

Martin Lengwiler

Im Schatten der Arbeitslosen- und Altersversicherung Systeme der staatlichen Invaliditätsversicherung nach 1945 im europäischen Vergleich

I. EINLEITUNG

Die europäische Sozialstaatsgeschichte teilt die Nachkriegszeit gemeinhin in zwei Abschnitte, eine sozialpolitische »Boomphase« und eine zunehmend krisenhafte Ära, die mit der Epochenschwelle Mitte der 1970er-Jahre einsetzte und bis heute anhält.¹ Während der »trentes glorieuses« zwischen 1945 und dem Konjunkturereinbruch 1973/74 standen in den meisten westeuropäischen Ländern der Ausbau der Sozialversicherungen zu weitgehend staatlichen, universalistischen Systemen und eine europäisch konvergente Entwicklung der Leistungsstandards im Vordergrund. Mitte der 1970er-Jahre kehrten sich die Vorzeichen um. Ein verlangsamtes Wirtschaftswachstum, zunehmende Arbeitslosigkeit, sinkende Geburtenraten und ein verschärfter globaler Wirtschaftswettbewerb setzten die Sozialstaaten unter erhöhten Druck. Die öffentliche und politische Kritik der sozialstaatlichen Leistungsexpansion verdichtete sich zu einem breiten Krisendiskurs und führte schließlich in verschiedenen Feldern zu einer sozialpolitischen Neuorientierung.²

Welche Folgen der Krisendiskurs für die sozialstaatlichen Sicherungssysteme besaß, ist umstritten. Entgegen aller Kürzungsrhetorik scheint sich, wie Francis Castles jüngst gezeigt hat, das Ausgabenvolumen der europäischen Sozialstaaten seit den 1970er-Jahren auf hohem Niveau stabilisiert zu haben.³ In den letzten dreißig Jahren hat sich nach Castles ein europaweit verbreiteter »stationärer« Wohlfahrtsstaatstyp (»a »steady-state« welfare state«) etabliert, ein ausgebautes, tragfähiges, jedoch nicht übermäßig generöses Sicherungssystem, dem sich die meisten europäischen Nationen, gerade auch die »Nachzügler«, konvergent annäherten.⁴ Noch weitgehend ungeklärt ist die Frage nach den qualitativen Veränderungen der jüngsten Entwicklung, nach der Art und Weise, wie die Sozialversicherungen organisatorisch reformiert wurden und welchen Leistungsstandards sie neu folgen. Die Politikwissenschaftler Stephan Leibfried und Michael Zürn haben jüngst eine Transformation der modernen Staatlichkeit diagnostiziert, aufgrund derer die Struktur moderner, demokratischer Rechts- und Interventionsstaaten seit den 1970er-

1 Für wichtige Anregungen und Hinweise danke ich Adrian Zimmermann, Matthieu Leimgruber und Urs Germann sowie Wilfried Rudloff und den anderen Autorinnen und Autoren dieses AfS-Bandes.

2 Francis G. Castles, *The Future of the Welfare State. Crisis Myths and Crisis Realities*, Oxford 2005, S. 10 ff.; Lutz Raphael, *Europäische Sozialstaaten in der Boomphase (1948–1973). Versuch einer historischen Distanzierung einer »klassischen Phase« des europäischen Wohlfahrtsstaats*, in: Hartmut Kaelble/Günther Schmid (Hrsg.), *Das europäische Sozialmodell. Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat (WZB-Jahrbuch 2004)*, Berlin 2004, S. 51–73, hier: S. 51–54; Hartmut Kaelble/Günther Schmid, *Das europäische Sozialmodell (Einleitung)*, in: ebd., S. 11–28; Hartmut Kaelble, *Das europäische Sozialmodell – eine historische Perspektive*, in: ebd., S. 31–50, hier: S. 34 ff.; Peter Baldwin, *Can we Define a European Welfare State Model?*, in: Bent Greve (Hrsg.), *Comparative Welfare Systems. The Scandinavian Model in a Period of Change*, Basingstoke 1996, S. 29–44.

3 Die Begriffe Sozial- und Wohlfahrtsstaat werden im Folgenden synonym verwendet.

4 Castles, S. 167–174.

Jahren einem generellen »Zerfaserungsprozess« ausgesetzt ist. Für die nationalstaatlichen Wohlfahrtssysteme stellen Leibfried und Zürn einen sich verengenden Interventionskorridor und einen Trend zur Internationalisierung der sozialpolitischen Regulierung fest. Die Extremformen der europäischen Wohlfahrtsstaatswelten würden durch einen transnationalen Beeinflussungsprozess nivelliert und näherten sich einem europäischen Mischtypus an.⁵

Die Genese und die Auswirkungen sozialstaatlicher Krisendiskurse sollen im Folgenden an der Versicherung des Risikos einer »Behinderung«, beziehungsweise einer »Invalidität« (einschließlich der beruflichen Invaliditätsrisiken) untersucht werden.⁶ Zu fragen ist nach den sozialen, politischen und institutionellen Bedingungen, unter denen sich ein Krisenbewusstsein etablieren und ausbreiten konnte. Ebenfalls von Interesse ist, wie weit sich die untersuchten westeuropäischen Fallbeispiele zu einer gemeinsamen Krisendiagnose zusammenfassen lassen – mit anderen Worten, ob Indizien für eine nationenübergreifende europäische Krisenkonstellation auszumachen sind. Das Invaliditätsrisiko ist für eine solche Analyse deshalb besonders geeignet, weil die sozialstaatlichen Versicherungskosten für Invaliditätsfälle in den 1970er- und 1980er-Jahren in verschiedenen Staaten einen überdurchschnittlichen Anstieg erlebten und es dabei zu vergleichbaren Krisendiskursen kam. Als Vergleichsgegenstand steht ein bestimmtes Risiko und nicht ein spezifischer Sozialversicherungszweig im Mittelpunkt. Auch die Krisendiskurse drehten sich zunächst um die Versicherungskosten in Invaliditätsfällen und erst in zweiter Linie um die dafür zuständigen sozialstaatlichen Einrichtungen.

Um die institutionellen Bedingungen der Krisendiskurse möglichst breit zu analysieren, wurden als Fallbeispiele vier Länder mit unterschiedlichen Versicherungssystemen ausgewählt: Italien, die Niederlande, die Schweiz und die Bundesrepublik Deutschland.⁷ Italien hat das Behindertenrisiko teilweise über die staatliche Renten- und Unfallversicherung abgesichert, teilweise durch die öffentliche Sozialhilfe abgegolten. In den Niederlanden wurden Invaliditätsfälle bis in die 1990er-Jahre im Rahmen der autonomen betrieblichen Arbeitnehmersversicherung entschädigt. Die Schweiz kennt seit den 1960er-Jahren eine eigenständige, universalistische Invaliditätsversicherung, während in Deutschland die Absicherung des Invaliditätsrisikos aufgeteilt ist zwischen der Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Arbeitslosenversicherung. Als Folge dieser institutionell unterschiedlichen Rahmung haben sich auch die Kosten der Invaliditätsversicherung nationenspezifisch hoch differenzial entwickelt (vgl. Tabelle 1).

5 *Stephan Leibfried/Michael Zürn*, Von der nationalen zur post-nationalen Konstellation (Einleitung), in: *dies.* (Hrsg.), Transformationen des Staates, Frankfurt/Main 2005, S. 19–68, hier: S. 21–24, 52 f.

6 Der Begriff der »Invalidität« wird hier aus praktischen Gründen analog zum Begriff der »Behinderung« – ohne negative Konnotationen – verwendet.

7 In der Terminologie von Esping-Andersen scheinen die vier Staaten auf den ersten Blick nahe verwandt. Deutschland, Italien und die Niederlande lassen sich dem konservativ-korporatistischen Sozialstaatstyp zuordnen, während die Schweiz als Mischform zwischen liberalem und konservativ-korporatistischem Sozialstaat gelten kann. Eine solche Kategorisierung verbleibt aber auf einer gesamtsystemischen Ebene und wird den Eigenheiten der für die Invalidität zuständigen Sozialversicherungszweige nicht gerecht. Auf der Ebene der Invaliditätsversicherung finden sich unter den Fallbeispielen sowohl liberale, konservativ-korporatistische wie sozialdemokratische Elemente, oft sogar als hybride Verbindung in einem nationalen Sicherungssystem. Vgl. *Gøsta Esping-Andersen*, Die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus: Zur Politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, in: *Stephan Lessenich/Ilona Ostner* (Hrsg.), Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive, Frankfurt/Main 1998, S. 19–56; vgl. zu der Auseinandersetzung um die Wohlfahrtsstaatstypologie auch die Beiträge von Hans Günter Hockerts und Christiane Kuller in diesem Band.

Tabelle 1: Anteil Invaliditätsleistungen an Sozialausgaben 1980–2001

	Niederlande	Italien	Deutschland	Schweiz
1980	36,0	13,9	6,0	11,5
1981	35,6	13,8	5,9	10,9
1982	34,5	12,7	6,0	10,9
1983	33,6	12,5	5,9	10,5
1984	33,8	12,7	5,8	10,8
1985	35,4	12,7	5,5	10,6
1986	35,3	13,0	5,4	10,6
1987	35,9	13,0	5,3	10,3
1988	35,9	12,6	5,2	10,2
1989	35,2	12,9	5,2	9,9
1990	37,9	12,7	5,6	12,4
1991	37,9	12,1	5,5	12,2
1992	37,1	11,9	5,5	11,8
1993	36,1	12,2	5,8	12,1
1994	36,1	12,4	6,0	12,9
1995	33,6	12,1	6,1	13,2
1996	32,3	12,2	6,6	13,2
1997	31,6	11,4	7,3	13,4
1998	31,1	10,5	7,3	14,1
1999	31,8	10,5	7,2	14,5
2000	31,5	9,9	7,2	14,7
2001	31,3	9,3	7,2	15,0

Quelle: OECD, Social Expenditure Database (SOCX), 1980–2001, Paris 2007;

URL: <<http://www.oecd.org>> [15.3.2007]. Die Invaliditätskosten summieren sich aus den entsprechenden Renten-, Krankengeld-, Krankenpflege- und Rehabilitationsleistungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige.

Entsprechend unterschiedlich verliefen die Krisendebatten in den vier Fallbeispielen. Auf der einen Seite lassen sich politisch-institutionelle Akzentsetzungen feststellen. In Italien wurden Invaliditätskosten im Rahmen der Renten- und der Arbeitsmarktpolitik, in den Niederlanden vorwiegend der Arbeitsmarktpolitik, in der Schweiz sowie weniger ausgeprägt auch in Deutschland als gesundheitspolitisches Phänomen diskutiert. Auf der anderen Seite verlief die zeitliche Abfolge der Krisendebatten unterschiedlich. Der italienische Krisendiskurs setzte bereits in den frühen 1970er-Jahren ein und zog sich bis in die 1990er-Jahre hin. In den Niederlanden lag der zeitliche Schwerpunkt der Krise in den 1980er-Jahren, in der Schweiz in den 1990er-Jahren. Die Bundesrepublik Deutschland bildet einen Ausnahmefall, indem hier ein mit den anderen Fallbeispielen vergleichbarer

Krisendiskurs im untersuchten Zeitraum fehlt. Wie weit Deutschland in der sozialstaatlichen Invaliditätsversicherung einen krisenresistenten Fall darstellt, wird im Folgenden ebenfalls zu klären sein.

Der Krisenbegriff, der hier Verwendung findet, ist in einem doppelten Referenzsystem verortet. Er bezieht sich in einem objektbezogenen Sinne auf Instabilitäten im Gegenstand selber, das heißt auf eine anormale oder nicht intendierte Entwicklung der jeweiligen Sozialversicherungssysteme. Daneben besitzen Krisendiskurse eine subjekt- oder wahrnehmungsbezogene Dimension, in der sich verschobene Wahrnehmungsperspektiven der beteiligten Akteure manifestieren. Im Anschluss an Reinhart Koselleck lassen sich die beiden Dimensionen des Krisenbegriffs in wechselseitige Beziehung bringen, indem vermeintlich objektive Krisenphänomene als Folge verschobener Krisenperzeptionen interpretiert werden. Koselleck hat bekanntlich die Ursprünge moderner Krisendiskurse auf das dualistisch-polare, kritische Geschichtsverständnis der Aufklärung zurückgeführt – ohne bürgerliche Kritik, kein moderner Krisenbegriff – und damit die geschichtsphilosophische Konzeption der Moderne konstitutiv mit einem krisenhaften Verlaufsmodell verknüpft.⁸ Dabei bildet die Ausbreitung eines Krisenbewusstseins, bis hin zu einer allgemeinen, mehrere Gesellschaftsbereiche umspannenden »Kultur der Krise«, einen voraussetzungsvollen Prozess, der von spezifischen kultur-, sozial- oder wirtschaftshistorischen Konstitutionsbedingungen geprägt ist.⁹ Auch der Wirtschaftshistoriker Hansjörg Siegenthaler führt in diesem Sinne aus, dass der Kern einer wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Krise im Verlust des Regelvertrauens individueller Akteure besteht, wie auch die Überwindung einer Krise primär eine Folge kognitiver Orientierungs- und Restabilisierungsprozesse ist.¹⁰

Auch den folgenden Ausführungen liegt ein solcher historisch-kontextualisierter, konstruktivistischer Krisenbegriff zugrunde. Die Diagnose einer Sozialstaatskrise lässt sich als Abbild veränderter gesellschaftlicher Wahrnehmungshorizonte verstehen und auf ihre zeitgeschichtlichen Entstehungsbedingungen und Funktionen hinterfragen. Zu fragen ist nach den politischen, institutionellen und gesellschaftlichen Faktoren, die gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen in ein verbreitetes Krisenbewusstsein umschlagen ließen und schließlich zu einer öffentlichen Krisendebatte, beziehungsweise zu konkreten sozialpolitischen Spar- und Reformprojekten Anlass gegeben haben. Zu untersuchen sind weiter die Gründe und Umstände, unter denen ein vormals intendierter Leistungsausbau in eine nicht intendierte Kostensteigerung umgedeutet wurde. Auch die Folgen der Krisendiskurse auf die Sozialstaatsentwicklung sind zu untersuchen. Entsprechend den zeitgenössischen Debatten stehen auch in diesem Beitrag die finanziellen und organisatorischen Aspekte der nationalen Versicherungssysteme im Vordergrund. Die in der Behindertenpolitik ebenfalls wichtigen Fragen zur Qualität der medizinischen Leistungen oder zur Organisation der beruflichen Integration werden dagegen nur am Rande behandelt.

