



PEER REVIEW zu
SOZIALSCHUTZ UND
SOZIALER EINGLIEDERUNG
2009

ERWERBSUNFÄHIGKEIT:
MODERNISIERUNG UND
AKTIVIERUNGSMASSNAHMEN

MADRID, 4./5. FEBRUAR 2010

SYNTHEBERICHT



Im Auftrag von
Europäische Kommission
Beschäftigung, soziale
Angelegenheiten und
Chancengleichheit



PEER REVIEW ZU
SOZIALSCHUTZ UND
SOZIALER EINGLIEDERUNG
2009

ERWERBSUNFÄHIGKEIT:
MODERNISIERUNG UND
AKTIVIERUNGSMASSNAHMEN

STEINAR WIDDING
WORK RESEARCH INSTITUTE

MADRID, 4./5. FEBRUAR 2010

SYNTHESEBERICHT



Im Auftrag von
Europäische Kommission
Beschäftigung, soziale
Angelegenheiten und
Chancengleichheit



Diese Veröffentlichung wird im Rahmen des Gemeinschaftsprogramms für Beschäftigung und soziale Solidarität (2007–2013) unterstützt, das von der Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit der Europäischen Kommission verwaltet wird. Dieses Programm wurde eingerichtet, um die Verwirklichung der Ziele der Europäischen Union in den Bereichen Beschäftigung und Soziales — wie in der Sozialpolitischen Agenda ausgeführt — finanziell zu unterstützen und somit zum Erreichen der Vorgaben der Strategie von Lissabon in diesen Bereichen beizutragen.

Das auf sieben Jahre angelegte Programm richtet sich an alle maßgeblichen Akteure in der EU-27, den EFTA-/EWR-Ländern und den Beitritts- und Kandidatenländern, die einen Beitrag zur Gestaltung geeigneter und effektiver Rechtsvorschriften und Strategien im Bereich Beschäftigung und Soziales leisten können.

Mit PROGRESS wird das Ziel verfolgt, den EU-Beitrag zur Unterstützung der Mitgliedstaaten in ihrem Engagement und ihren Bemühungen um mehr und bessere Arbeitsplätze und größeren Zusammenhalt in der Gesellschaft auszubauen. Zu diesem Zweck trägt das Programm PROGRESS dazu bei,

- Analysen und Empfehlungen in den Politikbereichen des Programms PROGRESS bereitzustellen;
- die Umsetzung des Gemeinschaftsrechts und der Strategien der Gemeinschaft in den Politikbereichen des Programms PROGRESS zu überwachen und darüber Bericht zu erstatten;
- den Austausch von Strategien, das wechselseitige Lernen und die gegenseitige Unterstützung zwischen den Mitgliedstaaten in Bezug auf die Ziele und Prioritäten der Union zu fördern und
- die Auffassungen der beteiligten Akteure und der Gesellschaft insgesamt zu kanalisieren.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=de>

Mehr Informationen zu den Peer Reviews und der Politikbewertung sowie alle einschlägigen Dokumente sind abrufbar unter:

<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Der Inhalt dieser Veröffentlichung gibt nicht unbedingt die Auffassung der Generaldirektion für Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit der Europäischen Kommission wieder. Weder die Europäische Kommission noch in deren Namen handelnde Personen haften für die Nutzung von Informationen aus dieser Veröffentlichung.

2010

PRINTED IN BELGIUM



Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
1. Politikkontext auf europäischer Ebene	7
2. Politik und Situation im Gastgeberland: Spanien	13
3. Politik und Situation in den Peer-Ländern	15
4. Beiträge der europäischen Interessenvertretungen	24
5. Diskussionen im Verlauf des Peer Review-Seminars	26
6. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse	33





Zusammenfassung

Angesichts der fortschreitenden Bevölkerungsalterung in Europa wächst die Sorge bezüglich der langfristigen Bestandsfähigkeit der Sozialschutz- und Rentensysteme in den Mitgliedstaaten. Um diese Entwicklung in den Griff zu bekommen, müssen die europäischen Staaten nicht nur die Häufigkeit von Frühverrentungen eindämmen, sondern auch die Beanspruchung von Sozialleistungen drosseln. Geraten Menschen in Nichterwerbstätigkeit, fällt ihnen der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt schwer — ein Trend, der sich mit zunehmendem Alter verstärkt. Gesundheitliche Probleme und Behinderungen sind Hauptursachen für einen frühen Erwerbsausstieg; die Vorruhestandsleistungen wiederum gehören zu den Hauptelementen auf dem Weg aus dem Arbeitsmarkt. Gegenwärtig ist über die Hälfte der 55- bis 64-Jährigen erwerbsuntätig, an die 20 % unter ihnen nehmen Vorruhestandsleistungen in Anspruch.

Die spanische Peer Review wurde vor dem Hintergrund der verschiedenen Strategien abgehalten, die von den EU-Mitgliedstaaten entwickelt wurden, um dieser Situation zu begegnen.

Spanien steht derzeit am Beginn eines Reformprozesses im Sozialversicherungswesen. Eines der Hauptziele liegt darin, Entwicklungen abzuwenden, durch die Menschen — insbesondere aus Gesundheitsgründen — aus dem Arbeitsmarkt gedrängt werden. Es laufen Bemühungen, um sowohl ArbeitgeberInnen als auch Erwerbspersonen dazu zu ermutigen, sich auf vorhandene anstatt auf fehlende Fähigkeiten zu konzentrieren. Es wurde ein Frühwarnsystem ins Leben gerufen, das verhindern soll, dass Menschen mit Tätigkeiten befasst werden, die potentiell Behinderungen verursachen.

Eine optimierte Verwaltung und Kosteneindämmungen sind weitere zentrale Zielsetzungen der spanischen Reform, da im bisherigen System mit seinen zwischen Zentralstaat und Regionen verstreuten Zuständigkeiten sich verwaltungstechnische Komplikationen mehren und ein abrupter Anstieg der Ausgaben für Erwerbsunfähigkeitsrenten zu verzeichnen ist. Die Einsetzung einer Reihe kostensenkender Maßnahmen in den letzten fünf Jahren konnte bereits einen Ausgabenrückgang einleiten.

Die an der Review beteiligten Peer-Länder sind ausnahmslos mit ähnlichen Problemen wie Spanien konfrontiert. Allerdings kommen unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zum Zug, um die Inanspruchnahme von Regelungen für dauerhafte Berufsunfähigkeit zu beschränken bzw. LeistungsempfängerInnen zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit zu motivieren. Dies wurde auch in den Diskussionen zwischen den Peer-Ländern deutlich.

Das Peer Review-Seminar setzte einige wichtige Erkenntnisse frei, u. a.:

- Es ist notwendig, sich auf vorhandene Fähigkeiten der Menschen zu konzentrieren, anstatt darauf, wozu sie nicht in der Lage sind.
- Es bedarf integrierter, individuell abgestimmter Konzepte.
- Es gilt, die ArbeitgeberInnen mit wirksamen Anreizen und unterstützenden Maßnahmen zu involvieren und mithilfe von Aufklärungskampagnen ein Umdenken zu begünstigen.
- Einsatz von Sprungbrettern, die auf einer Kombination aus Leistungen und beschäftigungsfördernden Dienstleistungen beruhen, mit dem Ziel, die Aufnahme einer Erwerbsarbeit zu begünstigen.
- Beseitigung von Erwerbshürden durch den Zuschnitt des Arbeitsplatzes und der Aufgabenstellungen auf die/den EinzelneN („Job Carving“).
- Behinderungen müssen an der Wurzel angepackt werden — Schwerpunktsetzung auf Prävention.
- Neuzugänge müssen mit einer angemessenen Ausgestaltung des Leistungswesens, die der veränderten Beschaffenheit von Erwerbsunfähigkeit Rechnung trägt, bewältigt werden.
- Die Aspekte der Governance und die Konsultation und Partizipation von sozialpartnerschaftlichen Organisationen in der Planung und Umsetzung von Reformen haben große Bedeutung.



1. Politikkontext auf europäischer Ebene

Angesichts der fortschreitenden Bevölkerungsalterung in Europa wächst die Sorge bezüglich der langfristigen Bestandsfähigkeit der Sozialschutzsysteme in den Mitgliedstaaten. Um diese Entwicklung in den Griff zu bekommen, müssen die europäischen Staaten nicht nur die Häufigkeit von Frühverrentungen eindämmen, sondern auch die Beanspruchung von Sozialleistungen drosseln. Geraten Menschen in Nichterwerbstätigkeit, fällt ihnen der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt schwer — ein Trend, der sich mit zunehmendem Alter verstärkt. Gesundheitliche Probleme und Behinderungen sind Hauptursachen für einen frühen Erwerbsausstieg; die Vorruhestandsleistungen wiederum gehören zu den Hauptelementen auf dem Weg aus dem Arbeitsmarkt. Gegenwärtig ist über die Hälfte der 55- bis 64-Jährigen erwerbsuntätig, an die 20 % unter ihnen nehmen Vorruhestandsleistungen in Anspruch. Insgesamt stellt diese Altersgruppe in der EU mehr als ein Drittel aller Nichterwerbstätigen im arbeitsfähigen Alter. Zu den auslösenden Momenten von Nichterwerbstätigkeit gehören der Renteneintritt, aber auch gesundheitliche Probleme, persönliche/familiäre Verantwortlichkeiten oder die Feststellung — ob gerechtfertigt oder nicht —, dass keine Beschäftigungsmöglichkeit vorhanden ist.

Die Verlängerung des Erwerbslebens und die Vermeidung von vorzeitiger Verrentung sind essenzielle Bausteine der Rentenreform, wie sie im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung befürwortet werden. Aktives Altern ist auch eine wichtige Komponente der europäischen Beschäftigungsstrategie und damit der Lissabon-Strategie für Wachstum und Beschäftigung.

Die Europäische Strategie für Menschen mit Behinderungen¹ ist ein weiterer Eckpfeiler der politischen Rahmenvorgaben zur Sicherstellung der Gleichbehandlung in der Beschäftigung. Ebenfalls zu erwähnen ist Artikel 5 der Rahmenrichtlinie für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf², mit der ArbeitgeberInnen zur Vornahme angemessener Vorkehrungen zur Arbeitsplatzanpassung verpflichtet werden. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) enthält ebenfalls eine Verpflichtung für die Unterzeichnerstaaten, die Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu fördern (Art. 27).

1 Mitteilung der Europäischen Kommission; Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen: ein Europäischer Aktionsplan (KOM/2003/650); Mitteilung der Europäischen Kommission zur Situation ehinderter Menschen in der erweiterten Europäischen Union: Europäischer Aktionsplan 2006–2007 (KOM/2005/604); Mitteilung der Europäischen Kommission zur Situation von Menschen mit Behinderungen in der Europäischen Union: Europäischer Aktionsplan 2008–2009 (KOM/2007/738).

2 Richtlinie 2000/78/EG.



Die Beschäftigungsquote in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen ist in der EU-27 zwischen 1997 und 2006 von 36 auf 44 % gestiegen. Dieser Wert liegt indessen noch immer unter dem angepeilten Lissabon-Ziel von 50 % und ist auch im internationalen Vergleich niedrig. Hinzu kommt, dass sich mit dem prognostizierten Anstieg der Lebenserwartung — insbesondere in der Alterskohorte 60–65 — mit großer Wahrscheinlichkeit eine Verschärfung des demografischen Drucks auf die Rentensysteme einstellen wird. Dies unterstreicht die Dringlichkeit, die Erwerbsraten der 55- bis 64-Jährigen in den kommenden Jahrzehnten anzuheben.

