workers. They are significantly over-represented in the agricultural sector and under-represented in the public sector.

The employment problems of people with disabilities can be partly explained by the overall poor labour market situation in Poland, characterised by high levels of inactivity and the highest rate of unemployment in the OECD. Further reform of sickness and disability policies, therefore, needs to be done in tandem with general labour- and product-market reforms aiming at making work pay, raising labour demand and encouraging a shift from informal to formal employment so that work can become a realistic option for persons with a disability.

*Key policy recommendations*

The effective tightening of the access to sickness and disability benefits has failed to improve the employment rates of disabled people. This raises the question whether the whole system of employment support for disabled people in Poland needs more fundamental reform. Some of the elements of the current system may need to be abolished altogether or replaced by more effective instruments if a real change in policy and outcomes is to be achieved. In most cases, however, it should be possible to improve outcomes by eliminating the key weaknesses and bolstering the key strengths of the various systems currently in place. Change is therefore needed especially in two areas:

- The system of medical and vocational rehabilitation has not helped to improve the qualifications and skills of disabled people.
- The system of employment support fails to deliver the relevant support at the right time.
- Changes in those two key areas have to be supplemented by measures to streamline the sickness and disability assessment process further and by improving work incentives for benefit recipients. To this end, this report makes a number of policy recommendations as summarised in Box 2.

**Box 2. Policy recommendations for Poland***Vocational rehabilitation and training*

First, the system of vocational rehabilitation and training needs to be strengthened. Without addressing the causes of the negligible impact of this system, improving outcomes in terms of higher employment rates and lower benefit dependence of disabled people will be very difficult to achieve. It appears that eligibility criteria are too strict, labour offices have inadequate funding, and people hesitate to enter – so far entirely voluntary – vocational programmes. These various aspects could be addressed through the following measures:

- Eligibility criteria for participation in vocational rehabilitation should enable and encourage early intervention. Restricting vocational services to people with a legal disability certificate who are registered as unemployed or jobseekers is too limited an approach.
- The supply of well-targeted, high-quality services should be increased, and a more individualised approach in providing these be implemented.
- If the supply of effective services is increased, some elements of obligation should be introduced, *e.g.* in the form of moderate benefit reductions for people refusing to participate in vocational rehabilitation.

*Structure of employment support*

Second, a more fundamental change is needed to improve the system of employment support. More generally, streamlining administrative structures and responsibilities might be necessary. The large number of players involved – social insurance institutions, the PES, the State Fund for the Employment and Rehabilitation of Disabled People (PFRON) and local governments – makes it difficult for a disabled person to get the right support at the right time. Future reform could include the following measures.

- Promoting a one-stop-shop philosophy and reinforcing the funding structure so that funding and responsibility go hand-in-hand would help facilitate reintegration of disabled people. Local governments are probably best placed to assume this function. PFRON as an independent institution may become redundant in a reformed system.
- Governance of local labour offices, local governments and PFRON activities should be strengthened to improve employment outcomes for disabled people. Monitoring mechanisms should be introduced in combination with target setting to ensure that funds are used and policy instruments implemented as intended.
- The coordination between the PES, which offers re-qualification programmes, and the social insurance authority, which covers the costs of a training benefit offered during this period, should be improved by giving the latter a supervisory role. One should also consider a change in the funding structure so that the PES would benefit financially from successful placements into paid jobs. A necessary increase in PES resources for disabled people could be achieved by opening PFRON funds for the PES, with PFRON purchasing or co-financing PES services for disabled people.

*Assessment procedures*

Third, reform is needed to reduce sickness absence and to maintain the current level of inflows into disability benefits after the forthcoming abolition of early retirement pathways. Further reform should streamline and improve assessment procedures. More precisely, measures could include the following:

- The responsibility for the entire disability assessment process should be transferred to the social insurance institutions. The current separation of assessments for income support purposes (done by the social insurance institutions) and labour market purposes (done by local government assessment teams) is confusing, inefficient and likely to contribute to labour market exclusion.
- Rules in the special system for farmers (KRUS) should be aligned with those in the general social insurance scheme, ideally leading to a re-merging of the two schemes over the medium term. In particular, this would require changes to the contribution regulations in the KRUS scheme and in the very narrow definition of disability as the inability to continue to work on one's own farm.
- Better use should be made of existing legal possibilities for controlling sickness absences of all durations, including the first 33-day sickness period during which wage payments continue to be paid by the employer, and penalising treating doctors who repeatedly assess "false" sickness.
- Policy should address the high proportion of benefit refusals and of successful appeals against rejected claims. As economic and non-economic costs of the latter are very high, more accurate decisions at the initial stage are important. Refused claimants should be followed-up in order to prevent this group from becoming benefit recipients at a later stage or falling into poverty.

*Financial incentives for workers*

Fourth, financial incentives to work should be improved to promote voluntary moves into the labour market by beneficiaries who are willing and able to work. This would be achieved by the following measures:

- A smoother phase-out of disability benefits with increasing wages, instead of the current abrupt jumps in the amount of benefit income, would eliminate uneven incentives to work. In addition, for recipients of a full benefit the possibility to try work in the regular labour market without immediately losing benefit entitlements should be introduced and encouraged by, for example, temporary in-work payments.
- Other benefits, especially housing and social assistance benefits, should be reformed so that these do not create benefit traps and discourage work by beneficiaries of disability benefits, in particular, but more generally as well.

*Coordination with old-age pensions*

Fifth, better coordination is needed between the reformed old-age pension and the disability benefit scheme to avoid raising pressure on the latter in the aftermath of the upcoming phasing-out of early retirement schemes. To avoid spill-over effects to the more generous disability scheme, reforms along the following lines should be considered:

- Benefit levels should be harmonised to ensure that the disability benefit entitlement for a person at, say, age 60 comes close to the benefit level of the old-age pension at this age.
- A clearer separation with a transparent transfer of funds is needed between disability benefit and old-age pension insurance. Ideally, regulations on contribution payments of recipients of a disability benefit to their own old-age pension accounts are put in place, and disability benefit payments are replaced by old-age pensions in line with the person's contribution history as soon as the person reaches the retirement age.

*Wage subsidies reconsidered*

Sixth, a number of measures are required to make wage subsidies as well as Sheltered Work Enterprises (SWE) more effective. In extending wage subsidies, which are financed from levies on companies not fulfilling the 6% employment quota for disabled people, to all companies either fulfilling the quota or not falling under the quota rule, new challenges have arisen. If employment of disabled people were to increase as intended, the size of the fund would decline while spending on permanent wage subsidies would increase. Moreover, the strong focus on sheltered work has perpetuated the segregation of disabled workers and hindered their integration into the regular labour market. To correct these problems, further changes are needed which could include the following:

- Wage subsidies should be financed by taxes, like other public expenditure. Financing them through an earmarked contribution results in ineffective spending. In addition, were the spending to become effective, the result would be insufficient revenues to finance the expenditures.
- The prevailing privileges of SWEs – such as the income tax refund for *all* employees (including non-disabled employees) – should be further reduced in exchange for raising the resources available for skill improvements.
- To safeguard sufficient resources for people with moderate and severe health conditions, phasing-out permanent wage subsidies over time for those with a light disability working in a SWE should be considered.

## **Challenges and policy options for Switzerland**

### *The current situation in Switzerland*

Swiss policy makers are forced to act because, without further reform, the disability insurance fund as well as its current reserve fund will run into deficit in the foreseeable future. In contrast to other countries, the Swiss funding system does not allow balancing of deficits through increased government contributions. Thus, an increase in revenues is needed in order to balance the deficit accumulated in the past. In addition, very much like Norway, if Switzerland wishes to raise its future labour force potential in order to cope with the challenges of population ageing, it would have to find ways to retain people with health problems in work and, ideally, to re-integrate people with reduced work capacity into work.

In general, policy outcomes in Switzerland are mixed. Inflow rates into disability benefits are still below the OECD average, but they have been rather stable over time, thus contributing to a continuous increase in the number of beneficiaries. Sickness absence is relatively low, but creating large problems for the disability insurance due to systemic weaknesses. Like in Norway, disabled workers are unemployed to a higher degree, but, at 52%, their employment rate is relatively high compared to other OECD countries. Average disability benefits have increased fast in recent years, yet relative poverty rates among disabled people have increased as well.

A particular problem in Switzerland, more widespread than elsewhere in the OECD, is the steep rise in mental illnesses as a cause of disability. Mental diseases have become the single most important reason for take-up of disability benefits, accounting for over 40% of the total inflow. There is much controversy about the reasons behind this development, which seem to reflect the increasing “medicalisation” of labour market and social problems. But it also reveals weaknesses in the definition of disability and the assessment process.

Another special feature of the Swiss situation is the strong role of the private insurance market. Several parts of the social protection scheme fall under private insurance regulations, such as the sickness cash benefit scheme, and others, despite being mandatory, are administered by privately-run institutions, such as the second-pillar old-age and disability pension. Activities of these private players can be regulated to a certain extent, but not steered directly. The actions of these private players have a strong impact on the design and effectiveness of public policy.

### *Key policy recommendations*

Bringing people in contact with the disability insurance at an earlier stage through early identification of serious health problems is a promising approach targeting one of the key weaknesses in the Swiss system. However, incentives for various actors to make this approach work are insufficient. The impact of the planned reform could be greatly enhanced by introducing obligations for actors in contact with the sick person at an early stage. Three aspects are particularly important for future reform:

- Sickness benefit insurers have insufficient incentives and obligations to address problems.
- Employers have insufficient incentives and obligations to bring sick employees back into work.
- Greater use should be made of vocational rehabilitation and training.

In addition, ongoing as well as future reform should continue to address work incentives, the coordination across different schemes and the governance of the CDOs. In this direction, this report makes a number of policy recommendations as summarised in Box 3.

### Box 3. Policy recommendations for Switzerland

#### *Private sickness benefit insurers*

First, a better balance is needed between obligations and incentives for private sickness benefit insurers. Since most people in Switzerland enter the disability benefit system after a period of sickness, the performance of these insurers is crucial. Reform affecting sickness benefit insurers and GPs should include the following changes:

- Private sickness benefit insurers should be obliged to introduce sickness management and a system of sickness monitoring, because they do not bear the full costs of failing to address problems. This monitoring should include the obligation to inform the public disability insurance of long or repeated absences to make earlier intervention on their side possible. Monitoring should also include stronger controls of sickness absence certificates and better cooperation and exchange of information between GPs and insurance doctors.
- Individual case management introduced successfully by SUVA, the main accident insurer, could serve as a model for sickness management by private insurers. Mandatory sickness benefit insurance for all workers should be introduced (though still run by private insurance companies) to ensure that all sickness absences are managed properly.
- Retrospective payments to the private sickness benefit insurer in case a person becomes entitled to a disability benefit later on should be abolished, because these payments reduce the insurer's incentives to manage the case properly. (Retrospective payments to persons not covered by private sickness benefit insurance are a different matter.)
- GPs should be obliged to seek advice from occupational health services, which should give advice on workplace adaptations and rehabilitation opportunities. More support and training for GPs should be provided to improve their knowledge on insurance medicine.

#### *The role of employers*

Second, in addressing employers a balance will have to be sought between stronger obligations, better support and proper incentives. The recently introduced experience-rated premiums to the sickness benefit insurance are a strong incentive for employers to prevent long-term absences and disabilities in order to keep premiums low, though this new system is likely to also result in stricter health screening in the recruitment phase. Further reform and adjustments are needed, which could include the following elements:

- Employers, who only carry some of the costs of unaddressed sickness, should be required to contribute to the preparation of a plan for the reintegration of their long-term absent employees, as has become common in several OECD countries, and also to introduce a system of sickness monitoring.
- Employers should receive better support from medical and vocational specialists in managing absences. This type of support should be provided by the new agencies for early identification and assistance, which are planned to be introduced with the forthcoming reform.

#### *Vocational rehabilitation*

Third, eligibility for rehabilitation should be widened to move the system from "rehabilitation before benefits" to "rehabilitation instead of benefits". Take-up of vocational rehabilitation and training measures in Switzerland is relatively low. Eligibility criteria for vocational intervention probably go some way in explaining this. Moreover, there is no use of vocational measures as a way of raising outflow from disability benefits. Therefore, the following changes should be made:

- Eligibility criteria for rehabilitation measures should be broadened to include all people with health-related difficulties in the labour market, thus moving away from assessing the legal basis of a case to helping people back to work. In particular, more efforts should be made in integrating people with mental conditions into the rehabilitation system.
- More focus should be placed on offering vocational measures to re-assessed beneficiaries. Along these lines, a re-assessment of the very large number of younger beneficiaries, who tend to have a much higher work motivation, should be considered. Some of the newly planned measures might be particularly suitable for these people, who often suffer from mental health conditions.

#### *Outflow from disability benefits*

Fourth, work incentives should be enhanced to raise outflows from disability benefits. OECD calculations show that marginal effective tax rates for beneficiaries taking up work are very high, especially for those with children. While the gist of the fifth revision of the Disability Insurance Act is to lower inflows into benefits, vague plans to improve financial incentives so to make leaving benefits more attractive should also be implemented soon and not be postponed to after the implementation of other elements of the reform. Among the possible changes are the following:

- The system of generous child supplements in the first pillar should be changed to avoid benefit traps and en-

courage work by beneficiaries. Consideration should also be given to introducing a means-test for these supplements, because these payments constitute an important part of resources of the lower-income population.

- The use of in-work payments and temporary benefit entitlement suspension should be considered for persons taking up work or increasing their working hours to increase the likelihood that beneficiaries able to work try to find another job or to work longer hours. The planned earnings disregard could be a promising way to stimulate work of beneficiaries.

#### *Inter-institutional cooperation*

Fifth, ongoing but voluntary inter-institutional cooperation across different systems and institutions should be strengthened to further improve the flow of information and the coordination of activities. This could be done through the following measures:

- Rejected disability benefit applicants should be closely followed-up by the disability insurance to ensure that these people obtain the necessary support to be able to remain in or return to the labour market. The planned short-duration vocational measures aimed at preventing long-term disability should, where appropriate, be made available to rejected benefit applicants.
- To further promote successful cooperation between various institutions and insurances, it would be important to strengthen the legal underpinning. The approach taken by the canton of Solothurn is a model which other cantons should consider seriously. In this canton under a new law local one-stop-shops and a cantonal case-management office were established with legally binding cost-sharing between the disability insurance, the unemployment insurance and the communities.

#### *Governance of cantonal offices*

Sixth, governance of the disability insurance itself should be improved further. Currently, there is a mismatch between funding and responsibility mechanisms, with cantonal offices granting the benefits, while most funding comes from the federal level. Supervision and inspection of cantonal disability offices by the federal supervisory authority, thereby further promoting the harmonisation of practices across cantons, could be strengthened through the following measures:

- The federal authority should have responsibility for identifying best practice and publicising such practices across cantons. It should formally signal when a canton has poor outcomes and this appears to be due to failure to introduce best practices.
- Management through quantitative and measurable targets and indicators of effectiveness, as recently introduced for the PES and currently in preparation for the CDOs, should be put in place as soon as possible, including sanctions for the non-achievement of targets. Indicators should mirror the overall approach of the CDO and measure its success in terms of process duration as well as employment outcomes.

Last, but not least, all three countries lack rigorous evaluation of most of their regulations and instruments. Particularly important is better knowledge on which type of rehabilitation and employment programmes work, and for whom. But thorough evaluation is also needed for the employment quota scheme in Poland, the recently introduced temporary disability benefit in Norway and the new job placement efforts of the CDOs in Switzerland. Lack of evidence has led to bad policies being put in place in the past: neither the economies of the three countries nor people with disabilities can afford such mistakes being repeated in the future.



## Glossar

AAMP	Aktive Arbeitsmarktprogramme
AETAT	Norwegische Arbeitsverwaltung ( <i>Arbeidsdirektoratet</i> )
AFP	Norwegens tarifvertragliches Frührentensystem ( <i>Avtalefestet pensjonsordning</i> )
APW	Average Production Worker (von der OECD definiertes durchschnittliches Arbeitseinkommen einer Person)
BIP	Bruttoinlandprodukt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen (Schweiz)
CHF	Schweizer Franken
EU-LFS	Arbeitskräfteerhebung der EU ( <i>European Union Labor Force Survey</i> )
EU-SILC	EU-Statistik über Einkommens- und Lebensbedingungen ( <i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i> )
EWA	Norwegische Verwaltung für Beschäftigung und Wohlfahrt ( <i>Employment and Welfare Administration</i> )
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit (Schweiz)
IV	Invalidenversicherung der Schweiz, Invalidität
IV-Stellen	IV-Stellen (Schweiz)
IA-Vereinbarung	Norwegische Dreiervereinbarung für mehr integrative Arbeitsplätze
KKP	Kaufkraftparität
KRUS	Polnische Sozialversicherungsanstalt für Landwirte ( <i>Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego</i> )
MAMAC	Medizinisch-arbeitsmarktliches Assessment im Rahmen des Case-Management (Schweiz)
MEDAS	Medizinische Abklärungsstellen (Schweiz)
NEQ	Nettoersatzquote
NGO	Nichtregierungsorganisationen
NIA	Norwegische Landesversicherungsverwaltung ( <i>National Insurance Administration, „Trygdeetaten“</i> )
NOK	Norwegische Kronen
PFRON	Polnischer staatlicher Fonds für die Beschäftigung und Rehabilitation von behinderten Personen ( <i>Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych</i> )
PLN	Polnische Zloty
PYLL	verlorene potentiellen Lebensjahre (Potential years of life lost)
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst (Schweiz)
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft (Schweiz)
SPK	Norwegische Staatliche Pensionskasse für Angestellte des öffentlichen Sektors. ( <i>Statens Pensjonskasse</i> )
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
USD	US-Dollar
ZUS	Polnische Sozialversicherungsanstalt für Erwerbstätige (ausserhalb der Landwirtschaft) ( <i>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</i> )



# 1 Hauptergebnisse und Herausforderung künftiger Politik

Wo liegen die politischen Hauptherausforderungen im Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität in Norwegen, Polen und der Schweiz? Anhand einer Übersicht über die wichtigsten Tendenzen bezüglich Krankheits- und Invaliditätspolitik während der vergangenen 10 bis 15 Jahre lassen sich sieben Hauptzielsetzungen für politische Entscheidungsträger ableiten. Dazu gehören die Verringerung der sehr hohen Invaliditätsneuzugänge und, als Gegenstück, die Erhöhung der tiefen Austrittsrate aus Invaliditätsleistungen. Hinzu kommen soziale und wirtschaftliche Herausforderungen, wie die allgemeine Entwicklung des Arbeitsmarktes, die Gesundheitstendenzen sowie die demografische Entwicklung. Allen diesen Problematiken muss Rechnung getragen werden, wenn die Reformen der Krankheits- und Invaliditätspolitik Erfolg haben sollen.

Im ersten Kapitel geht es darum, einige der wichtigsten Herausforderungen mit denen sich die Politik in Zukunft befassen muss zu identifizieren. Kapitel 1 enthält eine Zusammenfassung der Haupttendenzen bezüglich Krankheits- und Invaliditätspolitik in Norwegen, Polen und der Schweiz während der vergangenen 10 bis 15 Jahre. Folgende Hauptzielsetzungen haben sich dabei als politisch prioritär herauskristallisiert:

- Krankheits- und invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben in den Griff bekommen
- Erwerbsbeteiligung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöhen
- Haushaltseinkommen von Personen mit Behinderungen verbessern
- Zahl der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsleistungen senken
- Zunehmende Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme angehen
- Abgänge aus Invaliditätsleistungen zahlenmässig erhöhen
- Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen verstärken

Die notwendigen Reformen müssen so ausgestaltet werden, dass sie die Ergebnisse in einem bestimmten Bereich verbessern (z. B. mehr Abgänge aus Invaliditätssysteme) ohne sich jedoch negativ auf andere Bereiche auszuwirken (z. B. durch wachsende finanzielle Unsicherheit oder vermehrten Rückgriff auf Alternativen, wie Frühpensionierung). Zusätzlich zu den institutionellen Herausforderungen ist die Politik mit exogenen sozialen und wirtschaftlichen Problematiken konfrontiert. Darunter fallen unter anderem die allgemeine Entwicklung des Arbeitsmarktes, die Gesundheitstendenzen sowie die demografische Entwicklung. Es handelt sich dabei durchwegs um Bereiche, die sowohl die Krankheits- als auch die Invaliditätspolitik tangieren. Diese Faktoren werden in diesem Kapitel ebenfalls behandelt.

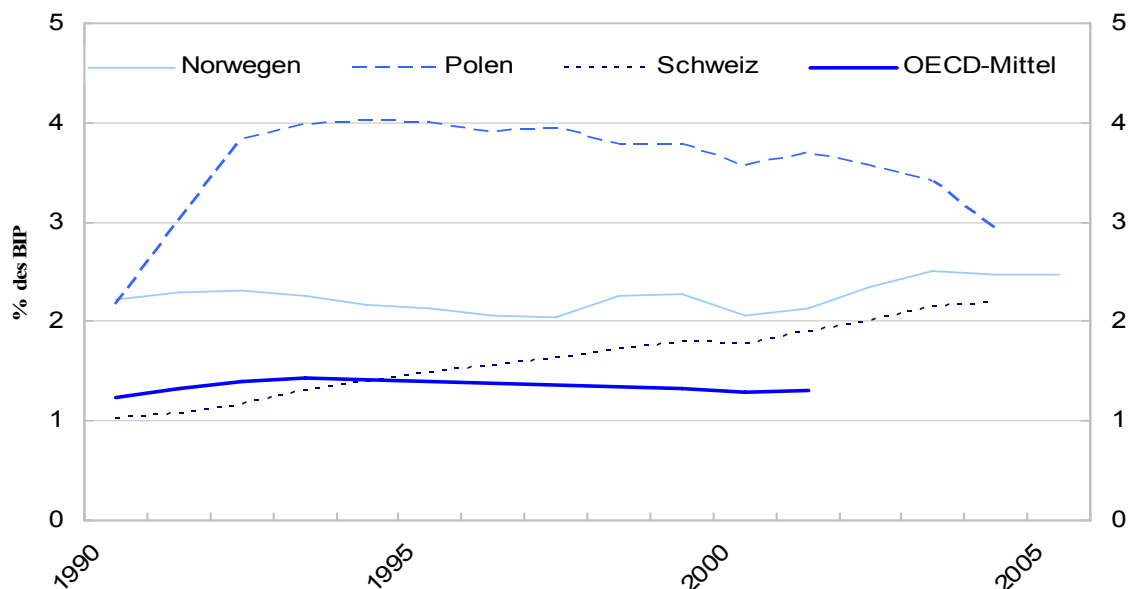
## 1.1 Institutionelle Herausforderungen an die Politik

### 1.1.1 Krankheits- und invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben in den Griff bekommen

Ein erstes politisches Hauptanliegen ist die Senkung der äusserst hohen krankheits- und invaliditätsbedingten Kosten. 2004 betragen die Gesamtausgaben allein für Invaliditätsleistungen bzw. -renten in Norwegen, Polen und der Schweiz zwischen 2.25% und 3% des BIP, verglichen mit einem OECD-Mittel von knapp über 1% (Grafik 1.1). Das war nicht immer so. Zu Beginn der 1990er-Jahre lag dieser Ausgabenanteil am BIP in der Schweiz unter dem OECD-Mittel, hat sich aber seither ver-

doppelt. In Norwegen sind die Ausgaben seit 1990 grösstenteils stabil geblieben (bei 2 – 2.5% des BIP<sup>1</sup>). In Polen hat die Zwischenrezession anfangs der 1990er-Jahre zu einer ungefähren Ausgabenverdoppelung auf 4% des BIP geführt. Diese Ausgaben sind aber in den vergangenen Jahren wieder stark zurückgegangen.

**Grafik 1.1. Hohe Kosten für Invaliditätsleistungen in allen drei Ländern**



Öffentliche und private obligatorische Ausgaben für Invaliditätsleistungen, pro Jahr und in % des BIP, 1990-2004<sup>a</sup>

- a) Norwegen: zeitlich befristete und Dauerleistungen; Polen: Leistungen für Angestellte und Landwirte; Schweiz: IV-Renten, Ergänzungsleistungen und obligatorische Invalidenvorsorge der zweiten Säule.

Quelle: OECD-Daten zu den Sozialausgaben und nationale Daten.

Hinzu kommen die ebenso beträchtlichen Ausgaben für krankheitsbedingte Leistungen und Leistungen aus anderen Entschädigungsprogrammen bei Gesundheitsbeeinträchtigungen (z.B. Berufsunfall), was die öffentlichen Ausgaben insgesamt allein für solche Leistungen in Norwegen und Polen auf gut 5% des BIP ansteigen lässt. In der Schweiz beträgt dieser Anteil 3%. Damit fließen in diesen Ländern erhebliche diesbezügliche Ressourcen und übersteigen die Leistungen für Arbeitslosigkeit bei Weitem, die sich in Norwegen und der Schweiz auf etwa 0.5% des BIP und auf 1% in Polen belaufen.

Passend dazu verzeichnen diese Länder unter den Erwerbstätigen einen sehr hohen Anteil an Empfängerinnen und Empfänger von Invaliditätsleistungen. Dies betrifft vor allem Norwegen und Polen mit je 11.4% bzw. 10.2% im Jahr 2005. Dies entspricht gut dem doppelten Niveau der zwanzig OECD-Länder per Ende der 1990er-Jahre (OECD, 2003a) und der Schweiz per 2005. Grafik 1.2 (Tafel A) zeigt für die drei Länder unterschiedliche Trends. So hatten Norwegen und die Schweiz über die vergangenen zehn Jahre eine kontinuierlich ansteigende Leistungsempfängerrate zu verzeichnen, allerdings im Fall von Norwegen von einem viel höheren Niveau aus. Die jährliche durchschnittliche Wachstumsrate in diesem Zeitraum (die aus der Grafik nicht hervorgeht) belief sich in Norwegen auf rund 3% und in der Schweiz auf knapp 5%. In Polen erreichte die Empfängerrate mit

1. Das BIP schliesst im Fall von Norwegen die Erdölerträge mit ein. Würde man nur das Festland-BIP nehmen, stiegen die Ausgaben von 2,5% im Jahr 2004 auf 3,2% des BIP.

knapp 16% Mitte der 1990er-Jahre ein Hoch und ist seither gesunken, und zwar um jährlich 6.5% in den vergangenen sechs Jahren.

Die Zunahme der Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger hat sich keineswegs über alle Altersgruppen hinweg gleich entwickelt. In Norwegen war bei den jungen Erwerbstätigen im Alter zwischen 20 und 34 Jahren der höchste Anstieg und bei den über 50-Jährigen eine sehr geringe Zunahme zu verzeichnen (Grafik 1.2, Tafel B). In der Schweiz, mit dem grössten Gesamtzuwachs, war der ausgeprägteste Anstieg der Empfängerrate bei der Gruppe im besten Erwerbstätigenalter von 35–49 Jahren und der geringste bei den jungen Arbeitnehmenden zu verzeichnen, obwohl die Rate auch bei diesen jungen Erwerbstätigen mit einem Zuwachs, der dem Gesamtzuwachs in Norwegen entspricht, sehr hoch ausfiel. Das Altersmuster der Veränderungen über die vergangenen zehn Jahre in Polen «widerspiegelt» quasi das Muster in der Schweiz, bloss spiegelverkehrt. So waren in Polen die Erwerbstätigen im besten Alter stärker vom raschen Rückgang der Empfängerrate betroffen, als die älteren und vor allem die jungen Arbeitnehmenden.

Die Unterschiede bei den Ausgaben und Empfängerraten zwischen diesen drei Ländern und auch zwischen diesen und den anderen OECD-Ländern kann teilweise mit länderspezifischen Unterschieden bei den Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssystemen (z. B. Zugangskriterien, Deckungsregelungen, Höhe der Leistungen) und der Art und Weise erklärt werden, wie diese Leistungssysteme in weiter gefasste Sozialschutzprogramme eingebettet sind. Die Strukturen der jeweiligen Systeme in Norwegen, Polen und der Schweiz sind in Kasten 1.1 zusammengefasst. Inwiefern die verschiedenen Systemelemente zu den aktuellen Ergebnissen beitragen wird im Bericht laufend behandelt.

#### Kasten 1.1. **Struktur der Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssysteme der drei Länder – eine Übersicht**

##### **Wie werden Leistungen ausbezahlt?**

Die Krankengeld- und Invaliditätssysteme der drei Länder unterscheiden sich darin, wie sie in die jeweiligen breiter gefassten Sozialschutzsysteme eingebettet sind. Norwegen verfügt über ein klassisches staatliches Umlageverfahren, mit dem die Risiken Alter, Invalidität und Verwitwung gedeckt werden. Leistungsansprüche werden deshalb für Empfänger von Altersrenten und von Invaliditätsleistungen gleich berechnet. Die verbleibenden Jahre bis zur Erreichung des gesetzlichen Rentenalters werden bei Invaliditätsfällen im Erwerbsalter voll berücksichtigt. Polen hatte früher ebenfalls ein solches System. Das wurde aber im Laufe der grundlegenden Reformen 1999 geändert. Seither werden die Risiken Alter und Invalidität in völlig verschiedenen Systemen gedeckt, wobei die Invaliditätsfälle immer noch gleich wie im alten System berechnet werden. Die Schweiz verfügt seit der Deckung des Risikos Invalidität durch die staatliche Versicherung, das heisst seit 1960, über eine separate Invalidenversicherung (IV), obschon die Leistungen im Wesentlichen gleich berechnet werden wie bei Altersrenten. Wie in Norwegen werden die verbleibenden Jahre bis zum gesetzlichen Rentenalter voll gutgeschrieben, was in Polen nicht der Fall ist. In Polen werden die verbleibenden Jahre nur gutgeschrieben, wenn die betroffene Person während weniger als 25 Jahren lang versichert war, und auch dann nur mit einem reduzierten Umwandlungssatz von 0.7% statt 1.3%.

##### **Wie werden die Systeme finanziert?**

In allen drei Ländern bestehen die staatlichen Invaliditätsleistungen aus einem Grundteil und einem einkommensabhängigen Teil, womit sich eine beträchtliche Umverteilung zu Gruppen mit tieferen Einkommen ergibt. Staatliche Leistungen werden gemischt aus Beiträgen und Steuern finanziert. In der Schweiz deckt die allgemeine Steuer 50% der gesamten invaliditätsbezogenen Ausgaben, aufgeteilt zwischen Bund und Kantonen. In Polen wird das allgemeine System für Arbeitnehmende und Arbeitslose beitragsfinanziert, während auch ein Sondersystem für Landwirte existiert, das grösstenteils steuerfinanziert wird. Das schweizerische Rentensystem ist deshalb speziell, weil es aus zwei obligatorischen Säulen besteht: Einem staatlichen Programm zur Existenzsicherung und einer IV-Rente aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge zur Deckung von Arbeitnehmenden innerhalb einer oberen und unteren Einkommensgrenze und der Arbeitslosen. Diese zweite Säule ist vollständig beitragsfinanziert, seit kurzem risikodifferenziert (sog. «experience-rated») und wird durch autorisierte Einrichtungen der beruflichen Vorsorge verwaltet.

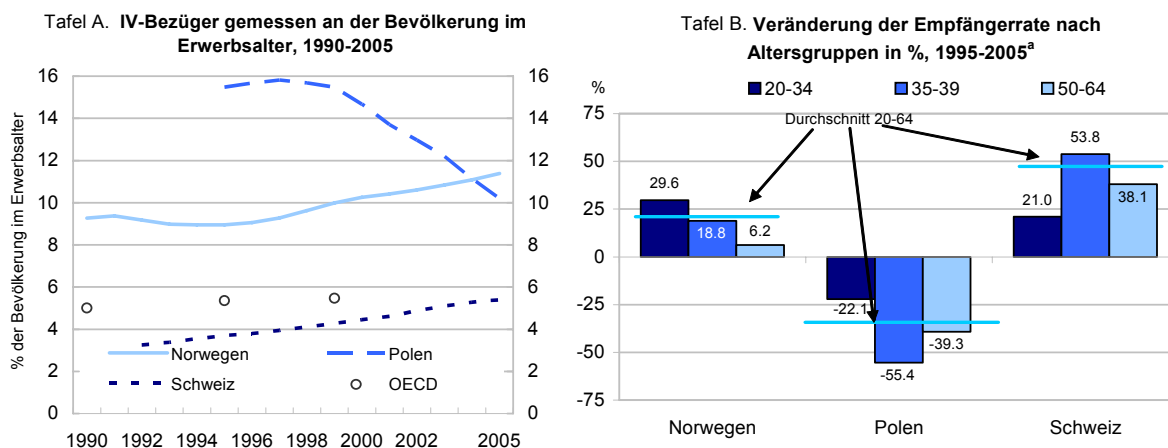
**Wer ist anspruchsberechtigt für eine Invaliditätsleistung?**

Die schweizerische Invalidenversicherung deckt die Gesamtbevölkerung ab dem 18. Altersjahr sowie die ganze Erwerbsbevölkerung. Die Versicherung umfasst Sonderleistungen für Personen, die von Geburt an beeinträchtigt sind oder vor Vollendung des 18. Altersjahrs gesundheitliche Schäden erleiden oder noch kein Jahr lang Beiträge bezahlt haben. Personen, die keinen oder einen nur geringen Anspruch auf Leistungen aus der zweiten Säule haben, können Ergänzungsleistungen beanspruchen. Diese werden einkommensabhängig ausgerichtet und durch die Steuern finanziert. In Norwegen ist die Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren gedeckt. Ähnlich wie in der Schweiz können Personen, die nicht leistungsberechtigt sind oder eine nur geringe, da einkommensabhängige Leistung erhalten, zusätzliche Leistungen beanspruchen, allerdings nicht einkommensabhängig. Die Invalidenversicherung in Polen deckt alle Arbeitnehmenden, die fünf Jahre lang Beiträge bezahlt haben. Für Landwirte und den direkt von ihnen abhängigen Personen (KRUS) sowie für die übrigen Arbeitnehmenden (ZUS) bestehen separate Versicherungssysteme. Die durch dieses System nicht gedeckten Personen können eine spezielle Pauschalleistung beanspruchen, vorausgesetzt die gesundheitliche Beeinträchtigung ist vor dem 18. Altersjahr oder während der Ausbildung eingetreten. Diese so genannte Sozialrente wird (seit 2003) durch die Sozialversicherungsbehörde bezahlt. Im Gegensatz zu Sozialhilfefzahlungen sind Sozialrenten anspruchsberechtigt und keine nach freiem Ermessen ausgerichteten Leistungen. Sozialrenten sind auch nicht einkommensabhängig.

**Wer ist anspruchsberechtigt für ein Krankengeld?**

Polen und Norwegen verfügen zudem über obligatorische beitragsfinanzierte Krankengeldversicherungen zur Deckung der aktiven Bevölkerung. Die Leistungen sind einkommensabhängig und durch die Versicherung gedeckt, nachdem eine ununterbrochene Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber von 33 Tagen in Polen und 16 Tagen in Norwegen erfolgt ist. In Norwegen werden die Leistungen bis zu 12 Monate lang zu 100% des Einkommens und in Polen bis zu 6 Monaten zu 80% des Einkommens (mit möglicher Verlängerung auf 9 Monate) ausgerichtet. Die Krankentaggeldversicherung ist in der Schweiz nicht obligatorisch und wird von privaten Versicherungsgesellschaften angeboten. In einigen Branchen bestehen Kollektivarbeitsverträge mit Krankentaggeldobligatorium für die Arbeitnehmenden. Zusätzlich sind die Arbeitgeber in der Schweiz zu Lohnfortzahlungen während der ersten Wochen bzw. sogar Monaten von krankheitsbedingter Abwesenheit verpflichtet. Die Lohnfortzahlungsdauer durch den Arbeitgeber hängt von der Anzahl Dienstjahre ab (drei Wochen im ersten Anstellungsjahr bis zu sechs Monaten nach 20 Dienstjahren). Die Arbeitgeber können ihre Lohnfortzahlungspflicht versichern lassen. Insgesamt sind Krankentaggelder über eine Dauer von bis zu 720 Tagen in der Höhe von 80% des Einkommens zahlbar.

**Grafik 1.2. Rate der Invaliditätsleistungsempfänger in Norwegen und Polen weit über dem OECD-Durchschnitt**



Empfängerrate zwischen 1990-2005 und Veränderung der Empfängerrate nach Altersgruppen (in %)<sup>a</sup>

- a) In der Empfängerrate Polens ist das System für Landwirte nicht enthalten. Bevölkerung im Erwerbsalter: 20-64 Jahre in Polen und der Schweiz und 20-66 Jahre in Norwegen. OECD-Durchschnitt bezieht sich auf OECD-20.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV); OECD (2003a), Transforming Disability into Ability, für OECD-Durchschnitt.

Die Empfängerrate ist nicht nur gestiegen, sondern der effektive durchschnittliche Wert der Invaliditätsleistungen ist schneller gewachsen als die entsprechenden Lohnindikatoren (Tabelle 1.1). Dies trifft für alle drei Länder während mindestens der vergangenen vier Jahre zu, als die jährliche Gesamtwachstumsrate der Invaliditätsleistungen das Netto- und Bruttolohnwachstum um einen Prozentpunkt (Norwegen) bzw. einen halben Prozentpunkt (Polen, Schweiz) übertroffen hat. In Norwegen und der Schweiz ist bereits in den 1990er-Jahren einmal ein solches Extrawachstum verzeichnet worden. Allerdings nicht in Polen, wo der effektive Wert der Invaliditätsleistungen zwischen 1995 und 2000 um mehr als 1% jährlich zurückgegangen ist, verglichen mit 5% Lohnnetto- und beinahe 9% Lohnbruttowachstum.

**Tabelle 1.1. Die durchschnittlichen Invaliditätsleistungen sind in den letzten vier Jahren im Schnitt schneller gewachsen als die Löhne**

Jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der durchschnittlichen Invaliditätsleistung, Brutto- und Nettolohn (reale Zahlen), 1995-2004<sup>a</sup>

		1995-2004	1995-2000	2000-2004
<b>Norwegen</b>				
	IV-Leistung	3.1	2.9	3.4
	Bruttolohn	2.0	1.9	2.2
	Nettolohn	2.2	2.0	2.3
<b>Polen</b>				
	IV-Leistung	-0.2	-1.8	1.8
	Bruttolohn	5.1	8.3	1.3
	Nettolohn	3.0	4.5	1.2
<b>Schweiz</b>				
	IV-Leistung	0.8	0.6	1.1
	Bruttolohn	0.2	-0.1	0.6
	Nettolohn	0.4	0.2	0.7

a) In Polen beziehen sich die IV-Leistungen einzig auf das ZUS-System.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

### 1.1.2 Steigende Erwerbsquoten für Personen mit Behinderungen

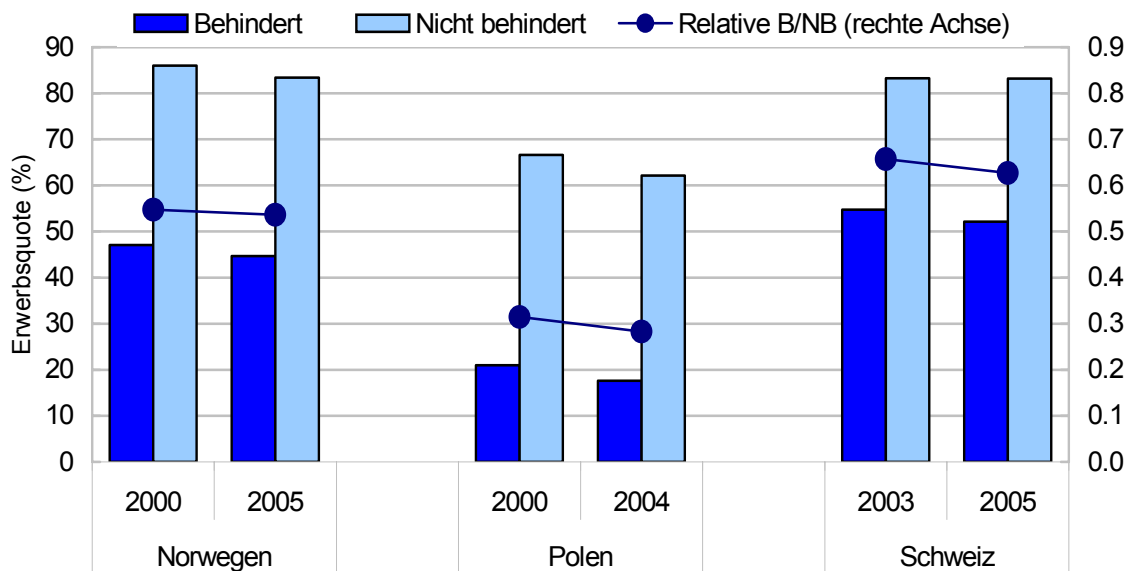
Ein zweites politisches Augenmerk liegt in der Verbesserung der Arbeitsmarktintegration von Personen mit Behinderungen. Die heutige Situation ist in der Tat unbefriedigend. Eine Stelle zu haben ist ein Schlüsselement für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Teilhabe und Integration. Viele Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung können auf dem freien Arbeitsmarkt arbeiten. Sie weisen indessen permanent tiefere Erwerbsquoten als Personen ohne Behinderungen der gleichen Gruppe auf, vor allem in Polen.

Während in der Schweiz die Hälfte aller Personen mit Behinderungen erwerbstätig ist und in Norwegen knapp die Hälfte, beträgt dieser Anteil in Polen weniger als eine von fünf Personen (Grafik 1.3)<sup>2</sup>. In *Verhältniszahlen* ausgedrückt – Vergleich der Erwerbsquoten der Personen mit und ohne Behinderungen – bewegt sich der Quotient im Bereich von 0.5 – 0.6 in Norwegen und der Schweiz, aber unter 0.3 in Polen. Richtwerte aus EU-Ländern zeigen, dass es sich dabei um zwei Extreme im eu-

2. In diesem als auch im folgenden Abschnitt bezieht sich Invalidität bzw. Behinderung auf Selbsteinschätzungen gemäss Volksumfragen. Diese unterscheiden sich massgeblich von der verwaltungstechnischen Definition von Invaliditätsleistungsansprüchen (Kapitel 1.2).

ropäischen Vergleich handelt, und zwar mit Norwegen und der Schweiz an der Spitze und Polen am unteren Ende der Skala. Dies lässt zudem gesamtarbeitsmarktbezogene Verlagerungseffekte vermuten: Je höher die Gesamterwerbsquote in der Bevölkerung ist, desto höher ist auch die relativen Erwerbsquoten von gesundheitlich nicht beeinträchtigten Personen.

**Grafik 1.3. Markant tiefere Erwerbsquoten für Personen mit Behinderungen, speziell in Polen**



Erwerbsquote von behinderten und nicht behinderten Personen im Erwerbsalter, 2000-2005 (in %) <sup>a</sup>

a) Invalidität bezieht sich in Norwegen und der Schweiz auf einen selbst eingeschätzten Zustand; in Polen auf Personen mit offiziellem Invaliditätszertifikat (Details und Erläuterungen zum Begriff «Invalidität» im Anhang zu Kapitel 1).

Quelle: Nationale Arbeitskräfteerhebungen.

Trotz bestehender und neuer beruflicher Eingliederungsprogramme und –kampagnen sind die Erwerbsquoten von Personen mit Behinderungen zurückgegangen. Seit 2000 haben Norwegen und die Schweiz leichte Rückgänge und Polen etwas stärkere zu verzeichnen. In Polen wird damit ein seit mindestens 1996 herrschender Trend fortgesetzt, vor allem unter den Schwerbehinderten, deren Beschäftigungsquote 1996 noch 22% betrug, verglichen mit 16% im Jahr 2000 und nur noch 7% im Jahr 2004.

In keinem der drei Länder ist ein effektiver geschlechtsspezifischer Unterschied bei den Erwerbsquoten feststellbar (Tabelle 1.2). In der Schweiz und speziell in Norwegen besteht hingegen ein Zusammenhang zwischen den relativen Erwerbsquoten von behinderten Personen und tieferem Alter sowie auch besserer Bildung. In diesen beiden Ländern sind die Beschäftigungsquoten von Personen mit Behinderungen im Alter von 20–34 Jahren und Behinderten mit tertiärer Bildungsstufe ähnlich hoch wie bei nicht behinderten Personen der gleichen Gruppen und liegen zwischen 70% und 88%. In Polen bestehen keine signifikanten Unterschiede der relativen Erwerbsquoten bei Personen mit Behinderungen nach Alter und Bildung, doch weist die Gruppe mit besserer Bildung ebenfalls die höchsten absoluten Raten auf.



**Tabelle 1.2. Alters- und bildungsspezifische Unterschiede bei der Beschäftigungssituation in Norwegen und der Schweiz**

Erwerbsquote von behinderten Personen im Vergleich zu nicht Behinderten, nach Geschlecht, Alter und Bildungsniveau, 2000-2005<sup>a</sup>

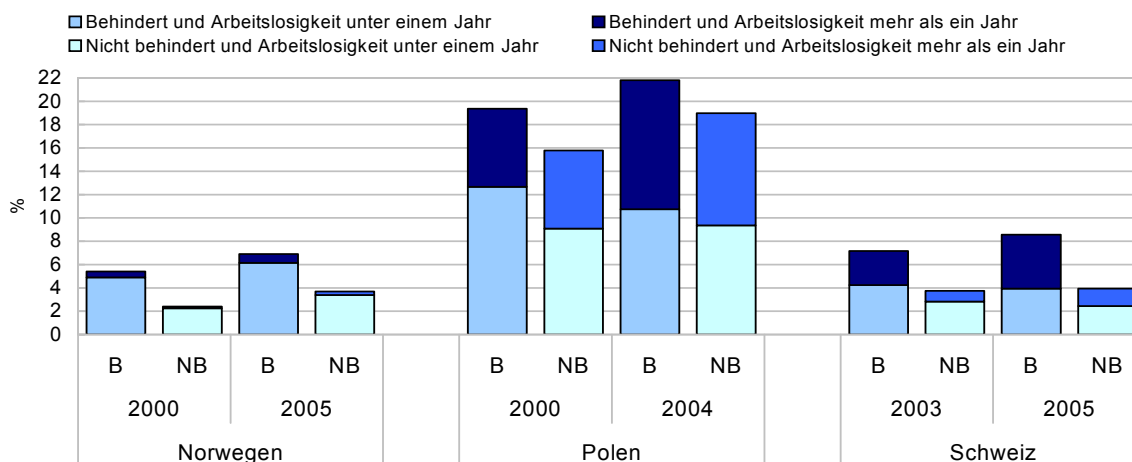
		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe			Bildungsniveau		
			Mann	Frau	20-34	35-49	50-64	Tiefer als Sekundarstufe	Sekundarstufe II	Tertiärstufe
<b>Norwegen</b>	2000	0.55	0.57	0.53	0.75	0.57	0.47	0.41	0.58	0.70
	2005	0.54	0.55	0.53	0.74	0.48	0.55	0.37	0.56	0.70
<b>Polen</b>	2000	0.31	0.33	0.29	0.37	0.31	0.36	0.33	0.34	0.38
	2004	0.28	0.29	0.27	0.34	0.27	0.33	0.33	0.31	0.30
<b>Schweiz</b>	2003	0.66	0.67	0.65	0.88	0.69	0.55	0.54	0.72	0.81
	2005	0.63	0.62	0.63	0.85	0.67	0.53	0.50	0.69	0.78

a) Invalidität bezieht sich in Norwegen und der Schweiz auf einen selbst eingeschätzten Zustand; in Polen auf Personen mit offiziellem Invaliditätszertifikat (Details und Erläuterungen zum Begriff «Invalidität» im Anhang zu Kapitel 1).

Quelle: Nationale Arbeitskräfteerhebungen

In Norwegen und der Schweiz sind die Arbeitslosenquoten von Personen mit Behinderungen beinahe doppelt so hoch wie bei Personen ohne Behinderungen (Grafik 1.4). In Polen hingegen, wo das Arbeitslosigkeitsniveau bedeutend höher ist, scheint kaum ein Unterschied zwischen der Arbeitslosigkeit bei behinderten und nicht behinderten Personen zu bestehen. Mit knapp vier Prozentpunkten Unterschied ist die Rate indessen ähnlich hoch wie in den beiden anderen Ländern. Die Arbeitslosenquoten von Personen mit Behinderungen sind in allen drei Ländern in den vergangenen fünf Jahren entsprechend zum Anstieg der Gesamtarbeitslosigkeit angestiegen, was sich so deuten lässt, dass eine zunehmende Anzahl von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Arbeit sucht und für Arbeit zur Verfügung steht, aber keine finden kann.

**Grafik 1.4. Hohe und steigende Arbeitslosigkeit bei Personen mit Behinderungen**



Arbeitslosenquote bei behinderten und nicht behinderten Personen im Erwerbsalter, 2000-2005 (in %)

a) Invalidität bezieht sich in Norwegen und der Schweiz auf einen selbst eingeschätzten Zustand; in Polen auf Personen mit offiziellem Invaliditätszertifikat (Details und Erläuterungen zum Begriff «Invalidität» im Anhang zu Kapitel 1).

Quelle: Nationale Arbeitskräfteerhebungen

Die Arbeitskräfteerhebung der EU (EU-LFS) gibt Aufschluss über den Anteil von Nichterwerbstätigen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die gerne eine Arbeitsstelle annehmen würden. Grafik 1.3 zeigt auf, dass der Anteil der Personen mit dauerhafter Behinderung und dem Wunsch zu arbeiten mit etwa 16–18% in allen drei Ländern ähnlich gross ist. Dieser Prozentsatz hängt allerdings vom Alter ab: So beläuft sich der Anteil bei den Personen im mittleren Alter auf 21–23% und steigt bei den jüngeren Altersgruppen auf 25–33%. Allgemein wollen in Norwegen mehr Frauen als Männer eine Arbeit aufnehmen, in Polen hingegen mehr Männer als Frauen. In der Schweiz ist diesbezüglich kein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellbar.

**Tabelle 1.3. Jede sechste nicht beruflich aktive behinderte Person möchte arbeiten**

Prozentsatz der nicht beruflich aktiven Personen mit dauerhafter Behinderung, die nach eigenen Angaben arbeiten möchten, nach Altersgruppen, 2002/2003<sup>a</sup>

		Total	20-34	35-49	50-64
<b>Norwegen</b>	Männer	17.2	30.1	21.7	12.4
	Frauen	18.7	35.6	23.2	13.3
	Total	18.0	33.0	22.5	13.0
<b>Polen</b>	Männer	17.2	23.7	22.7	13.4
	Frauen	13.7	29.0	20.6	9.4
	Total	15.5	25.7	21.7	11.4
<b>Schweiz</b>	Männer	17.7	19.8	20.7	14.8
	Frauen	17.4	29.5	18.9	14.7
	Total	17.6	24.6	19.9	14.7

a) Durchschnittszahlen für die Jahre 2002 und 2003. Quelle: EU-Arbeitskräfteerhebung, 2002 und 2003

### 1.1.3 Haushalteinkommen von Personen mit Behinderungen verbessern

In welchem Ausmass sind Personen mit Behinderungen finanziell schlechter gestellt als andere? Angesichts der tiefen Erwerbsquoten sowie der Zusammensetzung der Personengruppe mit Behinderungen (schlechter gebildete und ältere Personen übervertreten) scheinen tiefere durchschnittliche Einkommen gegeben. Der geeignetste Indikator für einen Einkommensvergleich ist das verfügbare angepasste Haushaltseinkommen pro Person. Dabei werden alle Einkommensquellen in einem Haushalt mitberücksichtigt und nach Unterschieden der Haushaltgrössen angepasst. Die verfügbaren Einkommen von Personen mit Behinderungen liegen in Norwegen und der Schweiz 10% und in Polen 15% unter dem jeweiligen nationalen Durchschnitt (Grafik 1.4). Schätzwerte für Polen und die Schweiz zeigen auf, dass sich die Situation in den vergangenen Jahren verschlechtert hat. In Norwegen verschlechtert sich die Einkommenssituation mit zunehmender Schwere der Behinderung. In Polen ist das Gegenteil der Fall.

Sind 10–15% unter dem Durchschnitt liegende Einkommen ein Erfolg oder eher Grund zur Besorgnis? Die entsprechenden Einkommen anderer wirtschaftlich anfälliger Gruppen sind oft schlechter, z. B. liegen die Einkommen von Alleinerziehenden in Norwegen und der Schweiz bei 65% und in Polen bei 55%; die Einkommen von über 75-Jährigen bei 65% in Norwegen, 80% in der Schweiz und 90% in Polen (Förster and Mira d'Ercole 2005). Folglich liegen die Einkommen von Personen mit Beeinträchtigungen in der Grössenordnung von 85–90% des Durchschnitts nicht ausserhalb des von anderen sozialpolitischen Zielgruppen erreichten Bereichs.

**Tabelle 1.4. Einkommen von Personen mit Behinderungen liegen gut 10% unter dem Durchschnitt**

Grad des relativen verfügbaren Einkommens nach Behinderung, neuste verfügbare Jahre<sup>a</sup>

		Bevölkerung im Erwerbsalter = 100				Gesamtbevölkerung = 100			
		Total Behinderung	Schwere Behinderung	Mittlere Behinderung	Nicht behindert	Total Behinderung	Schwere Behinderung	Mittlere Behinderung	Nicht behindert
Norwegen	2004	91.1	88.1	93.0	101.9	87.5	83.9	90.0	103.1
Polen	2000	85.8	85.6	85.8	102.3	90.0	92.4	90.0	101.4
	2004	83.1	88.5	82.2	102.2	88.9	95.5	87.2	101.3
Schweiz	1997	93.6	..	..	101.0	91.2	..	..	101.7
	2002	90.2	..	..	101.7	88.1	..	..	102.5

.. keine Angaben verfügbar.

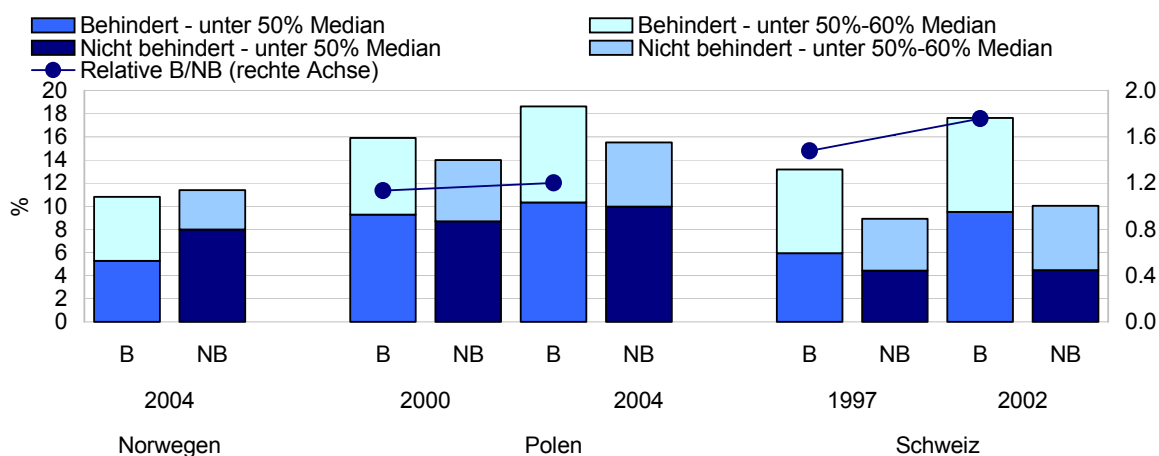
a) Das Einkommen bezieht sich auf das verfügbare Haushaltseinkommen pro Äquivalenzperson (Äquivalenzelastizität=0.5). «Mittlere Behinderung» bezieht sich in Polen auf das Total leichter und mittlerer Behinderungen.

Quelle: EU-SILC für Norwegen, Haushaltsbefragung für Polen, Gesundheitsbefragung für die Schweiz. Details und Erläuterungen zum Begriff «Invalidität» im Anhang zu Kapitel 1

Aus Grafik 1.5 (linke Achse) sind die Armutsraten für Personen mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen für zwei verschiedene Armutsschwellen ersichtlich (50% und 60% des nationalen Medianeinkommens). In Norwegen bedeuten tiefere Einkommen von Personen mit Beeinträchtigungen nicht automatisch ein höheres Armutsrisiko. Bei der 60%-Medianschwelle sind die Armutsraten bei Personen mit Beeinträchtigungen praktisch identisch mit denjenigen von Personen ohne Beeinträch-

tigungen, und bei der 50%-Medianschwelle ist die entsprechende Armutsrate sogar tiefer. Die Schweiz bildet hier das andere Extrem, da hier die Armutsrate von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Jahr 2002 80% über der Armutsrate von Personen ohne Beeinträchtigungen lag, wie mittels relativem B/NB-Armutsverhältnis (rechte Achse) dargestellt. Bei der 60%-Medianschwelle waren etwa 11% aller Personen mit Beeinträchtigungen in Norwegen und je 18% in Polen und der Schweiz von Armut betroffen. Bei der 50%-Medianschwelle trifft dies auf 6% der Behinderten in Norwegen und 10% der gleichen Gruppe in Polen und der Schweiz zu.

**Grafik 1.5. Höheres Armutsrisiko von Personen mit Behinderungen in Polen und der Schweiz**



Armutsrate nach Behinderungen, 50%- und 60%-Medianschwelle, neuste Zahlen<sup>a</sup>

- a) Armutsraten: Prozentualer Anteil der Personen mit weniger als 50% und 60% des nach dem Median angeglichenen verfügbaren Einkommens («median adjusted disposable income»). Das Einkommen bezieht sich auf das verfügbare Haushaltseinkommen pro Äquivalenzperson (Äquivalenzelastizität=0.5).

Quelle: EU-SILC für Norwegen, Haushaltsbefragung für Polen, Gesundheitsbefragung für die Schweiz. Details und Erläuterungen zum Begriff «Invalidität» im Anhang zu Kapitel 1

Schätzungen für Polen und die Schweiz zeigen auf, dass das Armutsrisiko unter den Personen mit Behinderungen schneller angestiegen ist als für den Rest der Bevölkerung im Erwerbsalter. Dies ist vor allem in der Schweiz der Fall. So ist die Armutsrate bei der 50%-Medianeinkommenshöhe von 6% auf knapp 10% gestiegen.<sup>3</sup>

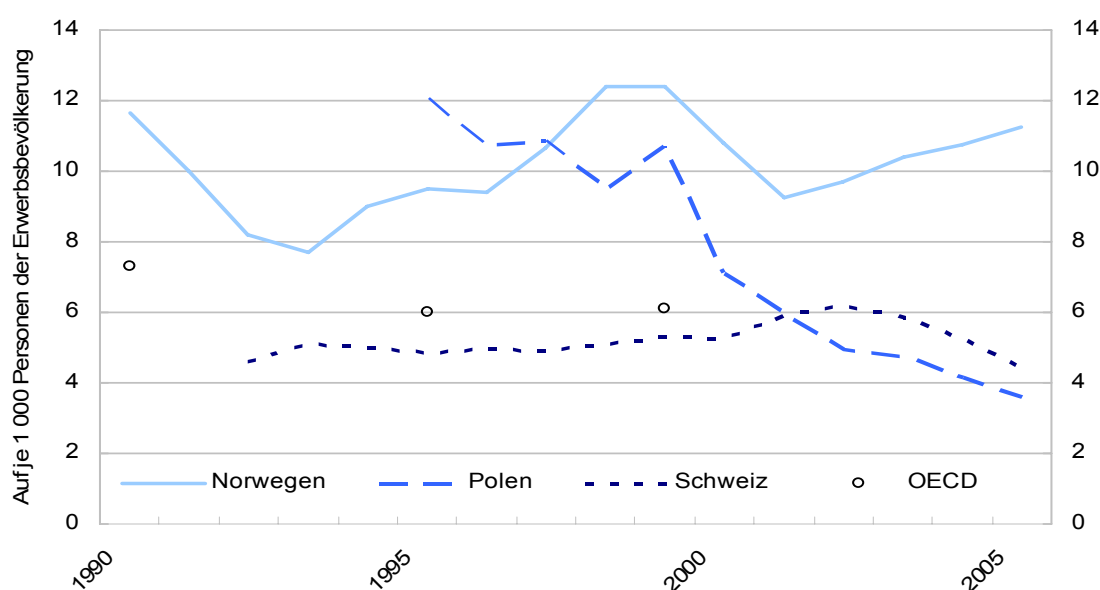
#### 1.1.4 Zahl der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssysteme senken

Eine Hauptherausforderung hinter der steigenden Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger bildet die erhebliche Anzahl von Personen, die erfolgreich um eine Leistung ansuchen. Diese Neuzugänge in Invaliditätsleistungen (nachfolgend als Invaliditätsneuzugänge, Leistungsneuzugänge oder Neuzugänge bzw. -eintritte bezeichnet) ergeben in den vergangenen 10–15 Jahren in den drei Ländern

3. Das relativ hohe und steigende Armutsrisiko von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Schweiz wird durch den hohen und steigenden Anteil von Invaliditätsleistungsbezügerinnen bestätigt, die einkommensabhängige Ergänzungsleistungen beziehen, z. B. 27% im Jahr 2004, verglichen zu nur einem Zehntel der Altersrentenbezügerinnen.

kein gemeinsames Muster. So schwankten die Leistungsneuzugänge in Norwegen (die sich anfangs der 1990er-Jahre auf über 1% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter beliefen) während der vergangenen 15 Jahre erheblich. Doch unterscheidet sich die Neueintrittsrate im Jahr 2005 nur unwesentlich von der 1990 verzeichneten Rate (Grafik 1.6). Hingegen sind die Neuzugänge in Polen kontinuierlich und steil zurückgegangen, nämlich um zwei Drittel, vom einst doppelten OECD-Mittel im Jahr 1995 auf ein deutlich unter diesem Durchschnitt liegendes Niveau. In der Schweiz lagen die Neuzugänge anfangs der 1990er-Jahre auf einem tiefen Niveau. Diese verliefen damals auch unter dem OECD-Durchschnitt, stiegen dann aber in den 1990er-Jahren leicht an. In den vergangenen Jahren hat indessen ein erheblicher Rückgang bei den Neuzugängen eingesetzt.

**Grafik 1.6. Unterschiedliche Entwicklung bei den Leistungsneuzugängen in Invaliditätssysteme in den letzten 15 Jahren**



Jährliche Leistungsneuzugänge in Invaliditätssysteme, auf je 1'000 Personen der Erwerbsbevölkerung, 1990-2005<sup>a</sup>

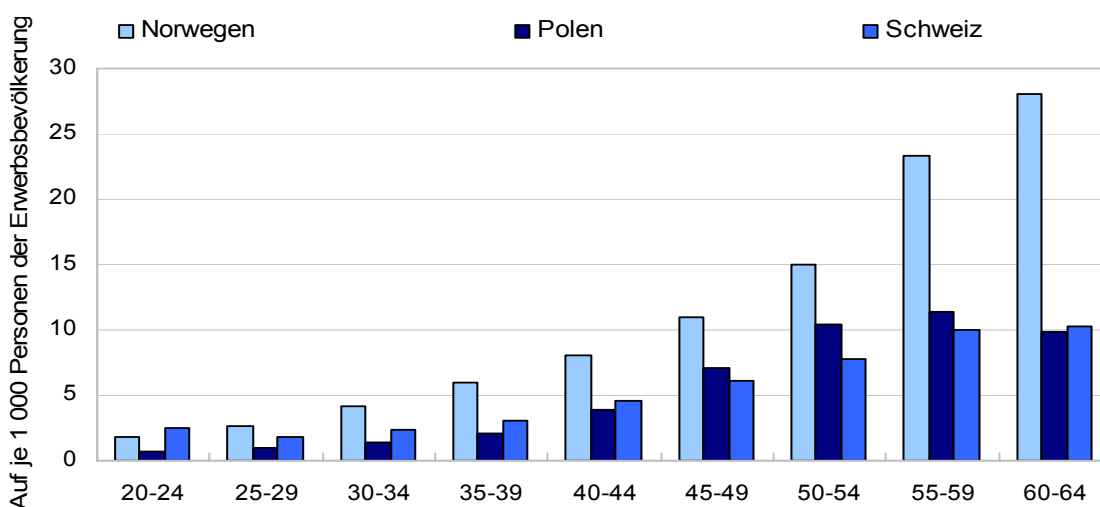
- a) Für Polen: ZUS-Invaliditätsneuzugänge im Vergleich zu nicht in der Landwirtschaft Beschäftigten. Alter 20-64 für Polen und die Schweiz, Alter 20-66 für Norwegen. OECD-Durchschnitt bezieht sich auf OECD-11.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV); OECD (2003a), *Transforming Disability into Ability*, für OECD-Durchschnitt.

In allen drei Ländern steigen die Neuzugänge mit dem Alter massiv an. So ist beispielsweise bei der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen die Wahrscheinlichkeit, eine Invaliditätsleistung zu erhalten, in Norwegen und Polen dreimal grösser als in der Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen; in der Schweiz zweimal grösser (Grafik 1.7). Deshalb machen die 50- bis 64-Jährigen die Hälfte oder über die Hälfte (Norwegen) der neu eintretenden Leistungsempfänger aus. In Norwegen sind die Neuzugänge im Schnitt 52 Jahre alt, in Polen 48 Jahre und in der Schweiz 47 Jahre. Zum Vergleich dazu betrug das durchschnittliche Alter in 20 OECD-Ländern 1999 rund 56 Jahre (OECD, 2003a). Dies lässt den Rückschluss zu, dass alle drei Länder im Vergleich zu anderen, trotz des grösseren Anteils von älteren Erwerbstätigen, die eine Invaliditätsleistung erhalten, eine relativ junge Bevölkerung aufweisen, die eine solche Invaliditätsleistung beantragen. Dies lässt sich für Norwegen und die Schweiz teilweise damit erklären, dass Personen mit Geburtsgebrechen oder während der Jugend erlittenen Behinderungen Leistungen beantragen können.

Die Länder weisen auch bedeutende geschlechterspezifische Unterschiede auf. So erhalten in Polen und der Schweiz mehr Männer als Frauen Invaliditätsleistungen, und zwar um 55% mehr in Polen und um 27% mehr in der Schweiz. Hingegen ist die Wahrscheinlichkeit, als Frau in Norwegen eine Invaliditätsleistung zu beziehen, um 27% grösser als für Norweger. Zudem konnten in allen drei Ländern markantere Änderungen bei den Neuzugängen von Frauen festgestellt werden, und zwar in beide Richtungen, sowohl aufwärts als auch abwärts. Daher ist die in Grafik 1.6 dargestellte Entwicklung bei den Neuzugängen weitgehend auf die gestiegene Invaliditätsrate Frauen zurückzuführen.

**Grafik 1.7. Höhere Wahrscheinlichkeit eines Invaliditätsleistungsbezugs bei älteren Arbeitnehmenden**



Jährliche Leistungsneuzugänge in Invaliditätssysteme, auf je 1'000 Personen der Erwerbsbevölkerung, nach Alter, 2004<sup>a</sup>

a) In Polen: ZUS-Invaliditätsneuzugänge im Vergleich zu nicht in der Landwirtschaft Beschäftigten.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

In all diesen Vergleichen muss Folgendes beachtet werden: Die Zahlen zur Berechnung der Leistungsempfänger- und Neueintrittsraten für Norwegen und die Schweiz beziehen sich im Bericht jeweils auf die Anzahl von Invaliditätsleistungsempfängern und Leistungsneuzugängen in Bezug auf die gesamte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter entspricht dem durch diese Leistungssysteme in diesen beiden Ländern gedeckten Bevölkerungsteil. Für Polen werden die Invaliditätsraten aus Bemessungsgründen, d. h. unterschiedliche Deckungsregelungen, die andere Berechnungsverfahren erfordern, und wegen der beschränkten Datenverfügbarkeit für beide sozialen Systeme als auch für das gesonderte System für die Landwirte auf andere Weise als für die beiden anderen Länder berechnet. In Polen wird der Prozentanteil aus dem Verhältnis der ZUS-Neuzugänge bzw. der Anzahl ZUS-Invaliditätsleistungsempfänger zu den nicht in der Landwirtschaft Beschäftigten berechnet. Damit wird die inaktive Bevölkerung sowie die in der Landwirtschaft Tätigen sowohl im Nenner als auch im Zähler nicht miteinbezogen. Die aus diesem Ansatz resultierende Abweichung bezüglich Vergleichbarkeit ist relativ gering (Kasten 1.2).

### Kasten 1.2. **Berechnung von vergleichbaren Leistungsempfänger- und Neueintrittsraten für Polen** **Wo liegt das Problem?**

Länderübergreifende Vergleiche von Leistungsempfänger- und Neueintrittsraten werden durch die Unterschiede in den Deckungsregelungen beeinflusst. Die Invaliditätsversicherungssysteme in Norwegen und der Schweiz decken die gesamte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, unabhängig vom Erwerbsstatus und Zeitpunkt des Auftretens einer Behinderung. Polen hingegen hat drei parallele Systeme, die verschiedene Bevölkerungsgruppen decken: Die nicht in der Landwirtschaft Beschäftigten (ZUS-System), die in der Landwirtschaft Beschäftigten (KRUS) und die Nichterwerbspersonen (Sozialrenten). Die beiden ersten Gruppen müssen bestimmte Beitragskriterien erfüllen, während die letzte Gruppe nur eine einzige Anforderung erfüllen muss, nämlich, dass die Behinderung vor dem Erwachsenenalter oder während der Ausbildung eingetreten ist. Deshalb ist ein gewisser Anteil der Bevölkerung von den Leistungen ausgeschlossen (z. B. Hausfrauen, die nie erwerbstätig waren, ausser sie waren bereits als Kinder behindert). Vergleiche zwischen Polen auf der einen Seite und der Schweiz und Norwegen auf der anderen Seite können folglich nicht vollständig sein.

#### **Für diesen Bericht gewählte Lösung**

Die in der OECD (2003a) gewählte Lösung für dieses Vergleichbarkeitsproblem bestand darin, die entsprechenden Zahlen aller Systeme (bzw. Neuzugänge in diese Systeme) zu addieren, nachdem diese so bereinigt wurden, dass keine Doppelzähler enthalten sind, und diese Anzahl in Bezug zur gesamten Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zu setzen. Unterschiede bei den Ergebnissen aus den länderübergreifenden Vergleichen lassen sich dann teilweise durch die unterschiedlichen Deckungsregelungen erklären. Für Polen würde dieser Ansatz bedeuten, dass die ZUS-Invaliditätsleistungsempfänger (bzw. die ZUS-Neuzugänge) zu den KRUS-Invaliditätsleistungsempfängern und den Sozialrentenempfängern hinzugezählt würden. Dies ist allerdings wegen der fehlenden Daten nicht möglich. Über längere Zeit gesammelte Daten und all die notwendigen Angaben bezüglich Alter und Geschlecht für die bestehenden Bestände als auch für die Zu- und Abgänge sind nur für das ZUS-System erhältlich. Eine Begrenzung des Zählers auf die Arbeitnehmenden auf dem Arbeitsmarkt ausserhalb der Landwirtschaft erfordert ebenfalls eine entsprechende Begrenzung des Nenners. Die für Polen relevanten Zahlen beziehen sich über weite Teile des Berichts auf Berechnungen dieser Art. Daten im Zusammenhang mit dem KRUS-System und den Sozialrenten werden nur gelegentlich verwendet.

#### **Auswirkung dieser Lösung**

ZUS-Neuzugänge aus den nicht in der Landwirtschaft tätigen Erwerbstätigen widerspiegeln ziemlich genau die Gesamtneuberentungen aller drei Systeme bezogen auf die gesamte Risikopopulation. Nimmt man die zusammengefassten Daten von ZUS, KRUS und den Sozialrenten der Bevölkerungsgruppe der 20- bis 64-Jährigen des Jahres 2004 ergibt sich eine Neueintrittsrate von 3.5 auf 1000, was einem leicht tieferen Anteil entspricht, als wenn man die ZUS-Daten allein nimmt (4.1 auf 1000). Die KRUS-Neueintrittsrate betrug 9.8 auf 1000 im Jahr und fiel somit doppelt so hoch aus wie die ZUS-Neueintrittsrate. Die ZUS-Neuzugänge machen knapp zwei Drittel der gesamten Invaliditätsneuzugänge aus. Allerdings bestehen grosse Unterschiede nach Alter zwischen den drei Systemen. Während 80% der Neuzugänge bei den Sozialrenten die Altersgruppe der 20- bis 34-Jährigen betreffen, sind knapp 80% der KRUS-Leistungsempfänger im Alter von 50–64 Jahren. ZUS-Leistungen sind altersmässig etwas gleichmässiger verteilt und zwei Drittel der Neuzugänge fallen in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen an. Die Anzahl der Invaliditätsleistungsempfänger in Polen im Alter von 20–64 Jahren belief sich 2004 auf knapp 2.2 Millionen. Diese setzten sich zu drei Vierteln aus ZUS-Leistungsempfängern, zu einem Sechstel aus KRUS-Leistungsempfängern und zu einem Zehntel aus Sozialrentnern zusammen.

Bei der Verwendung der ZUS-Zahlen allein ergibt sich nur ein Vorbehalt, nämlich, dass die Veränderungen bei der Verwendung aller drei Systeme weit weniger markant erscheinen würden, denn der starke Rückgang bei den ZUS-Leistungsempfängern schlägt sich nur teilweise im KRUS-System nieder und steht in scharfem Kontrast zur vermehrten Anwendung der Sozialrenten.

### **1.1.5 Zunehmende Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme angehen**

Das vermehrte Invaliditätsvorkommen unter der Erwerbsbevölkerung in den industrialisierten Gesellschaften geht häufig einher mit einer zunehmenden «Medizinalisierung» der Arbeitsmarkt- und der gesellschaftlichen Probleme. Dieser Tendenz liegen mehr als nur ein paar Einzelfälle zugrunde. In Europa hat sich der Anteil von berufliche inaktiven Personen, die hauptsächlich deshalb keine Arbeit suchen, weil sie krank oder gesundheitlich beeinträchtigt sind, in den vergangenen zehn Jah-

ren faktisch beinahe verdoppelt, und zwar von unter 7% im Jahr 1995 auf über 13% im Jahr 2005 (Tabelle 1.5).

Diese Anteile sind indessen in den drei untersuchten Ländern viel höher und erreichen in Norwegen und Polen beinahe 30% (allerdings mit einem Rückgang in beiden Ländern von noch höheren Anteilen im Jahr 1995). In der Schweiz lag der entsprechende Prozentsatz bei 18.5%. Die Schweiz hatte über die vergangenen zehn Jahre eine Verdoppelung des Inaktivitätsanteils zu verzeichnen. Inaktivität infolge Krankheit oder Behinderung kommt unter Personen im mittleren Alter und unter älteren Personen häufiger vor. Es sind auch mehr Männer als Frauen, die aus Gesundheitsgründen aufhören, eine Arbeit zu suchen. Der Unterschied ist in der Schweiz besonders ausgeprägt, wo 12% der inaktiven Frauen, aber 34% der Männer infolge Krankheit oder gesundheitlicher Beeinträchtigung keine Arbeit suchen.

**Tabelle 1.5. Jeder dritte beruflich inaktive Mann sucht auf Grund von Invalidität keine Arbeit**

Inaktive Personen, die wegen Krankheit oder Invalidität keine Arbeit suchen, in % aller Inaktiven, 1995 und 2005

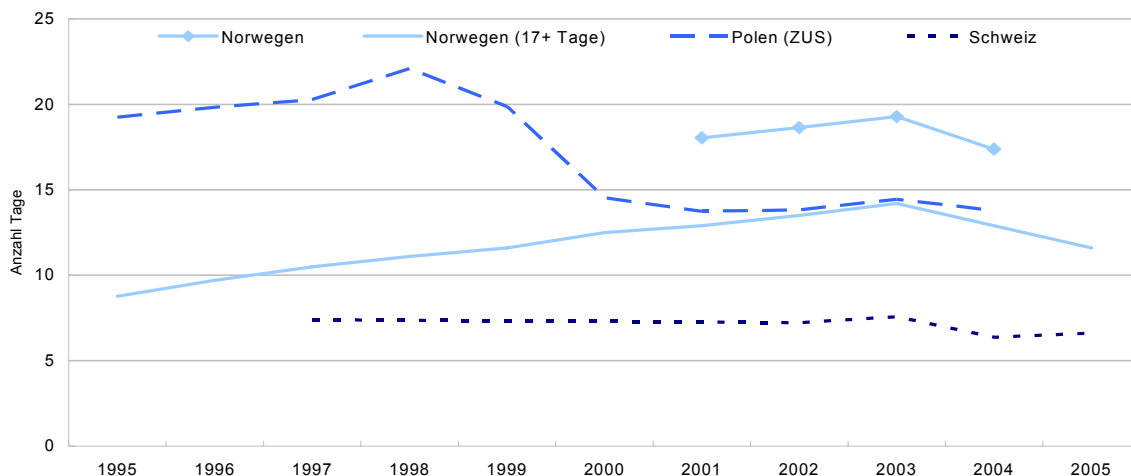
		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe		
			Mann	Frau	20-34	35-49	50-64
<b>Norwegen</b>	1995	38.6	47.1	33.7	8.8	42.3	68.5
	2005	29.8	34.2	26.9	12.8	34.9	39.5
<b>Polen</b>	1997	36.6	48.2	30.2	7.8	48.6	50.2
	2005	28.7	39.4	22.4	7.9	42.5	36.4
<b>Schweiz</b>	1996	9.2	26.0	5.0	3.5	10.6	12.5
	2005	18.5	34.2	12.1	6.9	22.2	23.2
<b>EU</b>	1995	6.8	13.3	4.7	3.2	6.4	9.1
	2005	13.3	19.8	10.1	5.1	18.4	15.7

Quelle: EU-Arbeitskräfteerhebung, 2006

Viele Wege führen schliesslich zu einer Invaliditätsleistung. Am häufigsten geht aber eine längere krankheitsbedingte Absenz voraus. Für viele Personen ist dies der Ausgangspunkt für den Bezug von Invaliditätsleistungen, zuerst vorübergehend, danach dauerhaft. Hohe bzw. steigende krankheitsbedingte Absenz kann deshalb weiter zur Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme beitragen. Es ergeben sich für die drei Länder bezüglich krankheitsbedingter Absenzen sehr unterschiedliche Zahlen. Norwegen hat mit einem Jahresdurchschnitt von 17 Tagen pro Arbeitnehmenden im Jahr 2004 die höchsten Werte zu verzeichnen (Grafik 1.8). Polen folgt mit 14 Tagen Fernbleiben pro Jahr und Angestellten (nur auf das ZUS-System bezogen) und die Schweiz verzeichnet mit 6-7 Tagen pro Arbeitnehmenden den tiefsten Stand.



**Grafik 1.8. Hohe Krankheitsabsenzenrate in Polen und besonders in Norwegen**



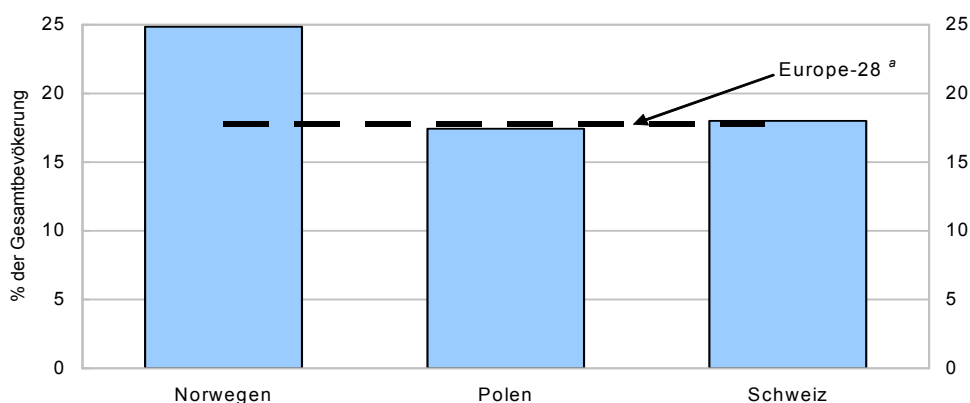
Durchschnittliche Anzahl krankheitsbedingte Absenztage pro Jahr und Arbeitnehmenden, 1995-2005<sup>a</sup>

a) In Polen beziehen sich die Zahlen einzig auf das ZUS-System.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (17+ Tage) und Polen, Arbeitskräfteerhebung für die Schweiz. Norwegen (Total): WHO (2006), European Health for All database (HFA-DB). Schweiz 1997: Observatoire suisse de la santé.