8 Reinhart Koselleck, *Kritik und Krise. Ein Beitrag zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*. Freiburg 1959, S. 2 f., 132 f., 155 ff.; *ders.*, *Krise*, in: *Otto Brunner/Werner Conze/Reinhart Koselleck* (Hrsg.), *Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland*, Band 3, Stuttgart 1982, S. 637–641.

9 Am Beispiel der Weimarer Republik: *Moritz Föllmer/Rüdiger Graf/Per Leo*, *Die Kultur der Krise in der Weimarer Republik* (Einleitung), in: *dies.* (Hrsg.), *Die »Krise« der Weimarer Republik. Zur Kritik eines Deutungsmusters*. Frankfurt/Main 2005, S. 9–43, hier: S. 10 f., 22 f.

10 *Hansjörg Siegenthaler*, *Regelvertrauen, Prosperität und Krisen. Die Ungleichmäßigkeit wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung als Ergebnis individuellen Handelns und sozialen Lernens*, Tübingen 1993, S. 149–153, 178–187.

II. SÜDEUROPAISCHES SOZIALSTAATSSYNDROM IN DER KRISE: BEHINDERTENRENTEN ALS ELEMENT KLIENTELISTISCHER SOZIALPOLITIK IN ITALIEN

Italien hat in den 1970er-Jahren als erster europäischer Staat eine Krisen-debatte um die Kostenentwicklung in der Invaliditätsversicherung geführt. Die Auseinandersetzung spielte sich vor dem Hintergrund einer massiven Leistungsexpansion der Invaliditäts- und der Rentenversicherung ab, mit der die christlich-demokratisch geführten Regierungen in den 1960er- und 1970er-Jahren die spezifischen Defizite des italienischen Sozialstaats zu kompensieren suchten. Diese Defizite werden in der neuern Sozialstaatsforschung als Kennzeichen eines »südeuropäischen« Sozialstaatstyps diskutiert. In kritischer Erweiterung der Sozialstaatstypologie von Gøsta Esping-Andersen, die zwischen liberalen, korporativ-konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten unterscheidet, haben Autoren wie Stefan Leibfried und Maurizio Ferrera auf die spezifischen Qualitäten südeuropäischer Sozialstaaten hingewiesen, die mit der Typologie Esping-Andersens nicht zu fassen sind. Leibfried spricht von einem »lateinischen Rand« der Wohlfahrtswelten Esping-Andersens, Ferrera prägte den ähnlich offenen Begriff des »südeuropäischen Sozialstaatssyndroms«; beide Konzepte verweisen auf ein Faktorenbündel, das für die Sozialstaatsentwicklung in Staaten wie Portugal, Spanien, Italien oder Griechenland kennzeichnend ist.¹¹

Drei Elemente des südeuropäischen Sozialstaatssyndroms sind besonders zu erwähnen, weil sie auch für die Krise der italienischen Invaliditätsversicherung von Bedeutung sind.¹² Erstens der geografisch stark segmentierte Arbeitsmarkt, der sich aufteilt in einen agrarisch geprägten Süden mit einem weitgehend informellen Arbeitsmarkt und verbreiteter Schwarzarbeit und in einen industrialisierten Norden mit vergleichsweise gut bezahlten und gewerkschaftlich abgesicherten Beschäftigungsverhältnissen. Die Folge dieser Segregation ist ein ausgeprägtes Wohlstandsgefälle zwischen Nord und Süd. Die regionalen Einkommensunterschiede haben die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in der italienischen Nachkriegszeit trotz beschleunigter Industrialisierung und steigenden Pro-Kopf-Einkommen bis heute geprägt. Sie wurden durch die Liberalisierung des Arbeitsmarktes in den 1980er- und 1990er-Jahren gar weiter verschärft.¹³

Der zweite Aspekt des südeuropäischen Sozialstaatssyndroms betrifft die Struktur der sozialen Sicherungssysteme, die bis auf den Gesundheitsbereich als Klassen- und nicht als universalistische Sozialversicherung organisiert sind und dadurch die Lohnarbeiterschaft in Industrie und Gewerbe sowie die Angestelltenschichten, vor allem jene im öffentlichen Dienst, gegenüber den Selbständigen und der schlecht bezahlten ländlichen Lohnarbeiterschaft privilegieren. Diese Diskrepanz spiegelt sich etwa in den außerordentlich großzügigen und letztlich nicht nachhaltigen Rentensystemen, die die italienischen Regierungen in den 1960er- und 1970er-Jahren einrichteten, und von denen vor allem die Industriearbeiterschaft im Norden sowie die Staatsangestellten profitierten. Dieses Leistungsprofil war Teil einer klientelistischen Sozialpolitik, mit der sich die christlich-

11 Nach *Martin Rhodes*, Southern European Welfare States. Identity, Problems and Prospects for Reform, in: *South European Society & Politics* 1, 1996, H. 3, S. 1–22, hier: S. 3–5; vgl. überblickend: *Maurizio Ferrera*, The »Southern Model« of Welfare in Social Europe, in: *Journal of European Social Policy* 6, 1996, H. 1, S. 17–37.

12 Überblickend: *Maurizio Ferrera*, Welfare States and Social Safety Nets in Southern Europe, in: *ders.* (Hrsg.), *Welfare State Reform in Southern Europe. Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Greece*, London 2005, S. 1–32, hier: S. 4–11.

13 1998 betrug die Arbeitslosenrate in Norditalien 7,5 %, in Süditalien 22,8 %; vgl. *Maurizio Ferrera/Elisabetta Gualmini*, Reforms Guided by Consensus. The Welfare State in the Italian Transition, in: *Maurizio Ferrera/Martin Rhodes* (Hrsg.), *Recasting European Welfare States*, London 2000, S. 187–208, hier: S. 194 f.

demokratischen Regierungen durch gezielte Vergabe von Staatsrenten und Verwaltungsposten die Unterstützung wichtiger Wählerschichten sicherte.¹⁴ Eine Abkehr von der klientelistischen Leistungsvergabe und eine an Nachhaltigkeitszielen orientierte Sozialstaatsreform waren in Italien erst in den 1990er-Jahren auf externen Druck der Europäischen Union, insbesondere im Rahmen der Haushaltsvorgaben des Maastricht-Abkommens und des Beitritts Italiens zur Europäischen Währungsunion, möglich.¹⁵ Eine Umstellung auf universalistische Sozialversicherungen wie etwa in den skandinavischen Staaten scheiterte in der Nachkriegszeit an der Spaltung der Linken zwischen Sozialdemokraten und Italo-Kommunisten. Aus Sicht des *Partito Comunista Italiano* (PCI) standen universalistische Versicherungsmodelle im Widerspruch zu den Klasseninteressen der Arbeiterschaft; der PCI lehnte entsprechende Reformen entschieden ab.¹⁶

Als drittes Kennzeichen weisen südeuropäische Sozialstaatssysteme eine vergleichsweise schwach entwickelte Staatlichkeit auf, wogegen familiären Unterstützungssystemen und kirchlichen und säkularen Wohlfahrtsverbänden eine wichtige sozialpolitische Bedeutung zukommt.¹⁷ Insbesondere die katholischen Laienorganisationen waren seit der Jahrhundertwende sozialpolitisch stark engagiert. Teilweise manifestierte sich in den katholischen Wohlfahrtsorganisationen auch ein kompensatorisches Engagement gegenüber dem eingeschränkten Spielraum des politischen Katholizismus – eine Bewegung, die der Vatikan nach dem Verlust des Kirchenstaats im Rahmen des italienischen Einigungsprozesses seit 1870 verboten hatte. Auch als sich nach Aufhebung des Verbots eine katholische Parteientradition bildete, zunächst in Form des Partito Popolare Italiano (PPI), nach 1942 in Form der Democrazia Cristiana (DC), behielten Kirche und katholische Wohlfahrtsverbände einen starken Einfluss auf die Sozialpolitik von PPI und DC.¹⁸ Der Ausbau der sozialstaatlichen Sicherungssysteme musste in der Nachkriegszeit, unter den DC-geführten Koalitionsregierungen, auf diese zivilgesellschaftlichen Wohlfahrtstraditionen Rücksicht nehmen. Die Entwicklung der staatlichen Sicherungssysteme konzentrierte sich deshalb primär auf passive Maßnahmen wie kompensatorische Geldtransfers und nicht auf aktive Interventionen wie Arbeitsvermittlungs- oder Reintegrationsmaßnahmen.¹⁹ Im Fall invaliditätsbedingter Erwerbsunfähigkeit bedeutete dies etwa, dass die Nachkriegsregierungen vor allem die Rentenleistungen erhöhten, während medizinische Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen in den staatlichen Sozialversicherungen nur einen marginalen Status hatten.²⁰ Im europäischen Vergleich hatte die sozialstaatliche Leistungs-

14 Rhodes, S. 5 f.; *Maurizio Ferrera/Elisabetta Gualmini*, Rescued by Europe? Social and Labour Market Reforms in Italy from Maastricht to Berlusconi, Amsterdam 2004, S. 15; zum Klientelismus-Begriff: *Simona Piattoni*, Clientelism in Historical and Comparative Perspective, in: *dies.* (Hrsg.), Clientelism, Interests, and Democratic Representation. The European Experience in Historical and Comparative Perspective, Cambridge 2001, S. 1–30, hier: S. 4–8; vgl. auch: *Carolyn M. Warner*, Mass Parties and Clientelism in France and Italy, in: ebd., S. 122–151, hier: 129–135, 137–142, 146–149.

15 Ferrera/Gualmini, Rescued by Europe?, S. 9 f., 23–25; vgl. auch den Beitrag von Bernard Ebbinghaus und Isabelle Schulze in diesem Band.

16 Rhodes, S. 7 f.; *Claude Martin*, Social Welfare and the Family in Southern Europe, in: *South European Society & Politics* 1, 1996, H. 3, S. 23–41.

17 Rhodes, S. 5–10; *Martin*, S. 33–37; allgemein: *Massimo Paci*, Public and Private in the Italian Welfare System, in: *Peter Lange/Marino Regini* (Hrsg.), State Market and Social Regulation. New Perspectives on Italy, Cambridge 1989, S. 217–234.

18 *Kees van Kersbergen*, Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State, London 1995, S. 40 f., S. 88 f.