Eine ganze Reihe von Studien liefert Anhaltspunkte dafür, dass Reformen zur Frühverrentung sich an folgenden Weichenstellungen orientieren müssen:

- *Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen* bei gleichzeitiger Sicherstellung eines angemessenen Rahmens für die fortgesetzte Arbeitsmarktteilnahme älterer Beschäftigter; Ausnahmeregelungen für besonders belastungsintensive oder gefährliche Tätigkeiten müssen vorgesehen sein.
- *Mehr Anreize für ArbeitnehmerInnen zur Verlängerung des Erwerbslebens* (v. a. steuerliche Regelungen) bzw. für ArbeitgeberInnen, ältere Menschen einzustellen.
- *Vermehrte Beschäftigungschancen für ältere ArbeitnehmerInnen und Menschen mit Behinderung*, unter besonderer Bedachtnahme auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (v. a. Vorbeugung gesundheitlicher Probleme), die Ausdehnung aktiver Maßnahmen (u. a. Ausbildung, spezifische Wiedereinstiegsprogramme) und die Versorgung mit adäquatem Wohnraum.

Die zentralen Erfolgsfaktoren, die verschiedene Untersuchungen ans Tageslicht bringen, liegen u. a. in der Ganzheitlichkeit von Reformkonzepten, der Sicherstellung eines breiten sozialen Konsenses und in der Hinzuziehung bzw. im Engagement der sozialpartnerschaftlichen Organisationen und anderer Anspruchsgruppen.

Einige Mitgliedstaaten haben in jüngerer Vergangenheit Reformen umgesetzt, die diesen Orientierungen gerecht werden:

- *Reform der Arbeitslosenregelungen* für ältere Beschäftigte, mit dem Ziel, Diskrepanzen bei den Anspruchsbestimmungen für ältere ArbeitnehmerInnen und die übrige Erwerbsbevölkerung zu reduzieren und aktive Maßnahmen zu setzen, um die Chancen Älterer auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern.



- *Reform der Invaliditätsrenten*, mit dem Ziel, die Kombination von Erwerbseinkommen und Sozialleistungen zu begünstigen, Umschulungsmöglichkeiten zu schaffen und die Anpassung von Arbeitsplätzen voranzubringen. Ferner werden verstärkte Anreize für ArbeitgeberInnen geschaffen, was die Einstellung von Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit anbelangt. Gleichzeitig erfolgt eine Neugestaltung der Anreize für LeistungsempfängerInnen im Hinblick auf die Hürden bei der Arbeitsrückkehr. Darüber hinaus wird ein verstärktes Augenmerk auf die Vorbeugung von Erwerbsunfähigkeit und die berufliche Rehabilitation von Menschen gelegt, die bereits in frühem Alter unter gesundheitlichen Problemen leiden.
- *Reform der Zusatzrentenansprüche*, in der Absicht, Frühverrentungen einzudämmen oder gar abzuschaffen (Verschärfung der Anspruchsregelungen, Bewusstseinsbildung bezüglich der Folgen einer Frühverrentung für die zukünftige Leistungshöhe).
- *Steuerreformen*, um ArbeitgeberInnen dafür zu gewinnen, ältere ArbeitnehmerInnen einzustellen, und um mehr Anreize für Beschäftigte zu schaffen, was den Verbleib in der Erwerbstätigkeit betrifft.

Ergänzend zur Umgestaltung des Renten- und Transferleistungssystems konzentrierten einige Mitgliedstaaten ihre Bemühungen auf die Verbesserung der Teilnahme älterer Beschäftigter an lebensbegleitendem Lernen, die Förderung der Arbeitsgesundheit, die Optimierung der öffentlichen Arbeitsmarktverwaltungen und den Abbau von Altersdiskriminierung durch strengere Gesetzesbestimmungen und altersbezogene Aufklärungskampagnen.

In vielen Mitgliedstaaten sind Konzepte mit zentralen Anlaufstellen in Gebrauch bzw. in Planung; sowohl Erwerbspersonen mit Behinderung als ArbeitgeberInnen erhalten dort einen Überblick über alle verfügbaren Unterstützungsmaßnahmen, die KlientInnen werden an die geeigneten Organisationen weiter geleitet. Diese Herangehensweise gilt als sinnvoll, um ArbeitgeberInnen dafür zu gewinnen, Beeinträchtigungen älterer Erwerbspersonen in Kauf zu nehmen; Voraussetzung ist jedoch, dass die Anlaufstellen bei Unternehmen und der Gemeinschaft von Menschen mit Behinderung ausreichend bekannt gemacht werden.

Das Beispiel von Staaten, die auf den einschlägigen Gebieten bessere Resultate erzielen, besitzt ein hohes Lernpotential. Die spanische Peer Review knüpfte an diesen Blickwinkel an. Ein Problem, das sich bei der Evaluierung und beim Vergleich von Politikinstrumenten und Reformen jedoch stellt, hängt mit der stark ausgeprägten



Heterogenität der Zielgruppen von Behindertenpolitik zusammen. Die Definition von „Behinderung“ unterliegt in der EU und der OECD erheblichen Schwankungen. Selbst innerhalb eines Landes sind unterschiedliche Begriffsbestimmungen nicht auszuschließen, je nachdem, welche Gesetzgebung (z. B. Sozialrecht / Arbeitsrecht) oder welche gesetzgebende Instanz (z. B. Zentralstaat / Region) betrachtet wird. Die Gesamtwahrnehmung von der Prävalenz von Behinderungen ist von der zugrunde gelegten Definition abhängig. Viele Statistiken beruhen auf Selbstberichten. Laut Daten dieser Art leiden an die 15 % aller Beschäftigten an irgendeiner Form von Behinderung. Es gibt eine Fülle von Anhaltspunkten dafür, dass selbstberichtete Behinderungsindikatoren ein durchaus aussagekräftiges Bild vom objektiven Gesundheitszustand einer Person zu Tage fördern. Der Gebrauch solcher Eigenangaben für internationale Vergleiche wird hingegen teilweise in Frage gestellt, mit dem Hinweis darauf, dass die Brandmarkung von Behinderungen je nach Land unterschiedlich stark ausfällt.

Die Analyse der Behindertenpolitik in den Mitgliedstaaten legt eine Reihe von Beobachtungen offen. Als erstes fällt auf, dass die meisten Programme für Menschen mit Behinderung mehrere Funktionen erfüllen — darunter die Vorruhestandsregelung. Unter Umständen unterliegen in manchen Staaten Personen, die aus gesundheitlichen Gründen aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden, im Vergleich zu Arbeitslosen einer geringeren Ächtung. Ferner sind mögliche Werkzeuge für den Umgang mit Arbeitsmarktproblemen (Personalkürzungen, Entlassungen, Umstrukturierungen u. dgl.) in Gebrauch. Und doch haben Untersuchungen im Laufe der Jahre bestätigt, dass Menschen mit Behinderungen oftmals arbeiten können und wollen — obzwar nicht unbedingt im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung oder unter gewöhnlichen Rahmenbedingungen, denn mitunter sind einige Vorkehrungen erforderlich. Der Einsatz von Hilfsgerten hat unterdessen die Aussichten vieler Menschen mit Behinderung auf einen Einstieg in die Erwerbstätigkeit verbessert. Eine Politikgestaltung mit der Prämisse, dass Menschen mit Behinderung nicht arbeitsfähig sind, erweist sich insofern als möglicher Irrtum.

Ein weiterer Befund lautet, dass im Allgemeinen nur wenige BezieherInnen von Erwerbsminderungsrenten es schaffen, aus diesem Status auszubrechen. Dafür sind vielerlei Gründe ins Treffen zu führen. Zunächst spielt das Bildungsniveau eine maßgebliche Rolle. Tatsächlich ist die Behinderungshäufigkeit unter bildungsschwachen Personen signifikant höher, zumal sie oftmals für körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten eingesetzt werden. Zusätzlich dazu finden Menschen mit Beeinträchtigungen nicht immer einen ordentlichen Zugang zu (Aus-)Bildungssystemen. Ein zweites Problemfeld betrifft das Alter. In zahlreichen Staaten ist die Bezugsdichte der Be-



rufsunfähigkeitrente bei Menschen über 50 Jahren besonders hoch. Dies spiegelt teilweise das Altersmuster in der Prävalenz von Behinderungen wider, gleichzeitig sind aber auch altersspezifische Benachteiligungen in zahlreichen Integrationsprogrammen festzustellen: Berufliche Rehabilitation und Ausbildungsmaßnahmen kommen überwiegend Menschen bis 45 Jahren zugute.

Diese Mängel in der Ausgestaltung von Behindertenpolitik haben zu einer Situation geführt, in der Personen mit Behinderungen im Erwerbsalter in den meisten Fällen als Haupteinkommensquelle auf Erwerbsunfähigkeitsrenten oder dauerhafte Pensionsbezüge angewiesen sind. Arbeitslosenleistungen kommen insgesamt weitaus weniger häufig zum Zug, und dies trotz der verhältnismäßig hohen Nichtbeschäftigungsrate in dieser Gruppe.

Vor diesem Hintergrund haben einschlägige Studien eine Reihe von Empfehlungen zu Tage gefördert:

- Der *Behindertenstatus und die Erwerbs- und Einkommenssituation* müssen von einander unabhängig betrachtet werden. „Behinderung“ darf nicht länger mit „Arbeitsunfähigkeit“ gleichgesetzt werden. Die Behinderung muss als ein Zustand anerkannt werden, jedoch getrennt vom Anspruch auf bzw. vom Erhalt von Leistungen; analog dazu darf sie nicht automatisch als Arbeitshindernis verstanden werden. Der Behindertenstatus — d. h. der Krankheitszustand und die sich daraus ergebende Arbeitsfähigkeit — müssen in regelmäßigen Abständen neu beurteilt werden.
- Es ist wichtig, *Arbeits-/Leistungspakete mit individuellem Zuschnitt* anzubieten. Es genügt nicht, sich mit Geldleistungen um die finanziellen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu kümmern, da dabei viele vom Arbeitsmarkt und mitunter gar von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen bleiben. Jede Person mit Behinderung muss Anspruch auf ein „Teilnahme-paket“ haben, das auf ihre individuellen Bedürfnisse und Kapazitäten abgestimmt ist. Diese Pakete müssen neben Rehabilitation und Berufsausbildung auch eine Unterstützung bei der Arbeitssuche und die Vermittlung von Erwerbsmöglichkeiten beinhalten, wofür eine breite Palette von Beschäftigungsvarianten (Vollzeit, Teilzeit, gefördert, geschützt) in Frage kommt.
- Der *Leistungsbezug* muss grundsätzlich an die Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen, beruflicher Rehabilitation und sonstigen Integrationsmaßnahmen geknüpft werden.



- Die *Einbindung der sozialpartnerschaftlichen Organisationen* ist maßgeblich für die erfolgreiche Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung. Die Wirksamkeit von Maßnahmen hängt von der Bereitschaft der ArbeitgeberInnen ab, Menschen beim Eintritt in die bzw. beim Verbleib in der Erwerbsarbeit zu unterstützen und notwendige Arbeitsplatzanpassungen vorzunehmen.
- Ein möglichst *frühzeitiges Eingreifen* ist von maßgeblicher Bedeutung.
- In zahlreichen Staaten muss die *Programmadministration reformiert* werden; vielfach ist die Koordination unzulänglich und zu stark zersplittert.
- *Behindertenprogramme müssen als aktive Initiativen angelegt werden*. Oftmals fungieren Erwerbsunfähigkeitsrenten als Vorruhestandsinstrument, das den Weg zu einem mehr oder minder dauerhaften Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt eröffnet. Eine stärkere Betonung von Aktivierung und der gegenseitigen Verpflichtungen von Gesellschaft und Betroffenen kann eine Annäherung der Behindertenpolitik an den grundlegenden Gedanken von Arbeitslosenprogrammen bewirken — diese erwarten einen aktiven Beitrag und das Zutun der LeistungsbezieherInnen.