Eine weitere immer gewichtigere Herausforderung für die Krankheits- und Invaliditätspolitik ist die Zunahme der nicht genau spezifizierbaren Krankheiten, vor allem von psychischen Störungen. Es heisst, dass von den weltweit zehn hauptsächlichsten Invaliditätsursachen fünf auf psychische Zustände fallen (WHO, 2000). Bei den drei untersuchten Ländern weist Norwegen die gesamthft höchste Prävalenz von psychischen Störungen auf. Betroffen ist etwa ein Viertel der Gesamtbevölkerung. Der Anteil in Polen und der Schweiz bewegt sich nahe am europäischen Durchschnitt von etwa 18% (Grafik 1.9).

**Grafik 1.9. Sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen in Europa**



Prävalenz psychischer Störungen, in % der Gesamtbevölkerung, 2004

a) EU-25, Island, Norwegen und Schweiz.

Quelle: Andlin-Sobocki et al. (2005), "Cost of Disorders of the Brain in Europe", European Journal of Neurology, Vol. 12.

Dies hat zur Folge, dass der Anteil psychischer Störungen als Grund für Invaliditätsleistungen ebenfalls auf ein sehr hohes Niveau gestiegen ist. Aktuell beläuft sich dieser Anteil auf 17% aller Neueintritte in Polen, 25% in Norwegen und über 40% in der Schweiz (Tabelle 1.6). In Polen und der Schweiz sind zudem psychische Krankheiten bei Frauen ein häufigerer Grund für Invaliditätsleistungen als bei Männern (dies trifft nicht auf Norwegen zu). In Polen und der Schweiz erfolgte die *Zunahme* psychischer Krankheiten als Invaliditätsursache viel schneller, vor allem in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre.

**Tabelle 1.6. Psychische Störungen immer häufiger der Hauptgrund für den Bezug einer Invaliditätsleistung**

Anteil der psychischen Störungen verglichen mit allen anderen medizinischen Gründen bei IV-Leistungen, 1990-2004<sup>a</sup>

	Norwegen			Polen			Schweiz		
	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen	Total	Männer	Frauen
1990	19.6	19.8	19.3	..	..	..	..	..	..
1995	22.0	21.7	22.2	12.2	9.4	16.0	28.6	25.2	34.4
2000	23.9	25.1	22.8	16.2	12.6	21.6	37.2	33.5	42.6
2004	25.4	25.7	25.1	16.9	13.5	22.9	41.0	36.7	46.6

.. Nicht verfügbar.

a) Für Norwegen: Alter 16-66 im Jahr 1990 und 1995 bzw. 18-66 im Jahr 2000 und 2004. Für Polen und die Schweiz: Alter 20-64.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

### 1.1.6 Anzahl Abgänge aus Invaliditätsleistungen erhöhen

Eine weitere Herausforderung für eine erfolgreiche Invaliditätspolitik liegt darin, Wege zu finden, um Abgänge aus Invaliditätsleistungen zu verstärken und die Leistungsempfänger vermehrt in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Während gewisse politische Bestrebungen in den vergangenen Jahren erfolgreich darauf abzielten, die Neueintrittsraten in den Griff zu bekommen (siehe oben), sind die Leistungsabgänge über die vergangenen zehn Jahre konstant gesunken, z. B. von 9-10% auf knapp über 6% in Norwegen und der Schweiz (Tabelle 1.7). In beiden Ländern werden bei den Männern etwas mehr Abgänge verzeichnet als bei den Frauen. Anlass zu grosser Sorge geben hingegen die tiefen Austrittsraten von Personen mit Behinderungen im Alter von 20-49 Jahren. Diese belaufen sich nämlich auf gerade 1-2%.

Diese Indikatoren betreffen jedoch *alle* Abgänge aus Invaliditätsversicherungssystemen, nicht nur die in den Arbeitsmarkt. Die höheren Austrittsraten bei älteren Personen mit Behinderungen sind deshalb auf Frühpensionierungen und den Eintritt in die Altersrente und auf frühzeitigen Tod zurückzuführen. Nach Abzug der Abgänge aufgrund von Übertritten in die Altersrente und der Todesfälle, gehen die Austrittsraten markant zurück und zwar auf tiefe 1.5% in der Schweiz, 0.5% in Norwegen und 2.5% in Polen. Es ist also sehr unwahrscheinlich, dass Personen, die einmal eine Invaliditätsleistung beziehen, ein solches Leistungssystem je wieder verlassen.

**Tabelle 1.7. Nur wenige junge Invaliditätsleistungsempfänger treten aus den Invaliditätssystemen aus**

Abgänge aus den Invaliditätsleistungen in % aller Leistungsempfänger, nach Geschlecht und Alter, 1990-2004

		Gesamt	Geschlecht		Altersgruppe		
			Mann	Frau	20-34	35-49	50-64
Norwegen	1990	10.0	11.9	8.4	1.0	1.5	13.1
	1995	9.6	11.2	8.5	1.8	2.7	12.6
	2000	7.2	8.2	6.4	1.2	1.7	9.5
	2004	6.6	7.3	6.1	1.2	1.4	8.7
Schweiz	1992	9.2	10.6	7.3	3.5	2.7	14.2
	1995	8.5	9.6	6.9	3.0	2.3	13.3
	2000	7.2	8.0	6.2	2.1	1.8	11.7
	2004	6.5	7.0	5.9	2.3	1.9	10.2

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA) und Schweiz (IV).

Ein weiterer Hinweis auf die zahlenmässig sehr geringe Teilhabe der von Invalidität betroffenen Personen am Arbeitsmarkt gibt der Anteil der im Jahr 2003 infolge Krankheit oder Invalidität inaktiven Personen, welche im Jahr 2004 wieder beschäftigt wurden. Angaben für Polen und Norwegen legen nahe, dass 3-4% der Personen mit Behinderungen in den Arbeitsmarkt eintraten, verglichen mit 5% aller Inaktiven in Polen und 18% in Norwegen (Tabelle 1.8). In beiden Ländern haben die meisten Personen mit Behinderungen, die eine Arbeit fanden, Teilzeit gearbeitet. Diese Entwicklung trifft indes auch auf inaktive Personen ohne Behinderung zu, die neu auf den norwegischen Arbeitsmarkt strömen. Über ein Fünftel aller Nichtaktiven, die eine Anstellung fanden, verfügen über eine höhere Bildung. Bei den inaktiven Behinderten ist dieser Anteil in beiden Ländern sehr viel tiefer.

**Tabelle 1.8. Teilzeitarbeit bei einem Grossteil der Behinderten, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen**Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und Verteilung nach ausgewählten Kriterien (Prozentsätze addiert zu 100)<sup>a</sup>

	Behindert	Total Inaktive	Verteilung in %								
			Wirtschaftssektoren			Bildungsniveau			Arbeitsstunden		
				Behindert	Total Inaktive		Behindert	Total Inaktive		Behindert	Total Inaktive
Norwegen	3.7	17.6	Landwirtschaft	8.9	3.8	Tief	23.3	24.3	Vollzeit	31.7	37.9
			Industrie	9.7	12.1	Mittel	70.5	49.4	Teilzeit	68.3	62.1
			Dienstleistungen	81.4	84.1	Hoch	6.2	26.3			
Polen	2.9	5.1	Landwirtschaft	56.6	25.7	Tief	37.1	20.5	Vollzeit	37.8	60.8
			Industrie	14.1	19.8	Mittel	56.1	58.0	Teilzeit	62.2	39.2
			Dienstleistungen	29.2	54.5	Hoch	6.8	21.6			

a) Die Zahlen beziehen sich auf Inaktive im Jahr 2003, die 2004 eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben und sich selber als gesundheitlich beeinträchtigt bzw. behindert einstufen.

Quelle: EU Labour Force Survey, 2004

Dass Personen mit Behinderungen nur in wenigen Fällen wieder ins Erwerbsleben zurückfinden, kann sowohl auf nachfrage- als auch auf angebotsbezogene Faktoren zurückzuführen sein. Das Zusammenspiel verschiedener Leistungen (Invaliditätsleistung, aber auch Leistungen wie Sozialhilfe, Wohnungs- oder Familienzuschüsse, usw.) und einer nach Einkommen abgestuften Besteuerung kann zu Situationen führen, die es lohnenswerter machen, nicht zu arbeiten bzw. die Arbeitszeit nicht zu erhöhen (siehe Kapitel 4).

### **1.1.7 Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen verstärken**

Parallel bestehende Sozialschutzprogramme zur Deckung verschiedener Lebensrisiken und die mangelnde Koordination und Zusammenarbeit zwischen den entsprechenden Organisationen stellen eine weitere Herausforderung an die Politik in den drei untersuchten Ländern dar. Rentenversicherungen kommen als Erwerb ersatz bei Früh pensionierungen zum Zug; die Arbeitslosenversicherung deckt Erwerbslosigkeit; die Sozialhilfe ist bei Armut srisiken gefragt; die Krankengeldversicherung deckt kurzfristige Gesundheitsprobleme und die Invaliditätsversicherung länger dauernde gesundheitliche Schäden. Klare Abgrenzungen zwischen den verschiedenen «Kunden» und Risikogruppen als separate Einheiten finden sich immer weniger. So kann es sein, dass beispielsweise eine jüngere wirtschaftlich und sozial benachteiligte Person mit psychischen Problemen, die keine Stelle findet, zwischen den verschiedenen Systemen und Versicherungen hin- und hergereicht wird (siehe Kapitel 5).

Zudem werden Reformen in einer Versicherung nicht genügend mit den anderen Systemen koordiniert, was sich nachteilig auf das Invaliditätssystem als Ganzes auswirkt. Verschärfte Zugangsbestimmungen und strengere Arbeitskontrollen beispielsweise in der Arbeitslosenversicherung können zu einer Präferenzänderung unter den potentiellen Gesuchstellern führen und damit den Druck auf die verbleibenden nicht geänderten Leistungssysteme, zum Beispiel das Invaliditätssystem, verstärken. Wird die Attraktivität eines Systems gesenkt, z. B. durch tiefere Renten in der Altersversicherung oder den Abbau von Früh pensionierungsmöglichkeiten, kann dies die relative Attraktivität anderer Systeme heben, z. B. Pensionierung über Invaliditätssysteme. Vereinfachter Zugang zu befristeten Leistungssystemen, wie Krankengeldversicherungen, könnte dazu führen, dass Betroffene dem Arbeitsmarkt fernblieben, was letztlich deren Vermittelbarkeit und Arbeitsfähigkeit reduziert, und schliesslich über längere Sicht in zunehmende Leistungsanträge mündet. Mit solchen und ähnlichen Vorkommnissen waren alle drei Länder in der Vergangenheit zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedene Arten konfrontiert. In Norwegen zum Beispiel verlaufen krankheitsbedingte Absenzen und Invaliditätsneuzugänge (mit zweijähriger Verzögerung) tendenziell parallel und in Polen besteht eine enge Verbindung zwischen Früh pensionierungen und Invalidität.

## **1.2 Soziale und wirtschaftliche Faktoren**

### **1.2.1 Allgemeine Arbeitsmarktendenzen und Anforderungen**

#### ***Arbeitslosigkeitstrends***

Ein Haupthemmnis bei der raschen Verbesserung der Invaliditätspolitik in Polen stellt die negative allgemeine Arbeitsmarktsituation dar. 2005 war die Gesamtarbeitslosenquote von 18% höher als in allen anderen OECD-Ländern und betrug 26% bei der bildungsferneren Gruppe und 38% bei den unter 25-Jährigen (Tabelle 1.9). Hinzu kommt die hohe Langzeitarbeitslosigkeit: Betroffen sind über

zwei Drittel der Personen, die über sechs Monate lang arbeitslos sind und die Hälfte derjenigen, die über mindestens ein Jahr lang arbeitslos sind. Vor diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass Personen mit Gesundheitsproblemen und Behinderungen spezielle Hindernisse zu gewärtigen haben.

Polen ist es noch nicht gelungen, den Teufelskreis von hohen lohnunabhängigen Arbeitskosten, tiefer Beschäftigung in der offiziellen Wirtschaft, einem breiten inoffiziellen Sektor, einem hohen inaktiven Bevölkerungsteil und hohen Sozialausgaben zu durchbrechen. Unter diesen Umständen sind allgemeine politische Strategien zur verstärkten Arbeitsnachfrage berechtigt. Und zwar einschliesslich von Massnahmen zur Reduzierung von sowohl Arbeitskosten als auch der Steuerlast von tiefen Einkommen sowie Bemühungen um eine effizientere Gestaltung der aktiven Arbeitsmarktpolitik und der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Ebenso soll allgemein die Qualität der Ausbildung von Schulgängern massiv verbessert werden (OECD, 2004a). Allerdings tragen die durch den einfachen Leistungszugang geschaffenen «Inaktivitätsfallen» zu Polens tiefer Erwerbsquote bei. Deshalb sind Arbeitsangebotsstrategien ebenso wichtig, um die aktuell durch die Leistungssysteme bedingten Arbeitsmarktverzerrungen zu überwinden.

**Tabelle 1.9. Arbeitsmarkt im Jahr 2005: Tiefe Erwerbsquote und hohe Arbeitslosenquote in Polen**

Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit (in %), 2005

	Norwegen	Polen	Schweiz	OECD-Durchschnitt
Verhältnis Erwerbstätige/Bevölkerung				
Altersgruppe 15-64	75.2	53.0	77.2	65.3
Altersgruppe 15-24	52.9	20.9	59.9	42.5
Altersgruppe 15-64 mit tieferer Bildung als Sekundarstufe <sup>a</sup>	64.1	38.2	66.2	58.0
Arbeitslosenquote				
Altersgruppe 15-64	4.7	18.0	4.5	6.4
Altersgruppe 15-24	12.0	37.8	8.8	13.2
Altersgruppe 25-64 mit tieferer Bildung als Sekundarstufe <sup>a</sup>	3.9	25.9	6.1	7.9
Langzeitarbeitslosigkeit				
6 Monate und länger, Altersgruppe 15-64	25.3	71.6	59.2	47.0
12 Monate und länger, Altersgruppe 15-64	9.5	52.2	38.8	32.9

a) Zahlen für 2003.

Quelle: Arbeitskräfteerhebungen der einzelnen Ländern und der OECD (2005), *Education at a Glance*, OECD, Paris.

Norwegen und die Schweiz sind nicht mit derart akuten Arbeitsmarktproblemen wie Polen konfrontiert. So verzeichnen diese beiden Länder Erwerbsquoten, die sich unter den höchsten in den OECD-Ländern befinden. Und die Arbeitslosenquoten sind tief. Dennoch sind Arbeitslosigkeitstrends wichtig, um nachzuvollziehen, wie sich krankheitsbedingte Absenzen und Invaliditätsleistungen künftig entwickeln werden. In der Schweiz sind Probleme mit der Invalidenversicherung erst mit der Zunahme der Arbeitslosigkeit anfangs der 1990er-Jahre aufgetaucht. In diesem Licht gesehen, stellt die Zunahme der Arbeitslosenquote in den vergangenen Jahren und besonders der sehr rasche Anstieg des Anteils der Langzeitarbeitslosigkeit eine der wichtigen politischen Herausforderungen dar. 2005 betrug der Anteil der Personen, die über ein Jahr lang arbeitslos waren, 40% aller

Stellenlosen; der Anteil der Personen mit einer Arbeitslosigkeit von über sechs Monaten betrug 60%, womit diese Anteile höher als die in den OECD-Ländern verzeichneten Durchschnitte liegen.

Dass in Norwegen bedeutende Schwankungen der Arbeitslosenquote zu verzeichnen sind, ist auf den engen Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und krankheitsbedingten Arbeitsabsenzen zurückzuführen.<sup>4</sup> Von Mitte der 1980er-Jahre bis 2000 stiegen die Absenzen infolge Krankheit in Norwegen nämlich immer dann deutlich, wenn die Arbeitslosigkeit zurückging, und umgekehrt.<sup>5</sup> Langzeitabsenzen infolge Krankheit wiederum sind in Norwegen die hauptsächlichste Ursache für den Bezug von Invaliditätsleistungen und die Nichteilnahme am Erwerbsleben (Kapitel 2). Folglich ist die künftige Entwicklung der Arbeitslosigkeit für die Krankheits- und Invaliditätspolitik von entscheidender Bedeutung.

### **Restrukturierung der Wirtschaft und die Auswirkung auf die Gesundheit**

Ein häufig vorgebrachter Grund zur Erklärung der tiefen und fallenden Erwerbsquoten von Personen mit Behinderungen und deren hohe und steigende Abhängigkeit von gesundheitlich bedingter Einkommensunterstützung liegt in der laufenden Restrukturierung der Arbeitsmärkte und Arbeitsverhältnisse. In einem Umfeld stetig steigender Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit geht man davon aus, dass feste Daueranstellungen zurückgehen und Arbeitslast, Arbeitsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit zunehmen. All dies kann sich negativ auf die Krankheits- und Invaliditätsprävalenz auswirken, und zwar über zwei Kanäle: Erstens werden so genannte «Nischenarbeitsplätze» seltener und lassen damit weniger Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen mit reduzierter Arbeitsfähigkeit infolge gesundheitlicher Probleme und Behinderungen zu. Zweitens kann steigender Arbeitsdruck und sinkende Arbeitszufriedenheit an sich bei den Erwerbstätigen zu gesundheitlichen Problemen und schliesslich zu Invalidität führen.

Es ist schwierig zu sagen, welche Tragweite Arbeitsmarktrestrukturierungen und der damit zusammenhängende Druck auf die Beschäftigten haben, da verfügbare Indikatoren unvollständig und nicht aussagekräftig sind. In Grafik 1.10 sind einige dieser Indikatoren zusammengefasst. Verglichen werden ausgewählte Arbeitsmarktbedingungen und –entwicklungen in Norwegen, Polen und der Schweiz mit den entsprechenden OECD-Durchschnittswerten.

Die Arbeitsproduktivität in Norwegen, Polen und der Schweiz entspricht dem Gesamtanstieg in den OECD-Ländern (Grafik 1.10, Tafel A). Polen und die Schweiz hatten nach 1998 höhere Zuwachsraten als vor 1998 zu verzeichnen. Die Veränderungen bei den Arbeitszeiten waren nur sehr geringfügig und die grossen Unterschiede zwischen den Ländern bezüglich Anteil der Personen, die über 40 Stunden pro Woche arbeiten (als Indikator für Arbeitslast), blieben weitestgehend konstant (Tafel B). Der Anteil von Zeitarbeitsverträgen (befristete Arbeitsverhältnisse) als Indikator für untypische Arbeit und Arbeitsplatzunsicherheit blieb in Norwegen, der Schweiz und der OECD insgesamt ebenfalls sehr stabil. Dies trifft indes nicht für Polen zu, wo dieser Anteil in den letzten fünf Jahren von

---

4. Askildsen *et al.* (2005) zum Beispiel zeigten die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Krankheitsdauer von mindestens 15 Tagen anhand von Paneldaten für die Jahre 1990-1996 auf. Die Auswirkungen erklären sich durch das Verhalten von vollversicherten Festangestellten und nicht durch die Zusammensetzung der Arbeit.

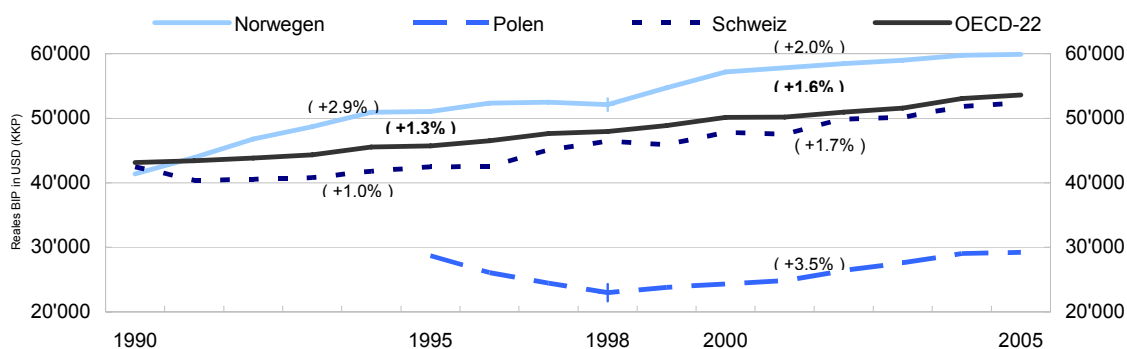
5. Seit 2000 verwischt sich dieser Zusammenhang allerdings etwas. Bis 2003 konnte ein deutlicher Anstieg bei den krankheitsbedingten Absenzen trotz steigender Arbeitslosigkeit sowie 2004 ein Rückgang der Absenzenraten trotz stabiler Arbeitslosigkeit festgestellt werden. Dabei handelt es sich vermutlich um eine vorübergehende Erscheinung, die im Zusammenhang mit den in diesem Bereich in den letzten Jahren unternommenen massiven Reformbemühungen steht (Kapitel 6), da es bei den Anreizen als solche nämlich keine Änderungen gab.

5% auf 25% gestiegen ist (Tafel C). Die Arbeitsplatzstabilität, gemessen an den Arbeitsplatzhalterhaltungsraten über fünf Jahre, ist in Norwegen, der Schweiz und auch in Polen tiefer als im Durchschnitt in den 15 EU-Ländern. Dennoch ergeben sich wiederum nur geringe Veränderungen über den Zeitraum hinweg (Grafik 1.10, Tafel D). Die Einstellungsraten lassen überall einen leichten Abwärtstrend erkennen, nämlich von rund 17% im Jahr 2000 auf rund 15% im Jahr 2004 (Tafel E).

Insgesamt sind die Angaben über Veränderungen in der Produktivität, Arbeitslast und Arbeitsplatzunsicherheit indessen nicht aussagekräftig. Die Änderungen sind nicht gross genug, um krankheits- und invaliditätsbezogene Tendenzen zu erklären. Auch stimmen die Richtungsänderungen nicht immer mit diesen Tendenzen überein. Studien über *Kausalzusammenhänge* zwischen wirtschaftlicher Restrukturierung und Gesundheit führen ebenso wenig zu einheitlichen Schlussfolgerungen, obschon Grasdal *et al.* (2005) feststellen, dass Arbeitnehmende in belegschaftsreduzierten Firmen in Norwegen mit grösserer Wahrscheinlichkeit krank werden und auch über längere Zeit krank bleiben. Eine andere in Norwegen durchgeführte Studie zeigt auf, dass zwischen 1993 und 1998 für Arbeitnehmende, die ursprünglich in belegschaftsreduzierten Firmen und solchen, die ganz schlossen, arbeiteten, eine um 28% grössere Wahrscheinlichkeit bestand, 1999 Invaliditätsleistungen zu beziehen, als vergleichbare Arbeitnehmende in Firmen ohne Personalabbau (Statistisches Amt Norwegen, 2005).

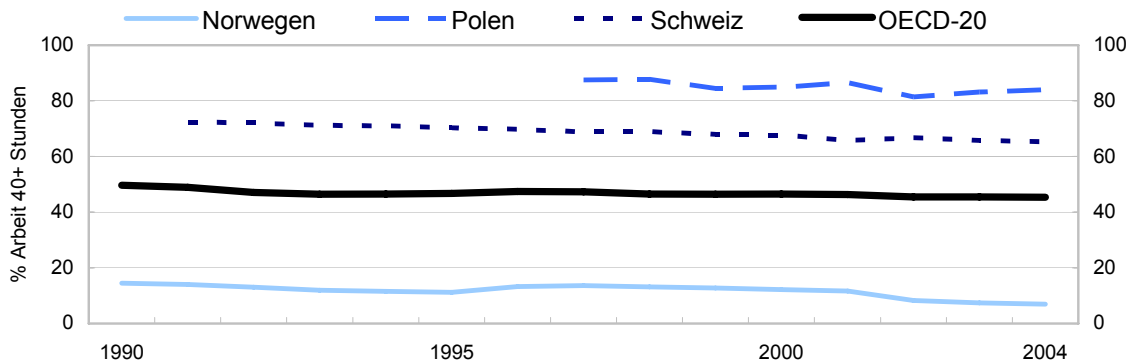
**Grafik 1.10. Nicht schlüssige Ergebnisse in Bezug auf das Arbeitsumfeld**

**Tafel A. Entwicklung der Arbeitsproduktivität je Arbeitskraft 1990-2005**  
 Reales BIP in USD KKP dividiert durch Anzahl Arbeitsplätze in der Wirtschaft

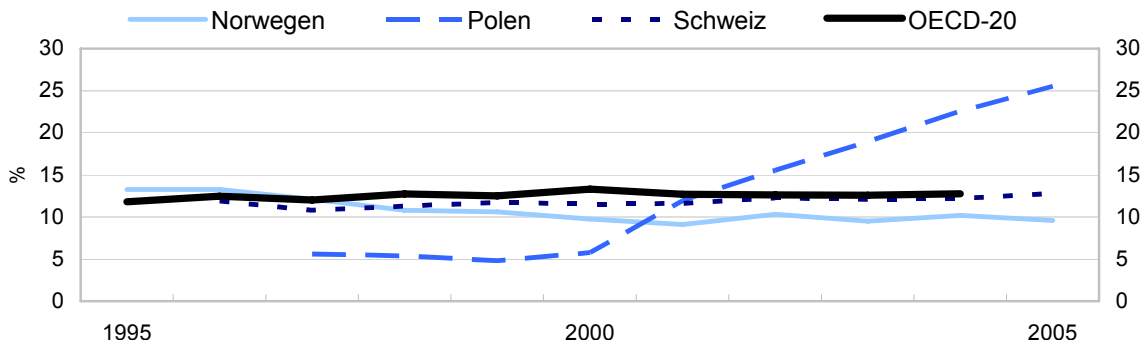


In Klammern: durchschnittliche jährliche Wachstumsrate für 1990-1998 und 1998-2005.

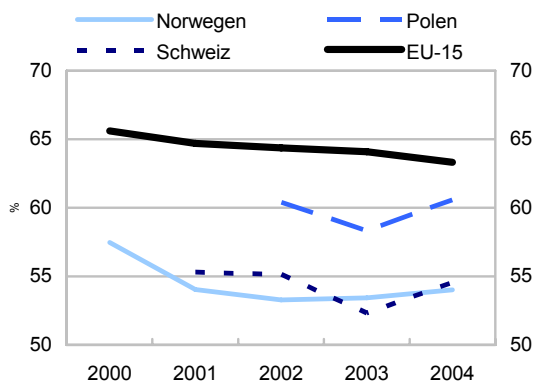
**Tafel B. Lange Arbeitszeiten, 1990-2004 (in % 40+ Stunden)**



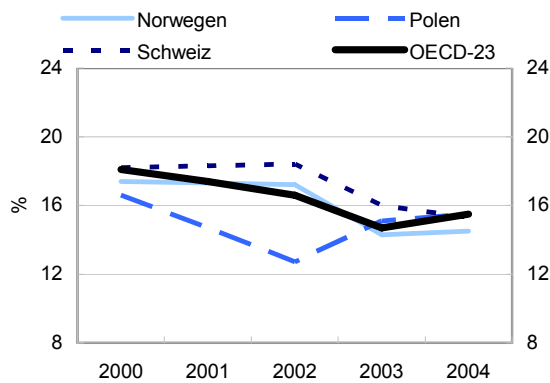
Tafel C. Befristete Arbeitsverträge, 1995-2005 (%)



Tafel D. Job-Rotations-Rate, 2000-2004  
Arbeitsverträge über 5 Jahre (in %)



Panel E. Einstellungsraten, 2000-2004  
Arbeitsverträge unter 1 Jahr (in %)



Quelle: OECD Economic Outlook; OECD-Daten bez. Arbeitsstunden; EU-Arbeitskräfteerhebung; nationale Quellen.

### Arbeitsbedingter Stress

In verschiedenen Ländern gibt es auch Belege über den abträglichen Einfluss von *wahrgenommener* Arbeitsplatzunsicherheit auf den vermeintlichen Gesundheitszustand der einzelnen (Domenighetti *et al.*, 1999 für die Schweiz, Ferrie *et al.*, 2002 für das Vereinigte Königreich, Burgard *et al.*, 2006 für die Vereinigten Staaten von Amerika). Das sich ständig ändernde Arbeitsumfeld hat wahrscheinlich zu einer Reihe von neuen Phänomenen mit gesundheitsschädlichen Einflüssen geführt. So zum Beispiel zunehmender Stress, Burn-out-Syndrom, Mobbing und Belästigung am Arbeitsplatz. Laut der 2000/2001 in 25 Ländern durchgeführten EU-Erhebung über Arbeitsbedingungen («*working conditions survey*») sind 28% aller Arbeitnehmenden von Stress bei der Arbeit betroffen. Polen kommt sehr nahe an diesen Durchschnitt (EWCO, 2005a). Mit 27% kommen die Schweizer Daten auf den fast gleichen Durchschnitt und verzeichnen seit den 1980er-Jahren eine steigende Tendenz (SECO, 2003),<sup>6</sup> wobei mehr Frauen und jüngere Arbeitnehmende betroffen sind. Die Schweizer Studie ergab zwar einen Zusammenhang zwischen Stress und wahrgenommener Arbeitsbelastung, aber keinen zwischen Stress und physischer Anforderungen einer Stelle.

6. Die in der Schweiz durchgeführte Studie geht von stressbedingten Gesamtkosten von 1.2% des BIP aus (medizinische Kosten und Kosten durch Produktionseinbussen infolge Arbeitsabsenz).



Studien aus europäischen Ländern belegen, das Mobbing, Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre zugenommen haben (EWCO, 2005b). Die Prävalenzindikatoren für Gewalt am Arbeitsplatz stiegen von 4% auf 6%, für Einschüchterung von 8% auf 10% und für sexuelle Belästigung von 1% auf 3%. Diese Zunahmen sind weitgehend auf Anstiege der Vorfälle bei den weiblichen Angestellten zurückzuführen. Mobbing (Belästigung am Arbeitsplatz) und die sich daraus ergebenden gesundheitlichen Folgen sind kürzlich in der Schweiz thematisiert worden (SECO, 2002). Mobbing betrifft 4.4% aller Arbeitnehmenden (laut Selbsteinschätzung). Die schädlichen gesundheitlichen Folgen von Mobbing sind deutlich erkennbar. So leidet beispielsweise knapp die Hälfte aller Mobbingopfer unter Depressionen, während dieser Anteil unter allen Arbeitnehmenden lediglich 14% ausmacht. Wie beim arbeitsbedingten Stress besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Mobbing und wahrgenommener Arbeitsbelastung, aber keine signifikanten Unterschiede nach Alter, Geschlecht, Bildung oder Wirtschaftssektor.

### **Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit**

Hierzu lässt sich Folgendes feststellen. Viel Druck bei der Arbeit kann zwar zu Krankheit und Verschlechterung der Gesundheit führen, aber das Fehlen von Arbeit (bzw. das Fernbleiben von der Arbeit) ist der Gesundheit noch abträglicher. Waddell und Burton (2006) zeigen anhand klinischer als auch invaliditätsbezogener Literatur auf, dass sich Arbeit im Allgemeinen positiv auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirkt und zwar von Gesunden als auch von vielen Personen mit Behinderungen und den meisten Leuten mit gewöhnlichen Gesundheitsproblemen. Arbeitslosigkeit kann sich erheblich negativ auf die Gesundheit auswirken, während Arbeit der Gesundheit und dem Wohlbefinden zuträglich ist und die negativen gesundheitlichen Auswirkungen von beruflicher Inaktivität und Arbeitslosigkeit ins Umgekehrte zu wenden vermag.<sup>7</sup>

Zudem zeigen Waddell und Burton (2006) auf, dass ein breit abgestützter Konsens darüber besteht, dass kranke oder behinderte Personen, wenn möglich in der Arbeit verbleiben oder die Arbeit so schnell als möglich wieder aufnehmen sollen. Und zwar aus folgenden Gründen:

- Arbeit hat therapeutische Wirkung
- unterstützt die Genesung und Rehabilitation
- führt zu besserer Gesundheit
- eliminiert bzw. verhindert schädliche physische/psychische/soziale Auswirkungen von Langzeitabsenzen und Beschäftigungslosigkeit
- senkt die Wahrscheinlichkeit von chronischer Invalidität und Langzeitarbeitsunfähigkeit

Zusammenfassend und trotz einer etwas dünnen Nachweisbasis lässt dies den Schluss zu, dass die Politik in einer Zwickmühle steckt. Die steigenden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt scheinen zu vermehrtem Druck und häufig zu mehr arbeitsbedingtem Stress zu führen, was wiederum zu gesundheitlichen Problemen, krankheitsbedingten Absenzen, Invalidität und schliesslich zum Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt führt. Doch ist man einmal weg vom Arbeitsmarkt, wirkt sich die fehlende Arbeitsstelle negativ auf den Gesundheitszustand aus. Es gilt, diesen Teufelkreis auf politischer Ebene anzugehen.

---

7. Wiederbeschäftigung wird mit verbessertem Selbstwertgefühl, verbesserter allgemeiner und mentaler Gesundheit sowie reduziertem psychischen Leiden in Verbindung gebracht. Das Ausmass dieser Verbesserung ist mit dem Ausmass der negativen Auswirkungen eines Arbeitsverlusts vergleichbar.

### 1.2.2 Gesundheitstendenzen und Invalidität in der Bevölkerung

Ein weiterer Grund für die zunehmende und teilweise mit den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt zusammenhängende Abhängigkeit von Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssystemen kann in der Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands der Bevölkerung liegen. Im folgenden Abschnitt wird indessen aufgezeigt, dass solche Argumentarien Veränderungen im Verlaufe der Zeit und Unterschiede zwischen den Ländern bei der Anwendung solcher Leistungssysteme nicht erklären können. Vielmehr besteht ein komplexer und unklarer Zusammenhang zwischen subjektiven und objektiven Gesundheits- und Invaliditätsindikatoren.

Wer ist eigentlich von Invalidität betroffen und wie viele Personen sind es? Im Folgenden wird «Invaliditätsprävalenz» als Anteil der Personen definiert, die ein dauerhaftes gesundheitliches Problem melden, das sie in der Gestaltung ihres Alltags beeinträchtigt. Es handelt sich also um einen selbst eingeschätzten Invaliditätszustand. In Polen waren 11% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von diesem Zustand betroffen, in Norwegen 13% und in der Schweiz 15% (Tabelle 1.10). Während dieser Prozentsatz über die letzte verfügbare Fünfjahresperiode in Norwegen und der Schweiz praktisch unverändert blieb, ging die Invaliditätsprävalenz in Polen zwischen 1996 und 2004 um zwei Prozentpunkte zurück.

**Tabelle 1.10. Invaliditätsprävalenz erhöht sich mit dem Alter und tieferem Bildungsniveau, speziell in Polen**

Tendenzen bei der selbst eingeschätzten Invalidität nach Geschlecht, Altersgruppe und Bildungsniveau, verschiedene Jahre<sup>a</sup>

		Gesamt (20-64)	Geschlecht		Altersgruppe			Bildungsniveau		
			Mann	Frau	20-34	35-49	50-64	Tiefer als Sekun- darstufe	Sekun- darstufe II	Tertiär- stufe
		Prävalenz- rate	Relative Prävalenz (Gesamtprävalenzrate = 100)							
Norwegen	2000	13.5	91	110	55	86	170	194	100	57
	2005	13.2	89	111	52	81	167	199	104	58
Polen	1996	13.5	105	95	21	78	250	195	74	44
	2000	12.4	106	94	22	79	239	195	84	34
	2004	11.3	109	91	28	70	229	218	88	32
Schweiz	1997	14.6	94	106	74	96	139	141	94	80
	2002	14.6	89	111	64	95	143	136	96	78

a) In Polen beziehen sich die Zahlen auf die «gesetzliche» Invalidität (siehe Anhang zu Kapitel 1).

Quelle: *Arbeitskräfteerhebungen in Norwegen und Polen; Gesundheitsbefragung Schweiz.*

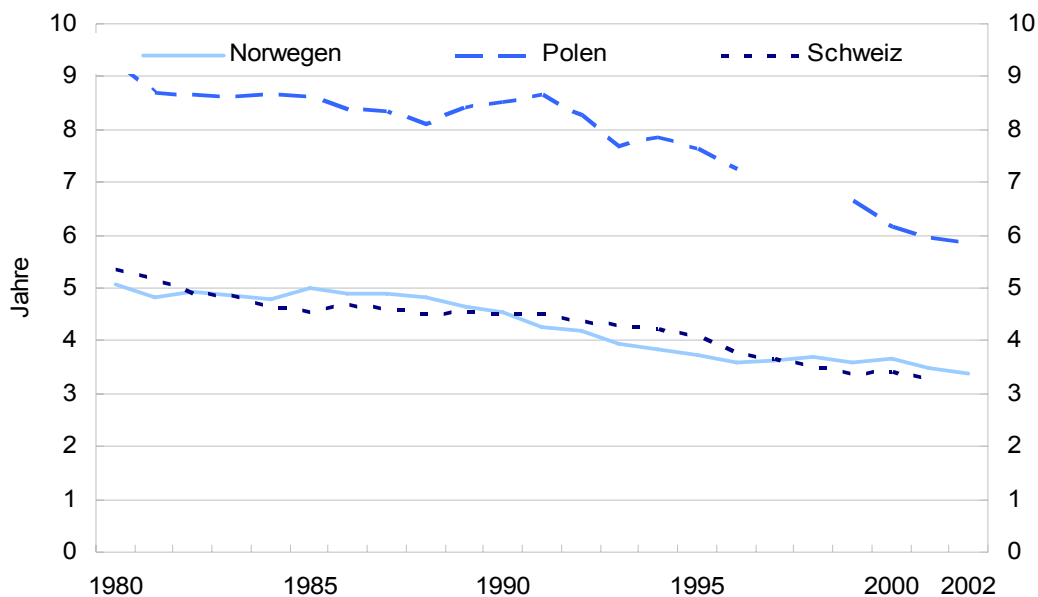
Die Invaliditätsprävalenz nach Selbsteinschätzung ist indessen keineswegs dasselbe wie der Prozentsatz von gemeldeten Leistungsanträgen wie oben beschrieben. Die Überschneidung dieser beiden Bevölkerungsgruppen mit der politisch angepeilten Zielgruppe beläuft sich normalerweise um die 50%, manchmal sogar darunter (detailliertere Besprechung dieser Thematik siehe im Anhang zu diesem Kapitel). Dies trifft auf alle OECD-Länder zu. In den 1990er-Jahren belief sich das OECD-

Mittel für Invaliditätsprävalenz nach Selbsteinschätzung auf rund 14% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter und die Invaliditätsberentung auf etwa 6% (OECD, 2003a).

Bei selbst eingeschätzter Invalidität sind die Unterschiede nach Geschlecht relativ klein. In Norwegen und der Schweiz sind Frauen häufiger von Invalidität betroffen. Wie im Übrigen in einer Mehrheit der OECD-Länder (siehe OECD, 2003a). In Polen sind umgekehrt mehr Männer als Frauen betroffen (Tabelle 1.10). Altersmässig ergeben sich weit grössere Unterschiede und in allen drei Ländern steigt die Invaliditätsprävalenz nach Alter abgestuft an, Dies trifft vor allem auf Polen zu. Allerdings ist diese Prävalenz zwischen 1996 und 2004 unter älteren Personen in Polen von 34% auf 26% gesunken; die rückläufige Gesamtprävalenz scheint somit hauptsächlich auf diese Entwicklung zurückzuführen zu sein. Bildung ist ebenfalls ein Faktor für Invaliditätsprävalenz. Dies trifft wiederum vor allem auf Polen zu, wo bildungsfernere Personen eine doppelt so hohe Möglichkeit aufweisen, sich invalid zu melden, als die gesamte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, während die Prävalenz bei Personen mit universitärer Bildung unter 4% beträgt.

Diese grosse und anhaltende Anzahl von Personen mit selbst eingeschätzter Invalidität bzw. mit Invaliditätsleistung muss vor dem Hintergrund eines verbesserten «objektiven» Gesundheitszustands der Bevölkerung gesehen werden. Ein Indikator für diese Verbesserung sind die «*potential years of life lost*» (PYLL), das heisst die verlorenen potentiellen Lebensjahre. Es handelt sich dabei um eine zusammengefasste Messung der frühzeitigen Sterblichkeit, die eine explizite Methode zur Gewichtung von Todesfällen im jüngeren Alter, die a priori vermeidbar wären, bietet. In allen drei Ländern ist dieser Wert stetig gesunken, und zwar um etwa ein Drittel seit 1980 und um etwa ein Viertel seit 1990. Während in Norwegen und der Schweiz der effektive PYLL-Wert sehr ähnlich ist, sind die entsprechenden absoluten Zahlen in Polen beinahe doppelt so hoch (Grafik 1.11).

**Grafik 1.11. Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands in allen drei Ländern**



Verlorene Lebensjahre (PYLL) bis Alter 70, in % der Bevölkerung, 1980-2002<sup>a</sup>

a) PYLL-Berechnung: Anzahl der Todesfälle in jedem Alter, multipliziert mit der Anzahl verbleibender Lebensjahre bis zu einem gewissen Alter. Hier bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres.

Quelle: OECD (2005), OECD Health Data 2005, OECD, Paris.

Zusammenfassend sei zum Schluss bemerkt, dass subjektive Gesundheits- bzw. Invaliditätsindikatoren ein völlig anderes Gesundheitsbild ergeben als objektive. Zeitliche Entwicklungen bezüglich krankheitsbedingter Absenzen und Invaliditätsberentungen geschehen unabhängig von Tendenzen bei den objektiven und subjektiven Gesundheitsindikatoren. Dies legt nahe, dass die Tendenzen bei den Krankengeldern und Invaliditätsleistungen in einem erheblichen Mass durch andere als Gesundheitsfaktoren beeinflusst werden.

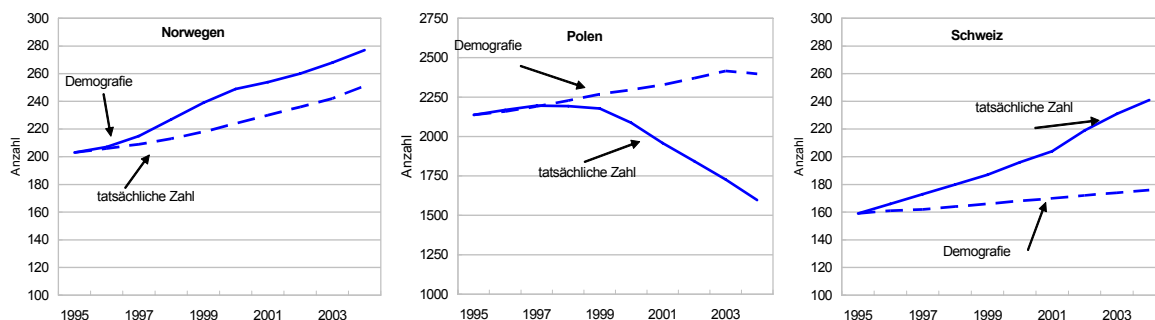
### **1.2.3 Auswirkung der demografischen Alterung**

Ein drittes, manchmal vorgebrachtes Argument für die steigende Anzahl von Personen, die Leistungen bei Krankheit und Invalidität beziehen, ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Wie oben dargestellt, steigen sowohl die Invaliditätsprävalenz und die Berentungen in den drei Ländern mit dem Alter massiv an. Ein grösserer Anteil von älteren Personen unter der erwerbsfähigen Bevölkerung wird sich deshalb in höheren Invaliditätsraten niederschlagen, unter sonst gleich bleibenden Voraussetzungen. In der Schweiz geht man beispielsweise davon aus, dass in den vergangenen zehn Jahren ein Fünftel des jährlichen *Ausgabenzuwachses* für IV-Renten auf Veränderungen in der Alterszusammensetzung zurückzuführen ist (BSV, 2005).

Inwiefern lassen sich kürzliche Tendenzen bei der Anzahl der Invaliditätsleistungsempfänger mit Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur erklären? Eine Methode, diese Thematik zu untersuchen, besteht in der Produktion einer geschätzten Zeitreihe von Leistungsempfängern über die letzten zehn Jahre für jedes Land, indem die alters- und geschlechtsspezifischen Empfängerraten für 1995 mit der Anzahl Personen in jeder Alters- und Geschlechtsgruppe multipliziert werden. Der Unterschied zwischen den Schätzwerten und den effektiven Tendenzen bei den Leistungsempfängern ist der Teil der Entwicklung, der sich aus den Veränderungen bei den Empfängerraten ergibt und sich deshalb nicht mit Grössenveränderungen der «gefährdeten» Bevölkerung erklären lässt.

Für die drei untersuchten Länder ergeben sich völlig andere Muster (Grafik 1.12). In Norwegen waren zwei Drittel des 36%-igen Empfängerzuwachses zwischen 1995 und 2004 auf Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung zurückzuführen, d. h. der verhältnismässig starke Anstieg der Anzahl älterer Arbeitnehmenden mit einem grösseren Invaliditätsrisiko. Das restliche Drittel lässt sich durch Veränderungen bei den Empfängerraten selber erklären.

**Grafik 1.12. Die Anzahl Leistungsempfänger war in Norwegen in der Vergangenheit stark demografiebestimmt**



Anzahl Leistungsempfänger 1995-2004, tatsächliche und geschätzte Zahlen, Datenbasis 1995<sup>a</sup>

- a) Die gestrichelte Linie «Demografie» bezieht sich auf *Schätzungen* zu den Bezügen ausgehend von konstanten alters- und geschlechtsspezifischen Empfängerraten 1995; die durchgezogene Linie bezieht sich auf die *tatsächliche* Zahl der Bezüge. Alle Daten beziehen sich auf die Altersgruppe 20-64. Für Polen: ZUS-System.

Quelle: OECD-Bevölkerungszahlen und Bezügerzahlen von Landesversicherungsverwaltungen.

In der Schweiz ist ein viel kleinerer Teil der zunehmenden IV-Rentnerinnen und -Rentner auf Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zurückzuführen. Seit 1995 stieg die Anzahl der IV-Rentnerinnen und -Rentner um 50% bzw. rund 80'000 Personen, wovon sich 20% durch die Alterung der Bevölkerung erklärt. In Polen ergibt sich wiederum ein anderes Muster. Dort hätte die Alterung der Bevölkerung eigentlich zu einem Anstieg von rund 12% bei den Invaliditätsleistungsempfängern führen müssen: Die effektiven Zahlen sind aber um 25% gesunken, nämlich von 2.2 Millionen im Jahr 1999 auf 1.6 Millionen Personen im Jahr 2004. Das bedeutet, dass der beträchtliche Rückgang ohne Alterung der Bevölkerung noch grösser ausgefallen wäre.

Doch es stellt sich eine weitere Frage: Wie werden sich die Empfängerraten und die effektive Empfängerzahl als Folge der erwarteten Alterung der Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten entwickeln, unter sonst gleich bleibenden Umständen? Durch die Verwendung von nationalen Bevölkerungsprognosen lassen sich künftige Tendenzen der Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger kalkulieren. Wiederum wird auch hier vorausgesetzt, dass die Empfängerraten nach Alter und Geschlecht ab 2004 konstant bleiben.

Die Ergebnisse aus diesen Prognosen sind in Tabelle 1.11 zusammengefasst. Für Norwegen und Polen wird über die nächsten zwei Jahrzehnte ein Anstieg der Empfängerraten um einen Prozentpunkt prognostiziert; für die Schweiz wird infolge Bevölkerungsalterung ein Anstieg von 0,3 Prozentpunkten erwartet. Danach werden diese Werte in Norwegen und der Schweiz im Grossen und Ganzen konstant bleiben, aber in Polen weiter ansteigen und im Jahr 2040 knapp drei Prozentpunkte über dem Wert von 2004 erreichen. Bei der *Anzahl* der Leistungsempfänger wird in Norwegen langfristig d.h. bis 2050 ein Anstieg um ein Fünftel prognostiziert, während die entsprechende Anzahl in Polen und der Schweiz um knapp ein Zehntel zurückgeht. Dies lässt sich weitgehend durch die Tatsache erklären, dass die den Prognosen zugrunde liegenden nationalen Bevölkerungsszenarien von einer längerfristigen Zunahme der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Norwegen ausgehen, aber diesbezüglich für Polen und die Schweiz mit sinkenden Werten rechnen. In Polen erfolgt erst nach 2040 ein Rückgang der Anzahl der Leistungsempfänger, während dieser in der Schweiz bereits ab 2020 einsetzt. Insgesamt erscheint deshalb der demografische Druck in Norwegen und Polen weit stärker.

**Tabelle 1.11. Einfluss der demografischen Entwicklung in Norwegen und Polen vergleichsweise grösser**

Geschätzte Anzahl Leistungsempfänger und Empfängerraten, 2004-2050<sup>a</sup>

	Norwegen		Polen		Schweiz	
	Anzahl Personen (in 1'000)	Empfängerrate	Anzahl Personen (in 1'000)	Empfängerrate	Anzahl Personen (in 1'000)	Empfängerrate
2004	277	10.1	2,169	9.2	241	5.4
2010	306	10.8	2,436	9.9	249	5.5
2015	309	10.8	2,424	10.0	252	5.6
2020	318	10.9	2,287	9.9	254	5.7
2025	324	11.1	2,212	10.1	250	5.7
2030	327	11.2	2,298	10.8	239	5.7
2035	320	11.0	2,418	11.6	230	5.6
2040	314	10.8	2,421	12.0	227	5.6
2045	322	10.9	2,267	11.9	227	5.6
2050	333	11.1	2,017	11.4	225	5.6

a) Die Ergebnisse beziehen sich für alle Länder auf die Altersgruppe 20-64. Für Polen: ZUS-System.

Quelle: Schätzungen des Autorenteam auf Grund von OECD-Bevölkerungszahlen und Bezügerzahlen von Landesversicherungsverwaltungen.

### 1.3 Fazit

Zusammenfassend lassen sich folgende Fakten ableiten:

#### **Leistungsabhängigkeit, Einkommen und Beschäftigung**

- In allen drei Ländern betragen die Ausgaben für Invaliditätsleistungen rund 2-3% des BIP und sind somit um mehr als doppelt so hoch als das OECD-Mittel von knapp über 1%.
- In der Schweiz beziehen über 5% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter eine Invaliditätsleistung, in Polen beträgt dieser Anteil 10% und in Norwegen über 11%.
- Über die letzten vier Jahre sind die durchschnittlichen Invaliditätsleistungen rascher gestiegen als das durchschnittliche Erwerbseinkommen.
- Personen mit Behinderungen verzeichnen konstant tiefere Erwerbsquoten als Personen ohne Behinderungen der gleichen Gruppe. Dieser Unterschied ist in Polen besonders gross. Zudem bestand in den letzten Jahren in allen drei Ländern eine steigende Tendenz.
- Die Arbeitslosigkeit ist unter Personen mit Behinderungen höher. Doch würden in Polen und in der Schweiz ein Viertel und in Norwegen ein Drittel der jüngeren inaktiven Personen mit Behinderungen gerne arbeiten.
- Die verfügbaren Einkommen von Personen mit Behinderungen sind 10-15% tiefer als die Einkommen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt. Die Armutsraten von Personen mit Behinderungen liegen in Polen und in der Schweiz über dem Bevölkerungsmittel, aber nicht in Norwegen.

### ***Invaliditätssysteme: Leistungsneuzugänge und -abgänge***

- Norwegen verzeichnet sehr hohe Neueintrittsraten (gut 1% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter). Die Schweiz liegt mit 0.6% im OECD-Durchschnitt. Infolge eines massiven Rückgangs in den vergangenen zehn Jahren sind die entsprechenden Anteile in Polen auf 0.4% und damit unter den OECD-Durchschnitt gesunken.
- Das durchschnittliche Alter beim Leistungsbezug liegt unter dem OECD-Durchschnitt und beträgt 52 Jahre in Norwegen, 48 Jahre in Polen und 47 Jahre in der Schweiz. Veränderungen bei den Neuzugängen in den letzten Jahren waren hauptsächlich auf den Anteil der neu eintretenden Leistungsempfängerinnen zurückzuführen.
- Eine zunehmende Medizinalisierung des Arbeitsmarkts und der Sozialprobleme führte zu hoher krankheitsbedingter Absenz, vor allem in Norwegen und Polen. Psychische Krankheiten sind zur bedeutendsten Einzelursache für den Zuspruch auf Invaliditätsleistungen avanciert, besonders in der Schweiz.
- Nur gerade geringe 1-2% der jüngeren Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen schaffen den Abgang aus der Invaliditätsleistung bzw. den Übergang in eine Erwerbstätigkeit. Es handelt sich dabei vorwiegend um Teilzeitarbeit.
- Durch die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit oder eine Erhöhung der Arbeitszeiten kann eine Person mit Behinderungen häufig nur ein sehr kleines Einkommen erzielen, manchmal gar keins, vor allem bei Einkommen, die unter dem Durchschnitt liegen.
- In allen drei Ländern sind die Tendenzen bei den Invaliditätssystemen auf verschiedene Weisen und mit unterschiedlichen Zeithorizonten an die Entwicklungen und Reformen an andere Leistungssysteme gekoppelt, z. B. Krankengelder, Arbeitslosenzuschüsse und Vorruhestandsrente.

### ***Auswirkung der exogenen Faktoren***

- Indikatoren gestützte Nachweise über Veränderungen im Arbeitsumfeld sind sehr gemischt. So kann die Zunahme von arbeitsbedingtem Stress im Zuge steigender Arbeitsmarktanforderungen zu vermehrten gesundheitlichen Problemen beitragen. Andere Indikatoren sind diesbezüglich allerdings weniger deutlich.
- Es besteht kein Zusammenhang zwischen den Entwicklungen bei den krankheitsbedingten Absenzen und den Invaliditätsleistungsempfängern einerseits und den Tendenzen von objektiven wie auch subjektiven Gesundheitsindikatoren andererseits.
- 10% bis 18% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter stufen sich als gesundheitlich beeinträchtigt ein. Die Überschneidung mit der Gruppe der Invaliditätsleistungsempfänger liegt unter 50%, was auf erhebliche Fehlerquoten bzw. Definitionsprobleme beim Einbezug bzw. Nichteinbezug von Personen hindeutet.
- Die Trends bei der Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger sind in Norwegen in den vergangenen zehn Jahren massiv durch die demografische Alterung beeinflusst worden. In der Schweiz liegt der demografiebedingte Zuwachs bei nur 20%. In Polen lag die Tendenzentwicklung eher an der Politik als an demografischen Faktoren.

- Prognosen über Anzahl und Raten bei den Invaliditätsleistungsempfängern in den kommenden Jahrzehnten deuten auf einigen Druck auf das System infolge der zunehmenden Alterung der Bevölkerung hin. Dies trifft besonders auf Norwegen und Polen zu.



## Anhang zu Kapitel 1

### Definition und Messung von «Invalidität»

Es ist nicht ganz einfach, das Ausmass von Invalidität bzw. Behinderungen zu erfassen und zu messen. Im Gegensatz beispielsweise zur Eventualität «arbeitslos» (eine Stelle haben oder nicht, eine Arbeit suchen bzw. für Arbeit verfügbar sein oder nicht) ist der Invaliditätszustand selten dichotom und viel eher eine Sache von Abstufungen bzw. Graden. Sehr ähnlich wie bei der gesellschaftlichen Ausgrenzung wird Invalidität in der heutigen Zeit als eine multidimensionale und dynamische Erscheinung verstanden, die über physische Beeinträchtigungen hinaus reicht und gesellschaftsrelevante Faktoren sowie Veränderungen im Laufe der Zeit miteinschliesst. Zwei Thematiken müssen dabei auseinandergehalten werden: Die verschiedenen definitionsbasierten Ansätze einerseits und die Erfassungsmethoden bzw. -instrumente andererseits.

#### **Zwei breit gefasste Definitionen von Invalidität**

Invalidität kann einerseits als *selbst eingeschätzter* Zustand oder andererseits als *gesetzmässiger* Zustand definiert werden, der auf administrativen Quellen beruht, z. B. Invaliditätsleistungsbezug. Häufig und vielleicht zu Unrecht beziehen sich diese beiden Definitionen auf «subjektive» bzw. «objektive» Invalidität. Es können nämlich sowohl subjektive als auch objektive Invaliditäten fehlerhaft gemeldet werden. Dies ist im Fall von selbst eingeschätzter Invalidität plausibel: Rückmeldungen können unter anderem davon abhängen, wie das Erwerbs- bzw. Leistungsergebnis aussieht, das man zu erklären wünscht. Auch «offizielle» Daten können indessen etwas einseitig ausfallen, wie kürzlich durch Johansson und Skedinger (2005) für Schweden aufgezeigt. Sie haben festgestellt, dass objektive verwaltungstechnische Daten durchwegs überhöhte Invaliditätszahlen aufweisen, was wahrscheinlich auf den Anreiz für die zuständigen Sachbearbeiter zurückzuführen ist, ihr Platzierungsergebnis aufzublähen.

Alle drei untersuchten Länder verwenden Daten und Indikatoren aus Definitionen nach Selbsteinschätzung als auch nach öffentlichen, das heisst verwaltungsbasierten Angaben. In Polen ergibt sich insofern eine spezielle Situation, als es dort drei verschiedene Definitionen von Invalidität gibt. Nämlich die «biologische» Invalidität (selbst eingeschätzter Zustand, aber auf körperliche Beeinträchtigungen begrenzt), die «gesetzliche» Invalidität (in Besitz eines offiziellen durch die örtlichen Behörden ausgestellten Zertifikats, das aber nicht unbedingt mit einem Anspruch auf eine Invaliditätsleistung einhergeht) und den Zuspruch einer Invaliditätsleistung (Rente für Landwirte, Rente für Nichtlandwirte, Sozialrente). Gemäss nationalen Daten erhielten 76% der «gesetzlich Invaliden» 2004 eine Invaliditätsleistung.

#### **Messmethoden und -instrumente**

Selbst eingeschätzte Invalidität wird über Umfragen bei den Haushalten gemessen. Obwohl die Beurteilung allgemein auf Antworten zu Fragen bezüglich des Bestehens von längerfristigen Gesundheitsproblemen basieren, die die Gestaltung des Alltags beeinträchtigen, fällt die detaillierte Fragestellung in den Umfragen und in den Ländern doch unterschiedlich aus. «Längerfristig» beispielsweise wird in Norwegen mit 6 Monaten und in der Schweiz mit 12 Monaten definiert. Der Leistungsempfangsstatus kann über verwaltungstechnische Daten oder mittels Umfragen ermittelt werden. Die Ergebnisse aus den beiden Quellen fallen möglicherweise unterschiedlich aus, und zwar aus den folgenden zwei Gründen. Verwaltungstechnische Daten zählen üblicherweise Fälle und nicht

unbedingt Personen, was letztlich bei Mehrfachleistungen zu Doppelzählungen führen kann. Andererseits basieren Umfragen auf den Antworten zu Fragen nach dem Leistungsbezugsstatus, was einige Leute lieber nicht offen legen.

**Im Bericht verwendete Messungsgrundlage und Definitionen**

Keine der oben erwähnten Definitionen und Erhebungs- bzw. Messungsarten steht über den anderen. Deren Anwendung hängt vielmehr vom untersuchten Thema (z. B. Gegenüberstellung von Ausgaben für Renten bzw. Leistungen und Einkommensadäquanz) und bisweilen auch von der Datenverfügbarkeit ab. Im Allgemeinen bezieht sich «Invaliditätsprävalenz» auf den selbst eingeschätzten Invaliditätszustand, während Invaliditätsleistungs-Risikorate (Invaliditätsneuzugänge) aus verwaltungstechnischen Daten berechnet werden. Im Fall von Polen indessen wird die Definition für «gesetzliche» Invalidität als Ersatz für Invaliditätsprävalenz verwendet, da «biologische» Invalidität zu einschränkend wäre (da sie sich nur auf psychische Störungen beschränkt), und obwohl an eine Zertifizierung gebunden, erfolgt der «gesetzliche» Status auch nach Selbsteinschätzung. Auf jeden Fall sollte man sich bei Ländervergleichen der jeweils verwendeten Definition bewusst sein, da sie häufig exakt abgegrenzte Bevölkerungsgruppen abdecken.

Das kann am besten mittels Vergleich einer Reihe verschiedener Indikatoren dargestellt werden. Subjektive Definitionen führen tendenziell zu höheren Invaliditätsraten (Tabelle 1. A.1). Dennoch können Schätzergebnisse zwischen den Ländern variieren, auch unter den Kategorien nach Selbsteinschätzung, die sehr ähnliche Definitionen verwenden, wie anhand des Vergleichs der Ergebnisse zwischen Norwegen und der Schweiz in Spalte C (basierend auf Arbeitskräfteerhebungen) und D (basiert auf anderen Umfragen) ersichtlich ist.

**Tabelle 1.A1. Prävalenz und Bezüge: unterschiedliche Definitionen von Invalidität**

Anzahl Personen im Erwerbsalter mit Behinderungen, in % zur gesamten Erwerbsbevölkerung, 2004<sup>a</sup>

	Gesetzliche Invalidität		Selbst eingeschätzte Invalidität			
	Bezüger (Register)	Bezüger (nationale Erhebungen)	Nationale Arbeitskräfteerhebungen	Andere nationale Erhebungen	EU-LFS (Arbeitsstatus)	EU-LFS (nicht auf Arbeitssuche)
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
Norwegen	10.6	8.3	16.3	18.0	8.1	5.8
Polen	9.6	8.6	11.3	11.6 (8.7)	8.7	8.7
Schweiz	5.3	4.0	10.3	14.6	..	2.8

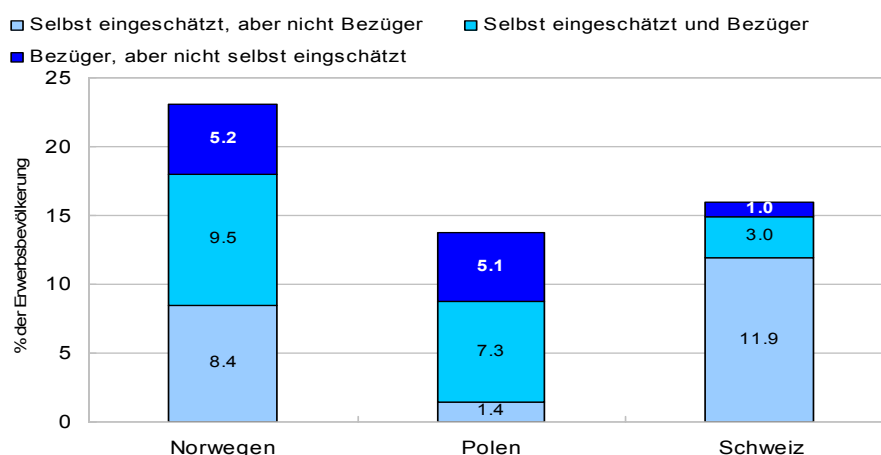
a) Quellen und Definitionen: Spalte A: Landesversicherungsverwaltungen. Spalte B: Poland: Arbeitskräfteerhebung 2004. Spalte C: Norwegen: Arbeitskräfteerhebung 2005 (selbst eingeschätzte Invalidität); Poland: Arbeitskräfteerhebung 2004 (Personen, die sich als gesetzlich invalid einstufen); Schweiz: Arbeitskräfteerhebung 2004 (Personen mit verminderter Fähigkeiten wegen Langzeitgesundheitsproblemen von über einem Jahr). Spalte D: Norwegen: EU-SILC 2004 (Langzeitkrankheit mit erschwerter Verrichtung der alltäglichen Tätigkeiten für mind. 6 Monate); Polen: HBS 2004 [Personen, die sich als gesetzlich invalid einstufen oder (in Klammern) «biologisch» invalid]; Schweiz: Gesundheitsbefragung 2002 (Personen mit verminderter Fähigkeiten wegen Langzeitgesundheitsproblemen von über einem Jahr). Spalte E: EULFS 2004 (Personen, die sich als «dauerhaft invalid» einstufen). Spalte F: EULFS 2004 (Personen, die wegen Krankheit/Invalidität keine Arbeit suchen).

Diese Zahlen zeigen auf, dass sich selbst eingeschätzte Invalidität und Leistungsbezug bei Weitem nicht deckt. In Grafik 1. A.1 wird näher auf die Überschneidung der beiden Kategorien eingegangen. Die Gesamthöhe der Balken im Diagramm zeigen das mögliche Invaliditätsvolumen an, d. h. Personen, die entweder nach Selbsteinschätzung behindert oder «offizielle» Leistungsempfänger sind (oder in Polen Inhaber eines offiziellen Zertifikats) oder beides. Dieser Anteil beläuft sich auf 23% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in Norwegen und 14-16% in Polen und in der Schweiz. Die Balkenmittelteile zeigen die Überschneidung zwischen den verschiedenen Invaliditätsdefinitionen an und ermöglichen erste Hinweise auf Bestandesabweichungen (infolge Einbezugs bzw. Ausschluss von Personen): Personen, die zwar als invalid registriert sind (bzw. in Polen Inhaber eines Zertifikats sind), sich selber aber nicht als invalid beschreiben einerseits sowie Personen, die sich selber zwar als invalid bezeichnen, aber keine Leistungen oder Renten erhalten andererseits.

Abweichungen bei den einbezogenen Personen scheinen in Polen höher zu sein: Rund 40% der Personen mit einem Invaliditätszertifikat (d.h. «gesetzlich Invalide») bezeichnen sich selber als nicht «biologisch» behindert, während der Prozentsatz der Leistungsempfänger, die sich als nicht invalid bezeichnen in Norwegen 35% und in der Schweiz 25% beträgt. Doch der höhere Prozentsatz in Polen ist durch eine strengere subjektive und eine breiter gefasste verwaltungstechnische Definition beeinflusst, die vielmehr auf Zertifikaten als auf Leistungsbezug basiert. Hingegen erscheinen ausschlussbedingte Abweichungen in Polen als viel geringer: Gerade 17% der «biologisch» Invaliden besitzen kein offizielles Zertifikat, während in Norwegen knapp die Hälfte und in der Schweiz eine grosse Mehrheit der selbst eingeschätzten Invaliden keine Invaliditätsleistung erhalten.

Diese zusammengefassten Indikatoren erfassen die ausschlussbedingten Abweichungen nur teilweise. Immerhin ist eine gewisse Anzahl der selbst als invalid eingeschätzten Personen erwerbstätig und erhält folglich keine Invaliditätsleistungen. Es wäre deshalb aussagekräftiger, Überschneidungsindikatoren für nichtbeschäftigte Invalide zu berechnen, die keinen Anspruch auf andere Sozialleistungen (besonders Altersrente) haben. Dies ist indessen mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich.

**Grafik 1.A1. Selbst eingeschätzte Invalidität und Leistungsbezug: Überschneidungen<sup>a</sup>**



In Prozenten zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, 2002 (Polen und Schweiz) und 2004 (Norwegen)

a) In Polen beziehen sich der Leistungsbezug auf «gesetzliche» Invalidität (d.h. mit Invaliditätszertifikat) und «selbst eingeschätzte» auf «biologische» Invalidität.

Quelle: EU-SILC 2004 für Norwegen; Volkszählung 2002 für Polen; Gesundheitsbefragung 2002 für die Schweiz.

Für Polen können einige weitere Eigenschaften der drei Gruppen von Personen mit Behinderungen analysiert werden. Tabelle 1.A.2 illustriert, dass Personen, die zwar «biologisch», aber nicht «gesetzlich» als invalid gelten (ausschlussbedingte Abweichung) häufiger Frauen, bildungsferner und jünger sind. Was die Unterschiede nach Bildung betrifft, so zeichnet sich ein umfangreicherer Rückgriff auf Früh- und Altersrenten ab, und bei den Unterschieden nach Bildung muss von Informationsproblemen bzw. Wissensvorsprüngen ausgegangen werden. Es kann Bedarf nach besserer Information über Anspruchsregelungen und vereinfachteren Abläufen bestehen. Des Weiteren hat die Erhebung ergeben, dass Personen, die über ein Invaliditätszertifikat verfügen, aber nicht «biologisch» invalid sind, viel eher im Bereich «leichte Behinderung» klassifiziert werden, als Personen mit biologischen Behinderungen (63% gegenüber 38%).

**Tabelle 1.A2. Polen: Merkmale von Personen mit Behinderungen, verschiedene Invaliditätsdefinitionen und Überschneidungen**

Prozentanteile, 2002

Merkmale											
Status Invalidität	Bildungs niveau: tief	Bildungs niveau: mittel	Bildungs niveau: hoch	Männer	Frauen	20-34	35-49	50-64	Leicht	Mittel	Schwer
Selbst eingeschätzt	39.9	54.9	5.2	46.7	53.3	11.5	31.4	57.1	..	..	..
Gesetzlich	32.8	61.5	5.7	52.0	48.0	8.5	29.5	62.0	62.5	32.0	5.5
Gesetzlich und selbst eingeschätzt	39.1	56.8	4.1	54.0	46.0	10.4	29.3	60.4	38.3	19.8	3.0

Quelle: Volkszählung Poland, 2002.

## 2 Begrenzung der Neuzugänge bei den Langzeitleistungen

Krankengeld- und Rehabilitationsprogramme führen in Norwegen, Polen und der Schweiz oft zu lebenslangen Renten und nicht mehr zurück ins Erwerbsleben. Negativ fällt dabei der hohe und steigende Anteil an Personen mit psychischen Erkrankungen auf, die schliesslich eine Invaliditätsleistung beziehen. Möglichkeiten, Gesundheitsprobleme zu erkennen und frühzeitig zu intervenieren, um Leistungszahlungen zu vermeiden, fehlen in allen Ländern. Doch berufliche und medizinische Rehabilitation kann ein sehr effizienter Lösungsansatz sein, sofern er sinnvoll eingesetzt wird. Die Rehabilitationssysteme sind vom Konzept her und in Bezug auf die Anspruchsvoraussetzungen in allen drei Ländern sehr unterschiedlich. Um die Leistungsneuzugänge in Invaliditätssysteme zu beschränken, müssen Gesundheitsprobleme so früh als möglich erfasst werden und es müssen klare Zielsetzungen in Bezug auf die medizinische und berufliche Rehabilitation formuliert werden. Im Vordergrund müssen dabei die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit stehen.

Alle drei Länder haben massgebliche Herausforderungen bezüglich der Eindämmung von hohen und im Fall von Norwegen und der Schweiz einer steigenden Anzahl von Invaliditätsleistungsempfängern zu bewältigen. Eine Möglichkeit, dieses Problem anzugehen, liegt in der Begrenzung der Neuzugänge bei den Langzeitleistungen. Hohe Neueintrittsraten haben verschiedene Ursachen, beispielsweise eine unzureichende medizinische Abklärungsstruktur, besonders während der Krankheitsphase, ungenügende oder unwirksame berufliche Wiedereingliederungsbestrebungen und fehlende Arbeitsanreize. Zu Anfang wird in diesem Kapitel besprochen, wie ein verbessertes Krankheitsmanagement dazu beitragen kann, Leistungsneuzugänge zu reduzieren. Des Weiteren wird auf die Bedeutung eines einwandfreien medizinischen und beruflichen Abklärungsverfahrens hingewiesen und ins Feld geführt, dass Rehabilitation ein wichtiges Instrument darstellt, vorausgesetzt, es wird sinnvoll eingesetzt. Durch das ganze Kapitel hindurch wird speziell die Rolle der Allgemeinärzte herausgestrichen sowie die Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmenden in den verschiedenen Phasen von der Arbeit bis zur Langzeitleistungsabhängigkeit hervorgehoben.

### 2.1 Krankheitsmanagement

Um die Invaliditätsneuzugänge anzugehen, ist es von wesentlicher Bedeutung, die Schritte, die zum Leistungsgesuch führen, nachzuvollziehen. In vielen Ländern sind Krankengelder oder Rehabilitationsmassnahmen Vorbedingungen für den Zuspruch von Invaliditätsleistungen. In anderen Ländern wiederum kann direkt in das Invaliditätssystem gewechselt werden, zum Beispiel über Arbeitslosenleistungen. In Norwegen und wohl auch in Polen und der Schweiz (entsprechende Zahlen liegen nicht vor), führt der Hauptweg zu Invaliditätsleistungen über eine längere krankheitsbedingte Abwesenheit. Deshalb ist ein einwandfreies Krankheitsmanagement zur Eindämmung der Invaliditätsneuzugänge unabdingbar. Dieser Abschnitt beginnt mit der Beschreibung von Wegen zu Invaliditätsleistungen in Norwegen. Danach folgt eine Besprechung von kurz- und langfristigen Krankheitsabsenzen und möglicher Wege für Neubeurteilungen und Absenzenkontrolle in den drei Ländern.

Laut einer von Fevang *et al.* (2004) durchgeführten Studie über die Wechsel zwischen verschiedenen Leistungssystemen in Norwegen im Zeitraum von 1993-2000 betrug die Wahrscheinlichkeit, dass Personen von Krankengeld- in Invaliditätssysteme wechselten 11% zu Beginn der Krankheitsphase, während 86% zur Arbeit zurückkehrten. Nach einem Jahr des Bezugs von Krankengeldern, stieg die Wahrscheinlichkeit, anschliessend Invaliditätsleistungen zu beziehen auf 40%. Dies kommt

dem Ergebnis in Tabelle 2.1 sehr nahe: Es zeigt sich, dass im Jahr 2004 42% aller neuen Invaliditätsneuzugänge, die ein Jahr vorher zudem Sozialleistungen bezogen, aus Krankengeldprogrammen übergetreten sind. Medizinische Rehabilitation ist mit 34% der zweit wichtigste Weg in die Invalidität, gefolgt von beruflicher Wiedereingliederung (22%). Doch die meisten Personen, die medizinische oder berufliche Rehabilitationsprogramme durchlaufen, haben ihre «Leistungsbezugslaufbahn» ursprünglich mit Krankengeldern begonnen.

Zwischen Arbeitslosenunterstützung und Krankengeldern wird sehr häufig hin und her gewechselt. Fevang *et al.* (2004) bestätigen, dass Personen mit gesundheitsbezogenen Leistungen zu einem früheren Zeitpunkt häufig arbeitslos waren. Sie ziehen den Schluss, dass die Wahrscheinlichkeit, eine Anstellung zu finden, für Personen mit Arbeitslosenunterstützung anfänglich 92% beträgt und die Wahrscheinlichkeit, letztlich bei Invaliditätsleistungen zu landen 2%. Nach einem Bezugsjahr in der Arbeitslosenversicherung sinkt die Wahrscheinlichkeit, eine Anstellung zu finden auf 79%, während die Möglichkeit, Invaliditätsleistungen zu beziehen, auf 6% steigt. Gemäss Untersuchungen von Nordberg and Røed (2002) über Invaliditätsneuzugänge im Jahr 2000 gingen knapp ein Viertel der Personen aus der Arbeitslosigkeit hervor und gar über 40% aller waren 20 bis 40 Jahre alt. Diese Zahlen zeigen auf, dass Arbeitslose häufig ein gesundheitliches Problem haben (oder vielleicht entwickeln), das letztlich in ein Gesuch um Invaliditätsleistungen mündet.

**Table 2.1. Über das Krankengeld in die Invalidität: häufigste Abfolge in Norwegen**

Leistungsneuzugänge bei Personen zwischen 20-66 Jahren und Verteilung nach Leistungen, 2003-04<sup>a</sup>

Status 2004	Status 2003 <sup>b</sup>					
	Arbeitslosenentschädigung	Krankengeld	Leistungen für medizinische Rehabilitation	Berufliche Rehabilitation	IV-Leistung	Leistungen insgesamt
	--	75.1	6.8	8.2	9.9	100.0
Krankengeld	39.4	--	5.4	12.1	43.1	100.0
Leistungen für medizinische Rehabilitation	1.8	74.0	--	17.4	6.7	100.0
Berufliche Rehabilitation	3.4	41.1	37.9	--	17.6	100.0
IV-Leistung	2.3	41.9	33.7	22.1	--	100.0
Frührente	21.0	67.0	1.3	0.0	10.7	100.0
Altersrente	4.2	5.6	0.9	0.0	89.3	100.0

- a) Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: Von allen neuen *Invaliditätsleistungsempfängern* im Jahr 2004, die 2003 eine andere Leistung bezogen, kamen 41.9% über das Krankengeld, 33.7% bzw. 22.1% über die medizinische und berufliche Rehabilitation und die restlichen 2.3% über die Arbeitslosenentschädigung ins IV-System hinein.
- b) Der Status 2003 bezieht sich auf Personen, die per 1. Januar 2003 Leistungen der sozialen Sicherheit bezogen. Der Status 2004 bezieht sich auf Personen, die per 1. Januar 2003 und auch per 1. Januar 2004 eine Leistung bezogen.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

### 2.1.1 Anhaltende krankheitsbedingte Absenzen

Aussergewöhnlich hohe Krankenstandsquoten haben in Norwegen dazu geführt, dass das Krankheitsmanagement als prioritär eingestuft wurde. Dies führte dazu, dass ein breites Massnahmenbündel zum verstärkten Miteinbezug von Arbeitgebern und Allgemeinärzten in die Wege geleitet worden ist. In der Schweiz stehen ebenfalls Massnahmen zur Diskussion, zum Beispiel Früherken-

nungsprogramme, obwohl krankheitsbedingte Absenzen kein so grosses Problem darstellen (die Anteile entsprechen der Hälfte des EU-Durchschnitts). In Polen gingen die krankheitsbedingten Absenzen im Jahr 2000 massiv zurück, hauptsächlich wegen einer Reform in der zweiten Hälfte des Jahres 1999, die strengere Meldeanforderungen für behandelnde Ärzte und im Falle einer Verlängerung einer bescheinigten Absenz eine Neubeurteilung durch Sozialversicherungsärzte erforderte. Auf nationalen Daten beruhende Zahlen ergaben für erstattete Tage pro Arbeitnehmenden in Polen einen Rückgang von 19.2 Tagen (1995) auf 13.8 (2004). In Norwegen entwickelten sich die Zahlen umgekehrt: von 7.8 Tagen im Jahr 1995 ist die Anzahl Tage pro Arbeitnehmenden und Jahr auf 14.2 Tage im Jahr 2003 gestiegen (mit den höchsten Werten; erstattete Tage durch die NIA-Landesversicherungsverwaltung). Dazu kommen rund fünf durch den Arbeitgeber bezahlte Absenztage. In der Schweiz ist die durchschnittliche krankheitsbedingte Abwesenheit mit 6.4 Tagen pro Arbeitnehmenden wesentlich tiefer.

Die steile Aufwärtstendenz in Norwegen hat sich im Jahr 2004 umgekehrt und erreichte 2005 11.5 Tage pro Arbeitnehmenden, d. h. ein Rückgang von beinahe 20%, verglichen mit 2003.<sup>8</sup> Dies ist indessen eine zu hohe Schätzung und ohne Mitberücksichtigung der selbst bescheinigten Krankenabwesenheiten. Der Mitte des Jahres 2004 eingeführte Tätigkeitsnachweis innerhalb von acht Wochen nach Ausstellung des letzten Krankenzeugnisses sowie die obligatorische Beurteilung der funktionalen Fähigkeiten und die Dokumentation durch einen Hausarzt hat eine bedeutende Rolle bei der Reduzierung von krankheitsbedingten Langzeitabwesenheiten gespielt. Dennoch betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer 2004 in Norwegen immer noch 65 Tage. Krankheiten des Bewegungsapparats und psychische Krankheiten machten zwei Drittel aller Absenzen aus, wovon 46% auf den Bewegungsapparat und 20% auf psychische Krankheiten fielen.

Die Gründe für die hohen und steigenden krankheitsbedingten Absenzen in Norwegen sind nicht einfach nachvollziehbar. Mehrere Faktoren werden als mögliche Erklärungen vorgebracht. Einer der genannten Faktoren ist die zunehmende Arbeitsknappheit. Wenn die Arbeit knapp ist, werden Stellen, die zu steigender krankheitsbedingter Absenz führen können, Personen angeboten, die ohnehin marginalisiert und Absenzen anfällig sind, z. B. wegen schlechter Gesundheit oder sozialen Problemen. Weitere mögliche Erklärungen liegen in der zunehmenden Effizienz, die Leute aus dem Arbeitsmarkt treibt und einen zunehmenden Personalabbau und Firmenfusionen begünstigt (Kapitel 1.2). Epidemiologische und klinische Forschungen haben ergeben, dass längere krankheitsbedingte Absenzen und Invalidität vielmehr von individuellen und arbeitsbezogenen psychosozialen als von biomedizinischen Faktoren oder körperlichen Arbeitsanforderungen abhängen (Walker-Bone and Cooper, 2005).

