



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

***Determinanten  
der Inanspruchnahme  
einer Invalidenrente***

***Eine Literaturstudie***

**Forschungsbericht Nr. 10/00**

**BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT**

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

**Autoren:** Leo Aarts, Phillip de Jong  
(Aarts & de Jong B.V., Den Haag)  
Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für  
Wohlfahrtspolitik und \_Sozialforschung, Wien)

**Herausgeber** Bundesamt für Sozialversicherung

**Auskünfte:** Géraldine Luisier Rurangirwa  
Bundesamt für Sozialversicherung  
Effingerstrasse 20  
3003 Bern  
Tel. +41 (0) 31 322 42 31  
E-mail: [geraldine.luisier@bsv.admin.ch](mailto:geraldine.luisier@bsv.admin.ch)  
Internet: <http://www.bsv.admin.ch/>

**ISBN:** 3-905340-18-6

**Copyright:** Bundesamt für Sozialversicherung  
CH-3003 Bern

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

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

**Bestellnummer:** [318.010.10/00d](#)

***Determinanten der Inanspruchnahme  
einer Invalidenrente***

***Eine Literaturstudie***

Leo AARTS, Aarts & de Jong B. V., Den Haag

Philipp De JONG, Aarts & de Jong B. V., Den Haag

Christopher PRINZ, Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik  
und Sozialforschung, Wien

*übersetzt aus dem Englischen*

Oktober 2000

## Vorwort des Bundesamtes für Sozialversicherung

Die steigende Anzahl der IV-RentnerInnen, die uns seit einigen Jahren stark beschäftigt, ist ein Problem, mit dem auch andere Länder schon lange konfrontiert sind. Zwar weist die Schweiz im internationalen Vergleich einen noch relativ niedrigen Anteil an Invaliden auf; die Zunahme der Neuzugänge ist hingegen in letzter Zeit viel stärker als im Ausland.

Diese Beobachtungen aus einer früheren im Auftrag des BSV realisierten Studie<sup>1</sup> laden zu einer vertieften Analyse der Determinanten für die Inanspruchnahme von IV-Leistungen ein. Der vorliegende Bericht befasst sich mit dieser Fragestellung. Die ausgewählte Methode – eine Studie der internationalen Fachliteratur – erlaubt eine Gegenüberstellung unserer eigenen Kenntnisse mit den Forschungsergebnissen aus dem Ausland und hebt somit unsere Besonderheiten hervor. Der Blick von aussen gibt auch Anlass dazu, Mechanismen unseres Systems in Frage zu stellen, die wir sonst zu betrachten vernachlässigen würden, sei es, weil sie uns zu wohl bekannt sind oder dass sie uns durch die ihnen zugeschriebene Legitimität notwendig erscheinen.

Die Autoren beurteilen die relative Bedeutung verschiedener Bestimmungsfaktoren für die Zunahme der Invaliden. Ihre unabhängige Bewertung beruht auf der ausgewerteten Literatur sowie auf Kenntnissen aus eigenen Forschungsarbeiten. Es liegt an uns, Folgerungen hieraus zu ziehen. Wir werden jedoch keine endgültigen Schlüsse formulieren, denn die vorliegende Literaturstudie ist nur der erste Schritt eines Forschungsrahmens des BSV zur Situation und zu Entwicklungen in der Invalidenversicherung.

Vorderhand entnehmen wir den Resultaten, dass die exogenen Faktoren (Arbeitslosigkeit, Arbeitsmarkt, usw.) weniger Einfluss haben als die Grundzüge der Invalidenversicherung selbst. Einige dieser endogenen Faktoren haben im internationalen Vergleich eine erleichterte Inanspruchnahme und damit höhere Ausgaben zur Folge: Volksversicherung, nach dem Invaliditätsgrad abgestufte Renten, Sonderregelung für Frühinvaliden. Diese Merkmale sind jedoch Ausdruck von Prinzipien der Solidarität, Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Sie tragen zu einer besseren (Wieder-)Eingliederung bei und vermeiden in der Folge den Bezug anderer Leistungen wie der Sozialhilfe.

Es ist nicht die Aufgabe dieses Berichtes, die aufgezeigten Interessen und Werte gegeneinander abzuwägen: Darum dürfen die Resultate auch nicht ohne Weiteres als Aufforderung interpretiert, jeden einzelnen Aspekt, der als Bestimmungsfaktor der Rentnerinnen- und Rentnerzunahme bezeichnet wird, zu reformieren.

Géraldine Luisier, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile. Forschungsbericht Nr. 7/99 und 8/99. Bern: BSV (EDMZ [318.010.7.99d](#) und [318.010.8.99d](#))

## Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'augmentation du nombre de rentiers AI qui nous préoccupe depuis quelques années est un phénomène déjà connu de nombreux pays. La proportion d'invalides atteinte en Suisse reste encore modeste en comparaison internationale, mais la croissance récente des effectifs de nouveaux rentiers y est bien plus marquée qu'ailleurs.

Ces observations, tirées d'une précédente étude commandée par l'OFAS<sup>1</sup>, appellent à approfondir l'analyse des causes du recours à l'assurance-invalidité. Le présent rapport se propose de le faire. La méthode choisie – l'étude de la littérature internationale spécialisée – permet de confronter nos connaissances aux résultats de recherches menées à l'étranger et de mieux distinguer les particularités de notre situation. Faire appel à un regard extérieur est aussi l'occasion de nous laisser interroger sur des mécanismes inhérents à notre système que nous omettrions de considérer parce qu'ils nous sont trop familiers ou qu'ils s'imposent par leur légitimité.

Les auteurs évaluent au terme de leur recherche l'importance relative de divers facteurs explicatifs de la croissance du nombre d'invalides. Leur appréciation indépendante se fonde sur la littérature consultée et sur les connaissances accumulées lors de travaux antérieurs. C'est à nous qu'il appartient de tirer des conclusions. Nous n'en formulerons pas de définitives, car l'étude bibliographique présentée ici ne constitue que l'étape initiale d'un programme de recherche de l'OFAS en matière d'assurance-invalidité.

A ce stade, nous retiendrons que les facteurs externes (chômage, marché du travail, etc.) ont une influence moins déterminante que les caractéristiques mêmes de l'assurance-invalidité. Parmi celles-ci, certaines ouvrent en effet un plus large accès aux rentes et engendrent inmanquablement des dépenses: couverture universelle, rentes échelonnées en fonction du degré d'invalidité, règles spéciales pour les jeunes invalides. Ces caractéristiques répondent toutefois à des principes de solidarité, d'équité, d'égalité des chances. Elles contribuent à une meilleure réinsertion, évitent le recours à d'autres prestations comme l'aide sociale. La pesée des intérêts et valeurs en présence n'est pas l'objectif du rapport: les résultats ne doivent pas, par conséquent, être interprétés sans autres comme un appel à réformer tout aspect du système identifié comme facteur de croissance des effectifs de rentiers.

Géraldine Luisier, collaboratrice scientifique  
Service spécialisé Economie, questions fondamentales et recherche

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Forschungsbericht Nr. 7/99; Band 2: Länderprofile., Forschungsbericht Nr. 8/99. Berne: OFAS (OCFIM [318.010.7.99d](#) et [318.010.8.99d](#)).

## **Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali**

La crescita del numero di beneficiari di rendite AI è un problema che ci occupa molto da alcuni anni e con cui anche altri Paesi si vedono confrontati da molto tempo. Tuttavia del confronto a livello internazionale risulta che la Svizzera presenta una quota relativamente bassa d'invalidi; negli ultimi anni, invece, l'aumento dei nuovi casi d'invalidità è più elevato che all'estero.

Queste osservazioni tratte da uno studio<sup>1</sup> precedente commissionato dall'UFAS invitano ad analizzare in modo approfondito i fattori determinanti relativi al ricorso alle prestazioni AI. Il presente rapporto affronta questa problematica. Il metodo scelto - uno studio di letteratura specializzata internazionale - permette un confronto tra i nostri propri criteri e i risultati delle ricerche fatte all'estero, rilevando così le nostre particolarità. Lo sguardo dall'esterno dà anche l'opportunità di mettere in discussione i meccanismi del nostro sistema, che altrimenti rischieremmo di trascurare perché ci sono troppo noti o perché attraverso la legittimità loro conferita ci sembrano necessari.

Gli autori valutano l'importanza relativa di vari fattori determinanti in relazione con l'aumento del numero di invalidi. La loro valutazione indipendente si basa sulla letteratura analizzata e sulle conoscenze risultanti dai loro lavori di ricerca. Sta a noi trarre delle conclusioni. Ma non formuleremo conclusioni definitive, essendo il presente studio bibliografico solo il primo passo di un quadro di ricerche dell'UFAS per quanto riguarda la situazione e gli sviluppi nell'assicurazione per l'invalidità.

Per il momento, dai risultati rileviamo che i fattori esogeni (disoccupazione, mercato del lavoro ecc.) hanno meno influenza che i principi stessi dell'assicurazione per l'invalidità. Nel confronto internazionale alcuni di questi fattori endogeni danno luogo ad un ricorso facilitato alle prestazioni AI, aumentando così le spese: assicurazione popolare, rendite graduate secondo il grado d'invalidità, disciplinamento speciale per gli invalidi precoci. Ma queste nozioni sono l'espressione dei principi di solidarietà, giustizia e pari opportunità. Contribuiscono ad una migliore (re-)integrazione ed in seguito evitano la riscossione di altre prestazioni come l'aiuto sociale.

Non è compito di questo studio confrontare tra loro gli interessi e i valori menzionati, ragion per cui i risultati non devono essere interpretati come invito a modificare ogni singolo aspetto indicato come fattore determinante per l'aumento dei beneficiari di rendite.

Géraldine Luisier, collaboratrice scientifica  
Servizio economia, questioni fondamentali e ricerca

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile. Rapporti di ricerca n. 7/99 e 8/99. Berna: UFAS (EDMZ [318.010.7.99d](#) e [318.010.8.99d](#))

## Foreword by the Federal Social Insurance Office

The growing number of people drawing invalidity pensions, which has been of concern to us for some years now, is a problem that other countries have already had to deal with for a long time. Although by comparison with many other countries the number of beneficiaries of invalidity pensions in Switzerland is relatively small, the increase in newly registered beneficiaries has been much stronger in recent times than abroad.

In view of these observations, which were made during an earlier study carried out for the FSIO<sup>1</sup>, a more detailed analysis of the determining factors concerning entitlement to invalidity insurance benefits is needed. The present report deals with this issue. The method chosen – a study of international literature on the subject – involved comparing the situation in Switzerland with the results of research carried out in other countries and reveals the particularities of our country. An outside view is also an opportunity to question the mechanisms of our own system, an exercise that we would otherwise neglect, either because we are too familiar with them or because we consider them necessary owing to the legitimacy they are accorded.

The authors evaluate the relative importance of various factors which account for the rise in the number of invalids. Their independent assessment is based on selected literature sources and the findings of their own research work. It is up to us to draw conclusions. We shall not draw any definitive conclusions, however, since the present literature analysis is only the first stage in an FSIO research programme focused on the situation and trends in invalidity insurance.

For the time being we have noted from the results that exogenous factors (unemployment, labour market, etc.) have less influence on this issue than the fundamental principles of invalidity insurance itself. In comparison with other countries, some of these endogenous factors make it easier to claim benefits, which in turn leads to higher expenditure: compulsory insurance, pensions graduated according to degree of invalidity, special regulations for young invalids. These characteristics are an expression of solidarity, justice and equality, however. They help to improve (re-)integration and thus avoid claims for other services such as social welfare.

It is not the aim of this report to compare the interests and values indicated here. For this reason, the results as they stand should not be interpreted as a call for each individual aspect which is given as a factor influencing the increase in the number of beneficiaries to be reformed.

Géraldine Luisier, Scientific Advisor  
Dept. of Economic Affairs, Basic Principles and Research

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile. Forschungsbericht Nr. 7/99 und 8/99. Bern: BSV (EDMZ [318.010.7.99d](#) und [318.010.8.99d](#))

## Determinante der Inanspruchnahme einer Invalidenrente

### Zusammenfassung

Nicht nur die Schweiz hat ein Problem mit der sogenannten "*neuen Invalidität*". Auch in anderen Ländern – etwa den Niederlanden, Skandinavien und den Vereinigten Staaten – hat sich das Profil des typischen Invalidenrentners vom älteren Mann mit Muskel- und Knochenerkrankungen zur jüngeren Frau mit psychischen Problemen verschoben. Im internationalen Vergleich weist die Schweiz allerdings sowohl einen niedrigen Anteil an Invalidenrentner/innen wie auch immer noch eine relativ niedrige jährliche Neuzugangswahrscheinlichkeit auf. Die *Zunahme der Zahl der Neuzugänge* war im letzten Jahrzehnt jedoch grösser als in den meisten anderen OECD-Ländern, wo es zum Teil gerade wegen der vergleichsweise wesentlich höheren Ausgaben bereits tiefgreifende Reformen gegeben hat. Noch etwas fällt im internationalen Vergleich besonders auf: in der Schweiz werden Invalidenrenten kaum als vorzeitige Altersrente benützt, ganz im Gegensatz zu vielen anderen OECD-Ländern, wo Personen im Alter zwischen 50 und 65 Jahren das Gros dieser Rentnergruppe darstellt. Die Invalidisierungsrate bei Personen im Haupterwerbsalter ist in der Schweiz hingegen überdurchschnittlich hoch.

In dieser Literaturstudie werden über 30 *Determinanten* zusammengestellt, die – zum Teil als *endogene*, d.h. der Invalidenversicherung inhärente, und zum Teil als *exogene*, d. h. von aussen auf die Invalidenversicherung einwirkende Anreizfaktoren – bei der Inanspruchnahme der Invalidenrente eine Rolle spielen. Die 30 wichtigsten davon sind mit Hinblick auf zwei wesentliche Kriterien in der nachfolgenden schematischen Zusammenfassung dargestellt.

- 1) die *Robustheit* der untersuchten Forschungsergebnisse. Ein Bestimmungsfaktor wird als sehr robust eingestuft, wenn er nach allen verfügbaren Untersuchungen einen Beitrag zur Erklärung der Entwicklung des Invalidisierungsrisikos leistet. Ausschlaggebend ist nicht, ob es sich um einen wesentlichen Erklärungsfaktor handelt, sondern ob alle Untersuchungen eindeutig zum mehr oder weniger gleichen Ergebnis kommen. Ein Bestimmungsfaktor, der nur in einigen Untersuchungen als relevanter Faktor identifiziert wird, nach anderen jedoch keinen Erklärungsbeitrag leistet, wird als widersprüchlich (= widersprechende Befunde) eingestuft.
- 2) die *Bedeutung*, die dem jeweiligen Bestimmungsfaktor für die Erklärung der im zurückliegenden Jahrzehnt beobachteten Zunahme des IV-Rentenbestandes in der Schweiz zukommt. Die Bedeutung – ermittelt anhand der Forschungsergebnisse und der eigenen Interpretation der Autoren – reicht dabei von sehr wichtig bis relativ unwichtig.



**Welche Faktoren sind massgebend für die Inanspruchnahme einer Invalidenrente?**

- Für eine *Mehrheit der systemspezifischen, endogenen Determinanten* liefert die Forschung eindeutige Bestätigungen der angeführten Hypothesen (vgl. beiliegende Tabelle). Beispiele dafür sind etwa relativ hohe Invalidenrenten; niedrige Mindestinvaliditätsgrade; die Vergabe unbefristeter Invalidenrenten; einheitliche Versicherungsprämien für alle Arbeitgeber oder grosse Ermessensspielräume für die Administratoren – allesamt Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der Beantragung und Gewährung von Invalidenrenten in der Regel erhöhen.
- Die *exogenen Determinanten sind weniger eindeutig* auf ihre Wirkung festzulegen als die systemspezifischen Faktoren. Nur bei zwei individuellen Merkmalen potenzieller Antragsteller (schlechte Ausbildung und höheres Alter) konnte ein systematischer Zusammenhang mit der wachsenden Zugangswahrscheinlichkeit festgestellt werden. Dennoch scheinen sich auch die exogenen Faktoren mehrheitlich zugangserhöhend auf die Rentenbestände auszuwirken ("relativ robuste Ergebnisse"). Dies trifft beispielsweise auf strukturelle und zyklische Arbeitslosigkeit zu, die in der Regel – jedoch nicht immer – als Schlüsselfaktor betrachtet wird.

**Wie gross ist die relative Bedeutung der einzelnen Determinanten?**

- Manche Faktoren führen empirischen Untersuchungen zufolge zwar eindeutig zu einer Erhöhung der Zugangsrate, haben aber im "Gesamtpaket" aller Anreize nur relativ geringfügige Relevanz. Die relative Bedeutung einzelner Faktoren hängt offensichtlich auch vom *jeweiligen institutionellen Kontext* ab. Es ist daher schwierig, das Gewicht einzelner Determinanten richtig einzuschätzen, ohne die landesspezifischen Besonderheiten zu berücksichtigen.
- Insgesamt finden sich deutliche Hinweise darauf, dass *finanzielle und administrative Anreize* wichtige Determinanten der Inanspruchnahme von Invalidenrenten sind. Die Attraktivität der Invalidenrente leitet sich aus einer Kombination personen- und systembezogener Anreize ab. Menschen mit chronischen Leiden und geringen Arbeitsmarktchancen in sozial benachteiligten Stellungen, die kaum berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bieten, neigen eher als ihre sozial besser gestellten Kollegen dazu, sich nach alternativen Einkommensquellen umzusehen.
- Eine zentrale Schlussfolgerung daraus lautet, dass endogene, d.h. durch den *Aufbau und die Funktionsweise der Invalidenversicherung bedingte Anreize* mehr als die allgemeinen, gesellschaftlich bedingten Faktoren zum Verständnis des Sachverhaltes beitragen. Die grossen Unterschiede zwischen Ländern, die ähnlichen exogenen Einflüssen – wie etwa ein verschärfter internationaler Wettbewerb, die Verdrängung ganzer Industriesektoren durch neue Dienstleistungs-

branchen, die steigende Erwerbsquote bei den Frauen sowie die Alterung der Bevölkerung – ausgesetzt sind, lassen sich meist nur durch endogene Faktoren erklären.

- Die wichtigste Ausnahme ist *Arbeitslosigkeit*, welche als exogener Faktor in fast allen Kontexten eine wichtige Rolle spielt. Dabei findet sich eine ungünstige Asymmetrie: steigende Arbeitslosigkeit bringt in der Regel eine höhere Inanspruchnahme der Invalidenrente mit sich, abnehmende Arbeitslosigkeit führt aber zu keinem entsprechenden Rückgang der Invalidenrentenbestände.

### **Welche Anreizfaktoren sind für die Situation in der Schweiz von besonderer Bedeutung?**

Die Ermittlung der Faktoren, die für die Entwicklung in der Schweiz im zurückliegenden Jahrzehnt (d.h. zunehmende Inzidenz und zunehmende Prävalenz) massgeblich waren, stützt sich sowohl auf die vorliegenden Daten und Forschungsergebnisse als auch auf eigene Interpretation des Sachverhalts, welche ihrerseits vor allem auf den Ergebnissen von Prinz (1999)<sup>1</sup> beruht. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass die Identifikation einzelner Faktoren *nicht* den Schluss nahelegen soll, in diesem Bereich Gegenmassnahmen anzusteuern – viele dieser Regelungen erscheinen gerade im internationalen Vergleich ausserordentlich wünschenswert.

- In der Schweiz – wie auch in einigen anderen Ländern – sieht die Vorsorge bei Invalidität *Teilleistungen* (abgestufte Renten) vor, die den Erwerbsbedürfnissen von Teilinvaliden Rechnung tragen sollen, zugleich aber von einer erweiterten Bevölkerungsgruppe als Einladung zur Inanspruchnahme wahrgenommen werden können. Länder ohne derartige Teilleistungssysteme setzen darüber hinaus im allgemeinen ein höheres Mindestinvaliditätsausmass fest.
- Die Schweiz geht bei der Berechnung der *Zurechnungsbeträge für Personen unter 45 Jahren* einen Sonderweg: Bei der Festlegung der Bemessungsgrundlage wird dem Bezieher ein beruflicher Werdegang zugerechnet, den er durchlaufen hätte, wäre er nicht invalid geworden – das führt zu einer geringeren Benachteiligung jüngerer Invalide, kann aber zugleich eine höhere Inanspruchnahme auslösen.
- Ausserdem unterstützt die schweizerische Invalidenvorsorge (wie in skandinavischen Ländern) auch *Personen, die nie beschäftigt waren* (wie etwa Hausfrauen) oder auch *keine Beiträge* an das System entrichtet haben (Frühinvaliden). Solche Systeme führen zwangsläufig zu grösseren Rentenbeständen, bieten zugleich aber eine bessere Absicherung für Nichterwerbstätige.

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile, Forschungsberichte Nr. 7/99 bzw. 8/99. Bern: BSV.

- Die *komplexe Invaliditätsdefinition* wird in der Schweiz durch zwei Bestimmungen noch schwerer fassbar. Erstens bemisst sich der Invaliditätsgrad an der relativ zu den Einkünften vor Eintritt der Invalidität verbleibenden Rest-Erwerbsfähigkeit, und zweitens werden bei der Bewertung nur Positionen in Betracht gezogen, die im Hinblick auf die Situation des Antragstellers und seine Eingliederungschancen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage als *zumutbar* gelten. Im Vergleich zum strikten Berufsschutz etwa in Österreich wirkt letztere Regelung zwar bremsend, in den meisten Ländern Europas wurde zuletzt jedoch jeglicher Berufsschutz abgeschafft.
- Die Kompliziertheit dieses Verfahrens und die immer noch wichtige Rolle der Hausärzte eröffnet den Administratoren in der Schweiz *grosse Entscheidungsspielräume*; grösser als in den meisten anderen Ländern Europas. Je mehr Gewicht die Hausärzte den Interessen ihrer Patienten beimessen, um so grösser wird das Risiko für den Versicherer.
- Wie in allen anderen OECD-Ländern auch, funktionieren Arbeitgeber die Invalidenversicherung oftmals zu einem *beschäftigungspolitischen Instrument* um, da Entlassungen strengerer Vorschriften unterliegen. Dieser Faktor gewinnt in Zeiten zunehmender Arbeitslosigkeit auch in Ländern mit flexiblen Arbeitsmärkten (wie etwa den USA) an Bedeutung. Darüber, welche Rolle dies in der Schweiz spielt, liegen keine Untersuchungen vor; die weit unterdurchschnittliche IV-Prävalenz bei älteren Personen ist aber ein Indiz für eine geringere Bedeutung dieses Faktors.
- Von den exogenen Determinanten scheinen nur zwei für die jüngste Entwicklung in der Schweiz wirklich wichtig: Als erste ist die *rapide Zunahme der Arbeitslosigkeit* zu nennen, wenngleich das Arbeitslosenniveau im OECD-Vergleich immer noch sehr niedrig ist. Langzeitarbeitslosigkeit mündet nachweislich nicht zwangsläufig direkt in Invalidität, ihre Zunahme macht jedoch die Effekte einer ganzen Reihe endogener Faktoren deutlich. Von steigender Arbeitslosigkeit sind Personen mit Erwerbsminderungen als erste betroffen. Systeminhärente Anreizfaktoren (z.B. Teilleistungen oder Zurechnungsbeträge für Jüngere), die zuvor keine wesentlichen Auswirkungen hatten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines IV-Antrages überproportional. Regelungen mit grossen Entscheidungsspielräumen und die Verwendung von Zumutbarkeitskriterien erhöhen die Erfolgchancen derartiger Anträge.
- Relevant scheint auch die *veränderte Einstellung gegenüber Krankheit*. Die hinter der psychischen Invalidität steckenden Faktoren sind zwar weitgehend unbekannt, die geringere Stigmatisierung psychischer Invalidität und die schwierigere Beurteilung der beruflichen Konsequenzen psychischer Krankheiten sind aber sicher wesentliche Aspekte.

**Schematische Zusammenfassung der Ergebnisse: Robustheit von 30 Invalidisierungsdeterminanten und deren Relevanz für die jüngere Entwicklung in der Schweiz (Zunahme des IV-Rentenbestandes) <sup>a), b)</sup>**

<i>Endogene Determinanten</i>				<i>Exogene Determinanten</i>		
Determinante	Robustheit der Befunde	Relevanz für die Schweiz		Determinante	Robustheit der Befunde	Relevanz für die Schweiz
➤ Hohe Ersatzrate	2	2	<i>Positiver Einfluss auf Zugangswahrscheinlichkeit, negativer Einfluss auf Ausstiegswahrscheinlichkeit</i>	➤ Höheres Alter (indirekt), Alterung	3	2
➤ Teilleistungen (nach dem Invaliditätsgrad abgestufte Renten); niedriger Mindestinvaliditätsgrad	3	3		➤ Weibliches Geschlecht	1	2
➤ Günstige Regelungen für jüngere Antragsteller	?	3		➤ Niedriges Bildungsniveau	3	1
➤ Ergänzungsleistungen/zusätzliche Leistungen	3	1		➤ Höhere Leistungsanforderungen	2	2
➤ Hohe IV-Rente relativ zu anderen Leistungen	3	1		➤ Veraltete Kompetenzen	2	1
➤ Geringe Einbussen durch Antrag	2	2		➤ Relevanz sozialer Kompetenzen	2	?
➤ Unbefristete Leistungen	3	3		➤ Arbeitslosigkeit schwächt die Gesundheit	2	2
➤ Hohe Gewährungswahrscheinlichkeit	2	2		➤ Inadäquate Wiedereingliederung	1	1
➤ Leistungen auch an Nichterwerbstätige	?	3		➤ Strukturelle & zyklische Arbeitslosigkeit	2	3
➤ Personalpolitische Instrumentalisierung	3	3		➤ Veränderung familiärer Verhältnisse	2	2
➤ Selektive Einstellungspraxis	3	2		➤ Veränderte Einstellung zu Krankheit	?	3
➤ Einheitliche Versicherungsprämien	3	1		➤ Nachlassende Stigmatisierung	1	?
➤ Komplexität des Invaliditätskonzepts	2	3		➤ Mangelnde systemübergreifende Kohärenz	2	1
➤ Administrativer Ermessensspielraum	3	3		➤ IV als Auffangnetz / letzte Zuflucht	?	2
➤ Politischer Druck auf die Administratoren	3	2		➤ Gerichte bevorteilen Versicherte	?	?

a) Robustheit der Forschungsergebnisse: 1...widersprechende Befunde, 2...relativ robuste Befunde, 3... robuste Befunde

b) Relevanz für den Zuwachs des IV-Rentenbestandes in der Schweiz: 1...relativ unwichtig, 2...begrenzt wichtig, 3...sehr wichtig

## Déterminants de la demande de rentes d'invalidité

### Résumé

La Suisse n'est pas seule à connaître le problème des "*nouveaux invalides*". Dans d'autres pays également – notamment les Pays-Bas, les pays scandinaves et les Etats-Unis – le profil type du rentier invalide a passé de celui de l'homme d'âge mûr, souffrant de problèmes du système musculaire et osseux, à celui de la jeune femme atteinte de troubles psychiques. En comparaison internationale, la Suisse présente toutefois aussi bien une faible proportion d'invalides qu'un taux annuel de probabilité de devenir invalide encore relativement bas. Au cours de la dernière décennie, l'augmentation du nombre des nouveaux rentiers a cependant été plus forte que dans la plupart des Etats de l'OCDE, lesquels ont, justement, déjà entrepris des réformes profondes, motivées entre autres raisons par des dépenses sensiblement plus élevées. Autre aspect mis en relief par la comparaison: les rentes d'invalidité sont peu utilisées comme formule de retraite anticipée en Suisse, contrairement aux autres pays de l'OCDE dans lesquels les personnes âgées de 50 à 65 ans constituent le gros de l'effectif des rentiers. Le taux des nouveaux invalides parmi les personnes en plein âge actif se situe par contre, en Suisse, au-dessus de la moyenne.

Cette étude bibliographique rassemble plus de 30 déterminants qui ont une influence sur la demande de rentes d'invalidité, soit comme facteurs *endogènes*, inhérents au régime de l'assurance-invalidité, soit comme facteurs incitatifs *exogènes*, qui agissent de l'extérieur sur cette assurance. Les 30 facteurs les plus importants sont présentés dans un tableau récapitulatif (voir ci-après) en fonction de deux critères essentiels.

- 1) la *robustesse* des résultats des travaux de recherche consultés. Un facteur d'influence est qualifié de très robuste si, d'après toutes les études disponibles, il contribue à expliquer l'évolution du risque d'invalidité. L'importance du facteur n'est pas ici déterminante, mais bien le fait que toutes les études concordent dans une plus ou moins grande mesure. Un facteur dont l'influence est jugé pertinente dans quelques études et niée ailleurs est considéré comme équivoque (= résultats contradictoires).
- 2) le *degré de signification*, soit l'importance qui revient à un facteur pour expliquer la croissance du nombre de rentiers AI en Suisse au cours de la dernière décennie. Le degré de signification – évalué d'après les résultats des travaux de recherche et l'interprétation personnelle des auteurs – est classé de "très important" à "relativement insignifiant".

### **Quels facteurs jouent un rôle déterminant dans l'introduction d'une demande de rente d'invalidité?**

- La recherche confirme sans équivoque les hypothèses relatives à *la plupart des déterminants endogènes, spécifiques au système* (voir tableau ci-après). Un niveau de prestations relativement élevé, un faible taux d'invalidité minimum, l'octroi de rentes d'invalidité pour une durée indéterminée, des primes d'assurance uniformes pour tous les employeurs ou un grand pouvoir d'appréciation laissé aux administrateurs en sont des exemples: tous ces facteurs augmentent en règle générale la probabilité du recours aux rentes d'invalidité et de leur octroi.
- L'effet des déterminants exogènes est moins clair que celui des facteurs inhérents au système. Dans le cas de deux caractéristiques individuelles (formation déficiente et âge avancé) des requérants potentiels seulement, un lien systématique a pu être établi avec la probabilité croissante d'accéder à la rente. Pourtant, les facteurs exogènes semblent aussi pour la plupart influencer sur l'augmentation des effectifs de rentiers ("résultats relativement robustes"). Ceci se vérifie par exemple dans le cas du chômage structurel et cyclique qui est considéré en général – mais pas toujours – comme un facteur clé.

### **Quelle est l'importance relative de chaque déterminant?**

- Plusieurs facteurs agissent effectivement dans le sens d'une augmentation des taux d'accès à l'invalidité d'après les études empiriques, mais n'ont qu'une importance marginale parmi l'ensemble des incitations. La signification relative d'un facteur dépend aussi, à l'évidence, du *contexte institutionnel*. Il est donc difficile d'estimer le poids d'un déterminant sans tenir compte des particularités des systèmes nationaux.
- Dans l'ensemble, il existe des indications qui montrent clairement que les *incitations financières et administratives* sont des déterminants importants de la demande de rentes d'invalidité. Le caractère attractif de la rente d'invalidité résulte d'une combinaison d'incitations individuelles et d'incitations liées au système. Les personnes atteintes de douleurs chroniques, qui occupent une position sociale désavantagée et dont les perspectives professionnelles sont restreintes, ont une plus forte tendance à se tourner vers des sources de revenu alternatives que leurs collègues socialement mieux placés.
- Il faut en conclure que les incitations endogènes, c'est-à-dire *déterminées par la façon dont l'assurance-invalidité est conçue et fonctionne*, contribuent plus à la compréhension du phénomène que les facteurs d'ordre général qui relèvent de la société. Les grandes différences entre des pays exposés aux mêmes influences exogènes (concurrence internationale accrue, disparition de secteurs industriels au profit de nouvelles branches de services, participation croissante des

femmes à l'activité professionnelle, vieillissement de la population) ne se laissent le plus souvent expliquer que par des facteurs endogènes.

- Le *chômage* constitue la principale exception: c'est un facteur exogène qui joue un rôle important dans presque tous les contextes. Il y a là une asymétrie défavorable: l'augmentation du chômage s'accompagne en général d'un recours accru aux rentes d'invalidité; le recul du chômage n'entraîne cependant pas une diminution correspondante des effectifs de rentiers.

### **Quels facteurs sont particulièrement significatifs pour expliquer la situation en Suisse?**

La détermination des facteurs importants pour expliquer l'évolution en Suisse au cours de la dernière décennie (incidence et prévalence croissantes de l'invalidité) se fonde aussi bien sur les données et les travaux de recherche disponibles que sur l'interprétation des auteurs, qui repose elle-même avant tout sur les résultats de l'étude de Prinz (1999)<sup>1</sup>. Il faut souligner ici que l'identification de certains facteurs ne doit pas conduire à la conclusion que des correctifs s'imposent – plusieurs dispositions mentionnées comme facteurs d'augmentation des cas d'invalidité apparaissent justement très souhaitables en comparaison internationale.

- En Suisse, comme dans quelques autres pays, des *prestations partielles* sont prévues (rentes échelonnées en fonction du degré d'invalidité); elles permettent tenir compte des besoins des personnes partiellement invalides qui exercent une activité lucrative, mais elles peuvent dans le même temps être perçues par un cercle plus large de la population comme une invitation à demander des prestations. Les pays qui ne connaissent pas de rentes échelonnées fixent en outre, en général, des seuils plus élevés d'accès aux prestations d'invalidité.
- Pour le calcul des *cotisations déterminantes chez les personnes de moins de 45 ans*, la Suisse suit une voie particulière: lors du calcul du revenu déterminant, on met au compte de l'assuré une carrière professionnelle qu'il aurait accomplie s'il n'était pas devenu invalide – les jeunes invalides sont ainsi moins défavorisés, mais d'un autre côté, ce procédé peut engendrer une plus forte demande de prestations.
- De plus, l'assurance-invalidité suisse (comme dans les pays scandinaves) couvre également des *personnes qui n'ont jamais eu d'emploi rémunéré* (femmes au foyer, par exemple) et même des personnes qui n'ont *jamais versé de cotisations* (invalides précoces). De tels régimes conduisent forcément à des effectifs de rentiers plus élevés, mais ils offrent une meilleure couverture aux personnes sans activité lucrative.