Wenn Reformen unterbleiben, besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Personen, die den strengeren Auflagen der Arbeitslosenregelungen nur mit Mühe nachkommen, in Behindertenprogrammen Zuflucht suchen. Eine zusammenhängende Strategie für Behinderten- und Arbeitslosenpolitik ist angebracht, zu dem Zweck, die Kultur der gegenseitigen Verpflichtungen auf sämtliche Beschäftigungsprogramme auszuweiten.



2. Politik und Situation im Gastgeberland: Spanien

Spanien steht derzeit am Beginn eines Reformprozesses im Sozialversicherungswesen. Eines der Hauptziele liegt darin, Entwicklungen abzuwenden, durch die Menschen — insbesondere aus Gesundheitsgründen — aus dem Arbeitsmarkt gedrängt werden. Es laufen Bemühungen, um sowohl ArbeitgeberInnen als auch Erwerbspersonen dazu zu ermutigen, sich auf vorhandene anstatt auf fehlende Fähigkeiten zu konzentrieren. Es wurde ein Frühwarnsystem ins Leben gerufen, das verhindern soll, dass Menschen mit Tätigkeiten befasst werden, die potentiell Behinderungen verursachen.

Eine optimierte Verwaltung und Kosteneindämmungen sind weitere zentrale Reformziele. In Spanien wird zwischen vorübergehender und dauerhafter Arbeitsunfähigkeit unterschieden. Während der ersten 12 Monate gilt der vorübergehende Status; die Anerkennung beruht aus medizinischer Sicht auf einer wöchentlichen Bescheinigung durch die/den behandelndeN Ärztin/Arzt. Dies ist mit verwaltungstechnischen Schwierigkeiten verbunden, da die Invaliditätsrenten aus dem Staatsbudget bestritten werden, während die für den Bezug maßgebliche Entscheidung bei ÄrztInnen liegt, die dem Gesundheitswesen der 17 Regionen (*Comunidades Autónomas*) unterstehen. Die Komplikationen haben zu einem drastischen Anstieg der Kosten für die Invaliditätsrenten geführt. Im Zeitraum 2003/04 sind die Ausgaben des Nationalen Sozialversicherungsinstituts um 14,5 % empor geschneilt. Dank einer Reihe kostensenkender Maßnahmen in den letzten fünf Jahren gingen die Ausgaben zwischen 2007 und 2008 dann wieder um 4,92 % zurück.

Eine wichtige Maßnahme war die Schaffung bereichsübergreifender Teams für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit; ihnen gehören GesundheitsinspektorInnen an, die direkt für die Sozialversicherung arbeiten. Darüber hinaus hat die Sozialversicherung mit den regionalen Gesundheitsämtern Abkommen über die Vornahme der Beurteilungen geschlossen, mit jährlichen Zielvorgaben für die Überprüfung der Invaliditätsrentenzahlungen.

Im Januar 2006 trat eine Verordnung in Kraft, die der Sozialversicherung die alleinige Zuständigkeit für die Bestimmung der Erwerbsfähigkeit von Personen, die seit einem Jahr als vorübergehend arbeitsunfähig gemeldet sind, überträgt. Die Sozialversicherung kann beschließen, dass die/der Betroffene wieder einer Arbeit nachgehen muss, für weitere 180 Tage die vorübergehende Invaliditätsrente beziehen kann oder in den Prozess zur Erlangung des dauerhaften Erwerbsunfähigkeitsstatus ein-

treten soll. 2009 fällte die Sozialversicherung für 30 % aller Erwerbspersonen, die die 1-Jahres-Grenze erreicht hatten, die Entscheidung, dass die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt war; 16 % sollten sich aufgrund möglicherweise bleibender kognitiver oder physischer Störungen einer Neuurteilung bezüglich einer dauerhaften Invalidität unterziehen; in 54 % der Fälle wurde die vorübergehende Erwerbsunfähigkeit um sechs Monate verlängert.

Bei dauerhafter Invalidität hat die Sozialversicherung den Grad der Unfähigkeit zu bestimmen, der wiederum den Ausschlag über die Leistungshöhe gibt. Der Prozess zur Anerkennung der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit kann vor oder bei Erreichen der 1-Jahres-Grenze eingeleitet werden, spätestens jedoch nach Ablauf des 18-monatigen Zeitraums der vorübergehenden Invalidität. Laut einer Entscheidung des Obersten Gerichtshofes kann bei anerkannter dauerhafter Erwerbsunfähigkeit nur noch ein Kriterium für die Neuurteilung des Grads der Behinderung herangezogen werden, nämlich ob diese sich verschlechtert oder verbessert hat. Erwerbsbezogene Anforderungen entfallen.

Ein weiteres Ziel des Reformprozesses betraf die Verknüpfung der vorübergehenden Invaliditätsrente mit dem Genesungsprozess und den Erwerbsbedürfnissen der Betroffenen, anstatt mit deren zugrundeliegenden Pathologie. Je nach Sektor werden unterschiedliche Wiederherstellungsstandards angelegt; so wird beispielsweise berücksichtigt, dass ein gebrochener Arm bei Verwaltungskräften wahrscheinlich eine kürzere Berufsunfähigkeit bedingt als bei Angehörigen von Bauberufen. Die Sozialversicherung kann überprüfen, ob die Länge der Berufsunfähigkeit den sektoralen Gepflogenheiten entspricht; dafür wird die wöchentliche ärztliche Bescheinigung mit einem Diagnosecode versehen, der auf elektronischem Weg an die Sozialversicherung übermittelt wird.

Außerdem wurden mehrere Vorschläge unterbreitet, um die Häufigkeit von invaliditätsbedingter Frühverrentung einzudämmen. Neben einer Verschärfung der Anspruchsregelungen sind dies Politikinstrumente zugunsten der beruflichen Rehabilitation der LeistungsbezieherInnen, bereichsübergreifende Programme zur Förderung der Wiederanpassung — insbesondere für Qualifikationsschwache — und Anreize für Firmen, Menschen mit dauerhafter Invalidität eine Stelle anzubieten.

Die spanische Reform könnte Anleihen nehmen bei älteren Peer Reviews in Finnland („Strategien für aktives Altern — ein Beitrag zur sozialen Eingliederung“, 2007) bzw. Schweden („Integrierte Rehabilitationsdienste — Aspekte der Koordination von Organisation und Finanzierung“, 2006).



3. Politik und Situation in den Peer-Ländern

Die an der Review beteiligten Peer-Länder sind ausnahmslos mit ähnlichen Problemen wie Spanien konfrontiert. Allerdings kommen unterschiedliche Ansätze und Maßnahmen zum Zug, um die Inanspruchnahme von Regelungen für dauerhafte Berufsunfähigkeit zu beschränken bzw. LeistungsempfängerInnen zur Aufnahme einer Erwerbsarbeit zu motivieren. Dies wurde auch in den Diskussionen zwischen den Peer-Ländern deutlich.³

In **Frankreich** stehen Erwachsenen im Erwerbsalter, die von einer Behinderung betroffen sind, verschiedene Transferleistungen offen, die zum Teil einen Bezug zum Erwerbsleben aufweisen (Invaliditätsrenten, Renten für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten). Andere wie die Behindertenbeihilfe sind unabhängig vom Arbeitsaspekt. Parallel dazu gibt es Maßnahmen, mit denen die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt begünstigt werden soll und die alle Menschen mit Behinderung — ob Beschäftigte oder Erwerbsuntätige — abdecken. Die beiden wichtigsten Transferleistungskategorien sind die Invaliditätsrente, deren Anspruch im Sozialversicherungsgesetz geregelt ist, und die Behindertenbeihilfe (Gesetz für soziale Wohlfahrt und Aktion). An die 600.000 Personen beziehen heute eine Invaliditätsrente, fast 850.000 die Behindertenbeihilfe.

Die Invaliditätsrente dient dem Ziel, Erwerbspersonen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ab 66 % einen Einkommensausgleich zu bieten. Die Renten werden aus der Krankenversicherung bestritten, wobei einE Amtsärztin/Amtsarzt der allgemeinen Sozialversicherungskasse die Einstufung der Schwere der Beeinträchtigung vornimmt. Die Bezugshöhe richtet sich nach der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit.

Sinn und Zweck der Behindertenbeihilfe ist es, Menschen mit einer dauerhaften Invalidität von zumindest 80 % (in bestimmten Fällen auch zwischen 50 und 80 %) mit einem Mindesteinkommen auszustatten. Die Beurteilung der dauerhaften Invalidität obliegt dem Ausschuss für die Rechte und Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderung (CDAPH). Bei der Behindertenbeihilfe handelt es sich um ein ergänzendes, beitragsfreies soziales Mindesteinkommen; sie unterliegt einer Bedarfsprüfung und wird über den Familienbeihilfenfonds aus dem Staatsbudget ausbezahlt.

³ Weitere Einzelheiten zur Lage in den einzelnen Staaten können dem jeweiligen Länderbeitrag zur Peer-Review entnommen werden — zu finden auf: <http://www.Peer-review-social-inclusion.eu/Peer-reviews/2009/modernising-and-activating-measures-relating-to-work-incapacity>



Sowohl die Invaliditätsrente als auch die Behindertenbeihilfe werden zeitlich befristet gewährt; es können Neubewertungen mit verhältnismäßig strengen Kriterien vorgenommen werden. BezieherInnen der Invaliditätsrente haben im Durchschnitt ein relativ hohes Alter (Erstbezug bei durchschnittlich 52 Jahren) und leiden unter schweren Erkrankungen.

Unabhängig davon, welche Kategorie des finanziellen Ausgleichs auf eine Behinderung zutrifft, haben Betroffene auch Zugang zu einer Reihe allgemeiner und spezieller Unterstützungsmechanismen. Arbeitssuchende mit Behinderung werden von der öffentlichen Arbeitsmarktverwaltung (*Pôle Emploi*) sowie von einem eigenen Vermittlungsdienst für ArbeitnehmerInnen mit Behinderung (*Cap Emploi*) betreut. Vom Staat werden spezifische Fördermaßnahmen finanziert.

Wer möchte — und dazu in der Lage ist —, kann eine Invaliditäts- bzw. Erwerbsminderungsrente mit Erwerbseinkünften kombinieren: Gegenwärtig gehen ca. 20 % der BezieherInnen einer einschlägigen Rente oder der Behindertenbeihilfe auch einer Arbeit nach (8 % an einem gewöhnlichen und 12 % einem geschützten Arbeitsplatz). Überdies sind französische Betriebe ab einer Größe von 20 MitarbeiterInnen per Gesetz verpflichtet, zumindest 6 % des Personals mit ArbeitnehmerInnen mit einer anerkannten „Erwerbsunfähigkeit“ zu besetzen.

16

Litauen hat eine Reihe umfassender Reformen auf dem Gebiet der sozialen Integration von Menschen mit Behinderung in Gang gesetzt. Ein entsprechendes Gesetz ist seit 2005 in Kraft.

Mit diesem Gesetz vollzieht Litauen eine Annäherung seines Modells der sozialen Behindertenintegration an jene der EU-Mitgliedstaaten, Gleichberechtigung und Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft sind nun rechtlich verankert. Das Paket brachte ferner neue Abläufe für die Einstufung von Behinderungen und Erwerbsminderungen, wobei stärker als bisher auf die Arbeitsfähigkeit Bedacht genommen wird.

Die Einstufung von Behinderungen und Berufsunfähigkeit erfolgt durch ein eigenes Amt, das dem Ministerium für soziale Sicherheit und Arbeit untersteht. Die Arbeitsfähigkeit wird in % bewertet (5%-Schritte). Bei einer Arbeitsfähigkeit zwischen beispielsweise 0–25 % gilt die/der Betroffene als erwerbsunfähig.