Im Gegensatz zu Polen, wo sich krankheitsbedingte Absenzen ziemlich konstant durch die Altersgruppen halten und in den älteren Gruppen sogar zurückgehen, steigen die Krankheitsabsenzen in Norwegen und der Schweiz mit zunehmendem Alter (Grafik 2.1).<sup>9</sup> Das norwegische und schweizerische Muster bezüglich Alter und Krankheitsabsenzen entspricht weitgehend der steigenden Invaliditätsprävalenz und den Invaliditätsneuzugängen in älteren Altersgruppen (Kapitel 1). In allen drei

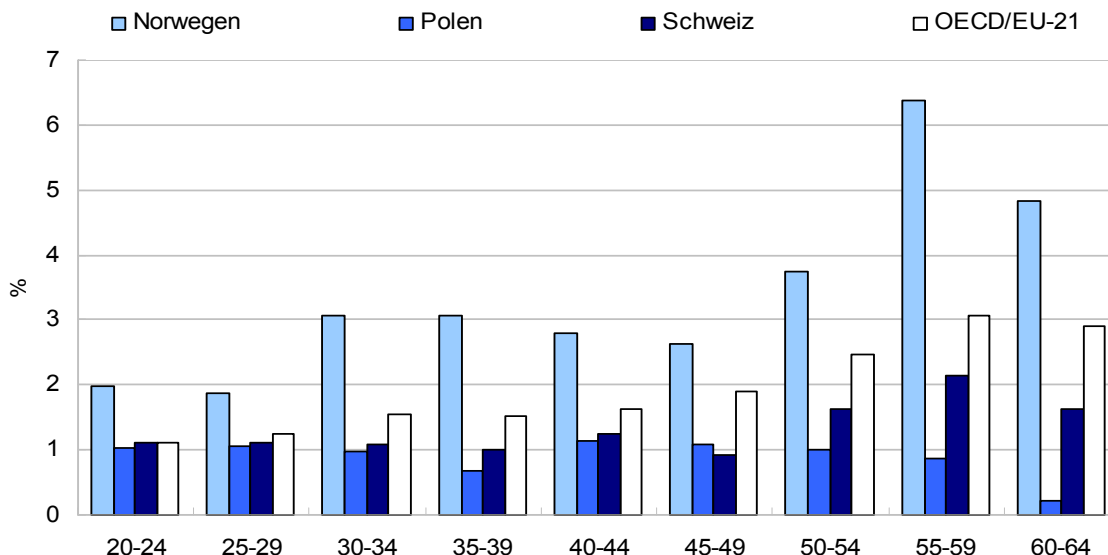
---

8. Die Zahlen des ersten Quartals 2006 zeigen, dass der Rückwärtstrend nicht anhält und krankheitsbedingte Absenzen wieder zunehmen.

9 Ein plausibler Grund für diese Unterschiede ist, dass die Erwerbsquote in Polen mit zunehmendem Alter markant zurückgeht, was in Norwegen und der Schweiz nicht in diesem Mass der Fall ist

Ländern ist die Zunahme der krankheitsbedingten Absenzen mit zunehmendem Alter indessen weniger markant als die mit dem Alter zunehmenden Invaliditätsleistungen. Dies kann wiederum mit der sinkenden Erwerbsquote bei den älteren Gruppen erklärt werden, d. h. Personen mit besserer Gesundheit und vielleicht auch mit besseren Stellen arbeiten in älteren Jahren weiter.

**Grafik 2.1. Markante alters- und länderspezifische Unterschiede bei den Krankheitsabsenzen**



Prozentanteil der Erwerbstätigen in jeder Altersgruppe, 2005<sup>a, b</sup>

- a) Erwerbstätige, welche angaben, die Woche vor der Erhebung wegen eigener Krankheit, Verletzung oder vorübergehender Behinderung nicht gearbeitet zu haben. Die Durchschnitte beziehen sich auf die Durchschnittszahlen aller Altersgruppen.
- b) Gewisse länderspezifische Gesetzgebungen können die Absenzenraten beeinflussen. 1) Die Dauer, während derer eine Person ein Krankengeld beziehen kann und weiter als erwerbstätig gilt, variiert von Land zu Land. 2) Gesetzliche Bestimmungen zum Arbeitnehmerschutz sind unterschiedlich. Dies hat zur Folge, dass abwesende Arbeitnehmende in gewissen Ländern eher entlassen werden können und somit nicht mehr als erwerbstätig gelten. Das Statistische Amt Norwegen hat aufgezeigt, wie sich die Absenzenrate verändern würde, wenn Krankengeld nur während 6 Monaten ausbezahlt würde (anstelle der heutigen 12 Monate). Die Absenzenrate betrüge dann im Jahr 2004 nicht 3.6%, sondern 2.9%.

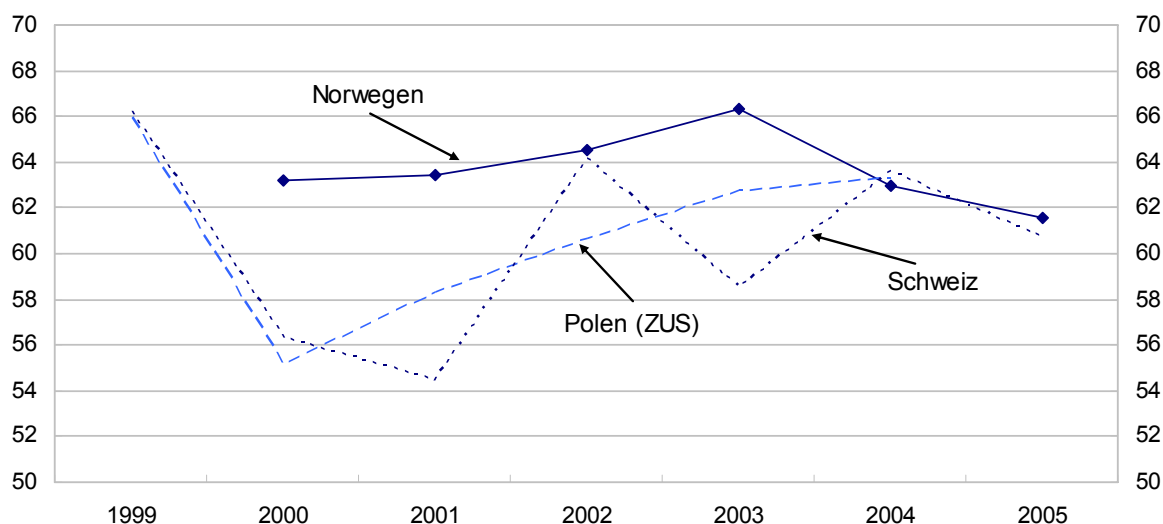
Quelle: EU-Arbeitskräfteerhebung

Seit 1999 haben sich die *längeren* krankheitsbedingten Absenzen (d.h. Absenzen, die einen Monat oder länger dauern) in den drei Ländern unterschiedlich entwickelt (Grafik 2.2). In Norwegen folgten die Langzeitkrankheitsabwesenheiten dem allgemeinen Trend der Absenzen, wie bereits in Kapitel 1 berichtet: Als die Krankheitsabsenzen 2003 ein Hoch erreichten, machten Langzeitkrankheitsabwesenheiten zwei Drittel aller krankheitsbedingten Absenzen aus und lagen somit höher als in Polen und der Schweiz. In Polen sind die Langzeitabsenzen mit 10 Prozentpunkten im Jahr 2000 markant zurückgegangen. Dies aufgrund von strengeren Vorschriften. Der in der Schweiz über den gleichen Zeitraum verzeichnete Rückgang lässt sich weniger klar begründen. Für Norwegen kann die Tendenz bei den längeren krankheitsbedingten Absenzen als Hinweis darauf gedeutet werden, dass darin die treibende Kraft für den steilen Anstieg der Gesamtabenzen lag. In Polen und der Schweiz sind die Langzeitabsenzen seit 2000 angestiegen, ohne dass sich bei den Gesamtabenzen eine



entsprechende Zunahme ergeben hätte. Aktuell liegt der Anteil der Langzeitabsenzen mit rund 62% in allen drei Ländern gleichauf.

**Grafik 2.2. Der Grossteil der krankheitsbedingten Abwesenheiten sind Langzeitabsenzen**



Langzeitkrankheitsabwesenheiten als Anteil an den gesamten Krankheitsabwesenheiten, 1999-2005<sup>a, b</sup>

- Zu beachten ist, dass Langzeitkrankheitsabwesenheiten in Norwegen bis zu 12 Monaten dauern können, aber nur bis zu sechs Monaten (verlängerbar auf 9) in Polen. In der Schweiz wird das Krankengeld bis zu 2 Jahren ausbezahlt.
- Langzeitkrankheitsabwesenheit in Norwegen wird definiert als 32 Tage oder länger, berechnet als Anteil an den gesamten krankheitsbedingten Absenztage im dritten Quartal jedes Jahres. In Polen sind es 34 Absenztage oder länger, berechnet als Total Absenztage. In der Schweiz handelt es sich um den Anteil Erwerbstätiger, die der Arbeit länger als eine Monat fernbleiben.

Quelle: Statistisches Amt Norwegen, Landesversicherungsverwaltung Polen (ZUS); Arbeitskräfteerhebung Schweiz.

### 2.1.2 Bedeutung von Kontrollen bei krankheitsbedingten Absenzen

In Norwegen durchgeführte Studien haben ergeben, dass ein Grossteil der Personen mit über sechs Monate dauernder und beendeter Krankheit bereits früher Krankengelder bezogen hat oder wieder beziehen wird. Zudem erhalten nahezu 30% der Personen mit Störungen des Bewegungsapparats oder psychischen Krankheiten drei Jahre nach dem Ende einer Krankheitsperiode, in der sie über sechs Monate oder länger Krankengelder bezogen haben, Invaliditätsleistungen (Nordberg und Røed, 2002). Die laufende Abklärung und Neubeurteilung des medizinischen Zustands sowie der funktionalen Fähigkeiten von Krankengeldbezüglern ist kostenintensiv, wird aber unumgänglich sein, um die potentiellen Invaliditätsfälle und damit den Übergang zu Langzeitleistungen zu vermeiden.

Dabei kommt der zeitlichen Abstimmung wesentliche Bedeutung zu. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den leistungssprechenden Institutionen, Allgemeinärzten und Arbeitgebern ist derweil eine Grundvoraussetzung. In allen drei Ländern sind bereits Massnahmen eingeleitet worden (Kapitel 6). Positive Ergebnisse waren in Polen zu verzeichnen, wo sowohl Krankheitsabsenzen als auch Invaliditätsneuzugänge markant zurückgegangen sind. In Norwegen sind die Krankheitsabsenzen unlängst zurückgegangen. Es ist aber noch zu früh, um zu beurteilen, ob sich dies auch in eine sinkende Invaliditätsneueintrittsrate niederschlagen wird. Es gibt seit kurzem Anzeichen für eine Kehrtwendung beim Rückgang der krankheitsbedingten Absenzen. Eine effiziente Überprüfung der

Krankheitsbescheinigungen ist ein wichtiges Element beim Krankheitsmanagement. Die wenigen Kontroll- und Überprüfungs-Möglichkeiten, die in dieser Hinsicht in der Schweiz und Polen bestehen, werden indessen kaum genutzt (Kasten 2.1).

**Kasten 2.1. Neubeurteilung und laufende Abklärung bei Krankheitsabsenzen**

In Polen und der Schweiz wird ab dem ersten Krankheitstag ein Zeugnis vom behandelnden Arzt verlangt. In Norwegen hingegen kann man sich bis zu einer Zeitdauer von drei Tagen (viermal pro Jahr) selber krank schreiben. In einigen Firmen bestehen sogar Vereinbarungen mit der lokalen Sozialversicherungsstelle, wonach die Mitarbeitenden sich bis zu acht Tagen (dreimal pro Jahr) selber krank melden können. In allen drei Ländern werden langfristige Krankheitsabsenzen durch einen Hausarzt beurteilt und laufend wieder neu untersucht.

Es bestehen länderspezifische Unterschiede bezüglich Kontrolle und Überprüfung dieser Entscheide. In Polen kann die staatliche Versicherung Kontrollen durchführen, auch Hausbesuche, aber erst nach Ablauf der Arbeitgeberfrist, d. h. ab dem 34. Tag der Abwesenheit. In der Praxis indessen sind solche Kontrollen nicht üblich und führen bei nur ungefähr 0.2% aller Krankheitsfälle zu einer Beendigung von Krankengeldzahlungen. In der Schweiz können private Versicherer, die eine Taggeldversicherung betreiben, ärztliche Entscheide überprüfen. Wiederum jedoch wird auch dies in der Praxis kaum angewendet, weil die zusätzlich anfallenden Kosten durch höhere Versicherungsprämien gedeckt werden (Kapitel 4). Norwegen verlässt sich voll und ganz auf den ärztlichen Entscheid, legt aber sowohl dem Hausarzt als auch dem Arbeitgeber zusätzliche Verpflichtungen auf. So müssen die ärztlichen Krankheitsbescheinigungen auf einer Beurteilung beruhen, die das Potential des Patienten zu Teilzeit- oder Vollzeitarbeit trotz des Gesundheitsproblems miteinbezieht (sog. Erwerbsfähigkeitstest).

Arbeitgeber spielen traditionell in allen drei Ländern einer sehr untergeordnete Rolle in der Krankheitsphase. Seit kurzem wird von den norwegischen Arbeitgebern erwartet, dass sie nach einer krankheitsbedingten Absenz von acht Wochen eines Arbeitnehmenden einen Follow-up-Plan erstellen (unter Beizug des Arbeitnehmenden und den so genannten lokalen Arbeitsplatzzentren). Auch in der Schweiz ist die Einführung von individuellen Wiedereingliederungsplänen zu einem frühen Zeitpunkt vorgesehen. Diese Pläne werden durch die öffentlichen Behörden ausgearbeitet, bedürfen aber in dieser Phase der Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber.

Personen, die infolge einer gesundheitlichen Schädigung arbeitsunfähig sind oder es werden könnten, werden häufig viel zu spät erkannt, d.h. erst dann, wenn deren Gesundheitszustand sich ernsthaft verschlechtert und ihre Bindung an den Arbeitsmarkt merklich nachgelassen hat. Zur Verbesserung dieser Situation ist in der Schweiz ein Modell in Planung, wonach Personen mit angeschlagenem Gesundheitszustand durch die Invalidenversicherung zu einem frühen Zeitpunkt kontaktiert werden, um deren persönliche Situation zu prüfen und abzuklären, welche Massnahmen zur Beibehaltung der bestehenden Arbeitsbeziehung erforderlich wären und was in dieser Hinsicht unternommen werden müsste. Zweifelsohne kann eine frühzeitige Intervention nur erfolgen, wenn die Situation früh erkannt wird.

In der Praxis werden in der Schweiz krankheitsbedingte Absenzen aus verschiedenen Gründen oft nicht gemeldet und registriert. Ein Grund dafür liegt in der Verletzung der Privatsphäre. Zurzeit dürfen Allgemeinärzte den Arbeitgebern keine Auskunft über den gesundheitlichen Zustand von Arbeitnehmenden geben und die Arbeitgeber dürfen ihre Arbeitnehmenden nicht nach dem Grund ihrer Absenz fragen. Die kürzliche Einführung eines Bonus-Malus-Systems innerhalb der Krankentaggeldversicherung ist vermutlich dieser Situation abträglich. Prämien privater Krankentaggeldversicherer sind risikodifferenziert («experience-rated») und basieren demzufolge auf der Krankengeschichte der Arbeitnehmenden. Arbeitgeber, die ihrem Versicherer Krankheitsfälle melden, müssen mit einer Prämienerrhöhung rechnen, weshalb eventuell nicht alle Fälle gemeldet werden. Zudem kann die späte Intervention auch durch die Passivität seitens der privaten Versicherer erklärt werden. Wenn der Krankheitszustand nämlich andauert und die betreffende Person schliesslich eine

Invaliditätsleistung bezieht, erhalten die Versicherten ihre während der Krankheitsperiode angefallenen Ausgaben von der Invalidenversicherung zurückerstattet.

Ein weiterer Schritt nach vorn könnte in der Anwendung eines besseren *Case-Managements* liegen. Case-Management bedeutet, dass jeder Krankheitsfall nach Gesundheitskriterien «durchleuchtet» wird und dass Personen mit möglichem Langzeitkrankheitspotential zusätzlich geholfen wird. Nach einer Erkennungsphase ist es wichtig, individuelle Vorgehensstrategien zu entwickeln, ähnlich den individuellen Vorgehens- und Follow-up-Plänen in Norwegen. Solche Abklärungen erfordern umfassende Informationen über die Personen und deren Beschäftigungsverlauf, aber auch die Zusammenarbeit aller involvierter Akteure. Diesbezüglich hat der wichtigste Schweizer Unfallversicherer, die SUVA, Massnahmen zur frühen Wiedereingliederung und Aktivierung umgesetzt. Die SUVA ist zudem die einzige Versicherung in der Schweiz mit einer Meldepflicht von gesundheitlichen Problemen von Arbeitnehmenden durch die Arbeitgeber. Deshalb weiss die SUVA früh über allfällige Probleme bei der Rückkehr zur Arbeit von Einzelnen Bescheid. In Kasten 2.2 werden zwei weitere gute Beispiele zusammengefasst, bei denen Case-Management zu positiven Ergebnissen geführt hat (aus Holland und Dänemark).

#### Kasten 2.2. Zwei gute Beispiele von Case-Management zur Reduzierung von Absenzen

Im Jahr 2003 wurde in Holland ein breit angelegter Versuch in zwei Regionen durchgeführt. Sachbearbeitende der Invalidenversicherung wurden angewiesen, Invaliditätsgesuche gründlicher als üblich zu prüfen. Diese intensive Prüfung zwang die Arbeitgeber dazu, sich stärker um die Rückkehr an den Arbeitsplatz von kranken Arbeitnehmenden zu bemühen, führte aber auch zur Selbstprüfung von potentiellen Invaliditätsgesuchstellenden. Die Ergebnisse waren sehr bemerkenswert und führten zu einem durchschnittlichen Rückgang um 13 Wochen bei Langzeitkranken und einer reduzierten Anzahl Invaliditätsgesuchen. Wichtig dabei war auch, dass sich keine Verlagerungseffekte in die Arbeitslosenunterstützung ergaben (Jong *et al.*, 2006).

Ein weiteres Beispiel von intensiviertem Case-Management, das zu einem Rückgang der Anzahl Langzeitkranker führte, kommt aus Dänemark. Eine durch Høgelund und Holm (2004) durchgeführte Studie ergab, dass Dänen mit einer Krankheitsdauer von über acht Wochen, die an Case-Management-Interviews teilnahmen, eine deutlich grössere Wahrscheinlichkeit aufwiesen, zur Arbeit zurückzukehren als jene, die nicht an solchen Interviews bzw. Gesprächen teilnahmen. Diese Ergebnisse gelten indes nur für die Rückkehr zum vorherigen Arbeitgeber. Keine positiven Auswirkungen zeigten sich hingegen bezüglich Aufnahme einer Arbeit bei einem anderen Arbeitgeber.

Abwesenheitskontrollen durch den Arbeitgeber sowie Abklärungen bzw. Kontrollen durch Sozialversicherungsstellen ist ein wiederkehrendes Thema in Norwegen. Diesbezügliche Probleme sind zum Teil durch ein neues Versicherungsgesetz gelöst worden. Der neue Ansatz umfasst die Aktivierung von Arbeitnehmenden mit gesundheitlichen Schädigungen (anstelle der blossen Zahlung von Krankengeldern) und alle beteiligten Akteure. Der Zweck des neuen Gesetzes liegt darin, Krankengelder beziehende Arbeitnehmende stufenweise wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren und deren Arbeitsfähigkeit zu testen sowie zu vermeiden, dass der Kontakt zum Arbeitsplatz verloren geht. Zu diesem Zweck werden nach Restarbeitsfähigkeit *abgestufte Krankengelder* angewendet, die bei 20% der vollen Leistung beginnen. *Aktiver Krankenurlaub* ist ein weiterer Weg, mit dem Arbeitsplatz in Kontakt zu bleiben. Dabei bezieht der Arbeitnehmende das volle Krankengeld (und der Arbeitgeber bezahlt keinen Lohn) und führt einige Arbeiten bzw. Aufgaben für den Arbeitgeber aus (Kasten 2.3).

Von allen Krankheitsfällen in Norwegen in der ersten Hälfte 2005 beliefen sich die Kategorien «abgestufte Krankengelder» auf 30% und die «aktiven Krankenurlaube» auf 7%. Die entsprechenden Zahlen für die erste Hälfte 2004 beliefen sich auf rund 22% bzw. 11% (Rikstrygdeverket, 2005). Ein Jahr nach

der Einsetzung dieser Massnahme durch das neue Gesetz konnte ein Rückgang bei den aktiven Krankenurlaube festgestellt werden, während beim Anteil der abgestuften Krankengelder ein Anstieg zu verzeichnen war. Dies entspricht der Zielsetzung, wonach Teilabsenzen verstärkt angestrebt und der potentielle Missbrauch von aktivem Krankheitsurlaub als günstigere Form von Teilabsenzen gedämpft werden soll. Diese Verschiebung ist auch wichtig hinsichtlich kürzlicher Anzeichen, die darauf hinweisen, dass die Einführung von aktivem Krankheitsurlaub vor mehreren Jahren zu längeren Beitragsbezugszeiten geführt haben könnte. Ergebnisse aus der Studie von Rikstrygdeverket (2004) zeigen auf, dass Personen mit aktivem Krankheitsurlaub bis zu doppelt so lange abwesend waren, als die Arbeitnehmenden mit normaler Krankheitsabsenz. Die Studie ergab zudem, dass ein grösserer Anteil der Personen mit aktivem Krankheitsurlaub während der gesamten Krankheitsdauer von einem Jahr abwesend waren, ohne danach im vollen Umfang zur Arbeit zurückzukehren.

### 2.1.3 Zusammenfassung und Fazit

Die steile Aufwärtstendenz bei den krankheitsbedingten Absenzen in Norwegen über die letzten zehn Jahre hat dieses Thema in der politischen Prioritätenliste nach ganz oben katapultiert. In Polen ist die relativ hohe Anzahl Krankentage zurückgegangen. Verglichen mit Norwegen und Polen stellt Krankheitsabwesenheit in der Schweiz weniger ein Problem dar. In der Schweiz ist vielmehr die fehlende Koordination zwischen der Invalidenversicherung und den Krankentaggeldversicherern ein Problem.

Eine weitere Thematik in allen drei Ländern bilden die nicht vorhandenen Kontrollmechanismen und die fehlende Frühintervention, d. h. Möglichkeiten, ein gesundheitliches Problem zu erkennen und einzugreifen, bevor es zu spät ist. Um dieses Problem anzugehen, hat die norwegische Regierung kürzlich ein neues Sozialversicherungsgesetz eingeführt. Die Aussichten auf Erfolg bei der Reduzierung von krankheitsbedingten Absenzen in Norwegen wird hauptsächlich davon abhängen, ob die neuen Vorschriften vollumfänglich in Kraft gesetzt und umgesetzt werden. In der Schweiz umfassen die Bemühungen um eine frühzeitige Intervention den Miteinbezug der IV-Stellen zu einem früheren Zeitpunkt. Um eine Frühintervention zu vereinfachen, wird es wichtig sein, eine Lösung zu finden, die sowohl die Versicherungsgesellschaften als auch die Arbeitgeber dazu ermutigt, Krankheitsfälle den für die Invalidität zuständigen Stellen zu melden.

#### Kasten 2.3. **Schwerpunkte des 2004 in Norwegen eingesetzten Sozialversicherungsgesetzes**

Die Zielsetzung des neuen Gesetzes liegt darin, krankheitsbedingte Absenzen zu reduzieren. Die Landesversicherungsverwaltung, die Arbeitnehmenden, die Arbeitgebenden und die Allgemeinärzte sind für die Umsetzung zuständig.

**Landesversicherungsamt:** Das Landesversicherungsamt soll nicht die Verantwortung der Arbeitnehmenden und Arbeitgeber übernehmen, sondern sie beaufsichtigen und unterstützen. Die Versicherung hat nach einer Dauer von 12 Wochen Krankenurlaub einen Follow-up-Plan vom Arbeitgeber zu verlangen, wenn der Arbeitnehmende nicht einer arbeitsbezogenen Beschäftigung nachgeht. Die Versicherung kann auch Sanktionen gegen Arbeitgeber, Arbeitnehmende und Allgemeinärzte aussprechen, die den Anforderungen nicht nachkommen.

**Arbeitnehmende:** Vollumfängliche Absenzen bis zu acht Wochen bedürfen einer Verlängerung des Arztzeugnisses, einschliesslich Dokumentation durch den Hausarzt mit eingehender medizinisch relevanter Begründung für die Arbeitsunfähigkeit. Innerhalb der ersten acht Wochen der Absenz müssen Arbeitnehmende und Arbeitgeber einen Plan bezüglich Rückkehr zur Arbeit ausarbeiten. Die Arbeitnehmenden müssen Angaben machen über ihre funktionalen Fähigkeiten, so dass die notwendigen Massnahmen rasch umgesetzt werden können. Der Arbeitnehmende muss zudem einem Gespräch mit dem Arbeitgeber über eine allfällige Neuorganisation der Arbeit zustimmen und sich an den dem Arbeitgeber und den Arbeitnehmenden verfüg-

baren Lösungen beteiligen. Verweigert der Arbeitnehmende die Zusammenarbeit, kann dies die Streichung des Krankengelds bedeuten.

**Arbeitgeber:** Massnahmen zur Vermeidung von krankheitsbedingten Absenzen und die Überprüfung der funktionalen Fähigkeiten müssen am Arbeitsplatz durchgeführt werden. Um Missbrauch zu verhindern und die Chancen auf eine rasche Rückkehr des Arbeitnehmenden zu verbessern, muss jeder Krankenurlaub erklärt und abgeklärt werden. Der durch den Arbeitgeber und Arbeitnehmenden erstellte Follow-up-Plan sollte wichtige Unterlagen und Angaben enthalten, um den Krankenbeurlaubten durch weitere Begleitung und Überprüfung zu ermöglichen, sich auf eine Rückkehr an die Arbeit vorzubereiten. Der Arbeitgeber muss dem Landesversicherungsamt den Follow-up-Plan auf Verlangen vorlegen. Bei Nichterfüllen kann die Versicherung Vollzugsstrafen durchsetzen.

**Allgemeinärzte:** Haus- bzw. Allgemeinärzte leisten einen wichtigen Beitrag bei der Prävention von krankheitsbedingten Absenzen. Arbeitnehmende müssen so geführt werden, dass ihr Selbstvertrauen und ihre Motivation für arbeitsbezogene Beschäftigungen gestärkt wird, nicht die Inaktivität soll unterstützt werden. Bei der Ausstellung eines Arztzeugnisses muss der Hausarzt immer beurteilen, ob wichtige medizinische Gründe für eine Arbeitsabwesenheit sprechen, und zwar sowohl bei der Erstuntersuchung als auch bei den Folgeuntersuchungen. Ist der Arbeitnehmende länger als acht Wochen lang krank, muss eine Verlängerung des Arztzeugnisses ausgestellt werden. Ärzte, die diesen Vorschriften nicht nachkommen, können ihr Recht auf das Ausstellen von ärztlichen Zeugnissen verlieren. Arztzeugnisse bilden die Basis für Sozialversicherungsleistungen.

## 2.2 Invaliditäts-Management

Die Zunahme der Invaliditätsleistungsempfänger widerspricht eigentlich den Langzeittendenzen bezüglich Gesundheitszustands der Bevölkerungen. Das Abklärungsverfahren bei Invaliditätsleistungsgesuchen bildet ein bedeutender Faktor bei der Erklärung dieses Paradoxes. Um die Verfahren in den drei Ländern besser nachvollziehen zu können, beginnt dieser Abschnitt mit der Beschreibung der Schritte von der krankheitsbedingten Absenz bis zum Gesuch um eine Invaliditätsleistung. Des Weiteren wird der rasche Anstieg von nicht genau spezifizierbaren Krankheiten und psychischen Gesundheitsproblemen untersucht. Zum Schluss folgt eine Besprechung verschiedener Abklärungsmethoden und es wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, die Restarbeitsfähigkeit und nicht nur die gesundheitlichen Problem selber zu betrachten.

### 2.2.1 Von der Krankheit in die Invalidität

In allen drei Ländern folgt einem längeren Krankheitsverlauf häufig ein Antrag auf Invaliditätsleistungen. Wie bereits erwähnt, hat Norwegen ein System mit früher Aktivierung eingeführt. Polen und (bisher) die Schweiz wenden einen weniger aktiven Ansatz an. Stichkontrollen können während der ganzen Krankheitsdauer hindurch durchgeführt werden, oft aber auch nachdem eine Invaliditätsleistung zugesprochen wurde. Wie wichtig eine frühe Aktivierung ist, belegt Dodo (2005) in einer Studie, die aufzeigt, dass die Aufnahme einer offiziellen Beschäftigung das Wohlbefinden steigert und die soziale Integration fördert. Dies trifft sowohl auf Personen mit körperlichen als auch Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu. Zudem stützen Forschungsergebnisse über den Umgang mit Schmerzen im unteren Rückenbereich den Ansatz, dass Arbeit vorzugsweise an erster Stelle kommen soll (Lee, 2005). Die Vorteile eines Ansatzes, der Arbeit bei diesem Gesundheitsproblem an die erste Stelle setzt, beruht physiologisch auf der Tatsache, dass verletzte Muskeln in Gebrauch bleiben müssen, um es Narbengewebe zu ermöglichen, sich in korrekt ausgerichtete neue Muskelfasern zu entwickeln. Die Studie kommt zum Schluss, dass Patienten mit Störungen des Bewegungsapparats so stark als möglich ermutigt werden sollen, wieder zu arbeiten, wobei der klinische Ansatz gleichzeitig minimiert werden sollte.

Tabelle 2.2 bietet eine zusammenfassende Übersicht der wichtigsten Stufen vom Beginn einer Krankheit bis zum Zuspruch einer Invaliditätsleistung. Der Ablauf bis zur Invaliditätsleistung verläuft über mehrere Phasen und erstreckt sich häufig über mehrere Jahre, vor allem in der Schweiz und in Norwegen. Untersuchungen zufolge ist in der Schweiz die stärkere Gewichtung auf medizinische Genesung im Rahmen des ärztlichen Assessments statt auf einer raschen Rückkehr an den Arbeitsplatz mit ein Grund für diesen Umstand. Ein weiterer Grund liegt im fehlenden arbeitsmedizinischen Fachwissen unter den abklärenden Ärzten (Bachmann und Furrer, 1999). Zudem sind in der Schweiz von 2001-2003 rund die Hälfte aller Invaliditätsleistungsgesuche nicht bearbeitet worden. In Norwegen erreichen die Pendenzen im Jahr 2002 53% und gingen 2004 auf 43% zurück. In beiden Ländern werden verstärkte Bemühungen zur Reduktion dieser langen Durchlaufzeiten notwendig sein. In Polen ist die Verfahrensdauer durchwegs kürzer, was damit zu tun haben kann, dass alle Invaliditätsleistungen auf befristeter Basis gewährt werden.

**Tabelle 2.2. Assessment-Ablauf von der Krankheit bis zur Invalidität (IV), 2005**

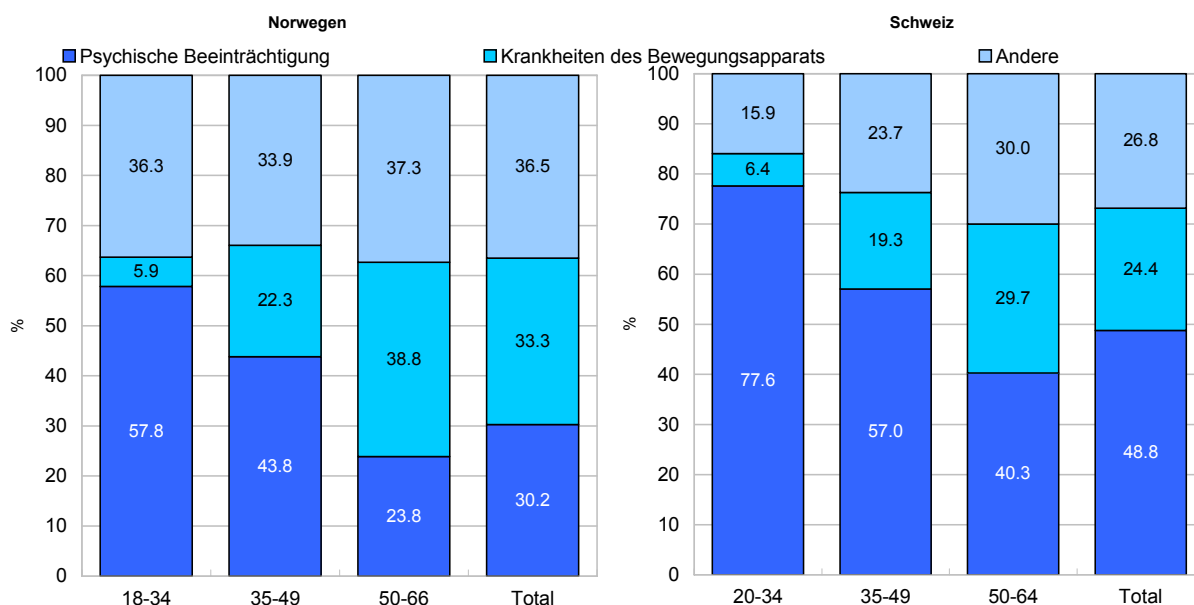
	NORWEGEN	POLEN (ZUS) <sup>a</sup>	SCHWEIZ
Zeitskala			
1 Woche	Bis drei Tage kann man sich selber krank schreiben (bis 8 Tage in IA-Unternehmen)	Arztzeugnis ab dem ersten Krankheitstag	Arztzeugnis ab dem ersten Krankheitstag
2 Woche	Erstes Arztzeugnis für 1-2 Wochen; ab 16. Tag, NIA zahlt Krankengeld		
4 Woche		Ab dem 34. Tag bezahlt ZUS Krankengeld; Kontrollen jederzeit möglich, aber selten in der Praxis (2% aller Fälle)	Geplant: freiwillige Früherfassung von potentiellen Langzeitfällen (derzeit: der IV nicht bekannt, bis Bezug von Renten/Leistungen/Massnahmen)
8 Woche	Follow-up-Plan durch Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden mit Unterstützung der Arbeitsplatzzentren; keine Sanktionen, aber kontrolliert durch die Arbeitsinspektion		Geplant: individuelle Integrationspläne zu einem früheren Zeitpunkt (für früherfasste Personen)
3 Monate			Lohnfortzahlung (und Kündigungsschutz) zwischen 3 Wochen und 6 Monaten, je nach Vertragsdauer
6 Monate		Ablauf des Krankengelds (mögliche Verlängerung bis 9 Monate) und Antrag auf medizinische Rehabilitation (normalerweise für 24 Tage, aber häufig wird verlängert)	
9 Monate	Kündigung möglich nach 6-12 Monaten	Ablauf des Kündigungsschutzes für Personen in medizinischer Rehabilitation	
12 Monate	Ablauf des Krankengelds und Antrag auf medizinische Rehabilitation (IV-Leistung möglich, aber zu diesem Zeitpunkt unwahrscheinlich)	Häufigster Zeitpunkt zum Übertritt in eine (zeitlich befristete) IV-Leistung, früherer Zeitpunkt ebenfalls möglich; medizinische Rehabilitation bei Bedarf	Frühstmöglicher Zeitpunkt zum Übertritt in die IV. Normalerweise wird die Leistung 6-12 Monate nach Anmeldung ausgerichtet. 95% reichen nach über einem Jahr ein Gesuch ein.
1.5 Jahre	Assessment der lokalen NIA-Zentren bezüglich Weiterführung der medizinischen Rehabilitation (im Schnitt 8-9 Monate medizinische Rehabilitation)	Ablauf der Leistungen für medizinische Rehabilitation	
2 Jahre	Ablauf medizinische Rehabilitation und Aufnahme berufliche Eingliederung (bei Bedarf) mit Wiedereingliederungsleistungen		Ablauf des Krankengelds aus der freiwilligen Versicherung (ein Drittel verfügt über keine solche Versicherung)
3 Jahre	Häufigster Zeitpunkt zum Übertritt in eine IV-Leistung (viel früherer Zeitpunkt ebenfalls möglich, falls keine Hoffnung auf Besserung)	Zeitlich befristete Leistungen laufen in der Regel nach drei Jahren ab, eine erneute Anmeldung ist erforderlich	
3 Jahre und mehr	Berufliche Rehabilitation kann sich über mehrere Jahre erstrecken (seit kurzem drei Jahre, im Schnitt zwei Jahre)	Leistungen für berufliche Rehabilitation vorgesehen, aber selten eingesetzt (max. 3 Jahre, zunächst für 6 Monate)	Berufliche Wiedereingliederung kann mehrere Jahre dauern (keine Zeitlimite), Sonderleistungen während dieser Zeit.

- a) Bis September 1997 war alleine die ZUS für alle Invaliditäts-Assessments zuständig; heute übernehmen drei verschiedene Einrichtungen das Assessment. ZUS- und KRUS-Assessment können einen IV-Bezug zur Folge haben. Die dritte Einrichtung, die örtliche Behörde, stellt nur ein gesetzliches Zertifikat aus, das man beispielsweise für den Bezug von Sonderbeschäftigungszuschüssen benötigt. *Quelle:* Angaben der Autoren basierend auf Daten der Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

### 2.2.2 Ärztliche Beurteilung und psychische Krankheiten

In Norwegen und der Schweiz (so wie in der ganzen OECD) liegt die Ursache für den Zuspruch von Invaliditätsleistungen hauptsächlich bei den psychischen Krankheiten und Störungen des Bewegungsapparats (Grafik 2.4). Psychische Krankheiten fallen auf knapp die Hälfte aller Invaliditätsleistungsempfänger in der Schweiz und ungefähr ein Drittel in Norwegen. Die Schweiz verzeichnet durchwegs höhere Anteile. Dies trifft indessen speziell auf die junge Altersgruppe zu, wo bei annähernd 80% aller IV-Rentnerinnen und -Rentner eine psychische Krankheit diagnostiziert wurde. Dennoch ergeben sich in den zwei Ländern ähnliche Muster, d. h. die psychischen Krankheiten nehmen in den älteren Altersgruppen ab, während die Krankheiten des Bewegungsapparats in diesen Gruppen zunehmen.

**Grafik 2.3. Psychische Erkrankungen bei den jungen Altersgruppen häufiger anzutreffen**



Prozentanteile der wichtigsten Krankheitskategorien nach Alter der Invaliditätsleistungsbezüger, 2004

a) Die Kategorie „Andere“ umfasst in Norwegen: Herz-Kreislauferkrankungen, Verletzungen und andere nicht spezifizierte Krankheiten. Bei den Schweizer Daten sind enthalten: Unfälle und alle anderen Erkrankungen, die nicht in die Kategorie psychische und bewegungsapparatbezogene Erkrankungen fallen.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA) und Schweiz (IV).

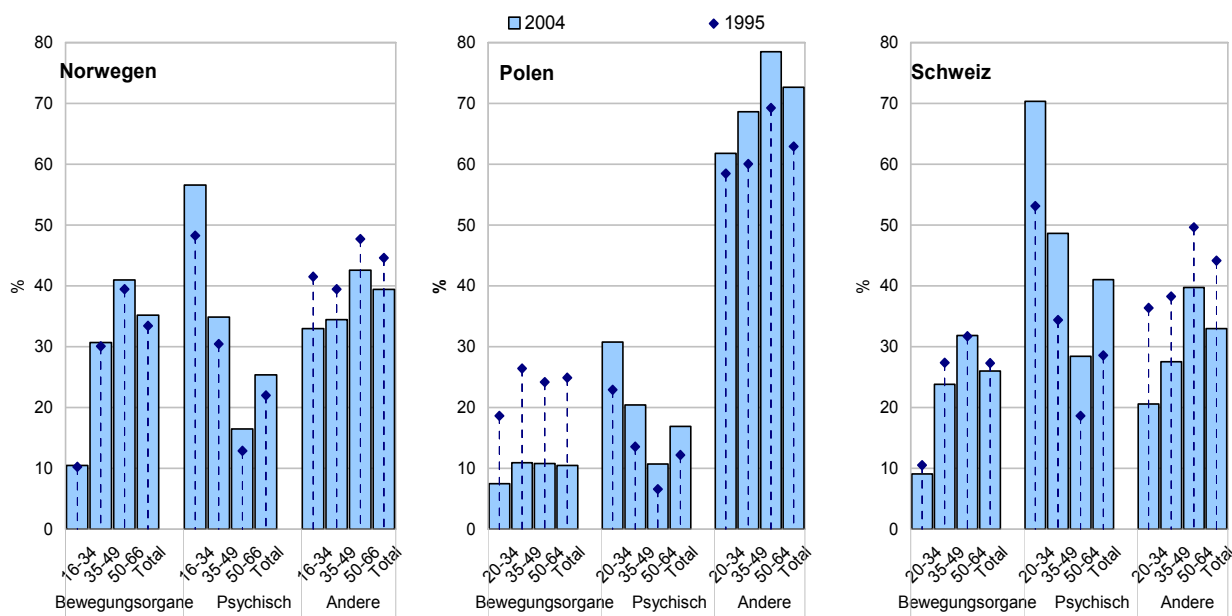
Die Zunahme der psychischen Gesundheitsprobleme schlägt sich auch in den *Invaliditätsneuzugängen* nach gesundheitlichem Grund nieder. In den vergangenen zehn Jahren ist der Anteil der psychischen Krankheiten an den Gesamtneuberentungen in Polen erheblich angewachsen. So beläuft sich der aktuelle Anteil auf 17%, verglichen mit 12% im Jahr 1995 (Grafik 2.5). Die psychischen Krankheiten haben auch die bewegungsapparatbezogenen Krankheiten anzahlmässig eingeholt und verzeichnen nun das gleiche Volumen wie Krebs. Dennoch sind psychische Probleme in Polen weit weniger verbreitet als in Norwegen und der Schweiz. In Norwegen machen psychische Gesundheitsprobleme ein Viertel der Neuzugänge aus und weisen damit einen ähnlichen Stand wie in der



Schweiz vor zehn Jahren auf. In der Schweiz haben die psychischen Krankheiten weiter zugenommen und machen aktuell etwa 40% der Invaliditätsneuzugänge aus. Alle drei Länder verzeichnen einen weit höheren Anteil an Neuzugängen infolge psychischer Gesundheitsprobleme in den jüngeren Altersgruppen.

Auf Grund dessen hat Norwegen 1998 ein nationales Programm für psychische Gesundheit (National Mental Health Programme) eingeführt und fordert eine deutliche Finanzmittelerhöhung zur Finanzierung von Diensten im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit sowie eine tief greifende Restrukturierung dieser Dienste. Die Implementierung des Programms erfolgt im Zeitraum von 1999-2008 und es sind neue Gesetze zur Regelung der psychischen Gesundheitsdienste eingeführt worden. Das Gesamtziel des Programms liegt in der Förderung der Selbstständigkeit, Verbesserung der Lebensbedingungen, Lebensqualität und der Teilnahme an normalen gesellschaftlichen Aktivitäten für Personen mit psychischen Krankheiten. Bis 2005 haben sowohl die Kapazitäten als auch die Anzahl betreuter Personen erheblich zugenommen. Es bleibt indessen noch einiges zu tun bezüglich Betreuungsqualität, Erreichbarkeit bzw. Öffnungszeiten, Realnutzen für die Kunden, Familien und deren Verbände sowie der interinstitutionellen Zusammenarbeit. Bisher fehlt dem Programm eine rigorose Evaluation. Dennoch hat diese Initiative vermutlich dazu beigetragen, die steigenden Neueintrittsraten von Personen mit psychischen Krankheiten in Norwegen einzudämmen.

**Grafik 2.4. Grosse Unterschiede bei den Invaliditätsneuzugängen nach Erkrankung und Alter**



Verteilung der gesamten Invaliditätsneuzugänge nach Krankheitsgrund und Alter (in %), 1995 und 2004<sup>a</sup>

- a) Die Kategorie „Andere“ umfasst in Norwegen: Herz-Kreislaufkrankungen, Verletzungen und andere nicht spezifizierte Krankheiten. Bei den Schweizer Daten sind enthalten: Unfälle und alle anderen Erkrankungen, die nicht in die Kategorie psychische und bewegungsapparatbezogene Erkrankungen fallen.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

#### Kasten 2.4. **Komplexität der psychischen Gesundheitsprobleme**

Die nachweisliche Prävalenz von psychischen Problemen in der Bevölkerung vermag die Situation in der Schweiz nicht zu erklären. Eine Studie von Andlin-Sobocki *et al.* (2005) ergab, dass die Häufigkeit von Hirnleistungsstörungen in Europa im Bereich von 19% bis 36% liegt. Länder wie Holland, Norwegen, Schweden und Deutschland verzeichnen die höchsten Vorkommen von Hirnleistungsstörungen, während Frankreich, Italien und Spanien die niedrigsten Prävalenzen aufweisen. Die Schweiz liegt im Mittelfeld. Doch die Autoren der Studie kommen zum Schluss, dass es nicht in ihrem Ermessen liegt, zu beurteilen, ob die Unterschiede zwischen den Ländern richtig sind oder einfach das Ergebnis unterschiedlicher Beurteilungsstrategien bei der Erhebung der Prävalenzen. Wittchen and Jacobi (2005) schätzten den Anteil der 18-65-Jährigen in der EU, die in den letzten 12 Monaten von mindestens einer psychischen Störung betroffen waren, auf etwa 27%, wovon ein Drittel mehr als eine Störung erlitt.

Es stellt sich die kritische Frage, inwieweit psychische Störungen vom allgemeinen Gesundheitssektor und den sich mit psychischen Krankheiten befassenden Stellen im Speziellen erkannt, behandelt und «verwaltet» werden. Es wird manchmal vorgebracht, dass das Problem schon immer bestanden habe und dass althergebrachte Tabus betreffend psychischer Krankheit es ermöglichen, die Neuberentungszahlen relativ tief zu halten. In Anlehnung an dieses Argument können Personen mit Beeinträchtigungen ihrer psychischen Gesundheit nun einfacher eine Fachperson für die Behandlung finden und ein Zeugnis über ihre Arbeitsunfähigkeit erhalten. Dennoch waren verschiedene psychische Krankheiten (sowie Krankheiten des Bewegungsapparats), die heute zunehmend an Bedeutung gewinnen, noch vor zwanzig Jahren kaum bekannt. Zudem sind wohl viele dieser Krankheiten in Zukunft behandelbar.

Dies vermag indessen die klaffende Lücke zwischen der Schweiz und Norwegen bezüglich Häufigkeit von psychischen Krankheiten nicht vollständig zu erklären. Ein weiterer Grund kann in den unterschiedlichen Definitionen von psychischer Krankheit liegen (Kasten 2.4). Es handelt sich hier nicht um eine klar definierte Gruppe von Gesundheitsproblemen und schliesst Kategorien, wie beispielsweise soziale Unangepasstheit, Depression, Lernschwierigkeiten, Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit ein. Übereinstimmend damit nehmen auch andere unspezifische, häufig schmerzbezogene Krankheiten als Ursache für Invaliditätsleistungen schnell zu. Zudem zeigt es sich, dass Ärzte Präferenzen für bestimmte Diagnosen entwickeln. Die Diagnose Schleudertrauma zum Beispiel ist in der Deutschschweiz massiv angestiegen und nimmt nun auch in der französischen Schweiz zu.

### **2.2.3 Abklärungsverfahren (Assessment)**

Hohe und steigende Invaliditätsneuzugänge (sowie extrem tiefe Austrittszahlen) können nicht durch eine allgemeine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Bevölkerung erklärt werden. Vielmehr liegt eine mögliche Erklärung darin, dass das Abklärungsverfahren nur unbefriedigend gehandhabt wird. Das Problem hat sich vermutlich über die vergangenen zehn Jahre verschlimmert: Grund dafür sind die steigenden Arbeitslosenquoten, der wachsende Bedarf nach neuen Fertigkeiten und allgemein steigende Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt sowie die Alterung der Bevölkerung und die Zunahme unspezifischer Krankheiten, die zur Zeit der Schaffung dieser Vorsorgesysteme relativ unbekannt waren.

Ob eine Person mit einem bestimmten Gesundheitsproblem Invaliditätsleistungen zugesprochen erhält, sollte primär von der verbleibenden Arbeitsfähigkeit abhängen und nicht vom Gesundheitsproblem der Person. Doch spielen häufig Faktoren, wie die soziale bzw. persönliche Situation, die Lage des Arbeitsmarkts, der Grad der Schweigepflicht der Allgemeinärzte und Zuständigen der Versicherungen, sowie das subjektive Risiko der Gesuchsteller eine bedeutende Rolle bei diesem Entscheidungsprozess. Bei der Beurteilung des Anspruchs auf Invaliditätsleistungen besteht kein länderübergreifender einheitlicher Ansatz. Doch der Ansatz, sich bei der Beurteilung an der Restar-

beitsfähigkeit zu orientieren, gewinnt zunehmend Überhand über die traditionelle Sichtweise der Beurteilung nach dem gesundheitlichen Problem selber. Alle drei Länder verlangen einen Kausalzusammenhang zwischen dem gesundheitlichen Problem und der festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Ein rigoroses Abklärungsverfahren wird zweifelsohne Missbrauch vermeiden und die Neueintrittsraten auf tieferem Niveau halten. Doch strenge Anspruchsvoraussetzungen können zum Ausschluss von Personen führen, die Leistungen nötig haben.

Die Abklärung der Anspruchsberechtigung auf Invaliditätsleistungen unterscheidet sich in den drei Ländern markant, obwohl es für einen Anspruch immer einer vollen bzw. teilweisen Unfähigkeit bedarf, die in kausalem Zusammenhang mit einem medizinischen Gesundheitsproblem steht. In Norwegen muss die *Arbeitsfähigkeit* allgemein um mindestens 50% reduziert sein, um anspruchsberechtigt auf Rehabilitationsleistungen zu sein. In der Schweiz muss die *Erwerbsfähigkeit* um mindestens 40% (70% für eine ganze Rente) reduziert sein. In Polen erfordert eine volle Arbeitsunfähigkeit, dass eine Person *keine* Art von Arbeit mehr leisten kann, und eine Teilunfähigkeit, dass die Person ihre *übliche* Arbeit nicht mehr ausführen kann. Demzufolge bezieht sich die Definition von (Teil-) Invalidität auf den eigenen Beruf bzw. die Tätigkeit des Gesuchstellers, was um so mehr auf das Sondersystem für Landwirte zutrifft (Kasten 2.5). In der Schweiz bezieht sich die Definition auf das Einkommen der Gesuchsteller.

#### Kasten 2.5. Leistungssystem für Landwirte (KRUS) in Polen

Das KRUS-Versicherungssystem bietet Landwirten und deren erweiterter Familie eine Palette an Sozialversicherungsleistungen, die im Grossen und Ganzen mit den durch das allgemeine System (ZUS) angebotenen Leistungen vergleichbar sind. Um durch dieses Sondersystem gedeckt zu sein, muss die Person folgende Voraussetzungen erfüllen: i) Landwirt sein und mindestens eine Hektare Land besitzen; ii) Mitglied eines solchen landwirtschaftlichen Haushalts sein und das Einkommen aus der Landwirtschaft oder einer nicht landwirtschaftlichen Tätigkeit, aber mit Bezug zur Landwirtschaft beziehen; oder iii) inaktiv und abhängig von einem qualifizierten Landwirt sein.

KRUS-Beiträge an die Alters- und Invaliditätsversicherung sind Pauschalbeträge und sehr tief – unter einem Drittel davon, was ein Erwerbstätiger mit Mindestlohn an die ZUS bezahlen müsste. Anspruchsberechtigte Personen, deren Landwirtschaftsbetrieb weniger als 2 Hektaren umfasst, müssen keine Beiträge an die Arbeitslosenkasse entrichten, sind aber auf Leistungen aus der Arbeitslosenkasse anspruchsberechtigt.

Leistungen aus dem KRUS-System sind tiefer als Leistungen aus dem ZUS-System, aber im Vergleich zur bezahlten Prämie relativ hoch: Die durchschnittliche KRUS-Leistung liegt bei rund 80% der durchschnittlichen ZUS-Leistung. Dies hat zur Folge, dass das KRUS-System ein erhebliches Defizit einführt. Seit 1996 haben die Anmeldungen in dieses System jedes Jahr zugenommen, und zwar um insgesamt 15%. Im Jahr 2002 beliefen sich die KRUS-Ausgaben auf 2.1% des BIP, während die Prämieinnahmen nur 5% dieses Betrags deckten.

In Norwegen erfolgt die Abklärung für Invaliditätsleistungen hauptsächlich durch Allgemeinärzte, und nicht durch Ärzte oder Spezialisten der Versicherung, was in den meisten anderen OECD-Ländern auch so gehandhabt wird. Das bedeutet, dass die Versicherungen die Beurteilungen und Vorschläge der Allgemeinärzte normalerweise nicht beanstanden oder überprüfen, was teilweise die relativ hohen invaliditätsbedingten Neueintrittsraten in Norwegen zu erklären vermag. Diese Gatekeeping-Funktion der Hausärzte kann indessen auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, und zwar zum Beispiel je nach der Beziehung zwischen Arzt und Patienten oder Patientenbestand eines Arztes. Die Landesversicherungsverwaltung (NIA) hat deshalb begonnen, die gängige Praxis von Ärzten im Zusammenhang mit dem Ausstellen von Arztzeugnissen bei Krankheit zu untersuchen (Rikstrygdeverket, 2006). Man hat herausgefunden, dass Allgemeinärzte mit geringem Patientenbestand, im Verhältnis zu Hausärzten mit einem grossen Patientenbestand, weniger Krankenscheine ausstellten. Ärztinnen haben zudem weniger und kürzer dauernde Krankenscheine als ihre männli-

chen Kollegen ausgestellt. Des Weiteren ist festgestellt worden, dass Allgemeinärzte in Gemeinden mit einer hohen Hausarztichte mehr krankheitsbedingte Absenzen bescheinigten, während Allgemeinärzte in Gemeinden mit vergleichsweise höheren Arbeitslosenquoten dazu tendierten, längere sowie weniger abgestufte Krankenbeurlaubungen zu bescheinigen.

Auch in der Schweiz erfolgt der medizinische Nachweis für ein Invalidenrentengesuch durch die Allgemeinärzte. Dies hat im Jahr 2004 zur Schaffung eines von den Kantonen betriebenen regionalen ärztlichen Diensts (RAD) geführt. Dieser Dienst kann den medizinischen Zustand einer Antrag stellenden Person untersuchen (dies war der Invalidenversicherung bis dahin nicht möglich). Leistungen werden in der Schweiz durch die kantonalen IV-Stellen zugesprochen, während diese Entscheide in Norwegen durch die regionalen Bezirksstellen gefällt werden. Diese Entscheide beruhen auf der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch die lokale Versicherungsstelle und interdisziplinären Teams, die sich aus medizinischen Spezialisten und Berufsfachleuten zusammensetzen.

In Polen erfolgen medizinische Untersuchungen für Leistungsgesuche durch autorisierte Ärzte der Sozialversicherung. Die Ärzte erstellen eine eigene Beurteilung und können zusätzliche medizinische oder berufsbezogene Gutachten beziehen oder falls nötig zusätzliche (klinische) Tests durchführen. Leistungszuspruchsentscheide werden in Polen durch die regionale Versicherungsabteilung allein auf der Basis der medizinischen Beurteilung durch den autorisierten Arzt getroffen. Keines der drei Länder berücksichtigt bei der Beurteilung eines Invaliditätsleistungsantrags die aktuelle Arbeitsmarktsituation, obwohl es aufgrund grosser regionaler Ermessensunterschiede zu bedeutenden regionalen Unterschieden bei den Gesuchsergebnissen kommen kann und auch kommt (Kapitel 5).<sup>10</sup>

In Polen werden seit November 2005 Leistungen nur noch auf befristeter Basis gewährt. Dies hat allerdings schon vorher für gut 80% der Zusprüche gegolten. Nach Ablauf der befristeten Leistung (normalerweise nach drei Jahren) werden die Zahlungen eingestellt, die Bezüger müssen ein neues Gesuch stellen und ihr Fall wird gänzlich neu geprüft. In Norwegen hingegen wurden bis 2004 alle Leistungen auf permanenter Basis gewährt. Seit 2004 kann nun die Versicherungsbehörde entweder befristete Leistungen (wenn Aussicht auf eine Verbesserung des Zustands besteht) oder Dauerleistungen aussprechen. Nach Ablauf der Frist wird die weitere Anspruchsberechtigung automatisch neu beurteilt. In der Schweiz herrscht grosse Flexibilität bezüglich Dauer einer (ersten) Berechtigung und es ist zudem möglich, eine unbefristete Anspruchsberechtigung später einer erneuten Beurteilung zu unterziehen, was aber kaum vorkommt.

In Polen gibt es für die Beurteilung von Invalidität einen dritten Weg. Dieser führt über die Kommunalverwaltung.<sup>11</sup> Dieses Assessment kommt bei einem Zertifikat für eine «gesetzliche» Invalidität zur Anwendung, und nicht für eine Invaliditätsleistung (obwohl ein Zertifikat letztlich auch zu irgendeiner Form von Unterstützung führt), und bedarf mehrerer vorbestimmter Schritte. Erstens benötigt der

---

10. In der Schweiz wird ein theoretisch ausgeglichener Arbeitsmarkt als Anhaltspunkt genommen, um nicht zwischen einem abstrakten Ansatz ohne Miteinbezug des aktuellen Arbeitsmarkts und einem konkreten Ansatz mit Einbezug der aktuell offenen Arbeitsstellen wählen zu müssen. Mit diesem theoretischen Ansatz eines ausgeglichenen Arbeitsmarkts wird bezweckt, dass gleiche Fälle gleich behandelt werden, und zwar unabhängig vom Konkunkturverlauf.

11. Es gibt zwei weitere Invaliditätsversicherungssysteme, und zwar eine Versicherung zur Deckung der Militärdienstleistungen und eine zur Deckung von Polizisten, Feuerwehrleuten und anderen uniformierten Diensten. Diese Programme verfügen über eine eigene Definition von Invalidität und einen eigenen Beurteilungsausschuss und decken rund 3.5% aller Bezüger ausserhalb der Landwirtschaft.

Gesuchsteller eine Reihe ärztlicher Zeugnisse eines Hausarztes oder eines Spitals. Zweitens überprüft ein Arzt des Assessment-Teams diese Informationen und fällt die Entscheidung über die Ausstellung eines Invaliditätszertifikats. Die Gesuchsteller müssen mitteilen, ob sie arbeiten wollen. Nach diesen Schritten geht ein zweiter Berater den Fall durch (das kann ein Psychologe oder Sozialarbeiter sein). Das Zertifikat bescheinigt einen der folgenden Invaliditäts-Grade: schwer, mittel, leicht. Ein Zertifikat führt oft zu medizinischer Unterstützung oder Hilfe mit invaliditätsbezogenen Hilfsmitteln.<sup>12</sup> Viele erhalten auch auf Empfehlung der abklärenden Stellen zu einem späteren Zeitpunkt Sozialrenten.

#### 2.2.4 Zusammenfassung und Fazit

In den drei untersuchten Ländern erhielten rund ein Drittel der Invaliditätsleistungsempfänger seit zehn Jahren oder länger eine Invaliditätsleistung. Psychische Gesundheitsprobleme sind die am weitest verbreiteten und schnellsten anwachsenden Krankheiten bei jüngeren Altersgruppen. Dies wird höchst wahrscheinlich die Leistungsbezugsdauer weiter verlängern. Einwandfreie Abklärungsverfahren sind deshalb eine Notwendigkeit und von entscheidender Bedeutung.

Viele Invaliditätsleistungsbezüge könnten vermieden werden, wenn die gesundheitlichen Probleme zu einem frühen Zeitpunkt entdeckt würden. Das Verfahren von einer Krankengeldleistung bis hin zu einem Invaliditätsleistungsgesuch erstreckt sich häufig über mehrere Jahre. Ein wichtiger Grund für diese langen Durchlaufzeiten in allen drei Ländern ist das fehlende arbeitsmedizinische Fachwissen unter den beurteilenden Ärzten. Hinzu kommt, dass etwa die Hälfte aller Gesuchstellender in Norwegen und der Schweiz nicht innerhalb des ersten Jahres beurteilt worden sind, was darauf hinweist, dass das Verfahren selber ziemlich langsam ist.

Da psychische Krankheiten nicht klar spezifiziert und nicht gründlich verstanden sind, sind die Langzeiteffekte dieser Gesundheitsprobleme ungewiss. Dies legt nahe, dass gerade für diese Krankheitsgruppe Leistungen nur befristet, und nicht unbefristet gewährt werden sollten. In dieser Hinsicht ist Polen den zwei anderen Ländern weit voraus.

### 2.3 Rehabilitationsmanagement

Das Klischee, wonach Invaliditätsleistungsempfänger als Leute mit schweren medizinischen Beeinträchtigungen betrachtet werden, die medizinisch objektiv nachweisbar sind, wie Blindheit, schwere neurologische Krankheiten oder Amputation trifft nicht länger zu. Zudem sind viele dieser Gesundheitsprobleme potentiell behandelbar und langfristige Arbeitsunfähigkeit ist nicht unvermeidbar. Dies impliziert, dass Rehabilitationsbemühungen mehr denn je nicht als separate, *nach* erfolgter «Behandlung» an zweiter Stelle folgende Phase einsetzen sollten (Waddell and Burton, 2004), sondern vielmehr Hand in Hand mit der Behandlung einer Krankheit einhergehen sollten. Im folgenden Ab-

---

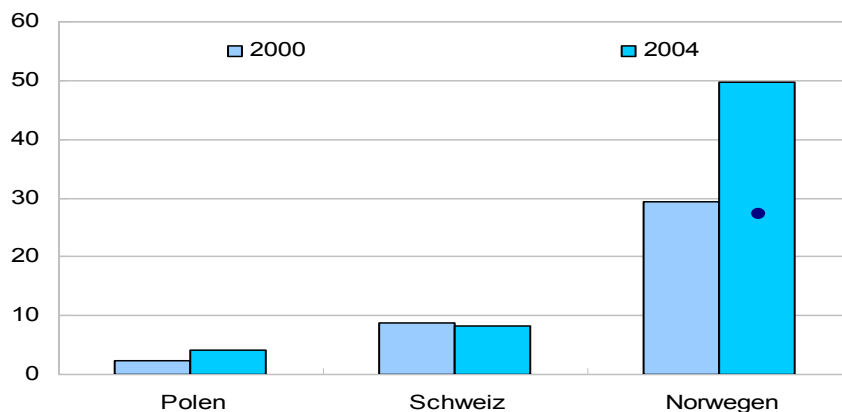
12. Ein *leichter Invaliditätsgrad* entspricht einer Situation, in der eine Person nur noch in begrenztem Ausmass am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann bzw. körperlich derart beeinträchtigt ist, dass deren Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist. Ein *mittlerer Invaliditätsgrad* entspricht einer Situation, in der eine Person teilweise auf Hilfe angewiesen ist, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, oder wenn die körperlichen Beeinträchtigungen Arbeit auf einen geschützten Rahmen begrenzen. Ein *schwerer Invaliditätsgrad* entspricht einer Situation, in der eine Person Langzeitpflege und Hilfe bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben benötigt, oder wenn die körperliche Beeinträchtigung einzig noch Arbeit im geschützten Rahmen zulässt.

schnitt wird sowohl das Konzept als auch die Anwendung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation nach Alter und Gesundheitszustand untersucht. Des Weiteren werden der Teilnahmezwang an beruflichen Eingliederungsmassnahmen besprochen und wie sich das verwaltungstechnische Vorgehen auf die Ergebnisse und die Wirksamkeit in den drei Ländern auswirkt.

### 2.3.1 Rehabilitationsverfahren

Rehabilitation ist ein Prozess, der es Personen mit gesundheitlichen Problemen ermöglichen soll, auf normale bzw. möglichst normale Weise zu funktionieren. Während die *berufliche* Rehabilitation bzw. (Wieder-)Eingliederung zum Ziel hat, Personen beim Erhalt ihres Arbeitsplatzes bzw. bei der Rückkehr zur Arbeit zu unterstützen, liegt das Ziel der *medizinischen* Rehabilitation allgemein in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der durch Krankheit oder Unfall beeinträchtigten Gesundheit. Medizinische Rehabilitation ist also nicht unbedingt dafür vorgesehen, die Chancen von Personen auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu verbessern. Die Teilnahme an Rehabilitationsmassnahmen (und zwar medizinischer als auch beruflicher) als Teil aller Invaliditätsleistungen variiert massiv: In Polen beläuft sich der Anteil auf 4%, in der Schweiz auf 8% und in Norwegen auf 50% (Grafik 2.6). In Norwegen und der Schweiz ist dies zu über der Hälfte auf die berufliche Wiedereingliederung zurückzuführen, während in Polen die medizinische Rehabilitation den Hauptteil ausmacht.

**Grafik 2.5. Teilnahme an Rehabilitationsmassnahmen in Norwegen markant höher**



Anteil der Personen mit medizinischer und beruflicher Rehabilitation im Vergleich zum Total der Invaliditätsleistungsempfänger, 2000 und 2004<sup>a</sup>

- a) Medizinische Rehabilitation bezieht sich in Norwegen auf Personen, die Leistungen für medizinische Rehabilitation erhalten und nicht auf solche, die an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen. In Polen und der Schweiz ist nur die von der Invalidenversicherung übernommene medizinische Rehabilitation enthalten; medizinische Rehabilitationen des Gesundheitssystems sind folglich nicht dabei.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

Dass Rehabilitationsmassnahmen in Norwegen oft und immer häufiger gewährt werden, kann teilweise durch die breiter gefasste Berechtigung auf Teilnahme an beruflicher Wiedereingliederung erklärt werden. Miteingeschlossen sind beispielsweise auch Personen, die bereits Invaliditätsleistungen erhalten. Ein Anspruch auf Rehabilitationsmassnahmen bedeutet indessen nicht automatisch, dass Personen medizinische Hilfe erhalten oder an einer Beschäftigungsmassnahme teilneh-

men können. Es bedeutet zum Beispiel, dass Personen, deren Anspruch auf Krankengelder nach einem Jahr anhaltender Arbeitsunfähigkeit abgelaufen ist, medizinische Rehabilitation gewährt werden können. Zu einem späteren Zeitpunkt der Rehabilitationsphase kann diese auch gewährt werden, wenn die Arbeitsfähigkeit um nur 20% oder mehr reduziert ist. *Berufliche* Wiedereingliederungsleistungen werden Personen gewährt, die eine dauerhaft reduzierte Vermittelbarkeit von mindestens 50% aufweisen. Berufliche Wiedereingliederung kann aber auch als Vorsorgemassnahme angewendet werden, wenn das Risiko besteht, dass eine Person mit reduzierter Arbeitsfähigkeit ihre Stelle verlieren könnte. Medizinische Rehabilitationsprogramme dauern durchschnittlich neun Monate und berufliche Eingliederungsmassnahmen können bis zu drei Jahren dauern (oder länger, wenn die so genannten Programmreihen angewendet werden).

Die Schweiz wendet den Ansatz «Eingliederung vor Rente» an. Damit werden Leistungsgesuchsteller dazu verpflichtet, eine Eingliederungsmassnahme zu durchlaufen, falls dies für die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nötig ist. Das Gesetz legt die Anspruchsvoraussetzungen nicht näher fest. Gestützt auf Gerichtsentscheide haben Leistungsgesuchsteller mit einer um 20% reduzierten Erwerbsfähigkeit (verglichen mit einer erforderlichen Reduktion von 40% für den Anspruch auf die tiefste Invalidenrente) Anspruch auf berufliche Wiedereingliederung. Die Arbeitsvermittlung der kantonalen IV-Stellen steht allen Personen mit reduzierter Arbeitsfähigkeit offen. Beim Zuspruch einer Massnahme werden verschiedenen Kriterien, darunter Alter, Motivation, Art der Beeinträchtigung und Beruf, Rechnung getragen (Furrer *et al.*, 2003).

In Polen hingegen sind Rehabilitationsmassnahmen nicht obligatorisch, aber sehr begrenzt, und zwar sowohl bezüglich Anspruchsberechtigung als auch was die Anzahl Programmplätze anbelangt, besonders für berufliche Eingliederungsmassnahmen.

Ein Vergleich des Gesundheitszustandes von Personen in Rehabilitationsmassnahmen in der Schweiz zeigt, dass die Konzentration auf die Gruppe mit psychischen Störungen viel geringer ist. 40% der Neurenten in der Schweiz sind auf psychische Störungen zurückzuführen, während diese Gruppe ein Viertel aller Teilnehmenden an Rehabilitationsmassnahmen ausmacht (Tabelle 2.3). Dass so wenig Personen mit psychischen Störungen an Rehabilitationsmassnahmen teilnehmen, ist angesichts der Tatsache, dass es sich um die am schnellsten wachsende Gruppe handelt, umso erstaunlicher. In Norwegen stellt sich die Lage umgekehrt dar. 36% aller Empfänger von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen weisen eine psychische Krankheit auf, verglichen mit einem Viertel der Invaliditätsneuzugänge. Es ist indessen nicht klar, ob diese Personen tatsächlich an Beschäftigungsmassnahmen teilnehmen oder einfach passive Leistungen beziehen. Von erfolgreichen Ergebnissen der Rehabilitationsmassnahmen für diese Gruppe ausgehend, können die Unterschiede zwischen Norwegen und der Schweiz teilweise mit den extrem hohen Invaliditätsneuzugängen infolge psychischer Krankheiten in der Schweiz erklärt werden.

**Tabelle 2.3. Personen mit Rehabilitationsmassnahmen haben andere Gesundheitsprobleme als Invaliditätsleistungsempfänger**

Verteilung der Gesundheitsprobleme bei Personen mit Rehabilitationsmassnahmen und bei neuen Invaliditätsleistungsempfängern, 2004 (in %)

	Norwegen		Schweiz		
	Invaliditätsneuzugänge	Berufliche Rehabilitation	Invaliditätsneuzugänge	Berufliche Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation
Psychische Erkrankungen <sup>a</sup>	25.4	35.6	41.0	23.2	26.8
Erkrankungen des Bewegungsapparates	35.2	38.3	26.0	21.1	17.5
Andere	39.4	26.1	33.0	55.7	55.6
<i>Total</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>	<i>100.0</i>

a) In Norwegen umfassen psychische Probleme: Nervenerkrankung, Stoffwechselkrankheit, soziale Entfremdung, Drogenmissbrauch und Lernschwierigkeiten.

Quelle: Landesversicherungsverwaltung (NIA) und Arbeitsverwaltung (AETAT) für Norwegen und Invalidenversicherung (IV) für die Schweiz.

### 2.3.2 Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation wird in Norwegen von der Sozialversicherung finanziert, aber durch den Gesundheitssektor durchgeführt. Dies birgt zwei Problemstellungen: Erstens trägt die für die Rehabilitation zuständige Behörde nicht die vollen Kosten, was Diskussionen um eine Anpassung der Anreize hervorruft, und zweitens sind medizinische Rehabilitationsmassnahmen nicht beruflich ausgerichtet. Laut den norwegischen Gesundheitsgesetzen (Norwegian Health Care Acts) zur Regelung des kommunalen und fachlichen Gesundheitswesens sollen «adäquate Rehabilitationsdienste für alle sicher gestellt werden, die solcher Dienste bedürfen, um ihr physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und soziales Funktionieren zu verbessern bzw. zu erhalten. Rehabilitationsstrategien sind auf individuelle Ziele ausgerichtet und nicht unbedingt auf Diagnosetypen.» Verglichen dazu werden medizinische Rehabilitationsmassnahmen in Polen und der Schweiz durch die Sozialversicherung und den Gesundheitssektor durchgeführt. Die Sozialversicherungsleistungen sind berufsbezogener orientiert.

Für Rehabilitationsmassnahmen bestehen keine quantitativen Vorgaben: den Sachbearbeitenden wird folglich nicht vorgegeben, dass sie zum Beispiel einen bestimmten Anteil der Teilnehmenden wieder in die Arbeit eingliedern müssen. In Norwegen und Polen hingegen bildet die medizinische Rehabilitation eine Möglichkeit, die Krankengelder nach Ablauf der Leistungsfrist zu verlängern, allerdings nur bezogen auf die medizinische Rehabilitation im Rahmen des Gesundheitssystems. In Norwegen können solche Leistungen für ein zusätzliches Jahr gewährt werden, vorausgesetzt, dass die Arbeitsfähigkeit immer noch um mindestens 50% reduziert ist, während in Polen diese Leistungen häufig von Allgemeinärzten als Instrument zur Verlängerung von Krankengeldzahlungen von einem halben auf ein ganzes Jahr benutzt werden.

Sowohl in Norwegen als auch in der Schweiz ist medizinische Rehabilitation in der jüngsten Altersgruppe am häufigsten anzutreffen (Tabelle 2.4). Während medizinische Rehabilitation in Norwegen stufenweise nach Alter zurückgeht, erreicht sie in der Schweiz den tiefsten Stand in der Hauptaltersgruppe, das heisst in der Altersgruppe, die über die vergangenen 15 Jahre den stärksten Zuwachs zu verzeichnen hatte. Insgesamt ist die Teilnahme an medizinischen Rehabilitationspro-



grammen als Anteil an den Invaliditätsneuzugängen in Norwegen enorm hoch. In Anbetracht der hohen Neueintrittsraten ist diese massive Konzentration auf medizinische Rehabilitation nicht gerade effizient.<sup>13</sup> Das kann mit der Ausrichtung bzw. Struktur des Systems zu tun haben: Die meisten Empfänger von medizinischen Rehabilitationsleistungen in Norwegen nehmen an keiner Behandlung teil.

**Tabelle 2.4. Teilnahme an medizinischer Rehabilitation in Norwegen anteilmässig sehr hoch, speziell bei den jungen Altersgruppen**

Als Prozentanteil an den Invaliditätsneuzugängen und am Total aller Invaliditätsleistungsempfänger, 2004<sup>a</sup>

	Anteil an den Neuzugängen				Anteil am Gesamtbestand			
	20-34	35-49	50-64	20-64	20-34	35-49	50-64	20-64
Norwegen <sup>b</sup>	542.0	315.8	102.4	201.1	87.9	37.3	8.7	19.5
Polen	..	..	..	101.4	..	..	..	3.8
Schweiz	126.1	9.7	28.2	35.1	14.3	1.0	2.7	3.4

- a) In Norwegen bezieht sich die medizinische Rehabilitation auf die Anzahl durch die NIA bezahlte medizinische Rehabilitation. In Polen und der Schweiz beziehen sich die Zahlen einzig auf die von der ZUS (Polen) und der IV (Schweiz) bezahlten arbeitsorientierten medizinischen Massnahmen, was zu einer Unterschätzung der Anzahl medizinischen Massnahmen gegenüber Norwegen führt.
- b) Die Altersgruppen beziehen sich in Norwegen auf 50-66 (anstatt 50-64) und 20-66 (anstatt 20-64).

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV); und Arbeitsverwaltung (AETAT) für Norwegen.

Seit 1997 bietet die polnische Sozialversicherungsanstalt (ZUS) beruflich ausgerichtete medizinische Rehabilitationsmassnahmen und trägt die vollen Kosten. Solche Massnahmen können in jeder Phase des Leistungsverfahrens zugesprochen werden. Die Anzahl der Teilnehmenden ist von 14 000 im Jahr 1997 auf 64 000 im Jahr 2003 angewachsen. Verfügbare Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass die Arbeitsfähigkeit bei 70% der Teilnehmenden wieder hergestellt worden ist, erhalten aber keine Angaben darüber, ob diese Personen wieder erwerbstätig wurden. Die durchschnittliche Dauer solcher speziellen medizinischer Massnahmen in Polen ist relativ kurz. 90% der Teilnehmenden haben ihre Rehabilitation innerhalb von 24 Tagen abgeschlossen. In der Schweiz dauerten beruflich ausgerichtete medizinische Rehabilitationsmassnahmen durchschnittlich 24 Tage, während in Norwegen die durchschnittliche Dauer von medizinischen Massnahmen neun Monate betrug. Dies lässt wiederum den Schluss zu, dass in Norwegen medizinische Rehabilitation zu einem erheblichen Ausmass als Mittel zur Verlängerung von Krankengeldern verwendet wird.

### 2.3.3 Berufliche Eingliederung

In Norwegen und der Schweiz sind berufliche Wiedereingliederungsprogramme gewissermassen obligatorisch, wenn die Arbeitsfähigkeit verbessert oder erhalten werden kann. In Polen sind solche

13. Die Zahlen für Polen und die Schweiz basieren einzig auf beruflich ausgerichtete medizinische Rehabilitationsmassnahmen, die durch die Sozialversicherungen angeboten werden.

Programme noch freiwillig, allerdings werden sie kaum benutzt. Mit anderen Worten werden Invaliditätsleistungen in Norwegen und der Schweiz im Grossen und Ganzen nur bei nicht erfolgreicher Eingliederung gewährt. In beiden Ländern werden berufsbezogene Massnahmen hauptsächlich angewendet, um die Fähigkeiten der Teilnehmenden aufrecht zu erhalten. In Norwegen muss Umschulung auf einer Stufe unterhalb der vorherigen Arbeit akzeptiert werden, wenn dies notwendig ist, um eine «geeignete» Arbeitsstelle zu finden. Bei dieser Beurteilung wird jedoch die persönliche Situation bezüglich Ausbildung, Alter und Arbeitserfahrung miteinbezogen. In der Schweiz müssen Umschulungen für eine «zumutbare» Arbeitsstelle akzeptiert werden. Ob eine Arbeit zumutbar ist, hängt allein von den zu erwartenden Verdienstmöglichkeiten nach Abschluss eines Eingliederungsprogramms ab, und zwar in Bezug auf den vor der Invalidität erzielten Verdienst.

In Norwegen wurde die Entscheidung darüber, ob eine Person an einer beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilnehmen muss oder nicht, zwischen der Landesversicherungsverwaltung (NIA) und der öffentlichen Arbeitsvermittlung («public employment service», PES) aufgeteilt. Die Beurteilung der NIA basierte auf medizinischen Kriterien, während das Assessment durch die öffentliche Arbeitsvermittlung auf arbeitsmarktbezogenen Kriterien beruhte. Seit Juli 2004 ist die öffentliche Arbeitsvermittlung allein zuständig. Ihr obliegen die Beurteilung von Vorbedingungen für berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie Entscheide über die Art und Weise der Implementierung von Rehabilitationsmassnahmen und über die Gewährung von Rehabilitationsleistungen. Damit soll der Übergang in die Beschäftigung beschleunigt werden, da dies die Wartezeit verringert und eine Fokussierung auf beschäftigungsbezogene Massnahmen in einer frühen Phase ermöglicht.<sup>14</sup>

In der Schweiz sind die kantonalen IV-Stellen für die berufliche Eingliederung zuständig. Anspruch auf berufliche Rehabilitation haben Versicherte, die von den IV-Stellen als gesundheitlich beeinträchtigt beurteilt worden sind. Die IV-Stellen betreiben auch eigene Eingliederungsmassnahmen und -programme. In Polen wird die berufliche Eingliederung durch einen staatlichen Fonds für die Beschäftigung und Rehabilitation von behinderten Personen (PFRON) finanziert. Es sind indessen kaum Angaben über die Anzahl der Teilnehmenden und den Inhalt und Ergebnisse der Programme erhältlich.

In Norwegen werden Beiträge für berufliche Eingliederungsmassnahmen sehr häufig gesprochen. Diese Programme verzeichnen dreimal mehr Teilnehmende als in der Schweiz. Dieses Unterschieds ungeachtet, fallen Invaliditätsneuzugänge in Norwegen doppelt so hoch aus wie in der Schweiz (die Wirksamkeit von beruflichen Eingliederungsmassnahmen wird in Kapitel 3 besprochen). In beiden Ländern geht der Anteil Teilnehmender mit zunehmendem Alter massiv zurück (Tabelle 2.5). In der Schweiz sind ältere Personen merklich untervertreten. Während nämlich die Altersgruppe der über 50-Jährigen für die Hälfte der Invaliditätsneuzugänge steht, macht diese Altersgruppe weniger als ein Zehntel aller Teilnehmenden an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen aus, was 9% ihres Anteils bei den Neuzugängen entspricht. Im Gegensatz dazu verzeichnet Norwegen mit insgesamt knapp 80% der Invaliditätsneuzugänge eine sehr hohe Beteiligungsquote an beruflichen Eingliederungsprogrammen, auch für die Altersgruppe der 50-66-Jährigen.

---

14. Um weitere Anreize für die Erwerbsintegration zu schaffen, ist das berufliche Eingliederungsprogramm seit 2004 bestimmten Änderungen unterzogen worden. Unter anderem i) Kürzung der Bezugsdauer von Rehabilitationsleistungen nach einer abgeschlossenen beruflichen Eingliederungsmassnahme (von zwölf auf sechs Monate); ii) verschärfte Zugangsbestimmungen zu Rehabilitationsleistungen für Studenten im Alter von 22-26 (wovon viele an einer gewöhnlichen Ausbildung teilnehmen konnten); iii) Einführung einer Höchstdauer von drei Jahren für ausbildungsbezogene Rehabilitationsleistungen.