19 Ferrera/Gualmini, Reforms, S. 190 f.

20 *Ugo Ascoli/Emmanuele Pavolini/Costanzo Ranci*, The New Partnership. The Changing Relationship between State and the Third Sector in the Scenario of New Social Policies in Italy, in:

expansion eher aufholenden Charakter. Die Sozialquote Italiens lag bis 1990 unterhalb des europäischen Durchschnitts und damit tiefer als jene Deutschlands, Frankreichs oder der skandinavischen Staaten.²¹

Diese Charakteristika des italienischen Sozialstaats spiegeln sich auch in der Entwicklung der Invaliditätsversicherung. Behinderte wurden je nach Erwerbsstatus und Invaliditätsursache entweder im Rahmen der Sozialversicherungen (*Previdenza*) oder der öffentlichen Sozialhilfe (*Assistenza*) entschädigt. Für Erwerbstätige, die infolge eines Arbeitsunfalls behindert waren, war die staatliche Unfallversicherung INAIL (*Istituto Nazionale per l'Assicurazione sugli Infortunati sul Lavoro*) zuständig; alle anderen Erwerbstätigen waren von den Invaliditätsrenten der staatlichen Rentenversicherung INPL (*Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale*) abhängig. Für alle Nichterwerbstätigen blieben nur die leistungsschwachen und bedarfsgeprüften Zuwendungen der Sozialhilfe.²²

In diesem gemischten Wohlfahrtssystem war der agrarische Süden gegenüber dem Norden strukturell benachteiligt. Die staatliche Unfallversicherung beispielsweise, deren Renten je nach Ausmaß der Behinderung den Verdienstausfall bis 100 Prozent ersetzten und die klar die höchsten Entschädigungssätze ausbezahlte, war primär auf ein industrielles und damit norditalienisches Risikoprofil ausgerichtet. Im Versicherungsschutz waren zwar sowohl landwirtschaftliche wie industrielle Arbeitnehmer (nicht aber Angestellte) eingeschlossen, doch nur jene aus risikoreichen Berufen, das heißt hauptsächlich Arbeitnehmer aus dem industriellen und dem gewerblichen Norditalien. 1978 fielen 80 Prozent der Behindertenrenten (Vollrenten) auf den industriellen und nur 20 Prozent auf den agrarischen Sektor. Auch die Unfallrate lag in der Industrie deutlich über derjenigen der Landwirtschaft.²³

Die Beschäftigten im süditalienischen Agrarsektor waren deshalb zumeist auf die schlechter ausgestatteten Invaliditätsrenten der staatlichen Rentenversicherung oder als letztes Netz auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.²⁴ Die INPL-Renten besaßen ein deutlich geringeres Leistungsniveau als die Unfallrenten. Der Grad der Erwerbsminderung, nach dem die INPL-Renten bemessen waren, musste mindestens zwei Drittel betragen. Außerdem erreichte die Maximalrente nur rund 20 Prozent eines durchschnittlichen Industrielohns, war allerdings kumulierbar mit anderen Renten und Nebeneinkünften.²⁵ Hinzu kam, dass die INPL bis in die 1950er-Jahre nur lohnabhängige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer versicherte, was vor allem selbständige Bauern und Gewerbetreibende diskriminierte. Erst schrittweise wurden die Selbständigen in den Versicherungsschutz aufgenommen: 1957 die Bauern (»coltivatori diretti«, »mezzadri« und »coloni«), 1959 die Handwerksberufe (»artigiani«) und 1966 die Kaufleute (»commercianti«).²⁶

Die Diskriminierung des Südens im italienischen Sozialstaat wurde in den 1950er-Jahren durch die christlich-demokratische Arbeitsmarktpolitik, die sich primär gegen die hohe

Ugo Ascoli/Costanzo Ranci (Hrsg.), *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, Berlin 2002, S. 135–164.

21 OECD, *Public Social Expenditure 1980–2001*, URL: <<http://www.oecd.org>> [15.3.2007].

22 Beatrix Körner, *Vom residualen zum institutionellen Wohlfahrtsstaat Italien. Sozialsystem im Wandel zwischen dem Glanz der Gesetze und den Schatten der Realität*, Baden-Baden 1993, S. 47–51; Maurizio Ferrera, *Il Welfare State in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna 1984, S. 54–74.

23 Lucia Vitali, *Disability Policy in Italy*, in: Robert H. Haveman/Victor Halberstadt/Richard V. Burkhauser (Hrsg.), *Public Policy Toward Disabled Workers*, Ithaca/London 1984, S. 346–398, hier: S. 348 ff., 378.

24 Valeria Fargion, *Social Assistance and the North-South Cleavage in Italy*, in: *South European Society & Politics* 1, 1996, H. 3, S. 135–154, hier: 138–143.

25 Vitali, S. 347–349.

26 Ebd., S. 353.

Arbeitslosigkeit im Agrarsektor richtete, noch verschärft. Die wirtschafts- und sozialpolitischen Programme – im Rahmen der Bodenreformen oder der Kreditpolitik der *Cassa per il Mezzogiorno* – zielten darauf ab, den Großgrundbesitz und damit die Zahl der landwirtschaftlichen Lohnarbeitsverhältnisse zu reduzieren und stattdessen die kleinbäuerlichen Existenzen zu fördern. Dadurch wurde jedoch gerade jene Schicht bäuerlicher Selbständigerwerbender gestärkt, die zunächst weder von der INAIL noch von der INPS versichert waren und erst durch Aufnahme der Selbständigen in die Rentenversicherung nach 1957 einen minimalen Schutz vor Invalidität erhielten.²⁷

In dieser Situation bauten die Regierungen des *Centrosinistra* in den 1960er-Jahren die vor allem in Süditalien verbreiteten INPS-Renten, und darin besonders das System der Invaliditätsrenten, durch eine Serie von Maßnahmen zu einem strukturpolitischen Förderinstrument für die ländliche Bevölkerung des Mezzogiorno aus. Die Behindertenrenten der INPS wurden praktisch zu einem staatlichen Einkommenszuschuss zu den prekären Verdiensten der Selbständigen und Landarbeiterschaft der mittel- und süditalienischen Regionen umfunktioniert.²⁸ Eine Schlüsselrolle in dieser klientelistischen Politik spielte die Versicherungsreform von 1969, mit der die Voraussetzungen für eine Behindertenrente der INPS entscheidend gelockert wurden. Um diese Zweckentfremdung der Behindertenrenten zu ermöglichen, behelfen sich die Behörden mit einem versicherungstechnischen Trick. Das entscheidende Kriterium für die Rentenvergabe, die Minderung der Erwerbstätigkeit, war nun nicht mehr nur von der körperlichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person abhängig, sondern neu auch von den sozialen und ökonomischen Umständen des regionalen Arbeitsmarktes. Wenn eine Weiterbeschäftigung der versicherten Person sich negativ auf den lokalen Arbeitsmarkt auszuwirken drohte – was bei der hohen Arbeitslosigkeit in Süditalien in der Regel der Fall war –, dann wurde dies als Grund für die Gewährung einer Behindertenrente angerechnet. Dieses neue sozialökonomische Kriterium wurde zwar ursprünglich zur Reduktion der Behindertenrenten im reicheren Norditalien ins Spiel gebracht, führte aber nach 1969 zu einem starken Anstieg der Rentenfälle im Süden.²⁹

Der sozialpolitische Expansionskurs wurde auch in den 1970er-Jahren weiterverfolgt. 1971 etwa wurde die Mindesteinbuße der Erwerbsfähigkeit, die zu einer Behindertenrente berechnete, von 66 auf 50 Prozent gesenkt.³⁰ Auch technische Inkonsistenzen zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen verstärkten die Attraktivität der Behindertenrenten. So konnte eine Altersrente der INPS erst nach 15, eine Behindertenrente dagegen schon nach fünf Beitrittsjahren ausgesprochen werden.³¹

Auf diese Weise wurden seit Mitte der 1960er-Jahre die sozialstaatlichen Leistungen zunehmend von der Alters- auf die Invaliditätsversicherung umgeschichtet – ein Prozess, der primär von einer Leistungsexpansion im Süden getrieben war. Einige Zahlen mögen dies illustrieren. Der Anteil der Behindertenrenten an allen Rentenfällen der INPS stieg zwischen 1960 und 1978 von 23 auf 43,1 Prozent. Unter den in Mittel- und Süditalien zahlreichen selbständigen Rentenempfängern war die Zunahme noch ausgeprägter. 1965 bezogen innerhalb der Kategorie der Bauern nur 24 Prozent eine Behinderten-, 76 Prozent dagegen eine Altersrente; in der Kategorie der Handwerker lag das Verhältnis bei 20 zu 80 Prozent. Innerhalb eines Jahrzehnts kehrte sich die Situation um: 1975 bezogen 70

27 Ebd., S. 346; *Peter Hertner*, Italien 1915–1980, in: Handbuch der europäischen Wirtschafts- und Sozialgeschichte, hrsg. von *Wolfram Fischer* u. a., Bd. 6, Stuttgart 1987, S. 998–1047, hier: S. 1034.

28 *Vitali*, S. 371 f.

29 Ebd., S. 355.

30 Die Angleichung betraf die industrielle und agrarische Arbeiterschaft, für Angestellte galt der 50-Prozent-Satz bereits früher. Ebd., S. 353.

31 *Körner*, S. 278; *Vitali*, S. 349 f.

Prozent der Bauern und Bäuerinnen eine Behinderten- und nur 30 Prozent eine Altersrente; unter den Handwerksberufen lag das Verhältnis zwischen Behinderten- und Altersrente bei 68 zu 32 Prozent.³² Die Entwicklung verstärkte auch die traditionellen regionalspezifischen Akzentsetzungen des italienischen Sozialstaats. Ende der 1970er-Jahre wurden von den INPS-Altersrenten zwei Drittel in Norditalien, von den Behindertenrenten dagegen zwei Drittel in Süditalien ausbezahlt.³³

Dieser massive Sozialstaatsausbau war innerhalb der Mitte-Links-Koalitionsregierungen kaum umstritten. Die Democrazia Cristiana (DC), die in den Mittelschichten Süd- und Mittelitaliens besonders stark verankert war, machte sich den Ausbau der INPS zunutze und förderte ihn als klientelistisches Sozialprogramm, nicht nur um sich die Unterstützung ihrer Wählerbasis zu sichern, sondern auch, um allfällige Oppositions- und Protestpotenziale, unter anderem unter der Landbevölkerung, zu dämpfen. Diese Politik, das Wachstum der Sozialversicherungen und die Vergabe von staatlichen Verwaltungsstellen, vor allem auf der Ebene der Provinzverwaltungen, zugunsten der eigenen Klientel und deren politischen Interessen zu nutzen, bildete seit den 1950er-Jahren ein traditionelles Muster der christlich-demokratischen Herrschaftssicherung.³⁴ Widerstand aus anderen Parteien brauchte die DC nicht zu befürchten. Sozialisten und Gewerkschaften hegten in den 1970er-Jahren keine grundsätzlichen Vorbehalte gegenüber dem Ausbau des italienischen Sozialstaats.

Im Rahmen der keynesianischen Wirtschaftspolitik machte ein Ausbau der Sozialstaatsprogramme auch nach der Rezession 1973/74 weiter Sinn, nicht zuletzt weil die Wirtschaftskrise vor allem den Süden traf und sich das Wohlstandsgefälle zwischen Nord und Süd weiter verschärfte.³⁵ Konsolidierende Reformen wurden deshalb aus Furcht vor negativen sozialpolitischen Auswirkungen aufgeschoben, einzelne Programme, etwa im Bereich der Spitalversorgung, als Krisenbekämpfung gar ausgedehnt.³⁶ Zwar wurden 1975 unter dem Eindruck der veränderten Konjunkturlage erste Sparmaßnahmen ergriffen, allerdings ohne den regionalpolitischen Schwerpunkt der Rentenprogramme grundsätzlich in Frage zu stellen. Die Anspruchsberechtigung für Behindertenrenten wurde zwar für Angestellte heraufgesetzt, von einer 50- auf eine 66-prozentige Minderung der Erwerbsfähigkeit; die Maßnahme betraf aber primär Rentenempfänger in Norditalien.³⁷ Letztlich hatte der konjunkturelle Umschwung der 1970er-Jahre keine nachhaltigen Folgen auf den sozialpolitischen Grundkurs. Der Ausbau der sozialen Sicherungssysteme wurde vielmehr als antizyklische Maßnahme gegen die Wirtschafts- und Inflationskrise weiter vorangetrieben.³⁸ Damit setzte sich die fragmentierte Entwicklung des italienischen Sozialstaats fort – Maurizio Ferrera und Elisabetta Gualmini sprechen von einem »wah-

32 Im Vergleich dazu nahm der Anteil der Behindertenrenten unter den Lohnabhängigen, ein überproportionaler Anteil davon in Norditalien, zwischen 1965 und 1975 nur von 39 auf 49 Prozent zu. *Vitali*, S. 364.

33 Ebd., S. 366.

34 *Giuseppe Di Palma*, *The Available State: Problems of Reform*, in: *Peter Lange/Sidney Tarrow* (Hrsg.), *Italy in Transition. Conflict and Consensus*, London 1980, S. 149–165, hier: S. 157 f.; *Warner*, S. 137–142; weiterführend: *Carlo Tullio-Altan*, *La nostra Italia. Arretratezza socio-culturale clientelismo, trasformismo e ribellismo dall'Unità ad oggi*, Mailand 1986, S. 158–163.

35 *Ferrera/Gualmini*, *Rescued by Europe?*, S. 40 f.

36 *Körner*, S. 196 f.; *Di Palma*, S. 152, 157–159; *Maurizio Ferrera*, *Italy*, in: *Peter Flora* (Hrsg.), *Growth to Limits. The Western European Welfare States Since World War II*, Bd. 2, Berlin 1986, S. 385–482, hier: S. 402; allgemein mit Bezug auf die Rentenpolitik der italienischen Parteien in der Nachkriegszeit: *Ezio Maestri*, *Pension Politics and Pension Policy in Italy. An Institutional Analysis of Pension Bills and Laws*, in: ebd., S. 483–499.

37 *Vitali*, S. 353.

38 *Di Palma*, S. 157 f.

ren Labyrinth von Privilegienkategorien«, das in Europa seinesgleichen suchte. 1974 überstiegen die Kosten für die Behindertenrenten sogar jene der staatlichen Alterspensionen, ebenfalls ein europaweiter Ausnahmefall.³⁹

Unter diesen Umständen breitete sich ein Krisenbewusstsein nur langsam aus. Kritik an der Sozialstaatsexpansion wurde zunächst in Expertenkreisen laut. Die Administration der INPS selbst hat 1975 explizit anerkannt, dass in der Alters- und Invaliditätsversicherung ein akuter Reformbedarf herrsche. Die INPS versuchte in der Folge, die Vergabe von Invalidenrenten restriktiver zu gestalten, indem vor allem die internen Gutachten der INPS-Experten wieder verstärkt auf medizinische Beurteilungskriterien ausgerichtet wurden. Auf diesem Weg gelang es, die steilen Zuwachsraten der Behindertenrenten in den Jahren vor 1975 für die zweite Hälfte der 1970er-Jahre vorübergehend zu bremsen.⁴⁰ Eine nachhaltige Wirkung auf die Kostenentwicklung blieb jedoch aus.