Mit dem Gesetz wird ferner der Zugang zu den Systemen der beruflichen Rehabilitation geregelt. Wenn die Notwendigkeit einer beruflichen Rehabilitation vom zuständigen Amt bestätigt ist, kann die/der Betroffene beim Arbeitsamt der Wohn-



sitzgemeinde einen entsprechenden Antrag stellen. Das Arbeitsamt nimmt eine Weiterleitung an eine Einrichtung vor, die Dienstleistungen der beruflichen Rehabilitation anbietet. In weiterer Folge wird ein individuell zugeschnittenes Rehabilitationsprogramm erstellt, begleitet von einem Zeitplan für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen. Nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms findet sich die/der Betroffene erneut beim Amt für die Einstufung von Behinderungen und Arbeitsfähigkeit ein, um eine endgültige Bewertung des Grads der Erwerbsfähigkeit durchzuführen. TeilnehmerInnen an Rehabilitationsprogrammen erhalten eine entsprechende Unterstützungsleistung.

Die geläufigste Variante der sozialen Absicherung für Behinderungen ist die staatliche Erwerbsunfähigkeitsversicherung (bis zum 1. Juli 2005 „Behindertenrente“). Auf die Erwerbsminderungsrente Anspruch haben alle Personen, die zum Zeitpunkt der Einstufung ihrer Arbeitsunfähigkeit seit einem bestimmten Zeitraum bei der staatlichen Sozialversicherung angemeldet waren.

Seit 2004 laufen auf Regierungsebene Bemühungen, die Sozialhilfeleistungen mit der Teilnahme an Aktivierungsprogrammen zu verbinden. Diese zielen überwiegend auf Langzeitarbeitslose ab. Zwei Gesetze (Beschäftigungsförderungsgesetz und Gesetz für sozialwirtschaftliche Unternehmen) nahmen in der Umsetzung auf die Arbeitsmarktintegration der am meisten schutzbedürftigen Gruppen Rücksicht. Mit den Gesetzen werden ein Angebot an subventionierter Beschäftigung sowie Unterstützungen für ArbeitgeberInnen geschaffen, die neue unbefristete Stellen mit Menschen mit Behinderung besetzen oder die vorhandene Arbeitsplätze behindertengerecht anpassen.

In **Luxemburg** sind zwei Leistungskategorien mit Bezug zur Erwerbsminderung verfügbar: Krankengeld und Erwerbsunfähigkeitsrenten.

Das Krankengeld sichert allen Versicherten für die Dauer von 52 Wochen den vollen Lohnausgleich. Der Anspruch erlischt, wenn eine Invaliditätsrente bewilligt wird, die/der Betroffene auf ein anderes Leistungsmodell überwechselt oder gegen die Kontrollauflagen verstößt. Um für eine verbesserte Nachhaltigkeit der Betreuung von Personen mit Langzeiterkrankungen zu sorgen, enthält das Beurteilungsverfahren die Anforderung eines ausführlichen medizinischen Berichts, und dies spätestens ab der 10. Woche der Krankschreibung, wenn diese 20 Wochen übersteigt. Im gegenteiligen Fall wird das Krankengeld gestrichen.

Die Berechnung der Invaliditätsrenten erfolgt nach demselben Schema wie die Altersrente; sie setzt sich aus einer Grundkomponente und einem einkommensbe-



zogenen Teil zusammen, wobei letzterer im Fall einer Arbeitsunfähigkeit vor dem Alter von 55 Jahren künstlich aufgestockt werden kann. Anspruchsberechtigt sind Personen, die infolge langer Krankheit oder eines Gebrechens unter verminderter Erwerbsfähigkeit leiden, derentwegen weder die Ausübung ihres Berufs wie in der (jüngsten) Vergangenheit noch die einer ihren Kapazitäten und Qualifikationen entsprechenden Tätigkeit möglich ist.

Für die Beurteilung der Anträge auf Erwerbsminderungsrente wurden besondere Verfahren eingesetzt. Dazu zählen verpflichtende medizinische Bewertungen und Untersuchungen, ein Verfahren für Leistungsbescheide, die Neuprüfung des Leistungsanspruchs sowie die Möglichkeit, Leistungen auszusetzen und Erwerbsanreize anzubieten. Tatsächlich müssen Betroffene eine anhaltende Erwerbsbereitschaft zeigen, und die Beihilfe wird nur solange ausbezahlt, wie die/der BezieherIn keine angemessene Arbeit gefunden hat.

2002 wurden neue Gesetze verabschiedet, mit denen einerseits die Prozeduren auf der Ebene der Sozialversicherung beschleunigt werden sollten — insbesondere durch eine Verknüpfung mit Regelungen zur Aufrechterhaltung des Rechts auf Arbeit. Das zweite Ziel war, den Schutzmechanismus für Arbeitsunfähige mit Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung zu kombinieren (Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit).

2008 nahm die Generalinspektion der Sozialversicherung (IGSS) eine Evaluierung der vorhandenen Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von Menschen mit verminderter Erwerbsfähigkeit vor. Die wichtigsten Schlussfolgerungen bezogen sich auf die Notwendigkeit, die internen Umgestaltungsprozesse zu verdichten, regelmäßige Neubewertungen des Beeinträchtigungsgrads durchzuführen, für eine Vereinheitlichung der Beurteilungen zu sorgen und die Politikinstrumente zur Vorbeugung von Krankheiten zu verbessern.

Polen verzeichnete Anfang der 1990-er Jahre ein sehr hohes Ausgabenniveau für Krankengeld und Berufsunfähigkeitsrenten, was insbesondere der schwierigen Arbeitsmarktsituation und der hohen Arbeitslosenquote zuzuschreiben war. Invaliditätsrenten wurden von vielen Menschen als Alternative zum Arbeitslosengeld gesehen. Um die Gesundheitsausgaben in den Griff zu bekommen, leitete Polen gegen Ende der 1990-er Jahre eine Reihe von Reformen ein. Diese standen insbesondere im Zeichen einer Verschärfung der Anspruchsmodalitäten und einer verstärkten Fokussierung auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt. Die 1997 eingeführten Neuerungen bewirkten eine rapide Abnahme von Neuzugängen — über 50 % in etwas mehr als 6 Jahren. Gleichzeitig setzte eine starke Ausstiegstendenz aus der Erwerbsminder-



rungsrente ein, sodass sich die Anzahl der RentenempfängerInnen binnen 10 Jahren halbierte.

Die Programme zugunsten der beruflichen Rehabilitation blieben indessen erfolglos. Dafür waren vor allem Mängel auf AnbieterInnenseite verantwortlich, insofern als von den Arbeitsämtern nur wenige geeignete Programme angeboten wurden. Außerdem hielt sich das Interesse aufgrund der Freiwilligkeit der Programmteilnahme in Grenzen. Das System der beruflichen Rehabilitation muss folglich gefestigt werden, um ein Angebot an hochwertigen und stärker auf den Einzelfall zugeschnittenen Dienstleistungen bereitzustellen. Ferner gilt es, einige verbindliche Elemente einzuführen, z. B. in Form von geringfügigen Leistungsminderungen für Personen, die eine Teilnahme an Rehabilitationsprogrammen verweigern. Parallel dazu ist es erforderlich, stärkere Anreize für die dauerhafte Weiterbildung zu schaffen, flexible Arbeitsformen zu begünstigen und die Arbeitsrückkehr hemmende Einkommensbeschränkungen für Menschen mit Behinderungen aufzuheben.

In **Rumänien** wurde 2004 im Zuge der Anpassungen an das Gemeinschaftsrecht eine Reihe von Regelungen für die fachliche und berufliche Beurteilung von Menschen mit Behinderungen eingeführt. Die rumänische Gesetzgebung verfolgt ein anspruchsbasiertes Konzept hinsichtlich der sozialen Integration und der Behinderteneingliederung. Im Gesetz 448/2006 findet sich der überwiegende Teil der Bestimmungen über die Wahrung und Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderung.

Die begriffliche Abgrenzung von „Behinderung“ in diesem Gesetzeswerk beruht auf der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO. Sozialleistungen für Erwachsene mit Behinderung werden auf Antrag gewährt, oder von Amts wegen auf der Grundlage dokumentärer Nachweise.

Das Gesetz überträgt der Beurteilungskommission für Erwachsene mit Behinderungen die Verantwortung für die Einstufung der Schwere der Beeinträchtigung und die Ausstellung der Behindertenbescheinigung, die den Anspruch auf zahlreiche Rechte und Leistungen begründet, u. a. fachkundige Aufklärungs- und Beratungsdienstleistungen sowie Arbeitsvermittlung und berufliche Ausbildung, wie sie entweder von den Arbeitsvermittlungsagenturen in den Regionen oder sonstigen befugten Instanzen angeboten werden. Die Beurteilungskommission für Erwachsene mit Behinderungen kann Behinderungen von Fall zu Fall für dauerhaft befinden oder eine jährliche Neubewertung vorschreiben.

Rumänien hat sich mit unterschiedlichen Instrumenten ausgestattet, um die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung voranzutreiben. Dazu zählen u. a.



Quotenregelungen, finanzielle Förderungen für Menschen mit Behinderung, Steuervorteile für ArbeitgeberInnen usw. Ein 2008 initiiertes und vom Europäischen Sozialfonds unterstütztes Projekt mit dem Titel „Chancengleichheit auf dem Arbeitsmarkt“ ist speziell auf die Situation von Menschen mit Behinderung abgestellt (Laufzeit bis April 2011). Seine Schwerpunkte betreffen den Ausbau der beruflichen Rehabilitation für die Betroffenen, um ihre Arbeitsmarktintegration zu begünstigen.

In **Schweden** markierte die schwere Rezession Anfang der 1990-er einen Wendepunkt in der Behindertenpolitik. Die Arbeitslosigkeit kletterte von unter 2 % gegen Ende der 1980-er auf 8–10 % und stagnierte bis 1998 auf diesem Niveau. Im selben Zeitraum nahm die Zahl der EmpfängerInnen von Krankengeld und Erwerbsminderungsrenten erheblich zu, sodass de facto mehr als 20 % der Bevölkerung im Erwerbsalter Sozialleistungen bezogen (nur ca. 10 % in den 1970- und 1980-ern). In dem Maße wie Krankheitsurlaube die Haupteinstiegsachse in die Berufsunfähigkeitrenten darstellen, resultierten die zunehmenden Langzeiterkrankungen in einer Zunahme der BezieherInnen von Invaliditätsrenten. Tatsächlich verzeichneten die Neuzugänge in der Erwerbsminderungsrente zwischen 1998 und 2004 eine Zunahme um mehr als das Doppelte. Infolge dessen erreichte der Anteil der Personen im Erwerbsalter, die von Krankengeld oder Berufsunfähigkeitrenten lebten, 2004 einen Höchststand von 14 % — einen in der gesamten OECD unerreichten Wert.

20

Als Antwort auf diese Situation wurden mehrere Reformen umgesetzt. Die Sozialversicherungsverwaltung wurde umfassend umgestaltet; das Prozedere für Krankenschreibungen wurde erneuert, um den Zustrom zu Leistungen bei Langzeiterkrankungen zu drosseln; der Übergang zur Berufsunfähigkeitrenten wurde verschärft, um das Bezugsaufkommen einzudämmen; ArbeitgeberInnen sollen mit neuen Anreizen dafür gewonnen werden, Menschen mit verminderter Erwerbsfähigkeit einzustellen; und das Angebot an Rehabilitationsmaßnahmen wurde verbessert.