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1: Vergleichende Synthese, Forschungsbericht Nr. 7/99; Band 2: Länderprofile. Forschungsbericht Nr. 8/99. Berne: OFAS.

- La *définition complexe de l'invalidité* est rendue encore plus difficile à appréhender en Suisse, du fait de deux dispositions. D'abord, le degré d'invalidité est mesuré en fonction de la capacité de gain résiduelle par rapport au revenu du travail obtenu avant la survenance de l'invalidité; ensuite, ne sont prises en considération dans l'évaluation que *les activités qu'on peut raisonnablement attendre de l'assuré* en fonction de sa situation et de ses chances de réadaptation compte tenu d'une situation équilibrée sur le marché du travail. Par rapport au critère strict, appliqué en Autriche notamment, qui ne prend en compte que la réinsertion dans l'activité professionnelle antérieure, cette règle a un effet restrictif sur l'accès à l'invalidité; cependant, la plupart des pays européens ont aboli récemment ce critère qui protège le droit à l'exercice de l'activité professionnelle antérieure.
- La complexité de cette procédure et le rôle important qui revient encore au médecin de famille laisse aux administrateurs du régime, en Suisse, une *grande marge de manœuvre* – plus grande que dans la plupart des autres pays européens. Plus le médecin de famille donne de poids aux intérêts de son patient, plus le risque de l'assureur est grand.
- Comme dans tous les Etats de l'OCDE, les employeurs convertissent l'assurance-invalidité en *instrument de politique de l'emploi*, car les licenciements sont soumis à de sévères conditions. Ce facteur gagne en importance au cours des périodes de montée du chômage, même dans les pays où le marché du travail est flexible (notamment les Etats-Unis). Il n'existe pas de recherches sur le rôle que joue ce déterminant en Suisse; la prévalence bien inférieure à la moyenne de l'invalidité chez les actifs plus âgés est toutefois un indice de la faible importance de ce facteur.
- Seuls deux déterminants exogènes semblent vraiment importants pour expliquer l'évolution récente en Suisse. Le premier est la *rapide augmentation du chômage*, même si le niveau de chômage reste encore très bas en comparaison des Etats de l'OCDE. Le chômage de longue durée ne conduit pas forcément tout de suite à l'invalidité, comme on l'a montré, mais son augmentation fait ressortir les effets de toute une série de facteurs endogènes. Les personnes qui ont une capacité de gain réduite se trouvent les premières touchées par la montée du chômage. Des incitations inhérentes au système (par exemple les fractions de rentes ou les règles de calcul favorisant les assurés plus jeunes), qui n'avaient auparavant pas de conséquences majeures, augmentent la probabilité d'une demande à l'assurance-invalidité de façon plus que proportionnelle. Des règles qui ménagent de grandes marges de manœuvre et l'utilisation de critères d'appréciation portant sur le caractère convenable de l'activité renforcent les chances de succès de telles requêtes.
- Le *changement d'attitude face à la maladie* semble aussi un facteur pertinent. Les causes du phénomène de l'invalidité psychique sont certes largement méconnues, mais la moindre stigmatisation de ce type d'invalidité et la difficulté d'apprécier les conséquences professionnelles des maladies psychiques constituent des éléments importants.



**Récapitulation schématique des résultats: examen de 30 déterminants de l'invalidité en fonction de leur robustesse et de leur pertinence pour expliquer l'évolution récente en Suisse (augmentation des effectifs de rentiers AI) <sup>a), b)</sup>**

<i>Déterminants endogènes</i>				<i>Déterminants exogènes</i>		
Déterminants	Robus- tesse des résultats	Pertinen- ce pour la Suisse		Déterminants	Robus- tesse des résultats	Pertinen- ce pour la Suisse
➤ Taux de remplacement élevé	2	2	<i>Influence positive sur la probabi- lité d'entrer dans le sys- tème, influence négative sur la proba- bilité d'en sortir</i>	➤ Âge avancé (effet indirect), vieillissement	3	2
➤ Rentes partielles (échelonnées en fonction du degré d'invalidité); faible taux d'invalidité minimum requis	3	3		➤ Sexe féminin	1	2
➤ Règles avantageuses pour les jeunes assurés	?	3		➤ Faible niveau de formation	3	1
➤ Prestations complémentaires/supplémentaires	3	1		➤ Travail posant des exigences élevées	2	2
➤ Rente AI élevée par rapport à d'autres prestations	3	1		➤ Compétences dépassées	2	1
➤ Faible coût de la requête	2	2		➤ Importance des compétences sociales	2	?
➤ Prestations versées pour une durée indéterminée	3	3		➤ Santé diminuée suite au chômage	2	2
➤ Probabilité élevée de l'octroi de la rente	2	2		➤ Réadaptation inadéquate	1	1
➤ Prestations versées aux personnes sans activité lucrative	?	3		➤ Chômage structurel et cyclique	2	3
➤ Instrumentalisation de l'assurance dans la politique de l'emploi	3	3		➤ Modification des relations familiales	2	2
➤ Embauche sélective	3	2		➤ Evolution de l'attitude face à la maladie	?	3
➤ Primes d'assurance/cotisations uniformes	3	1		➤ Perte du caractère stigmatisant de l'invalidité	1	?
➤ Complexité du concept d'invalidité	2	3		➤ Manque de cohérence entre les différents systèmes	2	1
➤ Pouvoir d'appréciation des administrateurs	3	3		➤ AI comme dernier recours	?	2
➤ Pression politique sur les administrateurs	3	2		➤ Attitude des tribunaux favorable aux assurés	?	?

a) Robustesse des résultats de la recherche: 1... résultats contradictoires, 2... résultats relativement robustes, 3... résultats robustes

b) Importance pour expliquer l'augmentation du nombre de rentiers en Suisse: 1... relativement insignifiant, 2... importance limitée, 3... très important

## Fattore determinante per il ricorso a una rendita d'invalidità

### Riassunto

La cosiddetta “*nuova invalidità*” non è solo un problema per la Svizzera. Anche in altri Paesi - come Paesi bassi, Scandinavia e Stati Uniti - il profilo del tipico beneficiario di una rendita d'invalidità si è spostato dall'uomo più anziano affetto da malattie muscolari ed ossee alla donna più giovane con problemi psichici. Dal confronto a livello internazionale risulta che la Svizzera presenta tuttavia sia una quota bassa di beneficiari di una rendita d'invalidità sia una probabilità annua sempre relativamente esigua di nuovi casi d'invalidità. Nel decennio passato, invece, l'*aumento del numero di nuovi casi d'invalidità* era più elevato che nella maggior parte degli altri Paesi dell'OCSE, i quali, in parte proprio a causa delle spese notevolmente più elevate, avevano già attuato riforme fondamentali. Inoltre nel confronto internazionale sorprende che, contrariamente a molti Paesi dell'OCSE, in cui il gruppo di beneficiari di una rendita d'invalidità è costituito soprattutto da persone tra i 50 e i 65 anni d'età, in Svizzera le rendite d'invalidità sono raramente assegnate come rendite anticipate di vecchiaia. In Svizzera la quota di invalidi nel gruppo di persone in età lavorativa è invece al di sopra della media.

Nel presente studio bibliografico sono raccolti oltre 30 *fattori determinanti* - in parte sono *endogeni* ossia inerenti all'assicurazione per l'invalidità, e in parte *esogeni*, ovvero incentivi esterni che influiscono sull'assicurazione invalidità. I 30 fattori determinanti più importanti sono illustrati nel seguente riassunto schematico in base a due criteri essenziali:

- 1) la *robustezza* dei risultati delle ricerche esaminati. Un fattore determinante è considerato molto robusto se dopo tutte le analisi disponibili contribuisce a chiarire l'evoluzione del rischio d'invalidità. Non importa se si tratta di un fattore essenziale di chiarimento, ma è decisivo che tutte le analisi giungano chiaramente a più o meno lo stesso risultato. Un fattore determinante è considerato contraddittorio (= risultati contraddittori) quando è riconosciuto rilevante solo in alcune analisi mentre secondo altre non contribuisce al chiarimento;
- 2) l'*importanza* attribuita al singolo fattore determinante per chiarire l'aumento del numero di rendite AI osservato nel decennio passato in Svizzera. L'importanza, determinata in base ai risultati delle ricerche e all'interpretazione degli autori, può variare da molto importante a relativamente insignificante.

### Quali sono i fattori determinanti per il ricorso a una rendita d'invalidità?

- Per la *maggior parte dei fattori determinanti endogeni, specifici al sistema*, la ricerca fornisce chiare conferme delle ipotesi indicate (cfr. tabella allegata). Esempi in proposito sono le rendite d'invalidità relativamente elevate, i gradi minimi d'invalidità bassi, l'assegnazione di rendite d'invalidità a tempo indeterminato, i premi assicurativi unitari per tutti i datori di lavoro oppure i grandi margini di valutazione per gli amministratori – fattori che solitamente aumentano la probabilità di richiedere e assegnare rendite d'invalidità.
- I *fattori determinanti esogeni non sono fissati così chiaramente* sulla loro efficacia come i fattori specifici al sistema. Soltanto per due caratteristiche individuali di possibili richiedenti (cattiva formazione ed età avanzata) è stata costatata una relazione sistematica con la crescente probabilità di ricevere una rendita d'invalidità. Ciononostante nella maggior parte anche i fattori esogeni dei casi sembrano influire sul numero di rendite aumentando il numero di beneficiari (“risultati relativamente robusti”). È per esempio il caso della disoccupazione strutturale e ciclica, conosciuta, ma non sempre, un fattore chiave.

### Qual è l'importanza relativa dei singoli fattori determinanti?

- Secondo ricerche empiriche, certi fattori fanno indubbiamente aumentare la quota di beneficiari di una rendita AI, mentre nell'insieme degli incentivi non sono rilevanti. L'importanza relativa dei singoli fattori ovviamente dipende anche dal *corrispondente contesto istituzionale*. È quindi difficile valutare in modo adeguato il peso di singoli fattori determinanti senza considerare le specificità dei vari Paesi.
- Complessivamente è chiaramente indicato che gli *incentivi finanziari ed amministrativi* costituiscono importanti fattori determinanti per il ricorso alle rendite d'invalidità. L'attrattiva della rendita d'invalidità è dovuta a una combinazione di incentivi individuali e di quelli relativi al sistema. Persone affette da disturbi cronici e con scarse prospettive sul mercato del lavoro in situazioni socialmente svantaggiate che non offrono praticamente nessuna possibilità di sviluppo professionale tendono maggiormente a cercare delle fonti di reddito alternative rispetto ai loro colleghi che si trovano in condizioni socialmente migliori.
- Se ne trae una conclusione centrale secondo la quale, rispetto ai fattori generali e sociali, quelli endogeni, tramite gli *incentivi determinati dalla struttura e dal funzionamento della rendita d'invalidità*, contribuiscono maggiormente alla comprensione delle circostanze. Nella maggior parte dei casi si possono spiegare le grandi differenze tra i Paesi con fattori esogeni simili - concorrenza internazionale inasprita, la sostituzione di interi settori dell'industria con nuovi

settori di servizio, aumento della quota di lavoro femminile e invecchiamento della popolazione – solo mediante fattori endogeni.

- L'eccezione più importante è la *disoccupazione* che, quale fattore esogeno, svolge un ruolo rilevante in quasi tutti i contesti. Al riguardo si osserva un'asimmetria sfavorevole: l'aumento della disoccupazione in genere causa un maggior ricorso alla rendita d'invalidità, mentre la diminuzione non comporta un calo rispetto del numero di rendite d'invalidità.

### **Quali incentivi rivestono particolare importanza per la situazione in Svizzera?**

Nello stabilire i fattori che nell'ultimo decennio sono stati determinanti per l'evoluzione in Svizzera (crescita quanto a incidenza e a prevalenza), si fa riferimento sia ai presenti dati e risultati di ricerca che alla propria interpretazione dei fatti, che poggia soprattutto sui risultati di Prinz (1999)<sup>1</sup>. Va sottolineato che l'identificazione di singoli fattori *non* intende causare l'applicazione contromisure in questo ambito. Specialmente nel confronto internazionale molte di queste regolamentazioni appaiono particolarmente auspicabili.

- Sia in Svizzera che in altri Paesi, in caso d'invalidità sono previste *prestazioni parziali* (rendite graduate) che tengono conto della necessità di guadagno di persone parzialmente invalide, ma che, allo stesso tempo, da un esteso gruppo della popolazione sono considerate un invito a ricorrervi. In genere nei Paesi senza simili sistemi di prestazioni parziali il grado minimo d'invalidità è più alto.
- Nel calcolare gli *importi concessi in più alle persone inferiori ai 45 anni*, la Svizzera percorre una via speciale: per fissare la base di calcolo al beneficiario è attribuita una carriera professionale che avrebbe potuto seguire se non fosse divenuto invalido; in questo modo i giovani invalidi sono meno svantaggiati, ma contemporaneamente ne può conseguire un maggior ricorso alla rendita.
- La previdenza svizzera per l'invalidità aiuta (come nei Paesi scandinavi) anche persone che non hanno mai esercitato un'attività lucrativa (p. es. casalinghe) o non hanno versato *nessun contributo* al sistema (invalidi precoci). Questi tipi di sistema comportano inevitabilmente un numero maggiore di rendite, ma contemporaneamente offrono una protezione migliore per le persone senza attività lucrativa.

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile, Forschungsberichte Nr. 7/99 bzw. 8/99. Berna: UFAS.

- A causa di due disposizioni, in Svizzera la *complessa definizione d'invalidità* è ancora più difficile da concepire. In primo luogo il grado d'invalidità è calcolato in base alla capacità residua al guadagno rispetto al reddito che la persona conseguiva prima dell'insorgere dell'invalidità. In secondo luogo per la valutazione si tiene conto soltanto delle attività *esigibili* riguardo alla situazione del richiedente e alle sue possibilità di integrazione in un mercato del lavoro equilibrato. In confronto alla protezione professionale rigorosa che vige in Austria, quest'ultima disposizione ha sì un effetto frenante, ma nella maggior parte dei Paesi europei dopo tutto è stato soppresso ogni tipo di protezione professionale.
- La complessità di questa procedura e il ruolo ancora importante dei medici di famiglia, aprono all'amministratore in Svizzera *margini di decisione* più ampi che in molti altri Paesi europei. Quanto più i medici di famiglia danno importanza agli interessi dei loro pazienti, tanto più aumenta il rischio per gli assicuratori.
- Come in tutti gli altri Paesi dell'OCSE, i datori di lavoro considerano spesso l'assicurazione invalidità come uno *strumento della politica dell'impiego* visto che i licenziamenti sottostanno a prescrizioni più severe. In tempi in cui la disoccupazione aumenta, questo fattore acquista maggior importanza anche in Paesi con mercati di lavoro flessibili (come gli Stati Uniti). Non esistono ricerche che analizzino il suo ruolo in Svizzera; la prevalenza AI per le persone anziane, è di molto inferiore alla media, indica però l'esigua importanza di questo fattore.
- Dei fattori determinanti esogeni solo due sembrano essere davvero importanti riguardo agli ultimi sviluppi in Svizzera: il primo è il *rapido aumento della disoccupazione*, anche se in confronto con i Paesi dell'OCSE il livello di disoccupazione è sempre molto basso. È documentato che la disoccupazione di lunga durata non sfocia inevitabilmente nell'invalidità, ma la crescita della disoccupazione illustra gli effetti di tutta una serie di fattori endogeni. I primi ad essere colpiti dalla crescita della disoccupazione sono persone con una ridotta capacità al guadagno. Gli incentivi inerenti al sistema (p. es. prestazioni parziali oppure importi concessi in più ai giovani), che prima non avevano ripercussioni notevoli, fanno aumentare in modo eccessivo la probabilità di richiedere una rendita AI. Le disposizioni con grandi margini di decisione e l'utilizzazione di criteri d'esigibilità aumentano la possibilità che vengano accettate simili richieste.
- Anche il *mutato atteggiamento nei confronti della malattia* sembra essere rilevante. Anche se i fattori che si nascondono dietro all'invalidità psichica sono praticamente sconosciuti, la minore stigmatizzazione dell'invalidità psichica e la valutazione, divenuta più difficile, delle conseguenze professionali di malattie psichiche costituiscono sicuramente aspetti fondamentali.

**Riassunto schematico dei risultati: robustezza di 30 fattori determinanti per l'invalidità e rilevanza di questi ultimi per gli ultimi sviluppi in Svizzera (crescita del numero di rendite AI) <sup>a), b)</sup>**

<i>Fattori determinanti endogeni</i>				<i>Fattori determinanti esogeni</i>		
Fattore determinante	Robustezza dei risultati	Rilevanza per la Svizzera		Fattore determinante	Robustezza dei risultati	Rilevanza per la Svizzera
➤ Elevata quota di sostituzione	2	2	<i>Influenza positiva sulla probabilità di ricevere una rendita, influenza negativa sulla probabilità di integrazione</i>	➤ Fascia d'età più alta (indirettamente), invecchiamento	3	2
➤ Prestazioni parziali (rendita graduata a seconda dei gradi d'invalidità); basso grado minimo d'invalidità	3	3		➤ Sesso femminile	1	2
➤ Regolamentazioni favorevoli per richiedenti giovani	?	3		➤ Basso livello di formazione	3	1
➤ Prestazioni complementari/prestazioni supplementari	?	3		➤ Basso livello di formazione	2	2
➤ Prestazioni complementari/prestazioni supplementari	3	1		➤ Elevate esigenze di prestazioni	2	1
➤ Rendita AI elevata rispetto ad altre prestazioni	3	1		➤ Competenze antiquate	2	?
➤ Perdite esigue dovute alla richiesta	3	1		➤ Rilevanza di competenze sociali	2	2
➤ Prestazioni concesse a tempo indeterminato	2	2		➤ La disoccupazione indebolisce la salute	1	1
➤ Elevata probabilità d'assegnazione	3	3		➤ Reintegrazione non adeguata	2	3
➤ Prestazioni anche per persone senza attività lucrativa	2	2		➤ Disoccupazione strutturale & ciclica	2	2
➤ Strumentalizzazione della politica del personale	?	3		➤ Cambiamento delle condizioni familiari	?	3
➤ Prassi selettiva d'assunzione	3	3		➤ Mutato atteggiamento nei confronti della malattia	1	?
➤ Premi assicurativi unitari	3	2		➤ Calo della stigmatizzazione	2	1
➤ Complessità della nozione d'invalidità	3	1		➤ Mancanza di coerenza globale	?	2
➤ Margine di manovra amministrativo	2	3		➤ AI come rete di sicurezza / ultima risorsa	?	?
➤ Pressione politica subita dagli amministratori	3	3		➤ I tribunali favoriscono gli assicurati		
➤ Pressione politica subita dagli amministratori	3	2				

a) Robustezza dei risultati della ricerca: 1...risultati contraddittori, 2...risultati relativamente robusti, 3...risultati robusti

b) Rilevanza per la crescita del numero di rendite AI in Svizzera: 1... relativamente insignificante, 2...importanza limitata, 3...molto importante

## Determinants of Disability Benefit Reciprocity

### Summary

Switzerland is not the only country that has to deal with the issue of so-called “*new invalidity*”. In several other countries, notably the Netherlands, Scandinavia, and the United States, the profile of the typical beneficiary has changed from that of an older, male, blue collar worker suffering from musculoskeletal problems, to that of a younger, female worker suffering from mental health problems. In an international comparison, Switzerland still has a relatively small proportion of disability pensioners, and a relatively low annual probability rate of new recipients. Over the last ten years *the number of new recipients* has shown stronger growth in Switzerland than in most other OECD countries, however, where – partly as a consequence of significantly higher costs – extensive reforms in this area have already been undertaken. Another point that is worthy of note is that in comparison to other countries, disability pensions are rarely used as an early retirement option in Switzerland. In many OECD countries most disability benefit recipients are aged 50 to 65. On the other hand, the reciprocity rate for individuals in the prime of their working life is above average in Switzerland.

This review has derived over *thirty determinants* of disability benefit reciprocity from the literature. They include both *endogenous* factors, i.e. those inherent to the scheme, and *exogenous* factors that affect the system “from the outside”. The following summary roughly outlines the 30 most important factors according to two essential criteria:

- 1) The *robustness* of the investigated study results. A determinant is classed as very robust, when it contributes to explaining the likelihood of benefit reciprocity according to all available investigations. The decisive issue is not whether the determinant is an essential one, but whether all studies clearly arrive at more or less the same outcome. A determinant that has been identified as relevant in some studies, but has no explanatory value in others, is classed as contradictory (= contradictory findings).
- 2) The *importance* of the individual determinant for explaining the increase in reciprocity observed in Switzerland over the last decade. This is determined on the grounds of study results and the authors’ interpretations, and may reach from very important to relatively unimportant.

**What are the main determinants of disability benefit reciprocity?**

- Available research offers robust confirmation of the hypotheses listed for the *majority of the system-specific, endogenous determinants* (cf. table below). Disability benefits that are high in comparison to other social security benefits, a low percentage threshold for minimum disability, permanent benefits, uniform insurance premiums for all employers, programme gatekeepers with extensive discretionary powers – all these factors increase the likelihood that benefits will be applied for and awarded.
- The *impact of exogenous determinants is more difficult to determine than* the impact of system-related factors. Only two personal characteristics of potential applicants (poor education and higher age) were found to be systematically linked with a rising probability of application and award. Nevertheless it seems that most exogenous factors also tend to increase benefit reciprocity (“relatively robust”). This applies for example to structural and/or cyclical unemployment, which is usually identified as a crucial component, though not always.

**What is the relative importance of each determinant?**

- Although empirical studies show that certain determinants clearly generate higher benefit reciprocity, their weight in the overall incentive package may be small. In fact, since the relative importance of individual factors is likely to depend on the *institutional context*, rating the weight of a determinant without taking into account the specific characteristics of the country’s social welfare system proves difficult, if not downright impossible.
- Generally speaking, there is strong evidence that *financial and administrative incentives* are important in determining disability benefit reciprocity. The studies reviewed here show that it is the combination of personal and system-related factors that makes disability benefits financially interesting. Individuals with a chronic health problem and small employment opportunities, working in jobs with low status and no real career prospects are more likely to look for alternative sources of income than individuals with better social status.
- One of the major conclusions we may glean from these considerations is that endogenous factors, i.e., *incentives* shaped by the *structure and mode of operation of disability insurance schemes* contribute more to our understanding of relevant problems than general societal factors. The big differences we observe between countries subject to similar exogenous trends – growing international competition, the crowding out of whole sectors of industry by the new service economy, the growing proportion of women in the workforce and population ageing – can only be explained by endogenous factors.



- The most significant exception to this rule is (growing) *unemployment* which, though exogenous, is a major determinant in almost all contexts. It gives rise to a negative asymmetrical development: although as a rule growing unemployment leads to increased disability reciprocity, falling unemployment does not bring about a proportional decline in disability reciprocity.

### **Which determinants are most relevant for recent developments in Switzerland?**

We used available data and research findings, and our own interpretation, based primarily on the findings of Prinz (1999)<sup>1</sup>, to define the determinants of the evolution in Switzerland over the past decade (i.e. growing incidence and growing prevalence). We would like to insist at this point that the identification of specific factors is *not* meant to imply that counter-measures should be taken. On the contrary, a number of these regulations appear highly positive when viewed in an international comparison.

- Like several other countries, Switzerland provides *benefits to the partially disabled* (graded pensions) in order to meet their income requirements. These may incite a larger group of people to apply for benefits. Countries that provide no such partial benefits usually also set a higher minimum percentage threshold for disability.
- Switzerland has a unique way of calculating *supplementary benefits for persons under 45*. They are assessed on the grounds of a potential career trajectory (i.e. the career the person would have had if he or she were not disabled) ascribed to the person. As a result of this procedure, those who become disabled at a relatively young age are better off than in other European countries. It may, however, generate more claims and higher reciprocity.
- The Swiss disability system, like the Scandinavian ones, grants benefits to *individuals who have never been gainfully employed* (housewives, for example) or *who have never paid contributions to the system* (early disability). While schemes such as these perforce generate a larger beneficiary population, they provide better protection for the non-gainfully employed.
- Two Swiss regulations further complicate the *definition of invalidity*, complex enough as it is. Firstly, the degree of disability is determined by residual earning capacity relative to previous earnings. Secondly, when assessing residual earning capacity only jobs considered *acceptable* in view of the applicants' personal situation, their chances of rehabilitation and the overall situation on the labour market are taken into account. As for the latter, not the current situation, but an

---

<sup>1</sup> Prinz Ch., Thalmann E. (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien) (1999), Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band I: Vergleichende Synthese, Band 2: Länderprofile, Forschungsberichte Nr. 7/99 bzw. 8/99. Bern: BSV. English summary available.

abstract and balanced labour market is taken as reference. Although this regulation has more of a curbing effect than the stringent protective provisions implemented in Austria (“Berufsschutz”), most European countries have by now abolished such protective provisions.

- This complexity, and the discretionary powers of general practitioners to determine invalidity status, which are still considerable though declining, gives gatekeepers *a lot of leeway* – more, it would appear, than elsewhere in Europe. Needless to say, the greater the family doctor’s commitment to his patient’s interests, the greater the risk for insurers.
- Since in Switzerland as in all other OECD countries formal lay-offs are now more strictly regulated, employers may attempt to use disability insurance as a *tool for workforce management*. During periods of growing unemployment this determinant is likely to have greater impact even in countries with a flexible labour market such as the US. No relevant studies have been conducted in Switzerland. The fact that DI prevalence among older persons is much below average seems to indicate that it is not an important factor.
- Only two exogenous determinants appear to be very important for recent developments in Switzerland. The first is the *fast growth in unemployment*, which was practically non-existent until the late 1980s and – although still relatively low in an OECD comparison – has reached a significant level since. Although demonstrably long term unemployment does not necessarily lead to invalidity, its growth highlights the impact of a number of endogenous factors. People with reduced earning capacity are the first to be affected when unemployment rises. Incentive factors that are inherent to the system, partial benefits or top-up benefits for younger beneficiaries, which previously had no significant impact, now disproportionately increase the likelihood of DI claims. Regulations that provide for great discretionary powers, and the implementation of criteria of job acceptability make it more likely that such claims will be successful.
- *Changing attitudes towards illness* provide another determinant that appears relevant. Although the factors behind the growing rates of mental disability are largely unknown, we would like to venture that the following two may be relevant: (1) mental disorder is less of a stigma than it used to be and (2) those who approve disability insurance claims may find it more difficult to assess the impact of mental disorders on working capacity than of somatic complaints.

**Summary table of results: robustness of 30 *reciency* determinants and their relevance for recent developments in Switzerland (rise in rate of *reciency*)<sup>a), b)</sup>**

<i>Endogenous determinants</i>				<i>Exogenous determinants</i>		
➤ Determinant	Robustness of findings	Importance for Switz.		➤ Determinant	Robustness of findings	Importance for Switz.
➤ High replacement rate	2	2	<i>Positive influence on application and awards probability, negative influence on probability leaving the programme</i>	➤ Higher age (only indirectly)/ageing	3	2
➤ Partial benefits, low minimum % invalidity	3	3		➤ Female gender	1	2
➤ Favourable rules for young applicants	?	3		➤ Poor education	3	1
➤ Complementary benefits	3	1		➤ Higher productivity demands	2	2
➤ Disability benefit relative to other benefits	3	1		➤ Obsolete competencies	2	1
➤ Low cost of application	2	2		➤ Higher relevance of social competencies	2	?
➤ Permanent benefits	3	3		➤ Unemployment reducing health	2	2
➤ High probability of award	2	2		➤ Inadequate re-employment measures	1	1
➤ Benefits also for the non-employed	?	3		➤ Structural & cyclical unemployment	2	3
➤ Tool for workforce management	3	3		➤ Changing family relationships	2	2
➤ Selective accommodation	3	2		➤ Changing approach to illness	?	3
➤ Uniform insurance premiums	3	1		➤ Lower stigma of illness & disability	1	?
➤ Complexity of disability concept	2	3		➤ Lack of coherence between systems	2	1
➤ Gatekeepers' discretion/degree of freedom	3	3		➤ Disab. Insurance as safety net/last resort	?	2
➤ Political pressure on gatekeepers	3	2		➤ Courts deciding in favour of the insured	?	?

a) Robustness of the determinant: 1... contrasting findings, 2... relatively robust findings, 3... robust findings

b) Importance for the increase in benefit *reciency* in Switzerland: 1... relatively unimportant, 2... moderately important, 3... very important

## **Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente**

### **Eine Literaturstudie**

Leo Aarts, Philipp de Jong (Aarts & de Jong B.V., Den Haag)

Christopher Prinz (Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien)

### **Inhaltsverzeichnis**

<b>Abschnitt I</b>	<b>Einleitung und Hintergründe</b>	<b>1</b>
<b>Abschnitt II</b>	<b>Invalidität und Invalidenversicherung</b>	<b>3</b>
<b>Abschnitt III</b>	<b>Internationale Forschungsergebnisse</b>	<b>17</b>
Teil I	Endogene Faktoren	17
Teil II	Exogene Faktoren	33
<b>Abschnitt IV</b>	<b>Schlussfolgerungen</b>	<b>57</b>
<b>Anhang</b>	<b>Skizze eines Analyseschemas</b>	<b>67</b>
<b>Zitierte Literatur</b>		<b>69</b>

## Abschnitt I – Einleitung und Hintergründe

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) hat ein ehrgeiziges Forschungsprogramm initiiert, mit dem in mehreren aufeinanderfolgenden Schritten der sogenannten "neuen Invalidität" in der Schweiz auf den Grund gegangen werden soll. Diese Studie der internationalen Forschungsliteratur über die Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente bildet den ersten Teil dieses Forschungsprogrammes.

Der vorliegende Bericht folgt in seinem Aufbau dem Rahmenprojekt "Evolution der Invalidität in der Schweiz" vom 27.08.1999. Darin werden 15 Hypothesen aufgelistet, die sich um die Themen "Arbeit", "Gesellschaft/Gesundheitswesen" und "Institutionen" gruppieren.

Dieser Rahmen wurde jedoch um andere in der Forschung berücksichtigte Zusammenhänge erweitert, so dass dieser Bericht nun insgesamt 28 potentielle Bestimmungsfaktoren in Betracht zieht. Der besseren Übersicht wegen gliedert sich die Untersuchung in zwei Teile: Teil I fasst die Literatur zu jenen Faktoren zusammen, deren Entstehung sich unmittelbar aus dem Aufbau und der Funktionsweise der Invalidenversicherung heraus begründen lässt. Hierzu zählen institutionelle Anreize wie Leistungsansprüche, Anspruchsvoraussetzungen und Prüfverfahren, die das Verhalten der Versicherten (Arbeitnehmer), ihrer Arbeitgeber sowie der Systemadministratoren beeinflussen. Man kann hier von "endogenen" Determinanten sprechen, da sie dem jeweiligen nationalen Sozialversicherungssystem inhärent sind. Teil II widmet sich den übrigen, nicht durch das System als solches bedingten und von dessen institutionellen Rahmen unabhängigen Variablen, also den "exogenen" Faktoren wie Arbeitsanforderungen, Grad der Priorität bezahlter Arbeit, Arbeitsmoral, Gesundheitswesen oder die konjunkturelle Lage.

In methodischer, fachlicher und geographischer Hinsicht sind diesem Bericht jedoch Grenzen gesetzt. Was das Verfahren betrifft, werden nur die verwendeten Stichproben und die daraus gewonnenen Ergebnisse beschrieben. Methodologische Fragen wie etwa nach der Definition und Bewertung von Variablen oder den statistischen Analysemodellen würden den Rahmen dieser Studie sprengen. So wird etwa die beeindruckend umfangreiche Literatur zur Gesundheitsmessung vernachlässigt, obwohl Gesundheit zu den wichtigsten Variablen jeder Ursachenanalyse des Invaliditätsverhaltens zählt.

Autoren dieses Berichts sind zwei Ökonomen und ein Demograph. Der Bericht legt somit den Schwerpunkt auf volkswirtschaftliche Analyseansätze und Variable, obgleich der Begriff der Invalidität neben ökonomischen auch rechtliche, medizinische, psychologische und soziologische Komponenten einschliesst.

Schlussendlich stammen die Forschungen zur Invalidität überwiegend aus den Vereinigten Staaten. Zwar wird versucht, in dem gesetzten 3-monatigen Zeitrahmen möglichst viele europäische Arbeiten zu berücksichtigen - die amerikanische Dominanz auf diesem Sektor ist jedoch unübersehbar. Empirische Studien aus verschiedenen Ländern zusammenzufassen hat seine Vor- und Nachteile. Ein grosses Plus des internationalen Vergleichs besteht darin, dass er verdeutlicht, welche Tendenzen und Verhaltensweisen einander über die Grenzen hinweg ähnlich sind. Die Resultate sind somit aus-

sagekräftiger als solche, deren Ermittlung die Spezifik nur eines einzigen Landes zu Grunde liegt. Dagegen spricht, dass alle Ergebnisse, die auf eine nationale Invaliditätspolitik Bezug nehmen, stets auch vor dem Hintergrund des jeweiligen Sozialversicherungssystems gesehen werden sollten. Hier wird auf andere Arbeiten (Aarts et al., 1996, 1998, De Jong, 1999 und Prinz, 1999), die näher auf die institutionellen Rahmenbedingungen eingehen, verwiesen.

Die vorliegende Studie gliedert sich in fünf Abschnitte einschliesslich der Einleitung. Der folgende Abschnitt beschreibt die theoretischen Grundlagen der Begriffe Invalidität und Invalidenversicherung. Der dritte - und bei weitem grösste - Abschnitt enthält die Zusammenfassung der Ergebnisse der internationalen Forschungsliteratur, der vierte die Schlussfolgerungen. Als fünftes und letztes folgt das Literaturverzeichnis.