Unter den politischen Akteuren fehlte dagegen in den 1970er-Jahren jegliches Krisenbewusstsein. Dies war unter anderem eine Folge der veränderten politischen Kräfteverhältnisse zwischen den Christlich-Demokraten und der Linken. Im Anschluss an die Streikwelle im »Heißen Herbst« von 1969/70 vermochten sich die Gewerkschaften einen verstärkten Einfluss auf die Verwaltung der Rentenversicherung zu sichern, was eine sozialpolitische Kursänderung faktisch verunmöglichte.⁴¹ Die neuen gewerkschaftlichen Mitbestimmungsrechte führten dazu, dass die Gewährung einer Behindertenrente im Versicherungsalltag zunehmend politisiert wurde. Die letzte Entscheidungsgewalt über einen Antrag lag zwar bei der INPS, gestützt auf die Gutachten der internen Versicherungsärzte. Das Beschwerdeverfahren gestand jedoch den Versicherten – und als deren Vertreter den Gewerkschaften – weitreichende Klagerechte zu. Die Versicherten waren ermächtigt, eigene Ärzte für ein Gegengutachten vorzuschlagen – Ärzte, die meist von den regionalen Gewerkschaftsorganisationen gestellt und vom Arbeitsministerium bezahlt wurden. Auch sämtliche Verfahrenskosten wurden vom INPS getragen, selbst bei erfolglosen Beschwerden.⁴²

Ein breiter politischer Krisendiskurs setzte erst in den 1980er-Jahren, vor dem Hintergrund der staatlichen Verschuldungs- und Finanzkrise, ein. Politische Maßnahmen zur Reform der Alters- und Invaliditätsversicherung wurden allerdings nur zögerlich getroffen.⁴³ Erste wichtige Schritte wurden von der Mitte-Links-Regierung Bettino Craxi 1984 unternommen. Sie gliederte durch Zugangsbeschränkungen einen Teil der Leistungen der Invaliditätsversicherung an das Sozialhilfesystem (*Assistenza*) aus. Der Invaliditätsbegriff, der zu einer Behindertenrente berechnete, wurde auf das Kriterium der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Sozialpolitische oder arbeitsmarktsbezogene Kriterien für die Rentenvergabe wurden gestrichen. Außerdem wurde der Rentenanspruch nur noch bei vollständiger, dauerhafter Invalidität (100 Prozent) anerkannt. Fälle von Teilinvalidität wurden neu der Sozialhilfe übertragen. Auch der garantierte Berufsschutz wurde 1984 aufgehoben.⁴⁴ Die Reform löste eine teilweise Verlagerung der Invaliditätskosten vom Versicherungs- ins Fürsorgesystem aus. Dadurch konnte zumindest der Kostenanstieg in der

39 Ferrera/Gualmini, Rescued by Europe?, S. 42 (Zitat), 45.

40 Vitali, S. 355.

41 Marino Regini, Labour Unions, Industrial Action and Politics, in: Peter Lange/Sidney Tarrow (Hrsg.), Italy in Transition. Conflict and Consensus, London 1980, S. 49–66, hier: S. 58–61; Di Palma, S. 159 f.

42 Vitali, S. 356 f.

43 Ute Klammer, Alterssicherung in Italien. Eine institutionelle, theoretische und empirische Analyse, Berlin 1997, S. 109 f.

44 Christopher Prinz/Eva Thalhammer, Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter, 2 Bde., Bern 1999, hier: Bd. 1, S. 58 f.; Bd. 2, S. 28, 33 f.

Rentenversicherung vorübergehend eingedämmt werden.⁴⁵ Insgesamt blieb die Reform jedoch auf der organisatorischen Ebene stecken und erwies sich langfristig als ineffektiv.⁴⁶ Letztlich war der Bestand der Mitte-Links-Regierungen zu eng mit dem Leistungssystem des italienischen Sozialstaats verknüpft.

Es brauchte einen doppelten Umbruch, bis der Krisendiskurs in den 1990er-Jahren auch zu nachhaltigen politischen Maßnahmen führte. Dieser doppelte Umbruch bestand zum einen im Übergang von der »Ersten« zur »Zweiten Republik«, der durch den Schmiergeld- und Parteifinanzierungsskandal (Tangentopoli) 1992 ausgelöst wurde und in dessen Folge das bisherige Parteiensystem praktisch vollständig unterging. Die damit verbundene Transformation der politischen Interessenbindungen bot die Chance, die alten klientelistischen Strukturen innerhalb der staatlichen Sicherungssysteme aufzubrechen. Dieser parteipolitische Neuanfang manifestierte sich beispielsweise in den »technischen Regierungen« (den »governi tecnici« von Giuliano Amato und Lamberto Dini) nach 1992 und in der neuen konzertierten »Konsens-Politik« zwischen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden, die von den Politikwissenschaftlern Maurizio Ferrera und Martin Rhodes auch als »Neokorporatismus« bezeichnet wird.⁴⁷ Zum andern ist der Umbruch eine Folge supranationaler Vorgaben, vor allem in Form der Maastricht-Kriterien für den Beitritt zur europäischen Währungsunion, denen sich die italienische Regierung aussetzte. Es ist kein Zufall, dass der Reformdruck auf die Sanierung des italienischen Staatshaushaltes und damit verbunden der Sozialausgaben gerade zwischen 1992, dem Jahr des Maastricht-Vertrags, und 1997, dem Referenzjahr für die Währungsunion, am höchsten war.⁴⁸ Erst diese doppelte Diskontinuität auf nationaler und supranationaler Ebene ließ den sozialstaatlichen Krisendiskurs Italiens in den 1990er-Jahren politisch handlungsrelevant werden.

Die sozialstaatlichen Leistungssysteme für Behinderte wurden insbesondere im Rahmen der nach den Ministerpräsidenten benannten Amato- und Dini-Reformen 1992 und 1995 modernisiert. Beide Reformen betrafen generell die staatlichen Rentensysteme; die Invaliditätsrenten bildeten nur einen Teilbereich. Gestärkt wurde vor allem die Nachhaltigkeit der Rentensysteme, etwa 1992 mit der Abschwächung der Indexierung von einer dynamischen Lohn- auf eine reine Preisindexierung oder 1995 mit der Umstellung der vormaligen einkommensbezogenen Rentenberechnung auf eine auf dem Beitragsprinzip beruhenden Kalkulation.⁴⁹ Heraufgesetzt wurde auch die Anspruchsberechtigung für Alters- und Invaliditätsrenten (gemessen in der Anzahl der Beitragsjahre). Die Dini-Reform reduzierte außerdem die Leistungsniveaus der Invaliditätsrenten und verschärfte die Kontrolle über die Leistungsempfängerinnen und -empfänger.⁵⁰ Auch wenn Italien im europäischen Vergleich bis heute weiterhin überdurchschnittlich hohe Kosten für Behindertenrenten aufweist, wurde mit den Reformen der 1990er-Jahre ein längerfristig finanzierbares Leistungssystem eingeführt, das eine unkontrollierbare Kostenentwicklung wie in den 1970er- oder 1980er-Jahren ausschloss.⁵¹

45 Prinz/Thalhammer, Bd. 1, S. 58 f., Bd. 2, S. 28.

46 Ferrera/Gualmini, *Rescued by Europe?*, S. 94 f.

47 Ferrera/Gualmini, *Reforms*, S. 196 ff., S. 202 ff.; Rhodes, S. 15, 17 f.

48 Ferrera/Gualmini, *Rescued by Europe?*, S. 109–120; vgl. auch Ferrera/Gualmini, *Reforms*, S. 197–203.

49 Vgl. wiederum den Beitrag von Ebbinghaus und Schulze in diesem Band.

50 Ferrera/Gualmini, *Reforms*, S. 190–192; Ferrera/Gualmini, *Rescued by Europe?*, S. 109–114; Prinz/Thalhammer, Bd. 2, 33 f.

51 Prinz/Thalhammer, Bd. 2, S. 36–39.

III. VON DER *DUTCH DISEASE* ZUM *POLDER MODEL*: TRADE-OFF ZWISCHEN ARBEITSLOSEN- UND INVALIDITÄTSVERSICHERUNGSKOSTEN IN DEN NIEDERLANDEN

Die Niederlande geben wie eingangs erwähnt einen im internationalen Vergleich überdurchschnittlichen Anteil der Sozialleistungen für Invaliditätsausgaben aus. Ähnlich wie in Italien geht dieses Ausgabenniveau auf einen intendierten Transfer von Erwerbsunfähigkeitsrenten für fremde sozialpolitische Zwecke zurück. Im Unterschied zu Italien ging es bei dieser Zweckentfremdung nicht um die Renten- sondern um die Arbeitslosenversicherung. Konkret beruhte die Kostensteigerung in der Invaliditätsversicherung auf einer Art Verschleierungspolitik, mit der die Regierung eine Debatte um die steigende Arbeitslosigkeit dadurch zu verhindern suchte, indem sie es zuließ, dass Arbeitslose nicht durch Leistungen der Arbeitslosen- sondern der Invalidenversicherung entschädigt wurden. Ebenfalls anders als in Italien kommt für die Niederlande als zweiter Krisenfaktor hinzu, dass die Kostensteigerung der Invaliditätsversicherung eng mit einer Steuerungskrise der holländischen Arbeiterversicherung, genauer den mangelnden Interventionsmöglichkeiten der staatlichen Aufsichtsbehörden gegenüber den korporatistischen Verwaltungsgremien der Sozialversicherungen, zusammenhängt. Dieses Steuerungsproblem prägte auch den spezifisch holländischen Reformweg, der im Unterschied zu den anderen Fallbeispielen eine dezidierte Privatisierungsstrategie einschlug.

Die Niederlande besitzen ein zweigeteiltes Sozialstaatssystem mit einer universalistischen, vom Beschäftigungsstatus unabhängigen und weitgehend beitragsfinanzierten nationalen Alters- und Hinterbliebenenversicherung und einer integrierten »Arbeitnehmerversicherung« (*Werknemersverzekeringen*), die überwiegend aus Unternehmerbeiträgen finanziert ist und aus einer Kranken-, einer Arbeitslosen- und einer Rentenversicherung besteht.⁵² Beide Bereiche waren in der frühen Nachkriegszeit an der Sicherung von Invaliditätsfällen beteiligt. Lohnabhängige Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen waren in den korporatistischen Arbeitnehmersicherungen versichert und profitierten von einem vergleichsweise hohen Rentenniveau. Die restliche Bevölkerung war im Invaliditätsfall auf die universalistisch organisierte, aber dürrig ausgestattete staatliche Rentenversicherung angewiesen. Beide Systeme zielten primär auf die passive Versorgung der Versicherten durch finanzielle Transferleistungen ohne aktive Reintegration ins Beschäftigungssystem.

Der Versicherungsschutz gegenüber Invalidität wurde in zwei Schritten, 1967 und 1976, stark ausgebaut. Die korporatistische Klassenversicherung wurde aufgegeben und durch eine universalistische Invalidenversicherung ersetzt, die jedoch deutlich großzügigere Leistungen bezahlte und sich dafür an den höheren Leistungsstandards der Arbeitnehmersicherungen orientierte. Die Rentenleistungen sollten sich allein nach dem Risiko (bzw. nach dem Ausmaß des Einkommensverlustes) bemessen und nicht, wie vorher, nach dem Erwerbsstatus des Behinderten. Auch der Berufsschutz wurde garantiert.⁵³ Die Verwaltung wurde den korporatistischen Betriebsvereinigungen überlassen – der Staat beschränkte sich, das System gleichsam »fernzusteuern«, wie die beiden Sozialwissenschaftler Jelle Visser und Anton Hemerijck in ihrer Studie über die holländischen Sozialstaatsreformen treffend formulierten.⁵⁴

52 Philip Manow, »The Good, the Bad, and the Ugly«. Esping-Andersens Sozialstaats-Typologie und die konfessionellen Wurzeln des westlichen Wohlfahrtsstaats, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 54, 2002, S. 203–225, hier: S. 207.

53 Susanne Liesbeth Kuipers, *Cast in Concrete? The Institutional Dynamics of Belgian and Dutch Social Policy Reform*, Delft 2004, S. 149 ff.

54 Jelle Visser/Anton Hemerijck, *Ein holländisches Wunder? Reform des Sozialstaates und Beschäftigungswachstum in den Niederlanden*, Frankfurt/Main 1998, S. 168.