**Tabelle 2.5. Teilnahme an beruflicher Rehabilitation in Norwegen anteilmässig extrem hoch**

Als Prozentanteil an den Invaliditätsneuzugängen und am Total aller Invaliditätsleistungsempfänger, 2004

		Anteil an den Neuzugängen				Anteil am Gesamtbestand			
		20-39	40-49	50-66	20-66	20-39	40-49	50-66	20-66
<b>Norwegen</b>	Total	958	402	78	287	144	45	7	28
	Männer	1,186	484	89	324	155	51	9	33
	Frauen	797	348	68	256	134	41	5	24
		20-34	35-49	50-64	20-64	20-34	35-49	50-64	20-64
<b>Schweiz</b>	Total	191	54	9	48	22	5	1	5
	Männer	248	80	10	60	27	8	1	6
	Frauen	131	28	6	33	16	3	1	3

Quelle: Landesversicherungsverwaltung (NIA) und Arbeitsverwaltung (AETAT) für Norwegen und Invalidenversicherung (IV) für die Schweiz.

Nach dem in Norwegen 2004 getroffenen Beschluss, sich vermehrt auf die berufliche Eingliederung zu konzentrieren, hat die Anzahl der Anspruchsberechtigten erheblich zugenommen. Teil dieser Änderung der politischen Strategie war, dass alle Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die ein Eingliederungsprogramm begannen, auch über einen, in Zusammenarbeit mit der öffentlichen Arbeitsvermittlung ausgearbeiteten Vorgehensplan verfügen sollten. Zwei weitere Anforderungen waren: berufliche Eingliederungsmassnahmen so rasch als möglich vorzusehen bzw. spätestens nach Ablauf der Krankengeldfrist, und sich sechs Monate nach Erhalt von Rehabilitationsbeiträgen einer erneuten Invaliditätsabklärung zu unterziehen. Diese politische Richtungsänderung beinhaltete zudem eine zeitliche Begrenzung der medizinischen Rehabilitation auf ein Jahr. Als Folge davon ist die Anzahl der Leistungsempfänger in der beruflichen Rehabilitation seit 2003 um rund 10 000 Personen gestiegen. Dem steht ein Einbruch bei den medizinischen Rehabilitationen in zahlenmässig ähnlichem Ausmass gegenüber. Dies hat leider aber nicht zu einer steigenden Anzahl Teilnehmenden an Beschäftigungsprogrammen geführt, sondern bloss zu einer Verschiebung von einer passiven Leistung zu einer anderen.

In der Schweiz werden nach der Implementierung der fünften IV-Revision ebenfalls neue Massnahmen eingesetzt. Ziel ist es, weg zu kommen vom alten Grundprinzip «Eingliederung vor Rente» hin zu einem Ansatz «Eingliederung statt Rente».

### 2.3.4 Zusammenfassung und Fazit

Medizinische Rehabilitation fällt normalerweise in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssektors, während berufliche Eingliederung durch die Sozialversicherung organisiert wird oder, wie in Norwegen, durch die öffentliche Arbeitsvermittlung. Folglich ergeben sich häufig zwei völlig unterschiedliche Rehabilitationsansätze. Um den Teilnehmenden eine bessere Wiedereingliederung in die Beschäftigung zu ermöglichen, sollte die medizinische Rehabilitation Hand in Hand mit der beruflichen Eingliederung gehen, und nicht nacheinander erfolgen. Dies trifft teilweise für berufsbezogene medizinische Rehabilitation in Polen und der Schweiz zu. Medizinische und berufliche Rehabi-

litationsprogramme sollten auch auf gemeinsame quantitative Zielsetzungen hinarbeiten, wobei die wichtigste Zielsetzung in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Unterstützung beim Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt liegen muss.

Rehabilitation im Allgemeinen und berufliche Eingliederung im Besonderen werden in Norwegen weit häufiger angewendet als in der Schweiz und in Polen. Seit 2000 hat sich die Zahl der Empfänger von beruflichen Eingliederungsleistungen in Norwegen fast verdoppelt, während dieser Anteil in der Schweiz um ein Drittel zugenommen hat, was in beiden Ländern auf einen entschlossenen Schritt in Richtung verstärkter arbeitsbezogener Eingliederung hindeutet. In Norwegen jedoch scheinen diese Beiträge häufig als passive Einkommensunterstützung anstatt zur Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen oder an medizinischer Behandlung benutzt zu werden. Ergebnisse im Zusammenhang mit beruflicher Eingliederung werden in Kapitel 3 besprochen.

In Polen steckt die berufliche Eingliederung immer noch in den Kinderschuhen. Der Einsetzung eines besseren und transparenteren Systems sowie dem breiteren Zugang zu wirksamen Rehabilitationsmassnahmen sollten deshalb hohe Priorität eingeräumt werden. Dies würde auch langfristig die Chancen auf einen nachhaltig spürbaren Rückgang der Neuzugänge verbessern. Auch die Schweiz könnte die Anspruchsvoraussetzungen für berufliche Eingliederung weiter ausdehnen (z. B. durch Konzentration auf vorübergehende Arbeitsunfähigkeit anstatt auf Erwerbsminderung, was in den meisten Fällen den Verlust des Arbeitsplatzes voraussetzt), damit mehr Personen zu einem früheren Zeitpunkt und vor allem mehr Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen miteinbezogen werden können.

### 3 Bessere Beschäftigungsmöglichkeiten

In allen drei Ländern sind die Erwerbsquoten für Personen mit Behinderungen weitaus tiefer als für gesundheitlich nicht beeinträchtigte Menschen. Ein ganz offensichtlicher Grund dafür sind schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, welche die Betroffenen daran hindern können, erwerbstätig zu sein. Weitere mögliche Gründe sind: geforderte Fähigkeiten, Diskriminierungen, zu schwache Anreize, ein Stellenangebot anzunehmen und nicht erfolgreich verlaufende Eingliederungsmassnahmen. Das konkrete Ergebnis der beruflichen Rehabilitation wird meist nicht evaluiert und man weiss nur wenig über die optimale Ausgestaltung der Programme oder den besten Zeitpunkt für die Massnahme. Behinderte Erwerbstätige unterliegen bisweilen speziellen Arbeitsschutzbestimmungen und können Einkommen aus Invaliditätsleistungen und Erwerbstätigkeit kombinieren. Oder sie können je nach gesundheitlicher Beeinträchtigung Teilleistungen oder befristete Leistungen beziehen. Arbeitgebende können verpflichtet werden, einen bestimmten Anteil von Personen mit Behinderungen einzustellen. Doch auch dazu fehlen aussagekräftige Evaluationen.

Angesichts der hohen Zahl von Invaliditätsleistungsempfängern in allen Altersgruppen in Norwegen und Polen sowie unter den jungen Erwachsenen in der Schweiz gilt es, die Empfänger solcher Langzeitleistungen vermehrt ins Berufsleben einzugliedern. In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie man die Abgänge aus Invaliditätsversicherungssystemen erhöhen könnte, etwa durch Beschäftigungsprogramme und geeignete Massnahmen. Damit sollen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bessere Chancen erhalten, eine Arbeitsstelle zu finden oder an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz zu bleiben. Behandelt werden daneben auch Massnahmen wie zeitlich befristete Leistungen und Teilleistungen, welche die Betroffenen beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt unterstützen und entsprechende Anreize schaffen könnten.

Es gibt nur sehr wenige Abgänge aus Invaliditätsleistungen und in der Regel sind die Fälle kaum dokumentiert. So waren zum Beispiel drei Viertel der gesamten Abgänge in Norwegen auf den Übertritt in die Altersrenten zurückzuführen und ein Fünftel der Abgänge erfolgte infolge Todesfall; der Rest beinhaltet die Übertritte ins Berufsleben. In Polen wurde bei der Hälfte der Abgänge der Übertritt in die Altersversicherung als Grund angegeben, mehr als ein Viertel war auf einen Todesfall zurückzuführen und weniger als ein Fünftel erfolgte aufgrund einer Neu Beurteilung. Die Schweizer Daten geben lediglich Aufschluss über die Gesamtzahl der Transfers und der Übertritte in die Altersversicherung (zwei Drittel). Das Fehlen von genaueren Daten ist bezeichnend (so führt z.B. kein Land eine Kategorie «Übertritt in die Beschäftigung»). Doch ungeachtet des geringen Anteils der Abgänge aufgrund eines besseren Gesundheitszustands oder einer Neuanschließung – schätzungsweise rund 0.5% in Norwegen, 1.4% in der Schweiz und 2.5% in Polen – stand die Förderung der Abgänge aus Invaliditätsversicherungssystemen bisher noch nicht auf der politischen Tagesordnung (Tabelle 3.1).

**Tabelle 3.1. Sehr wenige Abgänge aus Invaliditätsleistungen mit Übertritt ins Erwerbsleben in allen drei Ländern**In % aller Invaliditätsleistungsempfänger, 2004<sup>a</sup>

		20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-66	Total
<b>Norwegen</b>	Total	0.8	0.5	0.8	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4	0.3	0.5
	Männer	1.0	0.6	0.9	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.4	0.5
	Frauen	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.7	0.5	0.4	0.3	0.4
		<b>20-29</b>	<b>30-39</b>	<b>40-49</b>	<b>50-59</b>	<b>60-64</b>	<b>Total</b>				
<b>Polen<sup>b</sup></b>	Total	4.7	3.9	4.0	2.2	0.3	2.5				
	Männer	5.2	3.8	3.5	2.0	0.3	2.2				
	Frauen	3.7	4.0	4.6	2.6	0.1	2.9				
		<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>45-49</b>	<b>50-54</b>	<b>55-59</b>	<b>60-64</b>	<b>Total</b>
<b>Schweiz<sup>c</sup></b>	Total	2.4	1.5	1.6	1.2	1.1	0.9	0.9	0.8	1.1	1.1
	Männer	2.4	1.4	1.5	1.0	1.0	0.9	0.8	0.9	1.2	1.0
	Frauen	2.5	1.7	1.7	1.4	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8	1.1

- a) Altersrenten und Todesfälle sind in den Zahlen nicht enthalten.  
b) Abgänge beziehen sich nur auf ZUS-Neubeurteilungen.  
c) Zahlen zu den Abgängen infolge Tod sind für die Schweiz nicht erhältlich, deshalb wurden Fünfjahreszahlen und geschlechtsspezifische Todesraten für norwegische Invaliditätsleistungsempfänger beigezogen.

Quelle: OECD-Schätzungen auf der Grundlage von Daten der nationalen Behörden.

### 3.1 Beschäftigungsförderung für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Mit dem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben verbessert sich in der Regel das Einkommen, der soziale und wirtschaftliche Status sowie das Wohlbefinden. Dies ist zum Teil das Ergebnis des Abgangs aus Invaliditätsversicherungssystemen, doch weist auch vieles darauf hin, dass die Besserung des Gesundheitszustands mit der Aufnahme einer Arbeit in Zusammenhang steht. Höhere Erwerbsquoten bei Invaliditätsleistungsempfängern sind auch wichtig, um das Wirtschaftswachstum anzukurbeln und die öffentliche Hand zu entlasten. In diesem Abschnitt werden Mittel und Wege erörtert, um Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt einzugliedern bzw. wieder einzugliedern.

#### 3.1.1 Gegenwärtige Beschäftigungssituation und Bildungsstand

Im Jahr 2005 verzeichnete die Erwerbsquote bei Personen mit selbst eingeschätzter Invalidität in Norwegen und der Schweiz (45% bzw. 52%) auf der einen und Polen (mit 18%) auf der anderen Seite erhebliche Unterschiede.<sup>15</sup> Im Vergleich zu Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung

15. In Norwegen und der Schweiz wird gesundheitliche Beeinträchtigung oder Invalidität definiert als selbst eingeschätztes, über längere Zeit bestehendes Gesundheitsproblem, welches der betroffenen Person die Verrichtung ihrer alltäglichen Tätigkeiten erschwert. In Polen wird hingegen eine Person als invalide eingestuft, wenn sie Inhaberin eines gesetzlichen Zertifikats ist. Diese begrifflichen Unterschiede sollten jedoch kaum Auswirkungen haben, zum einen, weil beide Definiti-

gen waren fast zwei Drittel der Arbeitnehmenden mit Behinderungen in der Schweiz erwerbstätig, in Polen hingegen nur ein Viertel (Kapitel 1). Die Arbeitslosenquote ist bei Menschen mit Behinderungen generell höher; sie liegt in Norwegen und in der Schweiz bei 7-8% und ist damit beinahe doppelt so hoch wie die Arbeitslosenquote von Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. In Polen ist die Arbeitslosigkeit in allen Bevölkerungsgruppen extrem hoch; der Höchstwert wird in der Altersgruppe der 20-34-Jährigen verzeichnet, in welcher 37% der Menschen mit und 25% der Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen arbeitslos sind.

Tabelle 3.2 stellt die übrigen Beschäftigungsmerkmale der Personen aus den drei Ländern, die nach Selbsteinschätzung gesundheitlich beeinträchtigt bzw. nicht beeinträchtigt sind, in einer Übersicht zusammen. Einige Feststellungen fallen dabei besonders ins Auge: Etwa der geringe Anteil der im öffentlichen Sektor beschäftigten Personen mit Behinderungen in Polen, was sich vermutlich dadurch erklären lässt, dass die Quoten- und Abgabenregelung bis vor kurzem im öffentliche Sektor nicht galt. Ein weiterer wichtiger Unterschied ist die deutlich stärkere Verbreitung der Teilzeitarbeit bei gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbstätigen in allen Ländern, aber auch die höheren Anteile von Selbstständigerwerbenden. So sind in Polen über die Hälfte aller gesundheitlich beeinträchtigten Personen selbstständig erwerbstätig oder arbeiten in einem Familienbetrieb mit, in Norwegen trifft dies hingegen nur bei einem von zehn und in der Schweiz bei zwei von zehn Erwerbstätigen mit Behinderungen zu. Im Vergleich zu Norwegen und der Schweiz sind gesundheitlich beeinträchtigte Erwerbstätige in Polen häufiger in einem befristeten Arbeitsverhältnis angestellt. Dabei sind auch einige Unterschiede hinsichtlich der Wirtschaftszweige festzustellen. So ist der Agrarsektor in Polen mit einer Beschäftigungsquote von insgesamt 17% erheblich grösser als in den anderen beiden Ländern. In diesem Sektor sind Menschen mit Behinderungen stark übervertreten (mit einem Beschäftigungsanteil von 40%), was sich zum Teil durch die weiter oben erwähnte Ausweitung des KRUS-Pensionssystems erklären lässt. Dementsprechend sind im polnischen Dienstleistungssektor weit weniger Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschäftigt als in Norwegen und in der Schweiz.

Personen mit Behinderungen weisen einen niedrigeren Bildungsstand auf als Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Dies trifft im besonderen Masse bei den *Nichterwerbstätigen* zu, bei denen der Anteil der Menschen mit einem geringen Bildungsstand fast doppelt so hoch ist als in der Gruppe der Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen (Tabelle 3.3). Dieser niedrige Bildungsstand könnte ein wichtiger Grund für die relativ tiefe Erwerbsquote von Menschen mit Behinderungen sein. Womöglich hat der technische Fortschritt diese Situation noch verschärft, da kein Bedarf mehr nach gewissen einfachen und niederen Nischantätigkeiten besteht (dies wird in der Schweiz häufig als Argument vorgebracht). In Norwegen hingegen läuft dieser Trend in die umgekehrte Richtung, da hier die Altersgruppe der 20-34-Jährigen Personen mit Behinderungen einen ähnlichen Bildungsstand aufweist wie nicht behinderte Personen.

---

onen auf eigenen Einschätzungen beruhen, und zum anderen auch deshalb, weil in Polen sehr viele Personen ein gesetzliches Zertifikat haben.

**Tabelle 3.2. Grosse Unterschiede bei den Arbeitsstellen behinderter und nicht behinderter Personen in allen drei Ländern**

Beschäftigungsstruktur und -merkmale für 2005 (in %)

	Norwegen				Polen				Schweiz			
	20-34	35-49	50-66	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
<i>Invalidi- tätsprävalenz</i>	9	13	27	16	3	8	26	11	6	9	17	10
Erwerbstätig (in % der Bevölke- rung)												
Behindert	58	52	37	45	20	21	16	18	69	59	41	52
Nicht behindert	78	89	82	83	57	77	49	62	81	89	78	83
Nichterwerbstätig (in % der Er- werbsbevölke- rung)												
Behindert	12	8	4	7	37	28	14	22	9	9	8	9
Nicht behindert	6	3	2	4	25	15	14	19	6	3	3	4
Beschäftigung im öffentlichen Sektor <sup>b</sup>												
Behindert	24	36	39	35	19	15	12	14	2	5	6	5
Nicht behindert	29	33	39	33	23	37	37	32	4	6	8	6
Teilzeitarbeit <sup>c</sup>												
Behindert	25	35	43	36	18	25	38	33	24	35	43	36
Nicht behindert	22	14	15	17	10	9	12	10	19	26	27	24
Zeitarbeit												
Behindert	20	8	6	9	38	40	35	37	9	6	5	6
Nicht behindert	17	6	3	9	34	14	11	22	11	4	4	6
Selbständig												
Behindert	7	10	12	10	17	33	41	36	7	16	22	16
Nicht behindert	4	7	9	7	13	23	29	20	7	15	20	14
Industrie												
Landwirtschaft												
Behindert	4	3	7	5	31	39	49	41	-	-	1	0
Nicht behindert	2	3	3	3	12	17	20	16	7	4	3	4
Industrie												
Behindert	22	19	18	19	51	29	16	22	24	2	10	9
Nicht behindert	19	22	21	21	32	30	26	30	7	8	5	7
Dienstleistungen												
Behindert	74	78	75	76	18	31	34	36	76	98	89	90
Nicht behindert	79	75	76	77	56	54	54	55	85	88	92	88

- a) Für Polen beziehen sich die Zahlen auf 2004.
- b) Für die Schweiz beziehen sich die Zahlen nur auf die öffentliche Verwaltung.
- c) Teilzeitarbeit: weniger als 30 Stunden pro Woche.

Quelle: Schätzungen des Autorenteam auf der Grundlage nationaler Arbeitskräfteerhebungen.



**Tabelle 3.3. Tieferes Bildungsniveau bei Personen mit Behinderungen**Bildungsniveau bei behinderten und nicht behinderten Nichterwerbspersonen 2005 (in %) <sup>a</sup>

	Norwegen				Polen <sup>b</sup>				Schweiz			
Bildungsniveau	20-34	35-49	50-66	Total	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
<i>Tief</i>												
Behindert	11.3	21.1	41.7	31.3	39.9	24.3	38.1	35.0	49.9	42.6	44.2	44.4
Nicht behindert	9.2	17.8	37.8	22.3	12.6	19.8	29.7	19.7	23.2	25.6	30.8	26.6
<i>Mittel</i>												
Behindert	68.2	64.4	49.9	56.8	60.1	73.5	57.3	61.0	45.4	49.8	45.2	46.6
Nicht behindert	68.0	61.5	51.0	59.8	79.5	76.5	62.4	73.3	63.7	55.6	55.1	58.4
<i>Hoch</i>												
Behindert	20.5	14.5	8.4	11.9	0.0	2.2	4.6	4.0	4.8	7.6	10.6	9.0
Nicht behindert	22.8	20.7	11.3	17.9	7.9	3.7	7.9	7.0	13.1	18.9	14.1	15.0

- a) Nichterwerbspersonen bezieht sich auf Personen der Kategorien berufliche Inaktivität und Arbeitslosigkeit.  
b) Für Polen: Daten des Jahres 2004.  
c) Ein tiefes Niveau entspricht einer tieferen Bildung als Sekundarstufe II (ISCED 0-2); ein mittleres Niveau einer Sekundarstufe II (ISCED 3-4); und ein hohes Niveau einer Ausbildung auf Tertiärstufe (ISCED 5-6).

Quelle: Schätzungen des Autorenteam auf der Grundlage nationaler Arbeitskräfteerhebungen.

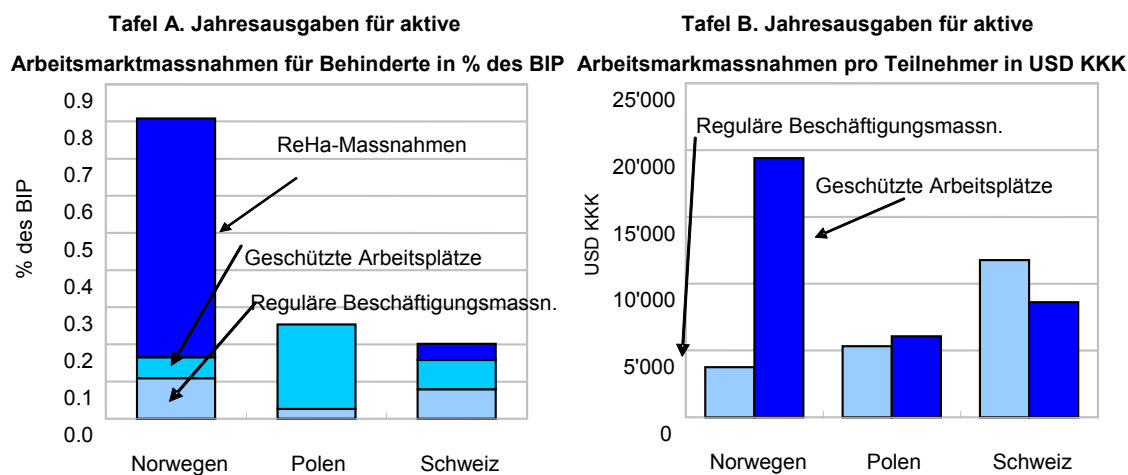
### 3.1.2 Aktive Arbeitsmarktmassnahmen für Menschen mit Behinderungen

Aus den allgemeinen Daten über die öffentlichen Ausgaben, die für aktive Arbeitsmarktprogramme (AAMP) aufgewendet werden, lässt sich ersehen, dass Norwegen und die Schweiz – angesichts ihrer allgemein tiefen Arbeitslosenquote – zu jenem OECD-Ländern gehören, welche die Rehabilitation und die Beschäftigungsmassnahmen stark gewichten. In Norwegen fliesst rund 1% des BIP in solche Massnahmen und in der Schweiz 0.75%. In Polen ist das Gegenteil der Fall: Obschon hier die Arbeitslosenquote viermal höher ist als in Norwegen und in der Schweiz, wird lediglich 0.4% des BIP für AAMP ausgegeben.

In Norwegen sind drei Viertel der gesamten AAMP-Aufwendungen für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestimmt, in der Schweiz wird der gleiche Anteil zugunsten von Erwerbslosen ausgegeben. Dieses Verhältnis widerspiegelt die Tatsache, dass die beiden Länder ein unterschiedliches Mass an Invaliditätsneuzugängen zu bewältigen haben. In Polen werden aktive Arbeitsmarktmassnahmen selten dazu verwendet, Personen mit Behinderungen in den freien Arbeitsmarkt einzugliedern. Stattdessen fließen 90% der polnischen Ausgaben für aktive Massnahmen zugunsten gesundheitlich beeinträchtigter Personen in Lohnkostenzuschüsse für geschützte Dauerarbeitsplätze (Grafik 3.1, Tafel A). In Norwegen konzentrieren sich die Eingliederungsmassnahmen (getrennt von den Rehabilitationsleistungen) hauptsächlich auf den regulären Arbeitsmarkt. In der Schweiz werden für Massnahmen zur Schaffung «normaler» und «geschützter» Arbeitsplätze (d.h. im allgemeinen und im geschützten Arbeitsmarkt) in etwa gleich viele Mittel aufgewendet. Die für Personen mit Behinderungen bestimmten Ausgaben für Beschäftigungsmassnahmen im freien Ar-

beitsmarkt sind jedoch in Norwegen mit rund 0.1% des BIP nur geringfügig höher als in der Schweiz, obschon die Zahl der Begünstigten in Norwegen fast viermal grösser ist. Der Grund dafür liegt darin, dass der bei weitem grösste Ausgabenposten für AAMP in Norwegen die beruflichen Wiedereingliederungsleistungen darstellen, welche nicht weniger als 80% der Gesamtausgaben für Aktivierungsmassnahmen zugunsten Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausmachen. Hinzu kommt noch ein etwa gleich hoher Ausgabenbetrag für Rehabilitationsleistungen (in der Grafik nicht ersichtlich).

**Grafik 3.1. Aktivierungsausgaben in Norwegen mit Schwerpunkt Rehabilitationsleistungen**



Jährliche Ausgaben für aktive Arbeitsmarktmassnahmen in % des BIP und pro Kopf, 2003-04

AAMP: Aktive Arbeitsmarktmassnahmen.

Quelle: OECD-Schätzungen auf der Grundlage von OECD-Daten zu den aktiven Arbeitsmarktprogrammen (AAMP) (2005); für Norwegen, AETAT-Daten für Phase 3 der geschützten Beschäftigung; für Polen, PFRON-Daten zur geschützten Beschäftigung; für die Schweiz, administrative Daten zur geschützten Beschäftigung.

Die Tafel B in Grafik 3.1, in der die jährlichen Ausgaben für Beschäftigungsmassnahmen pro Person – kaufkraftbereinigt – aufgeführt sind, zeigt auf, dass die Aktivierungsprogramme in Norwegen relativ geringe Kosten verursachen. Dies erklärt sich zum Teil durch den intensiven Einsatz von allgemeinen Ausbildungsmassnahmen, die im Vergleich zu anderen norwegischen Beschäftigungsmassnahmen, aber auch verglichen mit den Lohnkostenzuschüssen in Polen oder den personalintensiveren Rehabilitationsprogrammen in der Schweiz recht kostengünstig sind. Hingegen sind die Pro-Kopf-Kosten für geschützte Arbeitsplätze in Norwegen viel höher als in den andern beiden Ländern. Nur in der Schweiz sind die Ausgaben pro Person an geschützten Arbeitsplätzen tiefer als die Ausgaben für normale Beschäftigungsmassnahmen.

Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen können in Norwegen eine breite Palette von Hilfsangeboten nutzen, von der Beratung über die Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung bis zu normalen Arbeitsmarktmassnahmen. Personen mit Behinderungen haben Zugang zu allen Hauptprogrammen, welche die öffentliche Arbeitsvermittlung Norwegens («public employment service», PES), anbietet, können aber auch eine Reihe von Sonderprogrammen nutzen. Die Massnahmen, welche mehrheitlich zeitlich befristet sind, lassen sich in verschiedene Gruppen unterteilen

(siehe Tabelle 3.4). Im Jahr 2004 nahmen zwei Drittel aller Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die bei der öffentlichen Arbeitsvermittlung Norwegens angemeldet waren (annähernd 60 000 Personen), an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen teil. Weitere 30 000 warten jedoch auf einen Platz in einem geeigneten Programm oder auf die Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit.<sup>16</sup> Die verschiedenen Programme werden je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich genutzt: Während Menschen im besten Erwerbsalter häufiger an allgemeinen Ausbildungsmassnahmen teilnehmen, sind ältere Teilnehmende vermehrt an geschützten Arbeitsplätzen anzutreffen oder absolvieren ein Arbeitspraktikum in einem geschützten Betrieb.

**Tabelle 3.4. Praktisch die Hälfte der Personen mit beruflicher Rehabilitation erhalten in Norwegen Ausbildungsmassnahmen**

Verteilung der Teilnehmerkategorien nach Altersgruppen, 2004 (in %)

	<20	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-66	Total
Ausbildung an regulären Schulen und praktische arbeitsmarktliche Ausbildung	30.5	45.4	57.8	57.8	48.2	27.6	7.8	48.9
Arbeitserfahrung an regulären Arbeitsplätzen	49.9	21.6	14.3	14.7	17.3	19.5	10.3	17.1
Arbeitserfahrung an geschützten Arbeitsplätzen	1.3	8.2	9.8	9.4	12.3	19.9	38.4	11.9
Geschützte Werkstätten ( <i>sheltered workshops</i> )	9.0	7.1	5.3	5.6	9.7	19.4	33.2	9.1
Unterstützte Beschäftigung ( <i>supported employment</i> )	5.2	10.9	5.9	4.5	4.4	4.7	2.1	5.2
Lohnkostenzuschüsse	1.7	2.3	2.2	2.7	3.0	3.7	3.2	2.8
Testmassnahme	0.1	0.3	0.5	0.7	0.9	1.4	2.2	0.8
Vorübergehende Beschäftigung im öffentlichen Sektor	0.3	1.1	0.5	0.6	0.7	1.0	1.8	0.7
Andere Massnahmen	1.9	3.2	3.7	4.1	3.6	2.9	1.2	3.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Berufsbedingt gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die am Programm teilnehmen	64.4	68.4	69.8	68.7	64.6	57.2	67.3	66.0

Quelle: Administrativdaten der norwegischen Arbeitsverwaltung (AETAT).

Befristete Lohnkostenzuschüsse werden für Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Norwegen, gleich welchen Alters, wenig in Anspruch genommen, erheblich weniger als Lohnkostenzuschüsse für Arbeitslose ohne Behinderungen (OECD, 2004b und Kapitel 4). Lohnkostenzuschüsse sind als Subventionen für die während der normalen Arbeitszeit geleisteten Arbeit gedacht, wodurch sie für Personen mit berufsbedingt gesundheitlichen Beeinträchtigungen womöglich weniger in Frage kommen. Stattdessen wird für diese der Schwerpunkt vermehrt auf Programme zum Erwerb von praktischer Erfahrungen gelegt, welche eher Elemente einer angepassten be-

<sup>16</sup> Die Höchstdauer für ein befristetes Programm beträgt drei Jahre. Nachdem die Teilnehmenden ein Programm abgeschlossen haben, sind sie jedoch häufig qualifiziert für ein anderes Programm, so dass sie eine so genannte «Programmreihe» durchlaufen; daher kann die berufliche Wiedereingliederung insgesamt sogar noch länger dauern.

ruflichen Ausbildung beinhalten, so dass die Teilnehmenden ihre Fähigkeiten testen können und dabei entsprechend dem für jede Person vorbereiteten Plan begleitet und betreut werden.

In den anderen beiden Ländern sind über die speziellen Rehabilitationsprogramme, die den Teilnehmenden angeboten werden, weit weniger Daten verfügbar. Aus den wenigen verfügbaren Informationen kann man entnehmen, dass in Polen offenbar sehr wenige Beschäftigungsprogramme angeboten werden, die für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestimmt sind oder sich gezielt an diese richten. Einer der Gründe dafür ist, dass die polnische Sozialversicherungsanstalt ZUS nicht dafür zuständig ist, Personen mit Behinderungen bei der Suche nach einer Stelle zu helfen.<sup>17</sup> Ausserdem befasst sich das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit nur dann mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen, wenn diese arbeitslos sind, und die lokale öffentliche Arbeitsvermittlung scheint sich wenig um die Wiedereingliederung oder um Beschäftigungsmassnahmen für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu bemühen. Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden stattdessen hauptsächlich in geschützten Werkstätten beschäftigt, welche weiter unten behandelt werden. Die weiteren Unterstützungsmassnahmen bestehen in erster Linie aus dauerhaften Lohnkostenzuschüssen sowie finanziellen Beiträgen, um durch die Beseitigung von Mobilitätshindernissen den Zugang zur Ausbildung oder einer Beschäftigung zu ermöglichen (Polnisches Ministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004).

In der Schweiz wird sich die Zusammensetzung der Programme künftig rigoros ändern. Mit der geplanten fünften Revision der Invalidenversicherung werden neue Eingliederungsmassnahmen eingeführt. Einige der vorgesehenen Massnahmen sind sozioprofessioneller Art, wie die Anpassung an Arbeitsprozesse, die Förderung der Arbeitsmotivation, die Stabilisierung der Persönlichkeit und der Erwerb von sozialen Fähigkeiten. Gezielt auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt ausgerichtete berufliche Massnahmen werden an die Stelle der früheren Massnahmen wie Laufbahnberatung, berufliche Grundausbildung, berufliche Umschulung und Arbeitsvermittlung treten, die sich häufig nicht als die wirksamsten Instrumenten erwiesen haben. Diese neuen Massnahmen sollen Personen zugute kommen, deren Erwerbsfähigkeit während sechs Monaten (Mindestdauer) zu mindestens 50% eingeschränkt ist (z.B. wegen Krankheit). Da diese Massnahmen keine Verminderung der Erwerbsfähigkeit voraussetzen, hofft man Betroffene früher zu erreichen als dies heute der Fall ist. Zudem sind auch Massnahmen geplant, um vermehrt gering qualifizierte Personen und solche mit psychischen Beeinträchtigungen anzusprechen.

Bis vor kurzem erhielten Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche ihre Stelle verloren hatten, jedoch für an ihr Gesundheitsproblem angepasste Arbeitsplätze voll vermittlungsfähig war, keine Unterstützung von der schweizerischen Invalidenversicherung. Die betreffenden Personen wurden an die öffentliche Arbeitsvermittlung weiter verwiesen. Mit der vierten Revision der Invalidenversicherung im Jahr 2004 wurde die Arbeitsvermittlung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den Zuständigkeitsbereich der IV-Stellen überstellt, was neue Möglichkeiten schuf, aber auch Herausforderungen mit sich brachte, wie die Schulung des Personals und

---

17. Im Jahr 1997 wurde die Ausbildungsrente eingeführt. Diese kann zu Umschulungszwecken für eine Dauer von drei Jahren gewährt werden (finanziert durch die ZUS und durchgeführt von der öffentlichen Arbeitsvermittlung («*public employment service*», PES). Diese Rente wird jedoch nur sehr wenig in Anspruch genommen; im Jahr 2004 nutzten lediglich 830 Personen dieses Angebot. Für diese geringe Inanspruchnahme gibt es mehrere Gründe: die eingeschränkte Anspruchsberechtigung, die beschränkte Anzahl verfügbarer Programmplätze und die Angst vor dem Verlust der Invaliditätsleistungen.

die Koordination mit der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Laut Angaben der Invalidenversicherung waren im Jahr 2005 lediglich 17% des Personals der IV-Stellen speziell für die berufliche Wiedereingliederung geschult und nur einer von vier Angestellten (4% des gesamten Personals) arbeitete an der konkreten Umsetzung der 2004 eingeführten Arbeitsvermittlung.<sup>18</sup>

### 3.1.3 Ergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung

Um in Erfahrung zu bringen, was bei der beruflichen Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen Erfolg hat und was nicht, braucht es in allen Ländern mehr und bessere Auswertungen (Evaluationen). Häufig vernachlässigen die Staaten die gründliche Auswertung und Beurteilung ihrer Programme und wo eine solche existiert, beschränkt sie sich gewöhnlich auf ein spezifisches Programm.

Norwegen hat hingegen ein umfassendes und ehrgeiziges Konzept für die Auswertung der beruflichen Wiedereingliederungsprogramme erarbeitet. Je nachdem, welches Programm ausgewertet wird, wie lange das Programm dauert, welche Merkmale die Teilnehmenden aufweisen, wie viel Zeit nach der Teilnahme am Programm verstrichen ist und ob es sich um so genannte «Programmreihen» handelt, variieren die Ergebnisse. Da die für die Teilnahme an einem Programm ausgewählten Personen keine zufällig ausgesuchte Gruppe bilden und die grosse Mehrheit der bei der öffentlichen Arbeitsvermittlung angemeldeten Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen an einem Programm teilnehmen sollten, ist es schwierig, passende Vergleichsgruppen zu finden. Einige Evaluationen haben erbracht, dass die berufliche Wiedereingliederung sich deutlich positiv auf die Beschäftigung auswirkt, andere hingegen lassen lediglich auf einen geringen Einfluss schliessen. In der Regel scheinen gezielte Programme mit einem engen Bezug zum Arbeitsmarkt (z.B. Lohnkostenzuschüsse) oder Programmreihen, die in ein solches Programm münden, bessere Ergebnisse zu erzielen als beispielsweise allgemeine Ausbildungsprogramme (Børing, 2004).

Aus den Daten von 2004 lässt sich ersehen, dass an die 41% der Norwegerinnen und Norweger, die ihre Rehabilitation abgeschlossen haben und in den nächsten 13 Wochen nicht zur beruflichen Rehabilitation zurückgekehrt sind, entweder eine Vollzeit- oder eine Teilzeitstelle gefunden haben, während 17% Invaliditätsleistungen bezogen (Tabelle 3.5).<sup>19</sup> Dabei sind die Ergebnisse bei den Männern leicht besser als bei den Frauen. Deutlich schlechter – mit einer Erfolgsquote (Anteil der Personen, die erfolgreich ins Erwerbsleben einsteigen konnten) von 28% – präsentiert sich das Ergebnis hingegen in der Altersgruppe der Personen von 50 und mehr Jahren. Ältere Teilnehmende werden weit häufiger an die Invaliditätsprogramme weiter verwiesen als jüngere. Eine Untersuchung von Reiersen (2004) über Personen, die ihre berufliche Wiedereingliederung im Oktober 2002 abge-

---

18. Das System ist komplex, da mehrere Einrichtungen für die Arbeitsvermittlung zuständig sind (private Stellenvermittlungsagenturen, öffentliche Arbeitsvermittlung, IV-Stellen, Sozialhilfeämter, private Versicherungsgesellschaften, NGOs). Es bleibt abzuwarten, ob sich mit der jüngst erfolgten Änderung die Situation für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bessern wird.

19. Dieses Ergebnis liegt leicht unter dem von der öffentlichen Arbeitsvermittlung angestrebten Ziel von 45%. Die Ergebnisse stützen sich auf einen freiwillig ausgefüllten Fragebogen, der den bisherigen Programmteilnehmenden 2-3 Monate nach Beendigung des Programms zugesandt wurde.

schlossen hatten, bestätigt, dass 40% derjenigen, die das Programm beendeten, in den darauf folgenden 13 Wochen eine Stelle fanden und 39% ihre Stelle ein Jahr später immer noch hatten.<sup>20</sup>

In den norwegischen Statistiken werden auch Informationen über Personen erhoben, die 12 Monate zuvor ein Wiedereingliederungsprogramm abgeschlossen haben. Nach diesen Studien belief sich der Anteil der Personen, die erfolgreich ins Erwerbsleben einsteigen konnten, im Jahr 2004 auf lediglich 10%, also deutlich unter den oben erwähnten Werten. Ein Grund dafür könnte die Dauer der beruflichen Massnahme sein: Zahlreiche Teilnehmende fahren nach der Beendigung des ersten mit einem anderen Programm fort (Programmreihen). Es könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass ein Grossteil derjenigen, die nach Abschluss der Rehabilitationszeit eine Stelle erhalten, diese nicht behalten können.

**Tabelle 3.5. Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation können in Norwegen noch verbessert werden**

Prozentanteil der Personen, die ein berufliches Rehabilitationsprogramm beendet haben, 2004<sup>a</sup>

Alter	Rehabilitationsprogramm beendet (%)	Davon						Total
		Vollzeitbeschäftigung (>30 h/Woche)	Teilzeitbeschäftigung (<30 h/Woche)	Arbeitslos	Langzeitkrankheitsabsenz oder Rehabilitation	IV-Leistung oder Altersrente	Andere Einkommen	
20-29	34.9	34.0	9.8	8.4	21.9	7.0	18.8	100.0
30-39	38.0	37.2	11.0	5.2	26.4	9.0	11.3	100.0
40-49	48.2	27.7	14.6	4.5	27.8	16.1	9.4	100.0
50 +	67.1	16.1	12.2	3.8	24.7	33.7	9.4	100.0
Total	44.9	28.6	12.2	5.2	25.6	16.8	11.6	100.0

a) Ein Rehabilitationsprogramm gilt als beendet, wenn die Person innerhalb von 13 Wochen nicht mehr in die berufliche Rehabilitation zurückkehrt.

Quelle: Administrativdaten der norwegischen Arbeitsverwaltung (AETAT).

In der Schweiz gibt es nur wenige Untersuchungen über die Wirksamkeit der beruflichen Wiedereingliederung. In einer Studie von Buri (2000) wurde festgestellt, dass 72% der 4 500 Personen, die im Jahr 1997 an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen teilgenommen hatten, Ende 2000 keine ganze Rente bezogen. Die Untersuchung ergab, dass die Rehabilitation bei Menschen mit Geburtsgebrechen am wenigsten Erfolg hatte; am meisten Wirkung erzielte sie bei Menschen, die Opfer eines Unfalls waren. 40% aller Rehabilitationsfälle betrafen Erkrankungen in Zusammenhang mit psychischen Problemen und weitere 40% Erkrankungen der Knochen oder des Bewegungsapparates. Für Personen mit psychischen Störungen erzielten die Massnahmen eine unterdurchschnittliche Erfolgsquote (56% bezogen drei Jahre später keine ganze Rente), bei solchen mit Erkrankungen der Knochen oder des Bewegungsapparates wurde hingegen eine überdurchschnittliche Erfolgsquote (85%) erreicht. Die derzeitige Methode zur Messung einer «erfolgreichen Rehabilitation» (z.B. die Tatsache, dass die betreffende Person keine volle Rente bezieht) ist jedoch bei weitem nicht optimal. Für künftige Evaluationen sollte man sich darum bemühen, eher die Anzahl erfolgreicher Ein-

20. Ob eine Erfolgsquote von 40% ausreicht, um einen positiven Beschäftigungseffekt zu erzielen, lässt sich ohne gründlichere Auswertung, die auch einen Vergleich mit einer nicht am Programm beteiligten Gruppe einschliesst, nicht sagen.

gliederungen ins Erwerbsleben zu messen, denn die potenzielle Fähigkeit, eine Vollzeitbeschäftigung anzunehmen.

### 3.1.4 Unterstützte Beschäftigung («supported employment»)

Bei den Aktivierungsprogrammen für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird manchmal unterschieden, ob und wann Ausbildung angeboten wird. Dabei werden die Programme nach folgenden drei Konzepten unterteilt: 1) «zuerst Ausbildung, dann Platzierung» (Programme vom Typ berufliche Wiedereingliederung und Ausbildung); 2) «zuerst Platzierung, dann Ausbildung» (Programme vom Typ unterstützte Beschäftigung); und 3) «Platzierung – keine Ausbildung» (Programme, die geschützte Arbeitsplätze anbieten). Der Unterschied zwischen den ersten beiden Konzepten besteht darin, wann im Rehabilitationsprozess die Person mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in den freien Arbeitsmarkt eingegliedert werden sollte. Das dritte Konzept unterscheidet sich von den beiden anderen, da es auf einem abgesonderten Arbeitsmarkt für Erwerbstätige mit Behinderungen angelegt ist, wobei keine oder nur wenig Ausbildung und Eingliederung in den freien Arbeitsmarkt angeboten wird.

Berufliche (Wieder-)Eingliederungsmassnahmen (siehe oben) beinhalten – vor der Platzierung in den freien Arbeitsmarkt – häufig Ausbildungsmassnahmen und praktische Schulung. Bei vielen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen genügt es jedoch häufig nicht, dass sie angemessene Arbeitsfähigkeiten vorweisen können, damit sie eine Stelle erhalten oder ihren bisherigen Arbeitsplatz behalten können. So reicht womöglich das «Ausbildung dann Platzierung»-Konzept nicht aus, um Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfolgreich in den freien Arbeitsmarkt einzugliedern (Melvyn, 1993). Als Folge davon wurde das Konzept der unterstützten Beschäftigung entwickelt.

Unterstützte Beschäftigung basiert auf der raschen Platzierung von Menschen mit Behinderungen in den offenen Arbeitsmarkt in Verbindung mit der nötigen Unterstützung, zu der ein Coaching und die Ausbildung am Arbeitsplatz gehören. Das Konzept beruht somit auf der Annahme, dass – mit der richtigen Unterstützung – jede und jeder eine befriedigende Beschäftigung finden und ausführen kann (Evans et al. 2004). Internationale Erkenntnisse lassen darauf schliessen, dass unterstützte Beschäftigungsprogramme wirksamer sind als die berufliche Wiedereingliederung und Ausbildung (Waddell und Burton, 2006). Anhand verschiedener Studien in den Vereinigten Staaten stellten Bond et al. (1997) fest, dass im Schnitt 58% der Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die an unterstützten Beschäftigungsprogrammen teilnahmen, eine Stelle im freien Arbeitsmarkt fanden; dagegen war dies bei Teilnehmenden von herkömmlichen beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen nur bei 21% der Fall.

Für Norwegen lässt sich aus den Daten des Jahres 2003 entnehmen, dass 35% aller Personen, die in den Jahren 2001 und 2002 ein unterstütztes Beschäftigungsprogramm abgeschlossen hatten, den Einstieg in den freien Arbeitsmarkt schafften. Dieser Anteil entspricht in etwa der gesamten Erfolgsquote der beruflichen Wiedereingliederung. Für Teilnehmende, die im Privatsektor untergebracht werden konnten, war die Wahrscheinlichkeit auf eine Dauerstelle zehnmal besser als für jene, die im öffentlichen Sektor platziert wurden. Zudem war die grosse Mehrheit der Arbeitgeber, die sich bereit erklärten, eine der am Programm teilnehmenden Personen zu übernehmen, sehr zufrieden mit ihren Leistungen; sie schätzten, dass deren Produktivität durchschnittlich beinahe zwei Drit-

tel derjenigen ihrer übrigen Angestellten erreichte. Diese positive Beurteilung hatte jedoch keine entsprechende Anstellung dieser Personen zur Folge (Evans *et al.* 2004).

Es ist schwierig, die Unterschiede bei den Erfolgsquoten der verschiedenen Programme richtig einzuschätzen. Unterstützte Beschäftigungsprogramme kommen häufig bei Menschen mit berufsbedingten gesundheitlichen Behinderungen zur Anwendung, da diese im besonderen Masse auf eine umfassende Begleitung und Unterstützung bei der Suche nach einer Stelle oder für den Erhalt ihres bisherigen Arbeitsplatzes angewiesen sind. Bei den meisten anderen beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen mag dies nicht der Fall sein. Der Erfolg der Aktivierungsmassnahmen hängt zudem stark vom Zeitpunkt der Erhebung ab. Corrigan (2001) gelangt zum Schluss, dass unterstützte Beschäftigung nur dann erfolgreich ist, *wenn* die betreffende Person entschlossen (und bereit) ist, daran teilzunehmen; dazu könnte unter Umständen eine Art berufsvorbereitende Schulung erforderlich sein.

In Norwegen bietet das unterstützte Beschäftigungsprogramm breite Unterstützungsmassnahmen in Form von Competence Mapping (Kompetenzen erfassen und bewerten), Schulung von Arbeitsaufgaben, Anpassung des Arbeitsplatzes und Begleitung durch Job-Coaches an. In der Regel betreut und unterstützt jeder Job-Coach sechs Teilnehmende. Die Höchstdauer der Unterstützung ist auf drei Jahre beschränkt, kann jedoch in einigen Fällen verlängert werden. Wer an einem unterstützten Beschäftigungsprogramm teilnimmt, kann einen Lohn, eine Invaliditätsleistung oder Ausbildungszuschüsse erhalten. Der Arbeitgeber erhält ebenfalls einen Unterstützungsbeitrag, der den Lohn sowie andere spezielle Kosten, die entstehen können, decken soll. Diese im Jahr 1992 als Pilotprojekt eingeführte Massnahme wurde 1996 in die Palette der üblichen Beschäftigungsmassnahmen, für welche die öffentliche Arbeitsvermittlung zuständig ist, aufgenommen. Im Jahr 2004 verzeichnete diese Massnahme eine viermal höhere Teilnehmerzahl als 1996; ihr Anteil an allen Beschäftigungsmassnahmen für Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen beträgt jedoch lediglich 5%.

Weder die Schweiz noch Polen führen ein formelles Programm zur unterstützten Beschäftigung. Verschiedene Organisationen in der Schweiz bieten jedoch seit fast zwanzig Jahren unterstützte Beschäftigungsmassnahmen an. De facto gehören Interventionen dieser Art (welche nicht als unterstützte Beschäftigung bezeichnet werden) entweder zur beruflichen Wiedereingliederung oder zur Arbeitsvermittlung. In einer Untersuchung von Rüst und Debrunner (2005) werden die bestehenden verschiedenartigen und unkoordinierten Programme erfasst und eingeordnet und die grössten Schwächen des schweizerischen Systems ermittelt. Im Grunde bestehen alle diese «Coachingprogramme» aus drei Elementen: Profiling und Assessment, aktive Arbeitsvermittlung sowie Coaching nach erfolgreicher Arbeitsvermittlung (Postplacement Coaching). Letzteres kann zeitlich befristet oder dauerhaft sein, regulär oder auf Wunsch erfolgen und sich entweder lediglich an die gesundheitlich beeinträchtigte Person richten oder an die erwerbstätige Person und ihren Vorgesetzten.

Leider sind keine Daten darüber verfügbar, wie viele Beschäftigte mit Behinderungen in den Genuss dieser Coachingprogramme kommen, oder auch darüber, wie wirksam diese Programme sind. Rüst und Debrunner (2005) ziehen folgende Schlüsse: 1) Die verschiedenen Coachingvarianten, die in der Schweiz angeboten werden, sind recht gut geeignet, um Menschen mit erheblichen (psychischen) gesundheitlichen Problemen zu einer Stelle im allgemeinen Arbeitsmarkt zu verhelfen. 2) Der Erfolg liesse sich verbessern, wenn die Konzepte klarer ausgestaltet und zu einem formellen Pro-



gramm zur unterstützten Beschäftigung weiterentwickelt würden, wobei die Fähigkeiten und Qualifikationen der Job-Coaches gefördert und die Arbeitgeber stärker einbezogen werden sollten.

### 3.1.5 Geschützte Arbeitsplätze («sheltered employment»)

Zusätzlich zu den Programmen zur beruflichen Wiedereingliederung und zur unterstützten Beschäftigung wird in den meisten OECD-Ländern auch die Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsumfeld angeboten, um Personen mit Behinderungen Arbeitsmöglichkeiten zu verschaffen. Bei dieser Form der Unterstützung liegt der Schwerpunkt häufig eher auf der therapeutischen Funktion, denn auf den Arbeitsaufgaben und den -pflichten. Daraus zog Visier (1998) den Schluss, dass die Wiedereingliederung von Teilnehmenden in den freien Arbeitsmarkt mit dem Instrument der geschützten Arbeitsplätze besser gelingen würde, wenn die Arbeitsbedingungen möglichst praxisnah ausgestaltet wären.

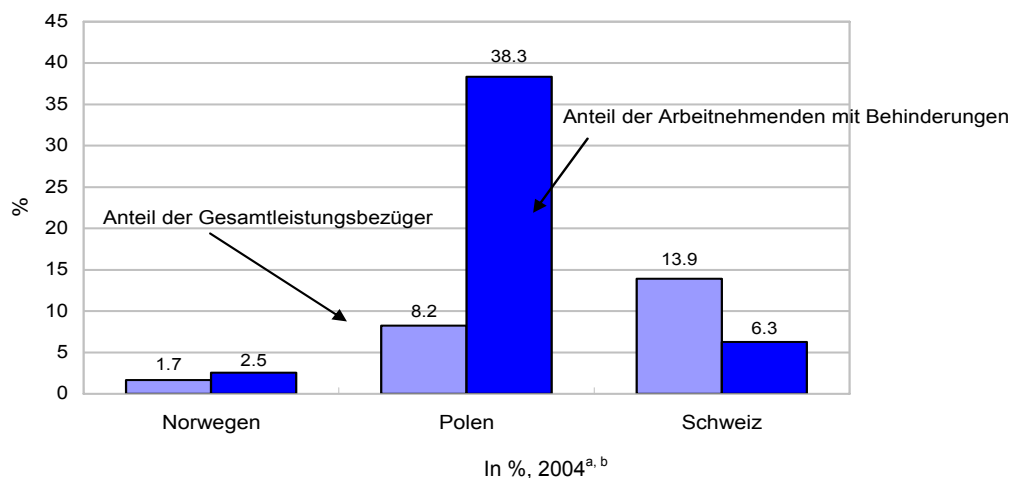
Die geschützte Beschäftigung unterscheidet sich in den drei Ländern grundlegend – sowohl hinsichtlich des Umfangs der Angebote wie auch vom Konzept her. Aus Grafik 3.2 lässt sich ersehen, dass weniger als 2% aller Leistungsempfänger in Norwegen die geschützte Beschäftigung nutzen; das sind rund 2.5% aller Erwerbstätigen, die sich selbst als gesundheitlich beeinträchtigt bezeichnen. In der Schweiz sind fast 14% aller Rentenempfänger oder rund 6% aller Erwerbstätigen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen an einem geschützten Arbeitsplatz beschäftigt. In Polen wiederum präsentiert sich eine recht erstaunliche Situation: Weniger als ein Fünftel der Personen, die nach Selbsteinschätzung gesundheitlich beeinträchtigt sind, arbeiten, aber von denen, die eine Arbeit haben, sind fast vier von zehn in einer geschützten Werkstätte tätig.

Polen hat die Entwicklung eines weitläufigen abgesonderten Arbeitsmarktes mit subventionierten Dauerstellen am weitesten vorangetrieben, wobei hier das Konzept der geschützten Arbeitsplätze breiter verstanden wird als in den anderen Ländern.<sup>21</sup> Auch die Schweiz hat eine lange Tradition von geschützten Arbeitsplätzen (häufig Dauerstellen). In Norwegen wird hingegen dieses Angebot mehrheitlich als befristete Übergangslösung angesehen, bis die Teilnehmenden in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können. In allen drei Ländern werden geschützte Beschäftigungsmöglichkeiten entweder von privaten oder öffentlichen Institutionen mit steuerfinanzierten Fördermitteln angeboten. Um diese Beiträge zu erhalten, müssen diese Institutionen gewisse Auflagen erfüllen (z.B. Rehabilitation und Ausbildung anbieten). In Norwegen und in der Schweiz ist diese Form der Beschäftigung schwerbehinderten Personen vorbehalten; in Polen sind die Voraussetzungen hingegen weniger streng.

---

21. Zusätzlich zu diesen weitverbreiteten geschützten Werkstätten gibt es in Polen auch Beschäftigungsbetriebe (für Rehabilitationszwecke) und beschäftigungstherapeutische Werkstätten (für Menschen mit schweren geistigen Behinderungen), die von ihrer Art her eher geschützten Werkstätten wie beispielsweise solchen in mitteleuropäischen Staaten ähneln. Die Zahl der in diesen Einrichtungen beschäftigten Personen ist jedoch sehr gering.

**Grafik 3.2 Geschützte Arbeitsplätze: Arbeitnehmende mit Behinderungen in Polen übervertreten**



- a) Schweizer Zahlen aus dem Jahr 1998.
- b) Der Anteil aus allen Arbeitnehmenden mit Behinderungen wird berechnet als die Anzahl Personen an geschützten Arbeitsplätzen geteilt durch die Anzahl selbsteingeschätzten erwerbstätige Invalide. Der Prozentanteil an den Gesamtleistungsempfängern entspricht einfach dem Verhältnis der Arbeitnehmenden an geschützten Arbeitsplätzen zur Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger.

Quelle: OECD-Schätzungen basierend auf norwegischer Arbeitskräfteerhebung von 2004 und 2005, und Administrativdaten der norwegischen Arbeitsverwaltung (AETAT); Polnische Arbeitsverwaltung 2004 und PFRON-Administrativdaten; Schweizerische Gesundheitsbefragung 1997; und OECD (2003a), *Transforming Disability into Ability*, Paris.

In der Schweiz bestimmt die Leitung der Werkstätten in enger Absprache mit den für die Invalidenversicherung zuständigen Stellen, wer Zugang zur geschützten Beschäftigung erhält. Für Beiträge, die den Anbietern von geschützten Arbeitsplätzen gewährt werden, wird verlangt, dass Eingliederungsleistungen angeboten werden und dass zumindest die Hälfte der Beschäftigten «invalide» im Sinne der Definition der Invalidenversicherung ist (was indirekt impliziert, dass die meisten der beschäftigten Personen eine Invalidenrente beziehen).<sup>22</sup> Für die Gewährung dieser Beiträge spielt es dabei keine Rolle, welchen Invaliditätsgrad die betreffenden Personen aufweisen oder ob die Institution angemessene Ausbildungs- und Eingliederungsmassnahmen anbietet. Obschon die ursprüngliche Idee darin bestand, die Teilnehmenden in den freien Arbeitsmarkt einzugliedern, gibt es keine Anhaltspunkte dafür, ob dies tatsächlich geschieht.

In Norwegen gilt die geschützte Beschäftigung als Beschäftigungsprogramm für jene Personen, die aufgrund von physischen, psychischen oder sozialen Problemen besondere Bedürfnisse haben. Diese Programme machen fast 10% aller Beschäftigungsmassnahmen zugunsten von Menschen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus. Das Programm läuft in drei Phasen ab: In *Phase 1* wird die Arbeitsfähigkeit der betreffenden Person getestet; in *Phase 2* werden die praktischen Fähigkeiten und formalen Qualifikationen durch passende Schulung und praktische Erfahrungen gefördert; und in *Phase 3* wird jenen Personen, die nur eine geringe Chance haben, eine Stelle im freien Arbeitsmarkt zu finden, eine passende Dauerbeschäftigung angeboten. Phase 1 kann bis zu acht Wochen lang dauern, Phase 2 bis zu zwei Jahren. Die Vorschriften schreiben zu-

22. Die Beiträge an Institutionen, welche geschützte Arbeitsplätze anbieten, machen fast ein Fünftel des gesamten Aufwands der Invalidenversicherung aus.

dem vor, dass jedes Jahr ein Viertel aller Teilnehmenden der Phase 2 aus dem Programm ausscheiden muss. Phase 3 ist hingegen nicht zeitlich befristet, jedoch sollte regelmässig abgeklärt werden, ob die betreffende Person eine normale Stelle erhalten könnte. Der Betrieb, ein so genanntes Arbeitsmarktunternehmen (Labour Market Enterprise), hat dabei relativ strenge Auflagen zu erfüllen: Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt auf der Rehabilitation; es werden keine Dividenden ausbezahlt; jeglicher Gewinn bleibt im Betrieb und kommt der Rehabilitation zugute, mindestens die Hälfte der insgesamt genehmigten Plätze befindet sich in Phase 2. Mit etwa 40% aller geschützten Arbeitsplätze in Norwegen ist der Verband der Unternehmen zur beruflichen Wiedereingliederung der grösste Anbieter von Beschäftigungsmassnahmen dieser Art. Im ersten Halbjahr 2005 erhielten 37% der Personen nach Abschluss der Phase 2 eine Stelle (60% schlossen die Phase mit einer aktiven Lösung ab, etwa mit Schulung oder Ausbildung). Diese positiven Ergebnisse sind vermutlich den – im Vergleich zu den regulären Beschäftigungsmassnahmen (siehe Grafik 3.1 weiter oben) – höheren Mittelinvestitionen (etwa für mehr Personal) zu verdanken.

In Polen stellen geschützte Arbeitsplätze meist eine «Sackgasse» dar, denn es erfolgen fast keine Übertritte in den freien Arbeitsmarkt. Betriebe, deren Personalbestand zu mindestens 40% aus Menschen mit Behinderungen besteht, können sich um die Anerkennung als geschützte Werkstätte bewerben. Wenn diese Betriebe noch andere Anforderungen erfüllen, etwa wenn sie ein geeignetes Arbeitsumfeld für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Ausbildungs- und Rehabilitationsprogramme anbieten, erhalten sie finanzielle Unterstützung. Diese Zuschüsse werden durch einen staatlichen Fonds (PFRON) finanziert; sie decken bei Menschen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen 50% des Mindestlohnes, für solche mit mittleren gesundheitlichen Beeinträchtigungen 110% und für Schwerbehinderte 130%. Diese geschützten Werkstätten sind privat geführte Unternehmen, die auf dem offenen Markt miteinander konkurrieren. Bis 2004 erhielten diese Betriebe grosszügige Steuerbefreiungen, die jedoch im Zuge der Anpassung an die EU-Wettbewerbsvorschriften grösstenteils abgeschafft wurden. Sie sind aber immer noch privilegiert, da sie eine Einkommenssteuerrückvergütung für sämtliche Angestellten des Betriebs erhalten – also auch für Angestellte ohne Behinderungen. Hinsichtlich der Eingliederung von Arbeitnehmenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in normale Unternehmen sind jedoch die Aufwendungen für die geschützten Betriebe nicht genügend gerechtfertigt (Hoopengardner, 2001).

### 3.1.6 Zusammenfassung und Fazit

In allen drei Ländern sind die Erwerbsquoten für Menschen mit Behinderungen weitaus tiefer als für gesundheitlich nicht beeinträchtigte Menschen. Ein ganz offensichtlicher Grund dafür sind schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, welche die Betroffenen daran hindern können, erwerbstätig zu sein. Weitere mögliche Gründe sind: geforderte Fähigkeiten fehlen, Diskriminierungen oder zu schwache Anreize, ein Stellenangebot anzunehmen. Ein zusätzlicher Grund ist der fehlende Erfolg von Wiedereingliederungsmassnahmen.

Norwegen bietet Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine breite Palette von Programmen an. Etwa 85% davon sind Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung oder Programme vom Typ «zuerst Ausbildung, dann Platzierung», die einen breiten Teil der Bevölkerung mit Behinderungen erreichen. Das schweizerische Konzept ähnelt dem norwegischen, hat jedoch eine geringere Reichweite. Es legt zudem einen leicht stärkeren Akzent auf geschützte Arbeitsplätze. In Polen profitiert nur ein ganz geringer Teil der Betroffenen von Wiedereingliederungsmassnahmen;

hauptsächlich werden Programme vom Typ «Platzierung-keine Ausbildung» angeboten, darunter fallen auch dauerhaft gewährte Lohnkostenzuschüsse für Arbeitgeber im freien Arbeitsmarkt. Unterstützte Beschäftigung, oder Programme vom Typ «zuerst Platzierung, dann Ausbildung» werden in Norwegen und in der Schweiz nur selten und in Polen überhaupt nicht angeboten.

Über die Erfolgsquoten dieser Beschäftigungsmassnahmen ist häufig wenig bekannt. In Norwegen, wo solche Auswertungen verfügbar sind, sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Da in Polen der Schwerpunkt auf geschützten Arbeitsplätze liegt, der nicht darauf angelegt ist, die Betroffenen in den freien Arbeitsmarkt einzugliedern, hat sich dort ein stark abgesonderter Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen entwickelt.

Obschon Programme vom Typ «Platzierung, dann Ausbildung» nur in geringem Umfang genutzt werden, lassen die verfügbaren Erkenntnisse auf relativ gute Erfolgsquoten schliessen. In Norwegen sind die Erfolgsquoten überraschend hoch, wenn man bedenkt, dass die an diesen Programmen teilnehmenden Personen im Vergleich zu den Teilnehmern der meisten übrigen Programme gesundheitlich schwerer beeinträchtigt sind. Dies mag daran liegen, dass Norwegen diese Massnahmen weiterentwickelt hat: Fast zwei Drittel der Teilnehmenden hat vor dem Eintritt in ein unterstütztes Beschäftigungsprogramm wenigstens ein Rehabilitationsprogramm durchlaufen. So gesehen bietet Norwegen eine Kombination von beruflicher Wiedereingliederung und unterstützter Beschäftigung an. Dies könnte ein sehr erfolgreicher Ansatz sein und daher sollte man erwägen, ob der Schwerpunkt der Finanzierung von der beruflichen Wiedereingliederung und den geschützten Arbeitsplätzen vermehrt hin zur unterstützten Beschäftigung verlegt werden sollte.

Schwache Erfolgsquoten müssen nicht unbedingt mit den Programmen selber zusammenhängen; auch die Wahl des richtigen Zeitpunkts kann entscheidend sein. Erkenntnisse aus der Schweiz lassen vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit für die Wiedereingliederung einer Person rund 80% beträgt, wenn der Fall in den ersten drei Monaten ihrer Abwesenheit vom Arbeitsplatz erkannt wird; nach einem Jahr beträgt sie hingegen lediglich noch 20% (NZZ, 2006). Diese Erkenntnis wird von Waddell und Burton (2004) bekräftigt; laut diesen Autoren liegt der beste Zeitraum für eine wirksame Rehabilitation zwischen einem Monat und sechs Monaten nach Beginn der Arbeitsabsenz. Um diesen Zeitraum möglichst optimal zu nutzen, sollte die Rehabilitation ein integraler Bestandteil eines guten Fallmanagements sein, das medizinische wie auch berufliche Aspekte einbezieht. Für eine erfolgreiche Wiedereingliederung oder für den Erhalt der bisherigen Stelle sollte man zudem sicherstellen, dass die Beschäftigungs- oder Rehabilitationsmassnahmen gut auf die am Programm teilnehmende Person abgestimmt und zielgerichtet sind. Daher ist es auch wichtig, genau zu prüfen, mit welcher Massnahme Erfolge erzielt werden und an wen sich die Massnahme richtet.

### **3.2 Verbesserung der Chancen, eine Stelle zu finden und zu behalten**

Beschäftigungsprogramme und Rehabilitationsmassnahmen können Menschen mit gesundheitlichen Problemen helfen, eine Arbeit zu finden, doch andere Hindernisse, wie Diskriminierung und Arbeitsbedingungen, laufen diesem Ziel womöglich zuwider. Daher werden weitere Instrumente eingesetzt, etwa die Einführung oder Verschärfung von Bestimmungen zum Schutz gegen Diskriminierung, Unterstützung in Form einer Quotenregelung oder strengere Arbeitsschutzbestimmungen. Nebst diesen Verpflichtungen für Arbeitgeber ist es aber auch wichtig, Massnahmen vorzusehen, welche die Anstellung oder den Erhalt des Arbeitsplatzes begünstigen, beispielsweise durch sub-

ventionierte Einarbeitungsprogramme und persönliche Unterstützung durch die Sozialversicherung. In diesem Abschnitt werden verschiedene Mittel und Wege erörtert, um Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu schützen (zum Beispiel durch die gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitsumfeld in Norwegen und die Quoten- und Abgabenregelung in Polen) sowie durch Unterstützungsmassnahmen für Arbeitgeber, damit diese Betroffene anstellen und behalten.

### **3.2.1 Schutz und Unterstützung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen**

Im Januar 2006 ist in Norwegen ein neues Gesetz über den Arbeitnehmerschutz und das Arbeitsumfeld (WPA) in Kraft getreten. Grösstenteils wurden in diesem neuen Gesetz die wichtigsten Bestimmungen aus dem Gesetz von 1977 übernommen. Es wurden aber auch einige neue Bestimmungen eingeführt, unter anderem solche zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2000/78, wonach unmittelbare und mittelbare Diskriminierungen wegen der Weltanschauung, der Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft, der sexuellen Ausrichtung, einer Behinderung oder des Alters untersagt sind. Seit 2004 hat Polen ebenfalls eine weitreichende Diskriminierungsgesetzgebung; in einem Nachtrag zum Arbeitsgesetzbuch wird jegliche Diskriminierung in Beschäftigung und Beruf verboten. Dies gilt auch für die Einstellung und Entlassung und die diesbezüglichen Praktiken, die Anstellungsbedingungen und den Zugang zur Ausbildung. Im Jahr 2004 trat in der Schweiz das Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen in Kraft. Dieses beinhaltet ein Paket von Massnahmen, welche Diskriminierungen gegenüber Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verhindern sollen, und legt allgemeine Bedingungen fest, welche es Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erleichtern sollen, eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen und eine Ausbildung zu absolvieren. Die schweizerische Gesetzgebung unterscheidet sich von jener in Norwegen und Polen, da sie die Bedingungen für die Anstellung und die Entlassung nicht abdeckt.

Eines der Hauptziele des neuen norwegischen Gesetzes über den Arbeitnehmerschutz und das Arbeitsumfeld (WPA) ist es, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern. Das neue Gesetz führt daher Erleichterungen für *befristete* Arbeitsverhältnisse ein, erhöht gleichzeitig aber auch die besondere *Kündigungsfrist* im Falle einer Krankheit oder Behinderung von sechs auf zwölf Monate. Das schweizerische Obligationenrecht sieht für den Schutz vor einer Entlassung von Menschen, die arbeitsunfähig werden, einen sehr viel kürzeren Rechtsschutz vor. Die Dauer des Kündigungsschutzes hängt dabei in erster Linie von der Dauer des Arbeitsverhältnisses ab: Hat das Arbeitsverhältnis weniger als ein Jahr gedauert, kann es im ersten Monat seit dem Ausbruch der Krankheit nicht beendet werden; zwischen dem zweiten und dem fünften Jahr wird diese Kündigungsfrist auf drei Monate erhöht; bei einer Beschäftigungsdauer von über fünf Jahren beträgt der Kündigungsschutz sechs Monate. In Polen ist die Entlassung von Personen bei Krankheit oder Behinderung erst möglich, wenn das Krankengeld aufgebraucht ist. Mit einem zusätzlichen Schutz während der ersten drei Monate der medizinischen Rehabilitation kann diese Frist bis zu einer Gesamtdauer von neun Monaten ausgedehnt werden.

Erwerbstätige mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben in Polen besondere Rechte. So müssen Angestellte mit leichten oder schweren Beeinträchtigungen lediglich 35 Wochenstunden arbei-

ten (gegenüber 40 Stunden für Personen mit leichten oder keinen Beeinträchtigungen).<sup>23</sup> Sie kommen auch in den Genuss weiterer Sonderbestimmungen, wie zehn zusätzliche bezahlte Ferientage pro Jahr und das Recht auf eine zusätzliche halbstündige Pause pro Tag, um beispielsweise einen Kurs zu besuchen. Darüber hinaus müssen Angestellte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine Nachtschichten oder Überstunden leisten.

Polen hat als einziges der drei Länder eine Quoten- und Abgaberegulation eingeführt.<sup>24</sup> Bis vor kurzem galt diese Regelung nur für private Unternehmen mit 25 oder mehr Angestellten: Deren Personalbestand musste zu mindestens 6% aus Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehen (umgerechnet in Vollzeitstellen).<sup>25</sup> Dabei spielt der Grad der Behinderung keine Rolle; eine Person mit einer schweren Behinderung «zählt» also gleich viel wie eine Person mit einer leichten gesundheitlichen Beeinträchtigung. Unternehmen, welche die Auflagen erfüllen, erhalten einen dauerhaften Lohnkostenzuschuss für jede beschäftigte Person mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Dieser Zuschuss deckt für Personen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen 35% des Mindestlohnes, für solche mit mittelschweren 77% und für Angestellte mit schweren Beeinträchtigungen 91% (für Menschen mit psychischen Störungen, Epilepsie sowie für Blinde deckt der Zuschuss 90% des Lohnes). Unternehmen, welche die Quoten- und Abgaberegulation *nicht* erfüllen, büssen nicht nur den Lohnkostenzuschuss für alle ihre Angestellten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein, sondern müssen darüber hinaus für jede behinderte Person, die ihnen zum Erreichen der 6%-Schwelle fehlt, eine Abgabe in Höhe von 40.65% des nationalen Durchschnittslohnes entrichten. Die Abgaben werden in den staatlichen Fonds PFRON einbezahlt und hauptsächlich dazu verwendet, geschützte Arbeitsplätze zu subventionieren.

Doch trotz dieser starken Anreize für die Anstellung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfüllen 70% aller normalen Unternehmen, die unter die Quotenregelung fallen, die Auflagen nicht. Dies lässt darauf schliessen, dass das System einige grundlegende Probleme aufweist. Natürlich kann man einwenden, dass die Abgabe für die Arbeitgeber nicht hoch genug sei und dass die Nachteile der Anstellung einer behinderten Person, selbst einer mit einer geringen gesundheitlichen Beeinträchtigung, grösser seien als die Kosten für die Bezahlung der Abgabe. Dies trifft jedoch vermutlich nicht zu. Stattdessen gibt es Anzeichen dafür, dass die Arbeitgeber nicht genügend über die Regelung informiert sind und daher die Abgabe ganz einfach als weitere Lohnsteuer ansehen. Ein weiterer Grund könnte der sein, dass für die Betroffenen zu wenige Anreize bestehen, eine Arbeit aufzunehmen oder dass sie gegen jüngere und hochqualifizierte Erwerbslose antreten müssen, für die ebenfalls hohe Lohnsubventionen existieren. Was auch immer der Grund sein mag, das System ist in seiner derzeitigen Form nicht sehr wirksam.

---

23. Eine Person, die als schwer oder leicht behindert eingestuft wird, darf im allgemeinen (offenen) Arbeitsmarkt nur dann arbeiten, wenn sie vom Nationalen Arbeitsinspektorat eine Bewilligung erhalten hat.

24. Die norwegische Regierung ist verpflichtet, zwischen 2005 und 2007 dafür zu sorgen, dass wenigstens 5% aller neuen Angestellten Personen mit eingeschränkter Funktionsfähigkeit sind (dazu gehören auch Beschäftigte mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, solche, die sich in der Rehabilitation befinden, oder Invaliditätsleistungsempfänger).

25. Das System wurde kürzlich im öffentlichen Sektor eingeführt. Um die verlangten 6% zu erreichen, wird die derzeitige Quote von 3% in den nächsten Jahren schrittweise erhöht.

### **3.2.2 Verpflichtung der Arbeitgeber, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen anzustellen**

Die Anpassung des Arbeitsumfelds (bzw. der Ausstattung am Arbeitsplatz) ist eine weitere Möglichkeit, um Erwerbstätigen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu helfen, ihren Arbeitsplatz zu behalten oder um ihnen den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu erleichtern. Zu diesem Zweck führte Polen im Jahr 2003 Zuschüsse zur Anpassung des Arbeitsplatzes für Unternehmen ein, die behinderte Menschen beschäftigen. Diese Zuschüsse werden sowohl für neu eingestellte Personen gewährt wie auch für bisherige Angestellte, die eine gesundheitliche Beeinträchtigung erleiden. Im Jahr 2004 erhielten lediglich 489 Unternehmen einen solchen Anpassungszuschuss, der sich im Schnitt auf 23 000 PLN belief. Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme dieser Zuschüsse sind die hohen administrativen Kosten für die Antragstellung. Als weiterer Grund wurde erneut auf den Informationsmangel hingewiesen. Dieses Argument gilt offenbar auch für die Schweiz, wo Arbeitgeber sich ihre Ausgaben für die Anpassung des Arbeitsplatzes ebenfalls rückvergüten lassen können.

Im norwegischen System übernehmen die Arbeitgeber weit mehr Verantwortung, jedoch kaum finanzielle Verpflichtungen. Sie müssen dafür sorgen, dass konsequent Massnahmen zur Prävention und zur Anpassung eingerichtet werden, und haben auch die Aufgabe, Angestellte, die wegen Krankheit beurlaubt sind, zu betreuen und Vorkehrungen für sie zu treffen. Zudem soll der Arbeitgeber, wenn ein Angestellter infolge Unfall, Krankheit oder einem ähnlichen Vorfall eine Einbusse seiner Arbeitsfähigkeit erleidet, nach Möglichkeit alle nötigen Massnahmen treffen, damit die betroffene Person ihre Stelle behalten kann. Etwa indem die Arbeit und die Arbeitsstunden speziell angepasst sowie technische Hilfsmittel eingesetzt oder Rehabilitationsmassnahmen durchgeführt werden. Wenn die dafür nötigen Kosten 30 000 NOK übersteigen, können die Arbeitgeber Zuschüsse beantragen.

Ein Beispiel für ein Unterstützungsangebot nicht finanzieller Art für Arbeitgeber sind die so genannten Arbeitsplatzzentren in Norwegen. Die Haupttätigkeit dieser Zentren besteht darin, die Beziehungen zwischen Arbeitgeber und Angestellten zu verbessern und diese zu ermuntern, sich Gedanken darüber zu machen, wie abwesende Angestellte wieder eingegliedert werden können. Zu diesem Zweck wird den Unternehmen eine Kontaktperson zur Seite gestellt, die mit dem Unternehmen und der Situation vertraut ist. Dieser Beratungsdienst ist für Arbeitgeber, die eine Vereinbarung mit der örtlichen Versicherungsstelle abgeschlossen haben, unentgeltlich (Kapitel 6) und umfasst auch massgeschneiderte Dienstleistungen wie die Koordination mit beruflichen Ausbildungszentren, Unterstützung bei der Antragstellung für Zuschüsse zur Anpassung des Arbeitsplatzes, aber auch allgemeinere Dienstleistungen wie managementspezifische Beratungsangebote. Diese Arbeitsplatzzentren werden von den Arbeitgebern sehr geschätzt und erweisen sich offenbar als erfolgreich, da sie dazu beitragen, gute Praktiken bei den Unternehmen zu fördern. Es ist ungewiss, ob Massnahmen dieser Art einen signifikanten Effekt auf die Neuzugänge ins Invaliditätssystem haben, aber sie leisten einen wertvollen Beitrag für das Integrationskonzept von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, was auf längere Sicht helfen könnte, die Vorurteile gegen Angestellte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen abzubauen.

### 3.2.3 Zusammenfassung und Fazit

Im Ländervergleich ist Polen das einzige Land, das für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen besondere Rechte vorsieht. Gleichzeitig verzeichnet es aber bei weitem die niedrigste Behindertenbeschäftigungsquote der drei Länder (aber auch im Vergleich zu allen anderen OECD-Staaten). Ein wichtiger Grund dafür ist, dass dieser Schutz nicht mit einer zusätzlichen Unterstützung für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die arbeiten oder eine Arbeit suchen, verbunden ist. Ein weiteres Hindernis stellt offenbar die nicht behindertengerechte Infrastruktur dar, so auch der Zugang zum öffentlichen Verkehr. Als dritter Grund wird häufig auf den relativ geringen Bildungsstand verwiesen, der sich aus dem Umstand ergibt, dass der Zugang zu Bildung und Ausbildung erschwert ist. Besondere Arbeitsvorschriften für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen tragen womöglich auch dazu bei, dass weniger behinderte Arbeitssuchende eingestellt werden und so betroffene Behinderte generell stigmatisiert werden. Es lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob Polens Quoten- und Abgabenregelung für die Anstellung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dieses Problem noch zusätzlich verschärft oder nicht.

Im Gegensatz dazu ist der Arbeitnehmerschutz in der Schweiz einer der flexibelsten im OECD-Raum (OECD, 2004c). Zudem fehlen in der Schweiz strenge Diskriminierungsgesetze sowie eine Quotenregelung für die Anstellung von Personen mit Behinderungen. Und doch verzeichnen Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Schweiz die höchste Beschäftigungsquote der drei Länder (und eine der höchsten im OECD-Raum). Es ist schwierig zu sagen, ob dies auf weniger Vorurteile zurückzuführen ist. Oder ob es das Ergebnis eines besseren Integrationskonzeptes ist, das Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Teilnahme am Arbeitsmarkt ermuntert, oder eines flexibleren Arbeitsmarkts mit lockeren Anstellungs- und Kündigungsbedingungen; vermutlich trägt die Kombination all dieser Faktoren zum positiven Ergebnis bei.

In Polen gibt es Anzeichen dafür, dass Arbeitgeber die Regeln des Quoten- und Abgabensystems nicht genau kennen und dass die administrativen Kosten der Antragstellung für die Zuschüsse zur Anpassung des Arbeitsplatzes zu hoch sind. Ähnliche Anzeichen lassen sich auch in der Schweiz erkennen, wo die Arbeitgeber generell nur unzulänglich über die mögliche Unterstützung finanzieller und nicht finanzieller Art für die Anstellung von behinderten Personen oder die Erhaltung deren Arbeitsplatzes Bescheid wissen. Dies deutet darauf hin, dass es vermutlich wichtiger wäre, besser über bestehende Massnahmen zu informieren (wobei die Zielgruppe vorwiegend aus kleinen und mittleren Unternehmen besteht) und bürokratische Hindernisse abzubauen, statt neue Massnahmen einzuführen.