## **Abschnitt II – Invalidität und Invalidenversicherung**

### Einleitung

Die gesetzliche Invalidenversicherung (kurz: IV) ist eingeführt worden, um das Risiko von Einkommenseinbussen zu reduzieren, welche durch Minderung der Erwerbsfähigkeit durch einen Gesundheitsschaden verursacht werden. Die gesamten Privat- und Sozialkosten der Invalidität umfassen nicht nur die Verluste aus Rückgängen in der Produktivität, sondern auch die medizinischen Behandlungskosten und die von der behinderten Person in ihrem sozialen und psychischen Wohlbefinden erlittenen Beeinträchtigungen. Davon mitbetroffen ist das Wohlbefinden anderer; Familienmitglieder und Freunde müssen sich praktisch, finanziell und psychisch auf die neue Situation einstellen. Auch die Gesellschaft als Ganzes bekommt dies zu spüren, allein schon dadurch, dass sie Zeuge der wirtschaftlichen Konsequenzen einer Behinderung wird. Nach aussen schlägt sich dies in den sogenannten "Kosten der kollektiven Anteilnahme" (collective compassion costs) nieder: Der Solidargedanke begründet die Schaffung von karitativen Einrichtungen und staatlichen Sozialversicherungsprogrammen.

Ohne irgendeine Form von Lastenausgleich würden die Kosten der Invalidität vollständig auf die Behinderten oder deren Verwandte und Freunde sowie andere individuelle Mitglieder der Gesellschaft zurückfallen. Das Gemeinwohl – im volkswirtschaftlichen Verständnis die Summe des persönlichen Wohls aller Individuen – ist in Gesellschaften, die ihre "Kosten der kollektiven Anteilnahme" über einen Lastenausgleich internalisieren können, grösser. Sogar aus der engen Perspektive der wirtschaftlichen Effizienz kann sich deshalb ein kollektives System durch seine Beiträge zur Steigerung des Gemeinwohls rechtfertigen.

Lastenausgleich bedeutet in diesem Sinne, Einkommen von einer Gruppe (Beitragszahler/Versicherte) an eine andere (Leistungsbezieher) zu übertragen. Die Sozialversicherung ist nur ein Weg, um diesen Einkommenstransfer zu organisieren. Privatversicherung und gerichtliche Haftungszuteilung sind denkbare Alternativen zu öffentlichen Regelungen. In der Praxis besteht der volle Ausgleich oft in einer Kombination aus Staatsleistungen und zusätzlicher privatrechtlicher Vorsorge. Solche gemischt-wirtschaftlichen Arrangements sind sehr geläufig, auch wenn sich ihre relative Bedeutung je nach Branche, arbeitsvertraglicher Vereinbarung, Deckungssystem oder Anspruchsvoraussetzungen in und zwischen den Ländern deutlich unterscheidet.

In einer invalidenversicherten Bevölkerung ist Invalidität nicht automatisch gleichzusetzen mit dem Bezug von Leistungen aus der Invalidenversicherung. In anderen Worten: Die Uneindeutigkeit des Invaliditätsbegriffes macht es möglich (oder sogar wahrscheinlich), dass Nichtbehinderte Leistungen beziehen, während tatsächlich Behinderte leer ausgehen. Die Grösse der jeweiligen Gruppen weist darauf hin, wie zielgenau ein Invalidenversicherungssystem seine Leistungen einsetzt.

**Tabelle 1 Bezieher von IV-Transferleistungen pro Tausend Erwerbstätige (1998)**

Vereinigte Staaten <sup>(1)</sup>	70
Chile:	
Durch Privatversicherung	8
Durch gesetzliche Versicherung	62
Grossbritannien	69
Niederlande	137
Schweden	107
Norwegen <sup>(2)</sup>	101
Deutschland:	
West	60
Ost	81
Österreich <sup>(2)</sup>	66
Schweiz	49
Polen	140
Lettland	100
Ungarn	100

(1) Eingeschlossen sind Invalidenpflichtversicherung, Sozialhilfe und Geldleistungen.

(2) Zahlen stammen von 1995.

Quellen: Aarts und De Jong (2000), Prinz (1999)

Als Illustration der Komplexität des Begriffs der Invalidität zeigt Tabelle 1 die Prävalenzraten der Leistungsempfänger pro 1'000 Erwerbstätige. Die Invaliditätsprävalenzraten variieren stark, selbst unter Ländern mit vergleichbarem Lebensstandard und Gesundheitsniveau. Solche Abweichungen hängen grösstenteils von den Anreizstrukturen ab, die in der jeweils praktizierten Invaliditätspolitik angelegt sind. Die Schweiz sticht als Land mit besonders niedrigem Invalidenrentenvolumen heraus.



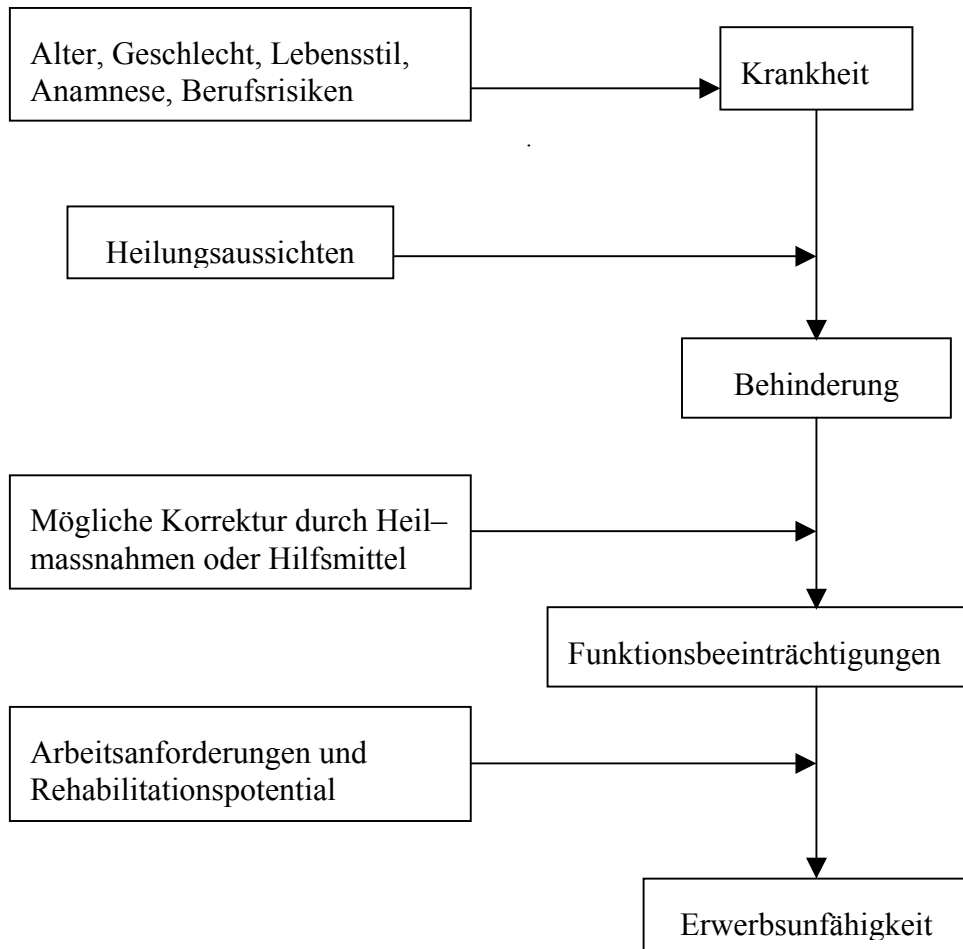
## Der Begriff der Invalidität

Invalidität ist ein schwer fassbares, komplexes Phänomen. Sie lässt sich nicht direkt beobachten, sondern muss von ihren vermuteten Ursachen und Konsequenzen abgeleitet werden. Die Weltgesundheitsorganisation (1980) definiert Invalidität als (durch eine Behinderung bedingte) Beeinträchtigung oder Unfähigkeit, eine Tätigkeit in den als normal geltenden Dimensionen auszuüben.

Die Feststellung einer Behinderung und ihrer einschränkenden Folgen verlangt schwierige und schmerzhaft Entscheidungen von Seiten der behinderten Person und ebenso aufwendige Abklärungen durch die Mitglieder des sozialen Umfeldes der Betroffenen. Da solche Urteile zwangsläufig subjektiver Natur sind, fließen in die Wahrnehmung der Individualität auch Kriterien des persönlichen Geschmacks, gesellschaftliche Wertvorstellungen und finanzielle Erwägungen ein. Invalidität entwickelt sich zu einem Verhaltensphänomen. Es sind gerade diese behavioralen Aspekte, welche der Invalidität und der Invalidenversicherung ihre politische Dimension verleihen und sie somit zu einem fruchtbaren Arbeitsfeld für Sozialwissenschaft und Wirtschaftsforschung machen.

Die Definition der Invalidität verbindet gesundheitliche Beeinträchtigung kausal mit reduzierter Leistungsfähigkeit. Das Vorhandensein einer Behinderung ist dabei eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung. Manche Behinderungen beeinträchtigen die Erwerbsfähigkeit überhaupt nicht, andere mindern zwar die Leistungsfähigkeit, können jedoch durch Trainingsmassnahmen, ärztliche Behandlung oder geeignete Hilfsmittel kompensiert werden, wieder andere bedeuten 100-prozentige, lebenslange Erwerbsunfähigkeit. Behinderung wird als anatomische oder psychische Schädigung oder Anomalie definiert [Nagi (1969), WHO (1980)]. Solche Schädigungen und Anomalien können von Krankheiten, Verletzungen, Geburtsgebrechen oder anhaltender Muskel- oder Organinaktivität herrühren und bleiben auch nach der akuten Krankheitsphase bestehen. Ausmass und Dauer der Behinderung hängen von der Art und Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankung ab.

Behinderungen stören Körperfunktionen, mindern somit die Leistungsfähigkeit und werden dadurch manifest. Funktionelle Beeinträchtigungen lassen sich nach der Organisationsstufe klassifizieren, auf der sie festgestellt und gemessen wurden. Man unterscheidet dabei Beeinträchtigungen auf der Stufe der Moleküle, der Zellen, des Gewebes und des Organismus als Ganzem. Beeinträchtigungen auf einer tieferen Organisationsstufe müssen auf höherer Ebene nicht zum Vorschein kommen. Dieser Satz ist jedoch nicht umkehrbar [Howards et al. (1980)]. Dass Beeinträchtigungen auf der Stufe des Handelns durch eine Kombination von Störungen auf niedrigeren Stufen verursacht sein können, liegt auf der Hand. So lässt sich beispielsweise Konzentrationsunfähigkeit auf emotionale Faktoren, somatische Ursachen oder beides zurückführen. Und das Unvermögen, einen schweren Gegenstand zu heben, kann seinen Grund in energetischen oder lokomotorischen Störungen haben.

**Schema 1    Ätiologie der Erwerbsunfähigkeit**

Beeinträchtigungen auf der Aktivitätsebene zu definieren, hat den offensichtlichen Vorteil, dass sie an Leistungskriterien gemessen werden können. Für die Erwerbsunfähigkeit sind nur solche Beeinträchtigungen relevant, die zu Konflikten mit den konkreten Arbeitsanforderungen führen. So können Menschen mit exakt den gleichen Funktionseinbussen dies bei ihrer Tätigkeit in unterschiedlichem Mass als hinderlich erfahren. Eine Beeinträchtigung des Gehörs stört den Violinisten weit mehr als den Arbeiter, während eine Fussverletzung den Arbeiter stärker behindert als den Violinisten. Behinderten Arbeitnehmern, die wegen einer Behinderung den Anforderungen ihres bisherigen Jobs nicht mehr gewachsen sind, steht als Alternative zur Invalidenrente der Ausweg über die Rehabilitation offen. Dies gibt ihnen die Chance, sich entweder umschulen zu lassen oder eine neue, mit ihrer Behinderung verträgliche Arbeit zu finden.

Schema 1 fasst zusammen, wie sich der kausale Zusammenhang zwischen Krankheit und Invalidität von klinischen Standpunkt aus darstellt. Invalidität besteht danach in der – durch funktionelle Störungen infolge einer Behinderung entstandenen – Unfähigkeit, die Anforderungen einer Erwerbstätigkeit zu erfüllen. Die beiden massgeblichen Dimensionen, entlang derer sich die Glieder dieser Kausalkette aneinander reihen, sind Dauer und Schwere der Behinderung. Weitere Dimensionen betreffen die Art der Behinderung, Beeinträchtigung oder Invalidität (z. B. physische vs. psychische Behinderung) oder verweisen auf ihre Ursache (etwa: berufsbedingt oder nicht berufsbedingt).

### Private Invalidenversicherung vs. Invalidenpflichtversicherung

Durch die Wechselwirkung zwischen risiko-abgeneigten Verbrauchern und gewinnorientierten Versicherungsträgern sind private Märkte prinzipiell im Stande, bestimmte Bevölkerungsgruppen gegen Invalidität abzusichern. Verträge lassen sich so gestalten, dass sie das Schutzbedürfnis der Versicherten optimal befriedigen und die Versicherer dennoch die üblichen Gewinne erwirtschaften. Solche Verträge decken Erwerbseinbussen ab, und zwar im Gegenwartswert der im Zeitraum der Invalidität entgangenen Einkünfte. Die zu zahlenden Versicherungsprämien bemessen sich dabei zum einen an der von dem/der Versicherten angenommenen Einbusse, zum andern an der Invalidisierungswahrscheinlichkeit, deren Berechnung Alter, Gesundheitszustand und Beruf des Versicherten zu Grunde liegt. Versicherte mit hoher Invalidisierungswahrscheinlichkeit sehen sich entsprechend hohen Prämien gegenüber, wobei bereits bestehende Behinderungen nicht mitversichert werden können.

Eine unvermeidliche Konsequenz des freien Wettbewerbs ist die sogenannte Risikobewertung (risk rating). Eine Versicherungsgesellschaft, die mit einer kalkulierten Durchschnittsprämie operierte, derart, dass Gruppen mit geringem Risiko die Hochrisikogruppen mitfinanzierten, geriete ins Minus, weil ihre risikoarmen Klienten von Wettbewerbern risiko-äquivalente Prämienangebote erhalten und daher kündigen würden.

Risiko-abgeneigte Menschen legen Wert auf Sicherheit und nehmen daher auch Prämien in Kauf, die über den erwarteten Einbussen liegen. Wie wichtig ihnen die Sicherheit ist, hängt vom Grad ihrer Risiko-Abneigung und vom Ausmass der erwarteten Einbussen ab. Der aus dem Versicherungsschutz abzuleitende Wohlfahrtsgewinn (V) lässt sich mit Hilfe des Bernoulli-Prinzips in Geldwerten ausdrücken.

Private Träger können Versicherungsverträge nur dann anbieten, wenn die Prämien für sie kostendeckend sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen an Geschädigte müssen die Prämien auch die Transaktionskosten (T) des Versicherungsgeschäfts decken, wie beispielsweise die Aufwendungen für Vertrieb und Anspruchsverwaltung – in anderen Worten, das Privatversicherungsgeschäft lohnt sich, wenn die Versicherungsprämien den erwarteten Verlust und den je Police anfallenden Transaktionsaufwand zumindest wieder einbringen.

Ein risikobelasteter Kunde wird sich seinerseits nur dann auf einen Vertrag mit einem Versicherer einlassen, wenn dessen Transaktionskosten niedriger sind als der Geldwert der in diesem Vertrag gewährleisteten Sicherheit (vgl. Barr 1998, S.120).

$$T \leq V$$

Anders ausgedrückt, ist der soziale Wohlfahrtsgewinn aus einem abgeschlossenen Versicherungsvertrag gleich der Differenz aus

$$V - T.$$

Für den Invalidenversicherer – ob privater oder öffentlich-rechtlicher Träger – besteht nun das Hauptproblem darin, das versicherte Risiko, also die invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse, zu definieren und zu verifizieren. Besonders bei Versicherten mit dauerhaften Beeinträchtigungen ist es in der Regel nicht einfach, die Schwere einer Behinderung, die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung und die Wiedereingliederungschancen genau zu taxieren. Die Begutachtungskosten und die übrigen Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Schadensbegrenzung entstehen, sowie die eigenen Wiedereingliederungsbemühungen des Versicherten sind in dem Faktor T enthalten.

Die soziale Adäquanz verlangt jedoch für alle Mitglieder einer definierten Bevölkerungsgruppe (Arbeitnehmer, Selbständige oder die Bevölkerung im Erwerbsalter) nach Versicherungsschutz vor der ganzen Palette medizinischer Eventualitäten. Dies führt zu einem unter Umständen nicht unerhebli-

chen Prüffehler bei der Feststellung der Invalidität (vgl. Diamond and Sheshinski 1995; Parsons 1991). Dabei lassen sich zwei Fehlertypen unterscheiden: irrtümliche Ablehnungen (Exklusionsfehler oder Fehlertyp I) und irrtümliche Zusagen (Inklusionsfehler oder Fehlertyp II). Ein Invalidenrentenplan muss daher vor allem sicherstellen, dass die Summe dieser beiden (sich wechselseitig ausschliessenden) Fehler möglichst klein ausfällt.

Die heikle Aufgabe, zwischen Exklusions- und Inklusionsfehler den richtigen Ausgleich zu finden, verweist auf drei versicherungsspezifische Probleme, deren Existenz die öffentlich-rechtliche Invalidenversicherung in einem vorteilhafteren Licht erscheinen lässt.

### *Risikoabhängigkeit: Arbeitslosigkeit und Invalidität*

Das individuelle Invalidisierungsrisiko kann erstens durch die Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt bedingt sein. Daraus entsteht ein zusätzlicher, schwer kalkulierbarer Risikofaktor. Ein privater Versicherungsmarkt ist nur dann überlebensfähig, wenn sein Risiko unter einer heterogenen Versichertenpopulation aufgeteilt wird. Ein unerwarteter Ansturm von Leistungsansprüchen im Gefolge einer Epidemie, hohe Arbeitslosigkeit oder verstärkte Ausstiegstendenzen dürften von einem privaten Versicherungsfonds kaum zu bewältigen sein.

Invalidität und Arbeitslosigkeit bedingen sich zu einem gewissen Grad gegenseitig. Tendiert der Arbeitsmarkt schwach, suchen Menschen mit Behinderungen vermehrt Zuflucht zu einer Invalidenrente. Je grösser die Zahl der Anträge, desto mehr werden anerkannt. Umgekehrt ermutigt ein lebhafter Arbeitsmarkt auch anspruchsberechtigte Behinderte dazu, das Erwerbsleben der Rente vorzuziehen. Diese Erkenntnis macht deutlich, dass in der Frage, ob nun eine Rente beantragt werden soll oder nicht, oft nach persönlichem Gutdünken entschieden wird (vgl. z.B. Rupp and Stapleton 1995).

Im Hinblick auf die Wechselwirkung zwischen Invalidität und Arbeitslosigkeit und die damit verbundene Problematik der Risikoabhängigkeit sollten Invalidenversicherungen auf Bestimmungen verzichten, die bei der Feststellung des Invaliditätsgrades Chancen auf dem Arbeitsmarkt mit einbeziehen. In anderen Worten, die Administratoren sollten bei der Invaliditätsprüfung möglichst sorgfältig unterscheiden zwischen (medizinisch begründeter) Erwerbsunfähigkeit und (wirtschaftlich motivierter) Unfähigkeit, eine der Behinderung angemessene Arbeit zu *finden*. Bei der Bearbeitung der Anträge tun sie sich jedoch bei ihrem Entscheid oft schwer damit, das Geflecht medizinischer und ökonomischer Faktoren zu entwirren.

Zum administrativen Problem gesellt sich noch der Druck seitens der Politik, der Gewerkschaften und der Antragsteller selbst, diesen Unterschied zu ignorieren und die Invalidenrente in eine Art Arbeitslosenhilfe oder Frührentenregelung umzufunktionieren. Für Politiker ist es verlockend, einen

Teil des Beschäftigungsproblems in ihrem Land unter den Teppich der Invalidität zu kehren, weil sich mit geringeren Arbeitslosenzahlen das wirtschaftliche Gesamtbild verschönern lässt. Freigesetzte Arbeitnehmer finden aus psychologischen und finanziellen Erwägungen heraus Gefallen an ihrer als Invalidität getarnten Arbeitslosigkeit, weil Invalidenrenten oftmals unbefristet (bis zur Erreichung des Rentenalters) gezahlt werden und weniger stigmatisierend wirken.

Wo der Unterschied zwischen medizinisch und wirtschaftlich motivierter Invalidität in der administrativen Praxis derart undeutlich wird, steht der Fortbestand der sozialen Übereinkünfte insgesamt auf dem Spiel. Als Invalide anerkannten Arbeitslosen wird ein Anreiz gegeben, ihren Lebensunterhalt zu sichern, indem sie sich an ihre Behinderungen klammern und ihre Rente so lange wie irgend möglich in Anspruch nehmen. Dadurch verlieren sie ihre berufliche Qualifikation und auch den Geschmack an förmlichen Arbeitsverhältnissen. Die Anerkennung als Invalide auf Lebenszeit bedeutet auch, dass Arbeitnehmer – zuweilen schon recht frühzeitig – als Rentner angesehen werden, von denen eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt nicht verlangt werden kann. Durch solche Praktiken laufen Verbindlichkeiten auf, die umfangreicher und langfristiger sind als die entsprechenden Aufwendungen für regulär Arbeitslose. Wer zyklische oder strukturelle Arbeitslosigkeit als Invalidität zu kaschieren versucht, verschafft sich damit nur neue und noch schwerer zu behebende Probleme.

Ein negatives Beispiel hierfür sind die Niederlande, die in den 70er Jahren ihre Invalidenversicherung als komfortablen und leicht zugänglichen Fluchtweg aus drohender massiver Arbeitslosigkeit benutzten. Zwischen 1970 und 1980 stieg in Holland das Invalidenrentenvolumen auf mehr als das Doppelte und wuchs weiter bis 1994, wenn auch in gemässigterem Tempo. Wohl ging die Beitrittsquote in den 80er Jahren zurück, die Zahl der Austritte blieb jedoch noch deutlich darunter. Die holländische Sozialversicherung ist bis heute fest im Griff einer riesigen Menge von Invalidenrentnern. Vor ähnlichen Schwierigkeiten sehen sich auch die Transformationsländer Osteuropas (vgl. Tabelle 1).

#### *Unvollständige Information: negative Auslese und Opportunismus (moral hazard)*

Zweitens verfügen die Versicherungsträger vielfach über keine verlässlichen Daten für die Schätzung individueller Risiken und die Kalkulation der entsprechenden Prämien. Selbst eine adäquate Kategorisierung der Versicherten nach Risikoklassen ist sehr schwierig. Wo Privatversicherungsprämien nicht präzise nach erwarteten Einbussen kalkuliert sind, kann *negative Auslese* zu einem ernsthaften Problem werden. Risiko-unbelastete Menschen versichern sich nicht, es sei denn, sie sind extrem risiko-abgeneigt. Daraus ergibt sich für die verbleibenden Klienten ein hohes Durchschnittsrisiko, das die Prämien entsprechend in die Höhe und die Mitgliederzahlen weiter nach unten treibt. Für den Markt könnte dies eine existentielle Gefahr bedeuten, wenn die Versicherer nicht in

ärztliche Eintrittsuntersuchungen investieren und bereits bestehende Behinderungen von der Versicherung ausschliessen (dürfen). Daher ist wegen der negativen Auslese ein bestenfalls lückenhaftes Versicherungsangebot möglich.

Drittens könnte für das Ausmass des Risikos auch der Faktor Arbeitswilligkeit eine Rolle spielen. Mit entsprechender Umsicht kann der Versicherte Schäden verhindern oder begrenzen und in gewissem Mass die Kontrolle über Wahrscheinlichkeit und Umfang seiner Einbussen behalten. Es geht hier um das Problem *moral hazard* (Opportunismus). Opportunistisches Verhalten tritt in Erscheinung, wenn ein Versicherter im Bewusstsein umfassenden Versicherungsschutzes so tut, als kosteten ihn seine Schäden gar nichts und sein Nutzen aus eigenen Vorsichtsmassnahmen wäre gleich Null. Der Versicherer ist nicht in der Lage, die Verhaltensreaktion des Versicherten zu überwachen und kann dessen Schutzvorkehrungen bei der Prämienkalkulation daher auch nicht berücksichtigen.

Die Standardlösung zur Korrektur fahrlässigen Risikoverhaltens besteht darin, statt einer Volldeckung eine Teildeckung bzw. im Sinne der Sozialversicherung einen Einkommensersatz von weniger als 100 Prozent vorzunehmen. Der Umfang des Selbstbehalts – für den deckungslosen Anteil der Einbusse – bleibt eine politische Grösse. "Wie sinnvoll es ist, die Deckung zu reduzieren und den Versicherten einem Risiko auszusetzen, bemisst sich nach dem Anreiz zu mehr Achtsamkeit, und dieser Anreiz wiederum hängt von dem Aufwand ab, den seine Realisierung erfordert" (Shavell, 1979, S.541). Eine optimale Deckung ist dann erreicht, wenn bei einer gegebenen Intensität der Risikoabneigung der Minimalaufwand für Vorsichtsmassnahmen dem Minimalnutzen aus der Verminderung der erwarteten Einbussen entspricht.

Risikobewertung im Zusammenspiel mit Erfahrungstarifizierung sind für das Überleben im Wettbewerb unerlässlich. Die Invalidenversicherung setzt sie ein, um opportunistisches Verhalten (*moral hazard*) zu begrenzen, indem sie sicherheitsbewusstes Verhalten mit niedrigeren Prämien belohnt. Ein anderes Mittel gegen den Opportunismus besteht in einer restriktiven Anwendung der Anspruchsvoraussetzungen und einer entsprechend unnachgiebigen Anspruchsverwaltung.

*Moral hazard* schmälert den Wohlfahrtsgewinn der Versicherung und verursacht damit ein Effizienzproblem. Die Grösse der *moral hazard*-Komponente (MHC) hängt bei einer Versicherung gegen Einkommenseinbussen von der Einkommenselastizität des Bedarfs nach Freizeit ab. Versteht man Freizeit als ‚normales‘ Gut, so folgt aus einer höheren Einkommensersatzrate automatisch eine grössere MHC. Liegt ein *moral hazard* Problem vor, lässt sich der Nettowohlfahrtsgewinn der Versicherung vereinfacht wie folgt ausdrücken (Aarts and De Jong, 1998):

$$V - T - MHC$$

Diese Formel ermöglicht eine anschauliche Darstellung der Kompromisse, zu denen die beiden Instrumente Selbstbehalt und restriktive Anspruchsverwaltung im Kampf gegen opportunistisches

Verhalten auffordern. Der Selbstbehalt vermindert sowohl den Wohlfahrtsgewinn (V) als auch die *moral hazard*-Komponente (MHC). Gewinne ergeben sich immer dann, wenn der Abbau des *moral hazard* grösser ist als der Wohlfahrtsverlust. Auf ähnliche Weise führt eine restriktive Anspruchsverwaltung zu einem Anstieg von T und einem Abbau von MHC.

Risikoabhängigkeit, *moral hazard* und negative Auslese sind die drei Problembereiche, die es unmöglich machen, Invalidisierungsrisiken exakt zu bewerten, andererseits jedoch eine unmittelbare Beeinflussung dieses Risikos ermöglichen. Der Unterschied zwischen diesem Invalidisierungsrisiko und dem Langlebighkeitsrisiko in der Altersrentenversicherung besteht in eben diesen Verhaltenskomponenten und den daraus folgenden Prüfproblemen. Aus demselben Grund dürfte eine rein private Invalidenversicherung kaum wirtschaftlich sein. Soziale Adäquanz und Wirtschaftlichkeit erfordern – bei der Invalidenversicherung noch mehr als bei der Altersvorsorge – das Engagement des Staates.

### Die gemischtwirtschaftliche Lösung

Schema 2 zeigt die Unterschiede zwischen öffentlich-rechtlicher und privater Versicherung im Überblick. Wie oben erwähnt, besteht das Hauptmerkmal einer Sozialversicherung in der obligatorischen Inanspruchnahme einer gesetzlichen Versicherung. Ein zweites wichtiges Merkmal ist die Risikoteilung. Die Dimension der Solidarität (des Risikos) innerhalb der versicherten Bevölkerungsgruppe kommt in der Art der Beitragsdifferenzierung zum Ausdruck. Die Risikoteilung variiert dabei zwischen landesweit einheitlichen Prozentanteilen am Einkommen und Beitragssätzen, die je nach individuellem Risikoprofil unterschiedlich bemessen sein können. Eine individuelle Risikobewertung wäre jedoch mit der obligatorischen Partizipation unvereinbar, da risikobelastete Personen dann mit exorbitanten Prämienforderungen konfrontiert würden. Für die Pflichtversicherung bedarf es daher stets bestimmter Formen von Risiko-Poolung, über die risikoarme Gruppen risikobelastete Kontingente mitfinanzieren (müssen).



**Schema 2      Gesetzliche versus private Invalidenversicherung**

	<b>Sozialversicherung</b>	<b>Privatversicherung</b>
Partizipation	obligatorisch	freiwillig
Bedingungen	einheitlich	verhandelbar
Prämien / Beitragssätze	solidaristisch	risikoabhängig
Finanzierung	Beiträge	Kapitaldeckung
Träger	öffentliches Monopol	freier Markt
Anspruchsverwaltung	öffentliches Monopol	freier Markt

Häufig werden Invaliditätsrisiken landesweit gebündelt und über Pflichtbeiträge finanziert. Die Beitragsfinanzierung eignet sich nur dann zur Deckung umfangreicher Verbindlichkeiten – beispielsweise aus langfristigen Invalidenrentenansprüchen – wenn die Versicherung über eine breite Basis verfügt und die Versicherten keine Möglichkeit haben, aus dem öffentlich-rechtlichen Vorsorgemonopol auszusteigen. In anderen Worten, Beitragsfinanzierung ist machbar, wenn ein öffentlich-rechtliches Monopol als Sozialversicherungsträger auftritt. Fehlt – wie im Falle der Alterssicherung – der Faktor *moral hazard*, ist ein öffentlich-rechtliches Sozialversicherungssystem potenziell wesentlich kostengünstiger als sein privatwirtschaftliches Pendant. Für das Produkt – ein nichtverhandelbarer Standardvertrag – besteht Kaufzwang, so dass Aufwendungen für Marketing entfallen. Zudem ermöglicht ein solches System hohe Skalenerträge.

Wenn ein *moral hazard* jedoch gegeben ist, wird die Poolung problematisch, weil die Erträge aus der Schadenprävention bzw. -begrenzung in dem Mass sinken, in dem das Niveau der Risikoteilung steigt. Bei einer landesweit aus einheitlichen Pflichtbeiträgen finanzierten Invalidenversicherung werden die Kosten des Leistungsmissbrauchs auf den nationalen Fonds abgewälzt. Es gibt dann keine mikroökonomischen Anreize mehr, Risiken zu kontrollieren, und der Missbrauch von Leistungen lässt sich nur noch an der Höhe der Beiträge ablesen.

Der Wettbewerbsdruck, dem private Versicherer ausgesetzt sind, zwingt sie zu Finanzierungsmethoden und administrativen Praktiken, die geeignet sind, den opportunistischen Verhalten so weit wie möglich abzubauen. Wie oben erwähnt, verdrängt der Wettbewerb das Solidaritätsprinzip, da private Träger auf dem Markt nur dann bestehen können, wenn sie ihre Prämien risikoorientiert kalkulieren. Dies wirkt opportunistischem Verhalten entgegen, weil der Versicherte dadurch mit den finanziellen Konsequenzen seines Risikoverhaltens direkt konfrontiert wird. Zweitens müssen freie Versicherer

Leistungsansprüche konsequent prüfen und ein effizientes Monitoringsystem aufbauen, um in ihren Leistungsbudgets die Spreu vom Weizen zu trennen und damit Kosten einzusparen. Der *moral hazard* lässt sich auf dem freien Markt zwar nicht ganz ausschalten, wohl aber auf ein wirtschaftlich verträgliches Ausmass reduzieren (vgl. Aarts and de Jong, 1998). Wo jedoch die Deckung von Erwerbsrisiken mit potenziell tiefgreifenden sozialen Konsequenzen auf dem Spiel steht, ist die privatwirtschaftliche Sicherung solcher Risiken wegen ihrer Restriktivität und den damit verbundenen Ausschlüssen sozial kaum akzeptabel.

Im Hinblick auf Verhaltensrisiken wie Invalidität stellt sich die Frage, wie sich die höhere Wirtschaftlichkeit der privaten Absicherung mit gesamtgesellschaftlichen Gerechtigkeitsansprüchen vereinbaren lässt. Schema 2 verweist in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, die spezifischen Merkmale der gesetzlichen und der privaten Versicherung miteinander zu kombinieren.

In vielen Ländern kennzeichnen sich die Invalidenversicherungen durch Merkmale, wie sie in Schema 2 unter der Überschrift "Sozialversicherung" zusammengefasst sind. Die Beitragssätze sind landesweit einheitlich und basieren auf zwei Grundformen der Solidarität: der Risikosolidarität und der Einkommenssolidarität. Risikosolidarität bedeutet, dass Prämien nicht nach individuellem Risiko bemessen werden. Werden Beitragssätze so kalkuliert, dass sie den Durchschnittsbetrag der jährlich anfallenden Ausgaben decken, dann zahlt jeder Versicherte denselben Festbeitrag, gleichgültig, ob er einer risikobelasteten oder einer risikoarmen Kategorie angehört. Steigen die Ausgaben, könnte der Nominalbeitrag einkommensschwächere Versicherte überfordern. Die Einkommenssolidarität kann dieses Problem lösen, in dem sie statt Festbeiträgen einkommensabhängige Beiträge erhebt. Ein unter Sozialversicherungsträgern übliches Kalkulationsverfahren für die Arbeitslosen-, Kranken- und Invalidenversicherung setzt daher die erwarteten Gesamtkosten als prozentualen Anteil am steuerbaren Einkommen an. Daraus ergibt sich ein einheitlicher Beitragssatz, der die Pflichten aus Risiko- und Einkommenssolidarität zusammenfasst.