Der Ausbau der Invalidenversicherung wurde gleichermaßen von sozialdemokratischer wie von christlich-demokratischer Seite unterstützt und galt als tragende Säule der expansiven Sozialpolitik der 1960er- und 1970er-Jahre.⁵⁵ Allerdings wurde der letzte Ausbaus Schritt 1976 nicht ohne politische Bedenken gegenüber den Kostenfolgen beschlossen. Die progressive, sozialdemokratisch-linkskatholische Koalitionsregierung unter Joop Den Uyl schlug damals neben dem Ausbau zugleich verschärfte Anspruchskriterien für Versicherungsleistungen vor, die aber im Parlament und unter den Sozialpartnern auf heftige Opposition stießen und nicht umgesetzt wurden.⁵⁶

Als verschärfender Faktor kam die steigende Arbeitslosigkeit seit Ende der 1970er-Jahre und vor allem nach der für die Niederlande schweren Wirtschaftskrise von 1981–1983 hinzu. Die Gewinne aus der Erdgasförderung hatten dem niederländischen Staat zwar seit den 1960er-Jahren eine wichtige Einnahmequelle erschlossen, doch führte der Rohstoffboom auch zur Stärkung des Guldens und damit zu einer zunehmenden Belastung für die exportorientierte niederländische Wirtschaft – ein Phänomen, das in den 1980er-Jahren als *Dutch Disease* bekannt wurde.⁵⁷ Die Sozialversicherungen, darunter insbesondere die Invaliditätsversicherung, versprachen zunächst eine vorübergehende Linderung der *Dutch Disease*. Seit Beginn der 1980er-Jahre wurden Fälle von Arbeitslosigkeit oder von Frühverrentung von den Betriebsvereinigungen zunehmend als Behinderte anerkannt und der Invaliditätsversicherung übergeben. Der *trade-off* zwischen Invaliditäts- und Arbeitslosenversicherung war keine konzertierte Aktion, sondern ein inkrementeller, von den korporatistischen Verwaltungsgremien getriebener Trend. Die Invaliditätsversicherung war unter den Betriebsvereinigungen und der Arbeiterschaft wegen ihrer höheren Entschädigungsansätze klar beliebter als die Arbeitslosenversicherung. Weil die Betriebsvereinigungen sowohl für Fälle von Arbeitslosigkeit wie für Invaliditätsfälle zuständig waren, fehlten jegliche institutionelle Hindernisse für den Transfer. Die Zweckentfremdung der Invalidenversicherung lag anfangs durchaus im Interesse der politischen Behörden. Die Angst vor der öffentlichen Kontroverse um die steigende Arbeitslosenquote wog schwerer als die Bedenken gegenüber der »Invalidisierung« von Arbeitslosigkeit.⁵⁸

Obwohl die Erwerbsunfähigkeitsversicherung formal auch Integrationsmaßnahmen vorsah, blieb es meist bei den passiven finanziellen Entschädigungen. Als Folge gerieten die Niederlande in jenen sozialstaatlichen Teufelskreis, den Esping-Andersen einprägsam als »soziale Sicherung ohne Arbeit« bezeichnet hat.⁵⁹ Die steigenden Sozialstaatskosten wirkten sich auf die Lohnnebenkosten aus, deren Erhöhung wiederum Unternehmen zu einem verstärkten Arbeitsplatzabbau veranlasste. Dies wiederum verstärkte den Druck auf den Sozialstaat. Obwohl die Rentenkosten für Behinderungen stark zunahmen, finanzierten die Behörden anfangs der 1980er-Jahre die steigenden Sozialstaatsleistungen bereitwillig weiter, unter anderem weil weiterhin ausreichend Erdgaseinnahmen zur Verfügung standen.

55 Kuipers, S. 149 f.

56 Leo J. M. Aarts/Philip R. de Jong, Evaluating the 1987 and 1993 Social Welfare Reforms. From Disappointment to Potential Success, in: Leo J. M. Aarts/Richard V. Burkhauser/Philip R. de Jong (Hrsg.), *Curing the Dutch Disease. An International Perspective on Disability Policy Reform*, Aldershot 1996, S. 47–70, hier: S. 47; vgl. auch: Leo J. M. Aarts/Philip R. de Jong, *The Dutch Disability Program and How it Grew*, in: ebd., S. 21–46.

57 Wiemer Salverda, *The Dutch Model. Magic in a Flat Landscape*, in: Uwe Becker/Herman Schwartz (Hrsg.), *Employment »Miracles«. A Critical Comparison of the Dutch, Scandinavian, Swiss, Australian and Irish Cases versus Germany and the US*, Amsterdam 2005, S. 39–64, hier: S. 39 f.

58 Kuipers, S. 151–161; Prinz/Thalhammer, Bd. 1, S. 60.

59 Zitiert nach: Visser/Hemerijck, S. 187 f.

Mit dem liberalen Kurswechsel nach Antritt des christlich-demokratisch-liberalen Kabinetts unter Ruud Lubbers 1982 nahm die Regierung eine zunehmend kritischere Haltung gegenüber dem Sozialstaatsausbau ein.⁶⁰ Staatliche Interventionen zur Kosteneindämmung blieben jedoch wegen der dezentral-korporatistischen Organisation der Arbeitnehmerversicherungen zunächst folgenlos. In diesem Sinne verweisen die Reformversuche unter Lubbers exemplarisch auf die beschränkten Interventionsmöglichkeiten staatlicher Akteure in einem dezentral-korporatistischen Sozialversicherungssystem. Als nach 1982 die Reformbemühungen intensiviert wurden, zeitigten sie wegen des Widerstands der Arbeitnehmerversicherungen kontraproduktive Effekte. Die Sozialpartner verwalteten das Versicherungssystem über weite Teile autonom und bestimmten auch die medizinischen Kontrollgremien. Kürzungen der Leistungsberechtigungen, die das Kabinett Lubbers 1985 auf nationaler Ebene vornahm, wurden von den Betriebsvereinigungen konterkariert, indem diese den Versicherten in kompensatorischer Absicht umso höhere Invaliditätsgrade zugestand.⁶¹ So stiegen die Rentenkosten für Invaliditätsfälle Ende der 1980er-Jahre weiter an, obwohl sich die Arbeitslosigkeit vorübergehend abschwächte.⁶² Anfangs der 1990er-Jahre erhielt schließlich eine von fünf Personen im Beschäftigungsalter eine Invaliditätsrente.⁶³

Die anhaltende Krise der Invaliditätsversicherung kontrastiert stark mit den Arbeitsmarktformen der 1980er-Jahre, die im Rückblick oft als modellhaft wahrgenommen und unter Begriffen wie dem »holländischen Modell«, dem *Polder model* oder dem »holländischen Wunder« subsumiert werden.⁶⁴ 1982 einigten sich Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften im Wassenaar-Abkommen auf eine Politik der Lohnzurückhaltung, um damit neue wettbewerbsfähige Arbeitsplätze zu schaffen, den Wirtschaftsaufschwung anzukurbeln und damit dem Teufelskreis der Holländischen Krankheit zu entfliehen.⁶⁵ Die Entwicklung der Invaliditätsversicherung zeigt, dass die Erfolgswirkung, die dem »kompetitiven Korporatismus« von Wassenaar gemeinhin zugeschrieben wird, bei genauerem Hinsehen nur bedingt eintrat. Zwar gingen die Arbeitslosenraten nach 1982 schrittweise zurück, doch beruhte ein Teil dieses Rückgangs auf dem parallelen Anstieg der Invaliditätsfälle, ohne dass die Anzahl Arbeitsplätze nachhaltig vermehrt worden wäre.⁶⁶ Die nach wie vor hohe Rate an Invaliditätsfällen steht damit für die Schattenseite des vermeintlichen holländischen Wunders.

Weil die Arbeitslosenquote trotz Lohnzurückhaltung bis Ende der 1980er-Jahre vergleichsweise hoch blieb, griff auch in einer breiteren Öffentlichkeit ein steigendes Krisenbewusstsein um sich.⁶⁷ Vor diesem Hintergrund setzte in den 1990er-Jahren, teilweise noch unter Lubbers, insbesondere aber unter der als violett titulierten sozialdemokratisch-liberalen Koalition von Wim Kok, ein nachhaltiger Reformschub ein. Die Wende lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. In parteipolitischer Hinsicht hatte sich die Sozialdemokratie anfangs der 1990er-Jahre zunehmend von den Positionen der Gewerkschaften getrennt, Sozialstaatsreformen auch gegen innerparteilichen Widerstand und hohe Wahlverluste (1994) unterstützt und anschließend in der violetten Koalitionsregierung auch durchgesetzt. Als weiterer Faktor kommen die für die Niederlande wichtigen Sachverständigeneinrichtungen in wirtschafts- und sozialpolitischen Fragen hinzu. Alle

60 Aarts/de Jong, Evaluating.

61 Visser/Hemerijck, S. 185 f.

62 Kuipers, S. 151 f., 166–172.

63 Ebd., S. 151.

64 Salverda, S. 39–41; Visser/Hemerijck.

65 Visser/Hemerijck, S. 138 ff.

66 Salverda, S. 41 f.

67 Kuipers, S. 154 f.; Leo J. M. Aarts/Richard V. Burkhauser/Philip R. de Jong, Introduction and Overview, in: *dies.*, Curing the Dutch Disease, S. 1–20, hier: S. 4 f.

wichtigen regierungsnahen Beratungseinrichtungen wie der *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid* (Wissenschaftlicher Beirat für Regierungspolitik, WRR), der *Sociaal-Economische Raad* (Rat für Sozial- und Wirtschaftspolitik, SER) wie auch das *Centraal Planbureau* (Zentrales Planungsbüro, CPB) unterstützten den Reformkurs der Regierung.⁶⁸ Diese parteipolitisch neutralen Einrichtungen waren ein wichtiger Faktor für den schrittweisen Umschwung der öffentlichen Meinung.

In mehreren Reformschritten gelang es den liberal-sozialdemokratischen Koalitionsregierungen unter Lubbers und später Wim Kok, durch weitere Leistungskürzungen, strengere Anspruchsvoraussetzungen, die Streichung des Berufsschutzes und den Ausbau von Kontroll- und Rehabilitationsmaßnahmen die Kostensteigerung zu dämpfen und die Anzahl von Vollrenten zugunsten von Teilrenten zu reduzieren.⁶⁹ Allerdings blieb das Ungleichgewicht zwischen Behinderten- und Altersrenten noch über die Reform hinaus bestehen, insbesondere als die Arbeitslosigkeit Ende der 1990er-Jahre sich abschwächte. 1997 kamen in den Niederlanden weiterhin 2,5 Behindertenrenten auf eine Altersrente (gegenüber 0,5 Behindertenrenten pro Altersrente in Deutschland).⁷⁰

Europaweit einzigartig ist die Deregulierungs- und Privatisierungsstrategie, wie sie unter Lubbers eingeleitet und von Kok nach 1994 weitergeführt wurde. Der Grundsatz der Selbstverwaltung wurde in der Arbeitnehmersicherung aufgehoben und damit auch das bisherige Monopol der Betriebsvereinigungen beseitigt. In der Kranken- und der Invaliditätsversicherung wurde nun neben den Betriebsvereinigungen auch die private Versicherungsindustrie zur Verwaltung der Sozialversicherung zugelassen, um die Konkurrenz zwischen privaten und öffentlichen Versicherungsanbietern zu verstärken. Von dieser »managed competition« erhofften sich die Behörden einen kostensenkenden Wettbewerb und eine Verringerung der Steuerungsproblematik.⁷¹ Die Folgen dieser Entwicklung sind erst in Ansätzen absehbar. Unter anderem wurde durch die Wahlfreiheit über das Versicherungsmodell die Stellung der Arbeitgeber deutlich gestärkt, was etwa in der Krankenversicherung dazu führte, dass Personen mit hohen Gesundheitsrisiken auf dem Arbeitsmarkt stärker diskriminiert wurden.⁷²

IV. FOLGEN BESCHRÄNKTER MAßNAHMEN ZUR WIEDEREINGLIEDERUNG: KRISENDEBATTEN UM DIE SCHWEIZERISCHEN INVALIDENVERSICHERUNG IN DEN 1990ER-JAHREN

Die Schweiz unterscheidet sich von Italien und den Niederlanden in mehrfacher Hinsicht. Zunächst setzte der Krisendiskurs hier vergleichsweise spät, erst in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre ein. Außerdem lässt sich die Kostensteigerung in der schweizerischen Invalidenversicherung nicht wie in den Niederlanden oder Italien direkt auf externe Probleme wie die steigende Arbeitslosigkeit oder die Altersarmut zurückführen. Schließlich wurde in der schweizerischen Öffentlichkeit die Krisendiagnose vorwiegend mit medizinisch-administrativen Ursachen in Verbindung gebracht, so etwa mit der Häufung bestimmter Behinderungen in der Invaliditätsstatistik oder mit der Organisation der medizinischen Versicherungsleistungen. Diese Medikalisierung der Krisendiskussion lässt sich einerseits auf die zentralisierte Institutionentradi-tion der schweizerischen Invalidi-

68 *Visser/Hemerijck*, S. 192 ff.

69 Die Renten für Invaliditätsgrade von 80–100% machten 1985 noch 91% aller neuen Invaliditätsfälle aus; 1995 waren es noch 69%, 1997 74%. *Prinz/Thalhammer*, Bd. 1, S. 50–56.; für eine vergleichende Übersicht über die Reformen vgl. *Aarts/de Jong*, Evaluating.

70 *Prinz/Thalhammer*, Bd. 1, S. 51.