### 3.3 Das Invaliditätssystem beschäftigungsfreundlich ausgestalten

In Polen erwies sich die Reform als sehr erfolgreich, da es gelang, die Neueintritte zu verringern und die Abgänge aus dem Invaliditätssystem zu erhöhen; in Norwegen wie in der Schweiz stellen jedoch die niedrige Austrittsraten weiterhin ein grosses Problem dar. Ein möglicher Lösungsansatz wäre, die Erfassung potenziell arbeitsfähiger Leistungsempfänger zu verbessern. Dies geschieht gewöhnlich durch die Neu Beurteilung des Gesundheitszustands bei den Personen, die derzeit Invaliditätsleistungen beziehen. In Ländern, wo dies noch nicht der Fall ist, wäre ein solcher Entscheid vermutlich unpopulär oder würde womöglich gegen die gesetzliche Regelung bezüglich Dauerleistungen verstossen. Daher werden häufig zeitlich befristete sowie Teilleistungen gewährt. In diesem Ab-

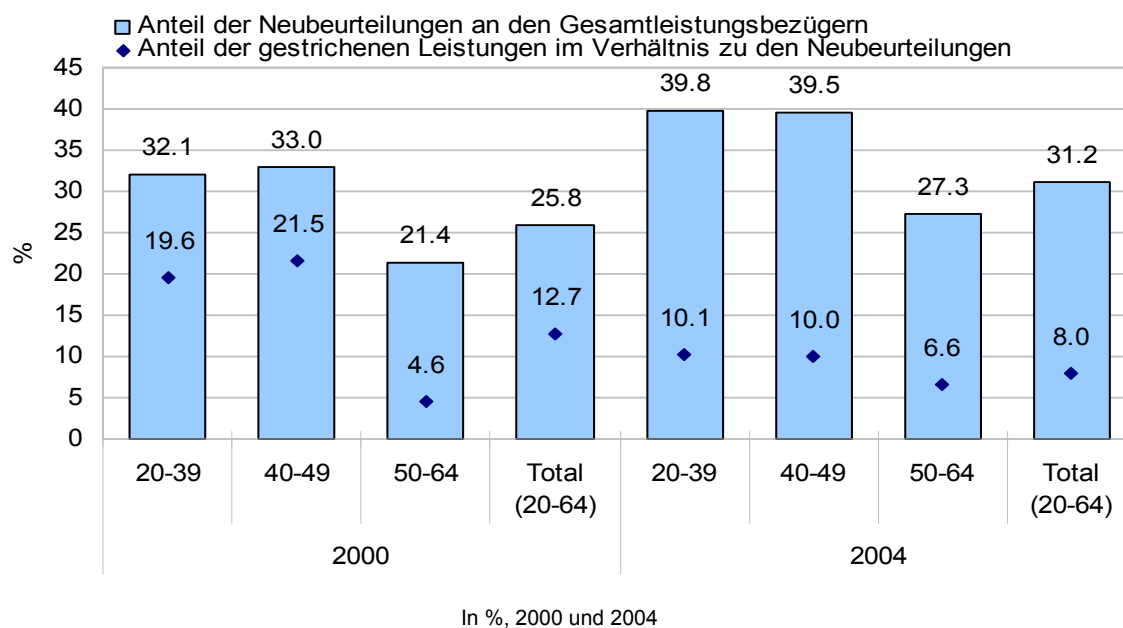


schnitt werden verschiedene Möglichkeiten zur Neubeurteilung von Invaliditätsleistungen untersucht. Dabei werden zeitlich befristete Invaliditätsleistungen erörtert sowie die Notwendigkeit, strenge Anspruchsvoraussetzungen beizubehalten. Weiter wird nach dem Nutzen von Teilleistungen gefragt. Ferner werden die Bemühungen untersucht, Leistungsempfänger zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit zu ermuntern.

### 3.3.1 Neubeurteilung medizinischer Aspekte und zeitlich befristete Leistungen

Polen nutzt die Möglichkeit zeitlich befristeter Anspruchsberechtigungen am stärksten, jedenfalls was die Sozialversicherung für Beschäftigte ausserhalb des Landwirtschaftssektors (ZUS-System) anbelangt. Seit November 2005 werden sämtliche Leistungen in den ersten drei Jahren zeitlich befristet gewährt. Nach diesem Zeitraum wird die Auszahlung der Leistungen gestoppt, die Betroffenen müssen erneut einen Antrag stellen und ihr Gesundheitszustand wird komplett neu beurteilt. Doch bereits vor der Einführung dieser Regelung wurden rund 80% aller Leistungen zeitlich befristet gewährt und bestehende Leistungen wurden häufig neu überprüft. 2004 sind etwa ein Drittel aller Leistungen überprüft worden (im Jahr 2000 waren es hingegen nur ein Viertel); 8% davon wurden gestrichen (gegenüber 13% im Jahr 2000). Dies entspricht einer Streichung von 2.5% aller Invaliditätsleistungen, was etwas unter dem entsprechenden Anteil von 3.3% im Jahr 2000 liegt (Grafik 3.3)

**Grafik 3.3 Ein Grossteil der Invaliditätsleistungsempfänger wird in Polen neu beurteilt**



Quelle: Polnische Sozialversicherungsanstalt für Erwerbstätige ausserhalb der Landwirtschaft (ZUS).

In Norwegen besteht hingegen keine Möglichkeit, den Gesundheitszustand einer Person, der eine Dauerleistung zugesprochen wurde, neu zu beurteilen. Stattdessen wurde 2004 ein paralleles System von zeitlich befristeten Invaliditätsleistungen eingeführt und damit die Möglichkeit geschaffen, bei Personen, bei denen Aussicht auf einen Wiedereinstieg in das Erwerbsleben besteht, die medizinische Beurteilung nach einer gewissen Zeit zu überprüfen. Zeitlich befristete Anspruchsberechtigungen werden für eine Dauer von einem bis vier Jahren gewährt. Danach wird der Anspruch neu geprüft. Der Leistungsanspruch kann verlängert werden und zwar bis zu einer Dauer von vier Jah-

ren. Dauerhafte Invaliditätsleistungen (Voll- oder Teilleistungen) werden nur Personen gewährt, bei denen nach einer angemessenen Rehabilitationsphase geurteilt wird, dass in ihrem Fall keine Aussicht auf einen späteren Wiedereinstieg ins Erwerbsleben besteht.

In Norwegen wurden im Jahr 2005, ein Jahr nach der Einführung, in 36% aller neuen Fälle zeitlich befristete Invaliditätsleistungen zugesprochen, im Jahr 2004 lag der entsprechende Anteil noch bei 28%. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen ist jedoch je nach Altersgruppe unterschiedlich; in der Altersgruppe von 25-44 Jahren erhielten rund drei Viertel aller Neuzugänge befristete Leistungen, hingegen wurden diese den Personen über 55 Jahren beinahe nie zugesprochen (Tabelle 3.6). Die Tatsache, dass seit der Einführung der neuen Leistung die Gesamtzahl der Neuzugänge in einigen Altersgruppen gestiegen ist, löste Besorgnis aus. In der Tat ist die gesamte Neueintrittsrate verglichen mit 2003 (also ein Jahr vor der Einführung) in der Altersgruppe von 20-39 Jahren markant gestiegen. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Eintrittsschwelle für die Gewährung von Invaliditätsleistungen gesenkt wurde. Daher ist es wichtig, die weitere Entwicklung genau zu verfolgen.

**Tabelle 3.6. Zeitlich befristete Leistungen in Norwegen könnten die Eintrittsschwelle jüngerer Altersgruppen gesenkt haben**

In % nach Altersgruppen, 2005

	Neue zeitlich befristete Leistungen im Verhältnis zu allen Invaliditätsneuzugängen	Verteilung der neuen zeitlich befristeten Leistungen	Verteilung der neuen nicht befristeten Leistungen	Veränderung der Neueintrittsrate 2003 bis 2005
18-19	11.3	0.5	2.4	28.2
20-24	49.8	3.0	1.7	47.1
25-29	72.9	5.8	1.2	45.5
30-34	77.8	10.7	1.7	60.0
35-39	76.0	15.7	2.8	43.8
40-44	73.0	18.9	3.9	24.0
45-49	61.9	19.7	6.8	12.7
50-54	44.2	18.0	12.7	0.0
55-59	11.9	7.1	29.5	-5.7
60-64	1.1	0.6	31.3	-14.1
65-67	0.1	0.0	6.1	-2.2
<i>Total</i>	35.9	100.0	100.0	8.2

Quelle: Landesversicherungsverwaltung (NIA) und statistisches Amt Norwegen

In der Schweiz können sämtliche Rentenleistungen jederzeit neu beurteilt werden, doch die Rentenabgänge infolge Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sind enttäuschend gering. So wurden im Jahr 2003 die Fälle von rund 45 000 Rentenempfängern bzw. fast 20% aller Rentenfälle überprüft. Nach dieser Neubeurteilung bezogen jedoch 82% weiterhin ihre bisherigen Leistungen, 11% aller neu beurteilten Rentenfälle wurden erhöht (etwa von einer Viertels- auf eine halbe Rente), 3% wurden gekürzt und lediglich 4% der Leistungsansprüche wurden gestrichen. Mit anderen Worten wurden weniger als 1% aller Invaliditätsleistungen aufgehoben und bei diesen Fällen macht der Wiedereinstieg ins Erwerbsleben vermutlich nur ein geringer Teil aus. In der Schweiz ist die Leistungsdauer weitgehend flexibel geregelt. Jedoch werden Invaliditätsleistungen üblicherweise auf Dauer gewährt, wenn angenommen wird, dass das Gesundheitsproblem dauerhaft oder vermutlich über längere Zeit bestehen bleibt.

Kehren ehemalige Leistungsempfänger nicht ins Erwerbsleben zurück, sondern wechseln zwischen verschiedenen Leistungssystemen, so ist bei ihnen häufig eine Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit, ihrer Lebensqualität und ihres allgemeinen Wohlbefindens zu beobachten. Somit wirken sich Massnahmen, welche Betroffene ermuntern und ihnen helfen, damit sie nicht mehr auf Leistungen angewiesen sind, sondern wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen, offenbar positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus. Im Gegensatz dazu besteht bei Massnahmen, die Personen bloss aus dem Leistungssystem hinausdrängen, die Gefahr, dass Gesundheit und Wohlbefinden darunter leidet (Waddell und Burton, 2006). Weder in Norwegen, Polen noch in der Schweiz liegen Informationen darüber vor, wie es ehemaligen Leistungsempfängern, die ihren Leistungsanspruch nach einer Neubeurteilung verloren haben, im Erwerbsleben oder in ihrer «Leistungsbezugslaufbahn» ergangen ist.

### **3.3.2 Teilleistungen**

Teilleistungen stellen eine weitere Möglichkeit dar, um Leistungsempfänger zu ermuntern, (teilweise) erwerbstätig zu bleiben oder wieder ins Erwerbsleben einzusteigen. Solche Teilleistungen werden häufig Personen mit geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gewährt oder aber dann, wenn die Betroffenen nur teilweise erwerbsgemindert sind. In Norwegen wird eine Teilleistung immer dann gewährt, wenn der Verlust der Arbeitsfähigkeit weniger als 100% beträgt. In Polen wird diese Form der Leistungen Personen gewährt, welche arbeiten können, allerdings nicht mehr in ihrem früheren Beruf. In der Schweiz setzt der Bezug einer Teilrente voraus, dass die Erwerbsfähigkeit mehr als 40%, aber weniger als 70% reduziert ist. Gemessen an diesen Definitionen scheinen die norwegischen Bestimmungen für die Gewährung eines vollen Leistungsanspruchs bei weitem die strengsten zu sein.

Ein länderübergreifender Vergleich bezüglich Voll- und Teilleistungen ergibt jedoch ein anderes Bild. In Norwegen handelt es sich bei 20% aller Leistungen um Teilleistungen, gegenüber 27% in der Schweiz, wogegen diese in Polen einen Anteil von 54% ausmachen (aus der untenstehende Tabelle nicht ersichtlich).<sup>26</sup> Der Unterschied zwischen der Anzahl Neuzugänge, denen eine ganze Leistung zugesprochen wurde, ist in Norwegen und in der Schweiz sogar noch deutlich grösser und erreichte im Jahr 2004 13 Prozentpunkte; im Jahr 1995 hatten dagegen beide Länder noch ähnlich hohe Anteile verzeichnet (Tabelle 3.7).

---

26. Für Polen sind keine detaillierten Daten verfügbar.

**Tabelle 3.7. Teilinvaliditätsleistungen werden in der Schweiz öfters gesprochen als in Norwegen**

In % nach Alter und Invaliditätsgrad, 1995 und 2004

Norwegen	1995				2004			
	20-34	35-49	50-66	Total	20-34	35-49	50-66	Total
25% to 49%	0.2	0.2	0.1	0.1	0.4	1.0	0.3	0.5
50% to 74%	19.5	31.0	25.7	26.3	14.0	28.0	24.9	24.4
75% to 99%	3.2	4.6	7.2	5.9	2.2	3.0	3.9	3.5
100%	76.3	61.8	66.3	66.4	83.4	68.0	70.9	71.6
Schweiz	20-34	35-49	50-64	Total	20-34	35-49	50-64	Total
40% to 49%	4.7	6.0	4.9	5.2	4.7	9.5	9.0	8.6
50% to 59%	21.7	31.4	29.3	28.7	17.3	25.6	26.3	24.9
60% to 69%	..	..	..	..	5.7	9.2	9.5	8.9
70% to 100%	73.5	62.5	64.4	65.3	72.4	55.7	55.3	57.7

a) 1995 bezogen sich die Invaliditätsgrade auf: 40-49%, 50-66% und 67-100%.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA) und Schweiz (IV)

Im Jahr 2004 wurde in der Schweiz für Personen mit einem Invaliditätsgrad zwischen 60-69% eine Dreiviertelsrente eingeführt. Damit wollte man die Einstiegschancen für neu beurteilte Leistungsempfänger von ganzen Renten erhöhen. Die Dreiviertelsrente wurde als Ergänzung zu den bereits existierenden Rentenabstufungen eingeführt: Viertelsrente (40-49%), halbe Rente (50-59%) und ganze Rente (Invaliditätsgrad von 70% und mehr). In Norwegen werden Teilleistungen sogar noch enger abgestuft, nämlich in 5%-Schritten zwischen 50% und 95% der vollen Leistung. Diese Möglichkeiten scheinen jedoch zu wenig genutzt zu werden, da die grosse Mehrheit der neu eintretenden Leistungsempfänger entweder eine halbe (rund ein Viertel der Fälle) oder eine volle Leistung (72% der Neuzugänge) zugesprochen erhalten.

2005 wurde in Norwegen ein weiterer Versuch unternommen, im Invaliditätssystem mehr Anreize für den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu schaffen. Dazu erhielten Leistungsempfänger in fünf Landkreisen die Möglichkeit, während drei Jahren zu arbeiten ohne dadurch ihren Leistungsanspruch zu verlieren oder zu gefährden (sog. *Invaliditätsleistung als Lohnkostenzuschuss*).<sup>27</sup> Wie der Name bereits sagt, erhält der Arbeitgeber während bis zu drei Jahren die Invaliditätsleistung der Leistungsempfänger als Lohnkostenzuschuss (bis zu einer Obergrenze von 90% des Lohnes). Ziel dieses Pilotprojektes war es, vor Ende 2005 600 Teilnehmende zu beschäftigen, doch im Oktober 2005 waren es lediglich 54 Personen und weitere 50 warteten auf eine Stelle. Das System wurde ausgewertet, um die Gründe für die schwache Inanspruchnahme zu klären (ECON, 2006). Diese Evaluation erbrachte folgendes Ergebnisse: 1) mangelndes Interesse bei den Invaliditätsleistungsempfängern (hauptsächlich wegen der geringen wirtschaftlichen Anreize und fehlender Unterstützung bei der Suche nach einer Stelle im freien Arbeitsmarkt); 2) mangelndes Interesse seitens der Arbeitgeber; und 3) regulatorische Einschränkungen (so kam diese Möglichkeit nur für Personen in Betracht, die bereits vor 2004 eine Invaliditätsleistung bezogen).

27. In Schweden wurde im Jahr 2000 ein ganz ähnliches System eingeführt. Das System erwies sich jedoch als Misserfolg; 12 Monate nach seiner Einführung hatten sich lediglich 0.5% aller Invaliditätsleistungsempfänger gemeldet; ein Drittel davon kehrten nach drei Monaten wieder zum Leistungssystem zurück, d.h. sobald es ihnen nicht mehr möglich war, gleichzeitig die Invaliditätsleistung und den Lohn zu erhalten (OECD, 2003b).

### 3.3.3 Zusammenfassung und Fazit

Die Versuche, Leistungsempfänger davon zu überzeugen, *freiwillig* wieder in den Arbeitsmarkt zurückzukehren, hatten bisher offenbar wenig Erfolg. Umso wichtiger ist es, den Gesundheitszustand von Invaliditätsleistungsempfängern jeweils neu zu beurteilen. Neubeurteilungen eines grossen Teils der Leistungsempfänger (wie in der Schweiz und in Polen) oder die Beschränkung von Dauerleistungen durch die Gewährung von zeitlich befristeten Leistungsansprüchen (wie in Norwegen und in Polen) sind nur dann sinnvoll, wenn die Betroffenen – zumindest teilweise – wieder eine Arbeit aufnehmen. Wenn zudem die Anspruchsvoraussetzungen für Teilleistungen oder zeitlich befristete Leistungen entsprechend weniger streng sind, dann können diese Leistungen die angestrebte Wirkung verfehlen und die Zahl der Neuzugänge sogar noch erhöhen und folglich das gesamte Arbeitskräfteangebot verringern. Es gibt Anzeichen dafür, dass dies bei jüngeren Invaliditätsleistungsempfängern in Norwegen der Fall ist.

Auch Teilleistungen scheinen in Norwegen problematisch zu sein. Trotz der strengeren medizinischen Anforderungen für volle Leistungen ist der Anteil der Personen, die Teilleistungen beziehen, weit geringer als in der Schweiz. Daher sollte eine kohärentere Methode zur Leistungsbeurteilung eingesetzt werden, damit die zeitlich befristeten und die Teilleistungen in Norwegen wieder ihren ursprünglichen Zweck erfüllen. Zudem sollten Personen, die ihren Leistungsanspruch verlieren, bei der Suche nach einer Beschäftigung gezielt unterstützt werden. Besonders wichtig wäre eine solche Unterstützung in Polen, wo diese Art von Hilfe relativ selten genutzt wird und wo Leistungsansprüche häufiger aufgehoben werden. Auch besteht in allen drei Ländern ein wachsender Bedarf nach angemessener Unterstützung für jene, die zeitlich befristete Leistungen erhalten, um zu verhindern, dass Teilleistungen automatisch in volle Leistungen umgewandelt werden.

Die Erhöhung der Abgänge aus Invaliditätsversicherungssystemen erweist sich als schwierige Aufgabe und es müssen einige Grundlagen geschaffen werden, um Betroffene wieder in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Ein solcher grundlegender Faktor bilden die finanziellen Arbeitsanreize, welche in Kapitel 4 behandelt werden. Solange Invaliditätsleistungsempfänger kein wirtschaftliches Interesse daran haben, eine Beschäftigung aufzunehmen (etwa wegen zu hoher Ersatzquoten oder zu hoher effektiver Grenzsteuerbelastung), oder für Arbeitgeber keine Anreize bestehen, Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einzustellen und zu behalten, wird die Zahl der Abgänge sehr wahrscheinlich auf einem niedrigen Stand verharren.



## 4 Stärkere finanzielle Anreize

Menschen mit Behinderungen geht es im Schnitt finanziell schlechter als gesundheitlich nicht beeinträchtigten Gleichaltrigen. In Polen und der Schweiz sehen sie sich zudem einem höheren Armutsrisiko ausgesetzt. Invaliditätsleistungen und andere staatliche Sozialleistungen (Sozialtransfers) tragen dazu bei, Einkommensunterschiede zu verringern, vor allem in Norwegen. Gleichzeitig benachteiligt jedoch die heutige Regelung dieser Leistungen, in Verbindung mit den jeweiligen Einkommensbesteuerungsregelungen bestimmte Gruppen von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wenn diese wieder eine Arbeit aufnehmen wollen, und schafft somit negative finanzielle Arbeitsanreize. Dies betrifft insbesondere teilbehinderte Personen, die eine Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung aufnehmen möchten und allgemeiner jene mit tieferen Einkommen und Personen mit Kindern. Ähnliche negative Anreize gibt es auch für Arbeitgeber, die Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen anstellen oder weiter beschäftigen wollen, obwohl in allen drei Ländern eine Reihe verschiedener Beschäftigungsförderung existiert.

Kann die heutige Invaliditätspolitik, insbesondere die Leistungspolitik, wirksam verhindern, dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen hohe finanzielle Einbussen und Armutsrisiken hinnehmen müssen? Ist diese Politik genügend ausgewogen, um so genannte «Leistungsfallen» zu vermeiden, d.h. Situationen, in denen eine Person sogar bestraft würde, wenn sie wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen möchte? Können politische Massnahmen, welche die Anreize auf der Arbeitgeberseite stärken sollen, überhaupt etwas bewirken? Dieses Kapitel wirft einen Blick auf das Dilemma zwischen einem angemessenen Einkommen auf der einen und Arbeitsanreizen auf der anderen Seite. Es ist nach der dreifachen Zielsetzung der Politik in diesem Bereich gegliedert: die Sicherstellung eines angemessenen Einkommens für Personen mit Behinderungen, die Erhöhung der Arbeitsanreize bei Leistungsempfängern sowie die Verstärkung bzw. häufig die Schaffung von Anreizen für die Arbeitgeber, Arbeitsplätze für Behinderte anbieten.

### 4.1 Sicherung eines angemessenen Einkommens für Personen mit Behinderungen

In Norwegen, Polen und der Schweiz machen die durchschnittlichen Invaliditätsleistungen ungefähr 40-60% des nationalen Durchschnittseinkommens aus. Invaliditätsleistungen sind für Personen mit Behinderungen allerdings nur eine von vielen möglichen Einnahmequellen; andere sind Leistungen der öffentlichen Hand, eigenes Einkommen, Kapitaleinkommen, Einkommen aus Ersparnissen und private Mittel. Darüber hinaus tragen andere Haushaltsmitglieder, mit denen die gesundheitlich beeinträchtigte Person zusammenlebt, zum wirtschaftlichen Wohlergehen der Betroffenen bei (oder belasten diese, wenn keine anderen Haushaltsmitglieder vorhanden sind).

#### 4.1.1 Relatives Einkommen und Armut

Das verfügbare Einkommen von Personen mit Behinderungen liegt in allen drei Ländern zwischen 10-15% unter dem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bzw. der Erwerbsbevölkerung (siehe Kapitel 1).<sup>28</sup> In Norwegen sind Behinderte weniger stark von Armut betrof-

---

28. Das verfügbare Einkommen (auch Äquivalenzeinkommen genannt) wird definiert als das gesamte Pro-Kopf-Nettohaushaltseinkommen, das mit Hilfe einer Äquivalenzskala, welche der Quadratwurzel der Haushaltsgrösse entspricht, an die Haushaltsgrösse angeglichen wird (Elastizität = 0.5).

fen (6-11% je nach Referenzeinkommen) als in Polen und in der Schweiz (10-18%).<sup>29</sup> Der Umstand, dass in der Schweiz das Durchschnittseinkommen von Personen mit Behinderungen ein vergleichbares (relativ hohes) Niveau wie in Norwegen erreicht, die Armutsrate jedoch auf dem gleichen (hohen) Stand ist wie in Polen, deutet darauf hin, dass die Einkommen Behinderter in der Schweiz ungleichmässiger verteilt sind. Dies mag mit der wichtigen Rolle privater Ersparnisse im schweizerischen dreistufigen Invaliditätsleistungssystem zusammenhängen.

Zu beachten ist, dass herkömmliche Einkommenskonzepte, wie das hier verwendete Äquivalenzeinkommen («Quadratwurzel-Äquivalenzskala»), spezifische invaliditätsbedingte Lebenshaltungskosten, z.B. für den Transport oder für spezielle Ausstattungen, nicht berücksichtigen. Nationale Studien, welche «invaliditätsbereinigte» Äquivalenzskalen verwenden, ermitteln bei der Bevölkerung mit Behinderungen tiefere Einkommensniveaus und höhere Armutsraten (z.B. Jones und O'Donnell, 1995 sowie Zaidi und Burchardt, 2005 für das Vereinigte Königreich). Die hier angegebenen Einkommensschätzungen für Personen mit Behinderungen sind daher wahrscheinlich zu tief angesetzt.

Je nach Altersgruppe und Bildungsniveau zeigt sich hinsichtlich finanziellem Wohlstand und Armut ein unterschiedliches Bild. Das Einkommensniveau ist bei jüngeren und bei älteren Personen sowie bei solchen mit tieferem Bildungsniveau niedriger. Dies trifft sowohl für Personen mit Behinderungen und als auch für solche ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen zu; das Leistungssystem gleicht indes alters- und bildungsspezifische Einkommensunterschiede zwischen diesen beiden Personengruppen aus, vor allem in Polen.

In Norwegen sinkt das relative Armutsrisiko mit steigendem Alter, wobei in der Altersgruppe von 20-29 Jahren das Armutsrisiko bei Behinderten doppelt so gross ist wie bei Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Auch in Polen sinkt das Armutsrisiko mit dem Alter – ausgenommen in der jüngsten Altersgruppe, die ein unterdurchschnittliches Risiko verzeichnet, was vermutlich teilweise den einkommenssichernden Auswirkungen der Sozialrenten zu verdanken ist, die hauptsächlich jüngere beeinträchtigte Personen beziehen. In der Schweiz hingegen *steigt* das relative Risiko mit dem Alter; hier ist das relative Armutsrisiko bei den älteren (60-64 Jahre) Personen mit Behinderungen im erwerbsfähigem Alter am höchsten.

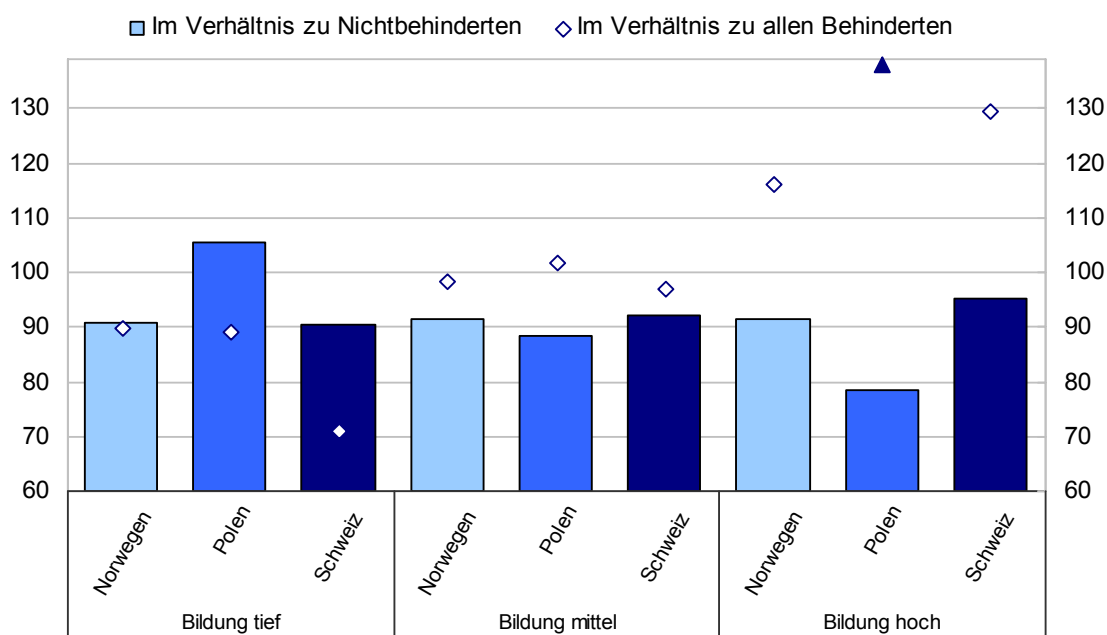
Das Einkommensniveau von Personen mit Behinderungen korreliert in den drei Ländern unterschiedlich mit ihrem Bildungsniveau (Grafik 4.1). Die durch das Bildungsniveau bedingten Einkommensunterschiede sind in Polen und der Schweiz ausgeprägter als in Norwegen. Diese Einkommensunterschiede treten allerdings bei gesundheitlich nicht beeinträchtigten Personen noch stärker hervor, vor allem in Polen, wo Personen mit Behinderungen mit einem tiefen Bildungsniveau sogar höhere Einkommen erzielen als gleichaltrige Nichtbehinderte.

---

29. Diese Schätzungen beziehen sich auf die *monetär verstandene* Armut. In der Schweiz wurde die nicht monetäre Armut der IV-Rentenbezügerinnen und –bezüger vor kurzem auf rund 20% geschätzt; die Hälfte dieser Personen befindet sich unter der monetären Armutsschwelle (Gredig *et al.* 2005).



**Grafik 4.1. Gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit einem höheren Bildungsniveau haben weniger Einkommensprobleme**



Relatives Durchschnittseinkommen von Personen mit Behinderungen nach Bildungsniveau, 2002-2004<sup>a, b</sup>

- a) Das Einkommen bezieht sich auf das verfügbare Haushaltseinkommen pro Äquivalenzperson (Äquivalenzelastizität=0.5). Die Balken beziehen sich auf das Durchschnittseinkommen von Personen mit Behinderungen im Verhältnis zu Personen ohne Beeinträchtigungen in jeder Bildungskategorie. Die Rhomben beziehen sich auf das bildungsspezifische Durchschnittseinkommen im Verhältnis zu der gesamten Bevölkerung mit Behinderungen. In Polen basieren die Schätzungen für Personen mit einem höheren Bildungsniveau (Dreieck) auf einer kleinen Auswahl und sollten daher mit Vorsicht betrachtet werden.
- b) Ein tiefes Niveau entspricht einer tieferen Bildung als Sekundarstufe II (ISCED 0-2); ein mittleres Niveau einer Sekundarstufe II (ISCED 3-4); und eine hohes Niveau einer Ausbildung auf Tertiärstufe (ISCED 5-6).

Quelle: EU-SILC 2004 für Norwegen, Haushaltserhebung 2004 für Polen und Gesundheitsbefragung 2002 für die Schweiz.

**Tabelle 4.1. Tiefes Bildungsniveau verdreifacht das Armutsrisiko für Personen mit Behinderungen in der Schweiz**

Armutsraten und relatives Armutsrisiko für Personen mit Behinderungen nach Bildungsniveau<sup>a</sup>

	Norwegen 2004	Polen 2004	Schweiz 2002
Armutsrate	11	19	18
Relative Risikorate	0.96	1.17	1.58
Relative Risikorate nach Bildungsstand			
Tiefes Bildungsniveau	1.17	1.52	3.05
Sekundarstufe II	0.91	1.06	1.21
Hohes Ausbildungsniveau	0.72	0.22	1.05

- a) Armutsraten: Prozentualer Anteil der Personen in Haushalten mit weniger als 60% des nach dem Median angeglichenen verfügbaren Einkommens («median adjusted disposable income»). Relatives Armutsrisiko: gruppenspezifische Armutsrate geteilt durch die gesamte Armutsrate der Erwerbsbevölkerung (von 20-64 Jahren in Polen und der Schweiz, von 20-66 Jahren in Norwegen).

Quelle: EU-SILC 2004 für Norwegen, Haushaltsbefragung 2004 für Polen und Gesundheitsbefragung 2002 für die Schweiz..

Das relative Armutsrisiko sinkt mit dem Bildungsniveau, wenngleich dies in Norwegen weniger ausgeprägt ist als in den beiden andern Ländern: In Polen steigt das Armutsrisiko mit einem tiefen Bildungsniveau um das Anderthalbfache, in der Schweiz um das Dreifache (Tabelle 4.1). Dagegen weisen gesundheitlich beeinträchtigte Personen mit einem tertiären Bildungsabschluss (Hochschulbildung) in der Regel ein geringeres Armutsrisiko auf als die gesamte Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (Erwerbsbevölkerung), einschliesslich der gesundheitlich nicht beeinträchtigten Personen.

#### **4.1.2 Einkommenszusammensetzung und Einkommensverteilung**

Personen mit Behinderungen sind auf verschiedene Einkommensquellen angewiesen, jedoch anders, als dies bei den gesunden Gleichaltrigen der Fall ist. An erster Stelle steht dabei das Erwerbseinkommen. In Norwegen macht das Erwerbseinkommen zwei Drittel des Einkommens von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, in Polen beträgt dieser Anteil nur etwas mehr als ein Drittel (Tabelle 4.2). An zweiter Stelle der wichtigen Einnahmequellen stehen die Sozialtransfers der öffentlichen Hand; ihr Anteil am Gesamteinkommen ist bei Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ungefähr doppelt so hoch als bei der gesamten Erwerbsbevölkerung. In Polen ist zudem in den letzten vier Jahren der Anteil der Transfereinkommen gestiegen, und zwar bei den Personen mit Behinderungen noch stärker als bei der gesamten Erwerbsbevölkerung, was die sehr tiefe und weiter sinkende Beschäftigungsquote in diesem Land widerspiegelt. Die Krankengeld- und Invaliditätsleistungen machen rund 60% aller Transfereinkommen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen in Norwegen und Polen aus. Drittens können die finanziellen Mittel von Personen mit Behinderungen durch andere Einkommensquellen wie Kapitaleinkommen oder private Transfers aufgestockt werden; diese spielen jedoch in der Regel eine eher bescheidene Rolle.

Angesichts des erheblichen Anteils der Invaliditätsleistungen an der Einkommenszusammensetzung stellt sich die wichtige Frage nach deren Umverteilungswirkungen und inwieweit diese den Personen am unteren Ende der Einkommensskala ein gewisses Mass an Einkommenssicherheit bieten. In Norwegen haben Invaliditätsleistungen einen stärkeren Umverteilungseffekt als in den beiden andern Ländern.<sup>30</sup> In Polen werden die mittleren Einkommen leicht bevorzugt behandelt, da ärmere und reichere Personen anteilmässig etwas weniger hohe Invaliditätsleistungen erhalten als Personen mit mittleren Einkommen. Trotzdem entschärfen Sozialleistungen in allen drei Ländern Ungleichheiten, welche durch andere Einnahmequellen entstehen. Erwerbseinkommen beispielsweise sind viel ungleicher verteilt als die gesamten Nettoeinkommen; besonders markant zeigt sich dies bei den Personen mit Behinderungen (Tabelle 4.3).

---

30. Dies bezieht sich auf die gesamthafte Wirkung dieser Leistungen auf die gesamte Erwerbsbevölkerung im Jahr 2000 (Förster und Mira d'Ercole 2005).

**Tabelle 4.2. Erwerbseinkommen sind für Personen mit Behinderungen in Norwegen eine wichtige Einkommensquelle**

Zusammensetzung des Einkommens, 2004<sup>a</sup>

		Behindert	Nicht behindert	Gesamtbevölkerung im Erwerbsalter
Norwegen	Erwerbseinkommen	67	83	80
	Kapitaleinkommen, private Mittel	4	7	6
	Leistungen der öffentlichen Hand (Sozialtransfers)	29	10	13
	<i>Davon:</i>			
	IV-Leistung	18	3	5
	Leistungen bei Krankheit (Krankengeld)	3	1	1
	Altersrente	5	2	3
	Andere Leistungen	3	4	4
Polen	Erwerbseinkommen	34	72	68
	Kapitaleinkommen, private Mittel	2	3	3
	Sozialleistungen der öffentlichen Hand (Sozialtransfers)	64	25	29
	<i>Davon:</i>			
	IV-Leistungen bei Krankheit (Krankengeld)	37	4	7
	Andere Leistungen	26	21	22

a) In Norwegen umfasst die Invaliditätsleistung Rehabilitationsleistungen; in der Altersrente ist auch eine Vorruhestandsrente (AFP) inbegriffen. Zu den anderen Leistungen gehören Arbeitslosenentschädigungen, Familienzulagen und Sozialhilfe. Für die Schweiz stehen keine Daten zur Verfügung.

Quelle: EU-SILC 2004 für Norwegen, Haushaltsbefragung 2004 für Polen.

**Tabelle 4.3. In Norwegen und Polen sind die Einkommen bei Personen mit Behinderungen ausgeglichener verteilt**

Gini-Koeffizienten der Einkommenskonzentration, verschiedene Jahre<sup>a</sup>

		Nettoeinkommen			Erwerbseinkommen		
		Behindert	Nicht behindert	Total	Behindert	Nicht behindert	Total
Norwegen	2004	0.22	0.26	0.25	0.38	0.29	0.31
Polen	2000	0.30	0.31	0.31	0.50	0.39	0.41
	2004	0.27	0.32	0.32	0.53	0.41	0.42
Schweiz	1997	0.24	0.24	0.24	..	..	..
	2002	0.27	0.27	0.27	..	..	..

a) Der Gini-Koeffizient ist ein Mass für die Ungleichheit der Einkommensverteilung, er reicht von 0 (völlige Gleichheit) bis 1 (völlige Ungleichheit). Alle Einkommenskomponenten beziehen sich auf das hinsichtlich Haushaltsgrösse und –zusammensetzung angegliche Haushaltseinkommen.

Quelle: EU-SILC 2004 für Norwegen, Haushaltsbefragung 2004 für Polen und Gesundheitsbefragung 2002 für die Schweiz.

Da Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stärker auf Leistungen angewiesen sind, könnte man bei ihnen eine gleichmässiger Einkommensverteilung erwarten als bei nichtbeeinträchtigten Personen. Dies trifft in Norwegen und Polen auch tatsächlich zu (2004): Hier ist der Gini-Koeffizient der Einkommensungleichheit bei Personen mit Behinderungen um 4 bis 5 Prozentpunkte tiefer. In der Schweiz gibt es keinen Unterschied zwischen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und solchen ohne. Dies erklärt teilweise die verhältnismässig höhere Armutsrate in der Schweiz trotz des relativ hohen Durchschnittseinkommens von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

#### **4.1.3 Zusammenfassung und Fazit**

In allen drei Ländern liegt das durchschnittlich verfügbare Einkommen von Personen mit Behinderungen unter dem Durchschnitt der gesamten Erwerbsbevölkerung; in Polen und in der Schweiz ist die relative Einkommensarmut bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen zudem höher und steigt seit kurzem weiter an. In der Schweiz resultieren die höheren entsprechenden Armutsraten in erster Linie aus der unausgewogeneren Einkommensverteilung. In Polen sind die höheren Armutsraten vorwiegend auf die niedrige Beschäftigungsquote von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zurückzuführen.

Staatliche Sozialtransfers, darunter auch die Invaliditätsleistungen, tragen dazu bei, Einkommensunterschiede auszugleichen, vor allem in Norwegen. Dies wird durch eine Reihe von Regelungen bewirkt, welche in die verschiedenen Invaliditätsleistungssysteme eingebaut sind, so etwa Mindest- und Höchstleistungen sowie (manchmal bedarfsabhängige) Ergänzungsleistungen.

Alle drei Länder haben Programme zur Bekämpfung der Armut eingerichtet, auch wenn diese nicht umfassend eingesetzt werden und keine konkreten Zielsetzungen beinhalten.<sup>31</sup> Ferner sind für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine besonderen Massnahmen vorgesehen, sondern man neigt eher dazu, diese Bevölkerungsgruppe in allgemeine Programme einzubinden. Dies ist ein viel versprechender Ansatz, vor allem für jüngere Personen, vorausgesetzt, die Programme werden mit Ausbildung und Beschäftigung kombiniert. In Anbetracht des Armutsprofils – betroffen sind vor allem ältere Personen und Personen mit tiefem Bildungsniveau – von Personen mit Behinderungen braucht es daneben aber auch über die reinen Beschäftigungsziele hinausgehende Programme.

## **4.2 Stärkere Arbeitsanreize für Invaliditätsleistungsempfänger**

Dieser Abschnitt wirft einen Blick auf die *finanziellen* Arbeitsanreize bzw. die hemmenden Faktoren (Nachteile), welche sich durch das Steuer- und Leistungssystem für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben. Anreize nicht finanzieller Art (wie z.B. die Anspruchsvoraussetzungen für verschiedene Leistungen und Programme, die Höchstdauer und der Umfang) werden in vorhergehenden Kapiteln erörtert. Im Folgenden werden die Auswirkungen zweier verschiedener Übertritte auf das Nettoeinkommen untersucht:

---

31. Das norwegische «Weissbuch», welches den Aktionsplan für die Armutsbekämpfung in den Jahren 2002-05 skizziert; die polnische Sozialstrategie für 2007-2013, in der die Invalidität eine von sieben Prioritäten darstellt; die erste nationale Armutskonferenz in der Schweiz im Jahr 2003, in der die Auswirkungen der Armut auf die Gesundheit behandelt wurden.

- Der Übertritt von der Erwerbstätigkeit in die Inaktivität, d.h. die Höhe des Ersatzeinkommens – bemessen anhand der Nettoersatzquoten (Net Replacement Rates, NRR) – bei einer Teil- oder Vollinvalidität.
- Der Übertritt von der Inaktivität in die Erwerbstätigkeit, d.h. inwieweit ein höheres Einkommen durch eine Kombination von reduzierten Leistungen und höheren Steuern «wegbesteuert» wird, wenn wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen wird – ausgedrückt durch den effektiven durchschnittlichen Steuersatz (Average Effective Tax Rates, AETR) – oder bei einer Erhöhung der Arbeitsstunden – bemessen anhand der effektiven Grenzsteuerrate (Marginal Effective Tax Rates, METR).

Hinsichtlich der «Leistungsfallen» in der Invalidenversicherung und bei der Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse ist Vorsicht geboten. Zum einen kann von einem Teil der Leistungsempfänger nicht verlangt werden, in jedem Fall wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Die Elastizität des Arbeitskräfteangebots gegenüber Änderungen im Steuer- und Leistungssystem ist für diese weit geringer als für arbeitslose oder andere inaktive Personen. Zum andern basieren die Schätzungen auf der Annahme, dass eine Person *direkt* von der Erwerbstätigkeit in die Invalidenversicherung wechselt. In der Regel geht aber der Invalidität ein Zwischenstadium der Krankheit voraus und die Leistungsregelung im Krankheitsfall sowie die Ersatzquoten beeinflussen den Entscheid, wieder erwerbstätig zu werden. Kürzere Krankheitsphasen haben indes geringe Auswirkungen auf das Einkommen, da es in allen drei Ländern ein Lohnfortzahlungssystem gibt. In Polen sind Arbeitgeber lediglich verpflichtet, in dieser Zeit 80% des normalen Gehalts zu bezahlen; viele Arbeitgeber überweisen jedoch den vollen Lohn. Zudem sind die im Falle von längeren krankheitsbedingten Absenzen ausbezahlten Leistungen, denen häufig später ein Antrag auf Invaliditätsleistungen folgt, in allen drei Ländern sehr hoch (in Norwegen decken sie sogar 100% des früheren Lohns und auch in Polen und der Schweiz erhalten viele den vollen Lohn).

#### **4.2.1 Überblick über die Steuer- und Leistungsbestimmungen für Personen mit Behinderungen**

Die Invaliditätsleistungssysteme sowie die Steuersysteme unterscheiden sich in den drei Ländern beträchtlich (siehe Anhang Tabelle 4.A.1). Bei den Invaliditätsleistungen hängt dies mit den unterschiedlichen Traditionen in der sozialen Sicherheit zusammen: So setzt Norwegen auf ein Universalsystem, Polen auf ein kontinentaleuropäisches, einkommensbezogenes und die Schweiz auf ein Drei-Säulen-System (siehe auch Kapitel 1 und Kasten 1.1). Beim Steuersystem erklären sich die Unterschiede dadurch, dass die Besteuerung in der Schweiz viel dezentraler geregelt ist als in den anderen beiden Ländern und auf dem Familieneinkommen basiert, wohingegen in Norwegen und Polen das individuelle Einkommen als Steuergrundlage dient.

Die Bestimmungen bezüglich der Kumulierung von Einkommen und Invaliditätsleistungen sind sehr unterschiedlich. Die norwegischen Bestimmungen sehen einen Einkommensfreibetrag bis zu einem so genannten «Grundbetrag» (ungefähr 20% des Durchschnittslohnes) vor. Übersteigt das Einkommen diesen Betrag, wird der Behinderungsgrad entsprechend angepasst. Auch in Polen können Empfänger von Teilleistungen einen bestimmten Betrag dazu verdienen, ohne ihre Leistung zu verlieren – und zwar bis zu 70% des nationalen Durchschnittslohns. Bei Einkommen zwischen 70% und 130% des Durchschnittslohns wird von den Leistungen ein Pauschalbetrag abgezogen und bei Einkommen über 130% werden die Leistungen völlig gestrichen. In der Schweiz gibt es keinen Ein-

kommensfreibetrag und die Invaliditätsleistungen werden mit steigendem Lohn in 25-Prozent-Schritten gekürzt.

Tabelle 4.4 vergleicht die Situation hinsichtlich Steuern und Leistungen einer 40-jährigen allein stehenden Person, die ein durchschnittliches Einkommen erzielt, einerseits wenn diese arbeitet andererseits wenn die gleiche Person eine volle Leistung bezieht. In der ersten Spalte sind für jedes Land die verschiedenen Schritte vom Brutto- zum Nettoeinkommen einer erwerbstätigen Person mit den jeweiligen Steuer- und Sozialabzügen aufgeführt. In allen drei Ländern machen Steuern und Sozialabzüge ungefähr 30% des Bruttoeinkommens aus: In der Schweiz und in Polen fließt der grösste Teil der Abzüge in die Sozialversicherungsbeiträge, in Norwegen hingegen sind die Abzüge ausgeglichener zwischen Bundessteuern, Regionalsteuern und Sozialversicherungsbeiträgen verteilt.

**Tabelle 4.4. Brutto- und Nettoersatzquoten sind für Durchschnittsverdiener in Polen am niedrigsten**

Situation hinsichtlich Steuern und Leistungen einer allein stehenden Person, wenn sie ein durchschnittliches Einkommen erzielt und wenn sie nicht erwerbstätig ist und eine Invaliditätsleistung bezieht, USD Kaufkraftparität (KKP), 2004<sup>a</sup>

	Norwegen			Polen			Schweiz	
	Erwerbstätig	Befristete IV-Leistung	Unbefristete IV-Leistung	Erwerbstätig	Teil-IV-Leistung	Volle IV-Leistung	Erwerbstätig	IV-Rente
<b>A1. Bruttoeinkommen</b>	33 433			14 526			36 405	
<b>A2. Steuerpflichtige Leistungen</b>								
Invalidenversicherung	0	22 066	17 636	0	5 090	6 787	0	21 416
<b>B. Einkommenssteuer und Sozialversicherungsbeiträge</b>								
Einkommenssteuer auf Bundesebene bzw. vom Staat erhoben	3 045	1 422	1 212	2 090	1 934	2 579	366	99
Einkommenssteuergutschrift (« <i>income tax credit</i> »)	..	..	..	1 205	684	816	..	..
Lokale Steuern	3 943	1 841	1 570	..	..	..	3 135	1 573
Sozialversicherungsbeiträge	2 608	1 721	529	3 692	420	560	6 324	1 600
<b>Einkommenssteuer und Sozialversicherungsbeiträge insgesamt</b>	9 595	4 984	3 311	4 577	1 670	2 323	9 825	3 272
<b>C. Nicht steuerpflichtige bedarfsorientierte Leistungen</b>								
Haushaltszulagen	0	0	0	0	1 471	0	0	0
<b>D. Nettoeinkommen nicht erwerbstätig (A-B+C)</b>		17 082	14 325		4 891	4 464		18 144
<b>E. Nettoeinkommen bei Erwerbstätigkeit</b>	23 837			9 949			26 580	
<b>F. Bruttoersatzquote (A2/A1)</b>		66%	53%		35%	47%		59%
<b>G. Nettoersatzquote (D/E)</b>		72%	60%		49%	45%		68%

a) Das Durchschnittseinkommen bezieht sich auf das durchschnittliche Arbeitseinkommen («*Average Production Worker Wage, APW*»): 317 101 NOK in Norwegen, 26 584 PLN in Polen und 64 419 CHF in der Schweiz. Die Zahlen setzen voraus, dass zwischen Erwerbstätigkeit und Bezug von Leistungen keine Wartefrist besteht.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

Die zweite und dritte Spalte der Tabelle zeigt die Steuer- und Leistungssituation einer Person, wenn diese vom Erwerbseinkommen zu einer vollen Invaliditätsleistung wechselt. Invaliditätsleistungen werden steuerlich etwas weniger stark belastet als Erwerbseinkommen, dies hauptsächlich aufgrund der niedrigeren Sozialversicherungsbeiträge. Die *Bruttoersatzquote*, d.h. die Höhe der Bruttoleistungen im Verhältnis zum vorherigen Bruttoeinkommen, deckt in Polen für Teilinvaliditätsleistung ein Drittel und in Norwegen für befristete Invaliditätsleistungen zwei Drittel des früheren Bruttoeinkommens. Die *Nettoersatzquote* ist in der Regel höher als die Bruttoersatzquote.<sup>32</sup>

Nettoersatzquoten sind für allein stehende Personen in Polen (45-50%) niedriger als in Norwegen oder in der Schweiz (60-70%). Bei einem Vergleich des *absoluten* Einkommens- und Leistungsniveaus tritt dieser Unterschied, ausgedrückt in USD-Kaufkraftparitäten, noch stärker zutage.<sup>33</sup> Das durchschnittliche Einkommen liegt in Polen auf einem rund 60% tieferen Niveau als in Norwegen und der Schweiz und das Leistungsniveau ist rund 70% tiefer angesetzt. Diesen Umstand gilt es zu berücksichtigen, wenn die verschiedenen Systeme danach beurteilt werden, ob sie angemessene oder grosszügige Leistungen gewähren.

#### 4.2.2 Angemessene und grosszügige Ersatzquoten bei Invaliditätsversicherungssystemen

Nettoersatzquoten vergleichen die Einkommenssituation einer Person, wenn diese von der Erwerbstätigkeit in die Inaktivität übertritt. Sie liefern folglich Hinweise darauf, inwieweit die Invalidenversicherungssysteme angemessen und grosszügig bemessene Leistungen gewähren. Niedrige Nettoersatzquoten für Personen, welche mitten in ihrer beruflichen Karriere voll arbeitsunfähig werden, wecken womöglich Ängste vor Armut und sozialer Ausgrenzung, vor allem wenn die betreffenden Personen unterhaltspflichtige Kinder haben. Die meisten Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind jedoch nicht voll arbeitsunfähig, haben aber Probleme, im Arbeitsmarkt zu bleiben. Decken die Nettoersatzquoten in einem Leistungssystem annähernd 100% des früheren Erwerbseinkommens, können solche Systeme eine attraktive Alternative zur Erwerbstätigkeit werden (sowohl für Erwerbstätige als auch für Arbeitgeber). So zeigen neuere OECD-Studien tatsächlich eine positive Korrelation zwischen den Ergebnissen eines synthetischen «Indikators für grosszügig bemessene Leistungen» (*«benefit generosity indicator»*) auf der einen und dem Anteil von Leistungsempfängern und den Zugängen in die Invaliditätsversicherung auf der anderen Seite (OECD, 2003a).

Wie steht es mit den Invaliditätsleistungen als Einkommensersatz im Vergleich zu den anderen beiden wichtigsten Einkommenssicherungssystemen bei Nichterwerbstätigkeit, der Arbeitslosenunterstützung und der Sozialhilfe? In der Regel unterscheiden sich diese Systeme und richten sich an verschiedene Personengruppen. Es gibt aber Hinweise darauf, dass viele Personen mit gesundheitlichen Problemen – zu welchen sich häufig auch soziale und berufliche Probleme gesellen – abgeschoben werden und sich am Ende zwischen immer strafferen Systemen in einer Sackgasse wieder

32. Eine Ausnahme bildet Polen, wo die Bruttoersatzquote für Teilinvaliditätsleistungen niedriger ist als die Nettoersatzquote, wogegen für volle Invaliditätsleistung das Gegenteil gilt. Dies ist auf die Wechselwirkung mit dem Wohngeld zurückzuführen, das bedarfsabhängig ist und in der Mitte zwischen der Teil- und der Volleleistung für einen ehemaligen Durchschnittsverdiener angesetzt wird (PLN 9 300 bzw. PLN 12 400).

33. Es ist zu beachten, dass von den drei in diesem Bericht behandelten Ländern Norwegen und die Schweiz bezüglich ihres Pro-Kopf-BIP in KKP zu den «Top Five» der OECD-Länder gehören, Polen sich hingegen auf dem drittletzten Platz befindet.

finden. Grafik 4.2 vergleicht die Nettoersatzquoten der Leistungen von Invaliditäts-, Arbeitslosen- und Sozialhilfesystemen für allein stehende Personen (Ergebnisse für andere Haushaltsarten und Altersklassen sind im Anhang Grafik 4.A.1 zu finden). Daraus ergeben sich folgende wichtige Erkenntnisse:

- Lagen die früheren Einkommen über der Hälfte des nationalen Durchschnittslohnes, so sind die Arbeitslosenentschädigungen und Invaliditätsleistungen ähnlich hoch; beide Leistungssysteme gewähren höhere Nettoersatzquoten als die Sozialhilfe, besonders in Norwegen. In Polen sind die Nettoersatzquoten von Arbeitslosenleistungen aufgrund ihres einheitlichen Satzes bei den unteren Lohnklassen höher und fallen anschliessend steil ab. Demgegenüber sind in der Schweiz für die Einkommenssegmente oberhalb des Durchschnittslohns die Nettoersatzquoten bei den Arbeitslosenleistungen höher als bei den Invaliditätsleistungen.
- Im Allgemeinen sind die Nettoersatzquoten für Invaliditätsleistungen beträchtlich höher, wenn im Haushalt Kinder leben, so sind sie z.B. für einen Durchschnittslohn in Norwegen und Polen 15-20 Prozentpunkte höher als bei allein stehenden Personen, in der Schweiz sind sie 30 Prozentpunkte höher und erreichen sogar 100%. Dies hängt mit den allgemeinen Kinder- und Familienzulagen, aber auch mit speziellen Kinderzulagen im Invalidenleistungssystem zusammen.<sup>34</sup>
- Das Zusammenspiel von verschiedenen Leistungen – Mindest- und Höchstbeträge, einkommensabhängigen Grenzwerten sowie den Steuersätzen verursacht einige «Einschnitte» bei der Nettoersatzquote für Leistungsempfänger bei steigendem früheren Einkommen. In Norwegen sind die Nettoersatzquoten für befristete Invaliditätsleistungen aufgrund des für die Maximalleistung festgesetzten Betrags höher als für Dauerleistungen, wenn das frühere Einkommen zwischen der Hälfte und dem Anderthalbfachen des früheren Durchschnittslohnes lag. In Polen und der Schweiz erhöht der Wegfall bedarfsabhängiger Leistungen (Sozialhilfe, Haushaltszulagen, Ergänzungsleistungen) bei einem bestimmten Einkommensniveau die Nettoersatzquoten einige Lohnniveaus, wogegen sie bei anderen wiederum sinken.

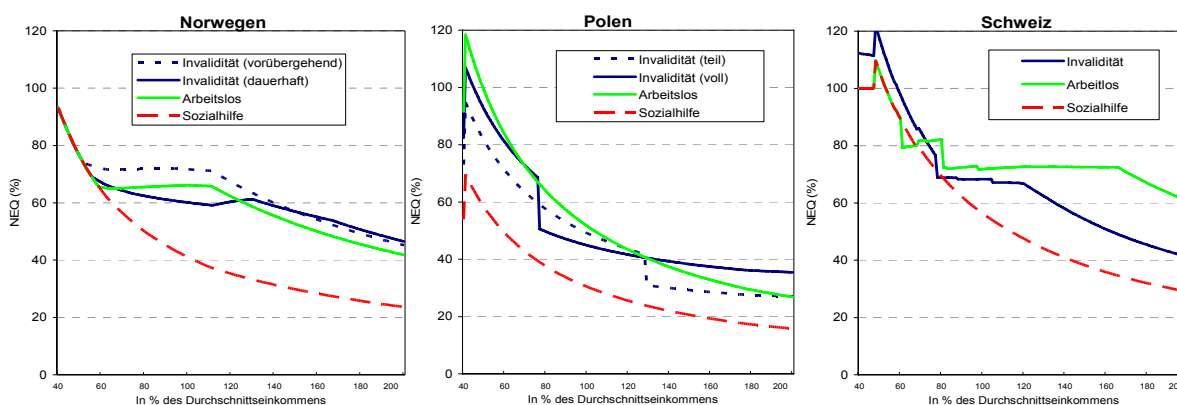
Im Allgemeinen steigen die Invaliditätsleistungen nicht mit zunehmendem Alter. Die grösste Ausnahme bildet die Schweiz, wo 50-jährige Personen beträchtlich höhere Nettoersatzquoten erhalten als 40-jährige Personen; diese resultieren vor allem aus den Leistungen der zweiten Säule, die bei überdurchschnittlichen Einkommen eine grössere Rolle spielen.

---

34. In Norwegen sind diese Zulagen einheitlich und bedarfsabhängig und spielen deshalb im untersten Einkommenssegment eine wichtige Rolle. In der Schweiz verhalten sich diese proportional zu den Grundleistungen und sind demzufolge auch für besser Verdienende von Bedeutung.



**Grafik 4.2. Invaliditäts- und Arbeitslosensysteme gewähren für einkommensschwächere Personen ähnlich hohe Nettoleistungen**



Nettoersatzquoten für Invaliditätsleistungen, Arbeitslosenentschädigungen und Sozialhilfe, allein stehende Person, 2004<sup>a</sup>

- a) Nettoersatzquoten (NEQ): Verhältnis zwischen einem Nettohaushaltseinkommen einer Person, die in die Inaktivität übertritt und Invaliditätsleistungen oder Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezieht, und einem Nettohaushaltseinkommen, wenn das Erwerbseinkommen 40% bis 200% des Durchschnittseinkommens betrug. Die Schätzungen beziehen sich auf eine 40-jährige allein stehende Person, die ab dem 18. Altersjahr durchgehend voll erwerbstätig war.

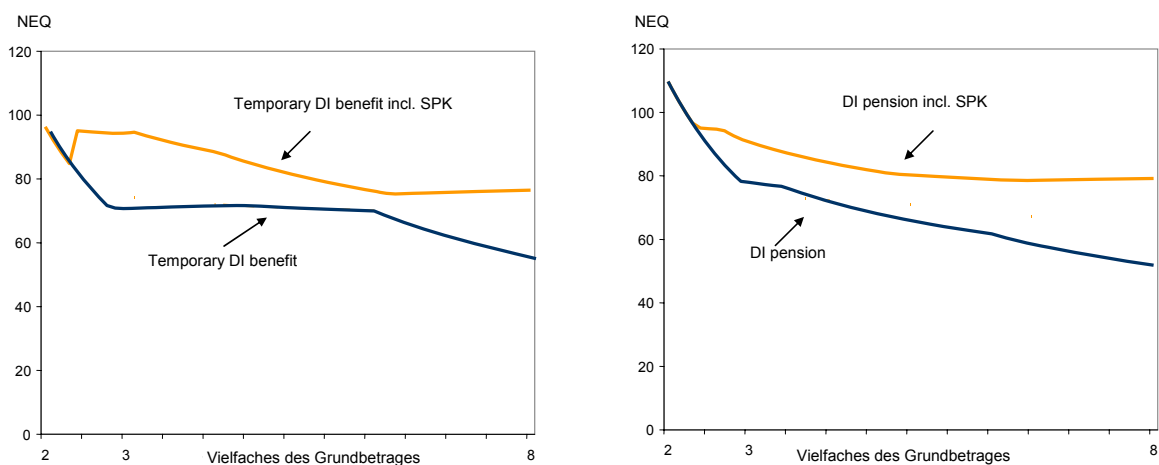
Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

Diese Nettoersatzquoten basieren auf den obligatorischen Invaliditätsleistungen, was zur Folge hat, dass die Einkommenssituation von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche ein Anrecht auf Ergänzungsleistungen aus freiwilligen zusätzlichen Systemen haben, unterschätzt wiedergeben wird. Diese Leistungen sind besonders für Personen, die früher ein durchschnittliches oder überdurchschnittliches Einkommen erzielten, in Norwegen und der Schweiz von Bedeutung.<sup>35</sup>

Eine kürzlich vom norwegischen Finanzministerium durchgeführte Analyse des Steuer- und Sozialleistungssystems illustriert dies für die grösste berufliche Vorsorgeregung, die Pensionskasse für Angestellte des öffentlichen Sektors (SPK). Bei einem überdurchschnittlichen Einkommen hebt das SPK die Nettoersatzquote für Empfänger von befristeten Leistungen auf ein gleich bleibendes Niveau von 75% an, für Empfänger von Dauerleistungen auf 80% (Grafik 4.3). In der Schweiz zeigen Berechnungen des Versicherers Swiss-Re (2005), dass unter Berücksichtigung der Zusatzversicherung, die im Rahmen der zweiten Säule über den Mindestbetrag hinausgeht, die Invaliditätsleistung die Nettoersatzquoten auf gut über 60% steigern kann.

35. In Norwegen wird rund die Hälfte aller Angestellten im Falle einer Invalidität durch eine berufsbezogene Rente (*tjenestepensjon*) gedeckt. In der Schweiz bieten die Vorsorgeinstitutionen der zweiten Säule häufig überobligatorische Versicherungen an, die auch Einkommen oberhalb des obligatorischen Mindestbetrags absichert (*Überobligatorium*).

**Grafik 4.3. Berufsbezogene Invaliditätsleistungen lassen in Norwegen die Ersatzquoten bei höheren Einkommen ansteigen**



Nettoersatzquoten für befristete und unbefristete Invaliditätsleistungen, mit und ohne berufsbezogene Leistung des öffentlichen Sektors, 2006<sup>a</sup>

SPK: Staatliche Pensionskasse für Angestellte des öffentlichen Sektors.

a) Nettoersatzquote (NEQ): Verhältnis zwischen einem Nettohaushaltseinkommen einer Person, die in die Inaktivität übertritt und befristete Invaliditätsleistungen bezieht, (Tafel A) und einer unbefristeten Invaliditätsleistung (Tafel B). Ein Durchschnittseinkommen entspricht etwa fünf so genannten Grundbeträgen.

Quelle: Norwegisches Ministerium für Arbeit und Soziales (2006).

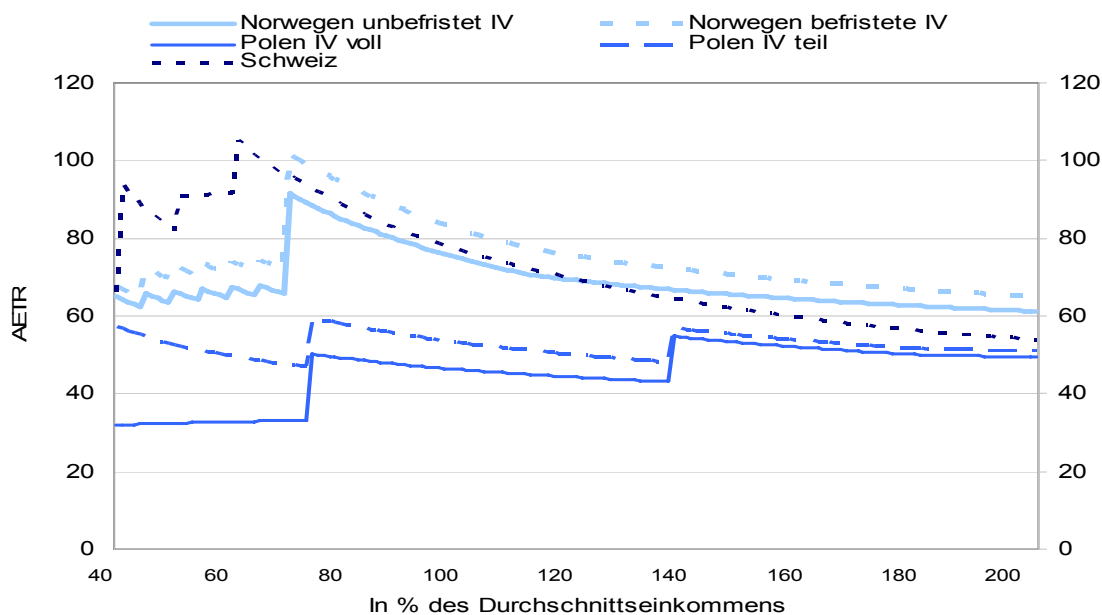
#### 4.2.3 Lohnt es sich, erwerbstätig zu sein?

Wie wirkt es sich finanziell gesehen für eine nichterwerbstätige Person aus, wenn sie wieder eine Erwerbstätigkeit aufnimmt? Wie weiter oben erörtert wurde, ist diese Frage nur für einen Teil der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Leistungen beziehen, von Belang, insbesondere für jene mit befristeten Leistungen oder mit Teilleistungen. Die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sollte für Personen, welche diesen Schritt in Erwägung ziehen, finanziell attraktiv sein. Grafik 4.4 (und Anhang Grafik 4.A.2) zeigt jedoch, dass dies nicht immer der Fall ist:

- In Norwegen betragen die durchschnittlichen effektiven Steuersätze bei der Aufnahme einer schlechter bezahlten Erwerbstätigkeit oder einer Teilzeitarbeit, welche weniger als 70% des Durchschnittslohnes einbringt, zwischen 50% und 75%. Bei 70% des Durchschnittslohnes springen die durchschnittlichen effektiven Steuersätze auf ein sehr hohes Niveau und erreichen oder übersteigen sogar 100%: Dies ist auf die vollständige Streichung der Leistungen zurückzuführen. Nur wenn der Lohn um einiges über dem Durchschnittslohn liegt, gehen die durchschnittlichen effektiven Steuersätze auf ein etwas niedrigeres Niveau zurück.
- Von allen drei Ländern sind die durchschnittlichen effektiven Steuersätze für Empfänger einer vollen Invaliditätsleistung in Polen am tiefsten. Aufgrund des Einkommensfreibetrages, der bei rund 70% des Durchschnittslohnes reduziert und bei rund 130 % gestrichen wird, werden Leistungsempfänger, welche ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen und nur 80% des früheren Lohnes verdienen, gegenüber denjenigen, die 50% oder 100% ihres früheren Lohnes verdienen, benachteiligt. Dasselbe lässt sich in Polen auch bei den Personen beobachten, die eine Teilleistung beziehen.

- In der Schweiz ist die effektive Besteuerung dann am tiefsten, wenn der Lohn bei einem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben sehr niedrig ist, d.h. weniger als ein Drittel des Durchschnittslohnes beträgt. Dies deshalb, weil Einkommen ohne Leistungseinbusse einschliesslich den bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen bis zur ersten Abstufung kumuliert werden können. Bei einer Rückkehr zum früheren Einkommensniveau (d.h. zum Durchschnittslohn) betragen die durchschnittlichen effektiven Steuersätze für Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung ohne Kinder rund 80% und für jene mit Kindern beinahe 100%.
- Die Zusammensetzung des Haushalts kann die finanziellen Arbeitsanreize beeinflussen. In Norwegen und Polen werden die höchsten durchschnittlichen effektiven Steuersätze bei Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verzeichnet, die in einem Haushalt mit einem inaktiven Ehepartner und ohne Kinder leben, und zwar ist dies bei beiden Arten von Invaliditätsleistungen der Fall. In der Schweiz wiederum erhöhen sich die durchschnittlichen effektiven Steuersätze für Paare mit Kindern und einem erwerbstätigen Ehepartner erheblich, wenn der gesundheitlich beeinträchtigte Partner wieder zu arbeiten beginnt. In dieser Konstellation übersteigen die durchschnittlichen effektiven Steuersätze im Einkommenssegment zwischen 40% und 100% des Durchschnittslohns die 100%-Marke. Das hohe Niveau der effektiven Besteuerung für Paare mit Kindern ist der Kinderzulage zuzuschreiben, die bedarfsunabhängig ausgerichtet wird.

**Grafik 4.4. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit kommen zahlreiche Leistungsempfänger teuer zu stehen**



Durchschnittlicher effektiver Steuersatz für eine 40-jährige allein stehende Person mit Behinderungen, 2004<sup>a</sup>

IV: Invalidenversicherung

- a) Der durchschnittliche effektive Steuersatz (AETR) ist der prozentuale Anteil des Einkommens, der bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch höhere Steuern und niedrigere Leistungen wegbesteuert wird. Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit einem Lohn, der zwischen 40% und 200% eines durchschnittlichen Arbeitseinkommens (APW) beträgt. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Person eine Invaliditätsleistung bezieht, nachdem sie vorher zu 100% des APW gearbeitet hat.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

In den obigen Erläuterungen ging es um inaktive Leistungsempfänger und die Folgen, wenn diese wieder erwerbstätig werden. Eine andere, ebenso wichtige Frage betrifft die erwerbstätigen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die eine Teilleistung beziehen und in Betracht ziehen, mehr zu arbeiten. Tabelle 4.5 untersucht die finanziellen Folgen für eine gesundheitlich beeinträchtigte Person, wenn diese ihre Arbeitszeit erhöht, und zwar in vier Schritten: 0 bis 10 Stunden (Nebenbeschäftigung), 10 bis 20 Stunden (Teilzeit), 20 bis 30 Stunden (hohes Teilzeitpensum) und 30 bis 40 Stunden (Vollzeit). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Person vor ihrer Invalidität erwerbstätig war und einen durchschnittlichen Lohn erzielte, dann nach der Wiederaufnahme ihrer Erwerbstätigkeit auf diesem Lohnniveau weiterarbeitet und, falls anspruchsberechtigt, eine Teilleistung erhält.

- Wird die Arbeitszeit erhöht, gibt es mehrere «Situationen», in welchen die mehr arbeitenden Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sogar bestraft werden, nämlich mit einer effektiven Grenzsteuerbelastung von über 100%. Dadurch werden Personen darin bestärkt, Leistungsempfänger zu verbleiben, obwohl sie eigentlich mehr arbeiten möchten, beispielsweise weil sich ihr Gesundheitszustand verbessert hat. Solche Situationen entstehen in der Regel, wenn eine Invaliditätsleistung eingestellt wird – unter Berücksichtigung anderer Leistungskürzungen sowie der Besteuerung:
- In Norwegen hat ein Wechsel von 20 auf 30 Wochenarbeitsstunden ein geringeres Nettoeinkommen zur Folge, und zwar in allen drei berücksichtigten Haushaltskonstellationen.<sup>36</sup> Allerdings ist die effektive Grenzsteuerbelastung auch sehr hoch, wenn Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von einer Nebenbeschäftigung zu einer Teilzeitarbeit wechseln. Der trotz verdoppeltem Bruttolohn sehr niedrige Nettoeinkommensgewinn ist auf die Kürzungen der Teilleistung und den Anstieg der Sozialversicherungsbeiträge sowie besonders auf die Steuern zurückzuführen.
- In Polen ist die effektive Steuerbelastung für Leistungsempfänger niedriger, wenn diese ihre Erwerbstätigkeit in Stufen von zehn Stunden bis zu einer Vollzeitarbeit steigern, dies aufgrund des Einkommensfreibetrags. Die effektiven Steuern sind im Bereich eines 30-Stunden-Pensums allerdings höher, das hier der volle Einkommensfreibetrag um einen Pauschalbetrag gekürzt wird (um ungefähr ein Viertel des nationalen Nettolohnes). Dies veranlasst Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mehr arbeiten können, entweder direkt eine Vollzeitbeschäftigung oder dann eine eher geringe Erhöhung des Arbeitspensums in Betracht zu ziehen.
- In der Schweiz werden Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, die ihre Erwerbstätigkeit von 10 auf 20 Stunden oder von 20 auf 30 Stunden erhöhen möchten, finanziell bestraft; haben sie Kinder, werden sie sogar ganz erheblich schlechter gestellt. Dies gilt auch für direkte Erhöhungen von 10 auf 30 Wochenstunden (Angaben nicht aufgeführt).
- In allen drei Ländern geht bei einem Wechsel von einer 30-Stunden-Woche auf eine Vollbeschäftigung die effektive Grenzsteuerbelastung auf ein «normales» Niveau von 30-40% zurück, d.h. dann, wenn alle Invaliditätsleistungen gestrichen worden sind.

---

36. Dies geschieht, weil die Invaliditätsleistung bei einer Erwerbsfähigkeit von über 50% gestrichen wird. Zusammen mit dem Einkommensfreibetrag von rund 20% bedeutet dies, dass die Leistungen bei rund 70% des Durchschnittseinkommens aufgehoben werden, mit Ausnahme der pauschalen Familienzulage für minderjährige Kinder im Haushalt.

**Tabelle 4.5. Eine Erhöhung der Arbeitsstunden kann sich für Empfänger von befristeten Invaliditätsleistungen nachteilig auswirken**

Effektive Grenzsteuerbelastung für Personen mit einer Voll- oder Teilleistung, 2004<sup>a</sup>

		Erhöhung in Wochenarbeitsstunden			
		von 0 auf 10	von 10 auf 20	von 20 auf 30	von 30 auf 40
Norwegen	Allein stehende Person	62	85	146	36
	Paar ohne Kinder (Ehepartner inaktiv)	67	85	167	36
	Paar mit Kindern (Ehepartner verdient 2/3 des APW)	53	86	151	36
Polen	Allein stehende Person	71	35	73	35
	Paar ohne Kinder (Ehepartner inaktiv)	75	35	73	35
	Paar mit Kindern (Ehepartner verdient 2/3 des APW)	43	50	73	35
Schweiz	Allein stehende Person	26	138	113	31
	Paar ohne Kinder (Ehepartner inaktiv)	58	130	110	41
	Paar mit Kindern (Ehepartner verdient 2/3 des APW)	19	197	154	31

a) Das Durchschnittseinkommen bezieht sich auf ein durchschnittliches Arbeitseinkommen (APW). Die effektive Grenzsteuerbelastung ist der prozentuale Anteil des Einkommens, der bei einer Erhöhung der Arbeitsstunden durch höhere Steuern und niedrigere Leistungen wegbesteuert wird. Der Stundensatz entspricht immer dem APW-Niveau. Es wird davon ausgegangen, dass die Person eine Teilleistung bezieht, sofern eine solche Leistung existiert, nachdem sie zu einem APW-Einkommen erwerbstätig war. Die Schätzungen beziehen sich auf eine 40-jährige allein stehende Person, die während 22 Jahren ein APW-Einkommen erzielt hat. Die Zahlen in Kursivschrift beziehen sich auf Situationen, in denen keine Teilleistungen mehr gewährt werden.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

#### 4.2.4 Zusammenfassung und Fazit

Die verschiedenen Steuer- und Leistungssysteme bergen eine Reihe von «Leistungsfallen» für Personen mit Behinderungen, welche wieder eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, vor allem bei einer Teilzeitbeschäftigung oder einem hohen Teilzeitpensum von 30 Wochenstunden. Es entstehen negative finanzielle Anreize, wenn die einzelnen Abstufungsschritte ändern oder die Invaliditäts- oder andere Leistungen aufgehoben werden. Für Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, die bereits eine Teilleistung mit einer Teilzeitbeschäftigung kombinieren und ihre Arbeitsstunden erhöhen, erweist sich das Problem als noch grösser. In Polen werden ihnen mehr als drei Viertel der Bruttolohnsteigerung wegbesteuert und in Norwegen und der Schweiz beträgt die effektive Grenzsteuerbelastung über 100%.

Eine Senkung des Invaliditätsleistungsniveaus könnte die Arbeitsanreize verbessern. Diese Senkung steht allerdings im Widerspruch mit dem «Gerechtigkeitsprinzip» der Systeme sowie der Tatsache, dass vielen Leistungsempfänger eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann. Eine andere Möglichkeit, die Arbeit für Personen, die Invaliditätsleistung beziehen, attraktiver zu gestalten

ten, wäre die Anhebung des «Nettoertrags» aus dem Einkommen. Dies lässt sich mit Hilfe verschiedener Methoden oder auch durch eine Mischung dieser Methoden erreichen:

- Derzeitige Bestimmungen zum Einkommensfreibetrag könnten durch einen besseren stufenweisen Rückzug der Leistungen gegenüber dem Erwerbseinkommen optimiert werden.
- Die Abstufung der Teilleistungen könnte noch stärker verfeinert werden, um einen fließenden Einbezug des Erwerbseinkommens zu erreichen.
- Zudem könnte man erwägen, besondere Ergänzungsleistungen (z.B. für Kinder) bedarfsabhängig zu machen. Proportionale Ergänzungsleistungen zu Invaliditätsleistungen halten die betreffenden Personen ganz erheblich davon ab, wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen oder den Beschäftigungsgrad zu erhöhen.
- Besonders negative Anreize ergeben sich in jenen Lohnsegmenten, in denen die Invaliditätsleistungen vollständig gestrichen werden. Diese Lücken könnten durch sorgfältig ausgestaltete erwerbsabhängige Unterstützungszahlungen (sog. «in-work benefits») für Leistungsempfänger, welche eine Erwerbstätigkeit aufnehmen, geschlossen werden.
- Schliesslich braucht es eine bessere Koordination der verschiedenen Leistungssysteme. So lässt in Polen z.B. die derzeitige Regelung von Sozialhilfe, Familien- und Haushaltszulagen klar gegensätzliche Anreize für Leistungsempfänger entstehen.

### 4.3 Verstärkung der Arbeitgeberanreize

Für eine erfolgreiche Eingliederungs- und Wiedereingliederungspolitik gilt es zu berücksichtigen, welche finanziellen Auswirkungen sich für *Arbeitgeber ergeben*, wenn sie Personen mit Behinderungen im Betrieb weiter beschäftigen oder anstellen. Eine 2004 erstellte Studie des polnischen Zentralen Statistikamtes zeigt auf, dass lediglich 5% der polnischen Arbeitgeber eine gesundheitlich beeinträchtigte Person anstellen würden, dies trotz zahlreicher Subventionen und anderer Anreize. Eine Studie in der Schweiz kam zu einem ähnlichen Schluss: Nur 13% der Personen mit einer neu auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigung wurden 2001/2002 von ihrem Arbeitgeber weiterbeschäftigt (Baumgartner, 2004). Der folgende Abschnitt erörtert die verschiedenen, in den drei Ländern existierenden Instrumente, um Arbeitgeber zu veranlassen, Arbeitnehmer mit Behinderungen anzustellen oder weiter zu beschäftigen (Tabelle 4.6 enthält eine Zusammenfassung dazu).

#### 4.3.1 Anreize für Arbeitgeber, Personen mit Behinderungen anzustellen

Es gibt zwei verschiedene, sich gegenseitig jedoch nicht ausschliessende Gründe, weshalb Zuschüsse für Arbeitgeber ein geeignetes Mittel darstellen können, um zu erreichen, dass diese vermehrt Personen mit Behinderungen anstellen. Zum einen geht es darum, Arbeitgeber für die möglicherweise geringere Produktivität eines gesundheitlich beeinträchtigten Angestellten zu *entschädigen*. Dies kann vor allem dann wichtig sein, wenn eine starre Lohnregelung besteht, d.h. bei einer fehlenden Lohnflexibilität nach unten. Zum andern sollen *Anreize geschaffen* werden für Arbeitgeber, die sonst keine gesundheitlich beeinträchtigten Personen anstellen würden: Diese erhalten so Gelegenheit, sich auf dem Arbeitsmarkt zu bewähren und ihre Fähigkeit unter Beweis zu stellen, da es für den Arbeitgeber finanziell von Vorteil ist, wenn er eine behinderte anstelle einer nicht behinderten Person anstellt.

**Tabelle 4.6. Massnahmenpaket als Anreiz für Arbeitgeber, um Personen mit Behinderungen anzustellen oder weiterzubeschäftigen**

Zusammenfassung bestehender Arbeitgeberanreize, 2006

	NORWEGEN	POLEN	SCHWEIZ
<i>Direkte Lohnsubvention</i>	50% des Lohnes während bis zu 12 Monaten, für alle benachteiligten Gruppen von Arbeitssuchenden, einschliesslich Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen  Pilotprojekt in fünf Landkreisen: Invaliditätsleistung wird als Lohnkostenzuschuss verwendet (Arbeitgeber erhält die Leistung der Invalidenversicherung als Lohnkostenzuschuss, bis zu 90% des Lohns, während bis zu drei Jahren)	Für geschützte Werkstätten: Pauschalzuschüsse, prozentuale Anteile des Mindestlohns: 130% für Personen mit schweren, 110% für Personen mit mittleren und 50% für Personen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Jährliche Verlängerung möglich.  Für Betriebe mit weniger als 25 Arbeitnehmer und Betriebe mit 25 oder mehr Arbeitnehmern, welche die 6%-Quote erfüllen: Pauschalzuschüsse, prozentuale Anteile des Mindestlohns: 91% für Personen mit schweren, 77% für Personen mit mittleren und 35% für Personen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Jährliche Verlängerung möglich	Lohnsubventionierung während der Probezeit (bis zu 6 Monate) für Personen mit Behinderungen, die von einer IV-Stelle vermittelt wurden  «Try-and-hire»-Pilotprojekt von Schweizer NGOs: „Miete“ von Personen mit Behinderungen für eine Probezeit
<i>Indirekte Lohnsubventionen</i>	Unterstützung für die Betreuung bei der Arbeit	Zuschüsse für Personen, die zur Betreuung des Arbeitnehmers mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschäftigt werden (Mindestarbeitszeit: das Verhältnis von geleisteten Betreuungsstunden und den von der gesundheitlich beeinträchtigten Person geleisteten Arbeitsstunden)	Rückerstattung der Lohnkosten für Betreuungsleistungen von Drittpersonen, bis zu CHF 1583 (25% des Durchschnittslohns)
<i>Niedrigere Sozialversicherungsbeiträge für Arbeitgeber und niedrigere Steuersätze</i>		Für geschützte Werkstätten: tiefere Sozialbeiträge und Steuersätze  Für Betriebe mit 25 oder mehr Arbeitnehmern, welche die 6%-Quote erfüllen: Rückerstattung des Arbeitgeberbeitrags an die Altersvorsorge für Personen mit schweren und mittleren gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie des Arbeitgeberbeitrags an die Unfallversicherung für Personen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen	
<i>Zuschüsse für die Anpassung des Arbeitsplatzes und für Hilfsmittel</i>	Beteiligung an den Investitionskosten	Zuschuss für die Anpassung des Arbeitsplatzes und für Hilfsmittel für eine Person mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mindestens 36 Monate beschäftigt wird, bis zum Zwanzigfachen des Durchschnittslohns	Rückerstattung der gesamten Kosten für die notwendigen Hilfsmittel sowie für die Anpassung des Arbeitsplatzes, sofern «einfach und zweckmässig»
Differenzierung der Beitragssätze für Krankheit und Invalidität (sog. «experience-rating»)			In der zweiten Säule für die Invalidenvorsorge sowie in der freiwilligen Krankentaggeldversicherung, individuelle Regelung
<i>Lohnfortzahlung bei krankheitsbedingten Absenzen</i>	17 Tage	33 Tage (zu 80% des normalen Lohns)	15-230 Tage, je nach Beschäftigungsdauer

Quelle: Zusammenstellung des Autorenteam basierend auf Informationen der Behörden des jeweiligen Landes.

