

MASTER-THESIS

In Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich - Wirtschaftsmedizinische Ansätze am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation

Verfasser: **Dr. Christof Remtisch**, Leimbodengasse 19, 3107 St. Pölten

Matr. Nr.: 8700751

Universitätslehrgang: **Arbeits- und Wirtschaftsmedizin (MSc)**

Abgabedatum: 08.01.2014

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

am Zentrum für Gesundheitsförderung, Sport und Sozialwirtschaft

der Donau-Universität Krems

Begutachter:

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere,

dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Arbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einem(r) Beurteiler(in) zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der vom (von der) Begutachter(in) beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung: 08.01.2014

Unterschrift

Anmerkung: Soweit in der Masterthesis personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich - soweit dies inhaltlich in Betracht kommt - auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Sämtliche Abbildungen und Tabellen ohne Quellenangabe sind Eigendarstellungen.

SPERRVERMERK



UNIVERSITÄT FÜR WEITERBILDUNG KREMS

An
Herrn
Dr. med. univ. Christof Remtisch
Lehmbodengasse 19
3107 St. Pölten

Krems, 16. Dezember 2013

SPERRVERMERK

Dem Antrag von Herrn Dr. med. univ. Christof Remtisch, Matrikelnummer 8700751 auf Ausschluss der Benützung (Sperrung) der Master Thesis gemäß § 2 Abs. 3 Zif.1j des II. Teiles der Satzung der Universität für Weiterbildung Krems (i.d.g.F.) wird stattgegeben.

Diese Master Thesis mit dem Titel:

„In Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich – Wirtschaftsmedizinische Ansätze am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation“

ist aufgrund der im Antrag genannten Gründe

bis 16. Dezember 2018 gesperrt

und darf während dieser Zeit nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors zugänglich gemacht werden.

RECHTSGRUNDLAGEN

Gesetzliche Grundlagen (§ 86 Abs.2 UG 2002 i.V. mit II. Teil der Satzung § 2 Abs. 3 Zif.1j): Anlässlich der Ablieferung einer schriftlichen Abschlussarbeit (Masterthese) ist die Verfasserin oder der Verfasser berechtigt, den Ausschluss der Benützung der abgelieferten Exemplare für längstens fünf Jahre nach der Ablieferung zu beantragen. Dem Antrag ist von der Studiendirektorin stattzugeben, wenn die oder der Studierende glaubhaft macht, dass wichtige rechtliche oder wirtschaftliche Interessen der oder des Studierenden gefährdet sind.

Vera Ehgartner

Mag. Vera Ehgartner
Studiendirektorin

KURZBESCHREIBUNG

Diese Arbeit beschäftigt sich eingehend mit dem zunehmenden Problem der Frühpensionierungen mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich und geht der Frage nach, welche wirtschaftsmedizinischen Ansätze sich eröffnen, um der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischem Hintergrund entgegenzuwirken. Um die Ausgangssituation detailliert darzustellen, wird die aktuelle Datenlage der größten Pensionsversicherungsanstalt Österreichs (PVA) genau analysiert. So hatten im Jahr 2011 von gesamt 23.611 Neuzugängen zur Frühpension 8.465 eine psychiatrische Ursache. Das bedeutet, 36% der Neuzugänge 2011 erfolgten wegen psychischen Erkrankungen, 2005 waren es noch 27%. Vergleichsdaten aus Deutschland und der Schweiz zeigen, dass die Situation dort ganz ähnlich gelagert ist.

Eine in weiterer Folge durchgeführte Befragung von Antragsteller/innen auf Frühpension aufgrund psychischer Erkrankung ergab, dass nur 28% der Befragten einen Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in im Vorfeld der Antragstellung hatten. 49% der Befragten gaben allerdings an, dass sie der Meinung sind, dass eine frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen einen positiven Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit hat. Die Einführung von standardisierten Tests zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen im niedergelassenen ärztlichen Bereich und eine Rückmeldung der Ergebnisse von stationären psychiatrischen Rehabilitationen an betriebsärztliche Dienste könnten dazu beitragen, die betroffenen Arbeitnehmer früher zu erreichen.

Als einen sehr wesentlichen wirtschaftsmedizinischen Ansatz in der Prävention ergibt sich die Beratung der Arbeitgebenden im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern. Gezielte Schulungen von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen zum Thema „Psychische Beeinträchtigung von Arbeitnehmer/innen“ sollten ein fixer Bestandteil des Betreuungskonzeptes sein. Mit ihrem speziellen Fachwissen bezüglich Führungs- und Organisationsstrukturen sind Wirtschaftsmediziner/innen dafür die geeigneten Fachkräfte.

ABSTRACT

This work deals thoroughly with the increasing problem of early retirements with psychiatric illnesses in Austria and asks, which economy-medical approaches open up to counteract the rise of unemployability with psychological background. To represent the situation, the current data situation at the largest federal pension fund of Austria (PVA) is analysed in detail. In 2011 a number of 8.465 persons by total 23.611 new additions to the early retirement had a psychiatric cause. This means, 36% of new entrants in 2011 took place due to mental illness, in 2005 there were just 27%. Comparative data from Germany and Switzerland show that the situation there is quite similar.

A survey of applicants on early pension due to mental illness conducted subsequently revealed that only 28% of respondents had contact to an occupational physician in advance of submission. 49% of the respondents however indicated that they believe that early contact of occupational physicians with mentally impaired workers has a positive influence on the further ability to work. The introduction of standardized tests for determining the employability of those affected at the resident physicians and providing feedback of the results of stationary psychiatric rehabilitation to the occupational physicians could help to reach the employees earlier.

A very important economy-medical approach in the prevention is advising the employers in dealing with mentally impaired workers. Targeted training of supervisors and personnel managers on the subject of 'Mental impairment of workers' should be an integral part of the care concept. With their specific expertise with regard to management and organization structures, economy-medical physicians therefore are the appropriate professionals.

VORWORT/ DANKSAGUNG

„Auf der Familie ruht die Kunst, die Wissenschaft, der menschliche Fortschritt, der Staat.“ (Adalbert Stifter, 1805 - 1868)

In diesem Sinne möchte ich mich insbesondere bei meiner Gattin Marlene für die immer wiederkehrende positive Motivation für diese Arbeit bedanken. Aber auch die kindliche Seele meines dreijährigen Sohnes Julius hat mich immer wieder inspiriert, Gedanken in die Gestaltung auch seiner Zukunft zu investieren.

Darüberhinaus wünsche ich auch den in der Arbeit erwähnten von psychischem Leid betroffenen Mitmenschen, besondere Quellen der Kraft für die Bewältigung ihrer Situation zu finden.

INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	II
SPERRVERMERK	III
KURZBESCHREIBUNG	IV
ABSTRACT	V
VORWORT/ DANKSAGUNG	VI
INHALTSVERZEICHNIS	1
1 EINLEITUNG	3
1.1 Problemstellung	3
1.2 Forschungsfrage	4
1.3 Aufbau der Arbeit	4
2 STATE OF THE ART	6
2.1 Begriffsdefinition „Frühpension“	6
2.2 Ausgangslage in Österreich	12
2.3 Begriffsdefinition „Arbeitsmedizin/ Wirtschaftsmedizin“	16
2.4 Laufende Projekte am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation bei psychischen Leiden	21
2.5 Fazit	24
3 AKTUELLE DATENLAGE DER PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT	27
3.1 Neuzugänge Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen im Jahresverlauf (2005 bis 2012)	28
3.2 Sekundärstatistiken für die Krankheitsgruppe der psychiatrischen Erkrankungen	30
3.2.1 Krankheitsuntergruppen	31
3.2.2 Altersgruppen	34
3.3 Fazit	36

4	VERGLEICHENDE DATEN	38
4.1	Datenlage in Deutschland.....	38
4.2	Datenlage in der Schweiz	42
4.3	Vergleich Österreich/Deutschland/Schweiz.....	48
4.4	Fazit	50
5	BEFRAGUNG VON ANTRAGSTELLERN/INNEN AUF FRÜHPENSION.....	53
5.1	Untersuchungsgegenstand und Forschungsfrage.....	53
5.2	Methodenauswahl und Beschreibung der Durchführung.....	54
5.3	Untersuchungsergebnisse	56
5.3.1	Allgemeine Auswertung der Fragebögen.....	56
5.3.2	Sekundärstatistiken aus den Ergebnissen der Befragung	63
5.4	Fazit	67
6	DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG.....	69
	LITERATURVERZEICHNIS.....	79
	INTERNETQUELLEN	81
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	83
	TABELLENVERZEICHNIS	85
	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	86
	ANHANG: Fragebogen	88

1 EINLEITUNG

Unsere Arbeitswelt unterlag in den letzten drei Jahrzehnten einem starken Wandel. Ein Trend hin zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft ist unübersehbar. Dies bedeutet auch eine Verschiebung der Einflussfaktoren auf das Individuum Mensch hin zur psychischen Belastung im Arbeitsumfeld. Eine immer höhere Konzentrationsfähigkeit und Konstanz in der Arbeitsleistung wird von den Arbeitnehmer/innen gefordert. Genau diese Anforderungen können psychisch Beeinträchtigte nicht durchgängig erfüllen.

Der Autor der Arbeit nimmt diesen Trend einerseits in seiner Funktion im chefärztlichen Dienst der Pensionsversicherungsanstalt auch im täglichen Geschäft beim Antragsverhalten auf Frühpensionierung wahr. Andererseits ist er in mehreren Betrieben als Arbeitsmediziner tätig und hier auch mit der Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz beschäftigt. Aus diesem Spannungsfeld ergab sich die Motivation für die folgende Arbeit.

1.1 Problemstellung

Der Anteil an Frühpensionierungen aufgrund psychischer Störungen hat in den letzten zehn Jahren stark zugenommen. Dies betrifft vorrangig junge Jahrgänge und belastet zunehmend unser Pensionssystem in Österreich. Derzeit wird von den Sozialversicherungsträgern viel in die Rehabilitation dieser Fälle investiert. Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich nicht präventive Ansätze eröffnen, die frühzeitig eingreifen und nicht erst, wenn bereits Schaden und damit menschliches Leid eingetreten ist.

1.2 Forschungsfrage

Im vorliegenden Papier soll die folgende Fragestellung beantwortet werden:

- Welche wirtschaftsmedizinischen Ansätze eröffnen sich, um der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischem Hintergrund entgegenzuwirken?

Ziel dieser Arbeit ist, die Rolle der Wirtschaftsmediziner in der Prävention bei derartigen Fällen zu unterstreichen.

Zur Beantwortung der Fragestellungen müssen in dieser Arbeit auch folgende inhaltliche Fragen untersucht werden:

- Wie schaut die Ausgangslage in Bezug auf Frühpensionierungen mit psychischem Hintergrund in Österreich aus?
- Welche gesetzlichen Rahmenbedingungen gibt es für die Frühpensionierung?
- Wie definieren sich die Kernkompetenzen von Arbeit-/ und Wirtschaftsmedizinern/innen?
- Können die Angaben in der Problemstellung mit aktuellen Daten (auch im Ländervergleich) belegt werden?
- Was geben Antragsteller auf Frühpension zum Zeitpunkt des Pensionsbegehrens über (betriebs)ärztliche Kontakte vor Antragstellung an?

1.3 Aufbau der Arbeit

Als erster Schritt werden in Kapitel zwei die für die Arbeit wichtigsten Begriffe definiert und die Ausgangslage in Bezug auf das Thema „Frühpension in Österreich“ beschrieben. Die dazu nötigen Daten werden in Form einer Literaturstudie erhoben.

In Kapitel drei werden die Angaben in der Problemstellung in einer empirischen Arbeit bei der Pensionsversicherungsanstalt mit aktuellen Daten hinterlegt.

Als nächster Schritt (Kapitel vier) werden vergleichende Daten zum Thema „Frühpensionierung mit psychischem Hintergrund“ aus Deutschland und der Schweiz in Form von Literaturarbeit erhoben, um die länderübergreifende Dimension des Problems zu unterstreichen.

In Kapitel fünf wird eine Befragung unter Antragstellern/innen auf Frühpension mit psychischem Hintergrund abgehandelt, um Hintergrundinformationen über (betriebs)ärztliche Kontakte vor Antragstellung zu erfahren.

Die Ergebnisse der erhobenen Daten werden im Kapitel sechs zusammengeführt. In diesem Kapitel werden dann auch zur Beantwortung der Forschungsfrage konkrete konzeptive Ansätze für die Einbindung der Wirtschaftsmediziner in die Prävention angeführt.