71 *Visser/Hemerijck*, S. 201 f.; *Aarts/de Jong*, Dutch Disability Program, S. 23.

72 *Prinz/Thalhammer*, Bd. 1, S. 60 f., Bd. 2, S. 54 f.; *Kuipers*, S. 165 ff.

tätsversicherung, andererseits auf den ambivalenten Stellenwert der medizinischen Rehabilitation in der Invalidenversicherung zurückführen.

Der schweizerische Sozialstaat gilt in der historischen Forschung als ein hybrides Gebilde, das – in der Begrifflichkeit von Esping-Andersen formuliert – sowohl liberale, konservativ-korporatistische wie sozialdemokratisch-universalistische Elemente aufweist.⁷³ Das Risiko Invalidität ist im schweizerischen Sozialstaat in zwei unterschiedlichen Formen abgesichert. Unselbstständig Beschäftigte sind für unfallbedingte Behinderungen der korporatistisch organisierten staatlichen Unfallversicherung unterstellt. Alle anderen Fälle, d. h. Behinderungen von Selbstständigen oder Nichterwerbstätigen sowie alle geburts- und krankheitsbedingten Behinderungen, sind in der universalistischen staatlichen Invalidenversicherung abgesichert. Die 1918 gegründete staatliche Unfallversicherung war nach dem Modell der deutschen Berufsgenossenschaften organisiert und maß ähnlich wie diese dem Rehabilitationsaspekt bei der Behindertenbetreuung einen hohen Stellenwert bei. Dieses Versicherungsmodell hat sich in der Nachkriegszeit als außerordentlich krisensicher erwiesen. Ein mit den anderen Sozialversicherungszweigen vergleichbarer Krisendiskurs lässt sich für die Unfallversicherung bis heute nicht ausmachen.⁷⁴

Der hier relevante Krisendiskurs betrifft ausschließlich die zweite wichtige Sozialstaatsinstitution für Behinderte, die staatliche Invalidenversicherung. Diese wurde erst 1960 gegründet. Vorher kannte die Schweiz, abgesehen von der Unfallversicherung, keine zentralstaatlichen Einrichtungen zur Versicherung oder Versorgung von Behinderten. Die Behindertenpolitik lag vielmehr in den Händen der kommunalen Fürsorgeämter oder privater Wohlfahrtseinrichtungen. Weil die Schweiz weder im Ersten noch im Zweiten Weltkrieg aktiv an den Kriegshandlungen teilnahm, fehlte im Anschluss an die Kriege auch ein Bedarf an Institutionen zur Kriegsbeschädigtenfürsorge. Deshalb existierten bis 1960 keine gesetzlichen Maßnahmen zur Erwerbsbefähigung oder Eingliederung von Körperbehinderten.⁷⁵

Dieses lückenhafte und fragmentierte Sicherungssystem wurde seit der Zwischenkriegszeit kritisiert. Orientiert an der bismarckschen Invaliditäts- und Altersversicherung plante die schweizerische Regierung bereits 1919 die Einführung einer kombinierten Alters- und Invaliditätsversicherung.⁷⁶ Aus finanziellen Überlegungen wurde die Vorlage in der Zwischenkriegszeit unterteilt. Die Alters- und Hinterbliebenenversicherung wurde im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg 1948 eingeführt; erst danach nahmen die Behörden die Vorbereitung der Invaliditätsversicherung wieder in Angriff. Die in den 1950er-Jahren gestaltete Vorlage versprach eine moderne nationale Invalidenversicherung, mit einem universalistischen Versicherungsschutz für die gesamte Wohnbevölkerung und finanziellen Leistungen für den Erwerbsausfall sowie für medizinische und berufliche Maßnahmen zur Wiedereingliederung der Behinderten in die Arbeitswelt, ganz nach dem Grundsatz »Integration vor Rent«.⁷⁷

73 Brigitte Studer, Soziale Sicherheit für alle? Das Projekt Sozialstaat, in: *dies.* (Hrsg.), *Etappen des Bundesstaates. Staats- und Nationsbildung der Schweiz, 1848–1998*, Zürich 1998, S. 159–186, hier: S. 163 f., 180 f.; Herbert Obinger, *Politische Institutionen und Sozialpolitik in der Schweiz. Der Einfluß von Nebenregierungen auf Struktur und Entwicklungsdynamik des schweizerischen Sozialstaates*, Frankfurt/Main 1998, S. 226.

74 Vgl. zur Geschichte der schweizerischen Unfallversicherung: Martin Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870–1970*, Köln 2006.

75 Francis Sandmeier, *Die berufliche Eingliederung Behinderter in der Schweiz*, Zürich 1960.

76 Für die folgenden Ausführungen vgl. Urs Germann, »Eingliederung vor Rent«. Die Politik zur Eingliederung Behinderter im Kontext der Entstehungsgeschichte der schweizerischen Invalidenversicherung, erscheint in: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 57, 2007 (im Druck).

77 Jürg H. Sommer, *Das Ringen um soziale Sicherheit in der Schweiz. Eine politisch-ökonomische Analyse der Ursprünge, Entwicklungen und Perspektiven sozialer Sicherung im Widerstreit zwischen Gruppeninteressen und volkswirtschaftlicher Tragbarkeit*, Diessenhofen 1978, S. 620 f.

Für die aktive Unterstützung von Rehabilitation und Reintegration sprachen verschiedene Gründe. Einerseits entsprach ein solches Leistungsprofil den Empfehlungen von Fachorganisationen wie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO). Zweitens wurde der Wiedereingliederungsgedanke auch von einer breiten politischen Koalition unterstützt. Aus der Sicht sozialdemokratischer Exponenten stärkte die Weiterbeschäftigung von Behinderten deren soziale Rechte; aus einer liberalen oder konservativen Perspektive bildete die Reintegration eine Sparmaßnahme, die sich dämpfend auf die Rentenkosten der neuen Sozialversicherung auswirken würde. In diesem Sinne gewährte die Invalidenversicherung ab 1960 nicht nur Tagegelder, sondern übernahm auch die medizinischen Behandlungs- und Pflegekosten und die Auslagen für Berufsberatung, Arbeitsvermittlung sowie für Maßnahmen zur beruflichen Ausbildung oder Umschulung. Im Unterschied zu Deutschland oder Großbritannien verzichtete die Schweiz allerdings auf Zwangsmaßnahmen zur Wiedereingliederung. So gab es keine Arbeitsplatzgarantien für Behinderte oder Arbeitsplatzquoten für größere Unternehmen. In den 1950er-Jahren schienen solche Zwänge auch überflüssig. Einerseits war die Anzahl Behinderte in der Schweiz geringer als in Ländern mit einer Kriegsbeschädigtengeneration, andererseits war die Stellenvermittlung für Invaliditätsfälle angesichts des Arbeitskräftemangels der 1950er- und 1960er-Jahre kein Problem.

Dieses Parallelsystem zwischen Unfall- und Invalidenversicherung gehörte bis in die 1980er-Jahre zu den europaweit kostengünstigsten Versicherungsmodellen für Invaliditätsrisiken, nicht zuletzt weil externe Anreize zur Invalidisierung von Fällen der Renten- oder Arbeitslosenversicherung (wie in Italien oder den Niederlanden) dank der geringen Arbeitslosigkeit der 1970er- und 1980er-Jahre weitgehend fehlten. Gemessen an der Anzahl Invalidenrentnerinnen und -rentner pro 1.000 Beschäftigte besaß die Schweiz Ende der 1990er-Jahre im europäischen Vergleich einen der geringsten sogenannten Invaliditätsquotienten.⁷⁸

Die Krisendebatte entzündete sich an den Kostensteigerungen der Invalidenversicherung. Praktisch seit ihrer Gründung wies die Invalidenversicherung einen starken Anstieg der Ausgaben aus, in den 1960er- und 1970er-Jahren meist über zehn Prozent jährlich (vgl. Tabelle 2). Zur Finanzierung mussten die Beitragssätze der lohnbasierten Prämien um 1970 mehrfach erhöht werden, von 0,4 Prozent (bis 1967) auf 1,0 Prozent (ab 1974) und später in den 1990er-Jahren erneut bis auf 1,4 Prozent (ab 1994).⁷⁹ Bis zur Rezession 1974/75 wurde das rasante Ausgabenwachstum allerdings kaum kritisch diskutiert. Eine öffentliche Krisendiskussion setzte erst 1976 ein. Die politischen Maßnahmen, die zur Sanierung der Invalidenversicherung beschlossen wurden, zielten damals vor allem auf eine effizientere Verwaltung, ohne das Leistungsniveau infrage zu stellen.⁸⁰

78 Die Schweiz besaß 1997 einen Invaliditätsquotienten von 48, Deutschland und Österreich von 69, die Niederlande von 131, Italien dagegen nach den D'Amato- und Dini-Reformen von 32. Der Invaliditätsquotient misst die Anzahl Invalidenrentner und -rentnerinnen pro 1.000 Beschäftigte. Nach *Prinz/Thalmann*, Bd. 1, S. 50.

79 *Sommer*, S. 622; Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik 2006, Bern 2006, S. 4.

80 *Sommer*, S. 631.

Tabelle 2: Kostenentwicklung der schweizerischen Invalidenversicherung (1960–2005)

Jahr	Ausgaben (in Mio. CHF)	Anstieg in % (pro Jahrzehnt)
1961*	156.3	
1970	592.7	279
1980	2151.8	263
1990	4133.2	92
2000	8717.9	111
2005	11561.3	33 (pro 5 Jahre)

* Die Ausgaben für das Eröffnungsjahr 1960 lassen sich nicht mit einem normalen Jahr vergleichen; deshalb wurde als erstes Referenzjahr das Jahr 1961 benutzt.

Quellen: Sommer 1978, S. 623; Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Statistik 2006, Tabellenteil, S. 1 f.; Entwicklung der Betriebsrechnungen der IV seit 1960, URL: <<http://www.iv.bsv.admin.ch>> [21.3.2007].

Ein zweiter, politisch folgenreicherer Krisendiskurs folgte in den 1990er-Jahren. In dieser Zeit stieg die Arbeitslosenquote auf zeitweise über fünf Prozent an, gegenüber maximal einem Prozent zwischen 1970 und 1990. Parallel dazu erhöhten sich auch die Ausgaben für Behindertenrenten weiter. Die Kosten der Invalidenversicherung verdoppelten sich zwischen 1990 und 2000, auch die Behindertenrenten der Unfallversicherung nahmen überdurchschnittlich zu.⁸¹ Die Gründe für die Kostensteigerung sind vielschichtig, doch hatte auch in der Schweiz die Arbeitslosigkeit einen wesentlichen Anteil an der Entwicklung. Es kam zwar zu keinen intendierten, systematischen Transfers von Invaliditätsleistungen für Fälle von Arbeitslosigkeit wie in den Niederlanden oder Italien. Doch indirekt erhöhte die Arbeitslosigkeit die Hürden für die Wiedereingliederung von Behinderten; entsprechend nahm die Reintegrationsquote ab und erhöhten sich parallel die Rentenkosten. Für diese These spricht unter anderem, dass in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit auch die Kosten der Invalidenversicherung überdurchschnittlich zunahmten.⁸² Die fehlenden Zwangsinstrumente zur Wiedereingliederung von Behinderten erwiesen sich nun als kostspieliger Nachteil der schweizerischen Invalidenversicherung.⁸³

Ende der 1990er-Jahre setzte eine breite, kritische Debatte über die Kostensteigerung der Invalidenversicherung ein. Dabei drehte sich die Debatte nicht primär um sozial- oder wirtschaftspolitische Faktoren der steigenden Invaliditätsraten, sondern um die medizinischen Gründe für die Behinderungen – insofern reflektierte der Krisendiskurs die Bedeutung der medizinischen und beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen in der Invalidenversicherung. Im Mittelpunkt der Debatten standen psychische oder neurologische Erkrankungen (psychische Behinderungen, Schleudertrauma, Rückenprobleme), die in den 1980er- und 1990er-Jahren besonders stark zugenommen hatten, sowie deren medizinische und administrative Behandlung durch die Invaliden- und Unfallversicherung.⁸⁴

81 Erwin Murer, Die UV- und IV-rechtliche Auseinandersetzung mit psychischen Störungen – eine Zwischenbilanz, in: ders. (Hrsg.), Psychische Störungen und die Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung. Bern 2002, S. 3–55, hier: S. 3 f.

82 Parlamentsdienste, Faktoren des Rentenwachstums in der Invalidenversicherung. Bericht zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates, Juni 2005, hrsg. von der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle, Bern 2005, S. 17 f.