Weiter oben wurde bereits darauf hingewiesen, dass solche solidaristischen Formen zwar gerecht sein mögen, das Problem des *moral hazard* dadurch aber nur noch komplizierter wird. Es betrifft nämlich nicht nur die versicherten Arbeitnehmer, sondern auch deren Arbeitgeber und die jeweiligen Systemadministratoren. Wenn der Pfad über die Invalidität weniger kostet und geringeren Verwaltungsaufwand erfordert als die offene Kündigung eines Arbeitsvertrages, geben Arbeitgeber möglicherweise der Invalidenversicherung als beschäftigungspolitischem Instrument den Vorzug. Desgleichen könnten die Administratoren eines öffentlich-rechtlichen Monopols dazu tendieren, Konflikte mit den Anspruchstellern zu vermeiden, um sich die Arbeit, aber auch die psychologische Bürde einer strikten Handhabung zu ersparen. Solche Einstellungen führen auch dann zu einer nachgiebigen Interpretation der Anspruchsvoraussetzungen, wenn letztere sich auf dem Papier stringent genug ausnehmen.

Die Frage der korrekten Anwendung der Anspruchsvoraussetzungen verweist auf die Schlüsselrolle, die den für die Anspruchsverwaltung zuständigen Stellen bei der Eindämmung der *moral hazard*-Gefahr zukommt. Eines der Kernprobleme bei der Verwaltung öffentlich-rechtlicher Invalidenversicherungen besteht in dem mangelnden Kostenbewusstsein der mit der Überprüfung der Ansprüche beauftragten Stellen, da diese von den vollen finanziellen Konsequenzen ihrer Gewährungspraxis nicht selbst betroffen sind. Beispiele für administrative Laxheit finden sich bei einer ganzen Reihe von Versicherungsträgern etwa in den Niederlanden (bis Mitte der 90er Jahre), in Polen und in Grossbritannien. Andere Länder wie Deutschland und die Vereinigten Staaten ersetzen – mit wechselndem Erfolg – Ausgabendisziplin durch bürokratische Kontrollmechanismen.

Die Niederlande benutzen neuerdings zur effizienteren Verwaltung der Invalidenversicherung das Instrument der Privatisierung (vgl. De Jong, 1999). Privatisierung bedeutet im Kontext der Sozialversicherung, finanzielle oder administrative Pflichten an private Stellen zu vergeben bzw. solche Mandate zuzulassen. Die niederländische Krankenkasse beispielsweise, die invaliditätsbedingte Erwerbseinbussen im ersten Jahr absichert, wurde früher aus Mitteln der herkömmlichen Sozialversicherung (vgl. Schema 2) finanziert. Im März 1996 wurde diese Zuständigkeit per Gesetz neu geregelt und den Arbeitgebern übertragen. Zwar steht es den Arbeitgebern frei, sich gegen das damit verbundene Leistungsrisiko privat rückzuversichern, doch sind sie nun mit den finanziellen Folgen des Absentismus direkter konfrontiert. Das Ergebnis war ein Rückgang der Krankenstandstage um 30 Prozent.

Auf ähnliche Weise reformierten die Niederlande auch die Finanzierung der ersten fünf Leistungsjahre der Invalidenversicherung, welche invaliditätsbedingte Erwerbseinbussen nach Ablauf des ersten Krankheitsjahres abdeckt. Nach dem neuen Plan bemisst sich die von den Firmen zu zahlende Prämie nach der Anzahl der in den zurückliegenden fünf Jahren hinzugekommenen Invalidenrentner. Es handelt sich hier um eine Tarifierung nach dem Verursacherprinzip (‘experience rating’), welche Methoden des freien Versicherungsmarktes auf das öffentlich-rechtliche Beitragsfinanzierungssystem überträgt.

Als mögliche Alternative zur öffentlich-rechtlichen Monopolversicherung liesse sich das Invaliditätsrisiko (zum Teil) über private Rentenfonds finanzieren. Dies ist in der Schweiz der Fall, wo die Invalidenversicherung auf einem Mehssäulen-Modell aufbaut, das integraler Bestandteil des schweizerischen Altersvorsorgesystems ist. Jeder Einwohner im erwerbsfähigen Alter, der die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, hat Anspruch auf eine individuelle Pauschalleistung, deren Höhe von der zurück gelegten Beitragszeit und seinem Durchschnittsverdienst abhängt, jedoch den Betrag von monatlich CHF 2010 (1999) – etwa ein Drittel des Durchschnittseinkommens – nicht überschreiten darf. Diese Leistung wird von einem öffentlich-rechtlichen Monopol auf Bundesebene erbracht und mittels eines einheitlichen Beitragssatz im Umlageverfahren finanziert. Für viele Arbeitnehmer be-

deutet dies, dass ein Grossteil ihrer Einkünfte nicht versichert ist. Anders als die meisten anderen Invalidenpflichtversicherungen deckt die erste Säule in der Schweiz (ebenso in Norwegen und Schweden, vgl. Prinz 1999) auch Personen ohne Beschäftigungsnachweis.

Darüber hinaus partizipieren primärversicherte Arbeitnehmer an der beruflichen Vorsorge – einer obligatorischen betrieblichen Zusatzversicherung – durch den Arbeitgeber (per 1999 Deckung der Jahresverdienste zwischen CHF 24 120 und CHF 72 360). Die Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge werden aus einem Mix privater Ersparnisse und privater Invalidenversicherung finanziert. Der Ersparnisanteil (Altersguthaben) setzt sich zusammen aus einem persönlichen Rentenkonto, das aus regulären Pflichtbeiträgen der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber sowie den auflaufenden Zinsen gespeist wird (Altersgutschriften). Der Versicherungsanteil besteht aus einer Pauschale, die im Versicherungsfall auf dieses Konto eingezahlt wird. Diese Pauschale deckt die Leistungsverbindlichkeiten in den Jahren zwischen dem Beginn der Invalidität und der Erreichung des Rentenalters. Zinsen, die auf dem Rentenkonto aufgelaufen wären, hätte der Arbeitnehmer seine Stelle nicht aufgegeben, bleiben bei der Berechnung der Versicherungssumme unberücksichtigt (UBS, 1999).

Eine wie eine Privatversicherung gestaltete zweite Säule würde voraussetzen, dass die Prämien der Invalidenversicherung erfahrungs- und risikotarifiert sind. Firmen in risikoreichen Branchen oder mit risikobelastetem Personal (höheres Durchschnittsalter, schlechtere Ausbildung, geringere Aufstiegschancen) hätten höhere Prämien zu zahlen. Der *moral hazard* liesse sich durch Tarifierung nach dem Verursacherprinzip reduzieren. Eine derartige Tarifierung findet sich in der zweiten Säule der Schweizerischen Invalidenversicherung jedoch nicht.

Anders ist das in der Unfallversicherung, wo Prämien nach dem Risiko gestaffelt werden. Arbeitnehmer sind durch ihre Arbeitgeber obligatorisch gruppenversichert. Nach solchen auf das jeweilige Unternehmen zugeschnittenen Gruppenversicherungsverträgen unterscheidet man bei der Kalkulation der Prämien zwischen Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und sonstigen Invaliditätsursachen – eine weitere Besonderheit des Schweizerischen Systems, mit dem Ziel sämtliche Invaliditätsrisiken abzudecken. Die Arbeitgeber zahlen die volle Prämie und ziehen den nicht berufsbezogenen Anteil bei ihrem Personal ein. Sie haben die Wahl zwischen circa 40 verschiedenen öffentlich-rechtlichen und privaten Versicherern (SUVA 1999).

## **Abschnitt III – Internationale Forschungsergebnisse**

### **Teil I – Endogene Faktoren**

Der folgende Abschnitt untersucht jene Faktoren der Zunahme an Invalidenrentnern, welche ihre Ursache in der Struktur und Funktionsweise der Invalidenversicherung selbst haben. Genauer formuliert wird analysiert, wie sich die Gestaltung einer Invalidenversicherung auf das Verhalten ihrer drei Hauptakteure – Versicherter, Arbeitgeber und Administrator – auswirkt. Versicherungsgestaltung umfasst alle institutionellen Faktoren wie Leistungsansprüche, Normen der Anspruchsberechtigung, Prüfverfahren, Art der Finanzierung und Organisation der Verwaltung. Kurzum, sie bestimmt, wer was bekommt, wer darüber entscheidet und wer bezahlt.

Im Folgenden wird die Literatur nach den drei genannten Akteuren unterteilt. Die meisten Untersuchungen betreffen die Rolle der Arbeitnehmer und die Frage, wie bestimmte Kombinationen von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorsorgeprogrammen das Verhalten der Versicherten beeinflussen. Nur eine begrenzte Anzahl der vorliegenden Studien widmet sich der Rolle der Arbeitgeber, noch seltener gilt das Augenmerk der Gewährungspraxis der Administratoren.

#### Arbeitnehmer

Eine allgemeine Hypothese der mikroökonomischen Theorie besagt, dass grosszügigere und leichter zugängliche Vorsorgepläne zu einem höheren Bestand an Leistungsempfängern führen. Genauer gesagt, (1) je höher die Einkommensersatzrate, (2) je geringer die Antragskosten und (3) je höher die Wahrscheinlichkeit eines positiven Entscheides, um so grösser die Anzahl der Leistungsempfänger. Eine andere, häufig untersuchte Hypothese verbindet (hohe) Leistungen (bzw. Einkommensersatzraten) mit einer (niedrigen) Erwerbsquote.

*Höhere Einkommensersatzraten führen zu mehr Invalidenversicherungsanträgen und senken die Erwerbsquote*

Tatsächlich handelt es sich hier um zwei Hypothesen. Die erste behauptet eine positive, direkte Korrelation zwischen der Höhe der Invalidenrente und der Anzahl der Rentenansprüche, die andere postuliert eine negative Korrelation zwischen Rentenhöhe und Erwerbsquote. Letzteres beschreibt eine indirekte Abhängigkeit, da Beschäftigungslosigkeit bei Invaliden nicht zwangsläufig auf einen Rentenanspruch hinausläuft.

Die finanziellen Anreize durch Einkommensersatzangebote öffentlich-rechtlicher Invalidenversicherungen lassen sich auf verschiedene Arten messen. Zwei entgegengesetzte Kräfte sind hier am Werk: Rentenleistung vs. Arbeitsentgelt. Je höher die zu erwartende Leistung, d. h. ihr Nominalbetrag mal die Wahrscheinlichkeit ihrer Gewährung, und je niedriger das aktuelle bzw. erwartete Arbeitsentgelt, desto wahrscheinlicher folgt der Rentenanspruch. Diese Anzeizeffekte werden in den einzelnen Studien unterschiedlich gemessen. Manche gehen beim nominalen (erwarteten) Arbeitsentgelt und bei den Leistungen von getrennten Variablen aus, andere wiederum stützen sich auf das Verhältnis Rentenleistung zu Erwerbseinkommen oder, wie es anders heisst, die Einkommensersatzrate. Zudem können Invalidenrentenansprüche auch Ansprüche auf weitere Leistungen oder Angebote begründen, etwa Steuernachlässe, Wiedereingliederungsmassnahmen oder eine Krankenversicherung. Solche ergänzenden Leistungen können die Attraktivität der Invalidenrente gegenüber der Erwerbstätigkeit steigern.

Bei aller Verschiedenheit der Ansätze wird die Hypothese über den finanziellen Anreiz von vielen Studien aus mehreren Ländern bestätigt.

*Leistungsumfang, Versicherungsanträge und Entscheidungspraxis*

In einer aggregierten Zeitreihenanalyse stellen Disney and Webb (1991) für Grossbritannien fest, dass die Einkommensersatzrate bei der Zunahme der bewilligten Invalidenrenten eine wesentliche Rolle spielt. Invalidenrenten werden häufiger in Anspruch genommen, wenn sie mehr einbringen als die übrigen verfügbaren Erwerbsquellen. Andere, ebenfalls durch die kontinuierliche Zunahme des Invalidenrentenbestandes in Grossbritannien angeregte, Untersuchungen stammen von Molho (1989, 1991), Holmes and Lynch (1990) sowie Holmes et al. (1991). Sie berichten von einer ähnlich positiven Korrelation zwischen erwarteten Versicherungsleistungen und Beitrittszahlen, stützen sich jedoch nicht auf Aggregat- sondern auf Einzeldaten.

In einer weiteren aggregierten Zeitreihenanalyse nennt Bowitz (1997) die Gründe für die Zunahme des Invalidenrentenbestandes in Norwegen zwischen 1971 und 1991. Er beobachtet einen relativ ge-

ringen Effekt der steigenden Einkommensersatzrate und gleichzeitig einen erheblichen Einfluss der zunehmenden Arbeitslosigkeit (S. 932).

Die im folgenden aufgeführten Studien basieren sämtlich auf Mikroanalysen mit Querschnitts- und Paneldaten. Aarts and de Jong (1991) untersuchen die Zugangsrate zur grosszügigen niederländischen Invalidenversicherung und stellen fest, dass selbst unter Einbezug einer Menge sonstiger potenzieller Determinanten die Einkommensersatzrate als Anreiz zur Inanspruchnahme der Invalidenrente immer noch eine herausragende Rolle spielt. Aarts und de Jong definieren die Einkommensersatzrate als das Verhältnis des Gegenwartswertes der erwarteten Invalidenrente zum entsprechenden Wert des erwarteten Erwerbseinkommens. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass ein 10-prozentiger Wertzuwachs einer lebenslangen Invalidenrente die Zugangswahrscheinlichkeit ebenfalls um 10 Prozent erhöht (vgl. dazu auch Bound and Burkhauser, 1999, pp.3515-6).

In einer differenzierten Studie anhand deutscher Paneldaten stellt Riphahn (1997) allerdings fest, dass "das Leistungsangebot der Invalidenrente die Neigung zur Inanspruchnahme einer Invalidenrente in nur geringem Masse beeinflusst. Eine Rentenkürzung um die Hälfte würde die prognostizierte kumulative Zugangswahrscheinlichkeit von 38,2 auf 33 Prozent senken." (S. 23). In anderen Worten, eine 50-prozentige Leistungskürzung würde die Invalidisierungswahrscheinlichkeit um 13 Prozent reduzieren. Während also ein grosszügiges und locker verwaltetes System wie das niederländische eine Leistungselastizität von 1,0 aufweist, beträgt diese in der restriktiveren deutschen Invaliditätsvorsorge nur 0,26.

In einem Forschungsbericht zur Invalidität führen die beiden U.S.-amerikanischen Nationalökonominnen Bound und Burkhauser sieben Untersuchungen an, die in der gesetzlichen Invalidenversicherung der Vereinigten Staaten eine positive Korrelation zwischen Leistungsniveau, Zahl der Anträge und Zahl der Neuzugänge feststellen (vgl. Bound and Burkhauser, 1999, Tabelle 13). Eine weitere Studie (Riphahn and Kreider, 1998) erkennt ebenfalls eine positive Korrelation zwischen Leistungsangebot und Zahl der Versicherungsanträge. Sie beobachten ausserdem, dass Frauen für die pekuniären Anreize einer Partizipation an der Invalidenversicherung empfänglicher sind als Männer (S. 7).

Bratberg (1999) widmet sich dem Invalidisierungsverhalten in Norwegen und kommt hinsichtlich der pekuniären Anreize zu demselben Schluss wie Riphahn und Kreider. Andererseits stellt er fest, dass sowohl Frauen als auch Männer auf erwartete Erwerbseinkünfte deutlich ansprechen: bei einer 10-prozentigen Lohnerhöhung sagt er eine um 20 Prozent (Frauen) und 45 Prozent (Männer) sinkende Invalidisierungswahrscheinlichkeit voraus.

Das Niveau der Invalidenrente wirkt sich nicht nur auf die Anzahl der Invalidenrentenanträge aus, sondern möglicherweise auch auf die wahrscheinliche Ausstiegsrate. Hennessey and Muller (1995) schliessen aus Erhebungen in den Vereinigten Staaten, dass Empfänger höherer Leistungen weniger

zu einer Rückkehr in die Arbeitswelt tendieren. Offenbar zieht man eine bessere finanzielle Absicherung durch die Invalidenrente den Unwägbarkeiten des Erwerbslebens vor.

#### *Rentenhöhe und Erwerbsquote*

Bound and Burkhauser (1999) nennen fünf U.S.-amerikanische mikroökonomische Analysen zur Erwerbsquote der älteren männlichen Bevölkerung. In diesen Studien wurden – mit Bezug auf das Leistungsniveau der gesetzlichen Rentenversicherung – Erwerbsquotenelastizitäten zwischen -0,21 und -0,93 ermittelt. Anders ausgedrückt, eine 10-prozentige Rentenerhöhung führt bei älteren Männern zu einem Rückgang der Erwerbsquote von 2,1 bis 9,3 Prozent (Tabelle 16). De Jong et al. (1988) untersuchen den Effekt grosszügiger Invalidenrentenleistungen auf die Erwerbsquote bei Frauen und stossen dabei auf Effekte im selben Schwankungsbereich wie bei Männern.

Gruber (1996) untersucht anhand von Daten aus der kanadischen Invalidenvorsorge die Auswirkung grosszügiger Renten auf die Erwerbsquote bei Männern. Dabei vergleicht er die Veränderungen der Erwerbsquote bei Männern im Alter von 45 bis 59 Jahren in Québec mit jenen im übrigen Kanada nach einer deutlichen Rentenerhöhung (um 36 Prozent), die in allen Provinzen mit Ausnahme von Québec vorgenommen wurde. Nach seinen Berechnungen liegt die Erwerbsquotenelastizität bei Invalidenrenten zwischen -0,25 und -0,32 (S. 32). Die Reaktion der Erwerbsquote auf das IV-Leistungsniveau deutet auf einen erheblichen Effizienzverlust hin. Gruber ordnet dieses Ergebnis jedoch in einen grösseren Zusammenhang ein und schätzt den potenziellen Wohlfahrtsgewinn, der sich mit einer solchen Politik erzielen liesse. In seiner Analyse der öffentlichen Sozialleistungen überwiegt der Ertrag aus der Unterstützung einkommenschwächerer Bevölkerungsgruppen den Nettosteuer- aufwand für die Finanzierung der 36-prozentigen Rentenerhöhung, "... die Plausibilität der Präferenzraten vorausgesetzt" (S. 3).

#### *Teilrenten*

Diese Untersuchungen über die Auswirkungen des Rentenniveaus bzw. der Einkommensersatzraten auf den IV-Rentenbestand bzw. die Erwerbsquote trennen nicht zwischen Voll- und Teilrente. Aarts et al. (1996) und Prinz (1999) sehen in den differenzierten Leistungsangeboten Faktoren, die zur Erklärung der im internationalen Vergleich festgestellten Unterschiede beim IV-Rentenvolumen beitragen können. Zwei Aspekte des Rentensystems sind hier von besonderer Bedeutung: die Anzahl der Invaliditätsgrade und der Mindestgrad der Erwerbsminderung, der das Tor zur Rente öffnet. Aarts et al. berichten, selbst in Ländern wie den Niederlanden oder Schweden mit einer fein abgestuften Invaliditätsklassifizierung (7 bzw. 4 Grade) und einem tief angesetzten Mindestinvaliditäts-



grad (15 bzw. 25 Prozent) würden Teilrenten nur einer Minderheit gewährt. In beiden Ländern kommt einer von vier Invalidenrentnern in den Genuss einer Teilrente. In Ländern mit gröberer Klassifizierung der Invaliditätsgrade und höherem Mindestgrad liegt der Anteil der Teilrenten zu meist weit darunter (in Deutschland beispielsweise sind es weniger als 10 Prozent gegenüber 30 Prozent in der Schweiz). Tabelle 1 macht dennoch deutlich, dass die Länder mit der feinsten Abstufung der Invaliditätsgrade (die Niederlande und Schweden) und niedrigsten Mindestinvaliditätsgrad den höchsten Invalidenrentenbestand aufweisen. Daraus ziehen Aarts et al. den Schluss, "... dass, ungeachtet der administrativen Struktur einer Invaliditätsvorsorge, den Teilrenten nur eine begrenzte Bedeutung zukommt. Es ist unklar, in welchem Masse Faktoren wie Arbeitsmarktlage oder Unsicherheiten bei der Invaliditätsbeurteilung die Administratoren davon abhalten, Teilrenten zu gewähren (S. 162). Klar ist jedoch, dass in den meisten Fällen "die Antragsteller entweder als Vollinvalide anerkannt werden oder gar keine Rente erhalten." (S. 163). Nach der niederländischen Invalidenversicherungsstatistik von 1997 wurden im Durchschnitt auf 26 Prozent der neu eingegangenen Anträge Teilrenten gewährt, wobei es um diesen Mittelwert herum beträchtliche Schwankungen gab: eine Teilrente beziehen 34 Prozent der Rentner mit Muskel- und Skeletterkrankungen, während es bei psychisch Behinderten nur 18 Prozent sind.

#### *Zurechnung bei jüngeren Antragstellern*

Die Invaliditätsvorsorgesysteme unterscheiden sich darin, wie sie die bis zum Rentenalter verbleibenden potenziellen Arbeitsjahre behandeln und damit jüngeren Versicherten mehr oder minder starke Anreize geben, sich um eine Rente zu bemühen. In einem Vergleich zwischen sieben europäischen Ländern zählt Prinz (1999) nicht weniger als vier verschiedene Ansätze. In Schweden und Norwegen wird bei der Rentenberechnung unterstellt, der Behinderte würde bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters weiter gearbeitet haben; die Einkommensersatzrate hängt in diesem Fall nicht vom Alter ab und entspricht der Ersatzrate eines Altersrentners. In einer zweiten Gruppe mit Österreich und Deutschland gilt für jüngere Behinderte eine Ersatzrate von höchstens 75 Prozent (Österreich) bzw. 83 Prozent (Deutschland) des Betrages der jeweiligen Regelaltersrente. Diese Ersatzrate ist für alle Rentner unter 55 Jahren gleich, bei älteren liegt sie jedoch darüber.

Italien und die Niederlande sorgten mit gesetzlichen Neuregelungen dafür, dass jüngere potenzielle Antragsteller niedrigere Ersatzraten erhalten. In Italien sind diese 1984 eingeführten Bestimmungen besonders restriktiv: die bis zum ordentlichen Rentenalter verbleibenden Jahre werden überhaupt nicht angerechnet. Allerdings betrifft dies nur befristete Leistungen, die bei Fortbestand der Erwerbsminderung nach drei oder nach sechs Jahren in unbefristete umgewandelt werden. Diese unbefristeten Leistungen werden wie die Leistungen in Schweden und Norwegen behandelt. Die Nieder-

lande machen seit 1994 sowohl das Niveau als auch die Dauer der langfristigen – relativ hohen, einkommensbezogenen – Leistungen vom Alter abhängig (gestaffelt ab 0 Monaten für Personen unter 33 bis 72 Monate für Personen über 58 Jahre).

Die Schweiz geht den umgekehrten Weg: Jüngeren Antragstellern wird nicht nur die ganze Zeit bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters angerechnet, die Bemessungsgrundlage für ihre Rente wird zusätzlich durch eine unterstellte berufliche und Einkommensentwicklung ergänzt. Die daraus resultierende Ersatzrate verringert sich mit zunehmendem Alter, da die besagte Ergänzung stufenweise von 100 Prozent bei Personen unter 23 auf 5 Prozent bei Personen zwischen 39 und 45 Jahren abgesenkt wird.

Es ist keine Untersuchung bekannt, die sich detailliert mit dem Einfluss solcher Regelungen auf die Zugangswahrscheinlichkeit befasst. Die Altersstruktur der Rentenempfänger lässt jedoch auf eine Wechselbeziehung schliessen.

*Ergänzungsleistungen bewirken verstärkten Zustrom zur Invalidenversicherung und behindern die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt*

Stichhaltige Belege für diese Hypothese finden sich vor allem in der U.S.-amerikanischen Literatur. Die U.S.A. gehören zu den wenigen OECD-Ländern ohne allgemeine Krankenversicherung. Wer Geldleistungen der gesetzlichen Invalidenversicherung (Social Security Disability Insurance, SSDI) oder – nach entsprechender Überprüfung seiner Einkommensverhältnisse – Hilfe zum Lebensunterhalt (oder Sozialhilfe; Supplementary Security Income, SSI) beanspruchen darf, ist automatisch in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. SSDI-Rentner haben Anspruch auf Medicare (U.S.-Gesundheitsfürsorge, vorwiegend für Senioren), während Medicaid (U.S.-Gesundheitsfürsorge für Bedürftige) die Krankenversicherung der Sozialhilfeempfänger übernimmt.

Yelowitz (1998) untersuchte, wie sich Medicaid auf die Partizipation an SSI auswirkt, und stellte fest, dass der steigende Wert des SSI-Leistungspakets Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts wesentlichen Anteil am wachsenden Zustrom zur Sozialhilfe hatte. Seiner Schätzung nach ist etwa ein Viertel dieser Zunahme der erweiterten Deckung durch Medicaid zuzuschreiben.

Yelowitz nennt zwei Ursachen dieser positiven Korrelation: Erstens könnte das verbesserte Medicaid-Angebot Einzelne dazu verleiten, weniger zu verdienen, um so die Bedürftigkeitsprüfung für die Sozialhilfe zu bestehen und dadurch einen Anspruch auf Medicaid zu erhalten. Zweitens könnten Personen, die bis dahin wegen des damit verbundenen Stigmas auf Sozialhilfe verzichtet hatten, an-

gesichts der verbesserten Medicaid-Leistungen, ihre Meinung ändern und ihre Rechte geltend machen (Yelowitz, 1998, S.115).

Ähnliche – wenn auch nicht im Bereich der Krankenversicherung angesiedelte – Effekte sind auch in anderen Ländern zu beobachten. In den Niederlanden beispielsweise gestatten die Betriebsrentenkassen und andere Versicherer Invalidenrentnern, sich bei ihnen beitragsfrei weiter zu versichern. Solche Vergünstigungen machen den Invalidenstatus noch attraktiver und damit eine Reintegration unwahrscheinlicher. Unserer Kenntnis nach gibt es jedoch ausser den genannten Studien zur U.S.-amerikanischen Krankenversicherung keine Untersuchungen über die Effekte von Ergänzungsleistungen.

*Je höher die Invalidenrente im Vergleich zu anderen Rentenarten, desto grösser die Zahl der Antragsteller*

Die Attraktivität einer bestimmten Rentenart wird traditionell vor dem Hintergrund der gegebenen Beschäftigungsoptionen untersucht. Neuerdings erscheinen mehr und mehr Arbeiten, die ein Vorsorgesystem wie die Invalidenversicherung in einen breiteren, die Vorsorge insgesamt umfassenden Kontext einbetten. Aarts et al. (1996) geben eine theoretische Darstellung der verschiedenen Pfade, die aus dem Arbeitsleben in die Rente führen. Andere untersuchen das Wahlverhalten einzelner Beschäftigter hinsichtlich der verfügbaren Lohnersatzoptionen vom empirischen Standpunkt aus. Aarts and de Jong (1992) widmen sich der Rest-Arbeitsfähigkeit niederländischer Invalidenrentner zu Beginn der 80er Jahre und kommen zu dem Schluss, dass der strukturelle Anteil der in der niederländischen Invalidenversicherung versteckten Arbeitslosigkeit zwischen 33 und 51 Prozent liegt.

Einige Arbeiten analysieren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens unterschiedlicher Stadien wie Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Invalidität oder Frührente. In diesen Studien wird versucht, die Einnahme ein oder des anderen Statuses durch berufsbezogene Personencharakteristika (wie Gesundheit, Bildungsstand, Arbeitserfahrung, Rentenpotential und Arbeitsentgelt) zu erklären. Ein frühes Beispiel dafür wäre die Studie der U.S.-Amerikaner Haveman et al. (1988). Disney and Webb (1991) suchen nach den Gründen für die Zunahme des Invalidenrentenbestandes in Grossbritannien und stellen fest, dass diese Rente immer dann vermehrt in Anspruch genommen wird, wenn ihre Leistungen höher liegen als andere mögliche Einkommensquellen.

In jüngerer Zeit liegen vermehrt Längsschnittdaten vor, die einen noch tieferen Einblick ermöglichen. Riphahn (1997) geht, gestützt auf das deutsche sozioökonomische Panel, der Frage nach, ob es sich bei den Übergängen zwischen Beschäftigung und Arbeitslosigkeit bzw. Beschäftigung und Invalidität um austauschbare oder vielmehr von einander unabhängige Pfade handelt. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass "diese (beiden) Pfade sich entlang bestimmter Risikodimensionen (z.B. Alter,

Lohn, Arbeitsplatzmerkmale) sehr ähneln. Da jedoch die für den Wechsel in die Invalidität einerseits (...) und in die Arbeitslosigkeit andererseits kritischen Faktoren wie Gesundheit im Einzelnen und Arbeitslosigkeit im Allgemeinen sich auf die beiden Ausstiegsszenarien jeweils ganz unterschiedlich auswirken, kann man daraus nicht schliessen, dass Invalidität (...) und Arbeitslosigkeit austauschbare Optionen wären oder dass es sich bei Invalidenrentnern in Wirklichkeit nur um Arbeitslose handelte." (S. 560). An dieser Stelle drängt sich nochmals der Vergleich mit dem grosszügigeren niederländischen Gegenstück auf. Lindeboom (1998) benutzt ähnliche Datensätze, Analysemodelle und statistische Techniken wie Riphahn, wendet sie jedoch auf eine niederländische Stichprobe an. Für ihn sind Arbeitslosigkeit (wozu auch die Beschäftigungslosigkeit zählt), Invalidität und Frührente alternative Ausstiege aus dem Arbeitsmarkt. Er findet deutliche Anzeichen für die Austauschbarkeit dieser Szenarien und auch dafür, dass sich Änderungen in den Modalitäten einer Ausstiegsform auf die Nutzung der anderen auswirken.

Diesen Befund bestätigt auch die Gesamtstatistik der Invalidenrenten in den Niederlanden. Zwischen 1980 und 1985 sank die Zugangsrate von 2 auf 1 Prozent. Diese Rückwärtsentwicklung ist um so bemerkenswerter, als im selben Zeitraum die Arbeitslosigkeit von 5 auf 12 Prozent in die Höhe schnellte. Gerade in diesen Jahren hatten die Tarifpartner Frührentenvereinbarungen getroffen, die älteren Arbeitnehmern neue und dazu noch extrem vorteilhafte Ausstiegsmöglichkeiten offerierten. Der Pfad in die Invalidenrente wurde wohl auch deswegen seltener begangen.

Eine Studie von De Winter (1991) findet Hinweise, die der Behauptung widersprechen, Früh- und Invalidenrente seien austauschbare Optionen und sprächen ähnliche Beschäftigtengruppen an. De Winter analysiert in vier niederländischen Firmen zwischen 1979 und 1983 erhobene Längsschnittdaten zu ausscheidenden Mitarbeitern. Dabei stellt er fest, dass Frührentner sich deutlich von Invalidenrentnern unterscheiden: sie sind relativ gesund und Berufsrisiken wie schädlichen Arbeitsbedingungen und physischer oder psychischer Überanstrengung viel weniger ausgesetzt.

Dieser Befund erinnert eher an Entwicklungen, die in Norwegen beobachtet wurden. Prinz (1999) berichtet, dass die Tarifpartner 1990 eine gemeinsam ausgehandelte Frührentenvereinbarung in Kraft setzten und danach nicht nur der Anteil der Frührentner rapide anstieg, sondern auch die Invalidisierungsquote unter älteren Personen kontinuierlich weiter wuchs – zumindest nach 1994. Erstmals hat hier offenbar die Einführung der Frührente zu einer auf breiter Basis wachsenden Akzeptanz der Rente vor 67, dem gesetzlichen Rentenalter in Norwegen, geführt.

#### *Je kostspieliger der Antrag, desto weniger Antragsteller*

Bei der Beantragung einer Invalidenrente sind zwei potenzielle Kostenfaktoren zu berücksichtigen: eine obligatorische Wartezeit und das Risiko, nach Ablauf der Wartezeit abgelehnt zu werden.

In den U.S.A. beispielsweise darf nach den Bestimmungen der SSDI eine Invalidenrente erst nach einer fünfmonatigen Karenzzeit beantragt werden. In anderen Ländern lässt sich die Wartezeit mit Krankengeld überbrücken, so dass nur die Einbussen aus der Humankapitalabschreibung zu tragen sind. Doch auch solche Kosten können erheblich zu Buche schlagen, denn, je länger die Wartezeit, desto grösser die Kompetenz- und Ansehensverluste und um so geringer die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt.

Wer beim ersten Mal abgewiesen wird, kann gegen diesen Entscheid Widerspruch einlegen. Widerspruchsverfahren sind jedoch zeitraubend und dauern wesentlich länger als die Wartezeit. In einer empirischen Analyse der Antrags-, Gewährungs- und Rechtsmittelverfahren stellen Benitez-Silva et al. (1977) fest, dass viele Menschen die langwierigen Prozesse und die damit verbundenen Kosten scheuen und daher auf Rechtsmittel verzichten.

Abgewiesene Antragsteller, denen nichts anderes mehr bleibt, als sich wieder eine Arbeit zu suchen, werden von Arbeitgebern gelegentlich als "beschädigt" angesehen. Sie haben daher unter Umständen Schwierigkeiten, einen Job zu finden und ihn auch zu behalten, und man bietet ihnen einen geringeren Lohn. So fand Bound (1989) bei der Analyse in den U.S.A. erhobener Daten heraus, dass weniger als 50 Prozent der zurückgewiesenen Antragsteller während des auf die Ablehnung folgenden Jahres einer bezahlten Arbeit nachgingen.