Anfang der 1980-er verzeichneten die **Niederlande** einen exponentiellen Anstieg der Kranken- und Behindertenraten, bis die Werte schließlich das weltweit höchste Niveau erreichten („niederländische Krankheit“). Gleichzeitig brach eine schwere Wirtschaftskrise über das Land herein. Dies markierte den Anfang eines langen, bis heute anhaltenden Reformprozesses, der sich zu lohnen scheint.

Die wichtigsten Veränderungen auf dem Gebiet der Kranken- und Behindertenregelungen in den letzten 10–15 Jahren sind:



- Privatisierung des Krankenkassenwesens — Krankengeld wird für eine Dauer von zwei Jahren von den ArbeitgeberInnen gezahlt. Ursprünglich bestand eine entsprechende Verpflichtung lediglich für zwei (Kleinbetriebe) bzw. sechs Wochen (Großunternehmen). Dieser Zeitraum wurde später zunächst auf ein Jahr und 2005 schließlich auf zwei Jahre angehoben — wobei der Krankheitsurlaub nur in den seltensten Fällen ein Jahr übersteigt und finanziell daher kaum ein Unterschied festzustellen ist. Die Zweijahresfrist räumt jedoch mehr Zeit für die Wiedereingliederung ein und ist gleichzeitig ein Anreiz für ArbeitgeberInnen, Vorkehrungen gegen langwierige Krankheitsurlaube zu treffen.
- Möglichkeit für Untenehmen, aus dem Invaliditätsrentenmodell auszusteigen, wenn eine Privatversicherung abgeschlossen wird, die das Risiko des Einkommensausgleichs für eine Dauer von 12 Jahren deckt. An die 20 % aller Firmen haben sich für diese Option entschieden.
- Starke Wiedereingliederungsanreize: ArbeitgeberInnen tragen die Verantwortung für die Wiedereingliederung kranker MitarbeiterInnen; im Zug des sog. „Torhütergesetzes“ droht Firmen, die in den ersten zwei Jahren keine Anstrengungen zur Wiedereingliederung unternehmen, eine Strafe. LeistungsbezieherInnen wiederum werden kündbar, wenn sie während dieser zweijährigen Frist keine entsprechenden Integrationsbemühungen anstellen.
- Einführung eines neuen Behindertengesetzes (WIA) — Anwendung einer Risikorate mit Unterscheidung zwischen drei Behinderungskategorien: dauerhafte Vollerwerbsunfähigkeit, Teilerwerbsunfähigkeit und vorübergehende Erwerbsunfähigkeit.
- Starke Anreize für ArbeitnehmerInnen, ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit zur Geltung zu bringen: Beispielsweise wird bei einer 50%-igen Erwerbsminderung zunächst ein Lohnausgleich von 50 % gewährt; die Leistungen werden jedoch drastisch gekürzt, wenn die/der Betroffene keine Arbeitssuche betreibt.
- Erfahrungstarifizierung der ArbeitgeberInnen-Sozialabgaben.
- Strengere Leistungsregelungen.
- Neubeurteilung von Berufsunfähigkeitrenten-AnwärterInnen unter 50.



- Stärkere Fokussierung auf Wiedereingliederungsinstrumente (v. a. Privatfirmen). Zahlreiche Dienstleistungen auf dem Gebiet der Wiedereingliederung wurden privatisiert; die DienstleistungsträgerInnen erhalten einen Bonus für erfolgreiche Integrationsfälle. Es gibt keine Auflagen bzgl. der Methoden. Die Entgeltung ist ergebnisabhängig.

Die solide Sozialpartnerschaft in den Niederlanden war für den Aufbau dieses Systems förderlich. Die in den Reformen ursprünglich vorgesehene medizinische Untersuchung von StellenanwärterInnen wurde für ungesetzlich befunden. ArbeitgeberInnen erhalten eine zusätzliche Abgeltung für die Aufnahme von älteren Arbeitskräften (50–55 Jahre). Bei Einstellung einer Person mit Behinderung kommt eine so genannte „Null-Risiko-Politik“ zur Anwendung: Eine allfällige Zahlung des Krankengelds oder der Invaliditätsrente übernimmt der Staat (anstelle des Betriebs).

Infolge dieses umfassenden Reformprozesses ging die Anzahl der Neuanträge auf eine Berufsunfähigkeitsrente von 100.000 (2000) auf knapp 35.000 (vergangene drei Jahre) zurück. Darüber hinaus wurden zahlreiche Betroffene neu eingestuft, sie bringen heute ihre verbleibenden Kapazitäten zur Geltung.

Das Sozialleistungswesen **Großbritanniens** wurden in den letzten Jahren umfassend reformiert. Im Oktober 2008 wurden die Sozialleistungen bei Invalidität durch eine „Beschäftigungs- und Unterstützungsbeihilfe“ für alle neuen KlientInnen abgelöst. Diese Bezeichnung war mit Bedacht gewählt worden. Das Bezugsaufkommen bei der Berufsunfähigkeitsrente war in den 1980- und 1990-ern empor geschneilt; der Höchststand war im November 2003 erreicht, als 2,8 Mio. der insgesamt 35,5 Mio. Menschen im Erwerbsalter eine entsprechende Regelung beanspruchten. Heute werden an die 2,6 Mio. BezieherInnen entsprechender Leistungen gezahlt, wobei darunter teilweise auch Arbeitssuchende und AlleinerzieherInnen mit Gesundheitsproblemen oder Behinderungen fallen. Ein Schlüsselinstrument der neuen Leistungsregelungen ist das sog. *Work Capability Assessment*, eine neue und präzisere medizinische Beurteilung mit einem stärkeren Akzent auf arbeits- und gesundheitsbezogene Bewertungskriterien, die von unabhängigen FachärztInnen durchgeführt wird. Während der Einstufungsperiode erhalten die AnwärterInnen eine Leistung in Höhe der Basis-Arbeitslosenentschädigung.

Zweck der Einstufung ist, vorhandene Fähigkeiten auszuloten; indem das Hauptaugenmerk nicht auf Beeinträchtigungen gelegt wird, soll eine möglichst sinnvolle Unterstützung erfolgen. Für die Einstufung kommen folgende Kategorien zur Anwendung.



- „Arbeitsfähig“: Der Bezug des normalen Arbeitslosengelds wird fortgesetzt.
- „Eingeschränkt arbeitsfähig“: Bezug eines erhöhten Arbeitslosengelds und Verpflichtung, an Wiedereinstiegsinitiativen teilzunehmen.
- „Beschränkt teilnahmefähig an Erwerbstätigkeit“: Generell erhöhter Leistungsanspruch ohne Verpflichtung zur Teilnahme an Initiativen für den Wiedereinstieg in Erwerbsarbeit (auf Wunsch kann eine entsprechende Unterstützung dennoch beansprucht werden).

Es ist beabsichtigt, bis Oktober 2010 sämtliche EmpfängerInnen der vorhandenen Invaliditätsleistungen in die Regelung für die Beschäftigungs- und Unterstützungsbeihilfe überzuführen. Die ersten Statistiken zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeitsprüfung wurden im Oktober 2009 veröffentlicht. 38 % der AntragstellerInnen wurden für „arbeitsfähig“ befunden, 11 % wurde eine „eingeschränkte Arbeitsfähigkeit“ bescheinigt, und 5 % fielen in die Gruppe der Unterstützungsbedürftigen mit den schwersten Behinderungen. Die Mehrzahl der übrigen AnwärterInnen war innerhalb der 14-wöchigen Beurteilungsfrist aus der Regelung ausgestiegen. Sonderregelungen existieren für jene, die echte Schwierigkeiten haben, an der Einstufung teilzunehmen oder geistig nicht in der Lage sind, den Vorgang zu verstehen.

In Großbritannien ist eine breite Palette an aktiven AMPol-Maßnahmen verfügbar, die speziell auf Menschen mit Behinderungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugeschnitten sind. Die wichtigsten Programme sind: „Pathways to Work“ — Beschäftigungsprogramm zur Erschließung von Wegen in die Beschäftigung für AnwärterInnen auf Invaliditätsrenten „Work Preparation“ — Reihe kurzer Lehrgänge (i. A. während sechs Wochen) im öffentlichen, privaten und gemeinnützigen Sektor, um Behinderte mit komplexen Beeinträchtigungen an Erwerbsarbeit heranzuführen (Aufbau von Selbstvertrauen, Bestimmung in Frage kommender Aktivitäten, Angebot von Möglichkeiten zur Erwerbserfahrung, Unterstützung) „WORKSTEP“ — Programm zur Versorgung mit regulären Arbeitsplätzen (an die 2.500 Menschen sind in geschützten Betrieben beschäftigt) und Ermutigung für Einzelne, wenn möglich den Gang auf den „offenen“ (ungeförderten) Beschäftigungsmarkt ins Auge zu fassen Ab Oktober 2010 werden „WORKSTEP“ und „Work Preparation“ in einem neuen Programm — „Work Choice“ — zusammengeführt.



4. Beiträge der europäischen Interessenvertretungen

Die **Europäische Plattform für Rehabilitation (EPR)** — ein Netzwerk führender europäischer AnbieterInnen von Rehabilitationsdienstleistungen für Menschen mit Behinderung und andere benachteiligte Gruppen — betonte, dass für die Unterstützung der Betroffenen beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt eine breite Dienstleistungspalette vonnöten ist. Hinsichtlich der Erbringungsmodalitäten kann zwischen allgemeinen Dienstleistungen ohne Zielgruppenabstimmung, spezialisierten zielgerichteten Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung und solchen Dienstleistungen unterschieden werden, die beides vereinen („eingliederungsfreundliche allgemeine Dienstleistungen“).

Eine optimierte Arbeitsplatzgestaltung für ältere Beschäftigte, die die erste Risikogruppe von Erwerbsminderungen darstellen, ist von höchster Wichtigkeit. Das Hauptaugenmerk muss der Arbeitsgestaltung gelten, und nicht der Person — d. h., es müssen Verbesserungen bei Arbeitsbelastungen und der Arbeitsumgebung angestrebt werden. Erst im zweiten oder dritten Schritt sollte es darum gehen, die Arbeitsgemeinschaft und -organisation zu optimieren, die funktionale Kapazität älterer Beschäftigter zu verbessern und ihren Qualifikationsausbau zu fördern.

Nach Ansicht der EPR müssen folgende Kategorien von Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung verfügbar gemacht werden:

- *Soziale Ausrichtung im Umgang mit Menschen mit Behinderung* — mit besonderem Augenmerk auf die individuellen Bedürfnisse und Kapazitäten der Betroffenen (z. B. berufsbezogene Dienstleistungen, Beihilfen zum Ausgleich von Zusatzkosten aufgrund der Behinderung u. ä.).
- *Soziale Ausrichtung im Umgang mit ArbeitgeberInnen* — Kombination aus Verpflichtungen und Anreizmaßnahmen.
- *Wirtschaftliche Ausrichtung im Umgang mit Menschen mit Behinderung* — mit Blick auf die langfristige finanzielle Tragfähigkeit der Sozialschutzsysteme (z. B. strengere Handhabung der Einstufungskriterien; verpflichtende Teilnahme an arbeitsbezogenen Tätigkeiten und Rehabilitationsinitiativen; flexible arbeitsrechtliche Regelungen; Verbindung von Sozialleistungen und Erwerbseinkommen; Probezeiten und Möglichkeit zum erneuten Rückgriff



auf Sozialleistungen ohne erneutes Durchlaufen des gesamten Verfahrens; Vermeidung von Sozialleistungsfallen).

- *Wirtschaftliche Ausrichtung im Umgang mit ArbeitgeberInnen* (z. B. Zuschüsse für Produktivitätseinbußen und Kostenaufwand, gesetzliche Quoten für Menschen mit Behinderung).

AGE — die Europäische Plattform für die älteren Menschen — ging auf drei großen Fragen ein.