83 Parlamentsdienste, S. 18.

84 Murer, S. 3 f.

Auch Sparmaßnahmen wurden primär auf der Ebene der medizinischen Diagnose- und Behandlungsverfahren gesucht, etwa durch die Stärkung der diagnostischen Früherkennung, die Verbesserung der medizinischen Rehabilitations- und der beruflichen Reintegrationsmaßnahmen oder durch die Beschleunigung der administrativen Verfahren, damit die Versicherungsbehörden möglichst umgehend einen Wiedereingliederungsprozess einleiten können.⁸⁵

Weil die Invalidenversicherung in der Schweiz nicht korporatistisch verwaltet wird und die Sozialpartner deshalb kaum ins System eingebunden sind, entwickelte sich das Thema schnell zum Spielball parteipolitischer Kontroversen. Auf der einen Seite standen rechtskonservative Parteien wie die Schweizerische Volkspartei (SVP), die den Kostenanstieg vor den Parlamentswahlen 2003 medienwirksam auf das Schlagwort der »Scheininvalidität« reduzierten und drastische Leistungskürzungen propagierten. Auf der anderen Seite argumentieren linke Parteien für eine Verstärkung der Integrationsmaßnahmen bis hin zur Einführung von verbindlichen Arbeitsplatzquoten für Großunternehmen. Die Auseinandersetzung ist gegenwärtig noch in vollem Gang. Als erster Schritt zu einem Konsens zeichnen sich ein Ausbau der medizinischen Früherkennung sowie Rentenkürzungen für Behinderte ab. Eine verbindliche Arbeitsplatzquote bleibt allerdings auf absehbare Zeit politisch chancenlos.⁸⁶ Mittelfristig steht die Sanierung der aufgelaufenen Defizite durch eine Erhöhung der Mehrwertsteuer zur Debatte. Ein Ende der Kontroverse ist im Moment aber noch nicht abzusehen.

V. IM SCHATTEN VON RENTE UND ARBEITSLÖSENVERSICHERUNG: GRÜNDE FÜR DEN FEHLENDEN KRISENDISKURS IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Die Bundesrepublik Deutschland ist unter den untersuchten Fallbeispielen ein Ausnahmefall. Im Unterschied zu den anderen Staaten fand in Deutschland kein nachhaltiger Krisendiskurs über die Invaliditätsversicherung statt. Die sozialstaatliche Sicherung des Invaliditätsrisikos, die teilweise der Renten-, teilweise der Unfallversicherung zustand, trat gegenüber den großen Sozialstaatsdebatten der Nachkriegszeit um die Renten-, die Kranken- und die Arbeitslosenversicherung völlig in den Hintergrund.⁸⁷ Das System funktio-

⁸⁵ *Prinz/Thalhammer*, Bd. 1, S. 71–92.

⁸⁶ Die entsprechende Revision des Invalidenversicherungsgesetzes wurde am 17. Juni 2007 im Rahmen einer Volksabstimmung mit 59 Prozent Ja-Stimmen klar angenommen. Vgl. *Neue Zürcher Zeitung*, 18. Juni 2007.

⁸⁷ Vgl. etwa *Jens Alber*, *Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950–1983*, Frankfurt/Main 1989, S. 284–298; *Detlev Zöllner*, *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland*, in: *Peter A. Köhler/Hans F. Zacher* (Hrsg.), *Ein Jahrhundert Sozialversicherung in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz*, Berlin 1981, S. 51–179, hier: S. 141 ff., 151 f., 163 ff. In Überblicksdarstellungen zu den sozialstaatlichen Reformdebatten fehlt das Thema Behinderung meist vollständig, vgl. etwa: *Lothar Lissner/Josef Wöss*, *Umbau statt Abbau. Sozialstaaten im Vergleich Deutschland, Österreich, Schweden*, Frankfurt/Main 1999, S. 97–123; *Jens Borchert*, *Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaates. Großbritannien, Kanada, die USA und Deutschland im Vergleich*, Frankfurt/Main 1995, S. 207–237. Auch die einschlägigen Kapitel der Handbuchliteratur betonen meist die reguläre, krisenfreie Entwicklung der fürs Behindertenrisiko maßgeblichen Unfall- und Rentenversicherung. Vgl. *Johannes Frerich/Martin Frey*, *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland*, Bd. 3: *Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit*, München 1993, S. 77 ff., 80 ff., 279 ff.; oder die Kapitel »Unfallversicherung« und »Rehabilitation und Hilfen für Behinderte« der bislang erschienenen Bände der *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesarchiv: *Wolfgang Gitter*, *Unfallversicherung*, in: *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*,

nierte vergleichsweise lautlos und effizient – bis heute liegen die Kosten für Behindertenrenten und die Zahl der Rentenempfängerinnen und -empfänger auf einem international tiefen Niveau.⁸⁸

Zwar fehlte es auch in der Bundesrepublik nicht an Kostensteigerungen. Insbesondere der Rehabilitationsaufwand, der zum großen Teil durch die Rentenversicherung finanziert wurde, ist seit 1970 stark gestiegen. Die Rehabilitationsmaßnahmen beispielsweise nahmen von 170.000 (1970) auf 227.000 (1986) zu. Zudem vervierfachte sich zwischen 1970 und 1978 die Bettenzahl in Rehabilitations-Krankenhäusern.⁸⁹ Auch an Sparanstrengungen bei den jeweiligen Sozialversicherungsträgern mangelte es nicht. Seit den 1970er-Jahren wurden verschiedentlich Leistungen gegenüber Behinderten gekürzt, so etwa anlässlich der Reform der Gesetzlichen Rentenversicherung 1977 mit der Kürzung des Übergangsgeldes, durch die Beschränkung der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter und die Reduktion der Pflichtarbeitsplätze für Behinderte in den 1980er-Jahren oder durch die Aufhebung des Berufsschutzes im Rahmen der Rentenreform von 2001.⁹⁰ Allerdings hat der Anteil der Behindertenrenten an den gesamten Sozialversicherungsleistungen nie das Niveau Italiens oder der Niederlande erreicht.⁹¹

Jedenfalls bedarf das Ausbleiben eines Krisendiskurs einer Erklärung. Als Gründe für die spezifische Entwicklung der Bundesrepublik lassen sich zwei Faktoren anführen: erstens die im internationalen Vergleich stark normative Ausrichtung der Sozialversicherungsleistungen gegenüber Behinderten, die sich in den hohen Aufwendungen für die Rehabilitation spiegeln, zweitens die institutionelle Fragmentierung der sozialstaatlichen Behindertenleistungen, die nicht nur eine Gesamtschau über den finanziellen Aufwand erschwerte, sondern auch sozialpolitisch motivierte Transfers von Behindertenrenten zur Entlastung der Arbeitslosen- oder der Rentenversicherung weitgehend verhinderte.

Die besondere Bedeutung des Rehabilitationsanliegens für das soziale Sicherungssystem reicht in der deutschen Sozialstaatsgeschichte bis ins 19. Jahrhundert zurück. Seit Gründung der staatlichen Unfallversicherung spielte die Wiedereingliederung von Behinderten, allein schon aus Kostengründen, in den medizinischen Einrichtungen der Berufsgenossenschaften eine prominente Rolle. Seit 1900 wurden die Rehabilitationsaktivitäten auch außerhalb der Unfallversicherung verstärkt, so etwa in der Kriegsopferversorgung während und nach dem Ersten Weltkrieg.⁹² Nach dem Zweiten Weltkrieg erhielt der Rehabilitationsgedanke durch die Integrationserwartungen der Kriegsbeschädigtengeneration

in: *Günter Schulz* (Hrsg.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*. Bd. 3: Bundesrepublik 1949–1957. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, Baden-Baden 2005, S. 489–514, hier S. 491 f.; *Wilfried Rudloff*, *Rehabilitation und Hilfen für Behinderte*, in: ebd., S. 515–558; *Otto Ernst Krasney*, *Unfallversicherung*, in: *Manfred G. Schmidt* (Hrsg.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*. Bd. 7: Bundesrepublik 1982–1989. Finanzielle Konsolidierung und institutionelle Reform, Baden-Baden 2005, S. 441–458, hier: S. 443; *Ferdinand Schliehe*, *Rehabilitation und Hilfen für Behinderte*, in: ebd., S. 459–478.

88 *Bernd Frick/Dieter Sadowski*, *A German Perspective on Disability Policy*, in: *Aarts/Burkhauser/Jong*, *Curing the Dutch Disease*, S. 117–133, hier: S. 119–121.

89 *Walter Fandrey*, *Krüppel, Idioten, Irre. Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland*, Stuttgart 1990, S. 200 f.; *Frerich/Frey*, S. 280 f.; *Albert Haaser*, *Entwicklungslinien und gesellschaftliche Bedingungen der Behindertenpolitik in Deutschland. Zur Sozialgeschichte und Soziologie der Rehabilitation*, Diss. Univ. Konstanz 1975, S. 44 ff.

90 *Fandrey*, S. 209; *Frerich/Frey*, S. 280 f.

91 *Frick/Sadowski*, S. 119–121.

92 *Greg Eghigian*, *Making Security Social. Disability, Insurance, and the Birth of the Social Entitlement State in Germany*, Ann Arbor 2000, S. 67 ff., S. 159 ff.; *Michael Geyer*, *Ein Vorbote des Wohlfahrtsstaates. Die Kriegsopferversorgung in Frankreich, Deutschland und Großbritannien nach dem Ersten Weltkrieg*, in: GG 9, 1983, S. 230–277.

und später durch den Arbeitskräftebedarf der anziehenden konjunkturellen Entwicklung erneut eine prominente Bedeutung. Die Kriegsopferversorgung, wie sie etwa im Bundesversorgungsgesetz von 1950 geregelt war, umfasste von Beginn an sowohl Rentenleistungen als auch Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und beruflichen Wiedereingliederung.⁹³ Das Schwerbeschädigtengesetz von 1953 stellte zudem Kriegsbeschädigte den bislang privilegierten Opfern von Arbeitsunfällen gleich und sicherte bei schwerwiegenden Behinderungen einen Arbeitsplatz zu. Zur beruflichen Wiedereingliederung wurden die größeren Arbeitgeber verpflichtet, eine bestimmte Arbeitsplatzquote für Kriegsbeschädigte bereitzustellen. Die konjunkturelle Entwicklung spielte dem Rehabilitationsanliegen zusätzlich in die Hände. Zwischen 1953 und 1956 wurde etwa die Anzahl arbeitsloser Schwerbeschädigter halbiert, analog zur Entwicklung der allgemeinen Arbeitslosenquote.⁹⁴

Von der politischen Bedeutung der Kriegsbeschädigtenfürsorge zeugt auch, dass die Rehabilitationsfrage in den 1950er-Jahren zu den sozialpolitischen Schlüsselthemen der Adenauer-Kabinette gehörte. In der Regierungserklärung von 1953 und der anschließenden Debatte um eine allgemeine Sozialreform versprach der Rehabilitationsgedanke einen fiskalischen und arbeitsmarktpolitischen Nutzen: Einsparungen bei den Sozialleistungen und zugleich Mobilisierung neuer Arbeitskräfte. Die Rentenreform 1957 setzte diese Anliegen in die Versicherungspraxis um, indem es für die Rentenversicherung den Grundsatz »Rehabilitation vor Rente« einführte.⁹⁵ Schon vorher wurde auch bei der Arbeitslosenversicherung das Ziel einer Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Behinderten gesetzlich gestärkt.⁹⁶

Die Große Koalition und die sozialliberalen Kabinette verstärkten den Rehabilitationsansatz in der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung weiter, diesmal unter anderem mit einer deutlichen Erhöhung der Leistungen und verstärkten Anstrengungen zur Koordination der verschiedenen in Behinderungsfragen zuständigen Träger.⁹⁷ Dies führte zu einem schubartigen Ausbau der Rehabilitationseinrichtungen in den 1970er-Jahren.⁹⁸ Die anhaltende Bedeutung des Integrationsaspekts wird schließlich dadurch illustriert, dass sich als zentrale sozialstaatliche Behörde in Behinderungsfragen neben der Rentenversicherung zunehmend die Bundesanstalt für Arbeit, die bei der beruflichen Wiedereingliederung eine Schlüsselrolle spielte, etablierte.⁹⁹ Die Erfolge der Rehabilitationsmaßnahmen waren arbeitsmarktabhängig und fielen deshalb seit den 1970er-Jahren bescheidener aus als in den 1950er-Jahren. In den 1970er-Jahren halbierte sich beispielsweise die Integrationsquote nach der Rehabilitation von 37 auf 17 Prozent (1970 bis 1982).¹⁰⁰ Trotzdem spricht einiges dafür, dass die Integrationsleistung der Sozialversicherungen weiterhin hoch blieb und Behinderte auf dem Arbeitsmarkt von den erweiterten Schutzbestimmungen entsprechend profitieren konnten. So war 1987 der Anteil Schwerbehinderter unter den neu gemeldeten Arbeitslosen um ein Viertel geringer als unter den Beschäftigten. Die im Arbeitsprozess integrierten Behinderten waren durch arbeitsrechtliche Schutzbestimmungen zumindest vor diskriminierenden Entlassungen geschützt.¹⁰¹

93 *Frerich/Frey*, S. 38 f.

94 *Fandrey*, S. 196 f.

95 *Rudloff*, S. 530 f.; *Frerich/Frey*, S. 46 ff.

96 *Rudloff*, S. 547 ff.; *Fandrey*, S. 200; *Frerich/Frey*, S. 80 ff.

97 *Frick/Sadowski*, S. 124–127; *Frerich/Frey*, S. 82 f.; *Fandrey*, S. 200 f.

98 *Fandrey*, S. 201; *Haaser*, S. 43–47.

99 Diese Rolle wird insbesondere im Arbeitsförderungsgesetz 1969 formal festgelegt. *Fandrey*, S. 200; *Manfred Rindt*, Politik für Behinderte (40 Jahre Sozialstaat), in: *Bundesarbeitsblatt* 5/1989, S. 5–14, hier: S. 7.