*Je unwahrscheinlicher ein positiver Entscheid, desto geringer die Zahl der Anmeldungen*

Diese Hypothese scheint in der U.S.-amerikanischen Literatur auf breite Zustimmung zu stossen. Halpern and Hausman (1986) berichten, ein 20-prozentiger Rückgang des Männeranteils an den positiv beschiedenen SSDI-Anträgen senkt ihren Anteil an den eingereichten Anträgen um etwa 4 Prozent. Daraus ergibt sich eine wahrscheinliche Aufnahmeelastizität von etwa 0,2. Parsons (1991) stellt fest, dass eine 100-prozentige Zunahme der Ablehnungsquote die Zahl der Antragsteller um 4,5 Prozent nach unten drückt, was einer wahrscheinlichen Aufnahmeelastizität von etwa 0,4 entspricht. Bei Gruber and Kubik (1997) ist nachzulesen, dass eine 10-prozentige Zunahme der Ablehnungsquote zu einem mit 2,8 Prozent statistisch signifikanten Rückgang der Erwerbsquote unter den 45-64-jährigen Männern führt. Riphahn and Kreider (1998) vergleichen den Einfluss der Ablehnungsraten auf Männer und auf Frauen. Ihre Nachforschungen ergeben, dass bei Männern die Antragswahrscheinlichkeit viel sensibler auf Veränderungen der Zuerkennungswahrscheinlichkeit reagiert als bei Frauen. Sie begründen dies damit, dass (verheiratete) Frauen ihr Haushaltsbudget auch aus anderen Quellen speisen können, während Männer zumeist nur auf ihr Erwerbseinkommen zurückgreifen können (S. 17-18).

*Leistungsende*

Bei der erstmaligen Gewährung einer Invalidenrente können unterschiedlich lange Leistungsfristen festgelegt werden. Manche Programme bieten sowohl befristete als auch unbefristete Leistungen an. Befristete Renten werden dann gewährt, wenn der Invaliditätsstatus noch unklar ist oder berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen vorgesehen sind. Unbefristete Leistungen setzen bleibende Invalidität voraus und bedürfen keiner erneuten Abklärung zu einem späteren Zeitpunkt. Andere Versicherungen betrachten sämtliche Leistungen als befristet und überprüfen den Invaliditätsstatus des Leistungsbeziehers in regelmässigen Abständen. Eine Revision kann zur Aberkennung des Invaliditätsstatus und damit der Rente führen.

Nach einer 1993 erfolgten Gesetzesänderung wurden in den Niederlanden alle Invaliden unter 45 Jahren (33 Prozent des Gesamtbestandes) im Zeitraum zwischen 1994 und 1998 neu untersucht. Vor der Novellierung waren praktisch alle Invalidenrenten unbefristet, und nur wenige Rentner kehrten auf den Arbeitsmarkt zurück. 1994/95 wurden 91.500 Leistungsempfänger im Alter von 40 Jahren und darunter überprüft. 49 Prozent der Untersuchten erhielten danach keine Rente mehr, 16 Prozent wurden in einen niedrigeren Invaliditätsgrad mit entsprechend kleineren Renten heruntergestuft (Aarts et al. 1998).

Allein im Jahre 1994 sahen sich 52 Prozent mit den Folgen direkt konfrontiert: 37 Prozent der Renten wurden eingestellt, 15 Prozent gekürzt. Eine Ende 1995 erhobene Stichprobe zeigt, dass ein Jahr nach der Revision fast ein Viertel der Betroffenen sich verstärkt um eine Arbeit bemüht hatten. Genauer gesagt, 30 Prozent derer, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen waren, hatten ein Jahr danach bereits einen Job. Die meisten anderen waren nach wie vor auf Transferleistungen angewiesen. Die Revision war insofern erfolgreich, als sie einen Rückgang des Invalidenrentenbestandes herbeiführte; auf die Arbeitswilligkeit derjenigen, die vor der neuerlichen Untersuchung nach strengeren Regeln eine volle Rente bezogen hatten, wirkte sie sich jedoch weniger stark aus.

*Versicherte Bevölkerung*

Ein noch nicht systematisch untersuchter, aber für das Invalidenrentenvolumen dennoch bedeutender Faktor ist der von der Versicherung erfasste Personenkreis. Die meisten Vorsorgesysteme versichern die Erwerbsbevölkerung gegen Einkommensentfall und erheben zu diesem Zweck Sozialversicherungsbeiträge. Einige wenige jedoch bieten als zusätzliche Komponente eine (üblicherweise aus Steuermitteln finanzierte) Invalidenversicherung für erwerbsfähige, zum gegebenen Zeitpunkt aber beschäftigungslose Personen, beispielsweise Hausfrauen. Dies ist typisch für Systeme mit einer integrierten Grundrente (Invalidenrente) wie in Skandinavien oder der Schweiz, wo Be-

schäftigungslose keine Leistungen aus der berufs- oder einkommensbezogenen Komponente beanspruchen können. Ein Diskussionsbeitrag hierzu findet sich in Prinz (1999), die Frage, in welchem Masse diese Komponente die im Ländervergleich so unterschiedlichen Invalidenrentenbestände beeinflusst, kann aber nicht beantwortet werden.

### Arbeitgeber

Freier Wettbewerb bedeutet einen Druck zu höherer Produktivität bei sinkenden Kosten. Unternehmen können ihre Produktivität steigern, in dem sie Arbeitskräfte abbauen, deren weitere Beschäftigung aus medizinischen oder sonstigen Gründen unrentabel wäre. Dabei gilt es, die damit verbundenen direkten und indirekten Kosten sowie den administrativen und psychologischen Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Eine leicht zugängliche und für die Mitarbeiter finanziell wie gesellschaftlich akzeptable Invalidenversicherung verlockt Arbeitgeber dazu, nicht mehr benötigte Arbeitskräfte auf diesem Wege freizusetzen, und zwar besonders dann, wenn die Inanspruchnahme der Invalidenversicherung sich nicht auf den Beitragssatz auswirkt.

Daraus lassen sich drei Hypothesen ableiten: (1) Arbeitgeber benutzen die Invalidenversicherung als beschäftigungspolitisches Instrument; (2) Arbeitgeber sind in Einzelfällen bereit, den Bedürfnissen behinderter Mitarbeiter entgegen zu kommen; (3) Arbeitgeber sind eher bereit, in Prävention und Arbeitsplatzgestaltung zu investieren, wenn die Versicherungsprämien nach dem Verursacherprinzip gestaffelt und damit auf das konkrete Unternehmen zugeschnitten sind.

#### *Arbeitgeber benutzen die Invalidenversicherung als beschäftigungspolitisches Instrument*

Anstatt Mitarbeiter zu entlassen, können Unternehmen die Invalidenversicherung dazu benutzen, die Grösse und Zusammensetzung ihrer Belegschaft zu manipulieren. Die Entlassung selbst ist häufig durch gesetzliche Regelungen eingeschränkt und daher als beschäftigungspolitisches Instrument unattraktiv. Als mögliche Alternativen bieten sich Frührentenregelungen an, doch diese unterliegen Altersbegrenzungen und können kostspielig werden, insbesondere dann, wenn das Unternehmen seine Frührentenkasse selbst finanzieren muss.

Gould (1996) untersucht die verschiedenen Pfade in die Frührente, die den Arbeitnehmern in Finnland offen stehen. Arbeitsmarktbedingte Zwänge, firmenspezifische Merkmale und Sozialverträge

spielen hier offenbar eine wichtigere Rolle als die individuellen Merkmale des Arbeitnehmers. Gould zieht daraus den Schluss, dass die Frührente nicht so sehr den Interessen der Beschäftigten dienen soll, sondern vielmehr von den Arbeitgebern dazu benutzt wird, ihre Belegschaften umzustrukturieren.

Nägele (1993, zitiert in Riphahn, 1997) geht auf diesen Punkt näher ein und berichtet, Arbeitgeber legten ihren Mitarbeitern nahe, eine Invalidenrente zu beantragen, da ältere Arbeitskräfte weniger produktiv seien.

Aarts and de Jong (1992, Kapitel 8) untersuchen die relative Anzahl der von niederländischen Firmen in einem Zweijahreszeitraum "produzierten" Invalidenrentner. Sie weisen nach, dass die im Unternehmensvergleich beobachteten Schwankungen des Invalidisierungsrisikos auf einen kombinierten Effekt von Arbeitsbedingungen und relativen Kosten der Weiterbeschäftigung bzw. des Ersatzes von Mitarbeitern rückführbar sind. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Hassink et al. (1997).

*Arbeitgeber sind in Einzelfällen bereit, den Bedürfnissen behinderter Mitarbeiter entgegen zu kommen*

Was die Prävention anbelangt, findet diese These in der Literatur Unterstützung. Das Stellenangebot für Behinderte hängt von verschiedenen Faktoren ab und hat auch einen gewissen Einfluss auf das Erwerbsverhalten. Nach Beobachtungen von Baldwin und Johnson (1995) sind Arbeitgeber zu Arbeitsplatzanpassungen, flexiblen Arbeitszeiten und sonstigen Massnahmen eher geneigt, wenn der betroffene Arbeitnehmer langfristig angestellt ist. Ausserdem stellen sie fest, dass das Ausbildungsniveau die Bereitschaft, dem Mitarbeiter entgegen zu kommen, in gewissem Grad beeinflusst. Offenbar wächst der Anreiz zur Arbeitsplatzanpassung in dem Mass, in dem die Kosten für die Ausbildung und damit auch den Ersatz eines Mitarbeiters steigen. Nach dieser Logik haben Absolventen mittlerer und höherer Schulen nach Eintreten ihrer Behinderung bessere Chancen, an ihren früheren Arbeitsplatz zurückzukehren, als ihre schlechter ausgebildeten Kollegen (Butler, Johnson, Baldwin, 1995).

*Arbeitgeber sind eher bereit, in Prävention und Arbeitsplatzgestaltung zu investieren, wenn die Versicherungsprämien nach dem Verursacherprinzip gestaffelt sind*

Gesetzliche Invalidenversicherungen, die nicht berufsbedingte Risiken mit abdecken, werden fast überall durch landesweit einheitliche Pflichtbeiträge finanziert. Diese Finanzierungsmethode erspart



den Arbeitgebern die direkte Konfrontation mit den Kosten, die durch die Instrumentalisierung der Invalidenversicherung als billige Alternative zur regulären Entlassung entstehen.

Im Gegensatz dazu kalkulieren die Berufsunfallversicherungen ihre Prämien in der Regel nach dem Verursacherprinzip. Diese Risikotarifizierung konfrontiert die Arbeitgeber direkt mit den finanziellen Folgen von Fahrlässigkeit oder Missbrauch. Volle Risikotarifizierung bietet Arbeitgebern Anreize, die Aufwendungen für beitragsparende Investitionen in Prävention und Arbeitsplatzgestaltung gegen die Kosten von Versicherungsleistungen abzuwägen. Dieses Verfahren ist möglicherweise effizienter als eine landesweite Risikopoolung.

Butler (1994) bespricht 18 Arbeiten, die sich mit den Anreizeffekten von Rentenerhöhungen der U.S.-amerikanischen Berufsunfallversicherung, welche invaliditätsbedingte Erwerbseinbussen und Behandlungskosten absichert, befassen. Die meisten Bundesstaaten überlassen die gesetzliche Unfallversicherung privaten Trägern, die ihre Tarife selbstverständlich nach Risiko kalkulieren. Darüber hinaus dürfen die Arbeitgeber sich unter bestimmten Voraussetzungen selbst versichern. Alle 18 Studien beschreiben eine positive Korrelation zwischen Leistungsniveau, Zugangshäufigkeit und Höhe der Ansprüche. Nach Butler beschreibt diese positive Korrelation den Nettoeffekt zweier entgegengesetzter Verhaltensreaktionen: Je höher das Leistungsniveau, desto eher sind die Arbeitgeber bestrebt – durch mehr Sicherheit am Arbeitsplatz, durch Auswahl nachweislich gesunder Arbeitskräfte oder durch rechtliche Schritte gegen zuerteilte Ansprüche – Versicherungskosten einzusparen. Im Gegenzug verhalten sich die Arbeitnehmer weniger vorsichtig oder stellen mehr und höhere Ansprüche. Auf der Arbeitnehmerseite dominiert hier offenbar der *moral hazard*. Butler nennt im Hinblick auf das steigende Leistungsniveau eine Invalidisierungselastizität von 0,6.

In einer Rezension stellt Burton fest, es gebe "gewisse Anzeichen dafür, dass Risikotarifizierung bei der Sicherheit am Arbeitsplatz eine Rolle spielt (...)".

### Administratoren

Administratoren sind alle unmittelbar mit der Beurteilung von Leistungsansprüchen betrauten Experten. Für die Prüfung eines Anspruchs auf Invalidenrente bedarf es medizinischer und berufsbezogener Sachkenntnisse. Die Administratoren zählen zu den Hauptakteuren im Management einer Invalidenversicherung.

*Die konzeptionelle und funktionelle Komplexität des Invaliditätsbegriffes lässt den Administratoren einen Ermessensspielraum*

So komplex der Invaliditätsbegriff, so kompliziert sind die dazugehörigen Beurteilungsverfahren und so gross der Ermessensspielraum, der den Administratoren zwangsläufig zufällt (zur Situation in der Schweiz vgl. Bachmann und Furrer, 1999). Zudem verlangen Experten in der Regel Entscheidungsautonomie und weigern sich bisweilen, Beurteilungsvorschriften strikt einzuhalten, die ihrer Ansicht nach der Vielfalt der von den Antragstellern vorgebrachten gesundheitlichen Beschwerden kaum gerecht werden. Eine Hypothese besagt, praktische Ärzte gingen im Zweifel immer von einer wirklichen Erkrankung aus. Diese Entscheidungsregel mag die Nachgiebigkeit erklären, mit der eine wachsende Anzahl auf rein subjektiven Beschwerden (psychischer Stress, chronische Schmerzen) beruhender Ansprüche behandelt werden. Krank oder behindert zu sein, ist jedoch für einen Anspruch auf Invalidenrente nicht hinreichend. Bei der Beurteilung der Invalidität ist die Behinderung den tatsächlichen Anforderungen der Erwerbstätigkeit gegenüber zu stellen. So kommt es zu einer Unterscheidung zwischen einem juristischen und einem klinischen Begriff der Invalidität.

In einer klassischen soziologischen Studie wendet Nagi (1969) drei verschiedene Invaliditätsbegriffe auf eine Stichprobe mit 2'454 Amerikanern an, die sich selbst als Invalide bezeichnen. Er benutzt dabei einen binären Invaliditätsbegriff zur Gegenüberstellung der Selbsteinschätzungen mit der jeweiligen juristischen und klinischen Definition und fasst seine Ergebnisse in der folgenden Tabelle (S. 126) zusammen:

<i>Juristische Definition</i>	<i>Klinische Definition</i>	<i>Selbsteinschätzung</i>	<i>Stichprobenfälle</i>
Invalid	Invalid	Invalid	1'219 (50%)
Nicht invalid	Invalid	Invalid	626 (25%)
Invalid	Nicht invalid	Invalid	291 (12%)
Nicht invalid	Nicht invalid	Invalid	318 (13%)

Bei nur 50 Prozent der Stichprobe stimmen alle drei Definitionen überein. In 37 Prozent der Fälle widerspricht der nach medizinischen (klinischen) Kriterien, d.h. ohne Berücksichtigung der beruflichen Folgen der Behinderung, erstellte ärztliche Befund der juristischen Definition.

Ähnlich verfuhr der niederländische Soziologe Van Zaal (1981), als er drei Invalidenrentenanträge einem Panel mit 96 Sozialversicherungsärzten vorlegte, um herauszufinden, wie einheitlich (oder

uneinheitlich) das Beurteilungsverfahren gehandhabt wird. Während 6 Prozent der Befragten alle Anträge ablehnten, hätten 39 Prozent in jedem Fall positiv entschieden.

*Die Anreizstruktur eines öffentlich-rechtlichen Monopols schafft grössere Ermessensspielräume. Administratoren können somit Konflikten aus dem Weg gehen und Invalidität nach informellen Kriterien und persönlichen Standards beurteilen.*

Einige Studien weisen darauf hin, dass – ähnlich wie das Anspruchsverhalten von Beschäftigten oder die strategischen Ausnutzung von Vorsorgeprogrammen durch Arbeitgeber – auch die Anerkennungspraxis der Administratoren zum Teil das Produkt der bestehenden Anreize ist. In der Regel obliegt die Verwaltung gesetzlicher Invalidenversicherungen öffentlich-rechtlichen Monopolen. Öffentlich-rechtliche Versicherungsmonopole operieren in einem Kontext von Anreizen, mit denen ein freier, wettbewerbsorientierter Versicherungsmarkt nicht funktionieren könnte. Der Wettbewerbsdruck zwingt die privaten Versicherer zu einer restriktiven Gewährungspraxis.

Anders als die Privatwirtschaft, kennen die öffentlichen Monopole solche finanziellen Anreize nicht. Fehlender Wettbewerbsdruck könnte die Administratoren dazu verleiten, statt dessen dem Druck der Antragsteller nachzugeben. Kurzfristig mag dies sogar den Interessen des Monopols entgegenkommen, da Ablehnungen bisweilen komplizierte Rechtsmittelverfahren nach sich ziehen und dann kostspieliger sind als die Gewährung der Rente (vgl. hierzu auch Abschnitt II "Gesetzliche versus private Invalidenversicherung").

Zwei niederländische Studien befassen sich mit dem administrativen Ermessensspielraum. Van der Veen (1990) untersucht das Verhalten der Administratoren und kommt zu dem Ergebnis, dass das Beurteilungsverfahren selbst vieles offen lässt. Administratoren halten sich bei ihren Entscheidungen offenbar gerne an ihre eigenen, informellen Massstäbe. Wie sehr sie selbst davon überzeugt sind, dass der Antragsteller seine Rente "verdient" oder "braucht", ist für sie ein besonders gewichtiges Kriterium. In ihrer beruflichen Einstellung zeigen sie eine Tendenz, irrtümliche Ablehnungen möglichst zu vermeiden und im Zweifel zu Gunsten des Antragstellers zu entscheiden.

Van Eck (1990) untersucht die Entscheidungsprozesse von Sozialversicherungsärzten bei der Überprüfung von Krankengeldanträgen und kommt dabei zu ähnlichen Ergebnissen. Wenn funktionale (z. B. psychische) Beeinträchtigungen schwer zu messen sind, kann sich der Versicherungsarzt nicht hinter Vorschriften und formalen Tests "verstecken". Er muss sich auf sein persönliches Urteil verlassen. Wenn ein Antragsteller merkt, dass der Entscheid von der subjektiven Einschätzung des Arztes abhängt, macht er den Arzt persönlich dafür verantwortlich. Da der Arzt sich überwiegend auf die Angaben des Antragstellers verlässt und ausserdem geneigt ist, im Zweifelsfalle zu Gunsten

des Antragstellers zu entscheiden, beginnen die beiden, miteinander zu verhandeln, wobei es dem Antragsteller durchaus gelingen mag, die Entscheidung des Arztes zu beeinflussen.

Bei Versicherungssystemen, die, wie das schweizerische, Teilinvaliditätsgrade kennen, werden in überwiegender Anzahl Vollrenten gewährt. Offenbar tun sich die Verantwortlichen schwer damit, die Rest-Erwerbsfähigkeit genau zu beurteilen. Zudem sind die Administratoren geneigt, auch Antragstellern mit erheblicher Rest-Erwerbsfähigkeit eine Vollrente zu gewähren, wenn deren Marktchancen (ihrer Ansicht nach) gering sind. De Jong (1999) berichtet, wie die niederländische Invalidenversicherung ausser Kontrolle geriet, weil die Arbeitsmarktchancen der Antragsteller im Feststellungsverfahren mit berücksichtigt wurden.

*Auf höherer Ebene kann politischer Druck administrative Nachgiebigkeit fördern oder ihr entgegenwirken.*

Öffentlich-rechtliche Monopole sind stets einem politischen Druck ausgesetzt, der für die Integrität des Systems und seiner Administratoren eine potenzielle Gefahr darstellt. Es gibt viele Beispiele dafür, wie politischer Druck Administratoren zu noch grösserer Nachgiebigkeit zwingen kann.

Aarts et al. (1996) vergleichen die Invaliditätspolitik in fünf Ländern: den U.S.A., Grossbritannien, Schweden, Deutschland und den Niederlanden. In allen diesen Ländern führte einmal – wenn auch zu unterschiedlichen Zeiten – drohende Massenarbeitslosigkeit zu wachsenden Rentenbeständen. Dazu kam es trotz unveränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen, weil man den Administratoren Nachgiebigkeit gestattete oder abverlangte (siehe unten Tabelle 3).

Auch in den Reformstaaten Mittel- und Osteuropas hat man die Invalidenrente dazu benutzt, die mit dem Übergang zur Marktwirtschaft verbundenen sozialen Spannungen abzubauen. Ein extremes Beispiel hierfür ist Polen (vgl. Andrews and Hoopgardner, 1999).

## Teil II – Exogene Faktoren

Die Beantragung, Gewährung und Beendigung von Invalidenversicherungsleistungen wird nicht nur von den oben besprochenen Faktoren beeinflusst. Der zweite Teil dieses Berichts beschäftigt sich mit anderen Faktoren, die ihren Ursprung ausserhalb der Organisation und Verwaltung der Versicherungsträger haben. Einleitend werden individuelle Merkmale wie Alter, Geschlecht, Bildung und psychische Gesundheit betrachtet. Diese Variablen beschreiben die Kategorie der sogenannten "neuen Invaliden". Danach folgen Analysen veränderlicher Grössen aus den Bereichen Arbeit, Konjunktur, Gesellschaft und ihre Institutionen.

### Individuelle Merkmale

Merkmale wie Alter, Bildung und ethnische Zugehörigkeit sind für das Auftreten einer Invalidität von entscheidender Bedeutung. Die in Tabelle 2 angeführten U.S.-amerikanischen Daten machen dies deutlich. Aus anderen Hochlohnländern stammen ähnliche Befunde, die sich jedoch nicht nur auf das Auftreten einer Invalidität (die Invaliditätsprävalenz) beziehen, sondern auch die Invalidisierungsprävalenz – also die tatsächliche Zahl der Invalidenrentenbezieher – mit einschliessen. Während Tabelle 2 hervorhebt, dass zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Invaliditätsprävalenz kaum ein Unterschied besteht, zeigt Prinz (1999, Tabelle 15), dass Frauen in Ländern wie Italien, die Niederlande, Norwegen und Schweden höhere Invalidisierungsprävalenzen aufweisen als Männer. In Deutschland, Österreich und der Schweiz sind hinsichtlich der Invalidisierungsprävalenz keine ähnlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede zu beobachten.

#### *Ältere Menschen tendieren mehr zur Invalidenrente*

Der für das Invalidisierungsrisiko ausschlaggebende Faktor ist das Alter. Ursächlich ist jedoch nicht das Alter an sich – es steht nur stellvertretend für eine ganze Reihe von Merkmalen, die mit Invalidität kausal verbunden sind und mit den Merkmalen Alter, Gesundheit und Produktivität korrelieren. Mit zunehmendem Alter lässt die Gesundheit nach, werden Fachkenntnisse obsolet und schwindet die Lernfähigkeit. Ältere Beschäftigte haben schlechtere Vermittlungschancen und Entwicklungsmöglichkeiten. Daher verlieren sie weniger, wenn sie sich in die Abhängigkeit einer Invalidenrente begeben. Die Administratoren, heisst es, behandeln ältere Beschäftigte im allgemeinen entgegenkommender (Van der Veen, 1990). In manchen Ländern variieren die Anspruchsvoraussetzungen in

Abhängigkeit vom Alter. In Deutschland haben Schwerbehinderte im Alter von 60 Jahren und darüber Anspruch auf die volle Invalidenrente; ähnliche Regelungen gibt es auch in Österreich und Finnland.

Nach Aarts and de Jong (1992) korreliert die Zugangsquote der niederländischen Invalidenversicherung mit dem Alter der Versicherten und mindert sich die Erwerbsfähigkeit mit zunehmendem Alter. Während nur bei 5 Prozent der Neuzugänge im Alter von 25–35 Jahren keine Rückkehr ins Erwerbsleben erwartet wird, steigt dieser Anteil auf bis zu 50 Prozent (je nach angelegtem Massstab) bei den 55-64-Jährigen (S. 142). Riphahn and Kreider (1998) stellen anhand U.S.-amerikanischer Daten fest, dass die Entscheidung, eine Rente zu beantragen, von Faktoren wie Alter, bis zum Ruhestand verbleibende Jahre, Bildung, verfügbare sonstige Erwerbsquellen und erwarteter Einkommenszuwachs abhängt.

Hennessey and Muller (1995) kommen zu dem allgemeinen Schluss, ältere U.S.-amerikanische Invalidenrentner neigten weniger zu einer Rückkehr ins Erwerbsleben. Nach ihren Berechnungen "beträgt die wahrscheinliche Rückkehrquote bei IV-Rentnern eines bei Rentenantritt angenommenen Alters 96% der entsprechenden Quote der zum entsprechenden Zeitpunkt ein Jahr jüngeren IV-Rentner" (S. 21).

Es gibt jedoch auch Hinweise, die auf eine Verschiebung in der Altersstruktur innerhalb der Gruppe der Invalidenrentner hindeuten. Höög and Stattin (1996) analysieren unter schwedischen Invalidenrentnern erhobene Daten und finden, dass die Zahl der Invalidenrentner unter 60 Jahren 1993 grösser ist als 1988; bei den 45-60-Jährigen hat sich die Invalidisierungswahrscheinlichkeit vergrössert (S. 173). Die Verfasser kommen zu dem Schluss, dass sich das Bild des typischen Invalidenrentners über die Zeit gewandelt hat: waren es früher vor allem ältere Männer mit einem Job in der Schwerindustrie, Abnutzungserscheinungen im Rücken und Herzinfarkt, so sind es heute vermehrt Frauen mittleren Alters ohne eindeutig festgelegten sozialen oder Bildungshintergrund und mit psychosozialen und psychischen Symptomen (S. 175).

Diese Beobachtungen werden durch die Invaliditätsstatistiken mehrerer OECD-Länder untermauert. Wie Tabelle 3 zeigt, hat die Prävalenz jüngerer Rentner in den U.S.A, Deutschland und Schweden deutlich zugenommen. In den Niederlanden ging sie zwar etwas zurück, doch die Zahl der Leistungsempfänger unter 45 ist immer noch grösser als der gesamte Invalidenrentnenbestand der Schweiz.

**Tabelle 2. Invaliditätsprävalenz in der U.S.–Bevölkerung im Alter von 25 bis 61<sup>a</sup>**

<b>Altersgruppen</b>	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 <sup>b</sup>	1995	1996	1997	1998	1999
Alle Gruppen	7.2	7.2	7.4	7.5	7.6	7.8	8.4	8.3	8.3	8.3	8.1	7.9
<b>Alter</b>												
25 bis 34	4.4	3.9	4.2	4.4	4.6	4.8	5.0	4.7	4.4	4.3	3.6	3.8
35 bis 44	5.9	6.2	6.0	6.3	6.4	6.5	7.0	7.3	7.2	7.1	7.0	6.7
45 bis 54	9.1	9.3	9.7	9.7	10.0	10.0	10.8	10.8	10.8	10.9	10.7	10.4
55 bis 61	15.6	16.0	16.6	15.8	15.9	15.6	17.1	16.7	16.8	16.9	16.4	16.2
<b>Geschlecht</b>												
Männer	7.6	7.6	7.8	7.7	8.1	8.4	8.8	8.5	8.2	8.2	7.8	8.0
Frauen	6.7	6.8	7.0	7.2	7.2	7.2	8.0	8.2	8.4	8.3	8.3	7.9
<b>Rasse/Ethnizität</b>												
Weisse	6.7	6.8	6.9	6.9	7.2	7.4	7.8	7.7	7.6	7.8	7.6	7.4
Schwarze	11.6	11.0	11.6	11.9	11.4	10.8	13.4	13.3	13.7	13.3	12.3	12.9
Hispanos <sup>c</sup>	7.0	6.2	7.5	7.3	7.1	7.7	7.8	7.8	7.4	7.0	7.1	7.2
<b>Bildung</b>												
Niedriger als High School <sup>f</sup>	16.1	16.9	17.0	16.8	18.1	18.2	20.7	19.3	19.0	18.7	18.1	17.3
High School	6.6	6.6	7.3	7.4	7.6	8.0	8.6	9.1	8.9	8.9	8.9	9.0
Höher als High School	5.7	5.5	5.1	5.6	6.0	6.5	6.7	6.8	6.9	7.2	7.0	7.1
Aber niedriger als College												
College und höher	2.6	2.6	2.8	3.0	2.7	2.6	2.7	3.0	3.2	3.2	3.1	3.1

Quelle: Burkhauser et al. 2000.

<sup>a</sup> Personen unter 25 und über 61 Jahre sowie Angehörige der Streitkräfte sind nicht berücksichtigt. Diese Untersuchung geht von Invalidität aus, wenn gesundheitliche Beschwerden oder Behinderungen angegeben wurden, die eine Beschäftigung unmöglich machen bzw. in Art oder Umfang beschränken.

<sup>b</sup> Die Untersuchung wurde ab 1994 mit einer computergestützten Interview-Technik fortgesetzt. Daraus ergaben sich geringfügige Änderungen der Fragen, die zur Definition der Invalidität benutzt wurden.

<sup>c</sup> Seit Beobachtungsjahr 1992 wird im CPS-Bogen der Bildungsstand nicht mehr nach absolvierten Klassen (Schuljahren), sondern nach Zeugnissen und Abschlüssen abgefragt.

**Tabelle 3. IV-Transferleistungsbezieher nach Altersgruppen pro Tausend Erwerbstätigen in fünf OECD-Ländern 1970 - 1998**

Alter	1970	1975	1980	Wachstumsände-rung 1970-1980 (%)	1985	1990	Wachstumsände-rung 1980-1990 (%)	1995	1998	Wachstumsänderung 1990-1998 (%)
<b>15 – 64 Jahre</b>										
Vereinigte Staaten	27	42	41	52	41	43	5	64	70	63
Niederlande	55	84	138	151	142	152	10	142	137	-10
Schweden	49	67	68	39	74	78	15	106	107	27
Westdeutschland	51	54	59	16	72	55	-7	57	60	9
Ostdeutschland								70	81	
Grossbritannien					27	40		66	69	73
<b>15 - 44 Jahre</b>										
Vereinigte Staaten	11	17	16	45	20	23	44	39	43	87
Niederlande	17	32	57	235	58	62	9	57	59	-5
Schweden	18	20	19	6	20	21	11	32	34	62
Westdeutschland	7	6	7	0	8	5	-29	6	8	60
Ostdeutschland								16	23	
Grossbritannien									28	
<b>45 - 59 Jahre</b>										
Vereinigte Staaten	33	68	83	151	71	72	-13	103	104	44
Niederlande	113	179	294	160	305	339	15	271	241	-29
Schweden	66	95	99	50	108	116	17	151	145	25
Westdeutschland	75	64	84	12	103	75	-11	87	81	8
Ostdeutschland								136	141	
Grossbritannien									128	
<b>60 - 64 Jahre</b>										
Vereinigte Staaten	154	265	285	85	254	250	-12	314	329	32
Niederlande	299	437	1,033	245	1,283	1,987	92	1,872	2025	2
Schweden	229	382	382	67	512	577	51	716	709	23
Westdeutschland	419	688	1,348	222	1,291	1,109	-18	1,347	1,020	-8
Ostdeutschland								1,956	1.632	
Grossbritannien									328	

Quelle: nach Aarts, Burkhauser, and de Jong (1998), Daten aktualisiert.



Aarts and De Jong (1992) sehen für die niederländische Invalidenversicherung zwar keinen direkten Zusammenhang zwischen Alter und Zugangswahrscheinlichkeit, wohl aber starke indirekte Einflüsse, die über Faktoren wie Invaliditätsgrad, erwarteter Einkommenszuwachs und Beschäftigungsaussichten zum Tragen kommen. Jüngere Arbeitnehmer finden sich offenbar mit ihren Beeinträchtigungen oder beruflichen Qualifikationen auf dem Markt besser zurecht, oder ihre Arbeitgeber investieren mehr in präventive Massnahmen. Im Hinblick auf ihre Lohn- oder Gehaltserwartungen hätten sie mehr zu verlieren, und im Wettbewerb auf dem Arbeitsmarkt sind sie die Stärkeren. Zwar gibt es keinen Beleg für eine direkte Auswirkung des Alters auf die Zugangsrate, dem Strukturmodell ist jedoch zu entnehmen, dass die Zugangswahrscheinlichkeit eines 60-jährigen männlichen Beschäftigten das 11-fache der eines vergleichbaren 25-jährigen beträgt. Bei Frauen hat dieser Wahrscheinlichkeitsquotient den Wert 8.

#### *Frauen sind mit höherer Wahrscheinlichkeit Invalidenrentner*

Dass Frauen bei Invalidenversicherern zu den Risikogruppen zählen, hat seinen Grund in der Spezifik ihrer Gesundheit und ihrer Beschäftigungschancen.