- *Wie kann der Neuzugang zu Invaliditätsrenten gehandhabt werden, ohne Hürden für legitime AnwärterInnen entstehen zu lassen?* Unterstützungsmaßnahmen sind so anzulegen, dass ältere ArbeitnehmerInnen mit langfristigen Erkrankungen den Wiedereinstieg in eine Arbeit schaffen, die ihren Möglichkeiten entspricht. Dem Zwang zur Annahme von minderwertiger Arbeit muss indessen ein Riegel vorgeschoben werden. Es muss eine verbesserte Aufklärung über Anspruchsregelungen stattfinden, insbesondere durch Schaffung zentraler Anlauf- und Auskunftsstellen („One-Stop-Shops“).
- *Wie lassen sich die Rahmenbedingungen für ältere Beschäftigte verbessern, um ihnen mehr Anreize und Möglichkeiten zu bieten, ihr Erwerbsleben zu verlängern?* Es muss ein verstärktes Augenmerk auf Umschulungen und Fortbildung, die Verbesserung des Arbeitsplatzes und der Sicherheitsstandards, eine anpassungsfähige Ergonomie, ein sinnvollerer Altersmanagement und beschäftigungspolitische Instrumente gelegt werden, bei denen ein lebenszyklusorientierter und altersneutraler Ansatz im Vordergrund steht. Um eine Steigerung der Erwerbsquote unter Älteren herbeizuführen, gilt es, flexiblere Arbeitsverträge anzubieten und intergeneratives Mentoring zu fördern.
- *Welche zusätzlichen Präventionsaspekte sollen neben der allgemeinen und beruflichen (Aus-)Bildung sowie der Anpassung/Verbesserung der Arbeitsbedingungen bei der Ausgestaltung von Integrationsmaßnahmen ins Gewicht fallen?* Strategien für aktives Altern müssen vor allem darauf abzielen, den Arbeitsmarkt altersneutral bzw. altersgerecht zu gestalten. Entsprechende Schulungen für Arbeitsvermittlungen und ArbeitsmarktberaterInnen wären sinnvoll. Es bedarf einer engeren Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Beschäftigung, Soziales und Gesundheitswesen. Gewerkschaften und ein Gutteil der älteren Menschen müssen von der Notwendigkeit eines verlängerten Erwerbslebens überzeugt werden, ArbeitgeberInnen sind zu einem entsprechenden Umdenken gefordert.



5. Diskussionen im Verlauf des Peer Review-Seminars

Die Diskussionen im Verlauf des Seminars förderten eine Reihe allgemeiner und spezieller Problempunkte zu Tage.

Abweichende Definitionen und Messmethoden von Behinderung

Es herrschte allgemein Übereinstimmung darin, dass *krank* und *gesund* keine absoluten Begriffe sind. Jede Beeinträchtigung existiert in Abstufungen, ein Umstand, dem die eingesetzten Systeme Rechnung tragen müssen. Die TeilnehmerInnen betonten indessen die Schwierigkeit der begrifflichen Bestimmung sowie der Messung von Behinderungen. „Behinderung“ ist in der Tat ein fließender Begriff; so sind heute beispielsweise psychische Beeinträchtigungen anerkannt, die vor 10–20 Jahren noch nicht als solche wahrgenommen wurden. Subjektive Bewertungen von Behinderungen wurden deshalb als besonders problematisch beurteilt. Auf Eigeneinschätzung beruhende Einstufungen sind auf einzelstaatlichem Niveau vielleicht von Nutzen, ermöglichen jedoch keine zuverlässigen internationalen Vergleiche. Die EPR führte eine Studie ins Treffen, derzufolge sich knapp ein Drittel der FinnInnen in Umfragen eine Behinderung zuschreiben, während dieselbe Frage von nur 7–8 % der Bevölkerung Maltas bejaht wird. Andererseits geben z. B. 50 % der NiederländerInnen, die heute Sozialleistungen für Menschen mit Behinderungen empfangen, an, sie würden sich nicht als „behindert“ fühlen, sondern in der Lage sein, eine Arbeit auszuüben. Ein anderes Problem bei Statistiken liegt darin, dass in den meisten Staaten Behinderte erst dann als solche anerkannt sind, wenn sie eine entsprechende Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen. Um diesem Problem Abhilfe zu schaffen, sprach sich die EPR für den Gebrauch des kulturneutralen, von der Weltgesundheitsorganisation entwickelten ICF-Konzepts aus (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), wenngleich dem eine breit angelegte Politikdebatte vorausgehen müsste.

In den letzten Jahren hat der abrupte EU-weite Anstieg der Anträge auf Anerkennung einer verminderten Erwerbsfähigkeit in den meisten Staaten zu einer Verschärfung der Anspruchskriterien geführt. Der luxemburgische Gerichtshof für Sozialversicherungswesen urteilte 1996, dass der Bezug einer Invaliditätsrente nur im Falle einer völligen Erwerbsunfähigkeit in Frage kommen könne. Diese Entscheidung bewirkte einen abrupten Rückgang des Leistungsaufkommens, war aber für einen Teil der von einer langfristigen Krankschreibung Betroffenen insofern problematisch, als



sie fortan mit der Sozialhilfe das Auslangen finden mussten. Die entsprechenden Bestimmungen wurden 2002 teilweise reformiert, was jedoch zu einer deutlichen Verkomplizierung der Strukturen geführt hat; Maßnahmen zur Vereinfachung sind zwischenzeitlich geplant.

Auch die niederländischen Erfahrungen offenbaren, dass eine Einschränkung des Zugangs zur Erwerbsminderungsrente lediglich dazu führt, dass Betroffene auf andere Segmente des Sozialsystems ausweichen. Die Reformen müssen deshalb sicherstellen, dass Betroffene nicht nur zwischen verschiedenen Regelungen hin- und hergeschoben werden — dies setzt wiederum ganzheitliche Vorgehensweisen voraus.

Die richtige Mischung

Die TeilnehmerInnen betonten, dass eine Verlagerung von Einkommensausgleichsleistungen zu einer Kombination aus Dienstleistungen und Beihilfen stattfinden muss, um die zusätzliche finanzielle Mehrbelastung einer Behinderung bestmöglich aufzufangen und gleichzeitig die Arbeitsmarktteilnahme zu fördern. Wie Studien belegen, stagnieren die Erwerbquoten unter Menschen mit Behinderung generell auf einem niedrigen Niveau — ungeachtet all der Anstrengungen auf EU- und einzelstaatlicher Ebene sowie des Umstands, dass viele Betroffene arbeiten möchten. Die Verknüpfung von Beschäftigungsmaßnahmen und Sozialleistungen ist mit Sicherheit ein lohnendes Ziel, da es dem Wiedereinstieg ins Erwerbsleben förderlich ist.

Der Bezug zwischen Krankheit und Beschäftigung findet in immer zahlreicheren Politikdokumenten der EU Beachtung. Das erste relevante Dokument geht auf die Vorbereitungen in 2003 auf einen europäischen Gipfel zu den Zusammenhängen zwischen der Bevölkerungsalterung und den rückläufigen Erwerbsraten zurück, wo die Gesundheitsprobleme älterer ArbeitnehmerInnen eingehend behandelt wurden. Seither wurde die Problematik, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen eine große Hürde für Beschäftigung und Wirtschaftswachstum darstellen, in einer Reihe von Kommissions- und Ratsberichten beleuchtet. Die 2006 und 2007 abgehaltenen Konsultationen zur aktiven Eingliederung der arbeitsmarktfernen Personengruppen und die darauffolgende Empfehlung der Kommission, der sich der Rat im Dezember 2008 anschloss, sind Initiativen von größter Wichtigkeit in diesem Zusammenhang. Ausgearbeitet wurden diese Dokumente nicht allein von den Generaldirektionen, die unmittelbar mit Beschäftigungsfragen befasst sind, sondern auch jenen in den Bereichen Wirtschaft und öffentliche Gesundheit.



Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen hielten die Peer Review-TeilnehmerInnen fest, dass die Diskussion sich nicht ausschließlich auf „Behinderungen“ konzentrieren darf, sondern auf die allgemeinere Problematik der Integrationsfeindlichkeit der Arbeitsmärkte eingehen sollte, unter Berücksichtigung der EU-Empfehlungen zur aktiven Eingliederung. Diese gliedern sich in drei Teilbereiche — Einkommen, Versorgung mit hochwertigen Sozialdienstleistungen und Hinführung zur Beschäftigung. Folgende Fragen drängen sich auf: Wie kann der Themenkomplex der Gesundheitsmängel auf die Agenda der Arbeitsvermittlungen gesetzt werden? Wie lässt sich die Arbeitsrückkehr in der Agenda der Gesundheitsdienste verankern?

Einbindung der ArbeitgeberInnen

Insofern als die meisten Behinderungen im Verlauf des Arbeitslebens auftreten, wurde argumentiert, dass der Arbeitsplatz und die ArbeitgeberInnen eine wichtige Rolle im Verhältnis zwischen Beschäftigung und Gesundheitsstörungen spielen.

Es gibt zahllose Ansatzpunkte, um gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorzubeugen und die Beschäftigten für die gesamte Dauer ihres Arbeitslebens in der Erwerbstätigkeit zu halten. Dennoch wird die Rolle der ArbeitgeberInnen in vielen Staaten vernachlässigt, und selbst dort, wo es entsprechende Unterstützungen für Betriebe gibt, gestaltet sich der Zugang häufig schwierig. Infolge dessen ist die Tendenz zu beobachten, dass die Lücke von DienstleistungsversorgerInnen geschlossen wird. Insofern als in Europa die meisten Arbeitsplätze in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) angesiedelt sind, ist es wichtig, dass MittlerInnen zum Einsatz kommen. Nichtsdestotrotz hoben die SeminarteilnehmerInnen hervor, dass im Hinblick auf Bindung, Umorientierung und Arbeitsrückkehr die versäumten Chancen zur Einbindung von ExpertInnen der Arbeitsplatzgestaltung eingehend analysiert werden müssen — insbesondere von Personalbeauftragten und ArbeitsmedizinerInnen.

Die Reformen in den Niederlanden basieren eben auf der Annahme, dass die ArbeitgeberInnen am wirksamsten zum Wiedereinstieg von ArbeitnehmerInnen beitragen können; aus diesem Grund muss ihnen die Verantwortung für die Auszahlung der Leistung zufallen. Die Überlegung geht dahin, dass ArbeitgeberInnen deshalb nicht nur mit Finanzanreizen versorgt werden müssen, um Menschen mit Behinderung einzustellen, sondern dass bei Missachtung der Verantwortung auch Geldbußen verhängt werden. Diese Risikoverlagerung vom Staat auf die Ebene, auf der auf das Risiko am besten Einfluss genommen werden kann, bewirkt außerdem einen Rückgang von Neuanträgen und damit langfristig eine Abnahme der LeistungsbezieherInnen. Eine Frage lautete, ob die finanzielle Verantwortungsübertragung auf die Arbeitge-



berInnen, wie sie in den niederländischen Reformen vorgesehen ist, nicht teilweise außer Kraft gesetzt wird, wenn die Betriebe Privatversicherungen zur Abdeckung des Risikos einer Rentenleistung abschließen können. Dieses Problem ist indes unwahrscheinlich, insofern als die Versicherungen auf den Betrieb einwirken werden, betroffene Personen möglichst rasch wieder einzugliedern.

Die zentralen Elemente der bewährten Verfahrensweisen im betrieblichen Alters- und Eingliederungsmanagement sind EU-weit zwar durchaus bekannt, werden aber nicht konsequent angewendet. Unternehmen achten heute verstärkt auf die Gesundheitsförderung und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die spezifischen Bedürfnisse bestimmter Beschäftigtengruppen — u. a. Minderqualifizierte und Frauen — finden indes weiterhin nur geringe Beachtung.