2 STATE OF THE ART

In diesem Kapitel werden einerseits die für die Arbeit wichtigen Fachbegriffe definiert. Andererseits wird die Ausgangslage zum Thema Pension in Österreich auf Basis eines Jahresberichtes vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger dargestellt und laufende Projekte am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation bei psychischen Leiden beschrieben.

2.1 Begriffsdefinition „Frühpension“

Die Begriffe Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension, sowie Erwerbsunfähigkeitspension sind Synonyme für die im Volksmund bezeichnete „Frühpension“, bzw. eine vorzeitige Pensionierung aufgrund einer Erkrankung. Unabhängig vom Alter ist es grundsätzlich möglich, Invaliditäts- (Arbeiter) bzw. Berufsunfähigkeitspensionen (Angestellte) bzw. Erwerbsunfähigkeitspensionen (Selbstständige) zu beantragen und bewilligt zu bekommen.

Der größte Anteil von Frühpensionen in Österreich wird von der Pensionsversicherungsanstalt nach dem ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) gewährt (siehe auch Tabelle 1).

Der Autor der Arbeit hat im Rahmen seiner mehr als zehnjährigen Tätigkeit im chefärztlichen Dienst der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) große Erfahrung mit den Begriffen für Frühpensionierung nach dem ASVG.

Es werden daher im Folgenden die für die jeweiligen Begriffe wichtigsten Gesetzesgrundlagen nach dem ASVG sinngemäß angeführt.

Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspension (ASVG)

Durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) wurden der Pensionsversicherungsanstalt u.a. die Beurteilung der Berufsunfähigkeit gem. § 273 Abs.1 bzw. der Invalidität gemäß §255 Abs.1-3 übertragen (vgl. Müller u.a., 2003, S.6).

Die nachstehend angeführten Paragraphen beziehen sich – wenn nicht anders angeführt – auf das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), weswegen eine weitere Zitierung dieser Gesetzesquelle entfällt. Für weitere Details zu den Gesetzen darf auf das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) unter www.ris.bka.gv.at verwiesen werden.

Anspruch auf eine Berufsunfähigkeits (BU)- oder Invaliditätspension (IV) hat der Versicherte/ die Versicherte, wenn:

- die Berufsunfähigkeit (§ 273) bzw. die Invalidität (§ 255) voraussichtlich sechs Monate andauert oder andauern würde,
- die Wartezeit erfüllt ist (§ 236) - d.h. eine ausreichende Anzahl an Versicherungsmonaten vorliegt,
- er/sie am Stichtag - das ist der dem Antragsdatum folgende Monatserste - noch nicht die Voraussetzungen für eine Alterspension oder eine vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer nach diesem Bundesgesetz oder nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz oder nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz erfüllt hat (§ 223 Abs. 2),
- er/sie an zumutbaren Maßnahmen der Rehabilitation mitwirkt.

Durch das Strukturanpassungsgesetz 1996 wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ gesetzlich verankert. Eine Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension kann danach nur anfallen, wenn zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung in das Berufsleben nicht bewirken können. Ob Rehabilitationsmaßnahmen zumutbar sind, ist unter billiger Berücksichtigung der Dauer und des Umfanges der Ausbildung, sowie der bisher ausgeübten Tätigkeit zu beurteilen. Es ergibt sich daher die Notwendigkeit, im Zuge des Verfahrens auch

über allfällige Maßnahmen der Rehabilitation zu entscheiden. Daher gilt seit dem 1.7.1996 jeder Erstantrag auf BU- oder IV-Pension zugleich als Antrag auf Gewährung von Leistungen der Rehabilitation. Es besteht eine Mitwirkungspflicht des Pensionswerbers/ der Pensionswerberin! (vgl. Müller u.a., 2003, S.7)

Anmerkung: Soweit im folgenden Abschnitt personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich - soweit dies inhaltlich in Betracht kommt - auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Begriff der Berufsunfähigkeit

gemäß § 273 Abs. 1

Als berufsunfähig gilt der Versicherte, dessen Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

gemäß § 273 Abs. 2 i.V. mit § 255 Abs. 4

Als berufsunfähig gilt auch der Versicherte, der das 57. Lebensjahr vollendet hat, wenn er infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte außer Stande ist, einer Tätigkeit, die er in den letzten 180 Kalendermonaten vor dem Stichtag mindestens 120 Kalendermonate hindurch ausgeübt hat, nachzugehen. Dabei sind zumutbare Änderungen dieser Tätigkeit zu berücksichtigen.

Begriff der Invalidität

gemäß § 255 Abs. 1

War der Versicherte überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn seine Arbeitsfähigkeit infolge seines körperlichen oder geistigen

Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist.

gemäß § 255 Abs. 2

Ein angelernter Beruf im Sinne des Abs. 1 liegt vor, wenn der Versicherte eine Tätigkeit ausübt, für die es erforderlich ist, durch praktische Arbeit qualifizierte Kenntnisse oder Fähigkeiten zu erwerben, welche jenen in einem erlernten Beruf gleichzuhalten sind. Als überwiegend im Sinne des Abs. 1 gelten solche erlernte (angelernte) Berufstätigkeiten, wenn sie in mehr als der Hälfte der Beitragsmonate nach diesem Bundesgesetz während der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag ausgeübt wurden.

gemäß § 255 Abs. 3

War der Versicherte nicht überwiegend in erlernten (angelernten) Berufen tätig, gilt er als invalid, wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihm unter billiger Berücksichtigung der von ihm ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.

gemäß § 255 Abs. 4

Als invalid gilt auch der Versicherte, der das 57. Lebensjahr vollendet hat, wenn er infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte außer Stande ist, einer Tätigkeit, die er in den letzten 180 Kalendermonaten vor dem Stichtag mindestens 120 Kalendermonate hindurch ausgeübt hat, nachzugehen. Dabei sind zumutbare Änderungen dieser Tätigkeit zu berücksichtigen. (vgl. Müller u.a., 2003, S.10-11)

Im Bereich der **Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen** treten **ab 1. Jänner 2014** im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 (78. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977) **Neuregelungen** für unter 50-jährige Personen, das heißt für ab 1. Jänner 1964 geborene Personen, in Kraft.

Diesem Personenkreis soll bei gesundheitlicher Beeinträchtigung durch berufliche und medizinische Maßnahmen der Rehabilitation eine längere Erwerbstätigkeit ermöglicht bzw. durch enge Kooperation zwischen der Pensionsversicherungsanstalt, den Krankenversicherungsträgern und dem Arbeitsmarktservice der Wiedereinstieg in das Arbeitsleben gewährleistet werden.

Ein Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ist weiterhin bei der Pensionsversicherungsanstalt einzubringen.

Davor kann bereits ein Antrag auf Feststellung, ob Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit voraussichtlich dauerhaft vorliegt, gestellt werden.

Bei Vorliegen von dauernder Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit erfolgt die Anspruchsüberprüfung und Gewährung weiterhin durch die Pensionsversicherungsanstalt.

Anstelle der befristeten Gewährung einer Pension treten für ab 1. Jänner 1964 geborene Personen die neuen Leistungen, das Rehabilitationsgeld und das Umschulungsgeld.

Das **Rehabilitationsgeld** gebührt Personen für die Dauer der vorübergehenden, voraussichtlich mindestens sechs Monate dauernden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit, wenn eine berufliche Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar ist. Die Pensionsversicherungsanstalt gewährt diese Leistung mit Bescheid, die Berechnung der Höhe und die Auszahlung erfolgt jedoch durch die Krankenversicherungsträger.

Mindestens einmal jährlich erfolgt eine Überprüfung des Fortbestehens der Invalidität bzw. der Berufsunfähigkeit durch das bei der Pensionsversicherungsanstalt eingerichtete Kompetenzzentrum Begutachtung.

Das **Umschulungsgeld** gebührt Personen mit Berufsschutz für die Dauer der vorübergehenden, voraussichtlich mindestens sechs Monate dauernden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit, wenn eine berufliche Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar ist und die Personen zur aktiven Teilnahme bereit sind.

Auch hier entsteht der Anspruch aufgrund der Feststellung der Pensionsversicherungsanstalt, während die Gewährung und Berechnung des Umschulungsgeldes sowie die Durchführung der beruflichen Rehabilitation durch das Arbeitsmarktservice (AMS) erfolgt.

Auf Maßnahmen der **medizinischen Rehabilitation** besteht ab 1. Jänner 2014 ein Rechtsanspruch, wenn vorübergehende Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit für mindestens 6 Monate vorliegt und die Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitskraft notwendig sowie infolge des Gesundheitszustandes auch zweckmäßig sind. Diese medizinische Rehabilitation wird durch die Pensionsversicherungsanstalt erbracht. (Pensionsversicherungsanstalt: Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension / SRÄG 2012, Online unter URL: http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=75410&p_tabid=2 [Zugriff am 26.11.2013])

Die oben angeführten Auszüge zeigen wie komplex die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit/ Invalidität ist. Insbesondere die Beurteilung der berufskundlichen Situation ist oft entscheidungsrelevant und erfordert viel Erfahrung der Gutachterärzte/ärztinnen der zuständigen Sozialversicherungsträger und der gerichtlichen Sachverständigen mit diesem Spezialgebiet.

Auch lässt sich erkennen, dass der Gesetzesträger der Rehabilitation immer mehr Bedeutung zukommen lässt.

2.2 Ausgangslage in Österreich

Pensionsstände

(vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S.90-97)

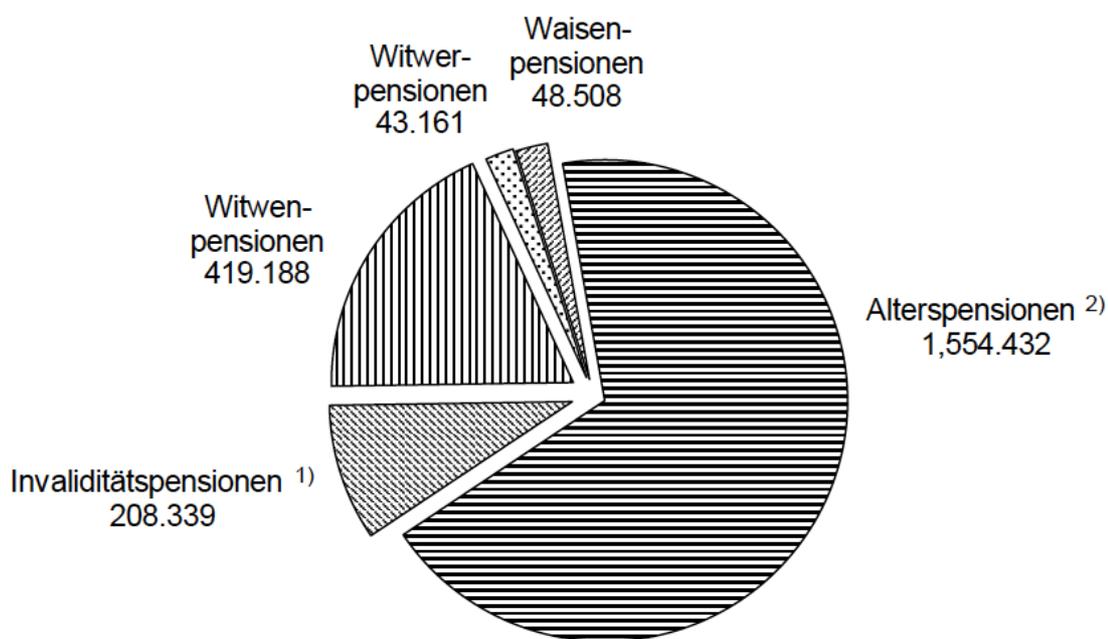
Um international konforme Statistiken zur Verfügung zu haben, wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit Jänner 2011 die Erfassung der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen dahingehend geändert, dass diese nur mehr bis zum Erreichen des Anfallsalters für die normale Alterspension als solche zu zählen sind. Danach werden die Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen, wie die vorzeitigen Alterspensionen auch, in normale Alterspensionen umgewandelt.

Im Dezember 2012 haben die Pensionsversicherungsträger 2.273.628 Pensionen, um 24.476 bzw. 1,1 % mehr als ein Jahr zuvor, ausbezahlt. Am Ende des Berichtsjahres wurden in der Pensionsversicherung der Unselbständigen 1.919.897 Pensionen und in der Pensionsversicherung der Selbständigen 353.731 Pensionen ausbezahlt. Anhand der folgenden Tabelle lässt sich darstellen, wie groß der Anteil an allen Pensionen in Österreich ist, der durch die PVA abgewickelt wird. Dies soll auch die Aussagekraft für die im Kapitel drei erhobenen Daten unterstreichen.