- *Gesundheit*

Hinsichtlich der Gesundheit unterscheidet man zwischen der geschlechtsspezifischen Wahrscheinlichkeitsrate invalidisierender Krankheiten, funktioneller Beeinträchtigungen und Behinderungen und der geschlechtsspezifischen Genesungsrate (vgl. dazu auch Abschnitt II). Loprest et al. (1995) untersuchen anhand der U.S.-Gesundheits- und Rentenstatistik (U.S. Health and Retirement Survey) die Prävalenz von Invalidität und funktionellen Beeinträchtigungen sowie den gesundheitlichen Zustand einer 1990 erhobenen Stichprobe von Männern und Frauen im Alter zwischen 51 und 61 Jahren. In der Untergruppe der Beschäftigten sind Männer und Frauen mit erwerbsmindernden Behinderungen gleich stark (je 20%) vertreten, während ihre Anteile sich in der Untergruppe der noch nie Beschäftigten deutlich unterscheiden. In dieser Gruppe geben 57% der Männer und 33% der Frauen an, sie seien erwerbsunfähig. Diese Differenz widerspiegelt ein gesellschaftliches – oder zumindest für die untersuchte Gruppe repräsentatives – Rollenbild, wonach von gesunden Männern eher als von Frauen erwartet wird, dass sie einer Arbeit nachgehen. Dennoch berichten Frauen im Alter von 51-61 Jahren häufiger von funktionellen Beeinträchtigungen als Männer. Der Anteil der Männer ohne funktionelle Beeinträchtigungen beträgt 62 Prozent gegenüber 50 Prozent bei den Frauen (S. 296-298). Schwerere Leiden wie Neoplasmen, psychische Störungen, Blasen-, Nieren-, Muskel- und Knochenkrankheiten sowie Kreislauf- und Sinnesstörungen (Gehör, Augen) überwiegen bei Frauen, während unfallbedingte Verletzungen bei Männern häufiger auftreten.

Baldwin et al. (1994) untersuchen eine U.S.-amerikanische Stichprobe mit Personen im Erwerbsalter und stellen fest, dass Frauen schlechter sehen, tragen, laufen oder klettern, während Männer sich häufiger beim Hören oder Sprechen beeinträchtigt fühlen oder durch Amputationen oder entstellte Gliedmassen behindert sind. Ob solche funktionellen Beeinträchtigungen zur Erwerbsunfähigkeit führen, hängt selbstverständlich von den Arbeitsanforderungen ab. Da Männerarbeit häufiger mit körperlicher Anstrengung verbunden ist, wirken sich Beeinträchtigungen beim Tragen, Gehen oder Klettern bei Männern stärker auf die Erwerbsfähigkeit aus als bei Frauen (S. 868-869), oder umgekehrt: Zwar berichten Frauen öfter über körperliche Gebrechen, die Konsequenzen für die Erwerbsfähigkeit sind jedoch weniger gravierend.

In den Niederlanden neigen krankgeschriebene Frauen stärker zu psychischen Störungen. Wegen der in solchen Fällen längeren Genesungszeiten sind Krankschreibungen für ein Jahr und mehr nicht selten. Ettner et al. (1997) stellen sich die Frage, welche Folgen psychische Störungen für den Arbeitsmarkt haben, und analysieren zu diesem Zweck eine 1991 in den Vereinigten Staaten erhobene Stichprobe mit ambulanten Patienten im Alter von 15-54 Jahren. Unter den Befragten hatten 31 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer in den davor liegenden 12 Monaten mindestens eine diagnostizierbare Störung; bei 7 Prozent der Frauen und 4 Prozent der Männer waren drei oder mehr Störungen aufgetreten. Die häufigsten psychiatrischen Störungen bei Frauen waren einfache Phobien (13%), schwere Depressionen (13%) und soziale Phobien (9%). Männer leiden zumeist an Alkoholismus (10%), schweren Depressionen (7%) und sozialen Phobien (6%).

Auch bei der Krankheitsdauer gibt es offenbar geschlechtsspezifische Unterschiede. In Grossbritannien stellten Holmes et al. (1991) fest, dass Erkrankungen der Psyche, der Nerven und des Kreislaufsystems bei Männern wie bei Frauen zu längeren Invaliditätszeiten führen, während bei Muskelerkrankungen dies nur auf Frauen zutrifft.

In den Niederlanden melden sich Frauen häufiger krank als Männer (Van der Giezen, et al., 1998). Ihre Genesungsraten sind jedoch höher. Alles in allem ist die Invalidisierungswahrscheinlichkeit bei den Holländerinnen um das 1,2-fache höher als bei ihren männlichen Kollegen. Invalidenrentnerinnen weisen höhere Wiedereingliederungsraten auf, doch reichen diese nicht aus, um ihren geschlechtsspezifischen Vorsprung bei den Zugangsraten wieder auszugleichen (Ibid; vgl. auch 1999).

- *Arbeit*

Frauen und Männer unterscheiden sich in Bezug auf Erwerbsquote, Arbeitsplatzmerkmale und Ausstiegs- bzw. Wiedereinstiegsrate. Im gesamten OECD-Gebiet verlassen ältere Männer den Arbeitsmarkt, während der Zustrom jüngerer Frauen wächst. Stapleton et al. (1998) konstatieren: "Nach versicherungsmathematischen Schätzungen der SSA (U.S. Social Security Administration) wuchs der Anteil der Invalidenversicherten zwischen 1975 und 1992 jährlich um 1,2 Prozent. Da bei den

Frauen die Erwerbsquote insgesamt anstieg, lag die Zunahme mit 2,6 Prozent wesentlich höher als bei den Männern (0,2 Prozent). Die immer geringer werdenden geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen jedoch vermuten, dass diese Wachstumsquelle bald erschöpft sein wird." (S. 50-51). Zwischen 1988 und 1992 erhöhte sich die Zahl der Anträge zur Invalidenversicherung um jährlich mehr als 5 Prozent. Weiter heisst es: "Wir haben versicherungsstatistisch analysiert, wie sich das Wachstum der invalidenversicherten Population zusammen mit den in ihr ablaufenden Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur auf die Anzahl der Anträge auswirkt, und dabei festgestellt, dass diese Faktoren mit durchschnittlich 2,1 Prozentpunkten zum jährlichen Gesamtzuwachs von 5 Prozent beitragen. Das sind beinahe 0,8 Prozentpunkte mehr, als von Wachstum und Alterung der Bevölkerung alleine – den Effekt der Statusveränderungen bei invalidenversicherten Frauen mitgerechnet – zu erwarten war" (S. 51).

Baldwin et al. (1994) analysieren im Rahmen einer Untersuchung zur Diskriminierung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt eine 1984 erhobene Stichprobe von Amerikanerinnen im Alter von 16-61 Jahren und stellen dabei fest, dass Frauen mit Behinderungen schlechter ausgebildet und seltener gewerkschaftlich organisiert sind, dass sie häufiger teilzeitbeschäftigt sowie in Anlern- und Dienstleistungsberufen überrepräsentiert und bei den Fach- und Führungskräften unterrepräsentiert sind. Etwa 9 Prozent der Frauen haben Behinderungen, die sie bei ihrer häuslichen oder beruflichen Tätigkeit beeinträchtigen. Die Analyse zeigt, dass die traditionellen Humankapitalindikatoren wie Bildung und Arbeitserfahrung das Lohnniveau nicht-behinderter Frauen positiv beeinflussen, bei behinderten Frauen jedoch wirkungslos bleiben. Dabei hängt der Grad der Lohndiskriminierung von der Art der Behinderung ab. Frauen mit psychischen oder nervösen Störungen erhalten geringere Löhne als Frauen mit andersgearteten Behinderungen. Schliesslich scheinen behinderte Frauen von der Geschlechterdiskriminierung weniger betroffen zu sein als nichtbehinderte. Die kumulativen Auswirkungen der geschlechts- und invaliditätsbedingten Diskriminierung sind jedoch beträchtlich: behinderte Frauen verdienen im Durchschnitt 60 Prozent des Einkommens vergleichbarer nichtbehinderter Männer (p. 574).

Nach Riphahn and Kreider (1998) wirkt sich die Zuerkennungsscheinlichkeit auf die Antragsquote der Frauen weniger stark aus, da Wartezeiten für Frauen weniger kostspielig sind. Dementsprechend fällt ihre Ablehnungsquote grösser aus. Männer legen nach der (bei ihnen selteneren) Ablehnung ihrer Anträge gegen solche Entscheide häufiger Beschwerde ein.

Der geschlechtsspezifische Unterschied im Invaliditätsrisiko hängt zudem mit den entsprechenden Arbeitsplatzmerkmalen zusammen. Bei Männern wirken sich technische Sicherheitsmängel stärker auf das Invaliditätsrisiko aus, während bei Frauen fehlende Entscheidungsbefugnisse oder geringe berufliche Entwicklungschancen mehr zum Tragen kommen (Van der Giezen et al. 1998).

Frauen sehen sich anderen finanziellen Ausstiegsanreizen gegenüber als Männer. Schlechtbezahlte weibliche Beschäftigte haben ausserhalb des Arbeitsmarktes bessere Chancen (Baldwin et al., 1995), insbesondere deswegen, weil sie sich bei der Entscheidung für oder gegen eine Invalidenrente stärker als Männer von pekuniären Überlegungen leiten lassen. Dieser Befund passt zu der allgemeineren Beobachtung, dass der weibliche Arbeitskräftemarkt sensibler auf Lohnanreize reagiert (anders Bratberg (1999), vgl. Teil I). Desgleichen reagieren Frauen stärker auf die Höhe öffentlicher Transferleistungen und sonstiger Quellen für das häusliche Einkommen (Riphahn and Kreider 1998).

Die Wiedereingliederungswahrscheinlichkeit bei Frauen, die bereits eine Invalidenrente beziehen, wird nicht einheitlich beurteilt. Butler et al. (1995) behaupten, die Geschlechtszugehörigkeit habe hierauf keinen Einfluss. Aarts et al. (1992) dagegen berichten, Frauen meldeten sich nach der Genesung häufiger als Männer aus der (niederländischen) Invalidenversicherung wieder ab. Viele "genesene" Frauen nehmen jedoch nie mehr eine Beschäftigung auf. Alles in allem ist die Wiedereingliederungswahrscheinlichkeit bei Invalidenrentnerinnen geringer. Auch Hennessy and Muller (1995) attestieren Männern eine höhere Bereitschaft zum Wiedereinstieg ins Erwerbsleben. Die (weniger zahlreichen) Frauen, die wieder eine Beschäftigung aufnehmen, kehren mit grösserer Wahrscheinlichkeit an ihre frühere Arbeitsstelle zurück, vermutlich, weil sie dies als die physisch weniger anstrengende Option empfinden (Aarts et al. 1992).

Uneins ist sich die Forschung auch in der Frage, wie sich Arbeitslosigkeit bei Frauen auf die Anzahl der Invalidenrentenanträge auswirkt. Holmes et al. (1991) stellen fest, dass der weibliche Zustrom zur Invalidenrente stark von Schwankungen der Frauenarbeitslosigkeit im Speziellen und von der allgemeinen Lage auf dem Arbeitsmarkt abhängt. Demgegenüber berichten Stapleton et al. (1998), Arbeitslosigkeit und Invalidität stünden bei Männern in einem viel deutlicheren Zusammenhang: während sich bei den Männern 28 Prozent der Invalidenrenten- bzw. Sozialhilfeanträge aus Arbeitslosigkeit erklären liessen, träfe dies nur auf 9 Prozent der Frauen zu.

#### *Schlechte Ausbildung erhöht das Invalidisierungsrisiko*

Diese Hypothese stösst in der Literatur auf breite Zustimmung. Ein allgemeiner Befund, der in Untersuchungen zur Struktur der Invalidenpopulationen immer wieder auftaucht, lautet, dass niedriges Bildungsniveau mit einer höheren Invalidisierungswahrscheinlichkeit korreliert (vgl. Tabelle 4). Wer schlecht ausgebildet ist, verbringt im Durchschnitt mehr Zeit mit körperlich anstrengenden Arbeiten, wird häufiger gekündigt oder wechselt öfter den Job, hat geringere berufliche Entwicklungschancen oder arbeitet meist in Firmen, die weniger für eine behindertengerechte Arbeitsplatzgestaltung tun (Aarts and De Jong, 1992, S.118).

Auch Höög and Stattin (1996) stellen fest, dass ungelernte Industriearbeiter oder Personen, die gar keine Berufsausbildung besitzen, einem höheren Invalidisierungsrisiko ausgesetzt sind. Dasselbe gilt für Personen, die nur einen Grund- oder Hauptschulabschluss haben (S.168).

Hennessey and Muller (1995) sehen eine Wechselwirkung zwischen Bildungsniveau und Arbeitseinstellung. Ihren Berechnungen nach erhöht ein zusätzliches Ausbildungsjahr die Wiedereinstellungswahrscheinlichkeit auf 113 Prozent bezogen auf die nächstuntere Bildungsstufe (S.21).

Butler, Johnson and Baldwin (1995) berichten, High School- und College-Absolventen suchten sich nach einer Behinderung häufiger eine Arbeit als die weniger Gebildeten. Dahinter steckt die Tatsache, dass besser Ausgebildete mehr Eigenkontrolle über ihre Arbeitsabläufe haben und Behinderungen dadurch leichter kompensieren können. Ein weiterer Faktor besteht in den relativ hohen Kosten für die Ausbildung bzw. den Ersatz besser qualifizierter Mitarbeiter, die für den Arbeitgeber einen Anreiz zu mehr Investitionen in die Arbeitsplatzgestaltung darstellen (S.462).

Aarts and De Jong (1992) schliessen aus 1980 erhobenen Daten, dass Männer mit minimaler Schulbildung eine sechs mal höhere Invalidisierungswahrscheinlichkeit aufweisen als vergleichbare Männer mit Hochschulniveau. Bei Frauen beträgt dieser Faktor nur 2,5 (S.287). Ihre Analyse zeigt, dass der Bildungseffekt in erster Linie über das Mass der erwarteten Einkommenszuwächse und den Grad der Invalidität zum Tragen kommt. Schlecht Ausgebildete tragen demnach ein höheres Invalidisierungsrisiko, da sie bezüglich der Entwicklung ihrer Einkünfte weniger zu verlieren haben und ausserdem auf körperlich anspruchsvollere Tätigkeiten mit geringeren Wiedereinstiegschancen begrenzt sind.

Riphahn and Kreider (1998) stellen in ihrer Untersuchung der Anträge zur U.S.-amerikanischen Invalidenversicherung fest, dass die Dauer des Schulbesuchs den Entschluss, Invalidenrente zu beantragen, nur unwesentlich beeinflusst. Zudem ergibt eine Analyse des Rückstroms beschäftigter Behinderter zur Invalidenversicherung, dass in solchen Fällen die Neigung zur Re-Invalidisierung in keinem Zusammenhang mit dem Bildungsniveau steht (Dykacz, 1998, S.9).

#### *Inzidenz und Prävalenz psychischer Behinderungen nehmen zu*

Aus den Jahresstatistiken der öffentlich-rechtlichen Invalidenversicherungen geht hervor, dass die Zuerkennung von Invalidenrenten aufgrund psychischer Erkrankungen schon jetzt recht hoch ist und kontinuierlich weiter wächst. In Schweden stieg der Anteil der psychisch Kranken an den Neuzugängen zwischen 1994 und 1998 von 19 auf 22 Prozent. In den Niederlanden erhöhte er sich von den 1975 gezählten 19 Prozent auf 27 Prozent 1985 und erreichte 1995 mit 29 Prozent den heutigen Endstand. In den Vereinigten Staaten analysieren Stapleton et al. (1998) die zwischen 1988 und

1992 eingegangenen Anträge zur Invalidenversicherung (DI) und zur bedarfsabhängig gewährten Zusatzsozialversicherung (SSI). Bei beiden Vorsorgeprogrammen nahmen die wegen psychischer Krankheit gestellten Anträge zu, und zwar bei DI zwischen 1988 und 1992 von 10 auf 12 Prozent, und bei SSI von 20 auf 23 Prozent. Die in dieser Studie erfassten psychischen Erkrankungen bilden eine heterogene Gruppe, wobei die grössten Zuwächse unter den Affektstörungen und Suchtkrankheiten wie Drogen- und Alkoholabhängigkeit zu beobachten sind (vgl. dazu auch Ferron 1995).

Zu der hohen Inzidenz psychischer Erkrankungen gesellt sich als weiterer Faktor die voraussichtliche Dauer der psychischen Behinderung, die ihrerseits offenbar negativ mit dem Alter korreliert. Rupp et al. (1998) errechneten bei 1972 erstmals anerkannten, psychisch bedingten Behinderungen eine durchschnittliche Invaliditätsdauer von 15,6 Jahren. Bei den 18-34-Jährigen erwartete man dabei jedoch eine durchschnittliche Rentendauer von 25,5 Jahren. Bei der nächstfolgenden Altersgruppe (35-39 Jahre) wurde von 16,4, bei der letzten (50-61 Jahre) von durchschnittlich 7,8 Jahren ausgegangen. Da sich nach Ferron (1995) psychische Störungen in der jüngeren Altersgruppe häufen, muss bei steigendem Anteil psychischer Behinderungen mit immer längeren Invaliditätszeiten gerechnet werden.

Psychische Störungen zeitigen mannigfache Wirkung. Zu den sozialen Folgen zählen verminderte Bildungschancen, Teenager-Schwangerschaften, Frühehen und instabile Partnerbeziehungen (Ettner et al., 1997). Da sie zudem die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, sinkt zugleich ihre Erwerbsquote, da sie niedrigere Löhne erhalten oder – auf schlecht funktionierenden Arbeitsmärkten – immer wieder ungewollt ohne Beschäftigung sind. Ettner et al. stellen fest, dass psychische Störungen die Beschäftigungswahrscheinlichkeit um etwa 11 Prozent reduzieren – verglichen mit den physischen Behinderungen eine erhebliche Einbusse.

Psychische Störungen beeinträchtigen nicht nur die Arbeitsmarktchancen, sondern auch umgekehrt: Der Verzicht auf gesellschaftliche Anerkennung, die Segnungen bezahlter Arbeit und das Netz sozialer Beziehungen gefährdet die seelische Gesundheit. Nach Wadsworth et al. (1999) verstärkt Arbeitslosigkeit psychische (und physische) Beschwerden besonders bei Personen mittleren und fortgeschritteneren Alters, da Arbeitslosigkeit in diesem Lebensabschnitt gleichbedeutend mit dem Ende der beruflichen Laufbahn sein kann.

Stapleton et al. (1998) vermuten, dass Veränderungen der Familienstruktur für etwa 5 Prozent des durchschnittlichen Jahreszuwachses bei den Sozialhilfeanträgen (SSI) verantwortlich sind, wobei ein Grossteil dieser Anträge mit psychischen Behinderungen begründet wird. Die Ursache liegt möglicherweise darin, dass fehlende finanzielle, materielle und emotionale Unterstützung durch den Lebenspartner sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt. Auch Theodossiou (1998) beobachtet bei Geschiedenen deutliche Anzeichen sich verschlechternder psychischer Gesundheit.

Psychisch Behinderte lassen sich ungleich schwerer reintegrieren als physisch Behinderte, vor allem weil es sich hier um Leiden völlig unterschiedlicher Natur handelt und die für sie verfügbaren, allgemein anerkannten Behandlungsstrategien weniger hoch entwickelt sind. Zweitens bleiben viele Patienten auch nach der Genesung psychisch instabil, und Rückfälle sind relativ häufig zu beklagen. Geeignete berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen erhöhen in der Regel die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reintegration. Patienten, die früh in ihrem Leben psychisch erkrankt sind, immer wieder in stationärer Behandlung waren, oder deren Leiden im Laufe der Zeit chronisch geworden ist, haben jedoch nur geringe Chancen (Längle et al., 1997).

Psychische Erkrankungen wirken sich in erheblichem Mass auf das Volumen einer Invalidenversicherung aus, unter anderem auch deswegen, weil solche Patienten für die damit verbundenen finanziellen Anreize empfänglicher sind als andere. Cullen (1999) illustriert diesen Sachverhalt anhand einer Stichprobe von Studenten, die eine Invalidenrente wegen psychischer Behinderung beantragt hatten. Ausserdem bewegen Kürzungen bei Ersatzleistungen wie der Sozialhilfe vor allem psychisch Behinderte dazu, Invalidenrente zu beanspruchen (Stapleton et al., 1998).

Zum Schluss noch ein interessanter Hinweis aus einer schweizerischen Studie von Breitenmoser et al. (1999), die den Ursachen der Zunahme des IV-Rentenbestandes nachgeht. Die Verfasser stellen fest, dass in der Schweiz die Zahl der selbständig tätigen Psychiater und Psychotherapeuten im Jahrzehnt von 1986 bis 1995 um 72% angestiegen ist. Verglichen mit dem 35-prozentigen Zuwachs bei der freien Ärzteschaft insgesamt ist dies eine sehr hohe Zuwachsrate. Vielleicht hat auch dies dazu beigetragen, dass psychische Krankheiten heute weniger stigmatisierend wirken.

## Arbeit

Unter dieser Überschrift werden Forschungsergebnisse zu den ersten acht der im "Rahmenheft" (s. S.1) formulierten Hypothesen zusammengefasst.

### *Arbeitsanforderungen und Arbeitsbedingungen erzeugen ungesunden Stress*

Leistungsdruck erzeugt Stress. Die Produktivitätsanforderungen sind in den letzten Jahrzehnten aus verschiedenen Gründen gestiegen. Zum einen weichen in allen Hochlohnländern die traditionellen Investitions- und Konsumgüterindustrien neuen Dienstleistungsmärkten. In den Niederlanden beispielsweise ging die Beschäftigung in den warenproduzierenden Sektoren zwischen 1970 und 1995

von 45 auf 30 Prozent zurück. Dementsprechend nahmen auch die Anteile der manuellen Arbeit und des Handwerks ab (SCP 1998).

Dieser strukturelle Wandel war das Ergebnis des technischen Fortschritts und des damit verbundenen Produktivitätszuwachses in diesen Sektoren. In den Dienstleistungssektoren war der Produktivitätszuwachs viel langsamer. Der verschärfte internationale Wettbewerb verlangte jedoch auch hier nach mehr Produktivität und damit nach besser ausgebildetem Personal und höherer Pro-Kopf-Leistung.

Wie die traditionellen Jahresumfragen unter der niederländischen Bevölkerung zeigen, stieg der Anteil aller unter erhöhtem Tempo- und Zeitdruck arbeitenden Beschäftigten von 37 Prozent 1980 auf 57 Prozent 1993 (SCP 1998).

Der Zwang zu höherer Produktivität erklärt sich zudem aus den steigenden Lohn(neben)kosten. Von globalen Faktoren einmal abgesehen, denen kleine, offene Wirtschaften wie die schweizerische oder niederländische mehr als andere ausgesetzt sind, hatte die niederländische Wirtschaft mit einem makroökonomischen Phänomen zu kämpfen, das unter dem Namen "Sozialversicherungsfalle" bekannt geworden ist (Van Praag and Halberstadt 1980). Diese Falle schnappt zu, wenn exogene Schocks eintreten wie etwa zu Beginn der 70-er Jahre, als geburtenstarke Jahrgänge auf einen stagnierenden Arbeitsmarkt drängten. Die Folge davon war ein Anstieg sowohl der offiziellen wie auch der versteckten, als Invalidität oder Frührente getarnten Arbeitslosigkeit. Angeschwollene Rentenbestände zwingen zu Beitragserhöhungen und sorgen für Auftriebe bei den Lohnkosten, die nur durch Produktivitätssteigerungen aufgefangen werden können. Mit steigenden Produktivitätsnormen wächst auch die Zahl der Arbeitskräfte, die wiederum bei der Arbeitslosen- oder Invalidenversicherung Schutz suchen oder von ihren Arbeitgebern dazu gezwungen werden. Die Rentenbestände werden grösser und heizen damit die Inflation der Beiträge, Arbeitskosten und Produktivitätsstandards immer weiter an.

Stress am Arbeitsplatz ist eine ernst zu nehmende Gefahr insbesondere für die psychische Gesundheit. Nach Höög and Stattin (1996) ist das Invalidisierungsrisiko in Berufen mit geringer nervlicher Belastung am kleinsten. Reissman et al. (1999) berichten, dass Stress im Beruf und am Arbeitsplatz sich negativ auf Produktivität, Absentismus, Personalfuktuation sowie auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Beschäftigten auswirke.

Die Stressursachen kann man in allgemeinen Rahmenbedingungen suchen (vgl. Gould 1985) oder vor einem konkreten Hintergrund (Reissman et al. 1999 mit einer Untersuchung zu den Folgen von Personalabbau). Gould (1985) setzt die epidemiologischen Kennwerte eines Landes in Bezug zu dem Entwicklungsstand, den es auf dem Weg von einer Agrargesellschaft über die Industrialisierung bis hin zu einer Wirtschaftsform erreicht hat, die, gestützt auf Information und Automation, Dienst-



leistungen produziert. In den Agrar- und frühen Industriegesellschaften war Krankheit gewöhnlich die Folge von Unterernährung oder körperlicher Schwächung durch Infektionen. Mit steigendem Wohlstand und immer besser werdendem Gesundheitswesen verschob sich das Spektrum: es erschienen psychische, psychosomatische und degenerative Erkrankungen, deren Ursachen weniger biologischer, als gesellschaftlicher und umweltpsychologischer Natur sind und mit dem Lebensstil zusammenhängen. Auch die Arbeitsanforderungen haben sich geändert. Während es in einer Agrargesellschaft vor allem auf Körperkraft und Ausdauer ankommt, bedarf es unter den Bedingungen der Industrialisierung und – in noch viel grösserem Mass – der Automatisierung anderer Fähigkeiten, da die "Abläufe 'psychischer', monotoner werden und mehr Präzision, Flexibilität und Wachsamkeit verlangen." (ibid.).

Reissman et al. (1999) beobachteten, wie die Belegschaft einer bestimmten Firma auf ein sechs Monate lang kursierendes Gerücht von einer bevorstehenden Umstrukturierung reagierten, die ihre Arbeitsplätze hätte gefährden können. Sie stellten fest, dass die Beschäftigten die Wechselwirkung zwischen persönlichen Belangen und Arbeitsplatzmerkmalen als Stress erlebten. Das Ausmass des Stresses hing sowohl von den individuellen Konfliktbewältigungs- und Entscheidungsstrategien als auch von der Unternehmenskultur und dem Betriebsklima ab. Stressfördernde Arbeitsplatzmerkmale waren – soziologisch betrachtet – Rollendefizit, Rollenambiguität und Rollenabgrenzung. Der Terminus "Rollendefizit" beschreibt, in welchem Grad fachliche Qualifikation, Allgemeinbildung, Fähigkeiten und Berufserfahrung den Anforderungen des Arbeitsplatzes entsprechen. "Rollenambiguität" stellt die Frage, ob der Mitarbeiter sich über Prioritäten, Erwartungen und Bewertungskriterien im Klaren ist. "Rollenabgrenzung" schliesslich steht für das Verständnis für Rollenkonflikte und Loyalität am Arbeitsplatz.

Stress kann schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Gould (1985) betrachtet, wie oben bereits erwähnt, psychische, psychosomatische und degenerative Krankheiten als typisch für die Informations- und Automationsgesellschaft. Reissman et al. (1999) führen weitergehend aus, dass "durch psychischen Stress ausgelöste Ängste zu psychischen Behinderungen oder klinischen Depressionen führen können. Die physiologischen Begleiterscheinungen des Stresses verschärfen chronische wie akute Erkrankungen. Medikamenten- und Drogenmissbrauch sind mögliche Folgen."

Die Wahrscheinlichkeit negativer Auswirkungen von Arbeitsstress ist nicht für alle gleich. Nach Höög and Stattin (1996) trifft er diejenigen Beschäftigten am härtesten, die in technologisch rückständigen Branchen unter schlechten Arbeitsbedingungen tätig sind. Stress angesichts bevorstehenden Personalabbaus befällt insbesondere die Gruppe der über 40-Jährigen mit höherem Bildungsniveau und längeren Beschäftigungszeiten; Frauen werden überdies stärker in Mitleidenschaft gezogen als Männer.

*Der technische Fortschritt macht bestehende Kompetenzen überflüssig und übt einen Anpassungsdruck aus, dem viele nicht gewachsen sind.*

Wie bereits erwähnt, bewirkt der technische Fortschritt einen Rückgang der Nachfrage nach ungelerten Arbeitskräften. Draper und Manders (1997) stellten fest, dass in den Niederlanden der Bedarf nach ungelerner Arbeit zwischen 1969 und 1993 auf die Hälfte schrumpfte, während die Nachfrage nach hochqualifizierten Mitarbeitern sich im selben Zeitraum verdreifachte. Dahinter steckt die Tatsache, dass neue Technologien ungelerte Arbeitskräfte entweder überflüssig oder produktiver machen. In anderen Worten: weniger Personalaufwand für mehr Leistung. Die Verfasser rechnen vor, dass die Beschäftigung ungelerner Arbeit nur bei einem Wirtschaftswachstum um jährlich 4 Prozent ohne gleichzeitigen Anstieg der Arbeitskosten stabil zu halten ist.

Die Arbeit zu verlieren, weil solche Jobs nicht mehr gebraucht werden, stellt manche bei der Suche nach einer neuen Anstellung vor kaum zu überwindende Probleme. Insbesondere älteren Arbeitnehmern fällt es schwer, sich an neue Situationen anzupassen (Dykacz, 1998). Als möglicher Ausweg bietet sich der Antrag auf Invalidenrente an. Gould (1985) hält jedoch dagegen, dass "die Unfähigkeit, sich den Erfordernissen des modernen Arbeitslebens anzupassen, nicht in jedem Fall mit Krankheit gleichzusetzen ist – zumindest nicht mit Krankheit im biomedizinischen Sinn."

*Persönlichkeit und soziale Kompetenz spielen eine wachsende Rolle. Für manche Beschäftigte bedeutet dies Nachteile.*

Gould (1985) zitiert Koistinens Untersuchung der qualitativen Veränderungen auf dem finnischen Arbeitsmarkt. Dort wird unter anderem festgestellt, dass bei der Personalrekrutierung ausser Gesundheit und fachlicher Qualifikation Kriterien wie Persönlichkeit und soziale Fähigkeiten eine immer grössere Rolle spielen.

*(Langzeit-) Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die Gesundheit*

Arbeit, darüber herrscht generell Einigkeit, ist gut für die psychische Gesundheit, denn "Beschäftigte neigen vermutlich weniger zu Depressionen und anderen Beschwerden, da sie bessere Chancen haben, sich sozial zu integrieren, Befriedigung in ihrer Rolle zu finden und sich gesellschaftlich Geltung zu verschaffen." (Hamilton et al., 1997). Zudem gilt Arbeit als Grundlage für Sozialprestige, soziale Anerkennung, Selbstachtung und Selbstwertgefühl und als Chance zur Partizipation an der Gesellschaft (Theodossiou, 1998). Alles in allem ist Arbeit den meisten Menschen mehr als nur eine Geldquelle.

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit sind psychosomatischer oder psychischer Natur (Gould, 1985). Hamilton et al. (1997) stellten in ihren Untersuchungen fest, dass Arbeitslosigkeit zu Funktionsstörungen und Apathie führte, während Beschäftigung genau den entgegengesetzten Effekt hatte. Kieselbach (1999) beschreibt Arbeitslosigkeit als "Prädisposition zu nachlassender psychischer Gesundheit, riskantem Gesundheitsverhalten, subjektiv schlechterem Befinden, verstärkter Neigung zu allgemeiner Kränklichkeit, verstärkter Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und höherer Rückfälligkeit bei bereits behandelten Drogen- und Alkoholpatienten." Und Theodossiou (1998) berichtet, Arbeitslose seien mit grösserer Wahrscheinlichkeit wachsenden Ängsten ausgesetzt, erlebten sich als unfähig, Probleme zu lösen, verlören an Selbstvertrauen und Selbstachtung, fänden weniger Genuss an ihren alltäglichen Aktivitäten und fühlten sich in allen Bereichen zunehmend unglücklich.

Das Ausmass dieser Effekte ist abhängig vom bisherigen Gesundheitszustand, von der wirtschaftlichen Situation der Betroffenen, der Dauer der Arbeitslosigkeit, der Arbeitsmarktlage insgesamt sowie den Wertvorstellungen der Arbeitslosen und ihres sozialen Umfeldes (Gould 1985). Die gesundheitlichen Auswirkungen werden jedoch nicht überall gleich empfunden. Beschäftigte aus Berufsgruppen mit traditionell niedrigeren Arbeitslosenquoten beklagen vergleichsweise häufiger psychische Störungen (ibid.).

Psychischer Stress ist wahrscheinlicher bei Frauen, da sie zu einer kritischeren Selbsteinschätzung neigen und sich viel stärker abwerten als Männer (ausführlichere Informationen hierzu bei Theodossiou 1998). Ungeachtet dieser generellen psychischen Prädisposition wirkt sich Arbeitslosigkeit auf Frauen weniger belastend aus, da viele an den Einkünften ihres Partners partizipieren können. Arbeitslosigkeit oder geringer Lohn fallen bei Frauen als Stressfaktoren auch deswegen weniger ins Gewicht, weil ihre Erwerbstätigkeit häufig hinter ihren häuslichen Aktivitäten zurücksteht (Theodossiou 1998, S. 99). Wadsworth et al. (1999) stellen fest, dass Arbeitslosigkeit die Gesundheit jüngerer Beschäftigter negativ beeinflusst. Im Gegensatz dazu berichtet Theodossiou (1998) von einer stärkeren Auswirkung auf ältere Arbeitnehmer, vermutlich, weil sie nach Wadsworth et al. (1999) das Ende ihrer beruflichen Existenz bedeuten kann.

*Physisch oder psychisch Behinderte finden keine Arbeit oder werden als erste entlassen*

*Die Wirtschaft bietet nur geringe Wiedereingliederungschancen*

(Diese beiden Hypothesen sprechen dasselbe Problem an und werden daher gemeinsam besprochen)

Ob Behinderte ihre Jobs wegen ihrer Behinderung verlieren, beurteilen die Autoren der vorliegenden Artikel und Bücher unterschiedlich; dass Behinderungen jedoch generell die Einstellungschancen

mindern, scheint gesichert. Gestützt auf 1988 in den U.S.A. erhobene Daten berichten Burkhauser und Daly (1996, S.66), dass 98 Prozent der nichtbehinderten Männer einer Beschäftigung nachgehen, während die Erwerbsquote bei Behinderten nur 65 Prozent beträgt. Bei den amerikanischen Frauen liegen diese Prozentsätze bei 81 respektive 52 Prozent. Die finanziellen Auswirkungen beleuchtet eine andere Studie: 1998 betrug der Eigenanteil der nichtbehinderten Männer am Haushaltseinkommen 57 Prozent, bei Männern mit Behinderungen jedoch nur 15 Prozent. Die Frauen verdienten 36 bzw. 12 Prozent (Burkhauser et al., 2000, S.43).