### **Lohnsubventionen (Lohnkostenzuschüsse)**

In Norwegen werden Lohnsubventionen für Erwerbstätige mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen weniger häufig verwendet als für Arbeitslose ohne Behinderungen. Zusätzlich zum regulären Lohnsubventionssystem, welches die Hälfte der Lohnkosten für die Dauer eines Jahres deckt, existiert auch ein Pilotprojekt für behinderte Personen mit Erkrankungen der Knochen oder der Bewegungsorgane oder mit psychischen Störungen, welche sich einer Eingliederung unterzogen haben. Die Laufzeit und der Umfang der Lohnrückerstattung sind grosszügiger gestaltet als im regulären System und es wird darüber diskutiert, diese Regelung auf alle Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auszudehnen, mit einer maximalen Laufzeit von drei Jahren.

In der Schweiz müssen Personen mit Behinderungen von der kantonalen IV-Stelle vermittelt werden, um auf eine Lohnsubvention Anspruch zu haben. Man nimmt an, dass dieser Umstand zusammen mit der mangelnden Kenntnis der Arbeitsgeber über deren Existenz dafür verantwortlich ist, dass diese Massnahme derzeit nicht häufig genutzt wird (DOK 2004). Es ist indes geplant, das System der Lohnsubventionen während der Probezeit analog zu den geltenden Bestimmungen in der Arbeitslosenversicherung zu erweitern, und zwar mit degressiven Lohnsubventionen von 60%, 40% und 20% des Lohnes. Eine weitere Ausdehnung auf alle Personen mit Behinderungen – nicht nur jene, die von den kantonalen IV-Stellen vermittelt werden – könnte sich durchaus als wirksame strategische Änderung erweisen. Ausserdem gibt es auch Lohnkostenzuschüsse für Unterstützungsleistungen durch Drittpersonen (die z.B. blinden Personen vorlesen). In der Praxis werden jedoch viele dieser Subventionsgesuche von der Invalidenversicherung abgelehnt.

Das System der Lohnkostenzuschüsse – und damit verbundenen Subventionen – ist, was die drei untersuchten Länder betrifft, in Polen am umfangreichsten. Ein Drittel des gesamten Budgets des staatlichen Fonds PFRON im Jahr 2004 wurde für direkte und dauerhaft gewährte Lohnsubventionen verwendet; diese bildeten somit den grössten Rechnungsposten. Der grösste Teil der Mittel ging dabei an geschützte Werkstätten (Polnisches Ministerium für Arbeit und Soziales, 2005). Bei den grösseren Unternehmen haben nur jene, welche die Quote erfüllen, Anspruch auf direkte Lohnsubventionen; dies stellt eine beträchtliche Ungleichbehandlung dar. Unternehmen, die eine gesundheitlich beeinträchtigte Person einstellen möchten, die Quote aber nicht erfüllen, erhalten keine Lohnsubvention, sondern müssen eine Abgabe an den staatlichen Fonds PFRON zahlen. Seit 2004 gibt es in Polen zudem einen zusätzlichen Lohnkostenzuschuss für Personen, welche Angestellte mit Behinderungen unterstützen. Anders als die direkten Lohnsubventionen sind diese neuen Zuschüsse allen Unternehmen zugänglich.

Drei Aspekte oder Eigenschaften sind im Zusammenhang mit den Lohnsubventionen von besonderer Bedeutung: Umfang, Laufzeit und Zielsetzung. Der Umfang der Lohnsubventionen erreicht manchmal 100%. Dies ist beispielsweise bei einem Pilotprojekt in Norwegen der Fall, wo die Invaliditätsleistung als Lohnsubvention verwendet werden kann oder beim «Try-and-hire»-Modell einiger Schweizer NGOs.<sup>37</sup> Dies ist ein sehr kostspieliges Modell und wird vor allem bei Personen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Rahmen eines Programms zur «unterstützten

---

37. Ein «Verleih» von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung an ein Unternehmen für eine Probezeit, in der die Person bei der NGO unter Vertrag steht und von dieser bezahlt wird.



Beschäftigung» eingesetzt (siehe Kapitel 3). In den meisten Fällen sind jedoch die Lohnsubventionen auf einen gewissen Teil der Lohnkosten begrenzt.

Eine kontroverse Frage ist jene nach der zeitlichen Begrenzung von Lohnsubventionen. Zeitlich befristete Zuschüsse können als Beschäftigungs- oder Ausbildungsmaßnahmen betrachtet werden. Diese sollen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Wiedereinstieg in den offenen Arbeitsmarkt ermöglichen und für Arbeitgeber sollen Anreize geschaffen werden, damit diese die Betroffenen einstellen. Eine unbefristete Subvention kann dann gerechtfertigt sein, wenn sie dazu bestimmt ist, den Arbeitgeber für die auf Dauer reduzierte Produktivität oder Arbeitsfähigkeit der angestellten Person zu entschädigen. Die dritte wichtige Frage bei allen Formen der Lohnsubventionierung lautet, wie diese angemessen auf besondere Risikogruppen ausgerichtet werden können, um einen Wohlfahrtsverlust («*Deadweight Loss*») zu vermeiden. Damit verbunden ist die Notwendigkeit einer genauen Kontrolle aller Ergebnisse, vor allem in den relativ grosszügigen und praktisch unbefristeten Systemen, wie dasjenige in Polen.

#### ***Differenzierung von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern***

Diese Massnahme existiert nur in Polen und erscheint äusserst komplex (Tabelle 4.6). In der Schweiz wurde über die Möglichkeit diskutiert, eine reduzierte Besteuerung und niedrigere Sozialversicherungsbeitragssätze für Arbeitgeber einzuführen, die Personen mit Behinderungen neu einstellen (dies für die Dauer von bis zu zwei Jahren oder, alternativ, für fünf Jahre). Es wurden allerdings Bedenken vorgebracht, dass eine teilweise oder vollständige Abschaffung der Sozialbeiträge (5.05%) alleine nicht ausreicht, um die Anreize zu erhöhen, und dass die Einführung neuer Steuervorgaben allzu komplex wäre (so müssten alle kantonalen Steuergesetze geändert werden). In Norwegen wurde im Rahmen der IA-Vereinbarung eine Reduktion des Arbeitgeberbeitragsatzes für ältere Arbeitnehmer eingeführt. Für Erwerbstätige mit Behinderungen existiert jedoch nichts Vergleichbares.

#### ***Zuschüsse für die Anpassung des Arbeitsplatzes und für Hilfsmittel***

Geeignete und adäquate Arbeitsplätze sind eine Voraussetzung für eine erfolgreiche (Wieder-)Eingliederung von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung ins Erwerbsleben. Zuschüsse für Arbeitgeber zur Anpassung der Arbeitsplätze – von zusätzlichen Hilfsmitteln bis zu einer strukturellen Anpassung des Arbeitsplatzes – gibt es in allen drei Ländern. Sie werden jedoch offenbar nicht stärker in Anspruch genommen als die Lohnsubventionen. In Polen z.B. ist diese Massnahme unter den Arbeitgebern nicht sehr populär: Im Jahr 2004 subventionierte das System weniger als 500 Arbeitsplätze, im Schnitt beliefen sich die Kosten auf PLN 24 335 (rund das Zehnfache eines Durchschnittslohns).

Dabei ist zu beachten, dass Zuschüsse zur Anpassung des Arbeitsplatzes in allen drei Ländern nicht nur für neue Angestellte, sondern auch für bereits beschäftigte Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung gewährt werden. Darüber hinaus verlangen einige Gesetze von den Arbeitgebern, ihren gesundheitlich beeinträchtigten Angestellten einen adäquaten Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen. Die Tatsache, dass Zuschüsse für Arbeitsplätze nicht vermehrt in Anspruch genommen werden, mag auch mit den oft zeitintensiven administrativen Verfahren (die nicht vergütet werden) zusammenhängen: Für Anpassungen von Arbeitsplätzen, die nur geringe Kosten verursachen, scheint sich dieses Verfahren nicht zu lohnen.

#### 4.3.2 Fördermittel für die selbstständige Erwerbstätigkeit von Personen mit Behinderungen

Für manche Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stellt die berufliche Selbstständigkeit eine attraktive Alternative dar, um ein Einkommen zu erzielen und sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. In Norwegen und in der Schweiz wird die Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit von nicht erwerbstätigen Personen im Rahmen allgemeiner Programme der Arbeitsvermittlungszentren unterstützt. Nur Polen kennt ein besonderes Unterstützungssystem für die Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit (einschliesslich einer landwirtschaftlichen Tätigkeit) für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, das aus drei Massnahmen besteht (Tabelle 4.6). Diese werden aber nur wenig in Anspruch genommen und in den vergangenen Jahren nahm das Interesse sogar rapide ab. Im Jahr 2000 erhielten rund 1 000 Personen mit Behinderungen ein subventioniertes Darlehen für die Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit, ca. 600 Personen 2002 und 2003 und nur 164 im Jahr 2004 (Polnisches Ministerium für Arbeit und Soziales, 2005). Die Gründe für diese geringe Inanspruchnahme und für das abnehmende Interesse sind unklar und werden untersucht.

#### 4.3.3 Differenzierung der Beitragssätze

In allen drei Ländern wird darüber debattiert, ob eine Differenzierung der Beitragssätze in die Invaliditätsleistungs- und damit verwandte Systeme eingeführt oder ausgeweitet werden soll; nach diesem Verursacherprinzip (sog. «experience-rating») wird Arbeitgebern oder Wirtschaftsbereichen, die viele Leistungsempfänger «hervorbringen», die Beiträge erhöht. Die Idee solcher «Bonus-Malus-Systeme» besteht darin, den Arbeitgebern mehr Verantwortung zu übertragen, damit diese sich stärker dafür einsetzen, krankheitsbedingte Absenzen und Invaliditätsneuzugänge auf einem niedrigen Stand zu halten. Im OECD-Raum wenden bereits viele Betriebsunfall- und Unfallversicherungen dieses System an, darunter auch Polen.<sup>38</sup> Laut dem polnischen Arbeitsinspektorat hat dieses System dazu beigetragen, die Zahl der Arbeitsunfälle zu senken.

Risikodifferenzierte Beitragssätze wurden in der Schweiz kürzlich in der zweiten Säule für die Invalidenvorsorge sowie in der privaten Krankentaggeldversicherung eingeführt und die meisten Versicherer wenden diese Methode bei ihren Kunden an. Die Bestimmungen variieren beträchtlich und hängen von der Grösse der Versicherungsgesellschaft als auch von der Laufzeit des Versicherungsvertrages ab. Die Prämien werden in der Regel gestützt auf die betrieblichen Angaben der vergangenen 3-5 Jahre berechnet, was für kleinere Unternehmen ziemlich willkürliche Resultate ergibt.<sup>39</sup>

---

38. Die Beitragssätze der Unfallversicherung werden nach einer Formel abgestuft, welche die Zahl der Verletzungen, die Zahl der tödlichen Unfälle und die Zahl der Personen, die unter riskanten Bedingungen arbeiten, berücksichtigt. Dieser Indikator wird jedes Jahr neu berechnet, der Beitragssatz behält jedoch während drei Jahren seine Gültigkeit.

39. Um dies zu illustrieren, ist der Fall des mittelgrossen Unternehmens Z. im Kanton Zürich aufschlussreich: Z. produziert Büromöbel für den einheimischen Markt und beschäftigt 40 Personen. Da die Branche einem Gesamtarbeitsvertrag untersteht, muss Z. eine Kollektivtaggeldversicherung abschliessen. Im Jahr 2002 hatten vier Arbeitnehmer gesundheitliche Probleme, die zu längeren krankheitsbedingten Absenzen führten. Im Gegenzug verdoppelte der Versicherer die Prämie von 0.75% auf 1.5% der Lohnsumme und für das Unternehmen bestand das Risiko, aus der Versicherung herauszufallen. Seitdem haben sich die Krankheitsfälle um einiges verringert, aber es wird noch zwei Jahre dauern, bis wieder der ursprüngliche Beitragssatz gelten wird.

Derzeit wird die Frage diskutiert, ob eine ähnliche Form von risikodifferenzierten Beitragssätzen in der Invalidenversicherung der ersten Säule eingeführt werden soll. Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen haben diesbezüglich allerdings Bedenken angebracht, vor allem im Hinblick auf die fehlende Transparenz des Systems, die sich aus der Vielzahl der Regelungen ergibt. Da bei einem Anstieg der Krankheits- oder Invaliditätsfälle auch alle übrigen Angestellten im gesamten Unternehmen zu den höheren Prämien beitragen, kann dies dazu führen, dass die Solidarität gegenüber Mitbeschäftigten mit gesundheitlichen Problemen abnimmt. Obwohl risikodifferenzierte Beitragssätze das Verantwortungsbewusstsein der Schweizer Arbeitgeber in Sachen Gesundheitsmanagement in ihren Betrieben gesteigert hat, hat dieses System wahrscheinlich einen negativen Einfluss auf die Neuanstellung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.<sup>40</sup> Haben neu eingestellte Arbeitnehmer mit Behinderungen mehr oder längere Krankheits- oder Invaliditätsphasen als der Betriebsdurchschnitt, dann steigt nicht nur die Prämie des Betriebs, sondern auch aller anderen Angestellten.

Eine Möglichkeit, dies zu vermeiden, wäre die Senkung der Arbeitgeberprämie für Neuanstellungen von Personen mit Behinderungen – wie es in Holland üblich ist, dem einzigen OECD-Land, das risikodifferenzierte Beitragssätze in der gesetzlichen Invalidenversicherung anwendet. Die 5. Revision der Invalidenversicherung in der Schweiz beinhaltet eine derartige Klausel (BSV, 2005). Allerdings ist diese Bestimmung als «Möglichkeit» formuliert und wird nicht näher erläutert; vielmehr sollen zuerst mit einer Reihe von Pilotprojekten in den nächsten Jahren Erfahrungen gesammelt werden (BSV, 2005b).<sup>41</sup>

Ein besonderer Aspekt bei den risikodifferenzierten Beitragssätzen sind die verschiedenen Regelungen über die Dauer der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers im Krankheitsfall, bevor die Sozialversicherung (oder eine private Versicherung) Krankengelder bezahlt. Je länger dieser Zeitraum dauert, desto mehr Verantwortung obliegt dem jeweiligen Arbeitgeber im Krankheitsfall für das Gesundheitsmanagement und die Wiedereingliederung der Angestellten an ihren Arbeitsplatz. In Norwegen ist dieser Zeitraum mit 17 Tagen sehr kurz – noch kürzer als in Polen mit 33 Tagen. In der Schweiz dauert diese Periode viel länger und variiert zwischen 15 und 230 Tagen, je nach der Beschäftigungsdauer des Arbeitnehmers. Dazu ist anzumerken, dass sich der Arbeitgeber in der Schweiz gegen diese längeren Lohnfortzahlungsperioden rückversichern kann.

#### 4.3.4 Zusammenfassung und Fazit

In der Schweiz sind sich alle politischen Parteien einig, dass Arbeitgeber ermuntert werden müssen, gesundheitlich beeinträchtigte Personen anzustellen, so etwa durch eine bevorzugte Besteuerung. Zugleich ist allen klar, dass sich das Problem nicht dadurch lösen lässt, dass man die Arbeitgeber dazu zwingt, mehr finanzielle Verantwortung zu übernehmen, z.B. über eine Quoten- und Abgabenregelung. Zudem ist man nicht bereit, das System mit risikodifferenzierten Beitragssätzen auszu-

40. Es gibt Hinweise, dass die Reduktion der krankheitsbedingten Absenzen in Unternehmen, welche sich aktiv für dieses Ziel einsetzen, etwa zur Hälfte einer besseren Krankheitsprävention bei den Angestellten zu verdanken ist; die andere Hälfte ist die Folge einer besseren Berücksichtigung des Gesundheitszustandes in der Einstellungsphase.

41. Ein derartiges Modell wurde auch vom schweizerischen Dachverband der regierungsunabhängigen Behindertenorganisationen vorgeschlagen (DOK, 2004). Der Einfachheit halber schlägt dieses Modell bei einer Abwesenheit von mehr als 30 Tagen eine Vergütung von 20% des Jahreseinkommens der gesundheitlich beeinträchtigten Person vor, dies über einen maximalen Zeitraum von zwei Jahren.

weiten, zumindest im jetzigen Zeitpunkt, da damit den Arbeitgeber mehr Verpflichtungen aufgebürdet würden. In Polen und vor allem in Norwegen haben die Sozialpartner und tripartite Abkommen einen grossen Einfluss auf die Arbeitgeberentscheide. Das IA-Vereinbarung in Norwegen basiert z.B. grösstenteils auf Massnahmen, die einen «kulturellen Wandel» bewirken sollen, welcher längerfristig die Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Problemen in Unternehmen ermöglichen soll – mit oder auch ohne konkrete finanzielle Unterstützungsmassnahmen. In geringerem Masse kommt diese Rolle auch der tripartiten Kommission in Polen zu.

Direkte und indirekte Lohnsubventionen können leistungsfähige Instrumente darstellen, um finanzielle Anreize für Arbeitgeber zu schaffen; in allen drei untersuchten Ländern gibt es Programme dieser Art. Es ist noch zu früh, die Ergebnisse des risikodifferenzierten Beitragssystems von Krankentaggeldprämien, wie es kürzlich in der Schweiz eingeführt wurde, zu evaluieren.<sup>42</sup> Diese Massnahme bietet aber ein beträchtliches Potenzial für ein besseres Gesundheitsmanagement und damit für eine Früherfassung und Prävention möglicher Invaliditätsfälle. Allerdings könnten risikodifferenzierte Versicherungsprämien bei der Anstellung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die derzeit nicht im Erwerbsleben stehen, ein Hindernis darstellen, da das Risiko einer Prämienerrhöhung grösser ist. Daher sind ausgleichende Mechanismen einzuführen, um sicherzustellen, dass ein Nutzen gegeben ist und man die Risiken in Griff kriegt.

In allen drei Ländern ist man allgemein der Meinung, dass die Gesetze eine Reihe von Regelungen und Bestimmungen beinhalten, um Arbeitgeber, die Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiter beschäftigen oder einstellen, finanziell zu unterstützen. Man ist sich aber auch einig, dass diese Massnahmen in der Regel nicht genügend oder gar überhaupt nicht in Anspruch genommen werden. Die Arbeitgeberorganisationen und NGOs beklagen sich ihrerseits, vor allem in Polen und in der Schweiz, über mangelnde Informationen über diese Massnahmen sowie über die Komplexität und häufige Änderungen der Bestimmungen.<sup>43</sup> Informationskampagnen sowie eine Vereinfachung der Richtlinien würden vermutlich dazu beitragen, dass diese Möglichkeiten breiter genutzt würden.

---

42. Hinweise darauf gibt es für andere OECD-Länder. Koning (2004) schätzt, dass die nachträglichen Auswirkungen (Ex-post-Effekte) eines risikodifferenzierten Prämiensystems – das 1998 in das Invalidenversicherungssystem in Holland eingeführt wurde – nach einem Jahr die Neuzugänge um 15% reduzieren. Dies betraf vorwiegend grössere Unternehmen, während für Arbeitgeber mit weniger als 25 Angestellten keine grösseren Wirkungen auszumachen waren.

43. Eine Umfrage bei 1'600 Schweizer Unternehmen ergab, dass nur ein Viertel über mögliche finanzielle Subventionen und 10-20% über Massnahmen nicht finanzieller Art informiert sind (BSV, 2004). Grössere Unternehmen und jene, die Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen beschäftigen, sind wesentlich besser über die bestehenden Systeme informiert.

## Anhang zu Kapitel 4: Hintergrund-Tabellen für verschiedene Haushaltstypen

Die Einkommenssituation einer erwerbstätigen bzw. einer nicht erwerbstätigen Person wird stark beeinflusst durch die Höhe und die Ausgestaltung der Steuern und die verfügbaren Leistungen sowie deren Zusammenspiel mit dem persönlichen und dem Haushaltseinkommen. Die Analyse in Kapitel 4 basiert auf Schätzungen eines Zusatzmoduls des Steuer- und Sozialleistungsmodells der OECD (OECD, 2004), für verschiedene Gruppen von Personen mit Behinderungen: Allein stehende, Personen, die mit einem (beruflich inaktiv) Ehepartner zusammenleben, sowie solche, die mit Ehepartner und Kindern leben.

Tabelle 4.A.1 zeigt in einer Übersicht die wichtigsten Merkmale der Invaliditätssysteme der drei Länder, die Besteuerung der Invaliditätsleistungen und die Bestimmungen über die Kombination von Leistungen mit dem Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit.<sup>44</sup> Zudem beschreibt sie jene Elemente des Systems, die in den Modellrechnungen nicht berücksichtigt wurden, hauptsächlich, weil diese für die untersuchten typischen Haushalte nicht zum «Standard» gehören. Dies gilt vor allem für die berufsbezogenen Invaliditätsleistungen in Norwegen, welche rund die Hälfte aller Erwerbstätigen in diesem Land abdeckt, die Sozialrenten für Personen mit Geburtsgebrechen in Polen und die Privatversicherung der dritten Säule in der Schweiz.

Grafik 4.A.1 ergänzt die Ergebnisse für allein stehende Personen aus Grafik 4.2 mit Schätzungen über Nettoersatzquoten für Invaliditätsleistungen, Arbeitslosenunterstützungen und Leistungen der Sozialhilfe für zwei andere Haushaltstypen: eine Person mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mit einem inaktiven Ehepartner lebt, und eine Person mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die mit einem Ehepartner mit tieferem Einkommen und zwei Kindern lebt. Tabelle 4.A.2 zeigt die Nettoersatzquoten für allein stehende Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in drei verschiedenen Altersklassen. Grafik 4.A.2 präsentiert die durchschnittlichen effektiven Steuersätze für verschiedene Haushaltstypen.

Zu beachten ist, dass die in Kapitel 4 aufgeführten Anreize eine Reihe von bestehenden monetären und nicht monetären politischen Instrumenten zur Unterstützung von Berufsauslagen nicht berücksichtigen. In Norwegen wird eine Grundleistung (*grunnstonad*) gewährt, wenn die Invalidität hohe zusätzliche Kosten nötig macht (z.B. zusätzliche Ausgaben für den Transport vom/zum Arbeitsort).<sup>45</sup> In Polen werden die Transportkosten für einige Personengruppen mit Behinderungen subventioniert, dies jedoch über ermässigte Preise für Fahrkarten des öffentlichen Verkehrs und unabhängig davon, ob es sich um einen Arbeitsweg handelt. Die schweizerische Invalidenversicherung vergütet Hilfsmittel, die «für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge, ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit» dienen. Obwohl diese Massnahmen nicht speziell für die Situation von Erwerbstätigen bestimmt sind, werden damit Kosten erstattet, die nicht entstünden, würde die Person nicht arbeiten. Das polnische Arbeitsgesetz sieht überdies einige spezielle Rechte für Angestellte mit Behinderungen vor. In Geld umgemünzt würden diese Privile-

44. Eine ausführliche Beschreibung der länderspezifischen Parameter der Invalidenversicherungssysteme, welche für die Modelle verwendet wurden, ist unter [www.oecd.org/els/disability](http://www.oecd.org/els/disability) zu finden.

45. Im Jahr 2005 erhielten 18% der norwegischen Invaliditätsleistungsempfänger eine jährliche Grundleistung zwischen 6636 NOK and 33'240 NOK.

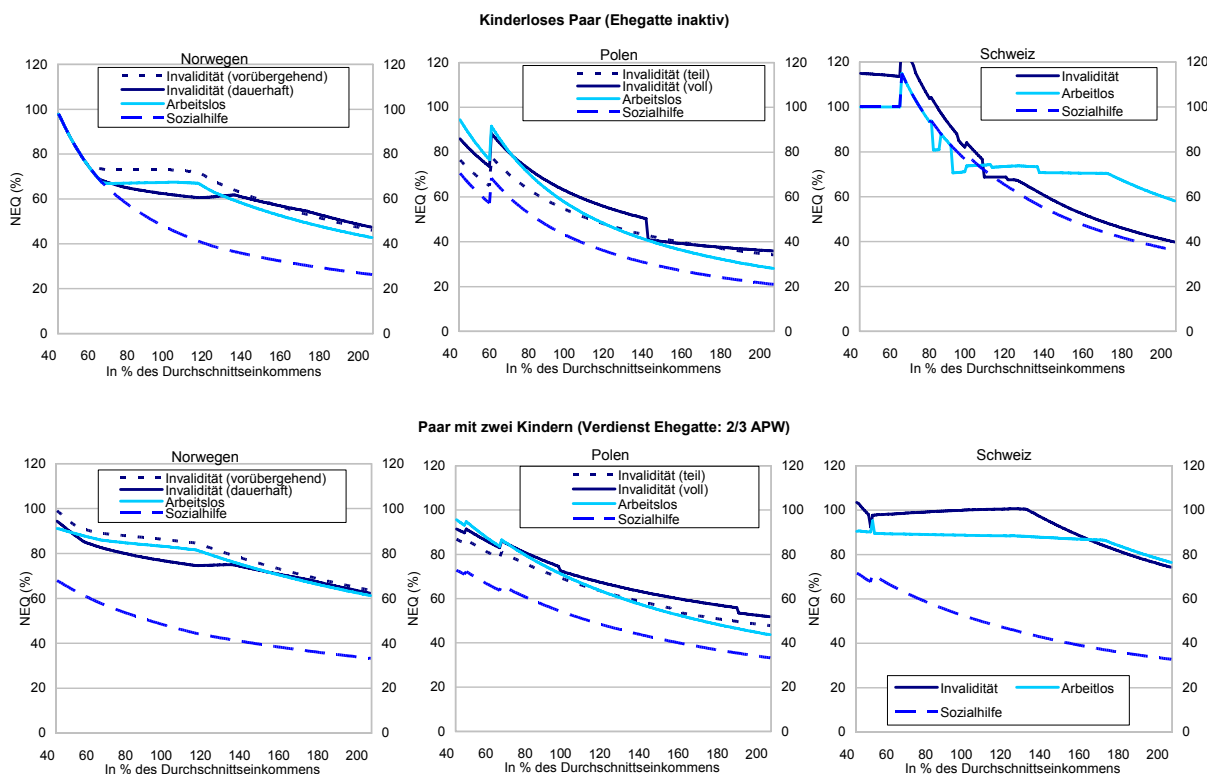
gien die effektiven Steuersätze von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche wieder erwerbstätig werden, senken. In der Schweiz werden Hilfsmittel (Hörapparate, Blindenhunde, Motorfahrzeuge, Spezialfahrzeuge usw.) für Zwecke bereitgestellt, die ausdrücklich «die Ausübung der Erwerbstätigkeit», «Schulung» sowie «Aus- und Weiterbildung» beinhalten.

**Tabelle 4.A1. Hauptmerkmale von Invaliditätsleistungs- und Steuersystemen,  
Stand am 1. Juli 2004**

	NORWEGEN	POLEN	SCHWEIZ
<i>Leistungssysteme (im Modell enthalten)</i>	Zeitlich befristete Invaliditätsleistungen ( <i>tidsbegrenset uførestønad</i> )  Unbefristete Invaliditätsleistungen ( <i>varig uførepensjon</i> ), bestehend aus einer Grundleistung der ersten Säule ( <i>grunnpensjon</i> ) und einer lohnbezogenen Zusatzleistung ( <i>tilleggspensjon</i> )	Volle Invaliditätsleistung ( <i>renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy</i> ), wenn Person nicht imstande ist, irgendeine Art von Arbeit auszuführen  Teilinvaliditätsleistung ( <i>renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy</i> ), wenn Person nicht imstande ist, gewöhnliche Arbeit auszuführen, jedoch eine andere Beschäftigung ausüben kann	Erste Säule Invalidenversicherung (IV), universell  Lohnabhängige zweite Säule für die Invalidenvorsorge (BV, <i>berufliche Vorsorge</i> ), obligatorisch ab einer bestimmten Lohnhöhe
<i>Sonderzulagen (enthalten)</i>	Sonderzulage ( <i>saertillegg</i> ), wenn keine oder eine geringe Zusatzleistung ausgerichtet wird  Kinderzulage ( <i>barnetillegg</i> ), bedarfsabhängig für Empfänger einer unbefristeten Invaliditätsleistung	Keine Sonderzulagen	Bedarfsabhängige Sonderzulagen zur ersten Säule, um die Grundbedürfnisse zu decken ( <i>Ergänzungleistungen</i> )  Kinderzulage
<i>Abstufung der Leistungen</i>	In 5%-Schritten berechnet, mit einer Erwerbsminderung von mindestens 50%	Nein	Erste Säule: ¼, ½, ¾ und ganze Rente für eine verminderte Erwerbsfähigkeit von 40%, 50%, 60% bzw. 70%  Zweite Säule bis 2004: ½-Rente für eine verminderte Erwerbsfähigkeit zwischen 50% und 67%  Zweite Säule ab 2005: gleich wie erste Säule
<i>Leistungssysteme (nicht enthalten)</i>	Nicht obligatorische berufsbezogene Invaliditätsleistung ( <i>tjenestepensjon</i> )	Sozialrente ( <i>renta socjalna</i> ) für Personen, deren gesundheitliche Beeinträchtigung bereits vor dem Alter von 18 Jahren bestand	Freiwillige private Invalidenversicherung der dritten Säule
<i>Spezielle Zulagen (nicht enthalten)</i>	Grundleistung ( <i>grunnstønad</i> ) für besondere Ausgaben  Pflegegeld ( <i>hjelpetønad</i> ) für speziell erforderliche Betreuung oder Pflege  Zulage für Ehepartner über 60 Jahren ( <i>ektefelleltillegg</i> )	Pflegezulage ( <i>dodatek pielęgnacyjny</i> ) für Personen, die von einer anderen Person betreut werden müssen	<i>Hilfflosenentschädigung</i>  <i>Ausserordentliche Rente</i>
<i>Leistungsbesteuerung</i>	Ja, aber Regelung zur Steuerbegrenzung und spezieller Abzug	Ja, keine spezielle Ermässigung	Ja, keine spezielle Ermässigung
<i>Sozialversicherungsbeiträge</i>	Niedrigere Sozialversicherungsbeiträge für unbefristete Invaliditätsleistungen	Für Leistungen sind keine Sozialversicherungsbeiträge für Altersvorsorge, Invalidität oder Krankheit zu entrichten, aber Gesundheitsvorsorgebeiträge	Nicht beitragspflichtig für die Sozialversicherungen, mit Ausnahme der obligatorischen Krankenversicherung, wenn nicht Empfänger einer Ergänzungsleistung
<i>Akkumulierung von Leistungen mit Erwerbseinkommen</i>	Ja, für abgestufte Leistungen. Keine Leistungsreduktion bis zu einem „Grundbetrag“ ( <i>grunnbeløpet</i> ). Die Summe von Leistung und Erwerbseinkommen darf das vor der Behinderung erzielte Einkommen nicht übersteigen	Ja, sowohl für Teil- und Vollinvaliditätsleistung. Keine Leistungsreduktion bis zu 70% des nationalen Durchschnittslohns, teilweise Reduktion bis 130%, Aussetzung der Leistungen ab 130% des nationalen Durchschnittslohns	Ja, für abgestufte Leistungen
<i>In Kombination mit anderen Leistungen</i>	Mit Sozialhilfe möglich, jedoch nicht mit staatlichen Versicherungsleistungen	Mit Sozialhilfe, Erziehungsurlaub, Familien- oder Haushaltszulagen möglich, aber nicht mit Altersrente, Leistungen bei Unfall oder Arbeitslosenentschädigung.	Leistungsreduktion, wenn diese zusammen mit Leistungen bei Unfall oder der zweiten Säule 90% des Einkommens, das die begünstigte Person eingebüsst hat, übersteigen

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

**Grafik 4.A1. Nettoersatzquote für Invaliditätsleistungen, Arbeitslosenentschädigungen und Sozialhilfe, Paarhaushalt, 2004<sup>a</sup>**



a) Nettoersatzquote (NEQ): Verhältnis zwischen einem Nettohaushaltseinkommen einer Person, die in die Inaktivität übertritt und Invaliditätsleistungen, Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezieht, und einem Nettohaushaltseinkommen, wenn das Erwerbseinkommen 40% bis 200% des Durchschnittseinkommens betrug. Die Schätzungen beziehen sich auf eine 40-jährige allein stehende Person, die während 22 Jahren ein durchschnittliches Einkommen erzielt hat. Die Prozentsätze des Durchschnittseinkommens beziehen sich auf das Einkommen vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Erstverdieners.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Informationen der staatlichen Behörden.

**Tabelle 4.A2. Nettoersatzquote für eine allein stehende Person, in drei verschiedenen Altersklassen, 2004<sup>a</sup>**

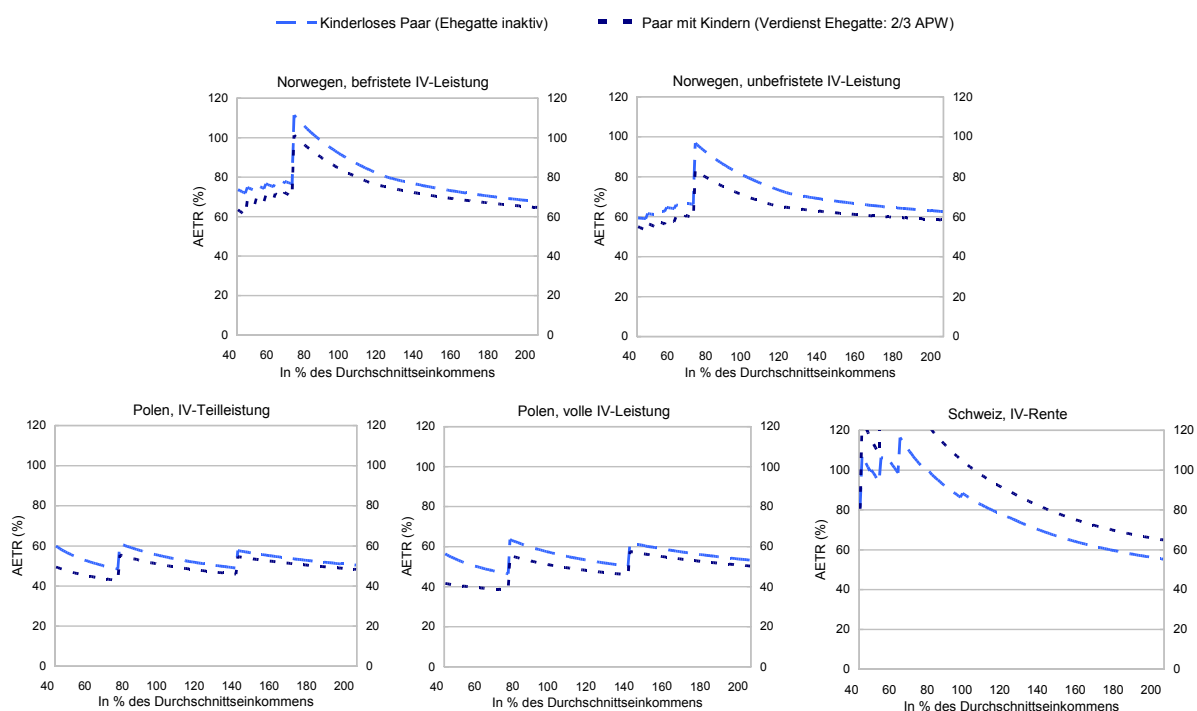
		Früheres Einkommen, in Prozent eines Durchschnittseinkommens			
	Alter	50%	67%	100%	150%
Norwegen	30	76	65	60	57
	40	76	65	60	57
	50	76	65	60	57
Polen	30	89	71	40	34
	40	92	75	45	38
	50	98	62	53	47
Schweiz	30	116	86	65	51
	40	117	87	68	54
	50	118	85	93	78

a) Nettoersatzquote: Verhältnis zwischen Nettohaushaltseinkommen einer Person, die in die Inaktivität übertritt und Invaliditätsleistungen oder Arbeitslosengeld oder Sozialhilfe bezieht, und einem Nettohaushaltseinkommen, wenn das Erwerbseinkommen 40% bis 200% des Durchschnittseinkommens betrug. Die Schätzungen beziehen sich auf eine 40-jährige allein stehende Person, die ab dem 18. Altersjahr durchgehend voll erwerbstätig war.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Information der staatlichen Behörden....



**Grafik 4.A2. Durchschnittlicher effektiver Steuersatz für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in verschiedenen Haushaltstypen, 2004<sup>a</sup>**



- a) Der durchschnittliche effektive Steuersatz (AETR) ist der prozentuale Anteil des Einkommens, der bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit durch höhere Steuern und niedrigere Leistungen wegbesteuert wird. Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit einem Lohn, der zwischen 40% und 200% eines durchschnittlichen Arbeitseinkommens (APW) beträgt. Die Schätzungen beziehen sich auf eine 40-jährige Person, die während 22 Jahren ein durchschnittliches Erwerbseinkommen erzielt hat.

Quelle: Spezialmodul des Steuer- und Leistungsmodells der OECD. Information der staatlichen Behörden



## 5 Bessere Steuerung und kohärentere politische Strategien

Wenn die verfolgte Politik nicht richtig greift, so ist dies häufig auf einen unzureichenden Vollzug von Bestimmungen auf lokaler Ebene, eine ungenügende Kohärenz zwischen den verschiedenen Leistungssystemen sowie auf die fehlende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure zurückzuführen. Norwegen, Polen und die Schweiz sind diesbezüglich keine Ausnahme: So stellt man beispielsweise fest, dass in allen drei Ländern die Ebene, auf der die Entscheidungen getroffen werden, nicht mit jener übereinstimmt, welche für die Finanzierung zuständig ist. Denn die Mittel stammen aus zentralen Quellen, wogegen die Entscheide über die Gewährung von Leistungen oder von Beschäftigungsprogrammen auf lokaler Ebene fallen. Norwegen versucht dieses Problem sowie die fehlende Zusammenarbeit zwischen den Institutionen über die Zusammenlegung der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der Sozialversicherungsverwaltung zu lösen. Die Schweiz packt das Problem über eine bessere Verwaltungsführung und Steuerung der kantonalen Akteure, eine erweiterte Zuständigkeit der Invalidenversicherung sowie neue Initiativen zur interinstitutionellen Zusammenarbeit an. In Polen gilt es, die Verwaltungsführungsgrundsätze und die Kooperationskanäle an die jüngst erfolgte Übertragung gewisser Kompetenzen auf die regionale und lokale Ebene anzupassen.

Unzureichende Verwaltungsführung und Steuerung bei den leistungserbringenden Einrichtungen, ungenügende Kohärenz zwischen den verschiedenen Systemen und fehlende Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure können dazu beitragen, dass die verfolgten politischen Strategien in Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität dürftige Ergebnisse hervorbringen. Die lokalen Stellen sind unter Umständen kaum oder gar nicht motiviert, sich auf schwierige und zeitaufwändige Fälle einzulassen, und zahlen stattdessen eine Leistung bzw. Rente aus. Für die Einrichtungen auf den verschiedenen Staatsebenen dürfte zudem die Versuchung gross sein, unterstützungsbedürftige Personen an eine andere Institution abzuschieben und dadurch die Menge der zu bearbeitenden Fälle und die Kosten zu senken. Dies verringert die Chancen auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zusätzlich und erhöht zugleich die Gesamtkosten.

Dieses Kapitel untersucht, wie die drei Länder die Führung und Steuerung ihrer für Invaliditätsfälle zuständigen lokalen Institutionen und die Umsetzung politischer Strategien auf regionaler Ebene handhaben, und wie es um die Koordination und die Zusammenarbeit *zwischen* den verschiedenen Institutionen bestellt ist. Dabei wird die Frage erörtert, wie sich die Invaliditätsleistungen im Verhältnis zur Arbeitslosenentschädigung und zu Frühpensionsleistungen entwickeln und wie Veränderungen in diesen Systemen invaliditätsspezifische Trends beeinflusst haben und künftig beeinflussen werden. Zudem werden gute Fallbeispiele («*good practice*») institutions- und behördenübergreifender Zusammenarbeit sowie Lücken in der Koordination politischer Strategien ermittelt. Das Kapitel schliesst mit dem Fazit, dass man die knappen öffentlichen Mittel wirkungsvoller und effizienter einsetzen könnte, wenn der Schwerpunkt vermehrt auf eine kohärente Führung und Umsetzung politischer Strategien gelegt würde.

### 5.1 Anreize für leistungserbringende Institutionen

Schwache Anreize bleiben bisweilen ohne Einfluss auf Angestellte und Arbeitgeber. Vielmehr können sie sich auch als Hindernis erweisen, wenn es gilt, bei den an der Entscheidungsfindung beteiligten Institutionen und Akteuren bessere Umsetzungsergebnisse zu erzielen. Dieser Abschnitt beschreibt kurz die Finanzierungs- und Entscheidungsmechanismen in Norwegen, Polen und der Schweiz, die regional unterschiedlichen Ergebnisse, die sich aus Abweichungen bei der Umsetzung der verfolgten Politik auf regionaler Ebene ergeben, und die eingesetzten Instrumente und Massnahmen zur

Kontrolle und Aufsicht des Entscheidungsprozesses. Der Abschnitt schliesst mit einem allgemeinen Fazit, wie Anreize für leistungserbringende Institutionen verbessert werden können, damit diese gute Ergebnisse liefern.

### 5.1.1 Finanzierungsmechanismen und Verantwortlichkeitsstrukturen

Anreize für Institutionen, die Dienstleistungen erbringen und Leistungen auszahlen, hängen massgeblich davon ab, inwieweit die Finanzierungs- und Entscheidungsstrukturen übereinstimmen. In dieser Hinsicht weisen die Systeme aller drei Länder erhebliche Schwächen auf. In Polen werden die Invaliditätsleistungen beinahe ausschliesslich über Staatseinkünfte finanziert, also entweder durch Sozialversicherungsbeiträge (für ZUS-Leistungen), andere Steuern auf Arbeit (für Aktivierungsmassnahmen der Arbeitsämter oder des staatlichen Fonds PFRON) oder mit allgemeinen Steuermitteln (für Leistungen der landwirtschaftlichen Sozialversicherungskasse KRUS und für Sozialrenten). Entscheide über die Gewährung einer Leistung oder über eine Teilnahme an einer beschäftigungsbezogenen Massnahme werden hingegen überwiegend auf regionaler oder lokaler Ebene getroffen. Invaliditätsleistungen werden von einem Versicherungssachbearbeiter in einer regionalen Vertretung der jeweiligen Sozialversicherungseinrichtung gewährt. Sozialrenten werden von den lokalen Behörden gewährt. Diese folgen den Empfehlungen des lokalen Teams, welches die Invalidität beurteilt. Beschäftigungs- und Rehabilitationsprogramme – sofern vorhanden – werden von lokalen Arbeitsämtern (über die öffentliche Arbeitsvermittlung finanzierte Systeme) und von kommunalen Zentren für die Beschäftigung von Personen mit Behinderungen (über den PFRON finanzierte Systeme) organisiert.

Diese Regelung bietet lokalen und regionalen Entscheidungsträgern nur geringe Anreize, Gelder effizient zu nutzen oder auf nachhaltige Beschäftigungserfolge hinzuarbeiten. Lokale Arbeitsämter beispielsweise sehen sich kaum veranlasst, Arbeitssuchende mit Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt – wie Personen mit Behinderungen – zu registrieren, obwohl die Sozialversicherungseinrichtungen die täglichen Kosten einer gesundheitlich beeinträchtigten Person, die an einem Beschäftigungsprogramm teilnimmt, decken könnte (indem sie befristete Ausbildungszuschüsse gewährt). Die problematische Entscheidungsstruktur in Polen spiegelt sich auch in der extrem hohen Zahl von Rekursen gegen abgelehnte erstmalige Anträge auf Invaliditätsleistungen wieder; diese ist viel höher als im gesamten OECD-Raum. In fast der Hälfte dieser Rekursfälle wird letztlich ein Leistungsanspruch gewährt, in den meisten andern OECD-Ländern ist dies hingegen nur gerade bei 10% der Fall.<sup>46</sup> Dies ist eine kostspielige Art und Weise, die Zahl der Neuzugänge niedrig zu halten.

In der Schweiz werden die IV-Renten fast ausschliesslich von der schweizerischen Invalidenversicherung finanziert. Diese wiederum erhält die Hälfte ihrer Mittel aus Sozialversicherungsbeiträgen und die andere Hälfte aus allgemeinen Steuermitteln; bei letzteren stammen drei Viertel aus Bundeseinnahmen und ein Viertel aus kantonalen Steuereinkünften. Demnach wird nur ein Achtel durch kantonale Gelder finanziert – und doch werden die meisten Entscheide von interdisziplinären Teams in den kantonalen IV-Stellen getroffen.<sup>47</sup> Die Sachbearbeiter in diesen Teams sind zudem dafür zu-

---

46. Im Jahr 2005 erhielten 18% der norwegischen Invaliditätsleistungsempfänger eine jährliche Grundleistung zwischen 6636 NOL an 33'240 NOK.

47. Die grössere Zahl erfolgreicher Rekurse in Polen lässt sich teilweise durch den Umstand erklären, dass neue (medizinische) Befunde für den Gerichtsentscheid berücksichtigt werden können.

ständig, medizinische oder berufliche Rehabilitationsmassnahmen zu bewilligen oder abzulehnen sowie Beiträge für Institutionen und Organisationen, die beispielsweise geschützte Arbeitsplätze anbieten, zu gewähren.

Auch die Arbeitsmarktpolitik zeichnet sich in der Schweiz durch die Aufspaltung zwischen Entscheidungs- und Finanzträgern aus. Dies liegt daran, dass bei der öffentlichen Arbeitsvermittlung die gleiche Situation vorzufinden ist. Diese wird ebenfalls über die Sozialversicherungsbeiträge finanziert, obwohl sie kantonal erfolgt. Die Bundesmittel spielen also in der Invaliditätspolitik in der Schweiz eine grosse Rolle, was im Gegensatz dazu steht, dass die vom Bund erhobenen Einkommenssteuern nur einen geringen Anteil der Steuereinkünfte ausmachen, da die meisten Einkommenssteuern in den Kantonen und Gemeinden erhoben werden. Dies weist darauf hin, dass die gängige Finanzierungs- und Entscheidungspraxis überprüft werden sollte. Ansatzweise findet dieses Umdenken statt, und zwar im Zuge der Neugestaltung des Finanzausgleichs, bei dem die Kantone die Zuständigkeit für die Finanzierung von Institutionen, die Dienstleistungen für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (inkl. geschützte Werkstätten) anbieten, übernehmen. Diese Änderung betrifft jedoch nur rund 20% der gesamten Ausgaben der kantonalen IV-Stellen.

In Norwegen wird die Politik im Zusammenhang mit Krankheit und Invalidität sowie die Arbeitsmarktpolitik im Allgemeinen überwiegend über die Besteuerung von Arbeit in Form nicht zweckgebundener Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Die Entscheide werden hingegen von lokalen und regionalen Akteuren gefällt, die öffentliche Arbeitsvermittlung («*public employment service*», PES) ist für alle beschäftigungsbezogenen und beruflichen Rehabilitationsprogramme zuständig, die Landesversicherungsverwaltung (NIA) für alle anderen Sozialversicherungsleistungen. Die Versicherungsbehörde ist verpflichtet, operativ auf Gemeindeebene tätig zu werden, obwohl Entscheide über unbefristete Invaliditätsleistungen formell durch die Provinz auf der Grundlage des Assessments durch die lokalen NIA-Angestellten getroffen werden. Die öffentliche Arbeitsvermittlung ist auf regionaler Ebene tätig und kann die Grösse ihrer operativen Einheiten frei bestimmen: Diese sind grösser als Gemeinden, jedoch sehr viel kleiner als Provinzen. Diese Finanzierungsstruktur bietet lokalen und regionalen Akteuren kaum Anreize, öffentliche Mittel effizient zu verwenden. Die Auszahlung einer Leistung für einen schwer zu integrierenden Klienten ist für einen Sachbearbeitenden eine Entlastung und wirkt sich offenbar weder für den Sachbearbeitenden noch für das Budget der lokalen Stelle nachteilig aus.

### 5.1.2 Regionale Unterschiede bei der Umsetzung politischer Strategien

Die regional unterschiedlichen Umsetzungsergebnisse weisen auf ein Problem hin, für das eine Lösung gefunden werden muss. In der Schweiz schwankt der Anteil der Personen, die eine IV-Rente beziehen, unter der Erwerbsbevölkerung zwischen weniger als 4% in drei deutschsprachigen Kantonen und mehr als 7% in den Kantonen Tessin und Jura; in der Stadt Basel sind es sogar 9%. Der Variationskoeffizient beträgt 23%, leicht höher als der für Norwegen (20%) und Polen (19%) ermittelte (Tabelle 5.1). Norwegen unterscheidet grundsätzlich zwischen zwei Gruppen von Provinzen: die nördlichen mit Leistungsbezugsquoten von 12.5-14% sowie Oslo mit angrenzenden Provinzen mit Quoten unter 10%.

**Tabelle 5.1. Grosse regionale Unterschiede bei den Umsetzungsergebnissen in allen drei Ländern**Tiefste Quote, höchste Quote und Variationskoeffizient für jeden Indikator, 2004<sup>a</sup>

	Norwegen	Polen	Schweiz
Invaliditätsleistungsbezüge <sup>b</sup>			
Minimum	7.8	3.5	3.7
Maximum	14.0	7.0	9.1
Variationskoeffizient	20%	19%	23%
Berufliche Wiedereingliederung <sup>c</sup>			
Minimum	2.1	..	0.4
Maximum	4.3	..	1.3
Variationskoeffizient	24%	..	32%
Arbeitslosenquote			
Minimum	2.7	14.6	1.2
Maximum	5.7	24.9	7.1
Variationskoeffizient	19%	16%	30%

- a) Berechnungen basieren auf den Ergebnissen aus 19 norwegischen Provinzen, 16 polnischen Woiwodschaften und 26 Schweizer Kantonen.
- b) Leistungsbezugsrate in Norwegen und in der Schweiz, schwere oder mittelschwere Behinderung mit offiziellem Invaliditätszertifikat in Polen.
- c) Bei der öffentlichen Arbeitsvermittlung registrierte Personen mit berufsbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Norwegen, Teilnehmende an einer beruflichen Massnahme in der Schweiz. Keine Daten für Polen verfügbar.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

Leistungsempfängerraten reflektieren die politischen Strategien vergangener Jahre. Die Zahlen weisen darauf hin, dass in Norwegen wie auch in der Schweiz die Zahl der Teilnehmenden an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen – welche die Unterschiede bei den aktuellen politischen Strategien besser widerspiegelt – sogar noch grössere regionale Abweichungen erkennen lässt.

Regionale Abweichungen können Unterschiede beim Vollzug der verfolgten Politik (interne Faktor) widerspiegeln, aber auch unterschiedliche wirtschaftliche und arbeitsmarktliche Verhältnisse (externe Faktoren). Hinsichtlich der internen Faktoren ist es einleuchtend, dass die Daten grössere Abweichungen zwischen den *Kantonen* der Schweiz erkennen lassen, als zwischen den *Provinzen* in Norwegen und den *Woiwodschaften* in Polen. Dies liegt daran, dass der Vollzug hauptsächlich über die Kantone läuft, während die Unterschiede auf Gemeindeebene – der Ebene, auf der die meisten Entscheide anfallen – in Polen und Norwegen teilweise auf regionaler Ebene ausgeglichen werden. Die für die Schweiz verfügbaren Daten deuten darauf hin, dass ein Drittel der regionalen Unterschiede beim Invalidenrentenbezug auf die Unterschiede in der Umsetzung auf kantonaler Ebene zurückzuführen ist – d.h. auf eine unterschiedliche Gesetzesauslegung und damit auf eine unterschiedliche Praxis bei der Genehmigung oder Ablehnung von Leistungsanträgen sowie auf die unterschiedliche Gewichtung der beruflichen Wiedereingliederung (Spycher *et al.*, 2004).

Ein Vergleich von Invaliditäts- und Arbeitslosendaten in den Regionen legt nahe, dass die externen Faktoren, d.h. die wirtschaftlichen Verhältnisse, ebenfalls eine wichtige Rolle spielen dürften. In der Schweiz sind die Unterschiede bezüglich Arbeitslosenquoten zwischen den Kantonen beinahe gleich gross wie jene bezüglich der Nutzung der beruflichen Wiedereingliederung. In Norwegen und

Polen verzeichnen die Arbeitslosenquoten hingegen geringere regionale Unterschiede (Tabelle 5.1). Die ähnlichen regionalen Abweichungen bei der Arbeitslosen- und der Invaliditätsversicherung lassen sich entweder durch externe Faktoren erklären, welche das Personal in der Invaliditätsversicherung wie auch in der öffentlichen Arbeitsvermittlung beeinflussen, oder aber durch vergleichbare Probleme bezüglich regionaler Übereinstimmung und einheitlicher Umsetzung politischer Strategien in den Arbeitsvermittlungsstellen, die in allen drei Ländern auf der gleichen regionalen Ebene (oder beinahe gleichen Ebene) wie die Invaliditätsversicherung tätig sind.

### 5.1.3 Monitoring der leistungserbringenden Institutionen

Ein starkes Aufsichts- und Kontrollsystem ist eine Möglichkeit, den Ermessensspielraum der ausführenden Organe bei der Umsetzung auf regionaler und lokaler Ebene in Grenzen zu halten. Dies erfordert eine klare Definition der Rolle der Aufsichtsstelle sowie ein angemessenes Instrumentarium, damit diese Stelle ihre Rolle erfüllen und Akteure oder Institutionen, welche die Bestimmungen verletzen oder ihre Ziele nicht erreichen, zur Verantwortung ziehen kann. Diesbezüglich scheint die Schweiz den anderen beiden Ländern voraus zu sein.

In allen drei Ländern werden die lokalen und regionalen Versicherungsstellen von der nationalen Sozialversicherungsbehörde kontrolliert und beaufsichtigt. Dies gilt auch für die öffentliche Arbeitsvermittlung (PES): Lokale und regionale Stellen werden von der nationalen Behörde überprüft. In Norwegen und in der Schweiz, wo diese Institutionen für den überwiegenden Teil der Invaliditätspolitik verantwortlich sind, besteht die Aufsichts- und Kontrollaufgabe im Wesentlichen darin, zu prüfen, wie die nationale Sozialversicherungsbehörde und die öffentliche Arbeitsvermittlung ihre Aufgabe erfüllen. In Polen gestaltet sich die Situation komplexer, da verschiedene Institutionen und Regierungsebenen die Umsetzung der Invaliditätspolitik beaufsichtigen.

In der Schweiz sind die ungleichen Ergebnisse teilweise auf die unterschiedliche Umsetzung der verfolgten Politik durch die kantonalen IV-Stellen zurückzuführen. Das Ziel, die kantonalen Unterschiede durch eine verstärkte Kontrolle der nationalen Aufsichtsbehörde, dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), zu verringern, hat sich daher zu einer treibenden Kraft für einen Kurswechsel entwickelt. In den letzten Jahren wurden diverse Neuerungen eingeführt, so unter anderem ein besseres Berichts- und Kontrollsystem, welches den Wettbewerb um gute Ergebnisse zwischen den Kantonen verstärkt hat, sowie eine häufigere Kontrolle der kantonalen Entscheidungsprozesse. Diese Kontrolle findet nun jährlich und nicht mehr lediglich jedes dritte Jahr statt.

Darüber hinaus werden gegenwärtig Schritte unternommen, um die Verwaltungsführung und Steuerung der kantonalen IV-Stellen zu verbessern. Dazu werden zwischen dem BSV und den IV-Stellen Zielvereinbarungen abgeschlossen, ähnlich wie die Vereinbarungen, die kürzlich zwischen der kantonalen öffentlichen Arbeitsvermittlung (Regionalen Arbeitsvermittlungszentren, RAV) und deren Aufsichtsbehörde eingeführt wurden. Die Erfüllung der Vereinbarungen zwischen dem BSV und den IV-Stellen soll auf der Grundlage einer Reihe wirkungsorientierter Indikatoren (noch zu entwickeln) für die Leistungsfähigkeit der IV-Stellen gemessen werden. Dieses Management durch Zielvereinbarungen (*«management by objectives»*) ist in den meisten OECD-Ländern für die öffentliche Arbeitsvermittlung bereits verbreitet, für die nationalen Verwaltungsstellen der Invaliditätsversicherung ist es hingegen immer noch recht neu. Da diese Verwaltungsstellen sich zunehmend weg von leistungserbringenden Institutionen hin zu Dienstleistungsstellen entwickeln, erscheint es sinnvoll, dieses Konzept der öffentlichen Arbeitsvermittlung zu übernehmen.

In Norwegen wenden die öffentliche Arbeitsvermittlung («*public employment service*», *PES*) und die Landesversicherungsverwaltung (NIA) gegenwärtig recht unterschiedliche Konzepte an. Die öffentliche Arbeitsvermittlung führte das Management durch Zielvereinbarungen bereits vor bald 20 Jahren ein, in Verbindung mit einer Dezentralisierung und einer grösseren Entscheidungsfreiheit für die regionalen und lokalen Arbeitsvermittlungen (Mosley *et al.*, 2001). Die operativen Zielsetzungen (die spezielle Ziele hinsichtlich Massnahmen zugunsten Personen mit Behinderungen und deren Teilnahme an Programmen beinhalten) sind indes mehrheitlich prozess- denn ergebnisbezogen und finanzielle Transfers an lokale Stellen sind an Leistungsvorgaben geknüpft. Obwohl das Management durch Zielvereinbarungen dazu beigetragen hat, die Kultur der öffentlichen Arbeitsvermittlung zu ändern, welche klar auf die Beschäftigung ausgerichtet ist, vermochte es die regionalen Unterschiede in den Ergebnissen vermutlich nicht zu reduzieren. Eine weitere Erklärung liegt in einem Grundsatz, der in diesem grossen und dünn besiedelten Land für Dienstleistungen gilt: Demnach haben alle Norwegerinnen und Norweger – unabhängig davon, ob diese in einer Stadt oder in einer abgeschiedenen Gemeinde auf dem Land leben – den gleichen Zugang zu sämtlichen Leistungen. Dieses Prinzip dürfte zudem ein Hindernis für eine stärkere Kontrolle der angemessenen Umsetzung der Politik auf regionaler und lokaler Ebene darstellen.

Die NIA arbeitet hingegen immer noch weitgehend als «Leistungsbehörde»; für sie ist eine staatliche Aufsicht zur Vereinheitlichung der regionalen Ergebnisse kein zentrales Thema. Da die öffentliche Arbeitsvermittlung nun voll für die Wiedereingliederung von Personen mit Behinderungen zuständig ist, unterscheidet sich die Managementkultur der NIA sogar noch stärker von derjenigen der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Hier liegt denn auch eine der grössten Herausforderungen für die laufende Zusammenlegung der beiden Institutionen.

In Polen scheint eine bessere Verwaltungsführung der regionalen Sozialversicherungsbehörden und der lokalen Arbeitsämter mittels eines Managements durch Zielvereinbarungen kein prioritäres Anliegen darzustellen. Die Situation präsentiert sich zudem komplexer als in Norwegen und in der Schweiz, da das Land daneben noch mit anderen führungsspezifischen Fragen konfrontiert ist. Mit der Verwaltungsreform in den 1990er-Jahren wurde die Zuständigkeit für die Aufsicht und Kontrolle von Fragen in Zusammenhang mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen an die regionale Regierungsebene (*Woiwodschaft*) übertragen. Dazu gehört auch die Aufsicht über die lokalen Behörden, welche den Invaliditätsgrad einer Person abklären oder einem Betrieb den Status einer geschützten Werkstätte einräumen, sowie die Beaufsichtigung der lokalen Arbeitsämter. Mit dieser Verwaltungsreform wollte man unter anderem die Einhaltung der Vorschriften verbessern. Im polnischen System ist vorgesehen, dass die Finanzierung, Beaufsichtigung und Umsetzung der Politik nun auf drei verschiedenen Ebenen stattfindet – national, regional and lokal. Damit daraus ein effizientes System entsteht, braucht es eine enge Zusammenarbeit der Behörden.

Der staatliche Fonds PFRON, der die Einkünfte aus der Beschäftigungsquotenregelung verwaltet, hat ebenfalls eine Aufsichtsfunktion inne. Arbeitgeber, welche Lohnkostenzuschüsse für einen Angestellten erhalten, müssen dem Fonds PFRON Bericht erstatten über Aktivitäten, die ihre gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitnehmenden betreffen. Dies gilt für Arbeitgebende im offenen Arbeitsmarkt, welche die Zuschüsse seit 2004 erhalten können, wie auch für geschützte Werkstätten. Die Kontrollmöglichkeiten der Fondsverwaltung sind indes beschränkt und werden selten angewendet. Deshalb wird in den Medien wiederholt darüber berichtet, dass einige geschützte Werkstätten Missbrauch mit den Lohnkostenzuschüssen betreiben. Überdies werden grosse Teile der PFRON-Mittel



direkt an die lokalen Regierungsbehörden überwiesen und die Fondsverwaltung hat wenig oder keine Kontrolle über die Verwendung dieser Mittel. Und auch der Fonds PFRON selber, eine auf paralleler Ebene mit den Regionalbehörden tätige nationale Institution, wird wenig kontrolliert.

#### **5.1.4 Zusammenfassung und Fazit**

In allen drei Ländern stimmen die Finanzierungsstrukturen nicht wirklich mit den Entscheidungsstrukturen überein. In der Regel wird die Invaliditätspolitik zentral finanziert, während Entscheidungen über die Auszahlung von Leistungen oder die Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen auf lokaler Ebene getroffen werden. Regionale Unterschiede bei den Ergebnissen können ein Hinweis auf den individuellen Ermessensspielraum der regionalen Sachbearbeiter im Entscheidungsprozess sein. Dies würde das Argument der «fehlenden Anreize für Entscheidungsträger» wenigstens teilweise stützen.

Es gibt zwei Möglichkeiten zur Verbesserung der Situation. Erstens könnten die Finanzierungsmechanismen angepasst werden, damit diese die Entscheidungsstruktur widerspiegeln und dadurch die Folgen von schlechtem Fallmanagement und einem allzu grosszügigen Umgang mit Leistungen auf lokaler oder regionaler Ebene direkt spürbar werden. Dies würde eine umfassende Änderung der Finanzierungsstrukturen erforderlich machen, da ein grosser Teil der öffentlichen Ausgaben für die Invaliditätspolitik aus Sozialversicherungsbeiträgen stammt. Daher sollte nach alternativen Mitteln und Wegen gesucht werden, um die Verwaltungsführung von regionalen und lokalen Akteuren durch eine bessere Aufsicht und Kontrolle der Landesregierung, der nationalen Sozialversicherungsbehörde und der nationalen öffentlichen Arbeitsvermittlung zu verbessern. Dies könnte dazu beitragen, regionale Abweichungen in den Ergebnissen, die durch eine unterschiedliche Umsetzung der verfolgten Politik bedingt sind, zu verringern. Dieser Prozess ist in der Schweiz im Gang, während Polen das Problem noch nicht in Angriff genommen hat.

## **5.2 Sind Invaliditätsleistungen die letzte Lösung?**

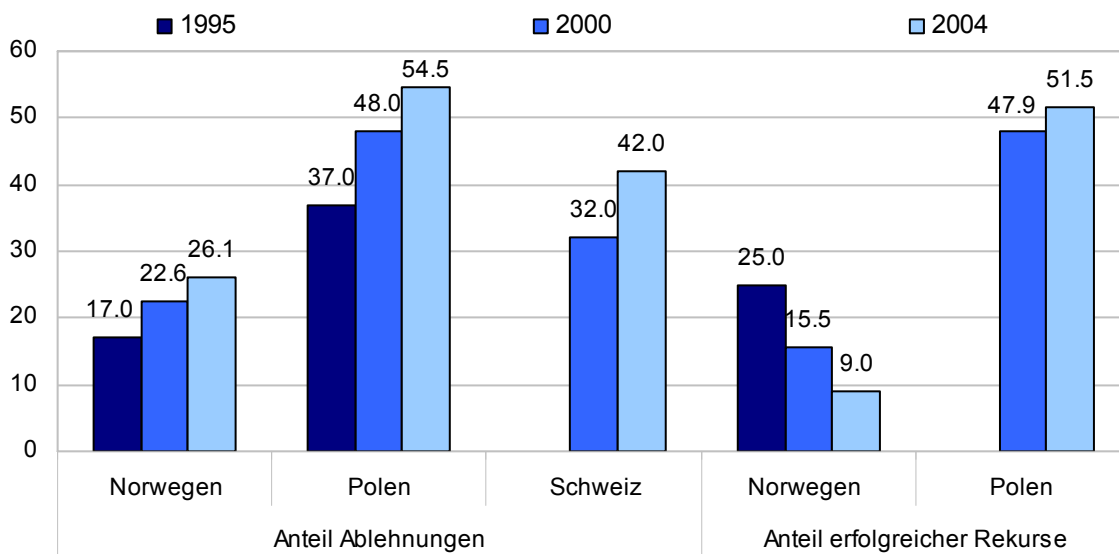
Fehlende Anreize sowie Mängel in der Verwaltungsführung bei den leistungserbringenden Institutionen können zu regionalen Unterschieden in der Gewährung von Invaliditätsleistungen führen und darüber hinaus auch bewirken, dass zwischen den Leistungssystemen hin und her gewechselt wird (d.h. eine Leistung wird durch die eines anderen Systems ersetzt). Dadurch entsteht eine Art Drehtüreffekt. Werden beispielsweise Änderungen in einem System nicht mit anderen Systemen koordiniert, so kann die erwartete Wirkung durch die Entwicklung in diesen anderen Systemen teilweise oder gar vollständig aufgehoben werden. In diesem Abschnitt werden solche Substitutions- oder Drehtüreffekte aufgezeigt. Und es wird die Frage der Koordination unter sowie der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Systemen behandelt.

### **5.2.1 Auswirkung der Ablehnung von Invaliditätsleistungsanträgen**

Die Ablehnung der Anträge auf Invaliditätsleistungen von antragstellenden Personen, welche die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllen, können ein Grund dafür sein, weshalb sich die Zahl der Invaliditätsneuzugänge von Land zu Land erheblich unterscheidet. Länder mit einer niedrigen Neueintrittsrate haben offenbar eine hohe Ablehnungsquote und umgekehrt. Dies gilt auch für die drei untersuchten Länder. Norwegen hat die niedrigste Ablehnungsquote, aber den stärksten Zustrom

von Personen, die Invaliditätsleistungen beziehen; dagegen hat Polen die höchste Ablehnungsquote und die niedrigste invaliditätsbezogene Neueintrittsrates (Abbildung 5.1). In allen drei Ländern werden Rentenanträge zunehmend abgelehnt, was zum Teil Polens Erfolg bei der Reduktion der Leistungsneuzugänge und die relativ stabilen Zugangsrates in der Schweiz erklärt. In Norwegen hätte sich die Situation in den letzten Jahren weiter verschlechtert, wäre die Ablehnungsquote nicht gestiegen.

**Grafik 5.1. Die Anträge auf Invaliditätsleistungen werden zunehmend abgelehnt und Rekurse haben weniger Erfolg**



Abgelehnte Fälle in Prozent der Anträge und erfolgreiche Rekurse im Verhältnis zu den Ablehnungen, 1995, 2000 und 2004<sup>a</sup>

a) Für die Schweiz beziehen sich die Zahlen auf die Jahre 2003 und 2005 anstatt 2000 und 2004.

Quelle: Für Norwegen staatliches Steuerbudget 2004 und 2005, Ministerium für Arbeit und Soziales; für Polen die nationale Sozialversicherungsanstalt für den ausserlandwirtschaftlichen Bereich (ZUS); und für die Schweiz die schweizerische Invalidenversicherung (IV).

Um die Bedeutung der Ablehnungsquoten zu eruieren, müssen diese mit dem Anteil erfolgreicher Rekurse verglichen werden. Im Jahr 2004 erreichte deren Anteil in Polen 51% und war damit fünfmal höher als in Norwegen.<sup>48</sup> Korrigiert man die Zunahme der Invaliditätsleistungsempfänger um die Ablehnungsquoten und den Anteil erfolgreicher Rekurse, so zeigt sich, dass im Jahr 2004 in Norwegen 14 von 1 000 Personen im erwerbsfähigen Alter Invaliditätsleistungen beantragt haben. In Polen und in der Schweiz lag das entsprechende Verhältnis bei 5.6 bzw. 7.6 von 1 000.<sup>49</sup> Diese Zahlen sollten den entsprechenden Neueintrittsrates in der Invaliditätsversicherung gegenübergestellt werden: so erhielten in Norwegen 10.7 von 1 000 Personen im erwerbsfähigen Alter eine Leistung zugesprochen, in Polen 4.1 und in der Schweiz 5.2.

48. Werden die Ausgaben für die obligatorischen Invalidenvorsorgen der zweiten Säule, die vollständig über Beiträge finanziert werden, mit eingeschlossen, reduziert dies die gesamte Finanzlast der Kantone zusätzlich.

49. Die Daten für Polen beziehen sich lediglich auf das ZUS-System. Im KRUS-System ist die Zahl der Invaliditätsneueintrittsrates doppelt so hoch als im ZUS-System, doch lediglich 3% der Entscheide werden angefochten.

Idealerweise sollte die Zahl der Invaliditätsneuzugänge niedrig sein und die Ablehnungsquote von Leistungsanträgen sowie die Anzahl Rekurse annähernd Null betragen. Berücksichtigt man die erfolgreichen Rekurse sowie die Ablehnungen, so zeigt sich, dass ein Viertel aller antragstellenden Personen in Norwegen und Polen und fast ein Drittel in der Schweiz schliesslich Leistungen erhalten. Die meisten der antragstellenden Personen werden, wenn sie den ablehnenden Entscheid erhalten, sehr wahrscheinlich ihre Stelle bereits verloren haben. Sofern sie keine neue Stelle finden, werden sie vermutlich in ein anderes System wechseln, entweder zur Arbeitslosenversicherung, zu Rehabilitationsprogrammen oder zur Sozialhilfe und schliesslich vermutlich bei einer Invaliditätsleistung enden.

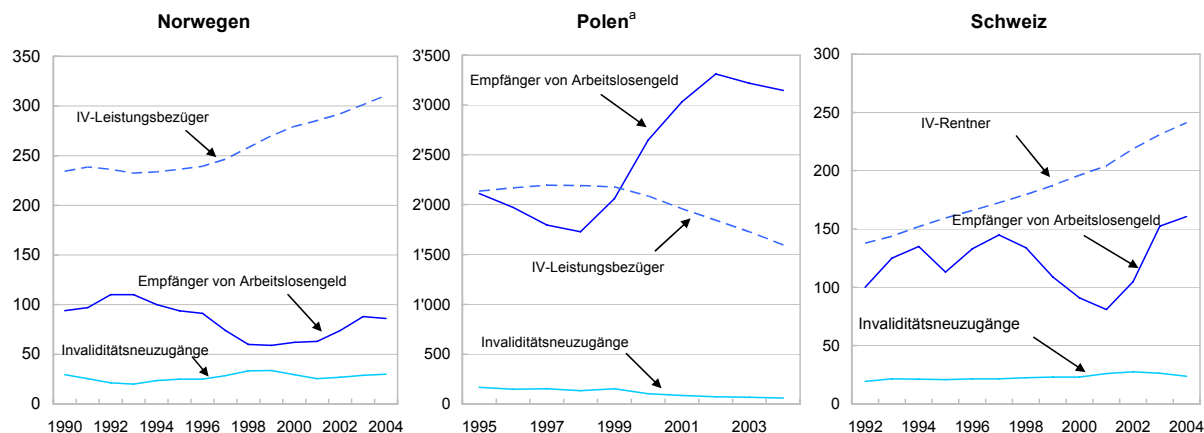
Hohe Ablehnungsquoten, besonders in Kombination mit einer hohen Zahl von Rekursen, können auch auf ein allzu strenges oder komplexes Abklärungsverfahren hindeuten. Andererseits könnten niedrige Ablehnungsquoten in Verbindung mit hohen Neueintrittsraten ein Hinweis für ein lockeres Abklärungsverfahren darstellen. Dies könnte womöglich die Situation in Norwegen erklären (besonders bei älteren Menschen) und mit ein Grund dafür sein, weshalb dort insgesamt doppelt so viele Menschen einen Leistungsantrag stellen als in Polen und in der Schweiz.

### **5.2.2 Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Invaliditätsleistungen**

Vermehrte Leistungsneuzugänge in Invaliditätssysteme können auch durch die Einführung strengerer Vorschriften für Arbeitslose ausgelöst werden, etwa durch eine genauere Abklärung der Arbeitsfähigkeit und straffere Auflagen bezüglich der regionalen und beruflichen Mobilität in der Arbeitslosenversicherung und im Sozialhilfewesen. Das Gegenteil kann aber ebenfalls eintreten; eine Verschärfung der medizinischen und beruflichen Abklärung für die Gewährung von Invaliditätsleistungen kann die Zahl der Personen erhöhen, die Arbeitslosenunterstützung oder Sozialhilfe beantragen.

Grafik 5.2 verdeutlicht, wie sich das Verhältnis zwischen Arbeitslosen- und Invaliditätsleistungssystem in den vergangenen 10-15 Jahren in den drei Ländern entwickelt hat. Nach den Ergebnissen zu urteilen, scheint die Verbindung zwischen den beiden Systemen in Polen ziemlich eng, in Norwegen hingegen etwas lockerer zu sein, wohingegen in der Schweiz eine solche Verbindung völlig fehlt. In Norwegen und Polen wird ein Rückgang der Neuzugänge in einem der beiden Leistungssysteme tendenziell (zumindest teilweise) durch eine Zunahme im anderen Leistungssystem kompensiert. Dies war besonders in Polen nach 1999 der Fall, als die Reform des Invaliditätssystems in Kraft trat. Bis 2001 konnte diese Verbindung auch in Norwegen beobachtet werden.

**Grafik 5.2. Zusammenhang zwischen Arbeitslosen- und Invaliditätsleistungssystemen, 1990-2004**



Personen, die Arbeitslosengeld und Invaliditätsleistungen beziehen, und Invaliditätsneuzugänge, in 1000

a) Die Invaliditätsleistungen beziehen sich auf die ZUS-Leistungen.

Quelle: Landesversicherungsverwaltungen: Norwegen (NIA), Polen (ZUS) und Schweiz (IV).

Wenn Leute tatsächlich dazu tendieren, statt Arbeitslosenunterstützung Invaliditätsleistungen in Anspruch zu nehmen, dann wäre zu erwarten, dass in Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit auch der Anteil von Invaliditätsleistungsempfängern höher ist. Diese Annahme wird durch die Daten jedoch nur teilweise bestätigt. In der Schweiz und Norwegen (ohne die Provinz Oslo) werden in Regionen mit einem höheren Anteil von Personen, die Invaliditätsleistungen beziehen, tendenziell höhere Arbeitslosenquoten verzeichnet. Für Polen lässt sich jedoch auf regionaler Ebene kein systematischer Zusammenhang zwischen Invalidität und Arbeitslosigkeit feststellen, was frühere Erkenntnisse von Hoopengardner bestätigt (2001)

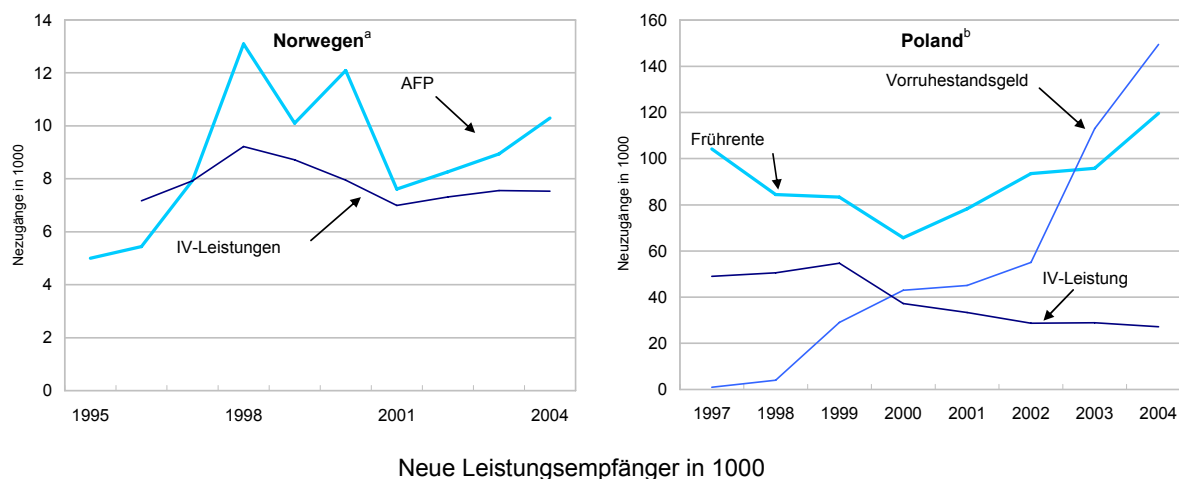
### 5.2.3 Zusammenhang zwischen Frühpensionierung und Invaliditätsleistungen

Es gibt Anzeichen dafür, dass zumindest ein Teil von Polens Erfolg bei der Verringerung der Invaliditätsneuzugänge, die im Anschluss an die Systemreform im Jahr 1999 zu verzeichnen war, der starken Inanspruchnahme von Frührenten und Vorruhestandsgeldern zu verdanken ist. Um dieses Argument genauer zu prüfen, wird bei den Altersgruppen, für die eine Frühpensionierung in Frage kommt, die Anzahl Frührentner mit den Invaliditätsneuzugängen verglichen, und zwar nur in den beiden Ländern Norwegen und Polen, da die Schweiz über keine offizielle Frühpensionierungsregelung verfügt.

In Polen scheint, nachdem der Zugang zu Invaliditätsleistungen im Jahr 1999 eingeschränkt wurde, ein sehr enger Zusammenhang zwischen diesen beiden Leistungsarten zu bestehen, (Grafik 5.3). Dies geht daraus hervor, dass sich die Invaliditätsneuzugänge in der Altersgruppe der 50-64-Jährigen nach dieser Reform verringert haben, gleichzeitig aber bei den Frührenten und den Vorruhestandsgeldern ein starker Anstieg der Antragsteller verzeichnet wurde. Falls dieser Effekt in Polen auch in die umgekehrte Richtung funktioniert, was ziemlich naheliegend ist, so wird jede mögliche Wirkung, die eine Aufhebung oder Einschränkung der Möglichkeit zur Frühpensionierung hätte (was demnächst erfolgen soll), durch die starke Inanspruchnahme von Invaliditätsleistungen von

älteren Menschen, für die derzeit eine Frühpensionierung in Frage kommt, erheblich abgeschwächt werden.

**Grafik 5.3. Neuzugänge bei den Frührenten und Invaliditätsleistungen in Norwegen und in Polen, 1995-2004**



AFP: Norwegens tarifvertragliches Frührentensystem

- a) Neue Invaliditätsleistungsempfänger in der Altersgruppe 60-66.
- b) Neue Invaliditätsleistungsempfänger in der Altersgruppe 50-64. Frührenten beziehen sich auf ZUS-Leistung, welche auslaufen werden, da ab 2008 die Rentenreform von 1999 gelten wird. Nicht zu den pauschalen Frührenten (ähnlich den Arbeitslosengeldern, obschon sie seit 2005 von der ZUS ausbezahlt werden) gehören die Vorruhestandsgelder, welche 2002 abgeschafft wurden.