Darüber hinaus weisen auch die Eurofound-Studien zur vorbeugenden Arbeitsplatzgestaltung und die Europäische Arbeitskräfteerhebung (verfügbar auf der Eurofound-Website <http://www.eurofound.europa.eu>) darauf hin, dass aktives Eingliederungsmanagement und Rehabilitationsmaßnahmen in den in Europa befragten Betrieben nach wie vor selten sind. Nur wenige Unternehmen setzen aktive Schritte, um Betroffene nach längeren Krankheitsperioden an den Arbeitsplatz zurückzuführen.

Eine Auseinandersetzung mit der fehlenden positiven Einstellung unter MedizinerInnen und ArbeitgeberInnen, mit der dürftigen Erhaltungshaltung der Beschäftigten und dem Manko an geeigneten Ressourcen an vielen Arbeitsplätzen wäre wesentlich. Es bedarf koordinierter und schwerpunktgerechter Systemantworten, und zwar nicht nur von den öffentlichen Stellen, sondern auch in den Betrieben und auf der Ebene der Dienstleistungen für die Allgemeinheit. Es wurde darauf hingewiesen, dass es weitaus mehr Wirkung zeigt, wenn positiv eingestellte ArbeitgeberInnen mit anderen Gespräche führen, anstatt sich auf Entscheidungen von oben (der Zentralregierung) zu verlassen. In Großbritannien wurde ein Dialogforum für ArbeitgeberInnen eingerichtet.

Der starke Einfluss des psychologischen Arbeitsplatzumfelds wurde ebenfalls herausgestellt. Viele Menschen scheiden wegen psychologischer Faktoren aus der Arbeit aus: Stress, permanente Neuorganisationen, eintönige Aufgabenstellungen, Mangel an Selbständigkeit u. dgl. In den meisten Fällen geschieht der Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt nicht mit einem Schlag. Es gibt Alarmsignale, die sich häufig schon viel früher einstellen (Streit mit Vorgesetzten, wiederkehrende Zyklen von Beschäftigung/Arbeitslosigkeit usw.). Eine frühzeitige Intervention könnte hier einem späteren Rückgriff auf Invaliditätsrenten zuvorkommen. ArbeitgeberInnen sind gefordert, gesund-



heits- und altersbezogene Probleme in Personalstrategien zu berücksichtigen. Dies bereinigt die Problematik des Vorruhestands und birgt eine Integrationslösung für Menschen mit geistigen Behinderungen. Solche Vorgehensweisen würden bedeuten, dass das Hauptaugenmerk darauf gelegt wird, was die Betroffenen schaffen können – und nicht, woran sie scheitern. Eine weitere Voraussetzung wäre die Vorwegnahme des Phänomens der Alterung durch eine entsprechende Planung einer stärker ausgeprägten Mobilität zwischen den Arbeitsbereichen während der Beschäftigungsperiode, um einer späteren Behinderung vorzubeugen. Flexible Arbeitszeiten würden der Gesamtheit der Beschäftigten auf ähnliche Weise zugute kommen. Personalstrategien dürfen nicht nur quantitative Ziele ins Auge fassen, sondern müssen ein stärkeres Gewicht auf qualitative Ziele und Leistungsbeurteilungen legen. Führungskräfte müssen im Umgang mit älteren oder behinderten MitarbeiterInnen geschult bzw. beraten werden; sie müssen Gelegenheit bekommen, ihre diesbezüglichen psychologischen Hemmungen zum Ausdruck zu bringen. Außerdem sind Überlegungen zu lohnpolitischen Instrumenten und darüber anzustellen, ob sie geeignet sind, für mehr Flexibilität zu sorgen und dem Argument beizukommen, dass ArbeitgeberInnen es sich nicht leisten können, Ältere und Menschen mit Behinderung zu beschäftigen.

Förderung der Wiedereingliederung

Die Peer Review-TeilnehmerInnen wiesen darauf hin, dass die Frage der Wiedereingliederung zu sehr vernachlässigt wird. Neue europäische Daten zu diesem Aspekt sind dringend vonnöten.

Die laufenden Reformen zielen vor allem darauf ab, Probezeiten für Betroffene einzuführen. Weitere Anstrengungen gehen dahin, die Beschäftigung flexibler zu gestalten, insbesondere durch Arbeitszeitverkürzungen. Die medizinischen Beurteilungen wiederum werden verstärkt daran ausgerichtet, wozu die/der Betroffene ggf. fähig ist. Nichtsdestotrotz sind Aspekte wie die Motivation, die Einstellung der ArbeitgeberInnen, die Kapazitäten, wirtschaftliche und Systemfaktoren, aber auch die Art der Dienstleistungserbringung für LeistungsempfängerInnen und ArbeitgeberInnen stärker zu berücksichtigen.

In Großbritannien besteht seit kurzem die Garantie, dass die Arbeitsrückkehr mit einem finanziellen Plus von zumindest £ 40 pro Woche einhergeht. Die Kosten dieser Maßnahme werden sich in Grenzen halten, da diese Besserung in den meisten Fällen schon heute Realität ist. Für 2011 ist eine neue Initiative geplant, bei der StellenanbieterInnen einen Teil des Gelds bekommen sollen, den sich der Staat dank der Arbeitsrückkehr von Betroffenen erspart. Dies setzt jedoch eine Vorausberechnung



des „Mitnahmeeffekts“ voraus (des Anteils jener, die in jedem Fall Arbeit finden würden), der in die Verträge mit den StellenanbieterInnen einzuflechten wäre. Insofern ist diese Strategie mit hohen Risiken verbunden.

Hinsichtlich der Bindung und Wiedereingliederung älterer Beschäftigter am Arbeitsplatz wurde festgehalten, dass das finnische Modell möglicherweise ein vorbildhaftes Beispiel liefert, was die Förderung der Arbeitsfähigkeit und der Qualifikationen sowie die entsprechende Abstimmung der Personalpolitik anbelangt. Ganz besonders gilt dies für die Vereinbarkeit von erwerbsbezogenen und erwerbsfremden Aktivitäten, z. B. die Betreuung der/des kranken Partnerin/Partners oder der Eltern.

Ein weiterer Diskussionspunkt bezog sich auf den europaweiten Rückgang des Angebots an gering qualifizierten Arbeitsplätzen im unteren Einkommensbereich, und auf die möglichen Auswirkungen dieses Trends auf die Beschäftigungslage von Menschen mit Behinderung. Dabei wurde übereinstimmend festgehalten, dass eine Rückkehr zu minderwertigen Arbeitsplätzen weder machbar noch erstrebenswert wäre. Es gilt vielmehr sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderung zeitgemäße Qualifikationen erwerben.

Wiedereingliederung muss auch nicht in jedem Fall den Wiedereintritt in eine unselbständige Beschäftigung bedeuten. Es wäre u. U. sinnvoll, Teilinvalide beim Schritt in die Selbständigkeit zu unterstützen. Dies wäre tatsächlich eine Lösung, um LeistungsempfängerInnen aus der Schattenwirtschaft herauszuführen.

Psychische Probleme immer weiter verbreitet

Nach Schätzungen der OECD entfallen heute 30–45 % aller Neuzugänge in Berufsunfähigkeitsregelungen auf Personen mit psychischen Problemen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die betreffenden Regelungen und Aktivierungsmaßnahmen für diese Menschen geeignet sind.

Die Betroffenen sind außerdem zunehmend jünger und überwiegend Frauen, während es sich in der Vergangenheit eher um Ältere und Männer handelte. Tatsächlich ist der Anstieg der Invaliditätsrentenempfängerinnen spürbar, doch die meisten Peer-Länder nehmen keine geschlechtsspezifischen Maßnahmen auf diesem Gebiet in Aussicht. Viele der jüngeren EmpfängerInnen gleiten in eine Leistungsabhängigkeit ab und scheiden damit effektiv aus dem Arbeitsmarkt aus.

Die OECD geht davon aus, dass die Erwerbsquote unter Menschen mit psychischen Problemen im Allgemeinen nur halb so hoch ist wie bei Personen mit anderen ge-



sundheitlichen Beeinträchtigungen. Aktuelle Daten aus Deutschland offenbaren einen rapiden Anstieg von Frühverrentungen aufgrund von geistigen Störungen. Diese Zunahme ist zum Teil der ablehnenden Haltung der ArbeitgeberInnen und der allgemeinen Beschäftigungslage zuzuschreiben, aber die Verbesserungen in der Diagnostik, neue Anspruchsregelungen und die tendenzielle politische Schwerpunktsetzung auf Ältere (anstatt auf jüngere Menschen mit Behinderung) fallen ebenfalls ins Gewicht.

Abschließend wurde darauf hingewiesen, dass nicht nur BezieherInnen einer Invaliditätsrente mit Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt zu kämpfen haben, sondern zum Teil auch jene, die sich um die Betroffenen kümmern.

Prioritätensetzung

In der Abwägung zwischen zwei Schwerpunktausrichtungen liegt ein besonderes Dilemma, das sich in der zukünftigen Politikgestaltung zahlreicher Peer-Staaten stellen wird: Sollen vordergründig die schnellsten und kostengünstigsten, oder aber solche Resultate angepeilt werden, die mit größeren Herausforderungen, mehr Kosten und dafür mit einem höheren Langzeitnutzen verbunden sind?

32

In Großbritannien wird ein Ansatz in Erwägung gezogen, bei dem die Abgeltung von DienstleisterInnen steigt, je mehr Wiedereingliederungschancen geschaffen werden (d. h. mehr Geld beispielsweise ab der 101. erfolgreichen Vermittlung). Dies würde einen Anreiz schaffen, auch die schwierigeren Fälle zu bewältigen. Eine andere Überlegung geht dahin, bei der Messung der Distanz einer/eines Betroffenen zum Arbeitsmarkt den Motivationsaspekt verstärkt in Betracht zu ziehen. Mit dem Programm „Access to Work“ sollen darüber hinaus Vorkehrungen zur Arbeitsplatzanpassung gefördert werden, die vernünftigerweise von ArbeitgeberInnen erwartet werden können. Ein Idee lautet dabei, einen Teil dieser Mittel dafür aufzuwenden, Stellen für Personen mit schwankenden Zuständen offen zu halten (z. B. Ersatzkräfte aus Leihpersonalfirmen bei vorübergehendem Bedarf).

Anhörung der Anspruchsgruppen

Nicht zuletzt machten zahlreiche Beitragende auf die Bedeutung einer möglichst umfassenden Konsultation von Interessenvertretungen in der Planung von Reformen aufmerksam, allen voran Behindertenverbänden und sozialpartnerschaftlichen Organisationen.



6. Schlussfolgerungen und Erkenntnisse

Die Verwaltung der Neuzugänge erwies sich als wesentliches Problemfeld in den Diskussionen der Peer Review. Wie können Instrumentarien so gestaltet werden, dass LeistungsbezieherInnen eine Motivation zur Arbeitssuche erhalten?

Ein wichtiger Faktor resultiert aus dem Verhältnis zwischen Leistungshöhe und Lohnniveau. Regelmäßige Neubeurteilungen der Betroffenen sind ebenfalls von höchster Wichtigkeit, zumal sich die Schwere einer Erwerbsminderung im Laufe der Zeit verändern kann; Reformen gehen immer stärker in die Richtung zeitlich begrenzter Leistungsansprüche.

Die Unterscheidung zwischen gesundheitsbezogenen und beschäftigungsrelevanten Problemen ist ebenfalls von Bedeutung — so wie die Frage, welcher Aspekt im Mittelpunkt stehen soll. In Invaliditätsregelungen werden beide Punkte mitunter vermischt. In der Ausgestaltung der Systeme muss Platz sein für verschiedene Variablen wie die Zunahme jüngerer Arbeitsunfähiger, die steigende Häufigkeit psychischer Probleme als Invaliditätsursache oder auch die Geschlechterdimension — Frauen mit Beeinträchtigungen stehen möglicherweise vor spezifischen Problemen beim Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt.