Tabelle 1: Pensionen nach Pensionsversicherungsträgern (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 93)

Versicherungsträger	Zahl der Pensionen im Dezember 2012	Differenz gegenüber Dezember 2011	
		Zahl	%
Alle PV - Träger	2.273.628	+ 24.476	+ 1,1
PVA - Arbeiter	1.065.073	+ 6.701	+ 0,6
PVA - Angestellte	817.047	+ 16.891	+ 2,1
VAEB - Eisenbahnen	18.456	- 76	- 0,4
VAEB - Bergbau	19.321	- 405	- 2,1
SVA der gewerbl. Wirtschaft	170.511	+ 2.098	+ 1,2
SVA der Bauern	182.807	- 736	- 0,4
VA des österr. Notariates	413	+ 3	+ 0,7

Die folgende Darstellung zeigt eine Unterteilung der oben angeführten Gesamtzahlen nach Pensionsarten. Es sei hier erwähnt, dass es sich bei den angeführten Zahlen um die Pensionsstände (gesamt) und nicht um die Neuzugänge pro Jahr, wie im Kapitel drei angeführt, handelt.



1) Invaliditäts-, Berufs(Erwebsunfähigkeits)pensionen, vor dem 60./65. Lj.

2) Inkl. Invaliditäts-, Berufs(Erwebsunfähigkeits)pensionen ab dem 60./65. Lj.

Abbildung 1: Pensionsstand nach Pensionsarten Dezember 2012 (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 92)

Seit 2002 ist die Zahl aller Pensionen um 265.627 bzw. 13,2 % gestiegen. Die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen erhöhte sich um 57.308.

Der Zuwachs der Eigenpensionen (Alterspensionen und Invaliditätspensionen) ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Einerseits erfüllen immer mehr Personen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Alterspension. Die steigende Lebenserwartung, die Leistungskumulierungen sowie die zwischenstaatlichen Abkommen führten ebenfalls dazu, dass die Zahl der Pensionen im Beobachtungszeitraum angestiegen ist. Andererseits werden immer mehr Personen aus gesundheitlichen Gründen aus dem Arbeitsprozess ausgegliedert.

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Pensionsarten für den Zeitraum 2002 bis 2012 gegeben.

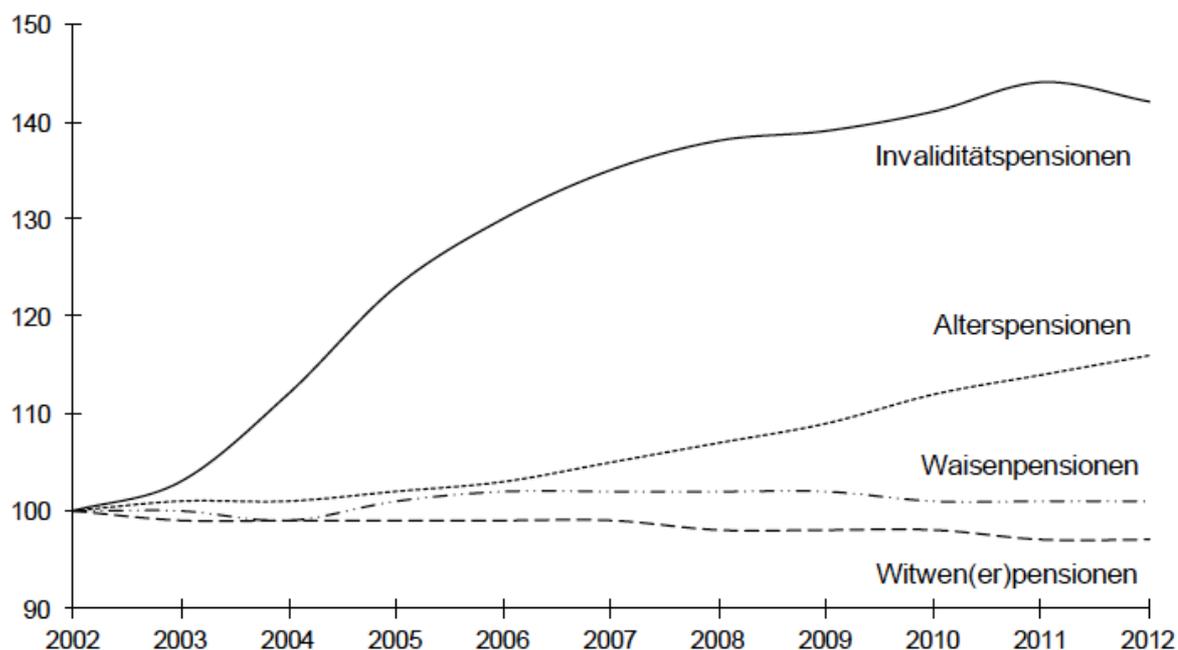


Abbildung 2: Entwicklung des Pensionsstandes nach Pensionsarten Messzahlen 2002 = 100 (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 97)

Die Abbildung 2 zeigt, dass der Anteil der krankheitsbedingten Frühpensionen an allen Pensionsarten in den letzten zehn Jahren am stärksten gestiegen ist. Dies ist die Ausgangslage in Österreich, ohne noch auf die unterschiedlichen den Frühpensionen zugrundeliegenden Krankheitsursachen eingegangen zu sein.

Weitere Zahlen und Fakten

(vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S.95-96)

Zur Darstellung der Ausgangslage sei noch Folgendes erwähnt:

- Im Jahre 2012 wurden 68.150 Anträge auf Zuerkennung einer Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen gestellt. Von diesen

Anträgen entfielen 62.405 auf die Pensionsversicherung der unselbständig Erwerbstätigen und 5.745 auf die Pensionsversicherung der Selbständigen.

- Die Zuerkennung dieser Pensionsart unterliegt strengen Kriterien. Ausschlaggebend sind Sachverständigengutachten von Ärzten. Im Jahre 2012 wurde von den Pensionsversicherungsträgern mehr als die Hälfte der Anträge abgelehnt. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre bringen etwa 60% der abgewiesenen Antragsteller eine Klage beim Sozialgericht ein. Circa ein Fünftel ist dabei erfolgreich (zuerkennendes Urteil oder Vergleich).
- Im Jahre 2012 wurden 27.446 Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen zuerkannt. Wie schon in den Vorjahren entfiel fast die Hälfte der Zuerkennungen auf männliche Arbeiter. Zwei Drittel des gesamten Zuganges entfielen auf Männer.
- Betrachtet man die Pensionsneuzugänge (aller Sozialversicherungsträger) an Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen nach Krankheitsgruppen, so lässt sich feststellen, dass an der Spitze die psychiatrischen Krankheiten stehen (2012: 31,4%). Die zweite Stelle nehmen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 31,3% ein, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems mit 10,4%.
- Das durchschnittliche Zugangsalter der Eigenpensionen (Alters- bzw. Invaliditätspensionen) betrug im Jahre 2012 bei Männern 59,4 Jahre und bei Frauen 57,4 Jahre. Seit dem Jahre 1970 verringerte sich das durchschnittliche Anfallsalter bei den Männern um 2,5, bei Frauen um 3,0 Jahre.

Insbesondere der verhältnismäßig hohe Zuwachs bei der Gruppe der krankheitsbedingten Frühpensionen lässt erkennen, dass hier ein deutliches Potential für frühe präventive Ansätze besteht. Es ist die einzige Variable bei den Pensionsständen, die sich durch derartige Maßnahmen beeinflussen lässt.

2.3 Begriffsdefinition „Arbeitsmedizin/ Wirtschaftsmedizin“

Bei der Definition dieser beiden Begriffe wird auf die jahrzehntelange Erfahrung der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin (AAM) auf diesem Fachgebiet zurückgegriffen. Die AAM wurde 1984 gegründet und hat ihren Sitz in Klosterneuburg bei Wien. Ihr Tätigkeitsbereich erstreckt sich auf ganz Österreich. Im Rahmen von Forschungs- und Beratungsprojekten ist sie europaweit tätig.

Arbeitsmedizin

Die Arbeitsmedizin ist jene ärztliche Disziplin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Gesundheit und Krankheit beschäftigt.

Ziel der Arbeitsmedizin ist, die physische und psychische Gesundheit bzw. die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Menschen bestmöglich zu erhalten und zu fördern. Arbeitsmedizin ist Präventivmedizin.

Sie umfasst Maßnahmen

- der Gesundheitsförderung,
- der Schadensverhütung (Primärprävention),
- der Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen (Sekundärprävention) und
- der beruflichen Wiedereingliederung und der Integration gesundheitlich beeinträchtigter Menschen (Tertiärprävention).

Sie zielt daher auf die Vermeidung bzw. Minimierung gesundheitsbeeinträchtigender Einflussfaktoren (vorrangig Verhältnisprävention) und auf die Stärkung persönlicher Gesundheitsressourcen und die Motivation zu eigenverantwortlichem gesunden Verhalten (Verhaltensprävention) ab. (AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Aufgaben und Ziele*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/arbeitsmedizin/aufgaben_ziele.php [Zugriff am 27.11.2013])

Um das Ziel der Arbeitsmedizin zu erreichen, beraten Arbeitsmediziner/innen im Zusammenwirken mit anderen Fachdisziplinen und Akteur(inn)en alle am Arbeitsprozess Beteiligten verantwortlich und wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die Umsetzung von Maßnahmen hin. Der Arbeitsmedizin kommt hierbei eine Lotsenfunktion zu.

Die Aufgaben der Arbeitsmedizin umfassen beispielsweise folgende Bereiche:

- Erkennen gesundheits- und leistungsrelevanter Faktoren im betrieblichen Geschehen,
- Bewertung dieser Faktoren hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkungen auf den Menschen
- Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Gefahrenverhütung
- Mitwirkung bei der Umsetzung der Maßnahmen und Kontrolle der Wirksamkeit
- Beurteilung individueller gesundheitlicher Beeinträchtigungen hinsichtlich ihrer möglichen arbeitsbedingten Ursachen sowie ihrer Auswirkungen auf die künftige Leistungs- und Arbeitsfähigkeit
- Initiieren, Durchführen bzw. Mitwirken bei Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- Mitwirkung bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels sowie Eingliederung und Wiedereingliederung Behinderter bzw. gesundheitlich Beeinträchtigter in den Arbeitsprozess

Die Arbeitsmedizin handelt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und psychosozialer Kompetenz. Bei der Umsetzung ihrer Erkenntnisse im Betriebsalltag berücksichtigt sie physische, psychische und soziale Einflüsse im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise. (AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Berufsverständnis*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/arbeitsmedizin/berufsbild/berufsverstaendnis.php [Zugriff am 27.11.2013])

Wirtschaftsmedizin

Wirtschaftsmedizin ist die Antwort auf die geänderten Anforderungen an die Mitarbeiter/innen.

Die aktuelle Entwicklung zur Kommunikations- und Dienstleistungsgesellschaft bringt eine Verschiebung von physischen hin zu psychischen Belastungen mit sich. Neue Einflussfaktoren wie steigender Leistungs- und Erfolgsdruck, erhöhte Arbeitsanforderungen in engeren Zeitrahmen, steigende Arbeitsgeschwindigkeit durch immer effizientere Kommunikationstechnologien, prekäre Beschäftigungsverhältnisse ("Neue Selbstständigkeit") und längere Lebensarbeitszeit beeinträchtigen in erster Linie die psychosoziale Gesundheit.

Die moderne Arbeitswelt erfordert daher neue Methoden der Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der arbeitenden Menschen und damit der Produktivität des Unternehmens. Diese Methoden sollen "win-win"-Situationen schaffen, von denen in gleicher Weise das Unternehmen als auch der/die einzelne Mitarbeiter/in profitieren.

Moderne "Arbeits- und Wirtschaftsmedizin" ist ein ganzheitlicher präventiver Ansatz zur Förderung und Erhaltung von körperlicher und psychischer Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Er umfasst sowohl physische Einflüsse als auch psycho-soziale Einflussfaktoren. Arbeitsmedizin beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen arbeitsbedingten Einflussfaktoren und der Gesundheit der Mitarbeiter. Schwerpunktmäßig sind der Arbeitsplatz bzw. die unmittelbare Arbeitsumgebung im Fokus, also Arbeitsumfeld, Arbeitsmittel und Arbeitsstoffe, aber auch ansatzweise jene, die aus der Arbeitsorganisation, Führungs- und Organisationsstrukturen und der Unternehmenskultur resultieren. Wirtschaftsmedizin ist eine Vertiefung der Arbeitsmedizin vor allem in den Themen Unternehmensführung, Arbeitspsychologie und Gesundheitsförderung. (AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Aufgaben und Ziele*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/wirtschaftsmedizin/aufgaben_ziele.php [Zugriff am 27.11.2013])

Wirtschaftsmediziner(innen) sind - wie Arbeitsmediziner(innen) - aus ihrem ganzheitlichen Verständnis und aufgrund ihrer Kenntnis über das gesamte Spektrum der Reaktionen des Menschen auf physische und psycho-soziale Einflüsse in der Lage, potenziell gesundheits- und leistungsgefährdende Aspekte zu erkennen und im Sinne der Prävention Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Leistung zu entwickeln und umzusetzen.

Ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychosomatik - als Ausdruck der Wechselwirkungen von Mensch und sozialem Umfeld, darüber hinaus aber auch von Methoden der Unternehmensführung und der Organisationspsychologie befähigen sie, die speziellen Bedürfnisse im betrieblichen Umfeld wahrzunehmen und aufzuzeigen, positive Veränderungen hin zu möglichst optimalen Organisationsbedingungen vorzuschlagen und als medizinischer Prozess- und Organisationsspezialist zu begleiten, falls erforderlich unter Einbindung von Fachkräften zu spezifischen Themen.

Maßnahmen der Wirtschaftsmedizin sind Potentialinvestitionen in das Humanvermögen, die - ähnlich wie Forschungs- und Entwicklungsvorhaben - zunächst auf eine immaterielle Verbesserung der Leistung ausgerichtet sind, bevor sie mittel- bis langfristig zu einer Verbesserung der Wettbewerbsposition, z.B. durch höhere Produktqualität, ertragswirksam werden.

Bei all ihren Aktivitäten stehen für Wirtschaftsmediziner/innen der Mensch und die Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit innerhalb des Systems "Betrieb" im Mittelpunkt. Ihre Tätigkeit dient daher dem Nutzen sowohl der Mitarbeiter/innen als auch des Unternehmens.

(AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Berufsverständnis*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/wirtschaftsmedizin/berufsbild/berufsverstaendnis.php [Zugriff am 27.11.2013])

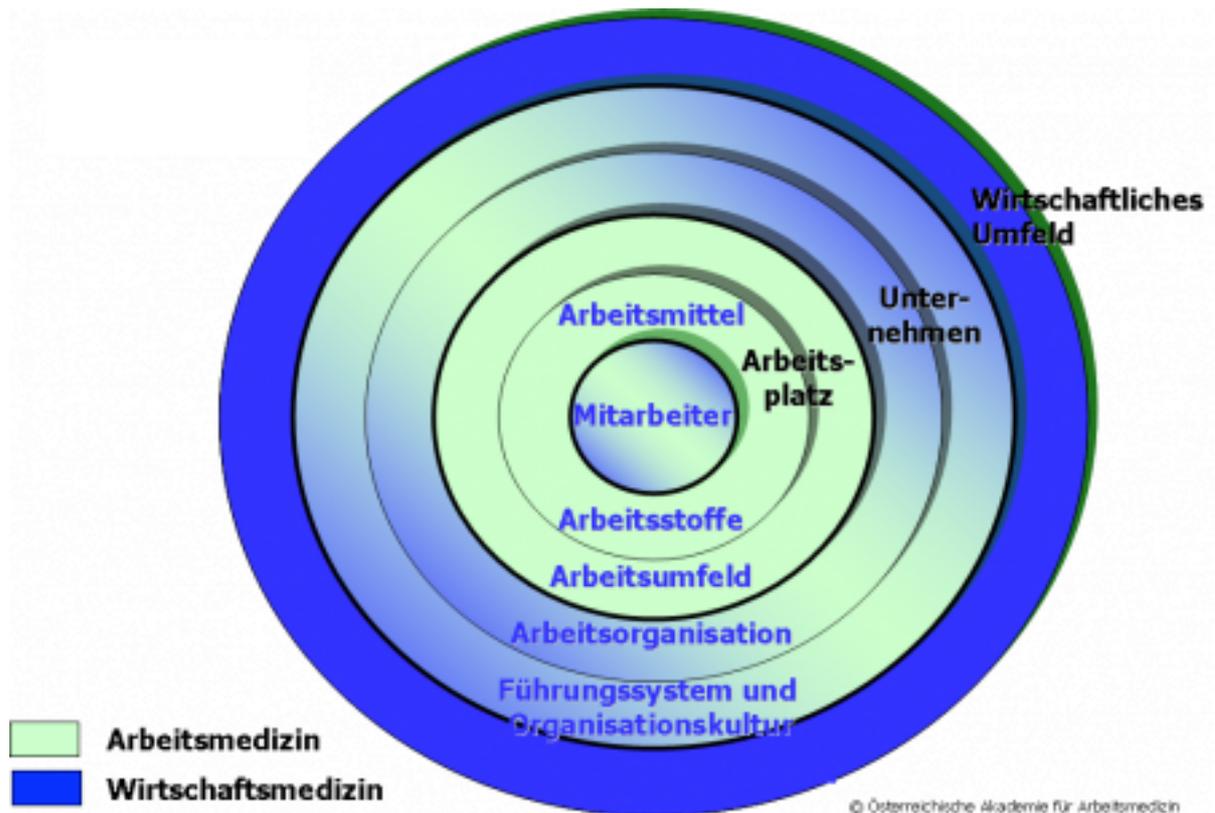


Abbildung 3: Tätigkeitsfelder Arbeitsmedizin/ Wirtschaftsmedizin
 (Internetquelle: AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Aufgaben und Ziele*, 2013)

Derzeit gibt es noch keine systematisierte Einbindung der Arbeits- und Wirtschaftsmediziner/innen in der gezielten Prävention von Frühpensionsfällen. Dies obwohl insbesondere Wirtschaftsmediziner/innen auf Basis ihrer Ausbildung wie oben dargestellt Fachkräfte für Arbeitsorganisation und Arbeitspsychologie sind.

Es gibt zum Beispiel keine standardisierte Rückmeldung von stationären psychiatrischen Rehabilitationen an die zuständigen Arbeitsmediziner, um dort erarbeitete präventive Ansätze in Maßnahmen im Arbeitsumfeld umzusetzen.

Hier eröffnen sich sicher noch präventive Ansätze, die frühzeitig eingreifen und nicht erst, wenn bereits Schaden und damit menschliches Leid eingetreten ist.

2.4 Laufende Projekte am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation bei psychischen Leiden

In diesem Abschnitt soll ein Überblick über zwei bereits laufende Projekte mit Bezug zu Rehabilitation und Prävention bei psychischen Leiden gegeben werden. Die einzelnen Projekte werden im Folgenden mit einer Kurzbeschreibung aufgelistet. Ergänzend wird ein entsprechender Querverweis angeführt, wo weitere Information dazu zu finden ist.

➤ **FIT 2 WORK**

Fit2work ist eine Initiative der österreichischen Bundesregierung. Die Maßnahme ist im Bundesgesetz (Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz - AGG), mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird, verankert.

Fit2work wird von regionalen Umsetzungspartnern angeboten und läuft in Kooperation mit vielen Partnerorganisationen. Die Koordination liegt beim Bundessozialamt (BSB). Das Projekt wird finanziert aus Mitteln von Arbeitsmarktservice (AMS), Gebietskrankenkassen (GKK), Pensionsversicherungsanstalt (PVA), Allgemeiner Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und Bundessozialamt (BSB). Das Projekt enthält Angebote für Personen und Angebote für Betriebe.

Die Fit2work-Betriebsberatung unterstützt Unternehmen dabei, Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen nachhaltig und produktiv im Unternehmen zu (re)integrieren. Im Rahmen des fit2work-Programms wird im Zuge des Aufbaus eines Frühwarnsystems mit einem Fragebogen die Arbeitsbewältigungsfähigkeit von Mitarbeiter/innengruppen (immer mehr als fünfzehn Personen) ermittelt. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Befragung werden Maßnahmen von den Betrieben umgesetzt, die es Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen ermöglichen, länger produktiv im Unternehmen zu verbleiben.

Wenn zeitnahe mit einem fit2work-Programm im Unternehmen die Arbeitsplatzevaluierung hinsichtlich psychischer Belastungen (entsprechend den Forderung im Arbeitnehmer/innenschutzgesetz.) umgesetzt wird, kann und sollte da, wo Ergebnisse der Befragung des fit2work-Programmes auf mäßige Arbeitsfähigkeitswerte und gesundheitsrelevante Fehlbelastungen hinweisen, prioritär mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen begonnen werden. (Fit2work, *Angebot für Betriebe*, online unter URL: http://www.fit2work.at/home/Angebot_fuer_Betriebe/?lang=DE [Zugriff am 27.11.2013])

Das Angebot von Fit2work wird in öffentlichen Medien stark beworben. *Weiterführende Information zum Projekt sind zu finden unter:* www.fit2work.at

➤ **Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz laut Arbeitnehmer/innenschutzgesetz (ASchG)**

Mit erstem Jänner 2013 ist eine Novelle zum ASchG in Kraft getreten. Bei den meisten Änderungen im ASchG handelt es sich um Klarstellungen. Bereits bisher galt schon, dass die Gesundheit der Arbeitnehmer/innen umfassend vor Gefahren zu schützen ist. Die Novelle des ASchG stellt nun klar, dass unter Gefahren neben physischen auch psychische Belastungen gemeint sind. Diese Klarstellung dient der stärkeren Betonung arbeitsbedingter psychischer Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen. Das Ziel ist, den notwendigen Bewusstseinsbildungsprozess bei den Verantwortlichen in den Betrieben zu unterstützen und die Auseinandersetzung mit diesem Thema in den Betrieben zu intensivieren. Weiteres wird klargestellt, dass Gesundheit mehr ist als nur körperliche Gesundheit.

Arbeitsbedingte psychische Belastungen ergeben sich aus den vielfältigen Einflüssen und Anforderungen, die am Arbeitsplatz auf die Beschäftigten einwirken. Sie ergeben sich aus der Gestaltung der Arbeitsstätte und Arbeitsplätze, der Gestaltung und dem Einsatz von Arbeitsmitteln, der Verwendung von Arbeitsstoffen, der Gestaltung der Arbeitsverfahren und Arbeitsvorgänge und deren Zusammenwirken. Das Gesetz

nennt nunmehr als Quelle für Belastungen auch die “Gestaltung der Arbeitsaufgaben und die Art der Tätigkeiten, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsabläufe sowie der Arbeitsorganisation“ (§ 4 (1) Z 6 ASchG).

Das bedeutet, psychische Belastungen sind Bestandteil eines jeden Arbeitsprozesses. Psychische Fehlbeanspruchungen entstehen dann, wenn arbeitsbedingte psychische Belastungen in ihrer Ausprägung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei den Beschäftigten führen.

Typische arbeitsbedingte psychische Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen, sind z.B. häufige Arbeitsunterbrechungen durch Mängel in der Arbeitsorganisation, fehlende Qualifikation bzw. Erfahrung, mangelhafte soziale Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte bzw. Kolleg/innen, Arbeitszeiten mit zu wenig Planungsmöglichkeiten, monotone Tätigkeiten, zu geringe Abwechslung, widersprüchliche Ziele und Anforderungen.

Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsaufgaben und Menschen angemessen sind, fördern die Gesundheit und die Produktivität der Mitarbeiter/innen, die Kommunikation und ein gutes Betriebsklima. Verbesserung der Arbeitsorganisation, Optimierung der Arbeitsumgebung und der Arbeitszeitgestaltung, ausgewogene Informationsweitergabe und gelebte Wertschätzung und Anerkennung sind für alle ein Gewinn - für Arbeitgeber/innen und für Arbeitnehmer/innen gleichermaßen.

Durch eine Anpassung von Technik und Organisation an den Menschen kann Arbeit nicht nur effizienter ausgeübt werden, sondern es wird auch Beeinträchtigungen, Störungen und Erkrankungen entgegengesteuert.

Arbeitgeber/innen müssen beeinträchtigende Arbeitsbedingungen erkennen und diese durch entsprechende Maßnahmen gezielt verbessern. Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsplatzevaluierung (Ermittlung, Beurteilung von Gefahren, Maßnahmenfestlegung, einschließlich der Dokumentation gem. §§ 4 in Verbindung mit § 7 ASchG, und 5 ASchG, § 23 KJBG, § 2a MSchG) ist daher zu

prüfen, ob arbeitsbedingte physische und psychische Belastungen vorliegen, die zu Fehlbeanspruchungen führen können.

Die Gefahrenverhütung ist mit dem Ziel zu planen, dass eine kohärente Verknüpfung von Technik, Tätigkeiten und Aufgaben, Arbeitsorganisation, Arbeitsabläufen, Arbeitsbedingungen, Arbeitsumgebung, sozialen Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz erfolgt (vgl. BMASK, 2013).