Quelle: Norwegen: Landesversicherungsverwaltung (NIA) und Statistisches Amt; Polen: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005) und die nationale Versicherungsanstalt für den ausserlandwirtschaftlichen Bereich (ZUS).

In Norwegen ist dieser Zusammenhang weniger deutlich erkennbar, was vermuten lässt, dass die zunehmende Inanspruchnahme von Frührenten (AFP) sich – im Gegensatz zu Polen – nicht wie erwartet auf die Invaliditätsneuzugänge von Erwerbstätigen von 60-66 Jahren ausgewirkt hat. Allenfalls scheint es die Inanspruchnahme von Invaliditätsleistungen bei älteren Erwerbstätigen zusätzlich begünstigt zu haben.

### 5.2.4 Zusammenfassung und Fazit

Um Drehtüreffekte zu vermeiden, wobei viele Menschen letztlich bei der Invaliditätsversicherung landen, sollten sich die Sozialversicherungseinrichtungen in allen drei Ländern bemühen, die weitere Berufslaufbahn und die Entwicklung des Gesundheitszustands von abgewiesenen Antragstellenden genau zu beobachten. Dies wird derzeit nicht getan; die leistungserbringenden Einrichtungen wissen nicht einmal, ob die betreffenden Personen zum zweiten oder dritten Mal einen Leistungsantrag stellen. Eine genaue Kontrolle dieser Fälle bedeutet auch, dass man den abgewiesenen Antragstellenden die nötige Unterstützung gewährt, da diese beispielsweise häufig nicht an beruflichen Rehabilitations- und Ausbildungsprogrammen teilnehmen können. Zudem wäre es wichtig, besser zu verstehen, weshalb die betreffenden Personen Invaliditätsleistungen beantragt haben und weshalb sie wiederholt einen erneuten Antrag stellen.

Polen hat die Zahl der Invaliditätsneuzugänge markant verringert und verdient für diesen Erfolg Lob. Es müssen jedoch noch zusätzliche Anstrengungen unternommen werden, um die bestehenden Substitutionseffekte zwischen der Invaliditätsversicherung und anderen Leistungssystemen zu verhindern. Derzeit scheint eine enge Wechselwirkung zwischen Invaliditätsleistungen auf der einen und Arbeitslosenunterstützung und Frührenten auf der anderen Seite zu bestehen. Auch in Norwegen machen sich solche Substitutionsprobleme bemerkbar; in der Schweiz wie auch in Norwegen lässt sich unter den Regionen ein enger Zusammenhang zwischen Invaliditätsleistungen und Arbeitslosengeldern erkennen.

### **5.3 Bessere institutionelle Zusammenarbeit**

Es braucht eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen und unter den verschiedenen Behördenebenen, um den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu fördern und um zu vermeiden, dass die betreffenden Personen von einem Leistungssystem zu einem anderen wechseln. In diesem Abschnitt werden die in jüngster Zeit unternommenen Anstrengungen in den drei Ländern beleuchtet; gleichzeitig werden aber auch die weiterhin bestehenden Probleme angesprochen. Zunächst wird der Frage nachgegangen, wie die Invaliditätsversicherung mit den öffentlichen Arbeitsvermittlungsstellen und den lokalen Sozialhilfeämtern zusammenarbeitet, um Drehtüreffekte zu vermeiden. Zweitens wird das Thema der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen behandelt, die für Fragen im Zusammenhang mit der Gesundheit zuständig sind. Schliesslich wird die Frage erörtert, wie die Invaliditätspolitik an umfassende Reformen der Altersversicherung angepasst werden könnte.

#### **5.3.1 Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen der Invaliditätsversicherung, der öffentlichen Arbeitsvermittlung und den lokalen Sozialhilfeämtern**

Im gesamten OECD-Raum lässt sich das Phänomen beobachten, dass die lokalen Stellen der öffentlichen Arbeitsvermittlung versuchen, die Fälle von schwer eingliederbaren Arbeitslosen mit gesundheitlichen Problemen abzustossen, indem sie diese auf andere Institutionen abwälzen. Ebenso versuchen örtliche Sozialhilfeämter in zahlreichen OECD-Ländern, auch in den drei in diesem Bericht untersuchten Ländern, Menschen mit Behinderungen bei den nationalen Invaliditätsleistungssystemen unterzubringen. Dabei helfen sie den betreffenden Personen häufig, solche Leistungen zu beantragen. Für die Angestellten der lokalen Stellen gibt es zweierlei Gründe, weshalb sie versuchen, gewisse Fälle abzustossen. Erstens sind die finanziellen Gründe zu nennen: Je mehr Personen an andere Stellen weiterverwiesen werden, desto niedriger sind die Kosten. Dieses Argument gilt vor allem, wenn die Zuständigkeit an eine andere Behörde übertragen wird. Zweitens gibt es dafür operative Gründe: Werden die am schwierigsten zu integrierenden Fälle an andere Stellen weiterverwiesen, so bleiben nur noch jene, die leichter einzugliedern sind, was die Erfolgsquoten und damit die Leistung des den Fall bearbeitenden Angestellten sowie des örtlichen zuständigen Amtes verbessert.

Die Invaliditätsversicherung hat bei diesem Drehtüreffekt eine schwache Stellung. In vielen OECD-Ländern, darunter auch in Norwegen und der Schweiz und bis vor kurzem auch in Polen, entwickelt sich die Invaliditätsleistungen mehr und mehr zu einer Art letztes Unterstützungsmittel für jene Menschen im erwerbsfähigen Alter, die im Arbeitsmarkt keinen Platz finden, aber keinen Anspruch auf erwerbsabhängige Arbeitslosenunterstützung und Sozialhilfe haben. Für diese Situation gibt es zwei

– miteinander verknüpfte – politische Lösungen. Die eine Lösung besteht darin, das Invaliditätsleistungssystem in ein Beschäftigungsförderungsprogramm («*employment support programme*») umzuwandeln, weitgehend analog zu einem Arbeitslosenentschädigungssystem, aber mit einer starken Ausrichtung auf Aktivierungsmassnahmen. Alle drei untersuchten Länder haben Schritte in diese Richtung unternommen (Kapitel 6). Die andere Lösung, welche idealerweise die erste ergänzt, bestünde in der erheblichen Verbesserung der Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Institutionen.

In dieser Hinsicht hat Norwegen umfangreiche Änderungen eingeführt, die ein erhebliches Potenzial bieten. Ende 2002 schlug die Regierung in einer dem Parlament unterbreiteten Gesetzesvorlage vor, die öffentliche Arbeitsvermittlung (PES) mit der Landesversicherungsverwaltung (NIA) zu einer neuen zentralen Regierungsstelle zu vereinigen und auf lokaler Ebene eine neue Arbeits- und Sozialhilfverwaltung (EWA) einzurichten. Im Jahr 2006 nahm das Parlament die Gesetzesvorlage an. So sollen die lokalen EWA-Ämter in den Jahren 2006-2009 schrittweise eingerichtet werden. Diese zentralen Anlaufstellen werden sämtliche Beschäftigungs- und Versicherungsdienstleistungen der beiden Organisationen anbieten und eng mit dem lokalen Sozialhilfeamt zusammenarbeiten. Ziel ist es, ein effizienteres Arbeitsvermittlungs- und Sozialhilfesystem zu entwickeln und einen kundenorientierten Service anzubieten. Derzeit müssen bei der Koordination von Dienstleistungen Schranken zwischen verschiedenen Verwaltungsstellen sowie Behördenebenen überwunden werden. Mit diesem Zusammenschluss lässt sich die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen, die derzeit von den öffentlichen Arbeitsvermittlungsstellen (für die Beschäftigung und die berufliche Wiedereingliederung) und der Landesversicherungsverwaltung NIA (für den Bezug von Leistungen) bedient werden, vermutlich verbessern.

Im Jahr 2005 wurden in mehreren Provinzen Norwegens 17 Pilotagenturen mit allen drei Einrichtungen unter einem Dach eröffnet. In dieser Versuchsphase funktionieren die Agenturen offenbar immer noch mehr wie ein Empfangsschalter mit drei verschiedenen Beamten, die nebeneinander sitzen und gestützt auf unterschiedliche Gesetzesgrundlagen sowie mit getrennten Informatik-Systemen arbeiten. Hinzu kommen noch unterschiedliche Führungsstile und Leistungskontrollkonzepte (Performance-Monitoring-Methoden), unterschiedliche Philosophien (die NIA-Ämter arbeiten als leistungserbringende Behörden und die Stellen der öffentlichen Arbeitsvermittlung als «Aktivierungsagenturen») und unterschiedliche Erwartungen seitens der Kundschaft. All diese Unterschiede unter einen Hut zu bringen, ist eine echte Herausforderung und wird eine straffe Führung und klare Richtlinien erfordern.

Heute finden sich Personen, welche die Dienste von mindestens zwei Stellen benötigen, häufig zwischen zwei Stühlen wieder. Dieser Personengruppe gilt das Hauptaugenmerk der Pilotagenturen; so sollen gemeinsame Instrumente für die Zusammenarbeit entwickelt werden (rund 8% aller Kunden benötigen die Dienste von allen drei Agenturen und 16% von mindestens zwei Agenturen). Mit der Schaffung einer Kooperationsplattform, auf der alle drei Stellen vereint sind, um eine gemeinsame Lösung mit dem Schwerpunkt auf die Beschäftigung zu finden, wurde bereits ein grosser Schritt nach vorne getan. Es ist nunmehr schwieriger, die Personen von einer Stelle zu anderen zu schicken, und auch das so genannte «Leistungsshopping» wurde erschwert.

Seit mehreren Jahren geht die Schweiz ebenfalls sehr aktiv gegen Drehtüreffekte vor und bemüht sich, die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Arbeitsvermittlungsstellen (Arbeitsämtern), den kantonalen IV-Stellen und den Sozialhilfeämtern in den Gemeinden zu verbes-

sern. Hinter dieser neuen Zusammenarbeit – allgemein als interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ bezeichnet – steckt die Idee, die einzelnen Akteure dazu zu ermuntern, ihre Tätigkeiten zu koordinieren, ihre Aktionen transparenter zu gestalten und mit anderen Einrichtungen Informationen auszutauschen. Die betreffenden Institutionen unterstützen diese Idee und halten die IIZ für nötig. Auch die Bundesregierung unterstützt diese Form der Zusammenarbeit und hat ein Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit veröffentlicht, das die bisher gemachten Erfahrungen zusammenfasst.

Die IIZ hat jedoch einen grossen Nachteil: Sie ist *freiwillig*. Es ist Sache jedes Kantons und jeder Gemeinde, zu entscheiden, ob und inwieweit die betreffenden Akteure sich an IIZ-Projekten beteiligen. Als Folge davon gibt es grosse kantonale Unterschiede in der Art und Weise, wie die IIZ eingerichtet wird. So sind in einigen Kantonen alle drei Partner beteiligt, in anderen hingegen beschränkt sich die Zusammenarbeit auf gewisse Aspekte. All diesen Projekten gemeinsam ist, dass der Schwerpunkt auf den gegenseitigen Austausch von Informationen und auf Möglichkeiten zur Regelung der Zusammenarbeit gelegt wird. Der Kanton Solothurn hat ein Modell für eine optimale IIZ entwickelt: Mitte 2005 wurde ein neues Gesetz erlassen, das vorsieht, in jeder Gemeinde eine zentrale Anlaufstelle und eine Case-Management-Stelle für den gesamten Kanton zu errichten. Letztere soll sich um Personen mit Mehrfachproblematiken kümmern, also um Fälle, für die normalerweise mehrere Einrichtungen zuständig wären. Der Vorteil dieses Gesetzes ist die gemeinsam vereinbarte und rechtlich verbindliche Kostenteilung zwischen den Gemeinden, der Arbeitslosenversicherung und der Invalidenversicherung, welche je einen Anteil von 40%, 40% und 20% an den Gesamtkosten der Zusammenarbeit übernehmen.

Eine weitere viel versprechende Initiative im Zusammenhang mit der neuen interinstitutionellen Zusammenarbeit ist das im Jahr 2006 lancierte Projekt IIZ-MAMAC. MAMAC ist das Kürzel für die medizinische und arbeitsmarktliche Beurteilung (Assesment) für das Case Management. Mit diesem Projekt soll die interinstitutionelle Zusammenarbeit durch folgende Massnahmen eingeführt werden: 1) die gemeinsame, für alle Einrichtungen verbindliche Beurteilung (Assesment) der Arbeitsfähigkeit einer Person; 2) gemeinsam vereinbarte Wiedereingliederungsmassnahmen; und 3) einer der drei Einrichtungen wird die Aufgabe übertragen, einen bestimmten Fall durch den gesamten Prozess zu bearbeiten. Zielgruppe dieses Projekts sind Personen, bei denen Unklarheit darüber besteht, ob sie krank sind, weil sie vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, oder ob sie nicht arbeiten, weil sie krank oder behindert sind. In diesem Stadium des Projektes ist die Teilnahme für die Kantone und Gemeinden noch völlig freiwillig, doch die Bundesregierung will das Projekt IIZ-MAMAC in den nächsten vier Jahren in allen Kantonen einführen.

In Polen werden keine landesweiten Anstrengungen unternommen, um die Zusammenarbeit zwischen Arbeitsämtern, Sozialversicherungsbehörde und kommunalen Sozialhilfestellen zu verbessern oder zentrale Anlaufstellen für Personen einzuführen, die Hilfe benötigen. Einige Gemeinden versuchen jedoch, die Zusammenarbeit auf Institutions- und Behördenebene zu verbessern. So wurden in der Stadt Warschau beispielsweise neue Sozialdienstzentren eingerichtet, welche Informationen und Kenntnisse vereinheitlichen und bündeln, um Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu helfen, sich im komplexen Unterstützungssystem zurechtzufinden.



### 5.3.2 Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Invaliditätsversicherung und anderen gesundheitsbezogene Einrichtungen

Darüber hinaus sollte in allen drei Ländern ebenfalls die Zusammenarbeit zwischen dem Invaliditätsversicherungssystem und anderen gesundheitsbezogenen Leistungssystemen oder Eingliederungsprogrammen verbessert werden. Die Integration von Kranken- und Invaliditätssystemen sowie von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsprogrammen wird in den Kapiteln 2 und 3 erörtert. Als Kernbotschaft geht aus der Analyse in diesen Kapiteln hervor, dass Verfahren und Abläufe enger miteinander verknüpft werden sollten, beispielsweise durch ähnliche Beurteilungsverfahren für chronische Krankheitsfälle und für Invaliditätsfälle und durch die einheitliche Festlegung von Zielen, etwa mit einer stärkeren Ausrichtung auf die berufliche und die medizinische Rehabilitation. In Polen scheinen «Krankheit» und «Invalidität» heute besser miteinander verbunden zu sein als in Norwegen und in der Schweiz. In politischen Kreisen wurde jedoch von einiger Seite kürzlich der Vorschlag gemacht, die Krankenversicherung von der Invaliditätsversicherung zu entkoppeln und die Krankenversicherung mit der Pflegeversicherung («*health care insurance*») zu verbinden oder zusammenzuführen. Dies wäre ganz klar ein Schritt in die falsche Richtung, da dadurch die Funktion des Leistungssystems bei Krankheit und die Kontrolle über dieses System geschwächt und folglich der Wechsel von der Krankheit zur Invalidität unnötigerweise erleichtert würde. Gewiss, Krankheit und Gesundheitspflege sind in zahlreichen OECD-Ländern in einem System vereint, aber Polen sollte diesem Beispiel nicht folgen. In dieser Hinsicht könnten die betreffenden Länder im Gegenteil von Polen lernen.

Die Schweiz ist aufgrund der starken Rolle von privaten Versicherern im gesamten System der sozialen Sicherheit mit zusätzlichen Problemen konfrontiert, weshalb diese Akteure ebenfalls berücksichtigt werden müssen. In jüngster Zeit hat man in der Schweiz eine ganze Reihe von Bemühungen unternommen, um die Zusammenarbeit zwischen der Invalidenversicherung und den betreffenden Versicherern, die üblicherweise in einem früheren Stadium beteiligt sind (Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer und Vorsorgeeinrichtungen, die Invaliditätsleistungen gewähren) zu verbessern. Diese Art von interinstitutioneller Zusammenarbeit wird als IIZ PLUS (Erweiterte Interinstitutionelle Zusammenarbeit) bezeichnet. Besonders wichtig ist IIZ PLUS für die angestrebte Früherfassung von Personen, die infolge Krankheit beurlaubt sind und Unterstützung in Form von Berufsberatung und Arbeitsvermittlung oder andere Integrationsmassnahmen benötigen könnten – den Schlüsselzielen der 5. Revision der schweizerischen Invalidenversicherung. Wie bei den IIZ-Initiativen fehlen jedoch rechtlich verbindliche Massnahmen zur Förderung von IIZ PLUS. Stattdessen wird die Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis gefördert und zur Unterstützung werden Good-Practice-Handbücher ausgearbeitet.

Das vom BSV zusammen mit Vertretern der Privatversicherer erarbeitete Handbuch zur Zusammenarbeit zwischen der Invalidenversicherung und den Krankentaggeldversicherern ist ein gutes Beispiel. In diesem Handbuch wird vorgeschlagen, dass die Krankentaggeldversicherer in Zusammenarbeit mit den IV-Stellen die Leistungsempfänger in vier Kategorien einteilen: 1) Bagatell-Fälle: unproblematische Fälle, für die keine Intervention seitens der Invaliditätsversicherung erforderlich ist; 2) Fälle mit guter Prognose («*Normal-care-Fall*»), bei denen eine enge Zusammenarbeit zwischen den beiden Parteien von Vorteil wäre, wobei die IV-Stellen innert drei bis acht Monaten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit Informationen über die Wiedereingliederungsbedürfnisse liefern sollten; 3) komplexe Fälle («*Best-care-Fall*»), bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Wiedereingliederung

rung eher gering und eine Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung unerlässlich ist; und 4) Renten-Fälle, bei denen eine IV-Rente unausweichlich ist und nach acht Monaten Krankheitsabwesenheit eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt. Dieses Verfahren wird durch eine Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen der für die Invalidenversicherung zuständigen nationalen Behörde (Bundesamt für Sozialversicherungen) und den privaten Krankentaggeldversicherern eingeführt. Die Vereinbarung ist für das BSV verbindlich, für die Krankentaggeldversicherer hingegen freiwillig; haben diese jedoch den Vertrag unterzeichnet, so sind sie verpflichtet, sich an die Grundsätze zu halten. Um die Zusammenarbeit zu erleichtern, werden Standardformulare erarbeitet und von den Krankentaggeldversicherern wird erwartet, dass sie standardisierte medizinische Dokumente liefern, welche Angaben über kranke Angestellte und deren Beschäftigungssituation enthalten. Auch hier werden Transparenz und der Informationsaustausch in einem frühen Stadium als Schlüssel zum Erfolg angesehen.

Die Zusammenarbeit der Invalidenversicherung mit den Unfallversicherungen sowie mit der SUVA (dem grössten Unfallversicherer in der Schweiz) steht ebenfalls im Vordergrund. Derzeit erfolgt diese Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis. In einigen kantonalen IV-Stellen, die eng mit den örtlichen SUVA-Agenturen zusammenarbeiten, gibt es mehrere Beispiele für eine gute Zusammenarbeit: So zum Beispiel ein zeitlich befristeter Personalaustausch und die regelmässige automatische Weitergabe von Informationen – all dies soll sicherstellen, dass die Invalidenversicherung möglichst frühzeitig über schwierige Fälle in Kenntnis gesetzt wird.

### **5.3.3 Verbesserung der Koordination von Invaliditätsleistungen und Altersrenten**

Ein dritter Aspekt im Zusammenhang mit der strategischen Koordination und Kohärenz ist die Anpassung des Invaliditätsleistungssystems an vollzogene oder geplante Reformen der Altersversicherung. Dies stellt Polen, wo vor einigen Jahren das System der Altersversicherung umfassend erneuert wurde, vor eine grosse Herausforderung. In Norwegen wird gegenwärtig über eine weitreichende Rentenreform diskutiert, wohingegen die Schweiz viele Fehler der Rentenpolitik zahlreicher OECD-Länder vermieden hat. Unter dem Einfluss der starken Arbeitsethik, die das Land prägt, hat die schweizerische Bevölkerung nie Erwartungen hinsichtlich einer Frühpensionierung entwickelt. Dieser Umstand hat dazu beigetragen, zu vermeiden, dass die Invalidenrente als Frühpensionierungsmöglichkeit genutzt wird.

In Norwegen präsentiert sich eine eher unübliche Situation. Obschon in der Bevölkerung von 60 und mehr Jahren lange Zeit ein recht hoher Anteil an Invaliditätsleistungsempfängern verzeichnet worden war, hat sich erst mit der Einführung eines tarifvertraglichen und öffentlich subventionierten Frührentensystems (AFP) im Jahr 1989 eine «Kultur der Frühpensionierung» entwickelt. Die Einführung dieser Regelung und deren schrittweise Erweiterung auf jüngere Altersgruppen haben aber den Druck auf das Invaliditätsleistungssystem nicht verringert: So ist der Anteil der Personen, die Invaliditätsleistungen beziehen, in der Altersgruppe von 60 und mehr Jahren nicht im Geringsten gesunken. Es bleibt abzuwarten, welchen Einfluss Änderungen in der Altersversicherung oder bei der Frühpensionierungsregelung auf das Invaliditätssystem haben. Da die älteren Arbeitnehmenden in Norwegen nun erwarten, dass sie früher in den Ruhestand treten können, könnten strengere Bestimmungen für die Frühpensionierung oder Kürzungen der Altersrente vor dem 67. Altersjahr den Druck auf das Invaliditätssystem erhöhen.

Mit diesem Problem wird man sich in der Invaliditätspolitik bald befassen müssen, da eine weit reichende Reform der norwegischen Altersversicherung bevorsteht.<sup>50</sup> Im Zuge dieser Reform wird man sowohl das Frührentensystem AFP wie auch das Invaliditätsleistungssystem anpassen müssen. Mitte 2005 wurde eine Kommission für das Invaliditätssystem eingesetzt, die eine mögliche Reform in diesem Bereich prüfen soll. Diese neue Kommission hat folgende Aufgaben: 1) Sie soll Massnahmen für die Anpassung der Ansprüche auf Invaliditätsleistungen vorschlagen, damit diese nicht die Arbeitsanreize im neuen Altersversicherungssystem zunichte machen oder diesen entgegenwirken; 2) zur Frage Stellung nehmen, ob das Invaliditätssystem weiterhin mit dem Altersversicherungssystem verknüpft bleiben oder von diesem getrennt und mit den befristeten Invaliditätsleistungen verbunden werden sollte; und 3) die Frage erörtern, wie die Altersrente für Personen berechnet werden soll, die eine Invaliditätsleistung bezogen haben. Die Kommission soll der Regierung im Frühjahr 2007 einen Bericht unterbreiten.

In Polen wurden hingegen bisher keine Anstrengungen unternommen, um das Invaliditätsleistungssystem anzupassen, obschon bereits 1999 eine umfassende Reform des Rentensystems eingeführt wurde.<sup>51</sup> Aufgrund der Übergangsbestimmungen für die Reform gilt für Personen über 57 Jahren im Jahr 2006 immer noch die alte polnische Rentenregelung. Dieses bedeutet wiederum, dass Anpassungen des Invaliditätssystems, das die Leistungsformel mit festen Leistungszusagen der vor der Reform gültigen Regelung verwendet, allmählich dringlich werden. Dies geht aus den Erläuterungen im vorhergehenden Abschnitt deutlich hervor, denn es hat sich gezeigt, dass der seit 1999 verzeichnete sehr rasche Rückgang der Invaliditätsneuzugänge mit einer ebenso raschen Zunahme der Vorruhestandsrenten einherging. Sobald die Arbeitnehmenden unter die Regelung der revidierten Altersversicherung fallen, wird der Druck auf die Invaliditätsversicherung zunehmen. Das gleichzeitige Auslaufen der Frühpensionierungsmöglichkeit wird diesen Druck weiter erhöhen.

#### **5.3.4 Zusammenfassung und Fazit**

Es braucht eine kohärentere Umsetzung der politischen Strategien und eine bessere Koordination und Zusammenarbeit unter den Institutionen, eine Notwendigkeit, mit der sich die Krankheits- und Invaliditätspolitik erst seit kurzem befasst. Die Entscheidungsträger stehen vor dem Dilemma, den Personen, die solche benötigen, angemessene Leistungen auszurichten, ohne die Arbeitsanreize für arbeitsfähige Personen zu verringern. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit soll eine wirkungsvollere und effizientere Verwendung der knappen öffentlichen Mittel gewährleisten und hat sich daher in Norwegen und in der Schweiz, jedoch weniger in Polen zu einem prioritären Thema entwickelt.

---

50. Über den Anteil erfolgreicher Beschwerden in der Schweiz sind keine Angaben verfügbar. Nach Schätzungen dürfte dieser Anteil dem OECD-Durchschnitt von 16% im Jahr 1999 entsprechen. Die durchschnittliche Ablehnungsquote lag im OECD-Raum im Jahr 1999 bei 39%; die Schweiz verzeichnete für das Jahr 2004 mit 38% einen ähnlich hohen Anteil (OECD, 2003a).

51. Ende 2004 veröffentlichte die norwegische Regierung ein Weissbuch, in dem eine Strategie für ein reformiertes Rentensystem mit einem flexiblen Rentenalter dargelegt wurde; dieses soll aus drei Elementen bestehen: 1) eine einkommensbezogene Rente, die in stärkerem Masse als heute vom Lebenseinkommen der betreffenden Person und der Arbeitsmarktbeteiligung; 2) eine angestrebte garantierte Mindestrente, welche steuerfinanziert ist und unter Berücksichtigung der Leistungen aus der revidierten einkommensbezogenen Rente festgelegt wird; und 3) eine obligatorische berufliche Vorsorge mit einem Festbeitragssystem (*«notional defined-contribution»*), ähnlich wie bei anderen fiktiven Einzelkontensystemen. Im Jahr 2005 wurde dieses neue System in seinen Grundzügen vom Parlament angenommen.

Die Schweiz setzt sich sehr aktiv für eine gute Verwaltungsführung und Steuerung der kantonalen IV-Stellen ein und unternimmt zudem auch grosse Anstrengungen, um die Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit der kantonalen Arbeitsvermittlung (RAV) und den örtlichen Sozialhilfestellen auf der einen Seite und mit den Kranken- und Unfallversicherern auf der anderen Seite zu verbessern. Angesichts der Administrativstruktur und der Schlüsselrolle der Privatversicherer ist diese Zusammenarbeit dringend nötig, wird aber schwer zu erreichen sein. Der grösste Nachteil der jüngst unternommenen Initiativen ist, dass diese für die beteiligten Akteure nicht verbindlich sind.

Norwegen setzt für eine bessere Zusammenarbeit auf einen gross angelegten Zusammenschluss seiner wichtigsten Institutionen, der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der Landesversicherungsverwaltung (NIA), in enger Zusammenarbeit mit den kommunalen Sozialhilfestellen. Es handelt sich dabei um ein langfristig angelegtes Projekt, das kaum rasche Erfolge bringen wird und das daher eine sehr strikte Führung erfordert, damit es erfolgreich eingeführt werden kann. Der Zusammenschluss könnte auch vermehrt explizit dazu genutzt werden, die Führung und Steuerung sowie die Kontrolle über diese Institutionen zu verbessern.

In Polen müssen eine gute Verwaltungsführung und kohärente politische Strategien ganz oben auf die politische Agenda gesetzt werden. Der jüngst verzeichnete starke Rückgang bei den Leistungsneuzugängen in das Invaliditätssystem verbirgt die Tatsache, dass es eine bessere Aufsicht über die in diesem Bereich tätigen Institutionen und eine bessere Zusammenarbeit der Sozialversicherungseinrichtungen mit anderen Institutionen braucht, besonders mit der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Zudem muss das Invaliditätsleistungssystem noch an die revidierte Altersversicherung angepasst werden, besonders angesichts der bevorstehenden Aufhebung der Frühpensionierungsregelung.

## 6 Beurteilung neuer und laufender Reformen

In Norwegen, Polen und der Schweiz ist die Krankheits- und Invaliditätspolitik an einem kritischen Punkt angelangt. In Norwegen wurde vor kurzem trotz ausbleibender Resultate eine Dreiervereinbarung zwischen der Regierung und den Sozialpartnern für eine integrative Arbeitswelt verlängert. In Polen bereitet die neue Regierung mehrere Reformentwürfe für diverse Belange vor. In der Schweiz zielt die bevorstehende umfassende Gesetzesrevision darauf ab, so früh wie möglich mit Personen in Kontakt zu treten, die in einem späteren Zeitpunkt Anspruch auf eine Invaliditätsleistung haben könnten. In den letzten zwanzig Jahren wurde der Schwerpunkt wie in den meisten anderen OECD-Ländern auch in Norwegen, Polen und der Schweiz verstärkt auf eine arbeitsorientierte Invaliditätspolitik gelegt. Reformen der Leistungssysteme wurden hingegen erst vor kurzem auf den Weg gebracht. Gemessen am OECD-Durchschnitt besitzen die drei Länder noch immer grosszügige und leicht zugängliche Krankheits- und Invaliditätssysteme.

In Norwegen, Polen und der Schweiz ist die Krankheits- und Invaliditätspolitik an einem kritischen Punkt angelangt. In Norwegen wurde die Dreiervereinbarung für mehr integrative Arbeitsplätze trotz der bisher dürftigen Ergebnisse um vier weitere Jahre verlängert (2006-2009). In der Schweiz laufen zurzeit die parlamentarischen Beratungen über den Entwurf der 5. Revision der Invalidenversicherung, deren Inkraftsetzung Mitte 2007 erwartet wird. Nach der Ablehnung der umfassenden, von der alten Regierung in die Wege geleiteten Reformpläne durch das Parlament bemüht sich die polnische Regierung zurzeit um eine Alternative. In diesem Kapitel werden die Kernelemente der neuen und laufenden Reformen in den drei Ländern zusammengefasst und evaluiert.

### 6.1 Norwegen: Dreiervereinbarung zum Erfolg bringen

1999 setzte die norwegische Regierung eine königliche Kommission ein, die zur Aufgabe hatte, Reformvorschläge für das Kranken- und Invaliditätsversicherungssystem auszuarbeiten. Der gegen Ende 2000 vorgelegte Kommissionsbericht enthielt Vorschläge für tief greifende Änderungen. Einige davon wurden bereits in den Folgejahren umgesetzt. Dazu gehörte auch die zeitlich befristete Invaliditätsleistung, die als Alternative zur Dauerleistung gedacht war. 2005, ein Jahr nach ihrer Einführung, wurde ein Drittel aller neuen Ansprüche auf zeitlich begrenzter Basis zuerkannt. Ein Grossteil der Kommissionsvorschläge traf bei den Sozialpartnern jedoch auf massiven Widerstand, insbesondere der geplante Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 20% während der gesamten Krankengeldperiode und die Leistungskürzung von 100% auf 80% des letzten Lohnes für die ersten 16 Krankheitstage. Nach dem Scheitern der jüngsten Initiativen wird man wohl kaum um eine Wiederaufnahme der Kommissionsvorschläge herkommen.

#### 6.1.1 Massnahmen zur Eindämmung von krankheitsbedingten Absenzen

Die norwegische Regierung entschied sich gegen eine Umsetzung der Kommissionsvorschläge. Sie schlug einen anderen, aus internationaler Sicht unkonventionellen Weg ein. Er bestand darin, Teile der Verantwortung für die Lösung der Probleme auf die Sozialpartner abzuwälzen. 2001 unterzeichneten die Regierung und die Sozialpartner eine Dreiervereinbarung (IA-Vereinbarung) für die Jahre 2001-2006, in der sie sich für eine engere Zusammenarbeit bei der Verstärkung aktiver Massnahmen am Arbeitsplatz verpflichteten. Ziel dieser Vereinbarung war die Eindämmung der Anzahl Abgänge aus dem Arbeitsmarkt und anschliessendem Übertritt in Invaliditäts- und Krankengeld- bzw.

Frühpensionierungssysteme. Der Vereinbarung liegt die Überzeugung zugrunde, dass am Arbeitsplatz der dringendste Handlungsbedarf besteht (Kasten 6.1).

Das Problem der zunehmenden krankheitsbedingten Absenzen wurde mit mehreren Massnahmen konkret angegangen, u.a. mit der obligatorischen Bereitstellung eines Betreuungsplans nach achtwöchiger Absenz des betroffenen Mitarbeitenden. Als wichtigstes Instrument erwies sich die Möglichkeit der Unternehmen, mit der Landesversicherungsbehörde (NIA) eine Kooperationsvereinbarung einzugehen. IA-Unternehmen, die mittlerweile 60% der Arbeitskräfte beschäftigen, profitieren von einer Reihe Sonderregelungen und können die Unterstützung der neu gegründeten NIA-Arbeitsplatzzentren in Anspruch nehmen. Die Zentren bieten umfassende Dienstleistungen mit massgeschneidertem Management und Unterstützung bei Organisationsfragen.

**Kasten 6.1. Die norwegische Dreiervereinbarung für mehr integrative Arbeitsplätze von 2001-2005**

Die Dreiervereinbarung verfolgt drei Hauptziele:

- Reduzierung krankheitsbedingter Absenzen um mindestens 20% bezogen auf das 2. Quartal 2001.
- Schaffung von Arbeitsplätzen für Arbeitnehmende mit Behinderungen.
- Anhebung des Rentenalters.

Die Hauptverantwortung für die Erfüllung der drei Ziele liegt bei den Sozialpartnern. Die Regierung spielt eine unterstützende Rolle, indem sie wirtschaftliche Anreize für Arbeitgebende schafft, die mit konkreten Bemühungen zur Erfüllung der Ziele beitragen. Arbeitgebende und Arbeitnehmende sollen am Arbeitsplatz eng zusammenarbeiten, um den Ursachen für die Absenzen und die Frühpensionierung auf den Grund zu gehen und geeignete Lösungen zu entwickeln.

Jedes Unternehmen hat die Möglichkeit, mit dem zuständigen Sozialversicherungssamt einen Vertrag abzuschliessen und als «Unternehmen mit integrativen Arbeitsplätzen» (IA-Unternehmen) anerkannt zu werden. IA-Unternehmen verfügen bei den neugegründeten lokalen NIA-Arbeitsplatzzentren über einen persönlichen Ansprechpartner, der sie bei der Ergreifung notwendiger Massnahmen und der Betreuung krankgeschriebener Mitarbeitenden unterstützt. Bei krankheitsbedingter oder gesundheitlich begründeter Arbeitsunfähigkeit eines Mitarbeitenden ist der Arbeitgebende dazu verpflichtet, der betroffenen Person in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden den Zugang zu Weiterbildungsmassnahmen im Hinblick auf die Eingliederung in einen neuen Arbeitsplatz innerhalb des Unternehmens zu ermöglichen.

Damit die notwendigen Massnahmen so schnell wie möglich getroffen werden können, sind die Arbeitnehmenden verpflichtet, ihren Arbeitgeber im Fall einer Krankschreibung über den Gesundheitszustand zu informieren. In einem gemeinsamen Gespräch sollen mögliche Änderungen bei den Arbeitsaufgaben, Weiterbildungsmöglichkeiten und andere Massnahmen, die der Erhaltung des Arbeitsplatzes dienen, diskutiert werden. Um Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden mehr Eigenverantwortung zu übertragen, sind in IA-Unternehmen Beschäftigte berechtigt, ihrer Arbeit über einen längeren Zeitraum und ohne ärztliches Zeugnis fernzubleiben.

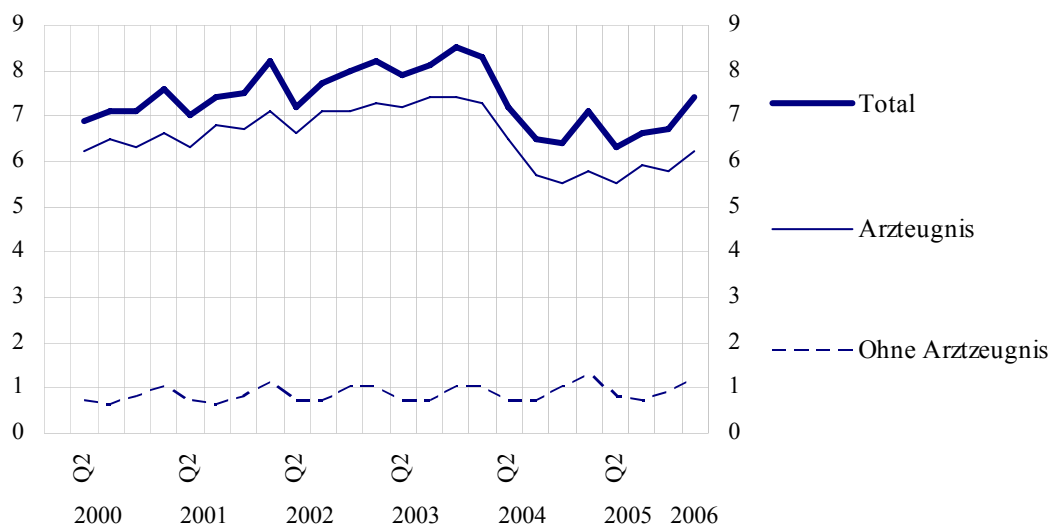
Die Halbzeitbewertung der Dreiervereinbarung von Ende 2003 fiel enttäuschend aus. Der seit Mitte der 1990er-Jahre anhaltende Anstieg krankheitsbedingter Absenzen setzte sich weiter fort. Obwohl Regierung und Sozialpartner für die Weiterführung der Vereinbarung stimmten, vor allem weil das IA-Konzept in den norwegischen Unternehmen inzwischen auf grosse Unterstützung stiess, traten Mitte 2004 restriktive Änderungen in der Krankengeldversicherung in Kraft. Krankgeschriebene Arbeitnehmende müssen sich innerhalb von acht Wochen von einem Hausarzt auf ihre Arbeitsunfähigkeit untersuchen lassen. Zudem setzen sich Ärzte, die sich nicht an die neuen, für ärztliche Zeugnisse geltenden Regeln halten, härteren Sanktionen aus.

Diese Änderungen führten zu einem deutlichen Rückgang der krankheitsbedingten Absenzen in der zweiten Hälfte des Jahres 2004 (Grafik 6.1). Im zweiten Quartal 2005 lag die Krankenstandsquote rund 10% unter dem Stand des Referenzquartals der IA-Vereinbarung (2. Quartal 2001). Somit war

bereits die Hälfte des angestrebten Rückgangs erreicht. Im letzten Jahr sind die Fehlzeiten aus Krankheitsgründen allerdings erneut gestiegen und haben Anfang 2006 sogar fast den Stand von Anfang 2001 erreicht. Im Vergleich zu vor 5 Jahren ist die Anzahl ärztlich bescheinigter Absenzen um 6% gesunken, Absenzen mit Selbstbescheinigung haben dagegen um 20% zugenommen. Darüber hinaus sind bei IA-Unternehmen und Unternehmen ohne NIA-Vereinbarung in Bezug auf die Absenkenzahlen kaum Unterschiede zu verzeichnen. Die branchenspezifischen Unterschiede sind ebenfalls relativ gering. Der grösste Rückgang wird bezeichnenderweise in Branchen gemeldet, in denen krankheitsbedingte Absenzen vorher am längsten waren. Wenn die Krankenstandsquote wieder auf den Stand der 1980er-Jahre und der frühen 1990er-Jahre fallen soll, muss sich die sinkende Tendenz allerdings weiter verstärken.

Mittelfristig könnten die IA-Übereinkommen mit den lokalen NIA-Zentren dazu beitragen, Änderungen beim Umgang mit krankheitsbedingten Absenzen in die Wege zu leiten. Die Arbeitgebenden werden ermutigt und angehalten, Gesundheitsprobleme mit den Arbeitnehmenden zu diskutieren und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Dabei werden die Manager von den Arbeitsplatzzentren kostenlos unterstützt. Der Gesamtaufwand für diese Zentren ist im Vergleich zu den potenziellen Einsparungen, die durch sie erzielt werden könnten, gering. 2004/2005 beliefen sich die direkten Kosten auf knapp 200 Mio. NOK, wobei 20% aus einer Umverteilung aus dem Fonds der öffentlichen Arbeitsvermittlung («*public employment service*», PES) stammen. Zum Vergleich: Ein einziger krankheitsbedingter Absenktag kostet die NIA 400 Mio. NOK. Demnach könnten die Mehrkosten der Arbeitsplatzzentren bereits mit einer Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten um einen halben Tag gedeckt werden.

**Grafik 6.1. Rückgang der krankheitsbedingten Absenzen im Jahr 2004, aber mit anschliessendem Aufwärtstrend**



Vollzeitäquivalenz für krankheitsbedingte Absenktage, vierteljährlich 2000-2006

Quelle: Statistisches Amt Norwegen in Zusammenarbeit mit der norwegischen Landesversicherungsverwaltung (NIA)

### **6.1.2 Ausweitung der IA-Vereinbarung**

Trotz des offensichtlichen Scheiterns der Dreiervereinbarung (krankheitsbedingte Absenzen sind fast ebenso hoch wie vor fünf Jahren; die Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen ist weiter zurückgegangen und das durchschnittliche Rentenalter ist gesunken) wurde im Dezember 2005 eine Folgevereinbarung für die Jahre 2006-2009 unterzeichnet. Künftig soll mehr Gewicht auf den Einbezug und die Integration von Personen *ausserhalb* des Arbeitsmarktes gelegt werden. Die Zielsetzungen dieser Folgevereinbarung sind allerdings enttäuschend oder stehen noch nicht fest. So wurde die bisher gescheiterte Reduzierung krankheitsbedingter Absenzen um 20% einfach auf Ende 2009 verschoben. Gleichzeitig erhofft man sich in diesem Zeitraum eine Erhöhung des durchschnittlichen Rentenalters um sechs Monate. Weitere Ziele sollen bis Ende 2006 festgelegt werden, wie die Reduktion der Ausgliederungen von erwerbstätigen Personen mit Behinderungen (d.h. Übertritte in die Inaktivität), die vermehrte Erwerbsintegration von Invaliditätsleistungsempfängern und die verstärkte Teilnahme von Personen mit Langzeitabsenzen infolge Krankheit an beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen. Ob sich die Vereinbarung zu einer richtungsweisenden Initiative entwickelt, hängt vor allem vom Erfolg dieser Zielsetzungen ab.

Die Resultate der IA-Vereinbarung werden zwei Mal jährlich analysiert. Dort, wo sie nicht den Erwartungen entsprechen, können Änderungen vorgenommen werden. Eine umfassende Beurteilung ist für 2009 geplant. Sollte sich die Umsetzung der Ziele als unmöglich erweisen, kann die Vereinbarung auch vorzeitig beendet werden. In der Folgevereinbarung wird indes betont, dass die Regierung während der Dauer der Vereinbarung weder für die Arbeitgeber- noch für die Arbeitnehmerseite Änderungen zur aktuellen Krankengeldregelung vorbringen wird, es sei denn, eine Änderung werde von allen Beteiligten gewünscht. In Anbetracht der bislang enttäuschenden Ergebnisse könnte ein solcher Stillstand ein grosses Hindernis sein. Einmal mehr hat die Regierung die Zuständigkeiten und die Verantwortung weitgehend auf die Sozialpartner abgewälzt, so dass ihr nur sehr begrenzte Möglichkeiten bleiben, die Ergebnisse zu beeinflussen.

## **6.2 Polen: Vorbereitung der nächsten umfassenden Reformschritte**

In Polen zielten die Reformpläne der letzten Jahre darauf ab, den Zugang zu Kranken- und Invaliditätsleistungen zu erschweren und gleichzeitig die medizinische und berufliche Rehabilitation stufenweise auszubauen. Letzteres zeigte bisher nur wenig Wirkung.

### **6.2.1 Erfolgreiche Erschwerung der Anspruchsvoraussetzungen**

Seit 1998 gelten strengere Vorschriften für die Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen und die Entscheidungen der Allgemeinärzte werden häufiger überprüft. Bis zum Jahr 2000 sind die krankheitsbedingte Fehlzeiten um ein Drittel zurückgegangen, seither sind sie konstant. Auch die Zahl der Leistungsneuzugänge in Invaliditätssysteme ist seit 1999 drastisch gesunken und die rückläufige Tendenz hält weiter an. Hauptgründe für diese einschneidenden Veränderungen sind vor allem die Einführung eines neuen Verfahrens zur Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und eine Verschärfung bei der Zusprache von Dauerleistungen. Es muss sich allerdings erst noch zeigen, ob es sich hier tatsächlich um einen nachhaltigen und dauerhaften Rückgang handelt. Im gleichen Zeitraum stieg nämlich die Zahl der Frühpensionierungen rapide an und auch die Arbeitslosenquote nahm zu.



Parallel zu den Änderungen im Invaliditätsversicherungssystem wurde 1997 die neue Invaliditätsbeurteilung für Landwirte durch KRUS (spezielles Versicherungssystem für Landwirte und deren Angehörige in Polen) eingeführt. Obwohl bei den Verfahren und Vorschriften für Landwirte keine entsprechenden Änderungen vorgenommen wurden, ging auch hier die Zahl der Invaliditätsneuzugänge zurück, allerdings in geringerem Mass als die Neuzugänge beim allgemeinen Invaliditätsversicherungssystem. Daraus lässt sich schliessen, dass diese Veränderungen auf ein Umdenken und eine Verhaltensänderung seitens der Allgemeinärzte sowie auf mehrere Verlagerungen zurückzuführen ist. So wird zum Beispiel der Anstieg an Sozialhilfeempfängern als direkte Konsequenz des erschwerten Zugangs im Invaliditätssystem gesehen. Das wiederum könnte bedeuten, dass der Rückwärtstrend bei den ZUS- und KRUS-Leistungsneuzugängen im Falle einer Abschaffung der Frührentierung in kürzester Zeit ins Gegenteil verkehrt.

Trotz des markanten Rückgangs der Invaliditätsneuzugänge ist die Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger und dementsprechend auch der Kostenaufwand noch immer sehr hoch. Die alte Regierung schlug deshalb vor, die Ansprüche von Dauerleistungsempfängern unter 50, bzw. 55 Jahren neu zu beurteilen. Dieser Vorschlag wurde im Rahmen einer umfassenden Reform der öffentlichen Ausgabenpolitik gemacht. Sie hatte zum Ziel, die öffentlichen Ausgaben durch neu geschaffene Arbeitsanreize zu senken. Die Reform wurde jedoch Ende 2004 vom Parlament abgelehnt und ein Grossteil der Empfehlungen entweder gar nicht oder nur teilweise umgesetzt. Zu den eingeführten Massnahmen gehörte u.a. die Senkung der Lohnersatzleistungen von 100% auf 80% des letzten Lohnes, bei Langzeitabsenzen infolge Krankheit von über drei Monaten. Die neue Regierung täte gut daran, einige der Vorschläge aus dem Jahr 2004 wieder aufzunehmen (Kasten 6.2).

### **6.2.2 Schrittweise Reform des Einstellungsförderungsprogramms**

Parallel zur Verschärfung der Kranken- und Invaliditätsleistungssysteme wurden zusätzliche Möglichkeiten zur Wiedereingliederung von Leistungsantragstellenden geschaffen. In einem ersten Schritt wurde den Rentenbehörden die Verantwortung für die medizinische Rehabilitation im Hinblick auf eine Herabsetzung von Häufigkeit und Dauer der Invaliditätsleistungen übertragen (ZUS seit 1995, KRUS seit 1997). In einem zweiten Schritt wurden berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen eingeführt (ZUS seit 1997, KRUS seit 2005). Diese zeigten allerdings keine grosse Wirkung: Nur 2% der Leistungsantragstellenden haben bisher eine so genannte Ausbildungsrente erhalten. Grund für diesen schwachen Anteil sind die strengen Anspruchsvoraussetzungen, die begrenzte Zahl der Plätze in den Umschulungsprogrammen und die Angst der Antragstellenden, langfristige Leistungsansprüche zu verlieren.

Obwohl der erschwerte Zugang zu Krankengeld und Invaliditätsleistungen die beabsichtigten Resultate brachte, konnte der Rückgang der Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen nicht gestoppt werden. Die Fortsetzung einer Politik, welche die Schaffung von sozialen Arbeitsplätzen ausserhalb des freien Arbeitsmarktes mit grosszügigen Lohnkostenzuschüssen und Steuererleichterungen für geschützte Werkstätten in den Vordergrund stellte, hat die Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen dem freien Arbeitsmarkt nicht näher gebracht. Bisher profitierten vor allem die Arbeitgebenden von den Zuschüssen, denn sie ermöglichten es ihnen, billige Arbeitskräfte mit (vielfach) nur geringer Behinderung einzustellen.

#### Kasten 6.2. Rückzug der Reformpläne zur öffentlichen Ausgabenpolitik in Polen

Im Jahr 2004 erwog die polnische Regierung mehrere Arbeitsmarktreformen mit dem Ziel, ein grösseres Arbeitsangebot zu schaffen, negative Arbeitsanreize abzubauen, Leistungsempfänger wieder ins Arbeitsleben zurückzuführen und dadurch die von passiven Sozialleistungsprogrammen verursachten öffentlichen Ausgaben zu senken. Viele dieser Änderungen betrafen das Invaliditätsversicherung (sowohl ZUS als auch das KRUS).

##### Die Reformpläne für die Krankengeld- und Invaliditätssysteme umfassten folgende Punkte:

- Kürzung der Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall von 80% auf 70% des Gehalts.
- Verringerung der Invaliditätsleistungskategorien.
- Reduzierung der Anzahl Invaliditätsleistungsempfänger durch eine Neubeurteilung aller Dauerleistungsbezüger unter 50, bzw. 55 Jahren. Rückkehr zu einem System, bei dem sich die Leistungen verstärkt nach dem früheren Einkommen und dem Invaliditätsgrad, d.h. der invaliditätsbedingten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, richtet.
- Automatischer Übertritt von der Invaliditäts- in die Altersversicherung bei Erreichen des gesetzlichen Rentenalters.
- Verschärfte Kontrolle und Neubeurteilung des Anspruchs auf eine zeitliche befristete Invaliditätsleistung.

##### Die parallel laufenden Reformpläne für die Invaliditätsversicherung für Landwirte umfassten:

- Eine Neudefinition der Anspruchsberechtigung im Hinblick auf eine Harmonisierung mit den ZUS-Kriterien.
- Eine Verringerung der Leistungsebenen und eine Anhebung der Beitragssätze im KRUS-Versicherungssystem zur Abschwächung der Unterschiede zwischen KRUS und ZUS.
- Die Einführung einer finanziellen Unterstützung für Landwirte mit niedrigem Einkommen.
- Die Einführung einer finanziellen Eingliederungshilfe ähnlich der Ausbildungsrente im ZUS-System, um Landwirten nach längerer Krankheit die Rückkehr ins Arbeitsleben zu erleichtern.
- Allgemeine Massnahmen: Weitere Massnahmen zur Bekämpfung von Missbräuchen im KRUS-System.

Der Kurswechsel der letzten Jahre in Zusammenhang mit Polens anstehender EU-Mitgliedschaft machte die grosszügigen und unbefristeten Lohnkostenzuschüsse auch Arbeitgebenden aus dem freien Arbeitsmarkt zugänglich (und nicht nur geschützten Werkstätten). Im Zuge dieser Neuerung stellten mehr Firmen freiwillig Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ein und die Anzahl der in diesen Firmen beschäftigten Personen mit Behinderungen nahm gesamthaft zu. Daraus ergaben sich aber auch neue politische Herausforderungen. Unternehmen, die unter die Quotenregelung fallen, haben Anspruch auf Lohnkostenzuschüsse für *alle* Arbeitnehmenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auch die Finanzierung ist problematisch. Die Fonds für die Lohnkostenzuschüsse werden von den Arbeitgebern finanziert, welche die Quote *nicht* erfüllen. Je mehr Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eingestellt werden, umso geringer werden demzufolge die Geldmittel und umso grösser die Ausgaben für die Lohnkostenzuschüsse. An dieser Regelung kann deshalb nur festgehalten werden, wenn das Vorhaben, die Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen zu erhöhen, scheitert.

Das im Gesetz für Arbeit und berufliche Wiedereingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verankerte System der Einstellungsförderung verfehlt ganz offensichtlich sein Ziel. Weder grosszügige Lohnkostenzuschüsse noch Quotenregelungen haben Personen mit Behinderungen dem Arbeitsmarkt näher gebracht. Hauptursachen für dieses Scheitern sind in der Führung und der fehlenden Stabilität des Systems zu suchen. Die rund 40 Gesetzesänderungen seit seiner Einführung im Jahr 1991 haben das Vertrauen der Arbeitgebenden in das System untergraben. Sie wollen so wenig wie möglich mit der Verwaltung zu tun haben und ziehen es mehrheitlich vor, die verhältnismässig hohen Beiträge zu entrichten (rund 40% des nationalen Durchschnittsgehalts pro nicht eingestellte Person). Die Einnahmen des staatlichen Fonds PFRON werden dadurch merklich in die Höhe getrieben, was wiederum Fragen in Bezug auf die sinnvolle Verwendung der

Mittel aufwirft. PFRON wird ebenso wie die öffentliche Arbeitsvermittlung als ziemlich passive Einrichtung wahrgenommen, wenn es darum geht, Personen mit Behinderungen zu vermitteln. Beide Einrichtungen tragen nur wenig dazu bei, die Erwerbsquote dieser Bevölkerungsgruppe anzuheben. Die Verbesserung dieser Situation ist sicherlich eine der grössten politischen Herausforderungen.

### **6.3 Schweiz: Die 5. IV-Revision auf den Weg bringen**

In einem Bericht der OECD über die Jahre 1985-2000 (2003a) wurde die Schweiz als OECD-Land mit den wenigsten Änderungen in der Krankheits- und Invaliditätspolitik identifiziert. Das hat sich seither geändert. Nach den Mitte der 1990er-Jahre aufgenommenen Beratungen über umfassende Reformen trat 2004 die 4. Revision der schweizerischen Invalidenversicherung in Kraft. Die Vorbereitungen für die fünfte Revision hatten zu dieser Zeit bereits begonnen.

#### **6.3.1 Verbesserung der medizinischen Instrumente**

Die drei Schwerpunkte der vierten Revision waren:

- Die Einführung von regionalen ärztlichen Diensten (RAD) für eine gesamtschweizerisch einheitlichere und qualitativ bessere Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen.
- Der Ausbau der aktiven Arbeitsvermittlung durch die kantonalen IV-Stellen mit Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und eine verbesserte Beratung für Arbeitgeber.
- Die Einführung einer Dreiviertelrente (bei einem Invaliditätsgrad von 60-69%), um neu bewertete Rentenempfänger mit vollem Rentenanspruch vermehrt wieder in den Arbeitsmarkt zurückzuführen.

Die aktive Arbeitsvermittlung durch die kantonalen IV-Stellen ist eine wichtige Änderung, deren vollständige Umsetzung allerdings hohe Kosten verursacht. Insbesondere werden für diese Dienste mehr und fachspezifischere Case-Manager oder Arbeitsvermittler benötigt. Bisher wurden dafür allerdings kaum Mittel aufgewendet. Die Tatsache, dass die neue Arbeitsvermittlung der kantonalen IV-Stellen parallel zu den eigenständigen regionalen Arbeitsvermittlungen (RAV) mit ähnlichem Leistungsangebot besteht, wirft Fragen in Bezug auf Effizienz und Koordination auf. Es wird argumentiert, dass nur die Case-Manager der kantonalen IV-Stellen das nötige Know-how besitzen, um die vielen Probleme von Personen mit Behinderungen zu lösen, die im Zusammenhang mit ihrer Rückkehr in die Erwerbstätigkeit anfallen. Die RAV hingegen tendieren dazu, Personen mit leichten gesundheitlichen Beeinträchtigungen als schwere, wenn nicht sogar hoffnungslose Fälle einzustufen. Für die RAV spricht hingegen, dass sie auf ein Netzwerk aus Arbeitgebern und anderen Akteuren des Arbeitsmarktes zurückgreifen können. Ob die Schaffung einer neuen Arbeitsvermittlungsstruktur der effektivste und effizienteste Weg ist, bleibt abzuwarten.

Die vielleicht wichtigste Änderung der 4. Revision war die Einführung von regionalen ärztlichen Diensten (RAD). Die RAD unterstehen der administrativen Aufsicht der IV-Stellen, sind aber fachlich unabhängig. Derzeit gibt es in der ganzen Schweiz insgesamt zehn RAD, ein Grossteil davon ist

durch Zusammenarbeit mehrerer kantonaler IV-Stellen entstanden.<sup>52</sup> Mit der Einführung der RAD wurden eine objektivere und unabhängige medizinische Abklärung der schwierigsten Fälle (10-20%) und eine verstärkte Zusammenarbeit der kleineren Kantone mit ihren Nachbarkantonen angestrebt. Beides sollte das Abklärungsverfahren gesamtschweizerisch vereinheitlichen. Es deutet alles darauf hin, dass die RAD in Verbindung mit einer häufigeren praxisorientierten Überprüfung der kantonalen IV-Stellen und der Einführung eines besseren Monitoringsystems dazu beigetragen haben, die Zahl der IV-Neuberentungen in den Jahren 2003-2004 um 9% und in den Jahren 2004-2005 in ähnlichem Ausmass zu senken. Allerdings ist der Rückgang auch teilweise durch zunehmende Rückstände bei der Bearbeitung der Anträge bedingt.

### **6.3.2 Anstrengungen zur Früherfassung von arbeitsunfähigen Personen**

Während mit der 4. Revision die medizinischen Instrumente der IV verbessert wurden, sollen mit der 5. Revision die nötigen sozialen und beruflichen Instrumente bereitgestellt und der 2004 in die Wege geleitet Reformprozess zu Ende gebracht werden (Kasten 6.3). Ähnlich wie in Norwegen besteht das Hauptproblem auch in der Schweiz in der mangelnden Intervention noch während der Krankheitsphase und den zu spät getroffenen Eingliederungsmassnahmen. Wenn sich Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen an die kantonalen IV-Stellen wenden, sind sie in der Regel bereits mehrere Monate nicht mehr berufstätig und haben oft sogar ihre Stelle verloren. Hauptziel der geplanten Revision ist es deshalb, so früh wie möglich mit Personen in Kontakt zu treten, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind und deshalb in einem späteren Zeitpunkt Anspruch auf eine Invalidenrente haben könnten. Die Früherfassung, die den kantonalen IV-Stellen übertragen wird, soll in drei Schritten geschehen: *i)* Früherfassung von gesundheitlichen Problemen, im Idealfall nach vier Wochen Arbeitsunfähigkeit, zur Vermeidung einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit; *ii)* Frühintervention zur Erhaltung des Arbeitsplatzes (*d.h.* relativ kostengünstiges, aber effektives Eingreifen, das kein kompliziertes Abklärungsverfahren voraussetzt; in manchen Fällen ist lediglich eine Anpassung des Arbeitsplatzes erforderlich); und *iii)* Ergreifen von neuen Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung für Personen mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% während mindestens sechs Monaten.

---

52. Die RAD ersetzen die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) nicht. Diese kümmern sich weiterhin um besonders schwierige Fälle. Eine im Spital durchgeführte MEDAS-Abklärung nimmt durchschnittlich zwei Jahre in Anspruch, also weit mehr als ein normales Abklärungsverfahren.

**Kasten 6.3. Die geplante 5. Revision der schweizerischen Invalidenversicherung**

Die 5. Revision der schweizerischen Invalidenversicherung bezweckt, durch eine Reduktion der Zahl der Neurenten um 30% (bezogen auf das Jahr 2003) die Ausgaben der IV zu senken, negative Anreize im Zusammenhang mit der Eingliederung zu beseitigen und mittels Sparmassnahmen einen substantziellen Beitrag zur finanziellen Gesundung des Systems zu leisten, indem die jährlichen Defizite der IV reduziert werden. Die dem Parlament vorgelegten Änderungen sind im Wesentlichen:

**Anzahl Neurenten eindämmen**

- Früherfassung (nach vier Wochen Arbeitsunfähigkeit) einer drohenden Invalidität
- Frühintervention zur Erhaltung des Arbeitsplatzes
- Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung
- Verstärkte Mitwirkungspflicht inkl. allfällige Sanktionen
- Erschwerter Zugang zur IV-Rente durch eine Anpassung des Invaliditätsbegriffs
- Abschaffung von rückwirkenden IV-Rentenzahlungen (künftig frühestens sechs Monate nach dem Zeitpunkt der Anmeldung bei der IV)
- Verlängerung der gesetzlich festgelegten Mindestbeitragszeit von einem Jahr auf drei Jahre
- **Korrektur von negativen Anreizen**
- Anpassung des IV-Taggeldsystems zum Zweck der Wiedereingliederung
- Vermeidung von Einkommenseinbussen bei erhöhter Erwerbstätigkeit
- **Sparmassnahmen**
- Verzicht auf den Karrierezuschlag für Neuzugänge unter 40 Jahren
- Überführung der medizinischen Massnahmen zur beruflichen Eingliederung in das Leistungssystem der Krankenversicherung
- Aufhebung der laufenden Zusatzrenten (*d.h.* nicht nur für Neuzugänge wie unter der 4. IV-Revision)

Es wird erwartet, dass jedes Jahr rund 20 000 Personen in die Früherfassung einbezogen werden<sup>53</sup>. Davon dürften 10'000 an Massnahmen zur Frühintervention und 5'000 an den neuen Integrationsmassnahmen teilnehmen. Mit den Massnahmen soll die Zahl der Neurenten um rund 30% gesenkt werden. Ob dieses Ziel erreicht werden kann, wird sich zeigen. Der Entwurf sieht vor, dass alle involvierten Personen und Organe, d.h. die Betroffenen selbst, die Arbeitgebenden, behandelnde Ärzte, Familienangehörige und private Krankenversicherer, einen Fall zur Frühintervention melden können. Meldepflicht gibt es indes keine, weshalb es umso wichtiger ist, greifende Anreize für alle Beteiligten, einschliesslich die 26 kantonalen IV-Stellen, zu bieten.

Die neuen Massnahmen sind allerdings auch mit Risiken verbunden, die im Auge behalten werden müssen. Früherfassung birgt die Gefahr, dass die Medikalisation der arbeitsmarktbezogenen Probleme zu einem noch früheren Zeitpunkt einsetzt. Dem soll mit zwei Massnahmen entgegenwirkt werden: erstens durch eine Klärung des Rentenanspruch innerhalb von sechs Monaten (was wieder abschreckend wirken soll auf Leistungsgesuche) mit gleichzeitiger Erschwerung des Zugangs zur IV-Rente und zweitens durch eine integrationsorientierte Frühintervention. Die frühzeitige Abklärung des Rentenanspruchs hat Vor- und Nachteile. Sie zielt darauf ab, die Dauer des gesamten Abklärungsverfahrens der IV-Leistungsansprüche zu verkürzen und ist ein Kompromiss zwischen genauer und speditiver Beurteilung, wobei eine rasche Klärung der Rentenfrage als wichtiger angesehen wird. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die Früherfassung Case-Manager dazu verleitet, nicht anspruchsberechtigte Personen vorzeitig herauszufiltern und weniger Anstrengungen zu unternehmen,

53. Verglichen mit rund 25'000 IV-Neurenten im Jahr 2004, und rund 200'000 Personen mit krankheitsbedingten Absenzen von über vier Wochen.

sie wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Ein solches Vorgehen widerspräche der Grundidee des Präventionskonzepts durch Früherfassung und -intervention.

Im Weiteren soll die 5. Revision negative Arbeitsanreize korrigieren. Mit Ausnahme einiger Anpassungen des IV-Taggeldsystems ist dieser Teil der Reform ziemlich vage. Künftig sollen die Versicherungsleistungen nicht mehr höher ausfallen als das bisherige Erwerbseinkommen und eine erhöhte Erwerbstätigkeit soll nicht mehr ohne weiteres zu einer Einkommenseinbusse führen. Steuervergünstigungsmodelle der OECD zeigen, dass die schwachen Arbeitsanreize im schweizerischen System ein grosses Problem darstellen, das auch im Hinblick auf eine erfolgreiche Umsetzung anderer Teile der Reform eine verstärkte Aufmerksamkeit erfordert (s. Kapitel 4).

Selbst eine nachhaltige Reduktion der Zahl der IV-Neurenten um 30% würde nicht ausreichen, um das rasch wachsende Defizit der IV zu verringern. Die 5. Revision wird deshalb so gut wie sicher durch flankierende Massnahmen auf der Einnahmenseite ergänzt. Vorgesehen sind eine Erhöhung der IV-Lohnbeiträge von heute 1,4% auf 1,5% und vor allem eine Anhebung der Mehrwertsteuer auf 0,8 Prozentpunkte. Zwar soll die Mehrwertsteuer wieder gesenkt werden, wenn die Schulden der Invalidenversicherung getilgt sind, aber Schätzungen zu Folge ist erst in 20 Jahren damit zu rechnen. Angesichts der zahlreichen Verpflichtungen der Invalidenversicherung sind einkommensorientierte Massnahmen durchaus gerechtfertigt und notwendig.

## 6.4 Auswirkungen neuer und laufender Reformen

Reformen der Krankheits- und Invaliditätspolitik der letzten 20 Jahre und die meist unzureichenden Reformen der Invaliditätsversicherungssysteme haben die derzeitige Situation in den einzelnen Ländern massgeblich beeinflusst. Zur Darstellung der Integrations- und der Lohnersatzleistungspolitik hat die OECD (2003a) zwei politische Indexe entwickelt, mit denen die politische Haltung der einzelnen Länder aufgezeigt und verglichen und die politischen Entwicklungstrends besser beurteilt werden können.

Gemäss dieser Typologie verfügen alle drei der hier untersuchten Länder im Vergleich zum OECD-Durchschnitt von 2000 über ein verhältnismässig grosszügiges und einfach zugängliches Invaliditätsleistungssystem (Grafik 6.2, Tafel B). Norwegen und anderen nordische Staaten zeichnen sich durch eine besonders starke Integrationspolitik aus, während Polen und die Schweiz in diesem Punkt knapp unter dem Durchschnitt liegen.

In allen OECD-Ländern wurden *Integrations-* bzw. *Eingliederungsmassnahmen* – teilweise erheblich – verstärkt, wobei sich die angestrebten Ziele weitgehend deckten. Nach einer Schätzung der OECD (2003a) für 20 Länder war zwischen 1985-2000 auf der Eingliederungsskala von 50 Punkten eine Zunahme von 10 Punkten zu verzeichnen (Grafik 6.2, Tafel A). Diese Entwicklung steht im Kontrast zu den mehrheitlich fehlenden politischen Massnahmen bei den *Lohnersatzleistungen*; die Systeme sind mehrheitlich unverändert geblieben. An einer Politik, die im Zusammenhang mit Invalidität vermehrt auf Integration setzt, ohne dabei das Lohnersatzleistungspaket grundlegend zu ändern, ist theoretisch nichts auszusetzen. In der Praxis ist dieser Ansatz jedoch riskant, insbesondere, weil andere Sozialleistungen, wie das Arbeitslosengeld, die Sozialhilfe oder auch die Frührenten, häufig weniger grosszügig gewährt werden (meist durch Erschwerung des Rentenzugangs und weniger durch Leistungskürzungen). Das nahezu vollständige Fehlen von Reformen könnte die Invaliditätsleistung zur letzten Auffanglösung für Personen machen, die entweder nicht arbeiten wollen

oder nur schwer zum Arbeiten zu motivieren sind. Die positiven Massnahmen, die von den Regierungen im Interesse der Mehrheit der Leistungsempfänger angestrebt wurden, werden dadurch untergraben.

**Kasten 6.4. Darstellung der Invaliditätspolitik und -trends in den einzelnen Ländern**

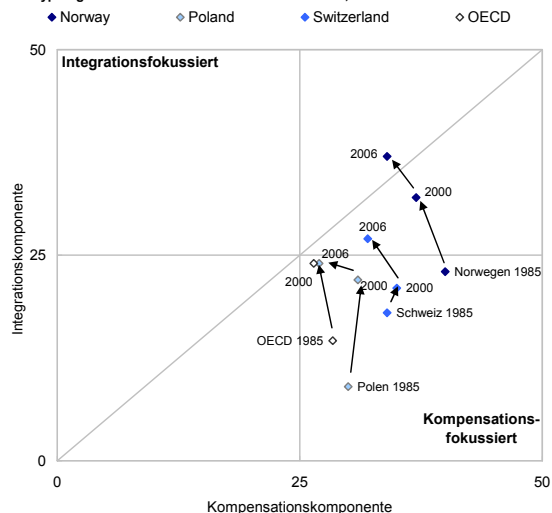
Zur Beurteilung einer allgemeinen politischen Situation müssen viele verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Für einen aussagekräftigen Überblick über die zeitliche und länderspezifische Entwicklung der Invaliditätspolitik kann ein Index der politischen Parameter hilfreich sein.

Die OECD (2003a) hat Indizes für zwei politische Aspekte erstellt. Der erste betrifft die Höhe der Lohnersatzleistungen. Der Lohnersatzleistungsindex berücksichtigt die folgenden zehn Parameter: *i)* Deckungsumfang; *ii)* minimaler Invaliditätsgrad; *iii)* minimaler Invaliditätsgrad für den Anspruch auf eine volle Leistung; *iv)* maximale Entschädigung (Ersatzquote des Durchschnittseinkommens über einen bestimmten Zeitraum); *v)* Dauer der Leistungszahlungen (befristete oder Dauerleistungen); *vi)* medizinische Beurteilung; *vii)* berufliche Beurteilung; *viii)* Höhe des Krankengeldes; *ix)* Dauer der Krankengeldleistungen; und *x)* Höhe und Dauer des Arbeitslosengeldes im Vergleich zur Invaliditätsleistung. Jedes Land wird in Bezug auf diese Kategorien auf einer Skala von 0-5 bewertet. Die Kategorien werden nicht nach Wichtigkeit gegliedert, sie haben alle denselben Stellenwert. Ein Land mit einer hohen Punktzahl im Lohnersatzleistungsindex wird im Umgang mit nicht erwerbstätigen Personen mit Behinderungen als «grosszügig» eingestuft.

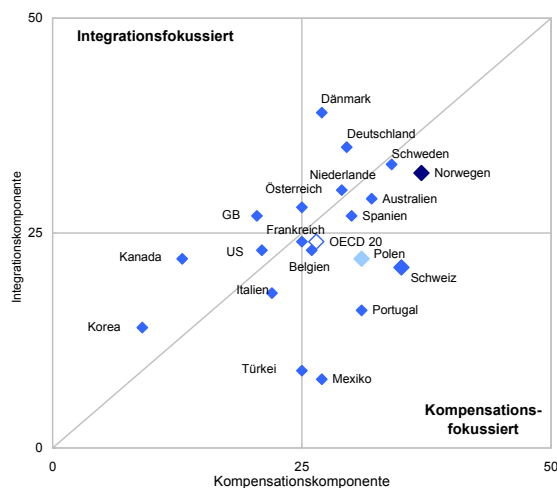
Der zweite Aspekt betrifft die Integration. Auch hier werden zehn Parameter berücksichtigt. Das sind: *i)* Zugang zu verschiedenen Programmen; *ii)* Kohärenz der Beurteilungsstruktur; *iii)* Verantwortung von Arbeitgebenden; *iv)* unterstützte Arbeitsprogramme; *v)* soziale Arbeitsprogramme; *vi)* geschützte Arbeitsplätze; *vii)* Programme zur beruflichen Wiedereingliederung; *viii)* Zeitpunkt der Eingliederung; *ix)* Regelungen über das Einstellen der Leistungen; und *x)* Arbeitsanreize. Wie in der Lohnersatzleistungskategorie wird jede dieser Unterkategorien auf einer Skala von 0-5 bewertet, wobei jede Kategorie denselben Stellenwert hat. Ein Land mit einer höheren Punktzahl bei der Wiedereingliederung verfolgt eine aktivere Integrationspolitik für Personen mit Behinderungen.

**Grafik 6.2. Vergleich der zeitlichen und länderspezifischen Entwicklung der Krankheits- und Invaliditätspolitik**

Tafel A. Typologie der IV-Politik in den drei Ländern 1985, 2000 und 2006



Tafel B. Typologie der IV-Politik in 20 OECD-Ländern um das Jahr 2000



Quelle: Aktualisierte Daten des OECD-Berichts (2003a) Transforming Disability into Ability, OECD, Paris.

Norwegen, Polen und die Schweiz machen in Bezug auf den allgemeinen Trend zwischen 1985-2000 keine Ausnahme, obwohl in der Schweiz in dieser Zeit kaum Reformen stattgefunden haben. Dennoch deuten die jüngsten Gesetzesanpassungen und laufenden Reformen in allen drei Ländern auf einen Wandel hin. Erstens wurde der Schwerpunkt seit 2000 vermehrt auf die Arbeitsvermittlung

gelegt (Grafik 6.1, Tafel A). In diesem relativ kurzen Zeitraum war die Verlagerung in der Schweiz am stärksten und in Polen am schwächsten. Folglich fand in den drei Ländern über die letzten 20 Jahre gesamthaft eine ähnliche Veränderung statt (10-15 Punkte auf der 50-Punkte-Skala). Zweitens konnte in allen drei Ländern eine Verschärfung des Krankheits- und Invaliditätssystems beobachtet werden (vor allem erschwerter Zugang), was zu einem Rückgang auf der Lohnersatzleistungsskala um 3-4 Punkte führte. Diese Entwicklung könnte der Integrationspolitik zu mehr Wirksamkeit verhelfen.

Verglichen mit dem OECD-Durchschnitt von 2000 besitzen die drei Länder dennoch relativ grosszügige und leicht zugängliche Krankheits- und Invaliditätssysteme. Trotz Reformen ist die Integrationspolitik in Polen und in der Schweiz weit weniger ausgeprägt als in Norwegen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die OECD-Typologie nichts über die Umsetzung oder Wirksamkeit der Massnahmen aussagt. Es gibt also genügend Raum für weitere Änderungen, die sowohl die Eingliederung als auch die Lohnersatzleistungen der Krankheits- und Invaliditätsversicherung miteinbeziehen müssen. Das nächste und letzte Kapitel enthält ausführliche Empfehlungen über Richtung und Besonderheiten einiger weiterer erfolgversprechender Reformansätze.



## 7 Eine Agenda für die Zukunft

Welche Stossrichtungen der in Norwegen, Polen und der Schweiz geplanten Reformen sind am erfolgversprechendsten? Alle drei Länder sehen sich aufgrund der hohen bzw. stark steigenden Zahl von Leistungsneuzugängen in Krankengeld- und Invaliditätssystemen mit hohen Ausgaben konfrontiert. Zu wenig Personen mit Behinderungen finden eine Arbeitsstelle. In allen drei Ländern wird zu wenig unternommen, um die Invaliditätsneuzugänge einzudämmen und Invaliditätsleistungsempfänger wieder ins Arbeitsleben einzugliedern. Darüber hinaus sind die finanziellen Arbeitsanreize und Pflichten für Arbeitgebende und Personen mit Behinderungen zu schwach. Viele Menschen mit Behinderungen können und wollen arbeiten. Deshalb ist eine Politik, die von der Annahme ausgeht, dass sie nicht arbeiten können, grundsätzlich fehlgeleitet. Um die Betroffenen bei der Erwerbsintegration zu unterstützen, sind in allen drei Ländern weitreichende Reformen nötig.

Alle drei Länder haben mit hohen öffentlichen Ausgaben, einer hohen bzw. stark steigenden Zahl von Leistungsneuzugängen in Krankengeld- und Invaliditätsversicherungssystemen und einer niedrigen Erwerbsbeteiligung von Personen mit Behinderungen zu kämpfen. Zur Verbesserung der Situation bedarf es in allen drei Fällen weitreichender Reformen. Die unterschiedliche Natur der Probleme, wie der anhaltende Anstieg der Invaliditäts- und Krankenstandsquote in Norwegen, die rasche Zunahme unspezifischer oder psychischer Erkrankungen in der Schweiz oder der fehlfunktionierende, abgesonderte Arbeitsmarkt in Polen erfordern unterschiedliche Lösungsansätze. Mit einigen Problemen haben indes alle Systeme zu kämpfen. Dazu gehört beispielsweise das Fehlen einer geeigneten Gesundheitsprävention und –beobachtung, was oft zu einer verspäteten Intervention führt und auf Dauer sehr kostspielig ist. In diesem Kapitel werden erfolgversprechende Stossrichtungen für Reformen in den drei Ländern diskutiert.

In Kapitel 1 wurden die sieben wichtigsten Probleme mit dem dringlichsten Reformbedarf ermittelt. Die Analyse der norwegischen, polnischen und schweizerischen Invaliditätspolitik und der jeweiligen Wirkung in den Kapiteln 2-5 haben gezeigt, dass alle drei Länder in Bezug auf die Finanzierung von behindertenspezifischen Programmen mit öffentlichen Mitteln starkem Druck ausgesetzt sind. Ansonsten sind die politischen Herausforderungen unterschiedlich. In Norwegen geht es primär darum, die sehr vielen Leistungsneuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätssysteme zu senken und gleichzeitig die verschwindend kleine Anzahl von Invaliditätsabgängen zu erhöhen. Letzter Punkt gilt auch für die Schweiz. In Polen besteht die zentrale Herausforderung in der Erhöhung der niedrigen Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen und, wie auch in der Schweiz, in einer verstärkten Koordination der verschiedenen Versicherungen und der Einstellungsförderung. Die Schweiz sieht sich ferner mit der zunehmenden Medikalisierung von Arbeitsmarktproblemen konfrontiert, die sich im raschen Anstieg von psychischen und unspezifischen Gesundheitsproblemen bemerkbar macht.

**Tabelle 7.1. Übersicht über politische Herausforderungen in Norwegen, Polen und der Schweiz, 2006**

Sieben politische Hauptherausforderungen und wichtigste relevante Zahlen dazu <sup>a,b</sup>	Norwegen	Polen	Schweiz
1. Invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben in den Griff bekommen	+++	+++	+++
Krankheits- und invaliditätsbezogene öffentliche Ausgaben, in % des BIP	4.1	3.6	2.7
2. Erwerbsbeteiligung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erhöhen	++	++++	+
Erwerbsquote von Behinderten im Erwerbsalter (in %)	44.7	17.6	52.1
3. Haushaltseinkommen von Personen mit Behinderungen verbessern	+	+++	++
Relative Armutsrate von Behinderten im Erwerbsalter (in %)	5.4	10.3	9.5
4. Zahl der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätsleistungen senken	++++	+	++
Invaliditätsneueintrittsrate, in % der Risikopopulation	1.1	0.4	0.5
5. Zunehmende Medizinalisierung der Arbeitsmarktprobleme angehen	++	+	+++
Invaliditätsneuzugänge infolge psychischer Erkrankungen (in %)	25.4	16.9	41.0
6. Abgänge aus zumeist unbefristeten Invaliditätsleistungen erhöhen	++++	+++	++++
Rate der Invaliditätsabgänge mit Erwerbsintegration, in % des Bestands	0.5	2.5	1.1
7. Koordination zwischen den verschiedenen Leistungssystemen verstärken	++	++++	+++
Abgelehnte Leistungsanträge, in % aller eingereichten Anträge	26.1	54.5	42.0

- a) Die Skalen sind wie folgt zu lesen:  
 + ... geringe Herausforderung; ++ ... moderate Herausforderung; +++ ... wesentliche Herausforderung; und ++++ ... grosse Herausforderung.
- b) *Öffentliche Ausgaben* für Krankengeld und Invaliditätsleistungen schliessen Lohnzahlungen der Arbeitgebenden während der ersten Absenzwoche aus. *Relative Armut*: Prozentualer Anteil der Personen mit weniger als 50% des Medianeinkommens der Gesamtbevölkerung. *Abgelehnte Leistungsanträge* sind Leistungsanträge, die von den Versicherungen wegen Nichtanspruchsberechtigung abgelehnt wurden.

Quelle: Einschätzung des Autorenteam. Die Zahlen basieren auf Angaben in den verschiedenen analytischen Kapiteln dieses Berichts.

## 7.1 Kernprobleme und Lösungswege in Norwegen

Obwohl sich ein wohlhabendes Land wie Norwegen hohe öffentliche Ausgaben für Krankengeld- und Invaliditätsleistungen heute vielleicht noch leisten kann, sind die Folgen auf Dauer nicht tragbar. Da Norwegen OECD-weit bei einer verhältnismässig hohen Gesamterwerbsbeteiligung die höchste

Rate der Neuzugänge in Krankengeld- und Invaliditätssysteme aufweist, ist die Hauptursache für die berufliche Inaktivität in der Bevölkerung im Erwerbsalter derzeit mehrheitlich gesundheitlich bedingt. Zur Bewältigung der Folgen der Bevölkerungsalterung und zur Sicherstellung eines nachhaltigen Wirtschaftswachstums muss die Erwerbsquote allerdings weiter gesteigert werden. Das wiederum setzt voraus, dass Krankheit nicht länger der Hauptgrund für den Austritt aus dem Arbeitsmarkt bleibt.