Flexibilität wurde als wichtiges Ausprägungsmerkmal für einschlägige Instrumentarien herausgestellt. Unter anderem wurden integrierte Konzepte und Modelle mit „One-Stop-Shops“ erwähnt; besonders unterstrichen wurde, dass die Herangehensweisen einen individuellen Zuschnitt erfordern — Einheitsrezepte sind ungeeignet. In vielen Staaten weisen die Rehabilitationsstrukturen eine starke Zersplitterung und ein dementsprechendes Koordinierungsdefizit auf.

Das niederländische Modell mit seinem neuen System der Risikoverteilung stieß auf gewaltiges Interesse. Es wurde allerdings darauf hingewiesen, dass ArbeitgeberInnen sich im Falle einer zu hohen Belastung möglicherweise zurückziehen und in der Folge noch weniger dafür zu gewinnen sind, Betroffenen zu einer Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu verhelfen. Am niederländischen Beispiel wurde auch deutlich, dass Reformen viel Zeit beanspruchen — in diesem Fall 25 Jahre.

Ein anderes Problem liegt in der Prioritätensetzung. Wem sollen Regelungen in erster Linie zugute kommen? Jenen, deren Arbeitsrückkehr sich am leichtesten und mit dem geringsten Kostenaufwand erreichen lässt, oder den schwierigen Fällen, die höhere Investitionen erfordern? Um welche Arbeitsplätze handelt es sich, wenn von Erwerbsintegration die Rede ist, hoch- oder minderwertige? Welches Gewicht sollen

individuelle Qualifikationen bei der Auswahl von Angeboten bekommen? Sind befristete Stellen, Teilzeitarbeit und flexible Arbeit zumutbar? Und wie sollen informelle und unbezahlte Tätigkeiten mit berücksichtigt werden?

In jüngerer Vergangenheit haben sich einige Paradigmen in den Invaliditätsrentenregelungen verschoben — von medizinisch zu sozial bestimmten Modellen; von öffentlicher Planung zu marktgestützten Lösungen; und vielleicht auch in der Reihenfolge des Vorgehens: Ausbildungsmaßnahmen gehen nicht mehr unbedingt einem Vermittlungsversuch voraus, sondern können auch am Arbeitsplatz erfolgen. Entsprechende Erfahrungswerte aus Norwegen sind vielversprechend.

In nahezu allen EU-Staaten ist ein deutlicher Trend dahingehend zu beobachten, dass nicht mehr die Beeinträchtigungen der Betroffenen, sondern ihre *vorhandenen Kapazitäten* im Vordergrund stehen.

Die Mitwirkung der ArbeitgeberInnen ist wesentlich, und es bedarf wirksamer Anreize, um ihre Haltung zur Beschäftigung von Menschen mit Behinderung zu verschieben. In manchen Fällen sind Unterstützungsmaßnahmen für notwendige Vorkehrungen am Arbeitsplatz unverzichtbar, insbesondere dann, wenn Betriebe erstmals mit Menschen mit Behinderung zu tun haben. Dafür braucht es möglicherweise geschultes Personal. Heute gibt es Ausbildungs- und Zertifizierungssysteme für Behinderten- und EingliederungsmanagerInnen. Kleinere Betriebe verfügen indessen über weniger Ressourcen und sind möglicherweise auf den Einsatz unterschiedlicher Konzepte angewiesen. In jedem Fall gilt, dass wenn den ArbeitgeberInnen eine zu große Verantwortung aufgebürdet wird, sie möglicherweise eine geringere Bereitschaft zeigen, Personen einzustellen, die potentiell mit Beeinträchtigungen zu kämpfen haben. Medizinische Tests für StellenanwärterInnen wären ein mögliches Folgeproblem. Die Fehleinschätzungen unter ArbeitgeberInnen, was Menschen mit Beeinträchtigungen anbelangt, müssen angegangen werden. Aufklärungskampagnen wie beispielsweise in Großbritannien und den Niederlanden sind eine Möglichkeit. Es bedarf kompetenzerweiternder Maßnahmen für DienstleistungsanbieterInnen und all jene, die mit Initiativen zur Erwerbsintegration befasst sind — so auch die ArbeitsmedizinerInnen.

Die Peer Review legte offen, dass der Wissensstand über funktionierende bewährte Verfahrensweisen allgemein hoch ist. Solche Methoden haben allerdings eine Art „Verfallsdatum“ — und müssen relativ rasch angewendet werden. Die zentrale Frage lautet daher, wie bereits vorhandenes Wissen konkret umgesetzt werden kann. Dies erfordert die Einbeziehung der sozialpartnerschaftlichen Organisationen, möglichst in Dreiparteien-Modellen. Praktische Lernstrukturen sind vielleicht ebenfalls



ein wirksames Mittel, um die notwendige Mitwirkung von Anspruchsgruppen zu gewährleisten.

Die Peer Review brachte u. a. die folgenden zentralen Erkenntnisse zu Tage:

- Es ist notwendig, sich auf vorhandene **Fähigkeiten** der Menschen zu konzentrieren, anstatt darauf, wozu sie nicht in der Lage sind. Dieser Grundsatz muss in den aktuellen Überlegungen zur Modernisierung der Sozialschutzsysteme in den meisten EU-Mitgliedstaaten präsent sein.
- Im Eingliederungsmanagement für Menschen mit Behinderungen bedarf es **individuell abgestimmter Konzepte**. Einheitsrezepte sind ungeeignet. Begleitend muss eine adäquate Koordination zwischen den Dienststellen und auch anderen Beteiligten stattfinden.
- Mögliche **Sprungbretter** von der Arbeitsunfähigkeit zur Arbeitsmarktteilnahme sind u. a. die Sozialwirtschaft, Kombinationsmodelle für Erwerbseinkünfte und Transferleistungen und Probezeiten mit direkten Auffangmechanismen.
- „**Job Carving**“, d. h. der individuelle Zuschnitt des Arbeitsplatzes und der Aufgabenstellungen, kann Hindernisse in der Erwerbsintegration beseitigen.
- **Prävention** — insbesondere die Eindämmung von Arbeitsunfällen und Krankheiten sowie die Vorbeugung potentieller Ursachen eines Arbeitsplatzverlusts — kann dazu beitragen, Erwerbsminderungen an der Quelle zu bekämpfen.
- Die **Steuerung des Neuaufkommens** von Invaliditätsfällen ist ein gewichtiger Problempunkt. Es gilt die Regelungen so anzulegen, dass LeistungsempfängerInnen zur Arbeitssuche motiviert werden. Maßgebliche Faktoren sind hierbei das Verhältnis zwischen Leistungshöhe und Lohnniveau sowie die Regelmäßigkeit der Invaliditätseinstufung. Im spanischen Modell, wo Erwerbsminderungsrenten steuerbefreit sind, besteht ein größerer Anreiz, diese Leistung anzustreben, als auf die — steuerpflichtige — Altersrente zu warten.
- **Die Beschaffenheit von Beeinträchtigungen verschiebt sich.** In den OECD-Staaten ist eine rapide Zunahme psychischer Probleme festzustellen; es ist die Ursache von Invaliditätsanträgen, deren Häufigkeit am schnellsten steigt. Auch der Anteil junger Menschen mit verminderter Arbeitsfähigkeit wächst,



ebenso wie jener von erwerbsuntätigen Frauen mit Behinderung. Ein besonderes geschlechtsspezifisches Problem betrifft pflegende Frauen mit Behinderung, die eine Arbeitsrückkehr anstreben. Politikinstrumente müssen all diese Aspekte berücksichtigen.

- Die **Mitwirkung der sozialpartnerschaftlichen Organisationen** in der Planung und Umsetzung von Reformen muss sichergestellt werden, wenn möglich in Dreiparteien-Strukturen.
- Die **Einbindung der ArbeitgeberInnen** ist wesentlich. Es bedarf wirksamer Anreize, um auf Unternehmensseite ein Umdenken einzuleiten, was Behinderungen anbelangt, und ArbeitgeberInnen dafür zu gewinnen, Beschäftigte mit verminderter Arbeitsfähigkeit einzustellen bzw. zu halten. Mitunter sind Firmen auch auf Unterstützung angewiesen, wenn notwendige Arbeitsplatzanpassungen vorgenommen werden sollen. Ganz besonders gilt dies für KMU, auf die europaweit das größte Arbeitsplatzreservoir entfällt.
- Private DienstleistungsversorgerInnen können in der Rehabilitation und Beschäftigungsvermittlung von Menschen mit Beeinträchtigungen eine sinnvolle Rolle spielen, allerdings muss der „**Rosinenpickerei**“ ein Riegel vorgeschoben werden, d. h. der Konzentration auf die am leichtesten und mit den geringsten Kosten Vermittelbaren, während jene, die der meisten Unterstützung bedürfen, vernachlässigt werden.
- **Governance-Aspekte** wie eine verstärkte Hinzuziehung von Anspruchsgruppen erweisen sich als maßgeblich für die Bewusstseinssteigerung und um eine einheitliche Auffassung davon, was Reformen bewegen sollen, herzustellen. Auch Fehleinschätzungen und Einstellungen, die mögliche Fortschritte behindern, lassen sich so beseitigen. Auf Monitoring und die Beurteilung von Folgen und Wirkung von Reformen muss ein stärkeres Augenmerk gelegt werden.
- **Aktive Eingliederungsstrategien** sind in der Behindertendebatte von besonderem Belang, da sie nicht nur arbeitsmarktferne Gruppen ins Auge fassen, sondern auch die Armutsbekämpfung zum Ziel haben. Ein guter Arbeitsplatz ist der beste Schutzwall vor Armut und Ausgrenzung. Die EU wird dieses Konzept über die OKM „Soziales“ (Offene Methode der Koordinierung) und die europäische Beschäftigungsstrategie fortführen.





<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

Erwerbsunfähigkeit: Modernisierung und Aktivierungsmaßnahmen

Gastgeberland : **Spanien**

Peer-Länder : **Frankreich, Litauen, Luxemburg, Malta, Polen, Rumänien, Schweden, Niederlande, Vereinigtes Königreich**

Spanien nimmt die Überarbeitung einiger sozialpolitischer Instrumente in Angriff. Als besonders bedeutsames Themenfeld hat sich dabei die soziale Absicherung von Menschen mit Krankheiten und Behinderungen herauskristallisiert.

Viele Mitgliedstaaten haben sich in den letzten Jahren dieser Problematik angenommen, die dessen ungeachtet noch immer auf der Politikagenda steht. Reformen der Erwerbsunfähigkeitsbestimmungen gelten folglich nach wie vor als das beste Mittel, um die Definition von dauerhafter Invalidität/Arbeitsunfähigkeit einzuengen, Missbrauch und den entsprechenden Kosten einen Riegel vorzuschieben und geeignete Aktivierungsmaßnahmen zu erarbeiten, um Menschen mit Behinderung beim Einstieg in die Erwerbsarbeit zu unterstützen. Andererseits muss gewährleistet sein, dass Menschen, die auf Einkommens- und sonstige Unterstützungsleistungen angewiesen sind, diese tatsächlich erhalten. Ebenso wichtig ist, dass arbeitsfähige Menschen nicht zu einem frühzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt gedrängt werden. Im Zuge der Wirtschaftskrise kommt unterdessen eine neue Dimension hinzu.

Die Peer Review wird eine wertvolle Gelegenheit sein, aktuelle Erfahrungswerte aus einzelstaatlichen Kontexten zu vergleichen und die Resultate einzelner umgesetzter Politikmaßnahmen zu beurteilen.