Hinweis: Anerkannte Messmethoden/Verfahren und weitergehende Informationen finden sich auf der Webseite der Arbeitsinspektion unter: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Belastungen/default.htm>

2.5 Fazit

Die Darstellung der Gesetzeslage zeigt, wie komplex die Beurteilung einer Berufsunfähigkeit/Invalidität ist. Insbesondere die Beurteilung der berufskundlichen Situation ist oft entscheidungsrelevant für die Zuerkennung einer krankheitsbedingten Frühpension.

Auch eine immer stärkere Verankerung des Grundgedankens „Rehabilitation vor Pension“ im Gesetz lässt sich nicht nur im Rahmen des mit 1. Jänner 2014 in Kraft tretenden Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 (78. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977) feststellen. Die Fortsetzung dieses Gedankens findet sich in der Darstellung der beiden Projekte „Fit2work“ und „Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz laut Arbeitnehmer/innenschutzgesetz (ASchG)“. Die Fit2work-Betriebsberatung unterstützt Unternehmen dabei, Mitarbeiter/innen mit gesundheitlichen Einschränkungen nachhaltig und produktiv im Unternehmen zu (re)integrieren. Weiteres wird klargestellt, dass Gesundheit mehr ist, als nur körperliche Gesundheit. Das Gesetz nennt nunmehr als Quelle für Belastungen auch

die "Gestaltung der Arbeitsaufgaben und die Art der Tätigkeiten, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsabläufe sowie der Arbeitsorganisation" (§ 4 (1) Z 6 ASchG).

Die Zahlen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2012 zeigen, dass der Anteil der krankheitsbedingten Frühpensionen an allen Pensionsarten in den letzten zehn Jahren am stärksten gestiegen ist. Zudem zeigt Tabelle eins, dass 82,8% aller Pensionen österreichweit durch die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) abgewickelt werden. Die Datenlage der PVA ist somit auch für den empirischen Teil der Arbeit unter Kapitel drei zum Thema „In Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich“ ausreichend repräsentativ. Betrachtet man die Pensionsneuzugänge (aller Sozialversicherungsträger) an Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen nach Krankheitsgruppen, so lässt sich auf Seite 15 eine erste Richtgröße für den Anteil mit psychiatrischen Krankheiten von 31,4% für das Jahr 2012 erheben.

Zur Definition der Begriffe Arbeitsmedizin und Wirtschaftsmedizin lassen sich folgende Kernaussagen festhalten. Die Arbeitsmedizin ist jene ärztliche Disziplin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Gesundheit und Krankheit beschäftigt. Ziel der Arbeitsmedizin ist, die physische und psychische Gesundheit bzw. die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Menschen bestmöglich zu erhalten und zu fördern. Die aktuelle Entwicklung zur Kommunikations- und Dienstleistungsgesellschaft bringt heute eine Verschiebung von physischen hin zu psychischen Belastungen mit sich. Genau zu diesem Thema bilden sich Wirtschaftsmediziner schwerpunktmäßig im Rahmen eines zweijährigen Masterstudiums aufbauend auf der arbeitsmedizinischen Ausbildung fort. Ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychosomatik - als Ausdruck der Wechselwirkungen von Mensch und sozialem Umfeld, darüber hinaus aber auch von Methoden der Unternehmensführung und der Organisationspsychologie befähigen sie, die speziellen Bedürfnisse im betrieblichen Umfeld wahrzunehmen und aufzuzeigen, positive Veränderungen hin zu möglichst optimalen

Organisationsbedingungen vorzuschlagen und als medizinischer Prozess- und Organisationsspezialist zu begleiten. Wirtschaftsmedizin ist eine Vertiefung der Arbeitsmedizin vor allem in den Themen Unternehmensführung, Arbeitspsychologie und Gesundheitsförderung.

Derzeit gibt es noch keine systematisierte Einbindung der Arbeits- und Wirtschaftsmediziner/innen in der gezielten Prävention von Frühpensionsfällen. Dies obwohl sie auf Basis ihrer Ausbildung wie oben dargestellt Fachkräfte für Arbeitsorganisation und Arbeitspsychologie sind.

Anmerkung: Im Fazit wird auf Quellenangaben aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet, da sich diese im Volltext der vorangegangenen Punkte finden.

3 AKTUELLE DATENLAGE DER PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Es gibt in der Literatur zwar genügend Zahlen zum Thema „Frühpensionierung allgemein“ (siehe auch Kapitel 2.2). Allerdings gibt es nur wenig Zahlen, die zum Thema „Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich“ in die Tiefe gehen. Dies war die Motivation für den Autor, im folgenden Kapitel die Angaben in der Problemstellung in einer empirischen Arbeit mit aktuellen statistischen Daten der Pensionsversicherungsanstalt zu hinterlegen.

Nach einem Ansuchen auf Freigabe von Daten für diese Arbeit beim größten österreichischen Pensionsversicherungsträger (siehe Tabelle 1), der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), wurde diesem (mit Sperrvermerk) zugestimmt und konnte der Autor zur Beschreibung der aktuellen Lage in Bezug auf „Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich“ die folgenden Statistiken in Zusammenarbeit mit der Abteilung HSCO (Hauptstelle – Statistik und Controlling) der PVA erheben. Es wird dazu auf den zentralen Server der PVA in der Hauptstelle in Wien zugegriffen

Da seit 2005 die Neuzugänge zur Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspension durchgehend mit ICD10- Kodierung (DIMDI 2011) in der zum Zuerkennungszeitpunkt gültigen Fassung erfasst werden, und die letzten vollständigen Jahreszahlen aus dem Jahr 2012 stammen, wurden für die Auswertung die Jahre 2005 bis 2012 gewählt. Jeder Neuzugang ist zusätzlich zu den Hauptdiagnosen mit personenbezogenen Daten wie Alter, Geschlecht und Anspruchsvoraussetzungen für die Pensionsleistung (wie unter Kapitel 2.1 abgehandelt) hinterlegt. Die Auswertung der Daten erfolgt dann anonymisiert und erlaubt keine Rückschlüsse auf die Personen hinter den Pensionsneuzugängen.

3.1 Neuzugänge Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen im Jahresverlauf (2005 bis 2012)

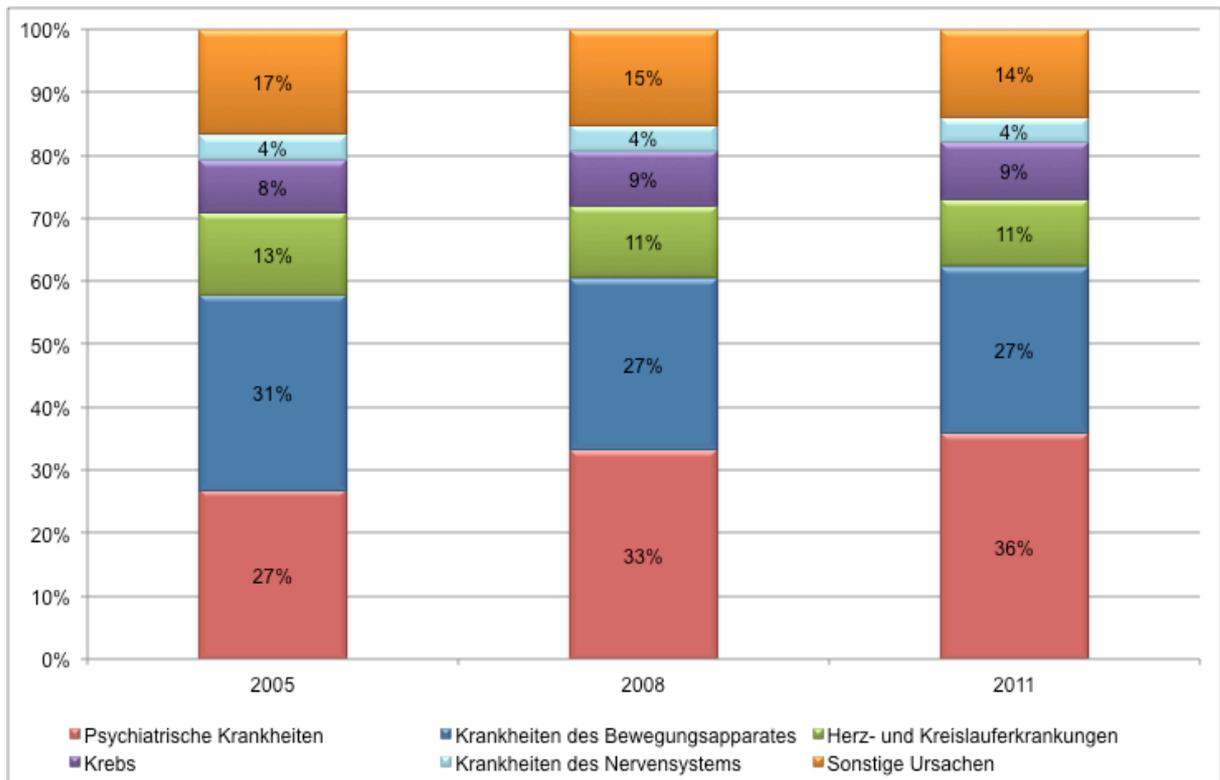
Die folgende Tabelle zeigt die absoluten Zahlen von Neuzugängen zur Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspensionen pro Jahr unterteilt nach den wichtigsten Krankheitsgruppen. Die Zuteilung zu den jeweiligen Krankheitsgruppen erfolgte ICD10 – basiert (DIMDI, 2011) entsprechend der Angaben der Gutachterärzte/innen.

Tabelle 2: Anzahl Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Krankheitsgruppen, 2005 - 2012

Krankheitsgruppen	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Krankheiten des Bewegungsapparates	8.004	7.143	7.168	6.898	7.011	6.309	6.284	5.981
Psychiatrische Krankheiten	6.950	7.562	8.228	8.349	8.569	8.561	8.465	7.866
Herz- und Kreislauferkrankungen	3.427	3.175	3.061	2.865	2.826	2.626	2.496	2.305
Krebs	2.164	2.102	2.170	2.192	2.258	2.143	2.117	2.165
Krankheiten des Nervensystems	1.066	1.052	991	1.031	1.026	989	943	975
Sonstige Ursachen	4.302	4.035	3.769	3.811	3.728	3.465	3.306	3.141
Gesamtergebnis	25.913	25.069	25.387	25.146	25.418	24.093	23.611	22.433

Schon hier stellt sich die Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen über alle erfassten Jahre als die größte Gruppe in absoluten Zahlen seit 2006 dar. Lediglich im Jahr 2005 wurde sie noch von der Gruppe der Krankheiten des Bewegungsapparates übertroffen. Seit 2009 zeigt sich ein leichter Rückgang bei den Gesamtergebnissen der Neuzugänge über alle Krankheitsgruppen (siehe letzte Zeile der Tabelle 2). Anteilig bleibt die Krankheitsgruppe der psychiatrischen Krankheiten seit 2006 aber durchgehend die größte.

Das folgende Diagramm zeigt die prozentuellen Anteile der jeweiligen Krankheitsgruppe an der Gesamtheit der Neuzugänge in den Jahren 2005, 2008 und 2011.



2005: n=25.913 2008: n=25.146 2011: n=23.611

Abbildung 4: Anteil Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Krankheitsgruppen, 2005 – 2011

Hier lässt sich ein eindeutiger Trend in Bezug auf die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten feststellen. Der Anteil von Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Störungen nimmt stetig zu. Das bedeutet, 36% der Neuzugänge 2011 insgesamt erfolgten wegen psychischen Erkrankungen, 2005 waren es noch 27%.

Schlüsselt man die Neuzugänge noch nach Berufsunfähigkeitspensionen (ehemals Angestelltentätigkeiten) und Invaliditätspensionen (ehemals Arbeitertätigkeiten) innerhalb der letzten drei erfassten Jahre auf, zeigt sich hier vor allem bei den ehemaligen Angestellten ein verhältnismäßig bei weitem überwiegender Anteil an psychiatrischen Krankheitsursachen. Bei der Gruppe der ehemaligen Arbeiter/innen besteht hier ein konstantes Gleichgewicht bei den Gruppen der psychiatrischen Erkrankungen und den Erkrankungen des Bewegungsapparates. Laut Angaben der Pensionsversicherungsanstalt lag der Anteil psychischer Störungen 2012 als

Ursache der vorzeitigen Pension bei Arbeitern bei 30,9%. Diese Zahl steht im exakten Gleichgewicht mit dem Anteil von Krankheiten des Bewegungsapparates (ebenfalls 30,9%). Bei Angestellten stellen 2012 psychische Erkrankungen die Hauptursache für eine vorzeitige Pensionierung mit einem Prozentsatz von 44,4% dar. Die folgende Tabelle stellt die dazu erfassten Zahlen der letzten drei Jahre detailliert dar.