100 *Fandrey*, S. 202.

101 *Ebd.*, S. 208.

Letztlich vermochten die Rehabilitationsmaßnahmen auch in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit vergleichsweise erfolgreich, die Anzahl der Rentenfälle und den Umfang der Invaliditätskosten stabil zu halten.

Als zweiter Faktor trug die institutionelle Fragmentierung der Behindertenversorgung – das viel zitierte »gegliederte System« – zur fehlenden Krisenwahrnehmung bei. Neben den verschiedenen Sozialversicherungszweigen (Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung) waren auch die Fürsorgebehörden und karitative Privatorganisationen in der Behindertenbetreuung engagiert. In den 1960er-Jahren arbeiteten ein halbes Dutzend staatlicher Trägergruppen auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen im Rehabilitationsbereich. Je nach Ursache der Behinderung – ob kriegsbeschädigt, im Arbeitsverhältnis verunfallt oder seit Geburt behindert – waren unterschiedliche Träger mit unterschiedlichen Leistungsniveaus für die Betroffenen zuständig.¹⁰² Eine Vereinheitlichung des Systems scheiterte bereits in der Besatzungszeit, teilweise, wie in der britischen Zone, an der Befürchtung, die Kriegsbeschädigten würden durch eine Sondereinrichtung zu stark heroisiert.¹⁰³ Auch in der Ära der Bundesrepublik versandeten verschiedene Vereinheitlichungsprojekte. Als Ausweg blieben in den 1970er-Jahren nur die verstärkte Koordination und die Vereinheitlichung der Leistungsstandards unter den zahlreichen Trägerorganisationen.¹⁰⁴

Trotz einzelner kritischer Stimmen an diesem unübersichtlichen, wenig effizienten und wegen der Leistungsunterschiede ungerechten System entwickelte sich in der Nachkriegszeit keine breite, öffentliche Debatte über die Probleme der Invaliditätsversicherung.¹⁰⁵ Das gegliederte System erschwerte nämlich in mehrfacher Hinsicht eine kritische Auseinandersetzung, die mit den Krisendiskursen in den anderen europäischen Staaten vergleichbar wäre. Einerseits bildete die Fragmentierung ein kognitives Problem, das sich bis in den Sprachgebrauch auswirkte. Weil eine zentrale Versicherung für Behinderte fehlte, wurde etwa der alte Invaliditätsbegriff mit der Rentenreform 1957 abgeschafft und durch den Begriff der »Berufs- und Erwerbsunfähigkeit« als Maßstab für die Rentenberechnung ersetzt. Der Invaliditätsbegriff fehlt im deutschen Sozialversicherungsrecht bis heute.¹⁰⁶ Auch erschwerte das gegliederte System mit seinen fragmentierten Handlungskontexten die Bildung einer kritischen Behindertenbewegung, die einen alternativen Diskurs über die Invaliditätsversicherung hätte führen können.

Insbesondere fiel eine finanzielle Gesamtschau über die sozialstaatlichen Leistungen an Behinderte angesichts der Vielzahl der Klientelgruppen, Trägerstrukturen und Leistungsformen schwer.¹⁰⁷ Eine finanzielle Krisendebatte konnte sich unter diesen Umständen schwerlich entwickeln. Die Ausgaben für Behindertenrenten und -versorgung bildeten für die einzelnen Träger jeweils nur einen kleinen Einzelposten im Gesamthaushalt. Innerhalb des ganzen Etats der Gesetzlichen Rentenversicherung oder der Arbeitslosenversicherung blieb der Anteil, der Behinderten zugute kam, bescheiden. So wurde gerade in den 1970er-Jahren der Kostenanstieg im Behindertenwesen jeweils nur für die einzelnen Träger und nicht im Gesamtüberblick diskutiert.¹⁰⁸

Die institutionellen Grenzen zwischen den Trägern verhinderten schließlich, dass die Behindertenrenten zum Spielball anderer Sicherungssysteme gemacht und alternativ zur Altersrente oder zu Leistungen der Arbeitslosenversicherung eingesetzt wurden. Auch wenn sich die deutschen Invaliditätskosten nach 1990 parallel zur Arbeitslosenquote entwickelten (ein Indikator für eine teilweise »Invalidisierung« von Arbeitslosigkeit), fehl-

102 *Frerich/Frey*, S. 80 ff.

103 *Fandrey*, S. 195 ff.; *Schliehe*, S. 463 f.

104 *Fandrey*, S. 200–203.

105 Zu den kritischen Stimmen vgl. *Fandrey*, S. 195 ff.

106 *Frerich/Frey*, S. 48 f.

107 *Rudloff*, S. 519; *Schliehe*, S. 463 f.

108 Vgl. *Haaser*, S. 21 ff., 31 ff., 43 ff.

ten gleichwohl die institutionellen Voraussetzungen für jene massiven Transfers von Rentenleistungen, die die Entwicklung in Italien oder den Niederlanden prägten.¹⁰⁹ Der Ausbau der deutschen Arbeitslosenversicherung wirkte sich im Gegenteil positiv auf die Ausgaben für Behinderte aus. Die Einführung gesetzlicher Vorruhestandsregelungen 1984 hat beispielsweise älteren Arbeitnehmern erlaubt, eine Frühverrentung mit normaler Altersrente anzutreten statt wie in den Niederlanden oder Italien von einer Invaliditätsrente abhängig zu werden.¹¹⁰ Die Grundproblematik des gegliederten Systems blieb trotz dieser Vorteile unverändert.

VI. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Drei Schlussfolgerungen lassen sich aus dem Gesagten ziehen. Erstens fällt es schwer, aus den nationalen Fallbeispielen ein zusammenhängendes europäisches Bild abzuleiten. Natürlich wirkte der europäische Einigungsprozess auf die nationalen Sozialstaatsdebatten ein, am deutlichsten in Italien Mitte der 1990er-Jahre im Vorfeld der Währungsunion, als die Alters- und Invaliditätsversicherung reformiert und der Staatshaushalt saniert wurden, um die Maastricht-Kriterien zu erfüllen. Doch eine europaweit vergleichbare sozialstaatliche Krisenkonstellation lässt sich im Bereich der Invaliditätsversicherung nicht ableiten. Dagegen spricht etwa der zeitliche Ablauf der Krisendebatten, die in Italien bereits in den 1970er-Jahren, in den Niederlanden in den 1980er-Jahren und in der Schweiz erst in den 1990er-Jahren einsetzten.

Vor diesem Hintergrund erweist sich auch eine Parallelisierung von wirtschaftlichen und sozialstaatlichen Krisenphasen, wie sie in der Forschung oft vorgenommen wird, als problematisch. Die Rezession von 1973/74 etwa hat zwar die Krisenwahrnehmung der Invaliditätsversicherung beeinflusst, so etwa in Italien oder den Niederlanden, doch nur in einem unbedeutenden und politisch folgenlosen Maß. In Italien wurden gar die Sozialstaatsleistungen nach 1973 als keynesianische Krisenbekämpfung weiter ausgebaut. Die postulierte Parallelität von Wirtschafts- und Sozialstaatskrisen muss zumindest differenziert werden. Die Fallbeispiele deuten darauf hin, dass der Zyklus eines sozialpolitischen Krisendiskurses – mit seinen langwierigen institutionellen Stabilisierungsprozessen – sich über einen sehr viel längeren Zeitraum erstreckt als die wirtschaftlichen Konjunkturzyklen. In Italien oder den Niederlanden betrug die Spanne von Krisenbeginn bis zur Systemreform zwei bis drei Jahrzehnte. Die Sozialstaatsdebatten reagierten zudem sehr unterschiedlich auf Konjunkturunbrüche. Das Echo auf die Ölpreiskrise der 1970er-Jahre scheint im Bereich der Erwerbsunfähigkeitsrenten vergleichsweise unbedeutend gewesen zu sein. Dagegen führten die Rezession anfangs der 1980er-Jahre und die zunehmende Arbeitslosigkeit zu verstärkten Instabilitäten und einem akzentuierten Krisenbewusstsein. Dies sind nur vorläufige Hinweise für eine noch zu entwickelnde eigenständige Periodisierung der Sozialstaatsdebatten, die neben den wirtschaftlichen auch politische und institutionelle Faktoren einbeziehen müsste.

Die Fallbeispiele zeigen zweitens, dass die jeweiligen Krisendiskurse stark von nationenspezifischen Umständen wie den institutionellen Eigenheiten der Sozialstaatssysteme oder den politischen Kräfteverhältnissen geprägt waren. In politischer Hinsicht fallen zunächst die Beharrungskräfte auf, die einer Krisenwahrnehmung entgegenstanden. Das ita-

109 Frick/Sadowski argumentieren, dass in den 1980er-Jahren rund 20 Prozent der neuen Invaliditätsfälle auf den schlechten Arbeitsmarkt zurückzuführen sind und diagnostizieren eine versteckte »Invalidisierung« von Fällen von Arbeitslosigkeit. Das Ausmaß ist allerdings schwer zu messen und dürfte deutlich geringer sein als etwa in den Niederlanden; vgl. *Frick/Sadowski*, S. 121.

110 Ebd., S. 124–127.

lienische Beispiel zeigt, dass ein Regierungs- und Parteiensystem so eng mit den sozialstaatlichen Klientelbindungen verknüpft sein kann, dass es sich über Jahrzehnte einer Krisendebatte zu verschließen versteht. In dieser Konstellation war ein Krisendiskurs erst nach dem Bruch mit der tradierten Parteienordnung anfangs der 1990er-Jahre möglich. Auch im niederländischen Fallbeispiel brauchte es anfangs der 1980er-Jahre und noch einmal in den 1990er-Jahren einen politischen Richtungswechsel, um eine breite Reformdebatte zu ermöglichen.

Auf institutioneller Ebene deuten die Fallbeispiele auf eine Reihe von Faktoren hin, die ein Sozialversicherungssystem besonders krisenanfällig machen. So zeigen versorgungsorientierte, auf Geldtransfers beruhende Systeme stärkere Instabilitäten als Systeme mit einem hohen Integrationszwang. Bei versorgungsorientierten Systemen war die Gefahr hoch, dass andere Sozialversicherungssysteme wie die Arbeitslosen- oder die Rentenversicherung eine Zunahme ihrer Klientel an die Invaliditätsversicherung delegierten. Die Fallbeispiele Italiens und der Niederlande zeigen, dass solche institutionelle Transfers die Invaliditätsversicherung schnell in eine instabile Lage bringen konnten, wogegen die Umsetzung von Korrektur- und Reformmaßnahmen einen außerordentlich langen Zeitraum beanspruchte. Außerdem sind zentralisierte Systeme leichter aus den Fugen zu bringen als fragmentierte Systeme mit immanenten *checks-and-balances*. So gewann der schweizerische Krisendiskurs um die zentralisierte Invalidenversicherung deutlich schneller an öffentlicher Resonanz als jener in einem fragmentierten System wie Deutschland, wo allein schon ein Überblick über Träger und Kosten der Versicherungsleistungen schwer fiel. Weil im deutschen System der Aufwand für Invaliditätsfälle unter mehreren Trägern aufgeteilt war und als vergleichsweise kleiner Posten in den Etats der Renten- oder Arbeitslosenversicherung aufging, konnte die Invaliditätsversicherung über einen längeren Zeitraum unterhalb der gesellschaftlichen Aufmerksamkeitsschwelle verbleiben.

Drittens verweisen zumindest einzelne der Fallbeispiele darauf, dass als Folge der Krisendebatten und der anschließenden Sozialstaatsreformen insbesondere der private Wohlfahrtssektor gestärkt wurde. Dies lässt auf einen grundlegenden Wandel der sozialen Sicherungssysteme von weitgehend staatlich begründeten zu gemischten Wohlfahrtsökonomien schließen. Als Beispiele für diesen Trend stehen Italien, wo Mitte der 1980er-Jahre der Zugang zu den staatlichen Rentensystemen verschärft und dadurch ein Teil der Klientel der Sozialhilfe überantwortet wurde, oder die Niederlande, wo in den 1990er-Jahren der privaten Versicherungsindustrie der Zugang zum staatlichen Kranken- und Invaliditätsversicherungsmarkt eröffnet wurde. Ein vergleichbarer Trend zu gemischten Wohlfahrtsökonomien ließe sich auch für andere Sozialversicherungszweige, etwa in der Altersvorsorge oder der Unfallversicherung, feststellen.¹¹¹ Die Entwicklung ist in zweierlei Hinsicht bemerkenswert. Einerseits kann man aus international vergleichender Perspektive sagen, dass sich mit der verstärkten Bedeutung privater Akteure die Divergenzen zwischen den europäischen Sozialstaaten wieder zu akzentuieren scheinen. Andererseits erinnert der Privatisierungstrend sie daran, dass die Krise der sozialstaatlichen Sicherungssysteme nicht nur ein Verlustspiel ist, sondern auch ihre Gewinner hat – etwa in Gestalt der Einrichtungen des Dritten Sektors oder der kommerziellen Versicherungsindustrie.

111 Vgl. etwa *Ugo Ascoli/Costanzo Ranci* (Hrsg.), *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, Berlin 2002.