Ettner et al. (1997) konstatieren, dass physische oder psychische Behinderungen mit grösserer Wahrscheinlichkeit zur Entlassung führen. Sie begründen das mit der bei dieser Beschäftigtenkategorie geringeren Arbeitsproduktivität. Dies führt entweder zu einem Rückgang der Erwerbsquote oder zu ungewollter Arbeitslosigkeit. Psychiatrische Behinderungen reduzieren die Beschäftigungswahrscheinlichkeit um 11 Prozent (ibid.).

Baldwin et al. (1995) untersuchen die Diskriminierung behinderter Frauen auf dem Arbeitsmarkt und kommen zu dem Ergebnis, dass "funktionelle Behinderungen nicht das Lohnniveau, sondern die Erwerbsquote beeinflussen, und dass dieser Effekt um so stärker wird, je schwerwiegender die Beeinträchtigung ist." Dies mag seinen Grund darin haben, dass die Behinderungen erfolgreicher Bewerberinnen weniger gravierend sind und sich daher nicht so sehr auf die Produktivität auswirken.

Aarts and De Jong (1992) fragen nach Faktoren, die Arbeitslosigkeit wahrscheinlicher machen, und nennen unter anderen folgende: Alter, Bildung, berufsspezifische Faktoren, ausserdem die Arbeitslosenquote überhaupt, individuelle Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und Jobwechsel sowie der Mindestlohn. Gesundheitliche Probleme spielen ihrer Ansicht nach jedoch keine Rolle (S. 210-214). Während sie in diesem Punkt den anderen Autoren widersprechen, bestätigen sie andere Forschungsergebnisse, wonach gesundheitliche Beeinträchtigungen sich wohl auf die Dauer der Arbeitslosigkeit auswirken (S. 214-218).

Langzeitarbeitslosigkeit ist vielfach Ergebnis der Diskriminierung bestimmter Gruppen. Ritz (1997) verweist auf eine französische Studie, in der 2000 repräsentative Unternehmen fiktive Bewerbungen hochqualifizierter und gering qualifizierter Arbeitsuchender erhielten. In 50 Prozent der Fälle enthielt der Lebenslauf den Hinweis auf eine Behinderung. Die Antworten fielen verblüffend unterschiedlich aus: die nichtbehinderten hochqualifizierten Bewerber hatten eine 1,7 mal bessere Einstellungschance als die behinderten; bei den gering qualifizierten erhöhte sich dieser Faktor bis auf 3,2. Behinderungen sind also tatsächlich negative Selektionskriterien – insbesondere bei gering qualifizierten Arbeitsuchenden.

*Geschützte Werkstätten verschwinden vom Markt*

Anders als im Rahmenheft (s. S.1) angenommen, nimmt die Beschäftigung in geschützten Werkstätten zu. Visier (1998) machte diese Feststellung in einer Studie zur geschützten Beschäftigung in 20 Ländern. Die Wachstumsraten sind von Land zu Land unterschiedlich. Länder, die solche Arbeitsverhältnisse erst seit kürzerer Zeit kennen, weisen die höchsten Zunahmen auf. Im Ländervergleich unterscheiden sich auch die Anteile der geschützt Beschäftigten im Vergleich zur wirtschaftlich aktiven Gesamtbevölkerung. Selbst innerhalb Europas sind diese Unterschiede beträchtlich: die Proportionen schwanken zwischen 0,3 (Österreich), 6,0 (Schweiz) und 12,2 Promille (Niederlande) (S. 350).

Dass die Strukturen der geschützten Beschäftigung sich zwischen den einzelnen Ländern erheblich unterscheiden würden, stand zu erwarten. Mancherorts gibt es dafür nur eine einzige Institution – so etwa in den meisten nordeuropäischen Ländern – im übrigen Europa koexistieren zwei Systeme. "Beschäftigte mit weniger schweren Behinderungen finden sich in fertigungsorientierten Betrieben, während psychisch Behinderte vorwiegend in therapeutischen Werkstätten untergebracht sind." (S.351).

*Die Wiedereingliederungsmassnahmen erfüllen die Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht*

Etwa 27 Prozent der Invalidenrentenbezieher in den Vereinigten Staaten kommen in den Genuss beruflicher Wiedereingliederungsmassnahmen (Hennessey and Muller, 1995). Ob diese jedoch erfolgreich sind, konnte noch nicht zweifelsfrei festgestellt werden. Hennessey and Muller (1995) weisen darauf hin, dass sich nur 11 Prozent der U.S.-amerikanischen Invalidenrentner aus dem Programm wieder verabschieden, weil sie genesen sind oder eine Beschäftigung gefunden haben. Die überwiegende Mehrheit wechselt lediglich von der Invalidenrente zur Altersrente nach Erreichen des 65. Lebensjahres (53 Prozent) oder fällt wegen Todes aus der Statistik heraus (36 Prozent). Selbst wenn Rentenbezieher nach der Genesung oder wegen einer wieder gefundenen Beschäftigung sich abmeldeten, hatte die Wahrscheinlichkeit ihres endgültigen Ausstieges offenbar nichts mit positiven oder negativen Einflüssen durch Physiotherapie, Berufsberatung, Allgemeinbildung oder Stellenvermittlung zu tun (Dykacz, 1998).

Menschen mit psychischen Behinderungen haben es allem Anschein nach vor allem deswegen schwerer, ins Berufsleben zurückzukehren, weil ihre Beeinträchtigungen individueller Natur sind und es dafür keine einheitlichen Wiedereingliederungsverfahren gibt. Die berufliche Rehabilitation verläuft zumeist in mehreren Phasen, deren Dauer von Patient zu Patient unterschiedlich ist (Längle et al., 1997). Selbst wenn der Patient wieder eine Arbeit gefunden hat, bedeutet dies nicht unbedingt

eine erfolgreiche Rehabilitation, da ein hohes Rückfallrisiko besteht. Nach Eintreten psychischer Störungen sind die Wiedereingliederungschancen jedoch grösser, wenn der Patient über eine gute Ausbildung verfügt und sozial besser integriert ist.

Dennoch zeigen manche Wiedereingliederungsmassnahmen durchaus positive Wirkung. Dykacz (1998) behauptet, noch vor dem nächsten Krankheitsfall vorgenommene Umschulungs- oder Fortbildungsmassnahmen senkten die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in die Invalidenrente; dass diese Wirkung mit der Zeit jedoch nachlassen muss, liegt auf der Hand. Zusätzliche Allgemeinbildung verstärkt diese Tendenz um zwei Drittel, allerdings kommen nur 2,5 Prozent der Rentenbezieher in den Genuss entsprechender Massnahmen. Umschulungen und Stellenvermittlung sind noch effizienter: Umschulung verdoppelt die Wiedereingliederungsrate, Jobvermittlung vervielfacht sie gar um den Faktor 4,4. So viel Förderung wird jedoch nur 2 Prozent der Rentenbezieher zuteil.

Ein ähnliches Problem entdecken Breitenmoser et al. (1999) in der Schweiz. Eine neuere BSV-Studie belegt eine insgesamt hohe Wiedereinstellungsquote bei Personen, die ein Rehabilitationsprogramm durchlaufen hatten, stellt zugleich jedoch fest, dass diese Quote je nach Diagnose und Kanton erheblichen Schwankungen unterliegt. Möglicherweise deutet dies auf eine ineffiziente Mittelzuweisung hin. Sollten die IV-Stellen Personen mit von vorn herein besseren Wiedereinstellungschancen bei der Auswahl begünstigen, dann werden statt der wirklich Bedürftigen jene unterstützt, die auch ohne Hilfe eine Arbeit gefunden hätten.

Richtig angewandt, würde sich die niederländische Invalidenversicherung mit ihrem feinmaschigen System von Teilleistungen und ihrem umfangreichen rehabilitativen Instrumentarium bestens dazu eignen, Behinderte zur Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zu bewegen. Die Invalidenversicherung sieht beispielsweise einen umfangreichen Katalog von Sachleistungen vor, mit dem die Wiederbeschäftigung und Umschulung Behinderter gefördert werden soll. Die im Budget der gesetzlichen Invalidenversicherung hierfür tatsächlich bereitgestellten Mittel schöpfen die Möglichkeiten jedoch bei weitem nicht aus. Anfang der 90er Jahre wurden für Arbeitsplatzbeschaffung und Umschulungsmassnahmen nach eingetretener Behinderung nur etwas mehr als 2 Prozent von den verfügbaren 900 Millionen Gulden eingesetzt – das entspricht gerade einmal 0,06 Prozent des insgesamt für Krankheit und Invalidität vorgesehenen Budgets in Höhe von 34 Milliarden Gulden. In Deutschland beträgt der vergleichbare Wert 4,2 Prozent, in Belgien liegt die vergleichbare Zahl bei 1,4 Prozent (Aarts et al., 1996, S. 27).

## Konjunktur

### *Je höher die Arbeitslosigkeit, desto mehr Anträge auf Invalidenrente*

Viele Autoren vertreten die Ansicht, höhere Arbeitslosigkeit führe zu vermehrten Anträgen auf Invalidenrente. Wie Beispiele aus Deutschland und Finnland belegen, trifft dies jedoch nicht in jedem Fall zu. Zunächst sollen Beispiele, die für diese Hypothese sprechen, genannt werden.

Bratberg (1999) untersucht in Norwegen die finanziellen Anreize zur Inanspruchnahme der Invalidenrente und stellt einen direkten Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit fest. Bowitz (1997) merkt an, dass "sich zwischen 1973 und 1991 die Arbeitslosigkeit in Norwegen erheblich auf die Zugangsrate und den Invalidenrentenbestand ausgewirkt hat." In Zahlen ausgedrückt, "gehen zwei Drittel des Anstiegs der Zugangsrate auf die Arbeitslosigkeit zurück."

Auch in den Niederlanden wurde der zunehmende Invalidenrentenbestand mit der gestiegenen Arbeitslosigkeit Anfang der 80er Jahre in Verbindung gebracht: Aarts and De Jong (1992) stellen fest, dass für Firmen ein Anreiz besteht, Arbeitsplätze auf Kosten behinderter Mitarbeiter abzubauen. Ein Beschäftigungsrückgang um 10 Personen "hat einen Anstieg der IV-Zugangsrate um den Faktor 1,1 zur Folge", heisst es in der Studie.

Holmes et al. (1991) finden Belege hierfür auch in Grossbritannien. Ein vermehrter Zustrom zur Invalidenversicherung wurde dort mit regional steigender Arbeitslosigkeit bei Männern in Verbindung gebracht. Zudem entscheiden sich arbeitslose Männer mit grösserer Wahrscheinlichkeit für einen Antrag auf Invalidenrente. Auch bei Frauen wurde eine positive Korrelation zwischen regionalen Arbeitslosenraten und IV-Rentenansprüchen beobachtet. Dieses Verhältnis kehrte sich um, wenn immer der Arbeitsmarkt sich erholte und neue Beschäftigungsmöglichkeiten entstanden.

Stapleton et al. (1998) weisen nach, dass Veränderungen der Arbeitslosenrate in den Vereinigten Staaten im Zeitraum zwischen 1988 und 1992 für 1,8 Prozentpunkte der insgesamt um jährlich 8,9 Prozent gestiegenen IV-Rentenzugänge verantwortlich waren. Wie sich ausserdem herausstellte, hatten Personen, die während Rezessionsphasen Rentenansprüche anmeldeten, geringere Anerkennungschancen als der Durchschnitt aller Antragsteller. Wirtschaftliche Abschwünge wirken sich demnach negativ auf die Gewährungsraten aus.

Schliesslich weist Visier (1998) darauf hin, dass in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit Menschen verstärkt in geschützten Arbeitsverhältnissen Zuflucht suchen, die sich sonst auf dem freien Markt orientieren. In anderen Worten, in antizyklischen Phasen streben Beschäftigte vermehrt danach, als Invalide anerkannt zu werden, da dies Voraussetzung für die Aufnahme in eine geschützte Werkstatt ist.

Gould (1996) erklärt, weswegen bei IV-Rentanträgen die Ablehnungsquote eher mit der Arbeitslosenquote steigt, als einem umgekehrten Trend zu folgen. Erstens verändere zunehmende Arbeitslosigkeit die Struktur der Anmelderpopulation. In Phasen wirtschaftlichen Abschwungs nähmen manche, die nur geringfügig oder gar nicht behindert seien, die Gelegenheit zum Anlass, öffentliche Transferleistungen zu beantragen, würden aber abgelehnt, weil sie die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllten. Zweitens würden diese Voraussetzungen in solchen Situationen restriktiver gehandhabt, um die aus den Vorsorgeplänen entstehenden Budgetbelastungen zu begrenzen.

Zunehmende Arbeitslosigkeit kann bei der Invalidenversicherung zwar zu steigenden Anmeldequoten führen, ein symmetrisches Verhältnis besteht zwischen diesen beiden Phänomenen indessen nicht. Nach Disney and Webb (1991) erhöht sich in Grossbritannien der Invalidenrentenbestand mit wachsender Arbeitslosigkeit, während er bei abnehmender Arbeitslosigkeit nicht zurückgeht. In einem ähnlichen Befund konstatieren Rupp and Stapleton (1995), dass Beschäftigte mit tiefem Bildungsniveau durch konjunkturelle Einflüsse von der Invalidenversicherung aufgefangen werden, diese jedoch auch dann noch belasten, wenn die Konjunktur wieder anzieht bzw. ihr Gesundheitszustand sich wieder bessert.

Disney and Webb (1991) behaupten, steigender Arbeitskräftebedarf wirke sich normalerweise auch auf die körperlich weniger leistungsfähigen Beschäftigten aus. Dem gegenüber sei zu bedenken, dass Bezieher von (langfristigen) Invalidenrenten es schwerer hätten, eine Arbeit zu finden. Der Invalidenrentenbestand reagiere also nur mit beträchtlicher Verzögerung auf positive Trendwenden auf dem Arbeitsmarkt. Dieses Argument lässt sich noch mit dem Hinweis untermauern, dass in Phasen wirtschaftlichen Aufschwungs Krankschreibungen im Mittel kürzer ausfielen, während sich zugleich die durchschnittliche Invaliditätsdauer verlängerte.

## Gesellschaft

Dieser Abschnitt referiert Forschungsergebnisse zu fünf Hypothesen, darunter die im Rahmenprojekt (s. S.1) aufgeführten Annahmen.



*Der moderne Lebensstil (weniger dauerhafte familiäre und soziale Bindungen) verursacht psychische Störungen.*

Wie sich familiäre Verhältnisse auf Invalidität im allgemeinen auswirken, ist nicht eindeutig festzustellen. Nach Bratberg (1999) erleichtert der Ehestand den Übergang in die Invalidität und reduziert die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr auf den Arbeitsmarkt. Verheiratete Frauen haben es damit insofern leichter, als sie auf das Einkommen ihres Partners zurückgreifen können.

Stapleton et al. (1998) berichten, dass Veränderungen in der Familienstruktur – ausgedrückt in der Anzahl der mit nur einem Elternteil lebenden Kinder – zwischen 1988 und 1992 fünf Prozent zur jährlichen Zunahme der SSI-Anträge beisteuerten. Frauen, jüngere Altersgruppen sowie psychisch Kranke waren davon besonders betroffen. Dies deutet darauf hin, dass fehlende finanzielle, dingliche oder emotionale Unterstützung durch einen Lebenspartner für die Zunahme der Anträge und Gewäh-rungen mitverantwortlich sind. Vielleicht liegt es auch mit daran, dass Alleinerziehende bei der Bedürftigkeitsprüfung für Vorsorgeprogramme von vornherein die besseren Chancen haben.

Fehlende familiäre Unterstützung ist auch ein wesentlicher Grund für die rasante Zunahme der wegen psychischer Behinderung bewilligten Renten. Schwere psychische Erkrankungen und Ehe korrelieren negativ miteinander. Psychisch Kranke heiraten seltener, und wenn sie es tun, werden ihre Ehen häufiger geschieden. Da in gefährdeten Ehen die Prävalenz psychischer Erkrankungen grösser ist, bedeutet ein Rückgang bei den bestehenden Ehen potenziell eine Zunahme der Renten-anträge seitens dieser Gruppe. Andererseits bietet sich die Invalidenrente psychisch Kranken als alternative Unterstützung an und mag daher manche von einer Eheschliessung abhalten, die sonst geheiratet und damit den Anspruch auf bedarfsabhängige Leistungen verloren hätten.

*Die Einstellung gegenüber Krankheiten, insbesondere psychischen, hat sich gewandelt*

Sowohl die Inzidenz als auch die Prävalenz von Rentenleistungen wegen psychischer Behinderung haben in einigen Ländern zugenommen (siehe oben). Offenbar werden solche Beeinträchtigungen immer häufiger als Invaliditätsursachen anerkannt. Zudem gibt es bereits eine zahlreiche Berufsgruppe von Psychotherapeuten, Beratern etc., die an steigenden Patientenzahlen ein natürliches Interesse haben. Da diese Frage jedoch weit ausserhalb des Fachgebietes der Autoren dieser Studie liegt, fehlt es an der nötigen Kompetenz für eine tiefere Erörterung dieser Hypothese.

*Die Versicherten hegen weniger Bedenken, eine Rente zu beantragen*

Diese Hypothese wurde teilweise bereits im Abschnitt "Endogene Faktoren" unter der Überschrift "Arbeitnehmer" besprochen.

*Invalidenrente genießt den Vorzug vor der Arbeitslosenhilfe, weil sie als weniger stigmatisierend empfunden wird*

In der Forschung scheint die Überzeugung vorzuherrschen, die Invalidenrente werde der Arbeitslosenhilfe deswegen vorgezogen, weil man sie als weniger stigmatisierend empfinde. In verschiedenen Studien ist zu lesen, schwache Gesundheit oder Krankheit seien als Gründe für die Nichtteilnahme am Arbeitsmarkt gesellschaftlich akzeptiert (Bound et al. 1995). Krankheit gilt, besonders wenn sie ärztlich attestiert ist, als respektabler und völlig legitimer Grund, sich aus dem Berufsleben zurückzuziehen. Krankheit und daraus resultierende Invalidität werden für gewöhnlich niemandem zum Vorwurf gemacht, während Arbeitslosigkeit – selbst in Perioden tiefster Rezession – zuweilen als Faulheit, Initiativlosigkeit oder Drückebergerei denunziert wird (Gould 1985). Gesundheitliche Beeinträchtigungen können daher zur Rechtfertigung von Handlungen herangezogen werden, die ohnehin stattgefunden hätten, d.h., wer aus dem Erwerbsleben aussteigen will, geht lieber vorher zum Arzt und lässt sich seinen (möglicherweise schon seit Längerem herrschenden) Gesundheitszustand attestieren. Konkreter ausgedrückt, wenn der Rückzug ins Privatleben vor Erreichen eines bestimmten Alters sozialen Wertvorstellungen widerspricht und deswegen nicht wünschenswert erscheint, können sich auch einigermaßen gesunde Ausstiegswillige dabei auf ihre Beeinträchtigungen berufen (Parsons 1980, 1982, and Bazzoli 1985, in Burkhauser and Daly 1998).

Es gibt allerdings auch Belege für stigmatisierende Wirkungen bestimmter Krankheiten, die es nicht ratsam erscheinen lassen, eine Invalidenrente in Anspruch zu nehmen. Dies trifft insbesondere auf psychische Behinderungen zu. Je weniger ein psychisch Behinderter seine Krankheit akzeptiert, desto stärker nimmt er sie als Stigma wahr, und um so mehr schreckt er – ungeachtet der damit verbundenen Vorteile – vor einem Rentenantrag zurück (Längle et al. 1997).

*Die Einstellung zur Arbeit wandelt sich, die Arbeitsbereitschaft schwindet*

Aarts and De Jong (1992) erkennen eine deutliche Korrelation zwischen Alter und Arbeitsethos. Betrachtet man die Auswirkungen des Alters als Generationseffekt, findet die oben genannte Hypothese in diesem Befund Bestätigung. Der bei Männern beobachtete tendenzielle Rückgang der Erwerbsquote und der gleichzeitige Ansturm der Frauen auf den Arbeitsmarkt lassen eine Änderung in der Arbeitseinstellung erkennen. Arbeit gilt nun weniger als soziale Pflicht denn als Mittel zur

Vergrößerung der individuellen Kaufkraft und zum Erwerb gesellschaftlichen Ansehens durch Wohlstand.

### Institutionen

Unter dieser Überschrift sollte eine Besprechung weiterer im Rahmenheft aufgeführter Hypothesen folgen. Im vorgegebenen Zeitrahmen war dies unmöglich.

#### *Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe schieben schwer integrierbare Fälle in die Invalidenversicherung ab*

Diese Hypothese geht davon aus, dass die Administratoren der Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe schwer integrierbaren Fällen Leistungen versagen und sie an die Invalidenversicherung verweisen. Es sind keine Forschungsergebnisse bekannt, die derartige Kostenverlagerungen belegen würden.

- *Systemkohärenz*

Es gibt allerdings einen Aspekt, der sich mit dieser Hypothese in Verbindung bringen lässt, nämlich die Konzentration bzw. Aufteilung von invaliditätsbezogenen Leistungen bei, respektive unter, den verschiedenen Sozialversicherungsträgern. In den meisten Ländern ist eine Aufgabenteilung zu konstatieren: die Invalidenversicherung (oder allgemein die Rentenversicherung) übernehmen lediglich die Geldleistungen, während Wiedereingliederungsmassnahmen zumindest teilweise entweder der Krankenversicherung (für medizinische Rehabilitation) oder der Arbeitslosenversicherung bzw. den Arbeitsämtern (für berufliche Wiedereingliederung) anvertraut werden. Diese Aufgaben- oder Kompetenzverteilung führt zu ineffizienten Vorgehensweisen, die zu Lasten der Invalidenversicherung gehen dürften.

Die Schweiz – um ein gegenteiliges Beispiel zu nennen – konzentriert als einziges Land alle invaliditätsbezogenen Aufgaben bei einem einzigen Träger, der Invalidenversicherung (1. Säule; die berufliche Vorsorge zahlt nur Geldleistungen aus). Nach Prinz (1999) ist dies möglicherweise der entscheidende Grund dafür, dass das Invalidenrentenvolumen in diesem Land noch vergleichsweise niedrig ist.

Krankheit wird oft vorgeschoben, um Personenkreise ohne sonstige Schutzoptionen finanziell abzusichern.

In diesem Zusammenhang wird auf die entsprechenden Abschnitte weiter oben verwiesen.

*Die Gerichte entscheiden bevorzugt zu Gunsten der Versicherten.*

Zu diesem Punkt lagen keine empirischen Nachweise vor.

## Abschnitt IV – Schlussfolgerungen

Nicht nur die Schweiz hat ein Problem mit der sogenannten "neuen Invalidität". Auch in anderen Ländern – etwa den Niederlanden, Skandinavien und den Vereinigten Staaten – hat sich, allgemein gesprochen, das Profil des typischen Invalidenrentners verschoben: vom älteren Mann mit Muskel- und Knochenerkrankungen zur jüngeren Frau mit psychischen Problemen. Die Ursachen dieser Veränderung sind bis heute noch nicht gründlich erforscht.

Es werden in diesem Bericht über 30 Determinanten zusammengestellt, die – als endogene, d.h. der Invalidenversicherung inhärente, und als exogene, d. h. von aussen auf die Invalidenversicherung einwirkende Anreizfaktoren – bei der Inanspruchnahme der Invalidenrente eine Rolle spielen. Die 30 wichtigsten davon sind mit Hinblick auf zwei Kriterien im Schema 3 zusammengefasst:

- 1) die *Robustheit* der untersuchten Forschungsergebnisse. Eine Determinante wird als sehr robust eingestuft, wenn sie nach allen verfügbaren Untersuchungen einen Beitrag zur Erklärung der Entwicklung des Invalidisierungsrisikos leistet. Ausschlaggebend ist nicht, ob es sich um einen wesentlichen Erklärungsfaktor handelt, sondern ob alle Untersuchungen eindeutig zum mehr oder weniger gleichen Ergebnis kommen. Eine Determinante, die nur in einigen Untersuchungen als (mitunter sehr wichtiger) Faktor identifiziert wird, nach anderen jedoch keinen Erklärungsbeitrag leistet, wird als widersprüchlich (= widersprüchliche Ergebnisse) eingestuft.
- 2) die *Bedeutung*, die der jeweiligen Determinante für die Erklärung der im zurückliegenden Jahrzehnt beobachteten Zunahme des IV-Rentenbestandes in der Schweiz zukommt. Die Bedeutung – ermittelt anhand der Forschungsergebnisse und der eigenen Interpretation der Autoren – reicht dabei von sehr wichtig bis relativ unwichtig.

In diesem Schema werden die einzelnen Determinanten getrennt betrachtet, wogegen sie in einem Analyseschema im Anhang dieser Studie zusammenhängend dargestellt sind.

### **Welche Faktoren identifiziert diese Studie als massgeblich für die Inanspruchnahme der Invalidenrente?**

- In Schema 3 sind fünfzehn endogene und fünfzehn exogene Faktoren angeführt, welche die Wahrscheinlichkeit sowohl der Beantragung und Gewährung von IV-Renten als auch des Ausstiegs aus der IV-Rente beeinflussen. Für eine Mehrheit der systemspezifischen, endogenen Determinanten liefert die Forschung robuste, d.h. eindeutige Bestätigungen der dazu angeführten Hypothesen (vgl. die Spalte „Robustheit der Ergebnisse“). Dies gilt gleichermassen für

Faktoren, die für potenzielle Rentenbezieher, die Arbeitgeber und die Systemadministratoren relevant sind bzw. sein können. Beispiele dafür sind etwa eine – relativ zu anderen Sozialversicherungsleistungen – hohe Invalidenrente; niedrige Mindestinvaliditätsgrade; unbefristete Invalidenrenten (ohne regelmässige Nachbeurteilung); einheitliche Versicherungsprämien für alle Arbeitgeber oder grosse Ermessensspielräume für die Administratoren – allesamt Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit der Beantragung und Gewährung von Invalidenrenten in der Regel erhöhen.

- In einigen wenigen Fällen konnte anhand der vorliegenden Untersuchungen kein eindeutiger Zusammenhang nachgewiesen werden. Dies betrifft insbesondere die Einkommensersatzrate. Während die Ersatzrate in den meisten Ländern wesentlich zur Zunahme bzw. Abnahme der Invalidenrentenbestände beiträgt, spielt sie in Deutschland und Norwegen nur eine bescheidene Rolle. Solche Divergenzen haben ihren Grund vermutlich in den unterschiedlichen Anreizstrukturen der jeweiligen institutionellen Rahmenbedingungen.
- Zwei endogene Faktoren, die besonders im Hinblick auf das schweizerische System wichtig erscheinen, konnten nicht dokumentiert werden: günstige Anspruchsregelungen für junge Antragsteller und Leistungen an nicht erwerbstätige Personen.
- Die exogenen Determinanten sind weniger eindeutig auf ihre Wirkung festzulegen als die systemspezifischen Faktoren. Nur bei zwei individuellen Merkmalen potenzieller Antragsteller (schlechte Ausbildung und höheres Alter) konnte ein systematischer Zusammenhang mit der wachsenden Zugangswahrscheinlichkeit festgestellt werden.
- Die exogenen Faktoren scheinen sich in der Mehrheit jedoch positiv auf die Rentenbestände auszuwirken ("relativ robuste Ergebnisse"). Dies trifft beispielsweise auf die strukturelle und/oder zyklische Arbeitslosigkeit zu, die in der Regel – jedoch nicht immer – als Schlüsselfaktor betrachtet wird, und es gilt auch für veränderte Familienstrukturen, erhöhte Leistungsanforderungen und veraltete berufliche Kompetenzen.
- Zu einigen wenigen, potenziell relevanten exogenen Faktoren konnten in der vorliegenden Literatur keine Untersuchungen gefunden werden. Dazu gehören die sich verändernde Einstellung gegenüber dem Kranksein, die Hypothese, wonach die Gerichte bevorzugt zu Gunsten der Versicherten entscheiden, sowie der Verdacht, die Invalidenversicherung werde gerne als Auffangnetz oder letzte Zuflucht für Personen benutzt, die sonst über keine Einkommensquelle verfügen.

**Wie gross ist die relative Bedeutung der einzelnen Determinanten?**

- Manche Faktoren (z.B. der Zugang zu Ergänzungsleistungen) führen empirischen Untersuchungen zufolge zwar eindeutig zu einer Erhöhung der Zugangsrate, haben aber im "Gesamtpaket" aller Anreize nur relativ geringfügige Relevanz. Die relative Bedeutung einzelner Faktoren hängt offensichtlich auch vom jeweiligen institutionellen Kontext ab. Es ist daher schwierig, wenn nicht gar unmöglich, das Gewicht einzelner Determinanten richtig einzuschätzen, ohne dabei die landesspezifischen Besonderheiten der jeweiligen Vorsorgesysteme zu berücksichtigen.
- Desgleichen können verschiedene Bewertungsmaßstäbe wie hohe (zunehmende/abnehmende) Prävalenz oder hohe (zunehmende/abnehmende) Inzidenz von Invalidenrentnern unterschiedliche Erklärungsmodelle erforderlich machen.
- Insgesamt finden sich jedoch deutliche Hinweise darauf, dass finanzielle und administrative Anreize wichtige Determinanten der Inanspruchnahme von Invalidenrenten sind. Den durchgesehenen Untersuchungen zufolge leitet sich die finanzielle Attraktivität der Invalidenrente aus einer Kombination personen- und systembezogener Anreize ab. Menschen mit chronischen Leiden und geringen Arbeitsmarktchancen in sozial benachteiligten Stellungen, die kaum berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bieten, neigen eher als ihre sozial besser gestellten Kollegen dazu, sich nach alternativen Einkommensquellen umzusehen. Wo Invalidenrenten relativ leicht zu bekommen sind und ein akzeptables und dazu noch sicheres Einkommen versprechen, wecken sie starke Begehrlichkeiten bei all jenen, die sich dabei auf gesundheitliche Gründe berufen können.
- Eine zentrale Schlussfolgerung daraus lautet, dass endogene, d.h. durch den Aufbau und die Funktionsweise der Invalidenversicherung bedingte Anreize mehr als die allgemeinen, gesellschaftlich bedingten Faktoren zum Verständnis des Sachverhaltes beitragen. Die grossen Unterschiede zwischen Ländern, die ähnlichen exogenen Einflüssen – wie etwa ein verschärfter internationaler Wettbewerb, die Verdrängung ganzer Industriesektoren durch neue Dienstleistungsbranchen, die steigende Erwerbsquote bei den Frauen sowie die Alterung der Bevölkerung – ausgesetzt sind, lassen sich meist nur durch endogene Faktoren erklären.
- Die wichtigste Ausnahme besteht in der (zunehmenden) Arbeitslosigkeit, die zwar zu den exogenen Faktoren gezählt wird, in fast allen Kontexten jedoch eine wichtige Rolle spielt. Die Relation zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität ist dabei asymmetrisch: während steigende Arbeitslosigkeit in der Regel eine höhere Inanspruchnahme der Invalidenrente mit sich bringt, führt abnehmende Arbeitslosigkeit zu keinem entsprechenden Rückgang der Invalidenrenten-

bestände. Daher stellen selbst die zyklischen Bewegungen der Arbeitslosenrate für die Invalidenvorsorge eine potenzielle Bedrohung dar.

### **Welche Anreizfaktoren sind für die aktuelle Situation in der Schweiz von besonderer Bedeutung?**

- Die Ermittlung der Faktoren, die für die Entwicklung in der Schweiz im zurückliegenden Jahrzehnt massgeblich waren (d.h. zunehmende Inzidenz und zunehmende Prävalenz) stützt sich sowohl auf die vorliegenden Daten und Forschungsergebnisse als auch auf eigene Interpretationen des Sachverhalts. Das Ergebnis dieser Bewertung ist den entsprechenden Spalten in Schema 3 (siehe unten) zu entnehmen. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass die Identifikation einzelner Faktoren nicht den Schluss nahelegen soll, in diesem Bereich Gegenmassnahmen anzusteuern – viele dieser Regelungen erscheinen gerade im internationalen Vergleich ausserordentlich wünschenswert.
- Die im Rahmenheft (siehe oben S. 1) aufgeführten Hypothesen verweisen auf Faktoren, die sich in den Niederlanden, Schweden und Deutschland auf die Invalidisierungswahrscheinlichkeit ähnlich wie in der Schweiz auswirken. Obgleich diese Länder vergleichbare Gesundheitssysteme, Arbeitsmarkt- und Wohlstandsverhältnissen aufweisen, gibt es zwischen den jeweiligen Invaliditätsinzidenzen und -prävalenzen deutliche Unterschiede. Die Analyse verfügbarer Forschungsergebnisse legt daher nahe, dass die aktuelle Entwicklung ihre Ursache eher im Aufbau und der Funktionsweise der Invalidenversicherung hat, als in allgemeinen, sozialen Faktoren wie veränderte Einstellung zu Gesundheit und Arbeit oder neue Anforderungsprofile. Dies dürfte gleichermassen auch auf die Schweiz zutreffen.
- Von den fünfzehn angeführten endogenen Determinanten werden folglich sieben als *sehr wichtig* eingestuft, fünf als *begrenzt wichtig* und nur drei als *relativ unwichtig* für die Erklärung der in der Schweiz seit 1985 zunehmenden Invalidisierung. Von den fünfzehn genannten exogenen Faktoren scheinen hingegen nur zwei *sehr wichtig*, sechs *begrenzt wichtig* und vier *relativ unwichtig*. Die restlichen drei exogenen Faktoren konnten zwar anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse nicht dokumentiert werden, eine Einstufung unter der Kategorie 'sehr wichtig' ist aber unwahrscheinlich.