Tabelle 3: Pensionsneuzugänge krankheitshalber aufgeschlüsselt nach Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen, 2010 – 2012
(Internetquelle: Pensionsversicherungsanstalt, *Statistische Daten der Pensionsversicherungsanstalt, 2013*)

Häufigste Krankheitsursachen	Berufsunfähigkeitspensionen			Invaliditätspensionen		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Bewegungsapparat	16,3%	17,8%	17,1%	30,4%	30,5%	30,9%
Herz	9,5%	8,0%	8,4%	11,5%	11,7%	11,1%
Krebs	10,9%	11,3%	11,7%	8,1%	8,0%	8,7%
Nervensystem	6,0%	5,5%	6,1%	3,3%	3,3%	3,6%
Psychiatrische	44,5%	45,7%	44,4%	31,7%	31,6%	30,9%
Sonstige	12,8%	11,7%	12,3%	15,0%	14,9%	14,8%

Es bestehen also auch Zusammenhänge zwischen der Art der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und dem Anteil der Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten. Es wurde daher auch in der Befragung der Antragsteller unter Kapitel fünf eine Frage zur zuletzt überwiegend ausgeübten Tätigkeit impliziert.

3.2 Sekundärstatistiken für die Krankheitsgruppe der psychiatrischen Erkrankungen

Die unter Kapitel 3.1 erfassten Daten werden an dieser Stelle entsprechend der zur Verfügung stehenden Detailangaben bei Neuzugängen zur Frühpension weiter

analysiert. Einerseits erfolgt eine Unterteilung in Krankheitsuntergruppen der psychiatrischen Krankheiten. Andererseits wird ein Bezug zum Alter der Antragsteller hergestellt.

3.2.1 Krankheitsuntergruppen

Da jeder Neuzugang mit einer führenden Diagnose (Hauptdiagnose) laut ICD10 (DIMDI 2011) hinterlegt ist, war es auch möglich, in der Gruppe der Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten eine weitere Unterteilung in unterschiedliche Diagnosegruppen zu machen.

Dabei wurden die Zahlen zu folgenden Untergruppen von psychiatrischen Krankheiten laut ICD10 (DIMDI 2011) erfasst:

F0... Hirnorganische Störungen

F1... Suchterkrankungen

F2... Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3... Affektive Störungen

F4... Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5... Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6... Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7... Intelligenzminderung

F8... Entwicklungsstörungen

F9... Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen

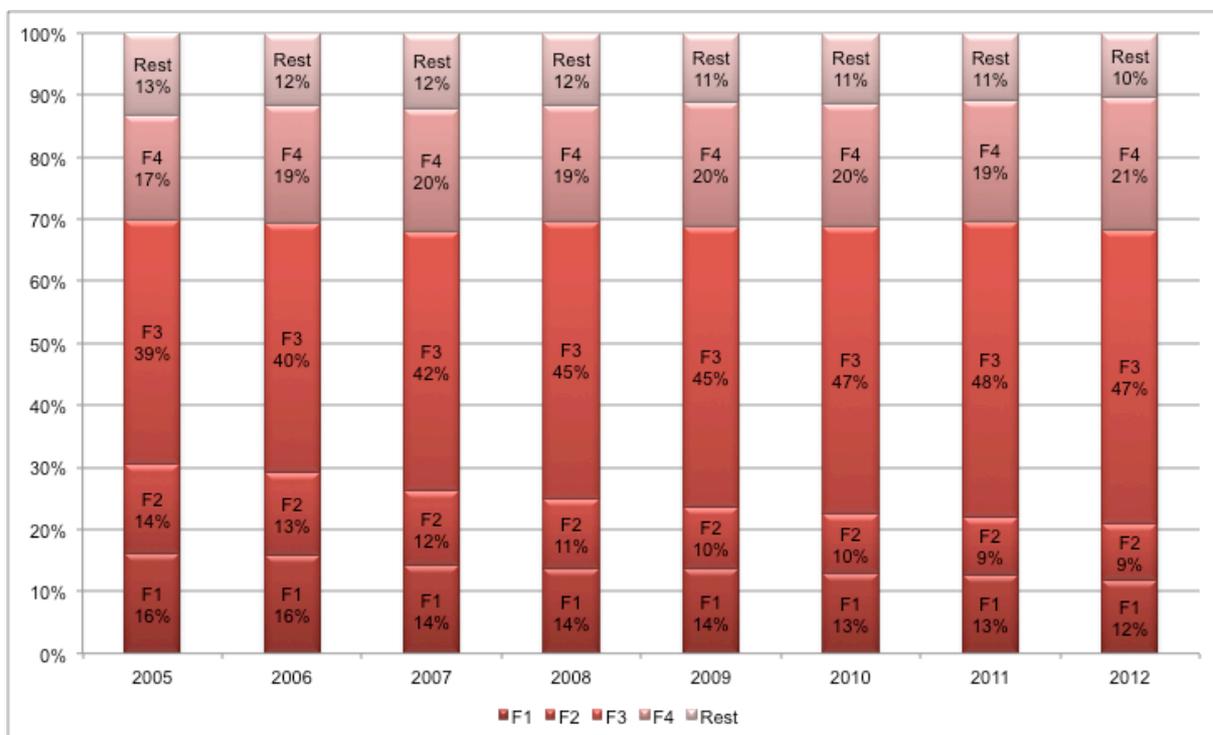
Es soll gezeigt werden, in welcher Krankheitsuntergruppe von psychiatrischen Krankheiten der Schwerpunkt bei den Pensionsneuzugängen liegt.

Tabelle 4: Neuzugänge BU-/IP-Pensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten nach Krankheitsuntergruppen laut ICD10, 2005-2012

Krankheitsuntergruppen	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
F0	426	418	400	353	315	334	279	251
F1	1.123	1.199	1.164	1.137	1.165	1.104	1.077	921
F2	999	1.005	989	946	864	816	782	723
F3	2.737	3.045	3.453	3.727	3.866	3.982	4.040	3.731
F4	1.174	1.423	1.614	1.557	1.722	1.692	1.645	1.671
F5	35	26	30	29	53	40	40	37
F6	289	310	406	432	411	419	463	395
F7	145	120	162	157	153	156	128	122
F8	1	3	4	4	9	4	5	7
F9	10	6	5	5	11	14	6	8
(Leer)	11	7	1	2				
Gesamtergebnis	6.950	7.562	8.228	8.349	8.569	8.561	8.465	7.866

Schon an den absoluten Zahlen lässt sich der größte Anteil an Neuzugängen mit psychiatrischen Krankheiten in der Gruppe der affektive Störungen und der Gruppe mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen erkennen.

Um die Gewichtung der einzelnen Krankheitsgruppen anschaulich darzustellen, wird im folgenden Diagramm der jeweilige prozentuelle Anteil der Krankheitsuntergruppen laut Liste auf Seite 31 über die Jahre 2005 bis 2012 angezeigt.



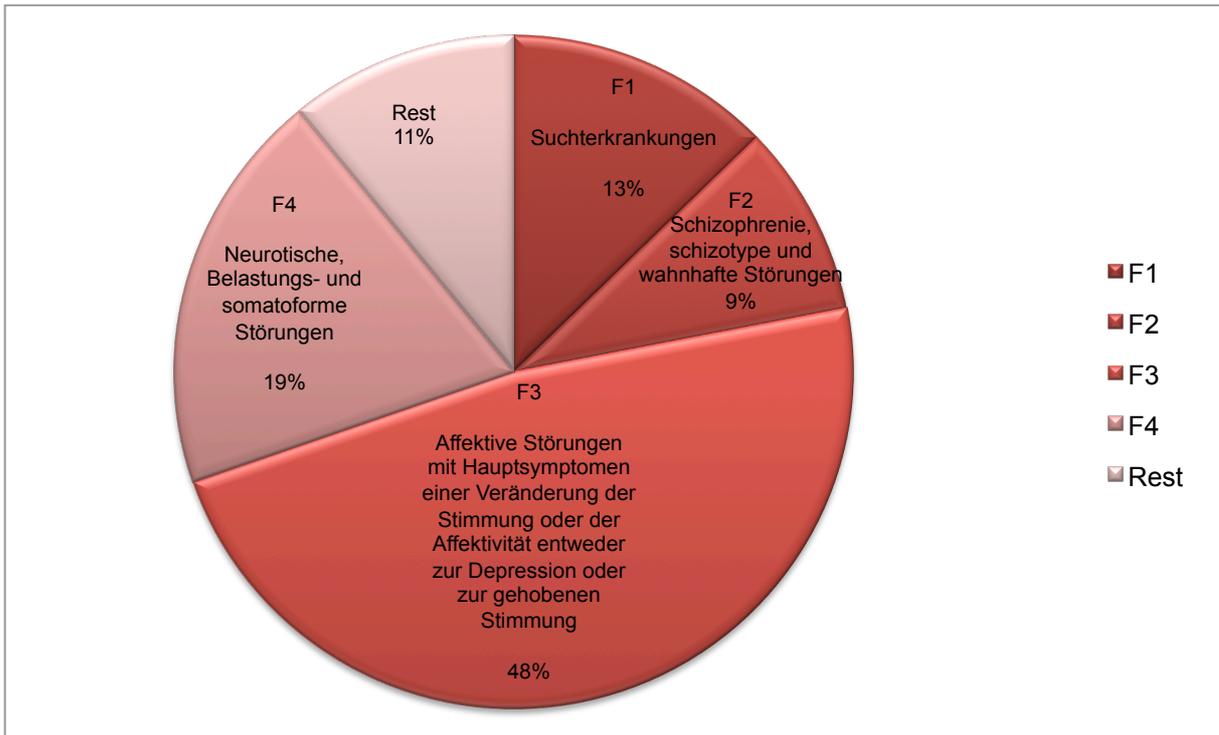
n: siehe Tabelle 4

Abbildung 5: Anteil Krankheitsuntergruppen an Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, 2005-2012

Insbesondere in der Gruppe der affektiven Störungen (F3) lässt sich hier eine kontinuierliche Zunahme der Anteile über alle erfassten Jahre verzeichnen. Hatte diese Gruppe 2005 noch einen Anteil von 39% an allen Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, so waren es 2012 bereits 47%. Diese Gruppe F3 enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (DIMDI 2011, Kapitel V)

Auch der Anteil der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ist über die erfassten Jahre leicht im Zunehmen, von 17% im Jahr 2005 auf 21% im Jahr 2012. Zu der Gruppe F4 gehören phobische Störungen, Angststörungen, Panikstörung, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) und somatoforme Störungen (DIMDI 2011, Kapitel V). Lediglich in der Gruppe der Suchterkrankungen (F1) und der Gruppe mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2) ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen.