Obwohl der anhaltende Zustrom zu Langzeitleistungen mit kürzlich eingeführten Änderungen in der IA-Vereinbarung konkret angegangen wird, besteht weiterhin grosser Handlungsbedarf. Im Folgenden werden Wege aufgezeigt, wie die Ergebnisse der vorgeschlagenen Folgevereinbarung verbessert werden können. Zusätzlich zu den Bemühungen zur Reduzierung der krankheitsbedingten Absenzen bedarf es Massnahmen, mit denen die Invaliditätsneueintrittsrates gesenkt und Invaliditätsleistungsempfänger sowie aus gesundheitlichen Gründen Inaktive vermehrt in den Arbeitsmarkt eingegliedert werden können.

Das norwegische System enthält zwar eine Vielzahl viel versprechender Elemente, es werden jedoch nur wenige tatsächlich umgesetzt und die Ergebnisse sind daher nur dürftig. Es geht deshalb zunächst darum herauszufinden, *warum* die bestehenden Strukturen nicht greifen. Falls die Ursache in der mangelnden Umsetzung und Durchführung liegt, müssen entsprechende Problemlösungen entwickelt werden, falls die Gründe in falschen Anreizen zu suchen sind, gilt es diese zu ändern. Der Kenntnisstand in Bezug auf den Vollzug der bestehenden Massnahmen und geltenden Regelungen auf lokaler Ebene ist allerdings sehr schlecht.

### 7.1.1 Neuzugänge und Beurteilungsverfahren

In den letzten zehn Jahren hat die norwegische Krankheits- und Invaliditätspolitik den Schwerpunkt vermehrt auf eine Verkürzung der Leistungsdauer und eine intensivere Betreuung gelegt; die Höhe der Leistungen blieb hingegen unverändert. In der Praxis wurde dieser politische Grundsatz jedoch nur teilweise befolgt und es wird auch in Zukunft schwierig sein, daran festzuhalten, wenn eine Verbesserung der Situation erreicht werden soll. Zur vollständigen Umsetzung müssten die Massnahmen und Reformen von *strengeren gegenseitigen Verpflichtungen* begleitet und die Nicht-Erfüllung mit *wirksamen Sanktionen* geahndet werden. Darüber hinaus müssten zweckmässigere Arbeitsanreize und straffere Anspruchsvoraussetzungen besser aufeinander abgestimmt werden.

Ein gutes Beispiel sind die krankheitsbedingten Absenzen. Die Anspruchsvoraussetzungen bei langfristigen Krankheitsabsenzen wurden verschärft und zusätzliche Verpflichtungen, vor allem für Allgemeinärzte und Arbeitgebende, eingeführt (siehe unten). Mit diesem neuen Ansatz hat die IA-Vereinbarung massgeblich dazu beigetragen, das Thema Krankheit aus ihrem privaten Rahmen zu lösen und zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen zu machen. Der Reformprozess wurde jedoch auf halbem Weg gestoppt. Seit 2004 muss die Arbeitsunfähigkeit und der mögliche Teil- oder Vollanspruch auf Krankengeld von einem Hausarzt bestätigt werden. Allgemeinärzte werden in dieser Hinsicht indes kaum kontrolliert. Ärzte, die ihren Pflichten nicht nachkommen, riskieren zwar, dass ihnen (vorübergehend) das Recht entzogen wird, ärztliche Zeugnisse für längerfristige Arbeitsunfähigkeit auszustellen (mit Folgen für ihr Einkommen und ihren Ruf), in der Praxis wird von solchen Sanktionen jedoch abgesehen. Von Sozialversicherungsärzten durchgeführte *regelmässige Kontrollen* der Krankheitsbeurteilung durch Allgemeinärzte (wie dies in anderen OECD-Ländern üblich ist) und die tatsächliche Anwendung der Sanktionen würden das System bedeutend stärken.

Die Beurteilung von langfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigung liegt noch immer zu sehr in der Verantwortung des behandelnden Arztes (mehr als 80% aller Invaliditätsbeurteilungen werden ausschliesslich von Allgemeinärzten durchgeführt). In Anlehnung an die meisten OECD-Länder sollte auch in Norwegen die Abklärungs- und Gatekeeper-Funktion der Allgemeinärzte zugunsten einer vermehrt beratenden und unterstützenden Funktion reduziert werden. Die IA-Vereinbarung scheint jedoch genau in die umgekehrte Richtung zu tendieren und die Gatekeeper-Funktion der Allgemeinärzte noch zu verstärken, obwohl diese damit überfordert sind und die Patienten dadurch ihren ärztlichen Fürsprecher verlieren. Die ärztliche *Abklärungs-* und *Gatekeeper-Funktion* bei Invaliditätsleistungsentscheiden sollte deshalb auf die NIA übertragen werden.

Im Weiteren sollte beim Übertritt von der Beschäftigung in den Invaliditäts- oder den Krankenstand das Augenmerk vermehrt auf ein *funktionelles und arbeitsmarktliches Assessment* gelegt werden. Die obligatorische ärztliche Abklärung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Hausarzt nach achtwöchiger Absenz ist ein Schritt in die richtige Richtung. Damit dabei keine Fehler unterlaufen, ist der Beizug von Berufsfachleuten erforderlich. Das können NIA-interne oder von der NIA beauftragte Sachverständige sein (wie es für die Invaliditätsbeurteilung angemessen scheint) oder aber spezielle betriebsärztliche Dienste, welche die Allgemeinärzte in Bezug auf Arbeitsplatzgesundheit, Anpassungen am Arbeitsplatz und Rehabilitationsmöglichkeiten beraten. In diesem Zusammenhang muss zudem ermittelt werden, wie die teilweise und vollständige Krankschreibung genutzt wird und inwieweit sie für die hohe Krankenstandsquote oder, im Gegenteil, die jüngsten Verbesserungen verantwortlich ist.

Um krankheitsbedingte Absenzen effektiver anzugehen, braucht es eine enge Zusammenarbeit mit den *Arbeitgebenden*. In dieser Hinsicht sind die kürzlich eingeführten unabhängigen Arbeitsplatzzentren, die den Arbeitgebenden landesweit zur Verfügung stehen, ein innovativer und viel versprechender Ansatz. Zur Stärkung dieser Struktur sollten die zuständigen Kontaktpersonen proaktiver auf die Führungskräfte zugehen und diese über die richtige Vorgehensweise in Bezug auf Krankheitsverhütung und –monitoring informieren. In einem zweiten Schritt sollten diese Arbeitsplatzzentren aktiv auf eine Steigerung der *Einstellungsraten* von Personen mit Behinderungen hinarbeiten.

Eine weitere wichtige Änderung für ein verbessertes Krankheitsmanagement ist die neue Verpflichtung zur Erstellung eines Follow-up-Planes durch den Arbeitgebenden. Um diese Massnahme voranzutreiben, sind mehrere Lösungsansätze denkbar. Zunächst müssen die Auswirkungen beurteilt werden. Danach ist abzuklären, ob die Arbeitgebenden bei der Erfüllung dieser Verpflichtung allenfalls mehr Unterstützung benötigen. Im Rahmen des Möglichen sollte diese Unterstützung eine Beratung durch den behandelnden Arzt des Patienten oder den oben erwähnten betriebsärztlichen Dienst einschliessen. Schliesslich sollte im Gegenzug zur verstärkten Beratung und Information überprüft werden, ob der Arbeitgeber seiner Verpflichtung nachkommt. Nicht-Erfüllungen sollten zudem finanziell geahndet werden.

Die Umsetzung dieser Vorschläge reicht wahrscheinlich kaum aus, um krankheitsbedingte Fehlzeiten weiter zu senken. Die Lohnersatzquote von 100% über 12 Monate und die 16-tägige, vom Arbeitgeber getragene Periode sind weiterführenden Veränderungen nicht unbedingt förderlich. Umso wichtiger ist ein verbessertes Gleichgewicht zwischen den finanziellen Anreizen und der Durchsetzung der Verpflichtungen von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden. *Anreize für Arbeitnehmende* könnten durch niedrigere Lohnersatzquoten (von beispielsweise 75-80%) bei Langzeitabsenzen gestärkt werden. Effektivere *Anreize für Arbeitgebende* könnten entweder in der Verlängerung der

Lohnfortzahlung (z.B. 4-6 Wochen) durch den Arbeitgebenden bei krankheitsbedingter Absenz oder in flexibleren, risikobedifferenzierten Krankenversicherungsprämien bestehen. Um einen Anstieg der Lohnkosten zu vermeiden, wäre eine gleichzeitige Senkung der Sozialversicherungsbeiträge vorstellbar, die Arbeitgebende, die in Krankheitsmanagement und Prävention investieren, belohnt.

### 7.1.2 Berufsbezogene Intervention, Abgänge und Arbeitsanreize

*Berufsbezogene Interventionen* sind eine weitere Möglichkeit, Langzeitarbeitsunfähigkeit und Invalidität vorzubeugen. Berufliche Wiedereingliederung und Weiterbildung sind in Norwegen zwar weit verbreitet, vermochten die markante Zunahme der Invaliditätsneueintrittsrates allerdings nicht zu senken. Zur Ermittlung der für den ausbleibenden Erfolg verantwortlichen Gründe bedarf es weiterer Abklärungen, u.a. müssen die kürzlich eingeführten Änderungen bei den beruflichen Rehabilitations- bzw. Eingliederungsmassnahmen, einschliesslich der befristeten Anspruchsberechtigung evaluiert werden. Es ist abzuklären, welche der zur Verfügung stehenden Programme für welche Personen am besten geeignet sind. Ausserdem müssen erfolgreiche Programme von jenen unterschieden werden, die den Anspruch auf Invaliditätsleistungen lediglich hinausschieben. Es erscheint in der Tat so, als ob viele Personen auf den Eingliederungsleistungen «sitzen bleiben», während sie darauf warten, an einem Programm teilnehmen zu können. Es ist deshalb wichtig, die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen zu beschleunigen und Empfängerinnen von Eingliederungsleistungen vermehrt in solchen Programmen unterzubringen. Die Anforderungen an geografische und berufliche Flexibilität sind zu schwach und viele der Programme dauern immer noch zu lang. Die Erwerbsbeteiligung liesse sich unter Umständen durch eine Aufwertung der einstellungsorientierten Massnahmen zu Lasten der bisher dominierenden Ausbildungsmassnahmen erhöhen.

Zusätzlich muss die medizinische und berufliche Rehabilitation besser integriert werden. In Norwegen obliegt die medizinische Rehabilitation dem Gesundheitswesen, die berufliche Eingliederung hingegen der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Eine Synchronisierung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und eine daraus resultierende Verbesserung der Arbeitsmarktergebnisse des gesamten Rehabilitationsprozesses verlangt eine *engere Zusammenarbeit* der verschiedenen Akteure und gemeinsame Zielsetzungen, zu der auch die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gehört. Wie bei der beruflichen Eingliederung «sitzen» viele Empfänger auf den medizinischen Rehabilitationsleistungen fest, während sie auf eine Behandlung oder eine Operation warten. Die Anspruchsdauer sollte deshalb weiter verkürzt, d.h. auf die Dauer der Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands beschränkt werden. Eine solche Kürzung würde die Teilnahme an Massnahmen zur beruflichen Eingliederung und somit auch den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben beschleunigen.

In Anbetracht des hohen Bevölkerungsanteils, der in Norwegen Invaliditätsleistungen bezieht, sollte sich die norwegische Regierung auch um Massnahmen bemühen, die mehr Abgänge aus Invaliditätsversicherungssystemen bewirken und eine Eingliederung ins Erwerbsleben nach sich ziehen. Denkbar wäre beispielsweise die Neuurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dauerleistungsempfängern, zumindest solcher, die noch weit vom gesetzlichen Rentenalter entfernt sind. Die Neuurteilung der Arbeitsfähigkeit von Leistungsbezüglern und die Kürzung oder Streichung der Leistungszahlungen an Personen mit ausreichender Arbeitsfähigkeit sind jedoch kein Endzweck. Beispiele ähnlicher Neuurteilungen in den Vereinigten Staaten (Mitte der 1980er-Jahre) und den Niederlanden (Mitte der 1990er-Jahre) haben gezeigt, dass die betroffenen Personen (d.h. als arbeitsfähig einge-

stufte Personen, die ihren Stelle verloren haben und deshalb nicht einfach ins Arbeitsleben zurückkehren können) häufig trotzdem im Invaliditätssystem enden. Sie benötigen daher eine besondere Unterstützung in Form einer bedürfnisorientierten Arbeitssuche und Arbeitsvermittlung, nötigenfalls auch mit beruflicher Wiedereingliederung und Umschulung. Ferner müssen sie sich auf gesicherte Leistungszahlungen bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt stützen können.

Um dauerhafte Austritte aus dem Erwerbsleben mit entsprechenden Massnahmen anzugehen, wurde 2004 eine *zeitlich befristete Invaliditätsleistung* eingeführt. Der Erfolg dieser Massnahme liesse sich durch verschiedene Schritte verstärken. Im heutigen Zeitpunkt ist nicht ganz auszuschliessen, dass die Einführung befristeter Leistungen den Zugang zur Invaliditätsversicherung erleichtert hat, wie der rasche Anstieg der Neuzugänge von Personen um die 30 befürchten lässt. Die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr ins Erwerbsleben, der Übertritt von einer befristeten in eine Dauerleistung und die Praktiken beim Zuspruch einer befristeten Leistung sollten deshalb zum Gegenstand weiterer Untersuchungen gemacht werden. Ein weiterer zentraler Punkt ist die individuelle Betreuung der Empfänger von zeitlich befristeten Leistungen, die zusätzliche Unterstützung bei der Arbeitssuche benötigen. Bislang deutet nichts darauf hin, dass solche Betreuungs- und Unterstützungsmassnahmen auch tatsächlich angeboten werden. Im Weiteren ist festzuhalten, dass der Eindrittelanteil an Zeitleistungsempfängern gemessen an den internationalen Massstäben relativ niedrig ist. Es sollten weitaus mehr Personen die Möglichkeit haben, ihre gesundheitliche Situation und damit auch ihre Arbeitsfähigkeit zu verbessern. Die Behörden müssen versuchen, den Anteil an Dauerleistungen weiter zu senken.

Gleichermassen ist der Anteil der *Teilleistungen* trotz der sehr feinen Abstufung für Teilleistungen sehr niedrig. In der Schweiz stellen die Teilleistungen einen deutlich höheren Anteil, obwohl bereits bei einer Erwerbsunfähigkeit von 70% ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht. In Norwegen hingegen ist ein Anspruch auf volle Leistung nur bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% gegeben. Es wäre in diesem Zusammenhang angezeigt, den Anspruchsvoraussetzungen für eine Teilleistung mehr Gewicht beizumessen sowie Empfänger einer vollen Leistung durch Teilleistungen in eine Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen.

Um die Zahl der Rentenabgänge zu erhöhen, müssen die *Arbeitsanreize* für befristete und Dauerleistungen verbessert werden. Derzeit kann eine volle Invaliditätsleistung nur mit geringem Nebeneinkommen kombiniert werden, während ein zusätzlicher Verdienst bei einer Teilleistung schnell zu verminderten Leistungsansprüchen führt. Diese Regelung sollte flexibler gehandhabt werden, damit die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit attraktiver wird. Dabei stellt sich das Problem der höheren Leistungszahlungen bei Zeitleistungen; sie schaffen gerade für Personen mit guten Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung zusätzliche negative Arbeitsanreize. Es ist deshalb wichtig, die Diskrepanz zwischen der Höhe der befristeten und der Dauerleistungen aufzuheben. Ebenso beseitigt werden sollten die Steuervorteile, die Dauerleistungen im Vergleich zu Erwerbseinkommen geniessen. In Betracht zu ziehen wären überdies erwerbsabhängige Unterstützungszahlungen («in-work benefits») für Leistungsempfänger, die eine Erwerbstätigkeit aufnehmen oder ihre Arbeitszeit erhöhen. Die laufenden Pilotprojekte, in denen Invaliditätsleistungen als zeitlich befristete Lohnkostenzuschüsse eingesetzt werden (bis zu drei Jahre) sind in diesem Zusammenhang ein viel versprechender Ansatz. Es wäre interessant, die Gründe für die nur sporadische Anwendung dieser Regelung zu analysieren und ihre Umsetzung gegebenenfalls mit Nachdruck voranzutreiben.

Verstärkte Aufmerksamkeit sollten die Landesbehörden zudem Personen widmen, deren Antrag auf eine *Invaliditätsleistung abgelehnt wurde*. Oftmals erhalten diese Personen nicht die nötige Hilfe, um erwerbstätig zu bleiben oder erneut ins Erwerbsleben einzusteigen. Im Licht der wachsenden Anzahl abgelehnter Leistungsgesuche gewinnt eine solche Unterstützung zunehmend an Bedeutung. Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass abgelehnte Antragstellende über kurz oder lang oftmals trotzdem im Invaliditätssystem enden.

### **7.1.3 Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Programme**

Die von 2001 bis Ende 2005 gültige erste *IA-Vereinbarung* wurde kürzlich um vier weitere Jahre verlängert (2006-2009), obwohl keine der Zielsetzungen erreicht worden ist. Mit der neuen Vereinbarung wird der Schwerpunkt verstärkt auf die Eingliederung nicht erwerbstätiger Personen (mit Behinderungen) gelegt. Die Zielsetzungen der Folgevereinbarung sind jedoch wenig überzeugend oder wurden in den meisten Fällen gar nicht erst festgelegt. Wenn die neue Vereinbarung zu besseren Ergebnissen führen soll, müssen die Ziele in Bezug auf den Übertritt von einer Beschäftigung in eine Leistung bzw. der Übertritt von Leistung in die Beschäftigung höher gesteckt werden. Unterstützend sollten auf gescheiterte Zielsetzungen umgehend gesetzliche Massnahmen folgen. Dies gilt besonders für die angestrebte Reduktion krankheitsbedingter Absenzen. Sie würde indessen zusätzliche Änderungen im Krankentaggeldsystem erfordern und die bleiben mit grösster Wahrscheinlichkeit aus, da die Regierung erneut einem Veto gegen eine Systemreform stattgegeben und sich verpflichtet hat, keine Änderungen im Krankenversicherungssystem ohne die Zustimmung aller Sozialpartner durchzuführen.

Mit der anstehenden *Reform der Altersversicherung*, die noch nicht in ihren Einzelheiten feststeht, wird es kaum möglich sein, die Höhe der Invaliditätsleistungen unverändert zu lassen. Die geplanten Leistungskürzungen für Erwerbstätige, die vor dem 67. Lebensjahr in Pension gehen, werden mit grösster Wahrscheinlichkeit zu einer Zunahme der Neuzugänge in das Invaliditätsversicherungssystem von älteren Arbeitnehmenden führen. Eine gute Koordinierung von Altersversicherung und Invaliditätsversicherung sollte auf zwei Grundsätzen basieren. Erstens sollten Invaliditätsleistungsempfänger zur Sicherstellung eines angemessenen Altersrentenanspruchs während des Leistungsbezugs die vollen Beitragszahlungen an die Rentenkassen leisten. Zweitens sollte die Höhe der Invaliditätsleistungen angeglichen werden, damit sie die Höhe der Frührente im gleichen Alter nicht übersteigt. Das wiederum setzt voraus, dass die gemeinsam beschlossene Vorruhestandsregelung ebenfalls in die geplante Reform der Altersversicherung aufgenommen wird.

Die *Zusammenlegung der öffentlichen Arbeitsvermittlung mit der NIA* auf nationaler und lokaler Ebene könnte dazu beitragen, dass alle Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur richtigen Zeit die richtige Unterstützung erhalten. Die Gefahr von Drehtüreffekten zwischen den verschiedenen unterstützenden Stellen liesse sich durch die Einbindung der Sozialämter senken. Für eine erfolgreiche Gemeinschaftsunterstützung an vorderster Front sind klarere Richtlinien für alle beteiligten Einrichtungen jedoch Voraussetzung. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen und Ansätze der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der NIA müssen harmonisiert werden, damit ein im ganzen Land einheitlicher, arbeitsorientierter Ansatz durchgesetzt werden kann. Auch für die Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozialämtern braucht es klarere Richtlinien. Ausserdem müssten bei einer Zusammenlegung der beiden Organe klare Ziele in Bezug auf die anzustrebenden Resul-

tate formuliert werden. Schliesslich müssten ausreichend Mittel für die fachgerechte Ausbildung der Case-Manager und die Harmonisierung der IT-Systeme aufgewendet werden.

Den lokalen NIA (zukünftiger EWA) fehlen finanzielle Anreize, um gute Arbeitsergebnisse zu erzielen. Auch hier besteht Verbesserungsbedarf. In vielen OECD-Ländern wurden bei den öffentlichen Arbeitsvermittlungen mit relativem Erfolg Anreize in Form von Zielsetzungsvereinbarungen eingeführt. Bei den Sozialversicherungsstellen kommt dieses Vorgehen jedoch immer noch selten zur Anwendung. Die Zusammenlegung der öffentlichen Arbeitsvermittlung mit der NIA sollte als Chance genutzt werden, bessere Aufsichtsmechanismen einzuführen. Die Schaffung einer Wettbewerbssituation, bei der die Leistungserbringer mit den schlechtesten Ergebnissen unter Druck geraten und deshalb gezwungen sind ihre Ergebnisse zu verbessern, ist nur möglich, wenn geeignete Instrumente und Indikatoren zur Leistungsbeurteilung der auf lokaler Ebene zuständigen Stellen zur Verfügung stehen. In dieser Hinsicht könnte Norwegen von den Erfahrungen der Schweiz profitieren, wo ein ähnliches Vorhaben zur besseren Überwachung mittels Wirkungsindikatoren verfolgt wird. In einem zweiten Schritt müssen die finanziellen Anreize für die lokalen EWA-Stellen, die Personen mit Problemen auf dem Arbeitsmarkt unterstützen, verbessert werden.

## 7.2 Kernprobleme und Lösungswege in Polen

In Polen ist die Erwerbsbeteiligung von Personen mit Behinderungen extrem niedrig; nur jede fünfte übt eine Erwerbstätigkeit aus. Obwohl Leistungssysteme und Einstellungsförderungsprogramme seit 1990 grundlegend geändert wurden, brachten sie im Allgemeinen nicht die gewünschten Erfolge. Ein Grund ist die schlechte Arbeitsmarktsituation in Polen. Die neuen arbeitsorientierten Elemente im polnischen System scheinen nur auf dem Papier zu existieren. Berufliche Eingliederungsmassnahmen werden zum Beispiel so gut wie nicht genutzt. Dafür gibt es verschiedene Erklärungen, zwei davon sind das mangelnde Interesse von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und das Fehlen von geeigneten Programmen. Stattdessen überwiegt die traditionelle Tendenz zur Absonderung: Mehr als ein Drittel der Personen mit Behinderungen arbeitet in einer geschützten Werkstatt. Erwerbstätige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeiten oft auf Teilzeit- oder Temporärbasis, sind selbstständig erwerbend oder im Familienbetrieb angestellt. In der Landwirtschaft sind sie stark übervertreten, im öffentlichen Dienst dagegen untervertreten.

Einige politische Änderungen der letzten zehn Jahre hatten jedoch Erfolg. Die Invaliditätsneueintrittsrates, die Mitte der 1990er-Jahre noch höher war als in allen anderen OECD-Ländern, ist noch nie so schnell gefallen. Heute liegt sie sogar unter dem OECD-Durchschnitt. Auch bei den Abgängen aus Invaliditätsprogrammen, hauptsächlich aus zeitlich befristeten Leistungen, verzeichnet Polen höhere Zahlen als die meisten anderen Länder, einschliesslich Norwegen und der Schweiz. Damit sind auch die Voraussetzungen für eine effektivere und druckvollere Umsetzung von Integrationsmassnahmen gegeben. Daneben müssen mit allgemeinen Reformen der Arbeits- und Produktmarktpolitik Anreize geschaffen werden, damit sich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit lohnt und die Rückkehr von Personen mit Behinderungen ins Erwerbsleben zu einer realistischen Option wird.<sup>54</sup>

---

54. Allgemeine Reformen in der Arbeits- und Produktmarktpolitik werden in der *Neubeurteilung der OECD-Beschäftigungsstrategie* (OECD, 2006a) im Detail besprochen. Dabei liegt der Schwerpunkt im Hinblick auf eine Förderung der Arbeitsmarktdynamik auf der Kohärenz zwischen Lohnkosten und Arbeitsmarktentwicklung, Wettbewerb in Produktmärkten und der Einführung von Arbeitszeitabsprachen und Arbeitsschutzgesetzgebung.



Im Folgenden werden verschiedene Lösungen für ein effizienteres Krankheits- und Invaliditätssystem in Polen aufgezeigt. Indirekt könnten einige der vorgeschlagenen Massnahmen eine Verlagerung vom informellen auf den formellen Arbeitssektor begünstigen, da viele Invaliditätsleistungsempfänger derzeit in der informellen Wirtschaft tätig sind. Wenn eine reelle politische Trendwende mit besseren Ergebnissen stattfinden soll, wird man wohl kaum darum herumkommen, einige Elemente des aktuellen Systems ganz zu streichen oder durch andere zu ersetzen. In den meisten Fällen konzentrieren sich die vorgeschlagenen politischen Änderungen jedoch auf die Beseitigung der Schwächen und die Förderung der Stärken der bestehenden Systeme.

### 7.2.1 Neuzugänge und Beurteilungsverfahren

Trotz des reformbedingten Rückgangs der *krankheitsbedingten Fehlzeiten* kommt Absentismus in Polen immer noch häufiger vor als in den meisten anderen OECD-Ländern. Der Grund dafür sind die relativ hohen Krankengeldleistungen, die häufig 100% des Einkommens decken. Eine Beibehaltung der Leistungen in diesem Umfang ist nur möglich, wenn gleichzeitig der Zugang eingeschränkt wird. Insbesondere sollte die Sozialversicherungsanstalt ZUS die Möglichkeit erhalten, Arbeitsunfähigkeit frühzeitig, d.h. noch während der 33-tägigen Lohnfortzahlungsperiode eingehender zu überprüfen. Die bestehenden gesetzlichen Kontrollmöglichkeiten von krankheitsbedingten Absenzen sollten, unabhängig von der Dauer, besser ausgeschöpft werden. Ärzte, die wiederholt «falsche» Krankheiten diagnostizieren, müssten sanktioniert werden. Auch das *Krankheitsmonitoring* sollte verstärkt werden. Die Arbeitgebenden müssen die nötige Hilfe und Information erhalten, damit sie eng mit der Versicherung zusammenarbeiten und sie bei diesem Unterfangen unterstützen können.

Als Reaktion auf die Änderungen des Beurteilungsverfahrens sind die *Invaliditätsneuzugänge* in den letzten Jahren deutlich gesunken. Dieses Resultat dürfte allerdings teilweise das Ergebnis der steigenden Frühpensionierungen bei den über 50-Jährigen und der Zunahme von jüngeren Sozialrentenempfängern sein. Für ein besseres Verständnis der Gründe für diesen raschen Rückgang sind weitere Analysen notwendig. Zum Teil lässt sich der Rückgang auch mit der raschen Erhöhung der Ablehnungsquote erklären. Damit die Neuzugänge auch in Zukunft niedrig bleiben, müssen abgelehnte Antragssteller beobachtet und betreut werden. Nur so lässt sich verhindern, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt ins Invaliditätssystem eintreten. Viele der abgelehnten Antragsteller könnten unterstützende Massnahmen zwecks Arbeitsplatzertalt oder Wiedereingliederung gut gebrauchen, z.B. in Form von Anpassungen am Arbeitsplatz.

Gegen eine Grosszahl der Ablehnungsentscheide wird *Einspruch* erhoben und immer häufiger wird dem Einspruch auch stattgegeben. Die Fehlentscheidquote bei der Beurteilung der ersten Gesuche ist viel zu hoch: Im Revisionsverfahren wird fast jeder zweite Antrag bewilligt (10% in den meisten anderen OECD-Ländern). Da diese hohe Quote beträchtliche wirtschaftliche und nicht wirtschaftliche Kosten verursacht, müsste das Beurteilungsverfahren im Hinblick auf eine Erhöhung der korrekten Erstentscheide verbessert werden.

Auf allgemeiner Ebene müsste die *Struktur der Invaliditätsbeurteilung* überdacht werden. Die Trennung der Beurteilung zu Rentenzwecken (durch ZUS und KRUS) und zu Arbeitsmarktzwecken (durch örtliche Behörden) ist verwirrend und ineffizient und fördert den Ausschluss aus dem Arbeitsmarkt. Stattdessen sollte die Verantwortung für den gesamten Beurteilungsprozess (d.h. für Leistungszahlungen und Invaliditätsbescheinigungen) auf die Sozialversicherungen übertragen werden. Die Beurteilungsteams der örtlichen Behörden sollten am Wiedereingliederungsprozess weiter-

hin durch Berufsberatung für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die lokalen Arbeitsämter durch Stellenvermittlung beteiligt sein.

Ferner sollte eine Angleichung der Regelungen des separaten *Versicherungssystems für Landwirte* KRUS an die des ZUS-Systems und auf längere Frist ein erneuter Zusammenschluss der beiden Systeme ins Auge gefasst werden. Im Einzelnen würden diese Massnahmen Änderungen bei der Beitragsregelung im KRUS-System und Einschränkungen beim Zugang zu KRUS-Leistungen voraussetzen. Das wiederum würde eine Neudefinition des derzeit sehr eng ausgelegten Begriffs «Invalidität» bedingen. Zurzeit ist Invalidität die «Unfähigkeit, weiterhin in seinem eigenen Landwirtschaftsbetrieb zu arbeiten». Viele der im eigenen Landwirtschaftsbetrieb Arbeitsunfähigen könnten sicherlich in anderen Wirtschaftszweigen eine Erwerbstätigkeit ausüben. Es wäre deshalb wichtig, KRUS-Invaliditätsleistungsempfänger (und solche, die es werden könnten) in anderen Wirtschaftszweigen unterzubringen, indem die medizinische Rehabilitation sowie die berufliche Wiedereingliederung und Umschulung vermehrt umgesetzt und zur Pflicht erklärt würden.

Die ZUS-Definition von *Teilinvalidität* als «Unfähigkeit, weiter im eigenen Beruf zu arbeiten» fördert ebenfalls Leistungsanträge. Erwerbstätige sind besser beraten, keine Arbeitsstelle in einem anderen Beruf zu suchen, wenn sie nicht einen Verlust des Invaliditätsleistungsanspruchs in Kauf nehmen wollen. In Polen sind mehr als die Hälfte der Neuzugänge in das Invaliditätsversicherungssystem Teilrentnerempfänger. Die auf dem «eigenen Beruf» basierende Beurteilung wurde in den letzten Jahren in den meisten OECD-Ländern abgeschafft. Polen sollte sich diesem Trend anschliessen. Demgegenüber wäre eine Teilleistung für Arbeitnehmende mit reduzierter Arbeitsunfähigkeit vorstellbar. Die Ausgestaltung der Teilleistung als erwerbsabhängige Unterstützungszahlung statt Arbeitsausfallunterstützung («out-of-work benefit») könnte einer späteren Zunahme der Neueintrittsrate vorbeugen. Begleitet werden müsste die Teilleistung von einer verstärkt bedürfnisorientierten Arbeitssuche und der Unterstützung von als teilinvalid eingestuften Personen bei der Wiedereingliederung.

Verbesserungsbedarf besteht auch bei der *medizinischen Rehabilitation*. Erstens muss die Koordination zwischen der Kranken- und der Invaliditätsversicherung verbessert werden. Während ZUS und KRUS eher arbeitsorientiert vorgehen, verfolgt die Krankenversicherung einen rein medizinisch- und genesungsorientierten Ansatz. Eine bessere Koordination liesse sich durch qualitativ bessere medizinische Unterlagen und die effizientere Weiterleitung dieser Unterlagen erreichen. Ärzte, die sich für die Untersuchungen mehr Zeit nehmen, müssten entsprechend entschädigt werden. Zweitens sollte die frühzeitige medizinische Rehabilitation während der krankheitsbedingten Abwesenheit gefördert werden. Drittens können die Ausgaben für medizinische Rehabilitation durch den vermehrten Einsatz kostengünstigerer ambulanter Rehabilitationsmassnahmen gesenkt werden. Schliesslich müsste man die Koordination von Präventivmassnahmen verbessern und ZUS und KRUS in diesem Bereich mehr Verantwortung übertragen.

### **7.2.2 Berufliche Intervention, Abgänge und Arbeitsanreize**

Massnahmen zur *beruflichen Wiedereingliederung und Weiterbildung* fehlen noch immer fast vollständig. Zwar wurden vor über zehn Jahren umfassenden Regelungen eingeführt, diese werden aber kaum genutzt. Solange die Ursachen für dieses Scheitern nicht feststehen, wird es schwierig sein, die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen und die invaliditätsbedingte Leistungsabhängigkeit zu verringern. Angesichts des niedrigeren Bildungsstandes von Personen mit Behinderungen und der

ausgrenzenden Arbeitsmarktpolitik ist die Verbesserung der Kompetenzen und Qualifikationen von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Polen von entscheidender Bedeutung. Zunächst ist abzuklären, warum derzeit keine Nachfrage nach beruflicher Ausbildung besteht. Gründe dafür scheinen zu strenge Anspruchsvoraussetzungen, unzureichende finanzielle Mittel der Arbeitsämter und die zögernde Teilnahmebereitschaft der betroffenen Personen zu sein. Alle drei Punkte müssen individuell angegangen werden. So ist zum Beispiel die Einschränkung von beruflichen Massnahmen auf arbeitslose oder arbeitssuchende Personen mit offiziellem Invaliditätszertifikat zu eng gefasst. Vielmehr sollten die Zugangskriterien eine frühzeitige und wenn möglich kurzfristige Intervention ermöglichen und fördern.

Berufliche Interventionen beruhen zudem auf rein *freiwilliger Basis* und werden nur Anspruchsberechtigten zuerkannt, die einen individuellen Antrag stellen. Erfahrungen in allen OECD-Ländern zeigen, dass die freiwillige Teilnahme an Massnahmen zur Wiedereingliederung und Weiterbildung insbesondere bei Langzeiterwerbslosen sehr gering ist. Es wäre deshalb angezeigt, einige obligatorische Elemente einzuführen, zum Beispiel in Form von moderaten Leistungskürzungen bei Ablehnung von beruflichen Interventionsmassnahmen. Dieses Zwangsmittel ist auch nötig, um den hohen Anteil an informeller Arbeit in Polen zu senken. Es müsste allerdings mit der Bereitstellung von gezielter, qualitativ hochwertiger und bedürfnisorientierter Unterstützung einhergehen. Ohne diese flankierenden Massnahmen würden zusätzliche Verpflichtungen für Personen mit Behinderungen als ungerechtfertigt wahrgenommen und von der polnischen Wählerschaft wahrscheinlich abgelehnt.

Trotz der in jüngster Zeit erfolgreichen Reduktion von Neuzugängen ist die Zahl der Invaliditätsleistungsempfänger in Polen noch immer so hoch, dass eine Abflachung der Ausgabenkurve und eine verstärkte Arbeitsmarktintegration von Personen mit Behinderungen nur mit einer *Neubeurteilung der Erwerbsfähigkeit* der derzeitigen Leistungsempfänger erreicht werden kann. Zur effektiven Gestaltung dieser Massnahme sollte der Schwerpunkt auf Menschen unter 50 Jahren mit einem Leistungsanspruch von weniger als 10 Jahren, *d. h.* auf Personengruppen mit den grössten Eingliederungschancen gelegt werden. Um zu verhindern, dass diese Personen über kurz oder lang im Invaliditätssystem enden, müssen sie spezielle Unterstützung erhalten. Wo nötig gehören auch berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen und Umschulung dazu. Zusätzlich könnte diese Unterstützung Übergangsleistungen, *d.h.* spezielles Arbeitslosengeld, einschliessen, die von aktiver Arbeitssuche abhängig gemacht werden.

Um die freiwillige Wiedereingliederung von arbeitswilligen und -fähigen Leistungsempfänger zu fördern, sollten die *Arbeitsanreize* verstärkt werden. Die heute abrupt ansteigenden Leistungszahlungen verschaffen einigen, aber nicht allen Gruppen beachtliche Zusatzeinkünfte. Für viele Leistungsempfänger, die informelle Arbeit finden, ist Arbeit als solche nicht attraktiv genug. Mit einer linearen Anpassung der Invaliditätsleistungen an die Höhe des zusätzlich erzielten Erwerbseinkommens liessen sich diese ungleichen Anreize beseitigen. Darüber hinaus sollten die Leistungsempfänger die Möglichkeit erhalten, im regulären Arbeitsmarkt einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, ohne dabei den Leistungsanspruch zu verlieren (bspw. mittels erwerbsabhängiger Unterstützungszahlung). Schliesslich müsste das Verhältnis zwischen dem Verlust des Anspruchs auf Invaliditätsleistungen und der Inanspruchnahme anderen Sozialleistungen (z.B. Wohn- und Sozialhilfe) genauer analysiert werden. Berechnungen nach dem OECD-Steuervergünstigungsmodell lassen darauf schliessen, dass diese Leistungszahlungen zu erheblichen Leistungsfallen bzw. Einkommensspitzen führen.

Ein weiterer Grund zur Besorgnis ist die *ineffektive Quotenregelung* (rund 30% der Unternehmen erfüllen die Quote) und die Rolle des staatlicher Fonds PFRON. Die relativ hohe Quote von 6% aller Arbeitskräfte und die vergleichsweise hohen Sanktionen treiben die Lohnkosten weiter nach oben und verringern gleichzeitig die Einstellungschancen von schwächeren Gruppen, zu denen auch Personen mit Behinderungen gehören. Eine Verbesserung dieser Situation könnte durch eine stärkere Differenzierung der Sanktionen und Zuschüsse erreicht werden, z.B. indem Zuschüsse vom Invaliditätsgrad und Bildungsniveau abhängig gemacht und Sanktionen im Verhältnis zur Höhe des *Durchschnittsgehalts* im jeweiligen Unternehmen (statt des landesweiten Durchschnittsgehaltes) festgesetzt werden. Ferner müssten sich die Zuschüsse nach dem *gegenwärtigen Gehalt* der Beschäftigten richten. Auch zur Steigerung der Erwerbsquote von Personen mit Behinderungen im öffentlichen Sektor, die in den meisten Ländern eine Vorreiterrolle bei der Wiedereingliederung spielt, sind weitere Anstrengungen nötig.

2004 wurden die vom Staatsfonds PFRON finanzierten *Lohnkostenzuschüsse* auf alle Unternehmen der polnischen Wirtschaft ausgeweitet. Seither erhalten Unternehmen, die unter die Quotenregelung fallen (Firmen mit mehr als 25 Angestellten) und die Quote erfüllen, für *jede* beschäftigte Person mit Behinderungen einen Zuschuss. Wie oben aufgezeigt, ist das neue System steuerlich nicht haltbar. Wie andere öffentliche Ausgaben sollten auch Lohnkostenzuschüsse durch Steuergelder finanziert werden, da die Finanzierung durch eine zweckgebundene Abgabe zu einem ineffektiven Einsatz der Mittel führt. Darüber hinaus sollte die Höhe der Lohnkostenzuschüsse verstärkt nach dem Invaliditätsgrad abgestuft werden, damit mehr Personen mit schweren oder mittleren gesundheitlichen Beeinträchtigungen erreicht werden (derzeit werden hauptsächlich Löhne von Personen mit leichter gesundheitlicher Beeinträchtigung finanziell unterstützt).

Durch die starke Gewichtung der *geschützten Werkstätten* wurde die Ausgrenzung von Personen mit Behinderungen weiter fortgesetzt und ihre Eingliederung in den freien Arbeitsmarkt erschwert. Es gibt Hinweise, dass geschützte Werkstätten Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus dem freien Arbeitsmarkt einstellen, statt Invaliditätsleistungsempfänger oder anderweitig inaktive Personen wieder ins Erwerbsleben einzugliedern. Aus all diesen Gründen sollten die Privilegien geschützter Werkstätten, wie Einkommensteuerrückzahlungen für alle Angestellten, auch für Beschäftigte ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, weiter abgebaut werden, so dass mehr finanzielle Mittel für die Verbesserung von Kompetenzen zur Verfügung stehen. Weiter könnten die höheren Lohnkostenzuschüsse für geschützte Werkstätten von den nachgewiesenen Übergängen in den freien Arbeitsmarkt abhängig gemacht werden: Je grösser die Anzahl Übergänge, umso höher der Zuschuss. Um genügend finanzielle Mittel für Menschen mit mittleren und schweren Behinderungen bereitzustellen, wäre eine progressive Abschaffung der Lohnkostenzuschüsse für Menschen mit leichter Behinderung zu erwägen.

Bevorzugte *Arbeitsbedingungen* für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (kürzere Arbeitszeiten, grösserer Ferienanspruch, längere Pausen, Freistellung von Nacharbeit) werden von Arbeitgebern als Hindernis für ihre Einstellung betrachtet. Angesichts der geringen Unterschiede, die den betroffenen Arbeitnehmenden durch diese Regelungen entstehen, sollte ernsthaft über ihre Abschaffung nachgedacht werden. Damit liessen sich Hindernisse, die einer Einstellung im Wege stehen, sowie negative Klischeevorstellungen und Vorurteile aus dem Weg räumen.

### 7.2.3 Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Programme

Die umfassende *Reform der Altersversicherung* im Jahr 1999 hat bisher nicht zu einem Anstieg der Invaliditätsrate bei älteren Arbeitnehmenden geführt. Hauptursache ist die rasche Zunahme von Frühpensionierungen in den letzten Jahren. Angesichts der schnell voranschreitenden Bevölkerungsalterung sind diese Vorruhestandsregelungen auf die Dauer nicht tragbar und werden deshalb auch in naher Zukunft abgeschafft (im ZUS-System im Jahr 2007). Damit wird die Invaliditätsversicherung weiter unter Druck geraten, insbesondere, weil Invaliditätsleistungen höher sind als Altersrenten. Um Verlagerungseffekten vorzubeugen, sind Reformen des Invaliditätsversicherungssystems unvermeidbar. Wie in Norwegen sollte eine solche Reform auch in Polen bei der Harmonisierung der Leistungshöhe ansetzen, damit der Anspruch auf eine Invaliditätsleistung im Alter von ca. 60 Jahren in etwa dem Anspruch auf eine Altersrente entspricht.

Zusätzlich ist eine klare Trennung von *Invaliditäts- und Altersversicherung* mit einem transparenten Mitteltransfer notwendig. Erst seit 2004 treten Invaliditätsrentnerempfänger bei Erreichen des Rentenalters in die Altersversicherung ein. Diese Anpassung ebnet den Weg für weitere Änderungen. Jedoch schaffen die unveränderten Berechnungsgrundlagen für die Invaliditätsleistungen und die fortschreitende Umsetzung der Rentenreform von 1999 Anreize für ältere Arbeitnehmende, sich auf Kosten der Invaliditätsversicherung aus dem Arbeitsmarkt zurückzuziehen. Daher müssen die Beiträge von Invaliditätsrentnerempfängern mit entsprechenden Regelungen klar festgelegt werden, damit diese Zahlungen als Beitragszeiten in der Altersversicherung angerechnet werden. Bei Erreichen des Rentenalters sollte die Zahlung von Invaliditätsleistungen eingestellt und durch beitragsabhängige Altersrenten ersetzt werden.

Aktive Arbeitsmarktmaßnahmen der öffentlichen Arbeitsvermittlung und der lokalen Arbeitsämter sind ineffektiv. Hier liegt ein grosses Problem. Denn obwohl die meisten Programme allgemein gehalten sind und sich nicht speziell an Personen mit Behinderungen richten, ist die öffentliche Arbeitsvermittlung auch für Behinderte zuständig. Zur effektiveren Gestaltung der öffentlichen Arbeitsvermittlung zugunsten von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen müssen die lokalen Arbeitsämter besser organisiert werden. Polen sollte dem Beispiel der meisten anderen OECD-Länder folgen und leistungs- und wirkungsorientierte Kontrollmechanismen einführen. Für Personen mit Behinderungen (und andere schwachen Gruppen) sind spezielle Zielsetzungen nötig, damit sichergestellt werden kann, dass genügend Mittel für diese Gruppen aufgewendet werden. Überhaupt müssten der öffentlichen Arbeitsvermittlung mehr Mittel für eine effektivere Unterstützung von Personen mit Behinderungen zur Verfügung stehen. Eine Möglichkeit wäre, den staatlichen Fonds PFRON der öffentlichen Arbeitsvermittlung zugänglich zu machen, indem der PFRON für Personen mit Behinderungen Dienste der Arbeitsvermittlung mit nachhaltiger Wirkung auf die Arbeitsplatzhaltung erwirbt oder mitfinanziert.

Wichtig ist auch eine *bessere Koordination* zwischen der öffentlichen Arbeitsvermittlung und den Sozialversicherungsanstalten (ZUS und KRUS). Während ZUS Personen entschädigt, die sich beruflich weiterbilden, bietet die öffentliche Arbeitsvermittlung berufliche Umschulung an. Die ZUS hat keine Kontrolle oder Aufsicht über die Programme und die Auswahl der Teilnehmenden, obwohl sie einen Grossteil der Kosten finanziert und ein besonders grosses Interesse am Erfolg der Massnahmen hat. Verbesserungen könnten durch eine verstärkte Kooperation zwischen ZUS und öffentlicher Arbeitsvermittlung erzielt werden, indem ZUS beispielsweise eine Aufsichtsfunktion übernimmt. An-

stelle oder zusätzlich zu dieser Massnahme könnte auch eine Änderung der Finanzierungsstruktur erwägt werden, damit die öffentliche Arbeitsvermittlung auch finanziell von einer erfolgreichen Eingliederung in den Arbeitsmarkt profitieren würde.

Auf allgemeiner Ebene sollte eine *Straffung der Verwaltungsstrukturen* und Verantwortungsbereiche in Erwägung gezogen werden. Bei der Vielzahl der involvierten Akteure ist es für Personen mit Behinderungen schwierig, zur richtigen Zeit die richtige Unterstützung zu erhalten. Mit der Schaffung zentraler Anlaufstellen und einer verbesserten Finanzierungsstruktur, bei der Finanzierung und Verantwortung eng miteinander verknüpft sind, könnte die Eingliederung von Personen mit Behinderungen erleichtert und der Gesamtaufwand gesenkt werden. Im Hinblick auf den Dezentralisierungsprozess in Polen sind die Kommunalverwaltungen voraussichtlich am besten geeignet, diese Rolle zu übernehmen. In einem reformierten System wird der staatliche Fonds PFRON als unabhängige Einrichtung voraussichtlich überflüssig sein. Kurzfristig sollte der PFRON effizienter werden, da er als Finanzierungseinrichtung zur Beschaffung von entsprechenden Geldmitteln aus dem europäischen Sozialfonds benötigt wird. Längerfristig könnten die wichtigen Funktionen dieser Organisation den Kommunalverwaltungen übertragen werden, denen bereits grosse Beträge aus PFRON-Mitteln vorbehaltlos zugeteilt werden. Die neue Aufgabenverteilung müsste von stärkeren Anreizen für Kommunalverwaltungen und schärferen Konsequenzen bei Misserfolg begleitet werden. Gleichzeitig würden die gestrafften Kontrollverfahren für Kommunalverwaltungen auch deren Ermessensspielraum in Bezug auf politische Entscheide einschränken.

### **7.3 Kernprobleme und Lösungsansätze in der Schweiz**

In der Schweiz stehen die politischen Entscheidungsträger unter Handlungsdruck, denn sowohl der Fonds der Invalidenversicherung (IV) als auch der Reservefonds werden in absehbarer Zukunft defizitär sein.<sup>55</sup> Die Medikalisierung von Arbeitsmarktproblemen und der starke Anstieg nicht spezifischer Erkrankungen, häufig psychischer Art, hat ein Ausmass erreicht, das eine Neuorientierung der aktuellen Politik erforderlich macht. Reformen der Invalidenversicherung allein genügen allerdings nicht. Die Probleme in Bezug auf die Koordination mit den anderen Zweigen der sozialen Sicherheit müssen mit weiteren Reformen an die Hand genommen werden (gleich ob obligatorisch öffentliche, obligatorisch private oder freiwillige private Versicherungen).

Im Zuge der Verschlechterung der finanziellen Situation der Invalidenversicherung ist der Reformprozess nach einer langen Stabilitätsphase in Schwung gekommen. Mit der 4. Revision der schweizerischen Invalidenversicherung wurde ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung getan. Zur Beseitigung der verbleibenden systeminhärenten Strukturprobleme sind weitere Reformschritte in Übereinstimmung mit den Grundzügen der geplanten 5. IV-Revision, deren Umsetzung Mitte 2007 erwartet wird, gefragt. Allerdings konzentrieren sich die geplanten Änderungen hauptsächlich darauf, wie sich die Invalidensicherung einbringen soll und wie mögliche Antworten dazu aussehen könnten. Die Rolle der anderen Akteure und die Zusammenarbeit der IV mit anderen Einrichtungen und Versicherungen stehen nicht im Vordergrund. Die Weiterführung der im Rahmen der neu ge-

---

55. Ende 2004 betrug der jährliche Fehlbetrag der IV 17 Prozent der gesamten Einnahmen und die Verschuldung belief sich auf 6 Mia. CHF. Das entspricht über 60 Prozent der Jahreseinnahmen der Invalidenversicherung. Wenn nichts unternommen wird, werden es bis 2010 150 Prozent sein. Bisher wurden die Schulden vom AHV-Ausgleichsfonds gedeckt, dessen Mittel werden allerdings voraussichtlich 2012 aufgebraucht sein (Schätzungen des BSV).

schaffenen interinstitutionellen Zusammenarbeit ins Leben gerufenen Initiative ist deshalb mindestens ebenso wichtig.

Im Folgenden werden Vorschläge zur vollständigen Umsetzung der 4. Revision und zur Effizienzsteigerung der bevorstehenden 5. Revision unterbreitet. Ebenfalls angesprochen werden mögliche Schwächen des laufenden Reformentwurfs. Ausserdem werden Lösungsvorschläge zur effizienteren Gestaltung der Initiativen für eine verbesserte interinstitutionelle Zusammenarbeit und Organisation der Invalidenversicherung gemacht.

### 7.3.1 Neuzugänge und Beurteilungsverfahren

Mit der 5. Revision soll die Zahl der IV-Neurenten um rund 30% gesenkt werden. Erreicht werden soll dieses Ziel durch Früherkennung von arbeitsunfähigen Personen. Die Invalidenversicherung soll so früh wie möglich mit krankgeschriebenen oder arbeitsunfähigen Personen in Kontakt treten, im Idealfall innert 4 Wochen und nicht wie bisher erst nach einem Jahr oder später. Die Chancen sind gross, dass die *Früherfassung* von ernsten Gesundheitsproblemen die IV-Neuzugänge dämpft. Allerdings sind die Anreize für gewisse Akteure unzureichend und könnten einer erfolgreichen Umsetzung des Instruments im Weg stehen. Die Einführung von Pflichten für Akteure, die in einem frühen Stadium mit der kranken Person in Kontakt kommen, würde den Erfolg der geplanten Reform erheblich steigern. Insbesondere sollten Arbeitgebende und Krankenversicherer dazu verpflichtet werden, ein Krankheitsmanagement einschliesslich Krankheitsmonitoring einzuführen. Derzeit fehlen sogar Statistiken zu krankheitsbedingten Absenzen.

Für ein besseres *Krankheitsmanagement* werden genauere Kenntnisse über die Gründe von Absenzen und demzufolge eine bessere Information von Seiten der kranken Arbeitnehmenden und der behandelnden Ärzte benötigt. Damit sich die Arbeitgebenden im Rahmen eines effizienten Krankheitsmanagements an der Ausarbeitung eines Wiedereingliederungsplans für ihre abwesenden Arbeitnehmenden beteiligen können, ist die Unterstützung durch Ärzte und Berufsfachleute Voraussetzung. Diese Unterstützung könnten und sollten die Arbeitgebenden von den neuen, im Rahmen der 5. Revision geplanten Fachstellen für die Früherfassung erhalten. Für die Arbeitgebenden wäre es von Vorteil, wenn ihnen in den Fachstellen eine persönliche Ansprechperson zur Verfügung stünde, wie das in den Arbeitsplatzzentren der norwegischen Sozialversicherungsbehörden gehandhabt wird.

In der Krankenversicherung und der Invalidenvorsorge der obligatorischen beruflichen Vorsorge wurden kürzlich *risikodifferenzierte Prämien* eingeführt. Ein Anstieg der krankheitsbedingten Langzeitabsenzen zieht neu höhere Prämien für den Arbeitgeber nach sich. Mit dieser Neuerung wurde ein starker Arbeitgeberanreiz zur Vorbeugung von langfristigen Fehlzeiten aus Krankheits- und Invaliditätsgründen geschaffen. Es ist jedoch wichtig, die Auswirkungen dieser Änderung zu analysieren, denn es könnte durchaus sein, dass sie ihr Ziel verfehlt und zu einer strengeren Bewertung von gesundheitlichen Faktoren bei der Einstellung führt. Je nach Ergebnis könnten Korrekturen notwendig sein, z. B. in Form von Zuschüssen aus der Invalidenversicherung zur Deckung der Mehrkosten für Arbeitgeber, die bereit sind, eine Person mit Behinderungen einzustellen. Damit würden die negativen Auswirkungen des neuen Finanzierungsmechanismus auf die Einstellungschancen von arbeitslosen Personen mit Behinderungen so gering wie möglich gehalten. Es wäre zu überlegen, ob die risikodifferenzierten Prämien auch in der Invalidenversicherung eingeführt werden sollen, wie das Norwegen vor einigen Jahren mit grossem Erfolg getan hat. Flankierend müssten auch hier Mecha-

nismen geschaffen werden, um den negativen Arbeitgeberanreizen, keine gesundheitlich beeinträchtigten Personen einzustellen, entgegenwirken.

*Die Verpflichtung von privaten Taggeldversicherern* zur Einführung eines Krankheitsmonitorings und -managements macht ebenfalls einige Änderungen nötig. Vor allen Dingen sollte das Monitoring die Pflicht einschliessen, die Invalidenversicherung über langfristige oder wiederholte Absenzen zu informieren, um eine frühzeitige Intervention zu ermöglichen. Zusätzlich braucht es vermehrt Anreize für eine gewissenhafte, genaue Beobachtung der Absenzen. Im Besonderen sollten die rückwirkenden Zahlungen an die Krankentaggeldversicherer bei einem positiven Rentenentscheid gestrichen werden, denn sie begünstigen die Tendenz, krankheitsbedingten Langzeitabsenzen keine Bedeutung beizumessen. Die Überprüfungen der Arbeitsunfähigkeit durch die privaten Krankentaggeldversicherer sowie die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch zwischen den Allgemeinärzten, welche die Arbeitsunfähigkeit beurteilen, und den Vertrauensärzten der Versicherer sollten ebenfalls gefördert werden. Das von der schweizerischen Unfallversicherungsanstalt SUVA kürzlich mit grossem Erfolg eingeführte individuelle Case-Management könnte den Krankenversicherern als Modell dienen.

Es wäre zu prüfen, ob der positive Effekt des neu ausgestalteten Krankheitsmanagements mit der Einführung einer *obligatorischen Krankentaggeldversicherung* für alle Erwerbstätigen weiter verbessert werden könnte. Ohne dieses Obligatorium besteht die Gefahr, dass Erwerbstätige ohne Krankentaggeldschutz (zurzeit rund ein Drittel aller Arbeitskräfte) nicht früh genug erkannt werden. Ein voller Versicherungsschutz durch die (private) Krankentaggeldversicherung und die (staatliche) Invalidenversicherung würde die Zusammenarbeit der beiden Versicherungssysteme zudem erheblich verbessern.

Im Rahmen dieser Reformen könnten die medizinischen Instrumente zur Beurteilung von Krankheit und Invalidität weiter verbessert werden. Mit den neuen regionalen ärztlichen Diensten (RAD) hat die Invalidenversicherung die Möglichkeit erhalten, die *medizinischen Abklärungen* bei IV-Leistungsgesuchen selbst durchzuführen. Bei der überwiegenden Mehrheit der Anträge werden die Anspruchsvoraussetzungen allerdings weiterhin ausschliesslich anhand von Arztberichten geprüft. Die führende Rolle der Allgemeinärzte, vornehmlich bei der Abklärung der Arbeitsunfähigkeit, blieb unangetastet. Verbesserungen sollten auf die frühzeitigere Koordination zwischen der Invalidenversicherung und den Krankentaggeldversicherern in medizinischen Belangen ausgerichtet sein. Im Einzelnen wäre eine strengere Kontrolle der ärztlichen Beurteilungen nötig und es sollte die Möglichkeit eingeführt werden, Entscheide nach mehrwöchiger Absenz rückgängig zu machen.

Allgemeinärzte müssen die Möglichkeit erhalten, sich mittels entsprechender *Unterstützung und Schulung* vertiefte Kenntnisse über Sozialversicherungsbelange anzueignen. Daneben sollten sie dazu verpflichtet werden, bei den betriebsärztlichen Diensten Ratschläge einzuholen. Die betriebsärztlichen Dienste sollten Allgemeinärzten zur Verfügung stehen, damit sie den Gesundheitszustand einer Person beurteilen (*d. h.* Art und Grad der Arbeitsunfähigkeit und zumutbare Tätigkeiten) und sie hinsichtlich Arbeitsplatzanpassungen und Rehabilitationsmöglichkeiten beraten. Die Einbeziehung von Berufsfachleuten in das Beurteilungsverfahren ist angesichts der rasch ansteigenden psychischen sowie schmerz- und stressbedingten Erkrankungen besonders wichtig. Allgemeinärzte würden profitieren, wenn sie von der zuständigen Versicherung eine Rückmeldung über die von ihnen erstellte Beurteilung und den Rentenentscheid erhielten.



### 7.3.2 Berufliche Intervention, Rentenabgänge und Arbeitsanreize

Trotz des Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» ist die Teilnahme an Massnahmen zur *beruflichen Wiedereingliederung und Weiterbildung* in der Schweiz relativ gering, sogar weitaus geringer als z. B. in Norwegen. Die Anspruchsvoraussetzungen für berufliche Intervention sollten weiter gefasst werden, so dass alle erwerbstätigen Personen mit gesundheitsbedingten Schwierigkeiten eingeschlossen werden. Nur Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit anzusprechen bedeutet erfahrungsgemäss, sich auf Arbeitslose zu beschränken, bei denen eine Intervention bereits sehr spät kommt. Personen mit niedrigem Erwerbseinkommen vor der Invalidität und häufig auch geringen Qualifikationen haben bei den derzeitigen Anspruchsvoraussetzungen nur schwer Zugang zu beruflicher Wiedereingliederung und Weiterbildung. Das liegt daran, dass Invalidität in der Schweiz als Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit definiert wird. Personen mit niedrigem Einkommen vor dem Eintritt der Invalidität werden dadurch benachteiligt. Weiter gefasste Anspruchsvoraussetzungen würden bedeuten, dass die rechtliche Abklärung des Rentenanspruchs zugunsten einer Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung in den Hintergrund gerät.

Berufliche Wiedereingliederung und Weiterbildung sind eine weitere Möglichkeit, Rentenabgänge positiv zu beeinflussen. In Übereinstimmung mit den oben beschriebenen Anspruchsvoraussetzungen ist es wichtig, dass die Einführung von *neuen niederschweligen Massnahmen*, die oft von kürzerer Dauer und kostengünstiger sind, weiter vorangetrieben wird. Wie geplant ist dabei ein besonderes Augenmerk auf Massnahmen für Personen mit geringen beruflichen Qualifikationen und/oder psychischen Beeinträchtigungen, für welche die bestehenden Massnahmen oftmals unzureichend sind, zu richten. Die neuen Massnahmen sollen die Betroffenen auf andere Formen der Unterstützung und Intervention vorbereiten. Wie in anderen Ländern ist auch in der Schweiz der Kenntnisstand bezüglich des Erfolgs bestehender beruflicher Massnahmen sehr dürftig. Bekannt ist einzig der Anteil der Personen, die nach Absolvierung eines Programms keine *ganze Rente* beziehen. Über tatsächliche Erwerbsintegrationen, Langzeitarbeitsplätze oder Verdienstmöglichkeiten existieren keine Daten. Mit der Einführung von neuen beruflichen Massnahmen erhält die rigorose Evaluation von Rehabilitationsmassnahmen noch mehr Gewicht.

Die Invaliditätspolitik sollte sich auch mit der hohen *Anzahl junger Invaliditätsleistungsempfänger* befassen. Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Anteil der IV-Rentnerinnen und -Rentner unter 35 Jahren in der Schweiz sehr hoch (12% gegenüber 4% in Norwegen und Polen). 80% der IV-Renten bei den 20-34-Jährigen werden auf Grund von psychischen Erkrankungen entrichtet. Da die Eingliederungschancen bei jungen Menschen besonders hoch sind und eine Mehrheit gerne arbeiten würde, ist es wenig sinnvoll, ihnen von vorneherein eine Dauerrente zuzusprechen. Um diesem Problem entgegenzuwirken, sollte zunächst der Leistungsanspruch von Rentenempfängern unterhalb einer bestimmten Altersgrenze (etwa 40-45) neu beurteilt werden und zumindest als teilweise arbeitsfähig eingestuften Invaliditätsleistungsempfänger besondere Unterstützung zuteil werden, damit sie ihre Eingliederungschancen auch voll ausschöpfen können. Ein weiterer Lösungsansatz bestünde darin, alle Neuberentungen einige Jahre nach Rentenanstritt obligatorisch neu zu beurteilen, insbesondere bei Personen unter 50 Jahren.

Für Erwerbstätige, die krankheitsbedingt länger als vier Wochen von der Arbeit fernbleiben, wäre eine progressive oder *teilweise Arbeitsaufnahme* in Betracht zu ziehen. Die Einführung eines Teil-Krankentaggeldes für die Genesungsphase, ähnlich wie der Teilanspruch auf Krankengeld in Nor-

wegen, könnte die frühere Wiedereingliederung fördern und längerfristig die Invaliditätsneueintrittsraten senken. Somit würden auch Kosten eingespart und berufliche Qualifikationsverluste vermieden.

Damit die Rentenabgänge weiter zunehmen, müssen die *Arbeitsanreize* verbessert werden. Berechnungen nach dem OECD-Steuervergünstigungsmodell zeigen, dass die effektiven Steuersätze vor allen für erwerbstätige Rentenempfänger mit Kindern sehr hoch sind. Die 5. IV-Revision sieht mehrere Lösungen zur Verbesserung der finanziellen Anreize vor. Sie sollten zügig umgesetzt und nicht aufgeschoben werden, bis die anderen Reformkomponenten in Kraft treten. Die Einkommensfreibeträge (in der Revision als allgemeine Möglichkeit erwähnt) sollten spezifiziert und auch tatsächlich eingeführt werden. Zur Verbesserung der Arbeitsanreize wären zudem Änderungen bei den Kinderzulagen der ersten Säule nötig. Sie sind für die einkommensschwache Bevölkerung eine wichtige Einnahmequelle und müssten deshalb zumindest einkommensabhängig ausgerichtet werden. Unterstützend sollte die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit für bestimmte Gruppen von Rentenempfängern mit Hilfe von erwerbsabhängigen Unterstützungszahlungen attraktiv gemacht werden. Abgesehen davon wäre es wichtig, einen stufenweisen Leistungsrückzug mit parallel verlaufenden Erwerbseinkommenserhöhungen auszubauen, um speziell durch die Abstufung der Teilleistungen der ersten und zweiten Säule verursachte Sprünge in den effektiven Steuersätzen zu vermeiden.

### **7.3.3 Verbesserung der institutionellen Struktur und Abstimmung verschiedener Systeme**

Ein besonderes Problem in der Schweiz ist der so genannte *Drehtüreffekt*. Um hier Abhilfe zu schaffen, sollte die Invalidenversicherung abgelehnte Antragsteller weiter begleiten und betreuen, umso mehr, als die Ablehnungsquote in den letzten Jahren stark angestiegen ist. Mit einer solchen Betreuung könnte sichergestellt werden, dass die Betroffenen die nötige Unterstützung erhalten, die es ihnen ermöglicht, im Arbeitsmarkt zu verbleiben bzw. dahin zurückzukehren. Die Lösung dieses Problems erscheint umso dringender, als die Einführung von Kurzzeitmassnahmen zur Verhinderung von Langzeitinvalidität geplant ist. Auch abgelehnte IV-Antragsteller sollten Anspruch auf diese neuen Massnahmen haben.

Mit einer besseren *interinstitutionellen Zusammenarbeit* der verschiedenen an der Eingliederung beteiligten Akteure soll gegen den Drehtüreffekt vorgegangen werden. Der Schwachpunkt vieler dieser Initiativen ist ihre freiwillige Basis. Um die Zusammenarbeit noch effektiver zu gestalten, müssten die gesetzlichen Grundlagen verstärkt werden. Das «Solothurner Modell» ist in dieser Hinsicht ein erfolgversprechendes Beispiel, das von den anderen Kantonen übernommen werden sollte.

Die gegenwärtige Einführung der neuen *Arbeitsvermittlungsstruktur* in den einzelnen kantonalen IV-Stellen ist ebenfalls vor dem Hintergrund unzureichender interinstitutioneller Zusammenarbeit zu betrachten. Ihr liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) wenig geeignet sind, Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfolgreich einzugliedern, nicht zuletzt, weil sie in erster Linie auf rasche und nicht auf nachhaltige Wiedereingliederung hinarbeiten. Es muss sich erst noch herausstellen, ob die kantonalen IV-Stellen diesbezüglich effektiver sind. Grössere Investitionen fallen für die Einstellung von zureichend qualifizierten Case-Managern an. Zusätzlich sollte die Zusammenarbeit mit den RAV verbessert werden, damit die Kenntnisse der kantonalen IV-Stellen über die besonderen Bedürfnisse von Personen mit Behinderungen und die Erfahrung der RAV in Bezug auf die Bedürfnisse der Arbeitgeber effizient miteinander kombiniert werden können. Überlegt werden sollte auch eine Koordination mit NGOs, die auf die Arbeitsvermittlung von schwer zu vermittelnden Personengruppen spezialisiert sind, ansonsten könnte der Aufbau

eines weiteren Kontaktnetzes mit Arbeitgebern kostspielig werden und die interinstitutionelle Zusammenarbeit schlimmstenfalls behindern, statt sie zu fördern.

Auch bei der eigentlichen *Organisation der Invalidenversicherung* sind Verbesserungen nötig. Es besteht eine Diskrepanz zwischen Finanzierungs- und Verantwortungsmechanismen. Die Rentenentscheide sind Aufgabe der kantonalen IV-Stellen, wohingegen die Rentenfinanzierung grösstenteils durch den Bund erfolgt. Es wären verschiedene Lösungen denkbar, um die Kontrolle und Aufsicht über die IV-Stellen durch die Aufsichtsbehörde des Bundes zu verbessern und dadurch eine Harmonisierung der Praktiken in den verschiedenen Kantonen zu erreichen. Die Bundesbehörde sollte Standards für die optimale Vorgehensweise ausarbeiten und veröffentlichen. Fallen die Ergebnisse in einem Kanton schlecht aus, weil versäumt wurde, die Standards umzusetzen, sollte die Behörde klar darauf hinweisen.

Die laufende Reform sieht eine *zielorientierte Steuerung und Wirkungsindikatoren* vor, wie sie vor kurzem auch für die RAV eingeführt wurden. Sie sollten auch bei den IV-Stellen so schnell wie möglich zur Anwendung kommen und mit klaren Zielsetzungen und Sanktionen bei Nicht-Erfüllen der Ziele einhergehen. Es müssten für alle kantonalen IV-Stellen die gleichen, den kantonalen Unterschieden bezüglich Industriestruktur und Arbeitslosenquote angepasste Indikatoren angewendet werden. Sie sollten ein Gesamtbild über die Vorgehensweise und die erzielte Wirkung der IV-Stellen vermitteln. Dabei könnten folgende Parameter berücksichtigt werden: (i) Anteil der Rentengesuche mit aktiver Massnahme innerhalb eines festgelegten Zeitraums, z.B. innerhalb von drei Monaten; (ii) Anteil der ersten Rentengesuche mit Zuspruch einer Teil- oder Vollrente; (iii) durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem ersten Leistungsantrag und dem Rentenentscheid; (iv) durchschnittliche Verfahrensdauer bei einer erfolgreichen Wiedereingliederung; und (v) Anzahl und Anteil der Übergänge von einer Voll- in eine Teilrente oder von einer anderen Leistungszahlung in eine Erwerbstätigkeit, einschliesslich Informationen über die Arbeitsplatzstabilität.

Ein weiteres Problem ist der rasche Anstieg von neuen Invaliditätsleistungsanträgen mit Anspruch auf *Zusatzleistungen*. In der Schweiz ist Armut bei Personen mit Behinderungen im Erwerbsalter relativ weit verbreitet und nimmt trotz der hohen Erwerbsquote im Vergleich zu anderen OECD-Ländern weiter zu. Zur Ermittlung der Gründe für diese Entwicklung und der besten politischen Antworten sind weitere Analysen nötig. Eine Erklärung könnte der massgebende Mindestlohn für eine BVG-Deckung und somit für einen Anspruch auf eine IV-Rente aus der 2. Säule sein. Bis vor kurzem betrug der Mindestlohn 35-40% des Durchschnittseinkommens. Ein bedeutender Anteil der Arbeitskräfte (derzeit um die 30%), namentlich Frauen, die häufig eine Teilzeitbeschäftigung ausüben, waren de facto vom BVG-Versicherungsschutz ausgeschlossen. Es wird sich zeigen, welche Wirkung die kürzliche Senkung des Mindestlohns auf 25-30% des Durchschnittsgehalts haben wird. Es wäre zu überlegen, ob der Mindestlohn nicht vollständig gestrichen werden sollte, um den Versicherungsschutz auf alle Erwerbstätigen auszudehnen.

Abschliessend ist zu bemerken, dass dringend weitere Anstrengungen zur *Verbesserung der Datenlage* zu krankheitsbedingten Absenzen und IV-Renten aus der beruflichen Vorsorge erforderlich sind. In diesen Bereichen sind die verfügbaren Informationen für eine wirksame, auf Erfahrung basierende Politik unzureichend. Dass die Bereiche mit dürftiger Datenlage von privaten Versicherungsgesellschaften verwaltet werden, bedeutet nicht, dass die Versicherer nicht zur Herausgabe der dringend benötigten Informationen verpflichtet werden können.



## Literaturverzeichnis

- Andlin-Sobocki, P., B. Jönsson, H.U. Wittchen and J. Olesen (2005), "Cost of Disorders of the Brain in Europe", *European Journal of Neurology*, Vol. 12, Suppl. 1, pp. 1–27.
- Askildsen, J.E., E. Bratberg and O.A. Nilsen (2005), "Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence: A Panel Study", *Health Economics*, Vol. 14, No. 11, pp. 1087-1101.
- Bachmann, R. and C. Furrer (1999), "Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidgenössischen Invalidenversicherung", Forschungsbericht Nr. 6/99 im Auftrag des BSV, Bern.
- Baumgartner, E., S. Greiwe and T. Schwarb (2004), "Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz", Forschungsbericht Nr. 5/04, BSV, Bern.
- Bond, G.R., R.E. Drake, K.T. Mueser and D.R. Becker (1997), "An Update on Supported Employment for People with Severe Mental Illness", *Psychiatric Services*, Vol. 48, pp. 335-346.
- Børing, P. (2004), "Norsk og annen nordisk forskning om yrkesrettet attføring" [Norwegian and other Nordic research on vocational rehabilitation], NIFU Working Paper 8/2004, Oslo.
- BSV (2005), "Botschaft über die 5. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung", [http://www.bsv.admin.ch/iv/projekte/d/Botschaft\\_5te.pdf](http://www.bsv.admin.ch/iv/projekte/d/Botschaft_5te.pdf).
- Burgard, S., J. Brand and J. House (2006), "Job Insecurity and Health in the United States", PSC Research Report, No. 06-595, Population Studies Center, University of Michigan.
- Buri, M. (2000), "Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung", *Soziale Sicherheit* 6/2000, S. 327-330.
- Corrigan, P.W. (2001), "Place-Then-Train: An Alternative Paradigm for Psychiatric Disabilities", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 8, pp. 334-349.
- Dodu, N. (2005), "Is Employment Good for Well-Being?", *JOPED*, Spring, pp. 17-33.
- DOK (2004), "Anreize für Arbeitgeber zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung", Bericht einer Arbeitsgruppe der DOK.
- Domenighetti, G., B. D'Avanzo and B. Bisig (1999), "Health Effects of Job Insecurity among Employees in Switzerland", Lausanne University, Cahier de recherche, No. 9907.
- ECON (2006), "Uførepensjon som lønnstilskudd: Årsaker til lavt omfang" [Disability benefits as a wage subsidy: Reasons for low take-up], Rapport 2006-010, Oslo.
- Evans, M., K. Frøyland and Ø. Spjelkavik (2004), "Supported Employment in Norway – a National Mainstream Programme", The Work Research Institute, Occasional Papers, No. 6/04, Oslo.
- EWCO (2005a), "Managing the Risk of Work-related Stress", <http://www.eurofound.eu.int/ewco/2005/02/EU0502NU02.htm>

EWCO (2005b), "Violence, Bullying and Harassment in the Workplace", <http://www.eurofound.eu.int/ewco/reports/TN0406TR01/TN0406TR01.pdf>

Ferrie, J., M. Shipley, S. Stansfeld and M. Marmot (2002), "Effects of Chronic Job Insecurity and Change in Job Security on Self Reported Health, Minor Psychiatric Morbidity, Physiological Measures, and Health Related Behaviours in British Civil Servants: The Whitehall II Study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 56, pp. 450-454.

Fevang, E., K. Roed, L. Westlie and T. Zhang (2004), "Veier inn i, rundt i, og ut av det norske trygde- og sosialhjelpssystemet" [Ways in, between and out from the Norwegian social security system], Ragnar Frisch Centre for Economic Research, Rapport 6/2004, Oslo.

Förster, M.F. and M. Mira d'Ercole (2005), "Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s", OECD Social, Employment and Migration Working Paper, No. 22, OECD, Paris.

Furrer, C., O. Bieri and R. Bachmann (2003), "Berufliche Wiedereingliederung in der Eidgenössischen Invalidenversicherung", Schlussbericht des Interface Institut für Politikstudien, Luzern.

Grasdal, A., K. Salvanes and K. Vaage (2005), "Industry Restructuring and Sickness Absenteeism. A Microeconomic Analysis Using Matched Employer-Employee Data", mimeo, Department of Economics, University of Bergen.

Gredig, D., S. Deringer, M. Hirtz, R. Page and H. Zwicky (2005), *Menschen mit Behinderungen in der Schweiz*. Verlag Rüegger, Zürich.

Høgelund, J. and A. Holm (2004), "Case Management and Returns to Work of Disabled Employees", Centre for Applied Microeconometrics, University of Copenhagen.

Hoopengardner, T. (2001), "Disability and Work in Poland", Social Protection Discussion Paper Series No. 0101, World Bank, Washington, DC.

Johansson, P. and P. Skedinger (2005), "Are Objective, Official Measures of Disability Reliable?", IFAU Working Paper, No. 2005-14, Institute for Labour Market Policy Evaluation, Uppsala.

Jones, A. and O. O'Donnell (1995), "Equivalence Scales and the Costs of Disability", *Journal of Public Economics*, Vol. 56, pp. 273-289.

Jong, P., M. Lindeboom and B. Klaauw (2006), "Screening Disability Insurance Applications", IZA DP, No. 1981.

Koning, P. (2004), "Estimating the Impact of Experience Rating on the Inflow into Disability Insurance in the Netherlands", CPB Discussion Paper, No. 37, The Hague.

Lee, D. (2005), "Musculoskeletal Disorders, Case Management and Rehabilitation: A Review", *JOPED*, Spring, pp. 59-72.

Melvyn, P. (1993), "Social Integration and Vocational Rehabilitation for Persons with Mental Disabilities", Eurosocial Report Series, Vol. 44, Vienna.

Mosley, H., H. Schütz and N. Breyer (2001), "Management by Objectives in European Public Employment Services", Discussion Paper FS I 01-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

Nordberg, M. and K. Røed (2002), "Utstøting fra arbeidsmarkedet og tiltaksapparatets rolle" [Exclusions from the labour market and the role of activation programmes], Ragnar Frisch Centre for Economic Research, Report 2/2002, Oslo.

NZZ (Neue Zürcher Zeitung, Internationale Ausgabe) (2006), S. 33, 17 Januar.

OECD (2003a), *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, OECD, Paris.

OECD (2003b), *Ageing and Employment Policies: Sweden*, OECD, Paris.

OECD (2004a), *Economic Survey: Poland*, OECD, Paris.

OECD (2004b), *Ageing and Employment Policies: Norway*, OECD, Paris.

OECD (2004c), *Employment Outlook*, OECD, Paris.

OECD (2004d), *Benefits and Wages, 2004 Edition*, OECD, Paris.

OECD (2006), *Boosting Jobs and Incomes: A reassessment of the OECD Jobs Strategy*, OECD, Paris.

Polish Ministry of Economy and Labour (2004), "Poland 2004 report: Labour Market and Social Security", Warsaw.

Polish Ministry of Economy and Labour (2005), *Employment in Poland 2005*, M. Bukowski (ed.), Department of Economic Analyses and Forecasts, Warsaw.

Polish Ministry of Social Policy (2005), "Report on the Implementation of the European Social Charter", Edition 2003/04, Warsaw.

Reiersen, T (2004), "Oppfølgingsundersøkelse blant arbeidssøkere som sluttet å melde seg ved Aetat høsten 2002. Del 1: Tilpassing på arbeidsmarkedet et år etter" [A follow-up survey of jobseekers who stopped registering at the PES, Autumn 2002. Part 1: Their situation in the labour market one year later], Aetat Arbeidsdirektoratet, Report No. 01/2004, Oslo.

Rikstrygdeverket (2004), "Effekt av aktiv sykemelding, 2002-2003" [The effect of active sick leave, 2002-2003], Report No. 03/2004, Oslo.

Rikstrygdeverket (2005), "Folketrygden Nøkkeltall 1. halvår 2005" [Social security scheme in figures 1. half of 2005], Report No. 03/2005, Oslo.

Rikstrygdeverket (2006), *Fastlegers sykemeldings- praksis I: Variasjoner* [Variation of GPs' practices in certifying sickness absence I], Report No. 05/2006, Oslo.

Rüst, T. and A. Debrunner (2005), "Supported Employment", Modelle unterstützter Beschäftigung bei psychischer Beeinträchtigung, NFP 45, Probleme des Sozialstaates. Verlag Ruediger, Zürich.

SECO (2002), "Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz", Arbeitsbedingungen Nr. 3 (11.2002), Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern.

SECO (2003), "Les coûts du stress en Suisse", Conditions de travail No. 5 (03.2003), Staatssekretariat für Wirtschaft, Bern.

Spycher, S., J. Baillod, J. Guggisberg and M. Schär Moser (2004), "Analyse der kantonalen Unterschiede innerhalb der Invalidenversicherung", Kurzfassung einer Studie im Rahmen des NFP 45, Büro BASS und büro a&o, Bern.

Statistics Norway (2005), "The Effect of Plant Downsizing on Disability Pension Utilisation", Discussion Papers, No. 435, Oslo.

Swiss-Re (2005), "Ersatzquoten-Apéro", presentation of a model for replacement rates of Swiss disability pensions, prepared by M. Knöpfel.

Visier, L. (1998), "Sheltered Employment for Persons with Disabilities", *International Labour Review*, Vol. 137, No. 3.

Waddell, G. and K. Burton (2004), *Concepts of Rehabilitation for the Management of Common Health Problems*, commissioned by The Corp Medical Group, Department for Work and Pensions, London.

Waddell, G. and A.K. Burton (2006), "Is Work Good for Your Health and Well-being?", forthcoming.

Walker-Bone, K. and C. Cooper (2005), "Hard Work Never Hurt Anyone – Or Did It? A Review of Occupational Associations with Soft Tissue Musculoskeletal Disorders of the Neck and Upper Limb", *Ann Rheum Dis*, Vol. 64, pp. 1391-1396.

WHO (2000), "Measuring and reporting on the health of populations", EB107/8 note, Geneva.

Wittchen, H. and F. Jacobi (2005), "Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies", *European Neuropsychopharmacology*, Vol. 15, pp. 357 – 376.

Zaidi, A. and T. Burchardt (2005), "Comparing Incomes When Needs Differ", *Review of Income and Wealth*, Vol. 51-1, pp. 89-114.