Im folgenden möchten wir kurz auf die wesentlichsten Faktoren eingehen.

- In der Schweiz – wie auch in einigen anderen Ländern – sieht die Vorsorge bei Invalidität Teilleistungen (nach dem Invaliditätsgrad abgestufte Renten) vor, die den Erwerbsbedürfnissen von



Teilinvaliden Rechnung tragen sollen, zugleich aber von einer erweiterten Bevölkerungsgruppe als Einladung zur Inanspruchnahme wahrgenommen werden können. Die Verteilung der Leistungsempfänger über die einzelnen Invaliditätsgrade lässt vermuten, dass dem Teilleistungssystem in der Schweiz von grösserer Bedeutung zukommt als in Ländern wie Schweden oder den Niederlanden. Auch der Mindestinvaliditätsgrad (40 Prozent, kürzlich durch Volksentscheid bestätigt) liegt im internationalen Vergleich niedrig, wenn auch immer noch höher als in Schweden (25 Prozent) oder in den Niederlanden (15 Prozent) – beides Länder mit ausnehmend grossem Invaliditätsvolumen.

- Die Schweiz geht bei der Berechnung der Zurechnungsbeträge oder -zeiten für Personen unter 45 Jahren einen Sonderweg: Bei der Festlegung der Bemessungsgrundlage wird dem Bezieher ein beruflicher Werdegang zugerechnet, den er noch durchlaufen hätte, wäre er nicht invalid geworden. Diese Zurechnungsbeträge werden stufenweise abgesenkt, und zwar von 100 Prozent bei Personen unter 23 auf 5 Prozent bei Personen im Alter zwischen 39 und 45 Jahren. Wer also bei Eintritt der Invalidität noch jung ist, stellt sich in der Schweiz besser als im übrigen Europa. Das führt zu einer geringeren Benachteiligung jüngerer Invalide, kann aber zugleich eine höhere Inanspruchnahme auslösen.
- Ausserdem unterstützt die schweizerische Invalidenvorsorge auch Personen, die nie beschäftigt waren (wie beispielsweise Hausfrauen) oder auch welche, die keine Beiträge an das System entrichtet haben (Frühinvaliden). Eine vergleichbare Grundversorgung gibt es sonst nur noch in Skandinavien. Solche Systeme führen zwangsläufig zu grösseren Rentenbeständen, bieten zugleich aber eine bessere Absicherung für nicht erwerbstätige Personen.
- Die an sich schon recht komplexe Invaliditätsdefinition wird in der Schweiz durch zwei Bestimmungen noch schwerer fassbar. Erstens bemisst sich der Invaliditätsgrad an der relativ zu den Einkünften vor Eintritt der Invalidität verbleibenden Rest-Erwerbsfähigkeit, und zweitens werden bei der Bewertung der Rest-Erwerbsfähigkeit nur Positionen in Betracht gezogen, die im Hinblick auf die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers, seine Wiedereingliederungschancen und die Lage auf dem Arbeitsmarkt als *zumutbar* gelten. Was letzteres betrifft, wird nicht auf die konkrete Beschäftigungssituation Bezug genommen, sondern auf einen abstrakten, ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Im Vergleich zum strikten Berufsschutz etwa in Österreich wirkt letztere Regelung zwar bremsend, in den meisten Ländern Europas wurde zuletzt jedoch jeglicher Berufsschutz abgeschafft.
- Die Kompliziertheit dieses Verfahrens und die Tatsache, dass für die Beurteilung des Invaliditätsstatus immer noch – wenn auch jetzt in geringerer Masse – überwiegend der Hausarzt zuständig ist, eröffnen den Administratoren in der Schweiz grosse Entscheidungsspielräume;

grösser als in anderen Ländern Europas (vgl. Prinz 1999). Je mehr Gewicht die Hausärzte den Interessen ihrer Patienten beimessen, um so grösser wird das Risiko für den Versicherer.

- Wie in allen anderen OECD-Ländern auch, funktionieren Arbeitgeber die Invalidenversicherung oftmals zu einem beschäftigungspolitischen Instrument um – etwa wenn Personalabbau oder Umstrukturierungen anstehen – da reguläre Entlassungen strengeren Vorschriften unterliegen. Dieser Faktor gewinnt insbesondere in Zeiten zunehmender Arbeitslosigkeit auch in Ländern mit flexiblen Arbeitsmärkten (wie etwa die USA) an Bedeutung. Darüber, welche Rolle dies in der Schweiz spielt, liegen keine Untersuchungen vor; die weit unterdurchschnittliche IV-Prävalenz bei älteren Personen ist aber ein Indiz für eine geringere Bedeutung dieses Faktors.
- Von den exogenen Determinanten scheinen nur zwei für die jüngste Entwicklung in der Schweiz besonders wichtig:

Als erste ist die rapide Zunahme der Arbeitslosigkeit zu nennen. Bis Ende der 80er Jahre so gut wie nicht vorhanden, hat sie heute ein beachtliches – wenn auch im internationalen Vergleich noch relativ niedriges – Niveau erreicht. Zwar mündet Langzeitarbeitslosigkeit nicht zwangsläufig in Invalidität (vgl. Eschmann und Donini 1995), ihre Zunahme macht jedoch die Effekte einer ganzen Reihe endogener Faktoren deutlich. Von steigender Arbeitslosigkeit sind Personen mit Erwerbsminderungen als erste betroffen. Systeminhärente Anreizfaktoren (z.B. Teilleistungen oder Zurechnungsbeträge für Jüngere), die zuvor keine wesentlichen Auswirkungen hatten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines IV-Antrages überproportional. Regelungen mit grossen Entscheidungsspielräumen und die Verwendung von Zumutbarkeitskriterien erhöhen die Erfolgchancen derartiger Anträge.

Relevant scheint auch die veränderte Einstellung gegenüber Krankheit. Die hinter der psychischen Invalidität steckenden Faktoren sind zwar weitgehend unbekannt, doch kann nicht ausgeschlossen werden, dass in diesem Zusammenhang zwei weitere Faktoren von Interesse sein könnten: (1) Psychische Invalidität wirkt heute weniger stigmatisierend als früher. Die schlagartige Zunahme der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen deutet auf die Entstehung eines neuen Dienstleistungssektors hin, der es sich zur Aufgabe macht, gesundheitliche Beschwerden ernst zu nehmen und ihnen soziale Akzeptanz zu verschaffen. Je mehr psychische Leiden von der Gesellschaft respektiert werden, desto höher der Umsatz dieser neuen Branche. (2) Den für die Beurteilung von Invalidenrentenansprüchen Verantwortlichen mag es schwerer fallen, die beruflichen Konsequenzen psychischer Krankheiten zu beurteilen, als die von somatischen. Das traditionelle klinische Modell, das in der Invalidenversicherung dem Beurteilungsverfahren zu Grunde liegt, ist für psychische Erkrankungen möglicherweise weniger gut ge-

eignet. Je mehr Wahrheitswert dieser Behauptung zugemessen wird, desto eher sind die Administratoren bereit, Rentenanträge wegen psychischer Beschwerden im Zweifelsfalle anzuerkennen.

- Der allmähliche Übergang von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft vergrössert die Nachfrage nach sozialen und emotionalen Kompetenzen, während die körperliche Leistungsfähigkeit immer mehr an Bedeutung verliert. Dieser Strukturwandel dürfte mit dazu beitragen, dass die Zusammensetzung der Invalidenpopulation sich fortwährend verändert. Da psychische Kraft gegenüber der physischen an Bedeutung zunimmt, werden immer mehr Menschen invalid, weil sie den psychischen Anforderungen nicht mehr gewachsen sind.

### **Wo liegen die Defizite in der Forschung, und welche Informationen stehen noch aus?**

- Dieser Forschungsbericht konzentriert sich vornehmlich auf wirtschaftswissenschaftliche Veröffentlichungen. Zu möglichen Forschungsdefiziten im soziologischen Bereich kann daher kaum etwas gesagt werden. Dennoch besteht ein wesentlicher Mangel darin, dass kaum etwas über die Triebkräfte bekannt ist, welche hinter einer persönlichen Entscheidung für den Antritt einer Invalidenrente oder die Rückkehr ins Erwerbsleben stehen. Es fehlen retrospektive oder Längsschnittstudien mit Analysen der Entscheidungsprozesse und ihrer bestimmenden Faktoren, aber auch Untersuchungen über den Einfluss individueller Lebensläufe (z.B. Arbeitsbiographie, Einkommensverlauf, Familienbiographie oder Krankengeschichte).
- Die meisten Untersuchungen zur Invalidität gehen nur von einer einzigen Perspektive aus: derjenigen des Arbeitnehmers, des Arbeitgebers oder der Administratoren – Versuche, diese Standpunkte zu integrieren, sind die Ausnahme. Das eigentümliche Wechselspiel zwischen den Anreizen, von denen sich die verschiedenen Akteure angesprochen fühlen, ist immer noch untererforscht.
- Die schweizerische Forschung wendet sich bislang vor allem den Einflüssen exogener Variablen zu. Wenn die hier getroffene Schlussfolgerung stimmt, wonach der Struktur und der Funktionsweise der Systeme eine Schlüsselrolle zukommt, könnten schweizerische Studien ihren explanativen Wert erhöhen, wenn sie diese Aspekte in ihre Analysen der schweizerischen Invalidenversicherung mit einbezögen. Dazu würden Faktoren gehören wie Teilleistungen, Vergünstigungen für junge Antragsteller, Komplexität des Invaliditätsbegriffs, zentralisierte Zuständigkeit für Renten und Rehabilitationsmassnahmen sowie der Leistungsanspruch für Personen ohne Beschäftigungsnachweis.

- Sinnvoll wäre es auch, sich die kantonale Vielfalt der Schweiz zu Nutze zu machen. Es wäre sicherlich aufschlussreich zu versuchen, anhand eines multivariaten Analysemodells die kantonalen Unterschiede in Grösse und Wachstum der Invalidenpopulation zu erklären.
- Die schweizerische Invalidenversicherung bietet viele Möglichkeiten, die sich auf den Rentenbestand eigentlich wachstumsfördernd auswirken müssten. Ungeachtet der in den letzten Jahren steigenden Zugänge gehört die Schweiz jedoch immer noch zu den Ländern mit einer relativ kleinen Rentnerpopulation. Hier stellt sich eine (Forschungs-)Frage, die den vom BSV abgesteckten Kurs, nämlich den Ursachen des Wachstums des Systems nachzugehen, entgegenläuft: Warum gibt es in der Schweiz, im Vergleich zu anderen Ländern, so WENIGE Invalidenrentner? Hier kann wohl ein Zusammenhang mit exogenen Faktoren vermutet werden, wie etwa ein starker Drang zur – individuellen wie nationalen – Unabhängigkeit, der Abhängigkeit von staatlichen Leistungen als etwas höchst Anstössiges brandmarkt. Es könnte auch mit der Hauptmaxime des Systems zu tun haben, die, ähnlich wie das deutsche, der Rehabilitation den Vorzug vor der Rente gibt. Es bleibt die Frage, ob die Wirkung dieser günstigen Faktoren in den letzten 15 Jahren nicht etwa nachgelassen hat.

**Schema 3 Explanativer Rahmen der Robustheit der Invalidisierungsdeterminanten und deren Relevanz für die jüngere Entwicklung in der Schweiz (Zunahme des IV-Rentenbestandes) <sup>a), b)</sup>**

<i>Endogene Determinanten</i>				<i>Exogene Determinanten</i>		
Determinante	Robustheit der Befunde	Relevanz für die Schweiz		Determinante	Robustheit der Befunde	Relevanz für die Schweiz
➤ Hohe Ersatzrate	2	2	<i>Positiver Einfluss auf Zugangs- wahrscheinlichkeit, negativer Einfluss auf Ausstiegs- wahrscheinlichkeit</i>	➤ Höheres Alter (indirekt), Alterung	3	2
➤ Teilleistungen (nach dem Invaliditätsgrad abgestufte Renten); niedriger Mindestinvaliditätsgrad	3	3		➤ Weibliches Geschlecht	1	2
➤ Günstige Regelungen für jüngere Antragsteller	?	3		➤ Niedriges Bildungsniveau	3	1
➤ Ergänzungsleistungen/zusätzliche Leistungen	3	1		➤ Höhere Leistungsanforderungen	2	2
➤ Hohe IV-Rente relativ zu anderen Leistungen	3	1		➤ Veraltete Kompetenzen	2	1
➤ Geringe Einbussen durch Antrag	2	2		➤ Relevanz sozialer Kompetenzen	2	?
➤ Unbefristete Leistungen	3	3		➤ Arbeitslosigkeit schwächt die Gesundheit	2	2
➤ Hohe Gewährungswahrscheinlichkeit	2	2		➤ Inadäquate Wiedereingliederung	1	1
➤ Leistungen auch an Nichterwerbstätige	?	3		➤ Strukturelle & zyklische Arbeitslosigkeit	2	3
➤ Personalpolitische Instrumentalisierung	3	3		➤ Veränderung familiärer Verhältnisse	2	2
➤ Selektive Einstellungspraxis	3	2		➤ Veränderte Einstellung zu Krankheit	?	3
➤ Einheitliche Versicherungsprämien	3	1		➤ Nachlassende Stigmatisierung	1	?
➤ Komplexität des Invaliditätskonzepts	2	3		➤ Mangelnde systemübergreifende Kohärenz	2	1
➤ Administrativer Ermessensspielraum	3	3		➤ IV als Auffangnetz / letzte Zuflucht	?	2
➤ Politischer Druck auf die Administratoren	3	2		➤ Gerichte bevorteilen Versicherte	?	?

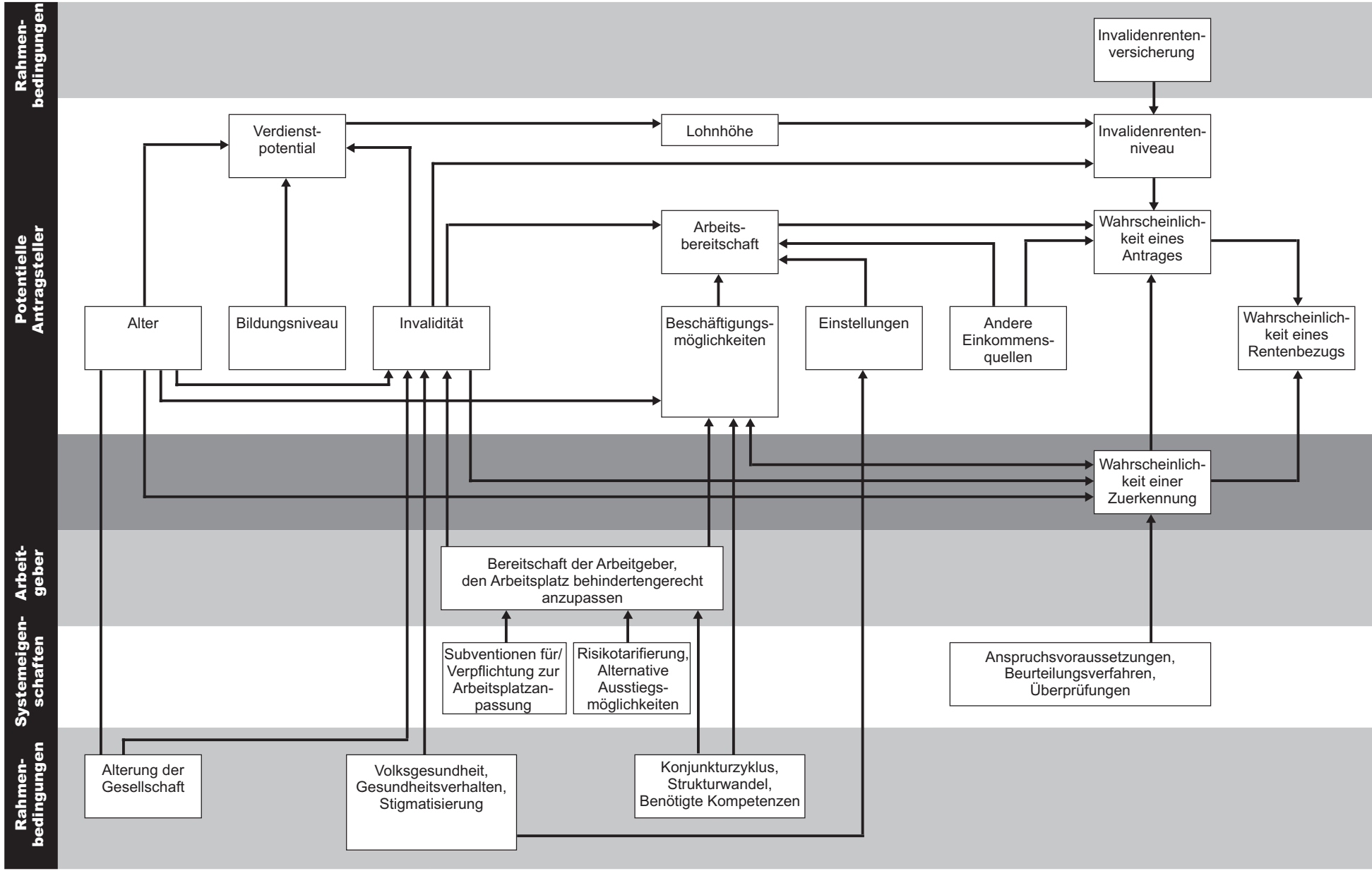
a) Robustheit der Forschungsergebnisse: 1...widersprechende Befunde, 2...relativ robuste Befunde, 3... robuste Befunde

b) Relevanz für den Zuwachs des IV-Rentenbestandes in der Schweiz: 1...relativ unwichtig, 2...begrenzt wichtig, 3...sehr wichtig

### **Anhang: Skizze eines Analyseschema**

In diesem Schema wird der Versuch unternommen, die Faktoren zusammenzufassen, die zu P [IV] – der Invalidisierungswahrscheinlichkeit – beitragen. Den Kern dieses Schemas bilden eine Reihe individueller Merkmale, welche aus Aarts und de Jong (1992, S. 97) – einer Studie, die ein mikroökonomisches Modell des Invaliditätsverhaltens entwickelt hat – übernommen wurden. Ein einziges individuelles Merkmal wurde hier nicht einbezogen: "übriges Einkommen". Darunter sind übrige Einkommensquellen von Antragstellern (z.B. Kapitalerträge) oder sonstige Einkünfte des Haushaltes, dem der Antragsteller angehört (z.B. das Einkommen eines Partners) zu verstehen. Die Hypothese dazu lautet: Je höher die übrigen Einkünfte, desto wahrscheinlicher ein Rentenanspruch. Aarts und De Jong konnten damals diesen Faktor nicht nachweisen. Vielleicht hat er aber jetzt, nach dem Ansturm der Frauen auf die Invalidenrente, an Bedeutung gewonnen.

Diese individuellen Merkmale werden ergänzt durch Faktoren, welche die übrigen Akteure repräsentieren (Arbeitgeber und Administratoren), sowie die Trends auf der makroökonomischen Ebene. Das Schema macht deutlich, wie wichtig multivariate Analysen und mathematische Modellierung für solche Untersuchungen sind.



**Zitierte Literatur**

- Aarts, L.J.M. and P.R. de Jong, *Economic Aspects of Disability Behaviour*, Amsterdam, New York: Elsevier Science B.V., 1992;
- Aarts, L.J.M. and P.R. de Jong, "Disability Insurance in a Multi-Pillar Framework", Washington, D.C., Worldbank, 2000.
- Aarts, L.J.M. and P.R. de Jong, "Privatization of social insurance and welfare state efficiency: Evidence from the Netherlands and the United States", in: Peter Flora et al., *The State of Social Welfare, 1997*, 1998, Aldershot U.K.: Ashgate, pp. 175-189.
- Aarts, L.J.M., R.V. Burkhauser, and P.R. de Jong (eds.), *Curing the Dutch Disease. An International Perspective on Disability Policy Reform*, Avebury, Aldershot U.K., 1996.
- Aarts, L.J.M., R.V. Burkhauser, and P.R. de Jong, "Convergence: A Comparison of European and United States Disability Policy", in: Terry Thomason, John F. Burton, Jr., and Douglas E. Hyatt, *New Approaches to Disability in the Workplace*, Industrial Relations Association Series, 1998.
- Andrews, E., and T. Hoopengardner, "Disability and Work in Poland", draft, World Bank, 1999.
- Bachmann, and Furrer, "Die ärztliche Beurteilung und ihre Bedeutung im Entscheidungsverfahren über einen Rentenanspruch in der Eidg. Invalidenversicherung", OFAS 1999.
- Baldwin, M.L. and W.G. Johnson, "Labor Market Discrimination against Women with Disabilities", *Industrial Relations*, vol. 34, no. 4, 1995.
- Baldwin, M.L.; L.A. Zeager, P.R. Flacco, "Gender Differences in Wage Losses from Impairments: Estimates from the Survey of Income and Program Participation", *Journal of Human Resources*, vol. 29(3), 1994, pp. 865-87.
- Barr, N., *The Economics of Welfare State*, 3d Edition, London: Weidenfeld & Nicholson, 1998.
- Bazzoli, Gloria, "The Early Retirement Decision; New Empirical Evidence on the Influence of Health", *Journal of Human Resources*, 1985, 20, 214-234.
- Benitez-Silva, H., Chan, Hiu-Man, Rust, J., Sheidvasser, S., Buchinsky, M., "An Empirical Analysis of the Social Security Disability Application, Appeal, and Award Process", mimeo, December 1997.
- Boadway, R., Marceau, N., Sato, M., "Agency and the Design of Welfare Systems", *Journal of Public Economics*, vol. 73, 1999;
- Bound, J., "The Health and Earnings of Rejected Disability Insurance Applicants", *American Economic Review*, vol. 79, 1989, pp. 482-503.
- Bound, J., and R.V. Burkhauser, "Economic Analysis of Transfer Programs Targeted on People With Disabilities", in: Ashenfelter, O. and D. Card, eds., *Handbook of Labor Economics, Volume 3*, Amsterdam, New York: Elsevier Science B.V., 1999.
- Bound, J., Schoenbaum, M. and T. Waidmann, "Race and Educational Differences in Disability Status and Labor Force Attachment", NBER Working Paper no. 5159, 1995.
- Bound, J., Schoenbaum, M. and T. Waidmann, "Race Differences in Labor Force Attachment and Disability Status", NBER Working Paper no. 5536, 1996.
- Bowitz, E., "Disability Benefits, Replacement Ratios and the Labour Market. A Time Series Approach", *Applied Economics*, vol. 29, 1997.



- Bratberg, E., "Disability Retirement in a Welfare State", *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 101, no. 1, 1999.
- Breitenmoser, B., D. Foffa, K. Guggisberg, C. Rouiller, F. Donini, and B. Nydegger Lory, "Eingliederung vor Rente' – realisierbares Ziel oder bloss wohltönender Slogan?" CHSS 6/99, pp. 1-11.
- Burkhauser, R.V. and M.C. Daly, "Disability and Work: The Experiences of American and German Men", *Federal Reserve Bank of San Francisco Economic Review*, vol. 2, 1998; pp. 17-29.
- Burkhauser, R.V., and M.C. Daly, "Employment and Economic Well-Being Following the Onset of a Disability: The Role for Public Policy", in: Mashaw, J.L., et al., eds. *Disability, Work and Cash Benefits*, Kalamazoo, Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research, 1996.
- Burkhauser, R.V., M.C. Daly, and A.J. Houtenville, "How Working Age People With Disabilities Fared Over the 1990s Business Cycle", Paper prepared for the National Academy of Social Insurance Conference on Ensuring Health and Income Security for an Aging Workforce, Washington DC, January 26-27, 2000.
- Butler, R.J., "Safety Incentives in Workers' Compensation", in J.F. Burton, T.P. Schmidle, 1995 *Workers' Compensation Year Book*, Horsham (PA), pp.1-82-91, 1994.
- Butler, R.J., Johnson, W.G. and M.L. Baldwin, "Managing Work Disability: Why first Return to Work is not a Measure of Success", *Industrial and Labour Relations Review*, vol. 48, no. 3, 1995.
- Burton, J.F., Economics of Safety, mimeo, 1999.
- Cullen, J.B., "The Impact of Fiscal Incentives on Student Disability Rates", NBER Working Paper No. 7173, 1999.
- Daly, M.C. and J. Bound, "Worker Adaptation and Employer Accommodation Following the Onset of a Health Impairment", NBER Working Paper no. 5169, 1995.
- De Jong, P.R., "Reforming Social Policy: Learning from the Dutch Experience", *Swiss Journal of Economics and Statistics*, vol. 135 (3), 1999, pp. 253-271.
- De Jong, P. R., R.H. Haveman,, and B.L. Wolfe, "Labor and Transfer Incomes and Older Women's Work; Estimates from the United States", NBER Working Paper, no. 2728, 1988.
- De Winter, C.R., *Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk*, Leiden, Netherlands: NIPG-TNO, 1991.
- Diamond, P. and E. Sheshinski, "Economic Aspects of Optimal Disability Benefits", *Journal of Public Economics*, Vol. 57(1), 1995, pp. 1-23.
- Disney, R. and S. Webb, "Why are there so many long term sick in Britain?", *The Economic Journal*, vol. 101, 1991.
- Draper, D.A.G. and A.J.G. Manders, "Structural Changes in the Demand for Labour", *De Economist*, Vol. 145, no. 4, 1997.
- Dykacz, J.M., "Return of Disabled-Worker Beneficiaries to the DI Program: Some Insights From the New Beneficiary Follow-up", *Social Security Bulletin*, Vol. 61, no. 2, 1998.
- Eschmann, N. and F. Donini, "Führt Arbeitslosigkeit zu Invalidität?", *Soziale Sicherheit* 6/1995, pp. 321-324.
- Ettner, S.L., Frank, R.G. and R.C. Kessler, "The Impact of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes", *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 51, no. 1, 1997.
- Ferron, D.T., "Diagnostic Trends of Disabled Social Security Beneficiaries", 1986-93, *Social Security Bulletin*, vol. 58, no. 3, 1995.

- Giezen, A.M. van der, Cuelenaere, B. and R. Prins, *Vrouwen vaker in de WAO?*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, The Hague, 1998.
- Gould, R., "Unemployment and disability: Some sociological aspects of withdrawal from the labour market", *International Social Security Review*, Vol. 38, no. 1, 1985.
- Gould, R., "Pathways of early exit from work in Finland in a period of high unemployment", contribution to a conference held in Stockholm in September 1996.
- Gruber, J., "Disability Insurance Benefits and Labor Supply", NBER Working Paper no. 5866, 1996.
- Gruber, J., Kubik, J.D., "Disability Insurance Rejection Rates and the Labour Supply of Older Workers", *Journal of Public Economics*, 1997, vol. 64, pp. 1-23.
- Hassink, W.H.J.; J.C. van Ours, and G. Ridder, "Dismissal through Disability", *De Economist*, 145(1), 1997, pp. 29-46.
- Halpern, J. and J. Hausman, "Choice under Uncertainty: A Model of Applications for the Social Security Disability Insurance Program", *Journal of Public Economics*, 1986, pp.131-161.
- Hamilton, V.H., Merrigan, P. and E. Dufresne, "Down and Out: Estimating the Relationship between Psychic Health and Unemployment", *Health Economics*, vol. 6, 1997.
- Haveman, R.H., B.L. Wolfe, and J. Warlick, "Labor Market Behavior of Older Men", *Journal of Public Economics*, 1988, pp.153-175.
- Hennessey, J.C. and L.S. Muller, "The Effect of Vocational Rehabilitation and Work Incentives on Helping the Disabled-Worker Beneficiary Back to Work", *Social Security Bulletin*, vol. 58, no. 1, 1995.
- Höög, J. and M. Stattin, "Who becomes a disability pensioner? The Swedish case 1988 and 1993", contribution to a conference held in Stockholm in September 1996.
- Holmes, P. and M. Lynch, "An analysis of invalidity benefit claim durations for new male claimants in 1977/8 and 1982/3", *Journal of Health Economics* Vol. 9, pp. 71-83, 1990.
- Holmes, P., Lynch, M. and I. Molho, "An Econometric Analysis of the Growth in the Numbers Claiming Invalidity Benefit: An Overview", *Journal of Social Policy*, vol. 20, no. 1, 1991.
- Howards, I., H. P. Brehm, and S.Z. Nagi. *Disability from Social Problem to Federal Program*, New York: Praeger, 1980.
- Kieselbach, T., "Interventions to counteract health effects of unemployment in Germany", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 72 supplements, 1999.
- Längle, G., Welte, W. and M. Niedermeier-Bleier, "Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker", *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, vol.30, no. 2, 1997.
- Lindeboom, M., "Microeconomic Analysis of the Retirement Decision: The Netherlands", OECD Economics Department Working Papers No.207, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1998.
- Loprest, P., Rupp, K. and S.H. Sandell, Gender, "Disabilities, and Employment in the Health and Retirement Study", *Journal of Human Resources*, vol. 30, 1995, pp. S293-318.
- Molho, I., "A Disaggregate Model of Flows onto Invalidity Benefit", *Applied Economics*, Vol. 21, 1989, pp. 237-250.
- Molho, I., "Going onto Invalidity Benefit: A Study for Women (1977/78-1983/84)", *Applied Economics*, Vol. 23, 1991, pp. 1569-1577.
- Nagi, S. Z., *Disability and Rehabilitation: Legal, Clinical, and Self-Concepts and Measurements*, Ohio: Ohio State University Press, 1969.

- Parsons, D.O., "The Decline in Male Labour Force Participation", *Journal of Political Economy*, 1980, Vol. 88, pp.117-134.
- Parsons, D.O., "The Male Labour Force Participation Decision; Health, Reported Health, and Economic Incentives", *Economica*, 1982, Vol. 49, pp. 81-91.
- Parsons, D. O., "Self-Screening in Targeted Public transfer Programs", *Journal of Political Economy*, 1991, pp. 859-876.
- Prinz, C., *Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter*, Vienna, European Centre, 1999.
- Raskin, Employment equity for the disabled in Canada, *International Labour Review*, Vol. 133 (1), 1994, pp. 75-88.
- Reissman, D.B., Orris, P., Lacey, R. and D.E. Hartman, Downsizing. "Role Demands, and Job Stress", *Journal of Occupational and Environpsychic Health*, Vol. 41 (4) 1999.
- Riphahn, R.T., "Disability retirement and unemployment – substitute pathways for labour force exit? An empirical test for the case of Germany", *Applied Economics*, Vol. 29, 1997.
- Riphahn, R.T. and B. Kreider, "Applications to the U.S. Disability System: A Semiparametric Approach for Men and Women", IZA Discussion Paper no. 17, 1998.
- Ritz, H.-G., "Beschäftigungspflicht und Ausgleichfonds als internationaler Sozialstandard in der Behindertenpolitik", *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Vol.30 (2), 1997.
- Roman, P.M., and T. C. Blum, The Prevention of Behavioral Disabilities from Nonwork Sources: Employee Assistance Programs and Related Strategies, in: Thomason, Burton and Hyatt, *New Approaches to Disability in the Workplace*, Industrial Relations Association Series, 1998. pp. 87-120.
- Rupp, K. and C.G. Scott, "Determinants of Duration on the Disability Rolls and Program Trends", in: Rupp, K. and D.C. Stapleton, eds., *Growth in Disability Benefits – Explanations and Policy Implications*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan, 1998.
- Rupp, K. and D. Stapleton, "Determinants of Growth in the Social Security Administration's Disability Program – An Overview", *Social Security Bulletin*, Vol. 58 (4), 1995.
- SCP, Sociaal Cultureel Rapport 1998, The Hague, Sociaal Cultureel Planbureau, 1998.
- Shavell, S., "On Moral Hazard and Insurance", *Quarterly Journal of Economics*, 1979, pp. 541-562.
- Stapleton, D., Coleman, K. Dietrich, K. and G. Livermore, "Empirical Analyses of DI and SSI Application and Award Growth", in: Rupp, K. and D.C. Stapleton, eds., *Growth in Disability Benefits – Explanations and Policy Implications*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan, 1998.
- Theodossiou, I., "The effects of low pay and unemployment on psychological well-being: a logistic regression approach", *Journal of Health Economics*, Vol. 17, 1998.
- UVG, Unfallstatistiek 1999, Luzern: Suva, 1999.
- UBS, "Vorsorge: Die Grundlage für Ihre Persönliche Vorsorgeplanung", Union Bank of Switzerland, 1999.
- Van Eck, M.A.A., *Het beslissingsproces van de medische functie van het GAK*, doctoral dissertation, Amsterdam, 1990.
- Van Praag, B.M.S. and V. Halberstadt, "Towards an Economic Theory of Non-Employability, a First Approach", in: K.W. Roskamp, ed., *Public Choice and Public Finance*, Paris, 1980.

- Van der Veen, R.J., *De sociale grenzen van beleid*, Stenfert Kroese: Leiden, 1990.
- Van Zaal, M.J., “Wat voeren de uitvoerders eigenlijk uit”, *Economisch Statistische Berichten*, 1981, 66, 28-34.
- Visier, L., “Sheltered employment for persons with disabilities”, *International Labour Review*, Vol. 137 (3) 1998.
- Wadsworth, M.E.J., Montgomery, S.M. and M.J. Bartley, “The persisting effect of unemployment on health and social well-being in men early in working life”, *Social Science and Medicine*, vol. 48, 1999;
- World Health Organization, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva: WHO, 1980.
- Yelowitz, A.S., “The Impact of Health Care Costs and Medicaid on SSI Participation”, in: Rupp, K. and D.C. Stapleton, eds., *Growth in Disability Benefits – Explanations and Policy Implications*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo, Michigan, 1998.