Zur Sensibilisierung für die vier wichtigsten zuletzt beschriebenen Untergruppen werden die Daten aus dem Jahr 2011 in der folgenden Abbildung 6 in Form eines Kreisdiagramms dargestellt.



n=8.465

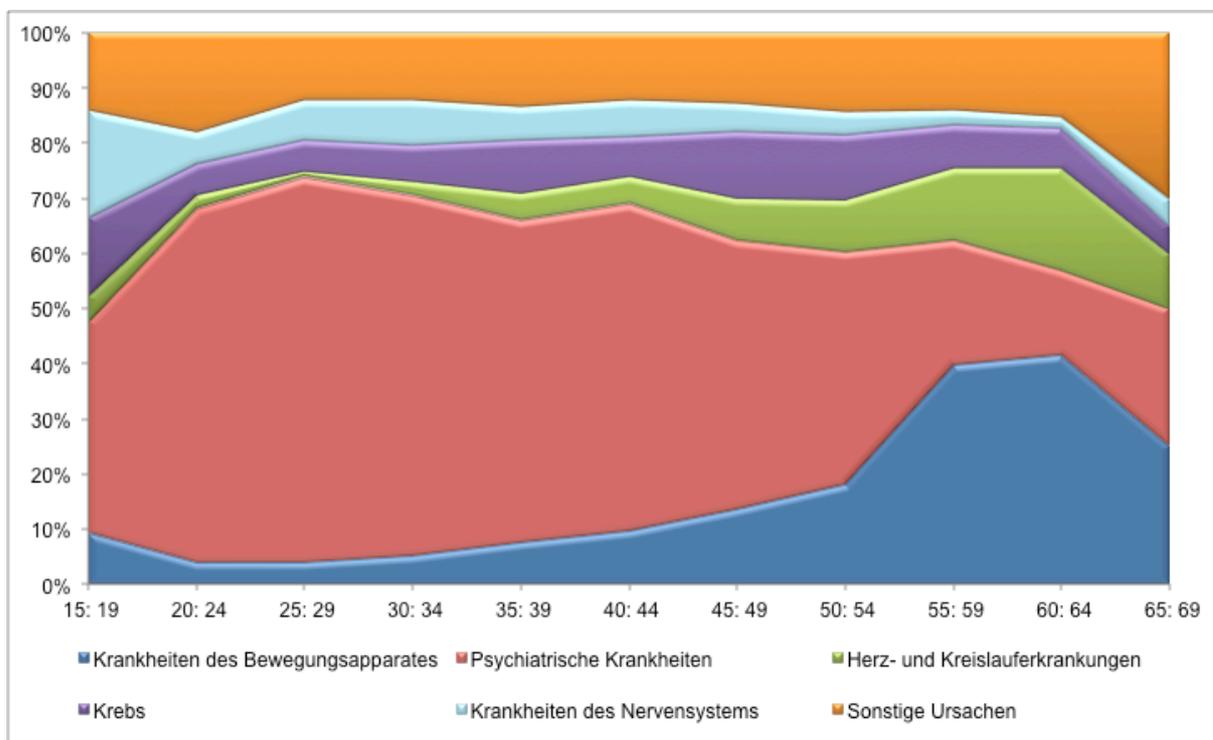
Abbildung 6: Anteil Krankheitsuntergruppen an Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, Kreisdiagramm, 2011

Es unterliegen somit auch die Krankheitsbilder für die Frühpension mit psychischen Störungen innerhalb der letzten sieben Jahre nachweislich einem Wandel. Darauf muss auch bei den präventiven Ansätzen bedacht genommen werden.

3.2.2 Altersgruppen

Im Jahr 2011 hatten von gesamt 23.611 Neuzugängen zur Frühpension (nach dem ASVG) 8.465 eine psychiatrische Ursache. Davon finden sich 2.037 Neuzugänge in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen und 2.016 in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen. Von allen Neuzugängen mit psychiatrischen Krankheiten sind 52,8% älter als 50 Jahre. In der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen zählt man im selben Jahr 357 Neuzugänge mit psychischen Störungen, hingegen nur 21 Neuzugänge mit Krankheiten des Bewegungsapparates.

Setzt man die in Abbildung 4 (S.29) dargestellten Anteile an Neuzugängen nach Krankheitsgruppen aus dem Jahr 2011 ergänzend auf der x-Achse in Beziehung zum Alter, so lässt sich dies wie folgend in Form eines Flächendiagramms darstellen.



n=23.611

Abbildung 7: Anteil Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Alter (x-Achse) und Krankheitsgruppen, 2011

Von der jüngsten dargestellten Altersgruppe bis einschließlich der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen (siehe x-Achse) ist der Anteil an Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten (rote Fläche) am Gesamtkollektiv der jeweiligen Altersgruppe durchgehend am größten. Am höchsten ist der Anteil der Neuzugänge aufgrund psychischer Störungen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 70,0%. Erst in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen werden psychische Krankheiten von Krankheiten des Bewegungsapparates mit 40,0% (absolut 3.577) als Hauptursache für Frühpensionierungen abgelöst. Die Darstellung gibt ein Gefühl für die Gewichtung der unterschiedlichen Krankheitsgruppen in der jeweiligen Altersgruppe. Sie darf nicht in Bezug auf die absolute Zahl an Neuzugängen mit psychiatrischen Krankheitsbildern in der jeweiligen Altersgruppe, wie am Beginn dieses Punktes angeführt, fehlinterpretiert werden.

3.3 Fazit

Die in diesem Kapitel beim größten österreichischen Pensionsversicherungsträger, der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), in Form einer empirischen Arbeit erhobenen Daten können die Angaben in der Problemstellung unter Kapitel 1.1 mit aktuellen Zahlen hinterlegen. Seit dem Jahr 2006 stellt die Gruppe der psychiatrischen Erkrankungen die größte Gruppe bei den Neuzugängen zur krankheitsbedingten Frühpension in absoluten Zahlen dar. Lediglich im Jahr 2005 wurde sie noch von der Gruppe der Krankheiten des Bewegungsapparates übertroffen. Im Jahr 2011 hatten von gesamt 23.611 Neuzugängen zur Frühpension (nach dem ASVG) 8.465 eine psychiatrische Ursache. Das bedeutet, 36% der Neuzugänge 2011 insgesamt erfolgten wegen psychischen Erkrankungen, 2005 waren es noch 27%. Der Anteil von Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Störungen nimmt stetig zu.

Es bestehen auch Zusammenhänge zwischen der Art der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und dem Anteil der Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten. Bei Arbeitern lag der Anteil psychischer Störungen 2012 als Ursache der vorzeitigen Pension bei 30,9%. Diese Zahl steht im exakten Gleichgewicht mit dem Anteil von Krankheiten des Bewegungsapparates (ebenfalls 30,9%). Bei Angestellten stellen 2012 psychische Erkrankungen die Hauptursache für eine vorzeitige Pensionierung mit einem Prozentsatz von 44,4% dar.

Eine weitere Analyse der Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten in Bezug auf die Krankheitsuntergruppen entsprechend ICD10 (DIMDI 2011) zeigt, dass insbesondere der Anteil der affektiven Störungen (F3) eine kontinuierliche Zunahme über alle erfassten Jahre verzeichnet. Hatte diese Gruppe 2005 noch einen Anteil von 39% an allen Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, so waren es 2012 bereits 47%. Auch der Anteil der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) ist über die erfassten Jahre leicht im Zunehmen, von 17% im Jahr 2005 auf 21% im Jahr 2012.

In Bezug auf das Alter ergab sich, dass im Jahr 2011 von allen Neuzugängen mit psychiatrischen Krankheiten 52,8% älter als 50 Jahre waren. Bezogen auf die Gesamtzahl der Neuzugänge in der jeweiligen Altersgruppe (2011) ist der Anteil mit psychischen Störungen in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 70,0% am höchsten. Erst in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen werden psychische Krankheiten von Krankheiten des Bewegungsapparates mit 40,0% als Hauptursache für Frühpensionierungen abgelöst.

Je nach Zielgruppe unter den Personen, bei denen eine Frühpension mit psychiatrischem Hintergrund droht, können die erhobenen Daten eine Hilfe bei der Entwicklung von präventiven Maßnahmen gegen ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess sein.

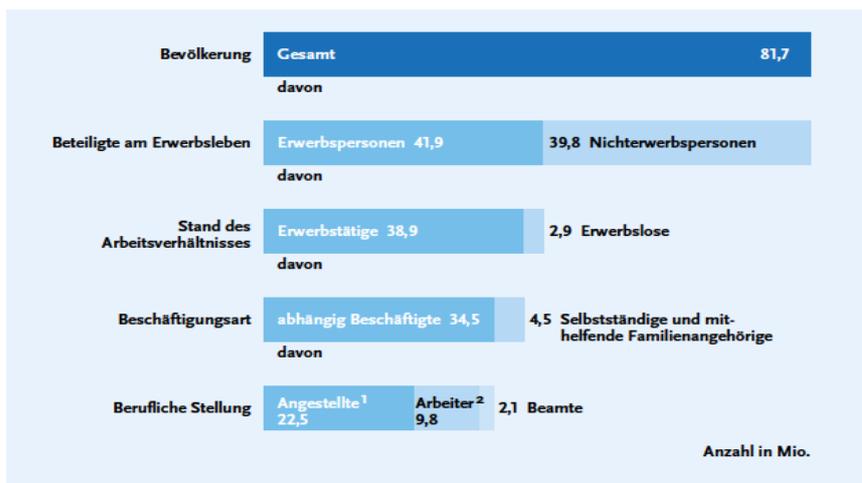
Anmerkung: Im Fazit wird auf Quellenangaben aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet, da sich diese im Volltext der vorangegangenen Punkte finden.

4 VERGLEICHENDE DATEN

Für die Erarbeitung von neuen konzeptiven Ansätzen in der Prävention von Frühpensionierungen mit psychiatrischen Ursachen werden in diesem Kapitel vergleichende Daten aus Deutschland und der Schweiz zum Thema erhoben. Der Blick in die mit Österreich gut vergleichbaren Volkswirtschaften soll die länderübergreifende Dimension des Problems der Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten zeigen. Zwei unter Kapitel 4.2 zitierte Studien aus der Schweizer Literatur bieten erste Ansätze für präventive Konzepte.

4.1 Datenlage in Deutschland

Um die unter diesem Punkt erhobenen Daten besser einordnen zu können, wird vorerst ein Überblick über die volkswirtschaftliche Ausgangslage in Deutschland dargestellt.



1 Einschl. Auszubildende in anerkannten kaufmännischen und technischen Ausbildungsberufen

2 Einschl. Auszubildende in anerkannten gewerblichen Ausbildungsberufen

Abbildung 8: Erwerbsbevölkerung in Deutschland 2010 (Quelle: BAUA, 2012: S.11)

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA) beschäftigt sich in Deutschland mit der „Arbeitswelt im Wandel“ und hat dazu Daten erhoben, die gut für weitere Vergleiche in dieser Arbeit herangezogen werden können. Entsprechend dem zitierten Bericht (vgl. BAUA, 2012) steigt in Deutschland die Gesamtzahl der jährlichen Zugänge zur Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (deutsche Bezeichnung für krankheitsbedingte Frühpension) in den dargestellten Jahren leicht. Insbesondere die Rentenzugänge aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen sind hier aber stark im Steigen, wie die folgende Abbildung anschaulich zeigt.

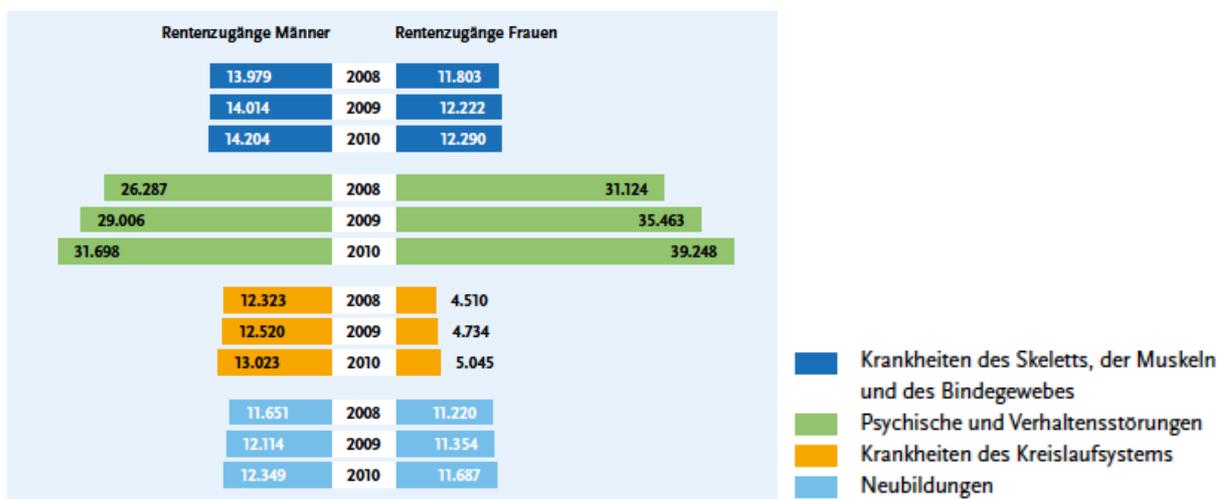


Abbildung 9: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Krankheitsgruppen, Deutschland, 2008 – 2010 (Quelle: BAUA, 2012: 49)

Auch in Deutschland hält bei den Rentenanzugängen pro Jahr die Krankheitsgruppe mit psychischen und Verhaltensstörungen den bei weitem überwiegenden Anteil in den dargestellten Jahren. Waren es im Jahr 2008 noch gesamt 57.411 Rentenanzugänge wegen psychischer und Verhaltensstörungen, so waren im Jahr 2010 bereits 70.946 Zugänge aus dieser Krankheitsgruppe. Das bedeutet eine Zunahme von 23,6% innerhalb von drei Jahren. (In der Graphik werden die angeführten Zahlen noch nach Geschlecht unterteilt.) Die weiteren angeführten Krankheitsgruppen verzeichnen im Vergleich dazu weit geringere Zuwächse.

Das Internet-Portal "Sozialpolitik-aktuell" der Universität Duisburg-Essen (Institut Arbeit und Qualifikation) veröffentlichte zum Thema die folgende Darstellung:

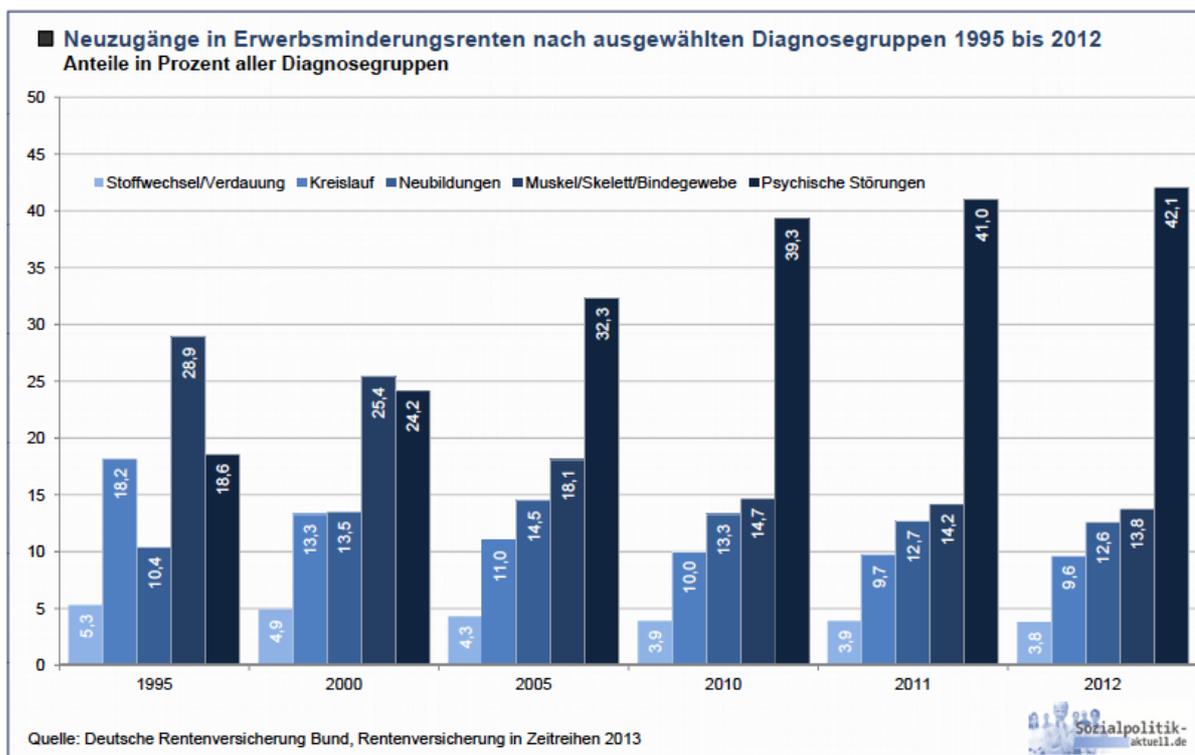


Abbildung 10: Anteil Neuzugänge zu Erwerbsminderungsrenten nach Krankheitsgruppen, Deutschland, 1995 - 2012 (Internetquelle: Universität Duisburg-Essen, Sozialpolitik-aktuell, 2013)

Die Abbildung verdeutlicht, dass die im Jahr 2012 neu zugewandenen Erwerbsminderungsrenten zu über 42% aufgrund von psychischen Störungen bewilligt wurden. Andere Diagnosegruppen wie „Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe“ (13,8%), „Neubildungen“ (12,6%), „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (9,6%) und „Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselerkrankungen“ (3,8%) haben demgegenüber eine weit geringere Bedeutung.

Vergleicht man den Anteil der Diagnosegruppen im Zeitverlauf seit 1995, zeigt sich, dass die Bedeutung von psychischen Störungen kontinuierlich zugenommen hat. Gegenüber 1995 (18,6%) hat sich der Anteil im Jahr 2012 mehr als verdoppelt. Dagegen ist die Bedeutung von Muskel/Skelett- und Bindegewebserkrankungen

deutlich zurückgegangen, von 28,9% (1995) auf 13,8% (2012). Diese Verschiebungen der Diagnosegruppen finden ihre Entsprechung in den Veränderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung insgesamt. Die Umbrüche in den Lebensweisen und vor allem die gestiegenen psychischen Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt dürften hier eine entscheidende Ursache sein. Demgegenüber ist die Zahl der Arbeitsplätze mit körperlichen Schwerbelastungen infolge der Entwicklung hin zur Dienstleistungsökonomie sowie auch der Verbesserungen im Arbeitsschutz rückläufig.

Erwerbsminderungsrenten werden in Deutschland bewilligt (in aller Regel auf Zeit), soweit der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nur noch weniger als drei Stunden pro Tag arbeiten kann (volle Erwerbsminderungsrente). Eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erhalten Versicherte, die nur noch von drei bis unter sechs Stunden täglich arbeiten können.

Die Entwicklung der Erwerbsminderungsrenten im Zeitverlauf zeigt, dass der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an allen Rentenzugängen in Deutschland in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen hat. Jedoch lässt sich seit 2008 wieder ein leichter Bedeutungszuwachs erkennen (nicht dargestellt). Vergleichbare Daten laut Abbildung zwei (S.14) zeigen, dass in Österreich im Unterschied zu Deutschland der Anteil der krankheitsbedingten Frühpensionen an allen Pensionsarten in den letzten zehn Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Eine Begründung dafür lässt sich an dieser Stelle nicht erheben. Eventuell gibt es Unterschiede in der Gesetzgebung bezüglich der Anspruchsvoraussetzung.

(vgl. Universität Duisburg-Essen, *Sozialpolitik-aktuell*, 2013, online unter URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV11.pdf [Zugriff am 04.12.2013])

Methodische Hinweise zu den Daten von „Sozialpolitik aktuell“:

Die Klassifikation von Krankheiten in der oben angeführten Darstellung orientiert sich am ICD-10 (DIMDI 2011). Die Daten entstammen der Rentenzugangsstatisik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese besteht aus prozessgenerierten Daten

über erstmalige Empfänger von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung. Es handelt sich also um eine Vollerfassung von Verwaltungsvorgängen. Die Diagnosegruppen „Krankheiten des Nervensystems“, „Krankheiten des Urogenitalsystems“ und „sonstige Krankheiten“ (2012: 5,8% bzw. 0,8% und 8,6%) sind in der Abbildung nicht dargestellt. Insofern summieren sich die Anteile der dargestellten fünf Diagnosegruppen nicht auf 100%.

4.2 Datenlage in der Schweiz

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beschäftigt sich in der Schweiz jährlich mit dem Thema „Psychische Gesundheit in der Schweiz“. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln.

In der Reihe „Obsan Bericht“ erscheinen Berichte und Analysen zu Gesundheitsthemen. Die Berichte werden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium bei externen Expertinnen und Experten in Auftrag gegeben oder intern erarbeitet. Sie werden einer Qualitätskontrolle durch ein Reviewboard unterzogen. Der Inhalt der Obsan Berichte unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Obsan Berichte liegen in der Regel als gedruckte Fassung vor.

Der im folgenden mehrfach zitierte „Obsan Bericht 52“ aus dem Jahr 2012 eignete sich bestens für die Erhebung vergleichender Daten aus der Schweiz (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012).

Um Vergleiche mit anderen Ländern herstellen zu können, seien noch folgende volkswirtschaftliche Eckdaten der Schweiz angeführt:

- Ständige Wohnbevölkerung am Jahresende 2012: 8.039.100
- Erwerbstätige Jahresdurchschnittswert 2012: 4.775.662

(vgl. Schweizer Eidgenossenschaft, *Statistik Schweiz*, online unter URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html> [Zugriff am 04.12.2013])

In der Schweiz ist die Invalidenversicherung (IV) - eine staatliche und obligatorische Sozialversicherung - für die Zuerkennung von Invalidenrenten zuständig. Eine Invalidenrente wird dann zugesprochen, wenn eine (Wieder-) Eingliederung ins Erwerbsleben als nicht möglich beurteilt wird. Anspruch auf eine IV-Rente haben Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die während eines Jahres ohne wesentliche Unterbrechungen durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind. Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40% besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente. Nach Erreichen des Pensionsalters wird die IV-Rente in eine Altersrente umgewandelt.

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der pro Jahr neu zuerkannten IV-Renten nach Invaliditätsursache in der Schweiz aus den Jahren 2000 bis 2010.

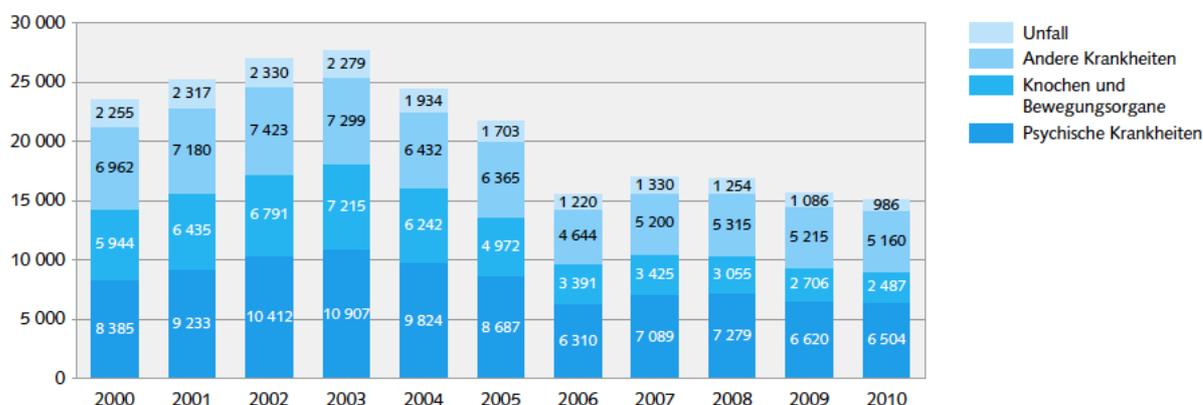


Abbildung 11: Anzahl IV-Neurentenbezieher/innen nach Invaliditätsursache, Schweiz, 2000-2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012: 66)

Die Gesamtzahl der neu zuerkannten IV-Renten hat zwischen 2003 und 2006 abgenommen und sich danach stabilisiert. Wurden 2000 noch 23.546 Neurentenbezieherinnen und -bezieher erfasst, waren es 2010 nur noch 15.137, das sind über 35% weniger. Dieser Rückgang der Anzahl der Neurenten lässt sich vermutlich u.a. auf die 4. und 5. Gesetzesrevision der IV von 2004 und 2008 zurückführen. So wurden mit der vierten Revision regionale ärztliche Dienste (RAD) geschaffen mit folgendem Ziel: Beurteilung der Anspruchsberechtigung nach national einheitlichen Kriterien, einheitliche Dokumentation der Beurteilungen und zentrale Koordination. Die damit verbundene Qualitätsverbesserung sollte zur Senkung der Rentenausgaben beitragen, u.a. durch vermehrtes Aufdecken von Missbräuchen und Kürzung der Verfahrensdauer.

Die 5. IV-Gesetzesrevision unter dem Leitsatz „Eingliederung vor Rente“ fokussierte auf Eingliederungsmaßnahmen, Früherfassung und Frühinterventionen. Diese Maßnahmen sollen Invalidität vorbeugen. Vertiefte Kenntnisse über die Wirkungen der 4. und 5. IV-Gesetzes-Revision liegen jedoch nicht vor. Das zweite mehrjährige Forschungsprogramm des Bundesamtes für Sozialversicherungen hat die Evaluation der beiden Gesetzesrevisionen als Schwerpunkt (BSV, 2011).

Am Beispiel der Schweiz wird hier gezeigt, in welchem Ausmaß eine Änderung der Rahmenbedingungen für krankheitsbedingte Frühpensionen im staatlichen System einen Einfluss auf die Neuzugänge zu dieser Pensionsart hat. Alleine mit demografischen Entwicklungen wären die starken Rückgänge bei der Anzahl der Neuzugänge in den Jahren 2003 bis 2006 (siehe Abb.11) nicht erklärbar.

Geht man nun auch in der Schweiz bezüglich der Invaliditätsursachen für die Neuzugänge weiter in die Tiefe, so ist die folgende Datenlage zu erheben. Abbildung zwölf gibt einen Überblick über die Anteile an den Neuberentungen nach Invaliditätsursache aus den Jahren 2000, 2005 und 2010 und stellt in Form eines Kreisdiagramms die Krankheitsuntergruppen des Anteils der Neuzugänge mit psychiatrischen Krankheiten aus dem Jahr 2011 dar.

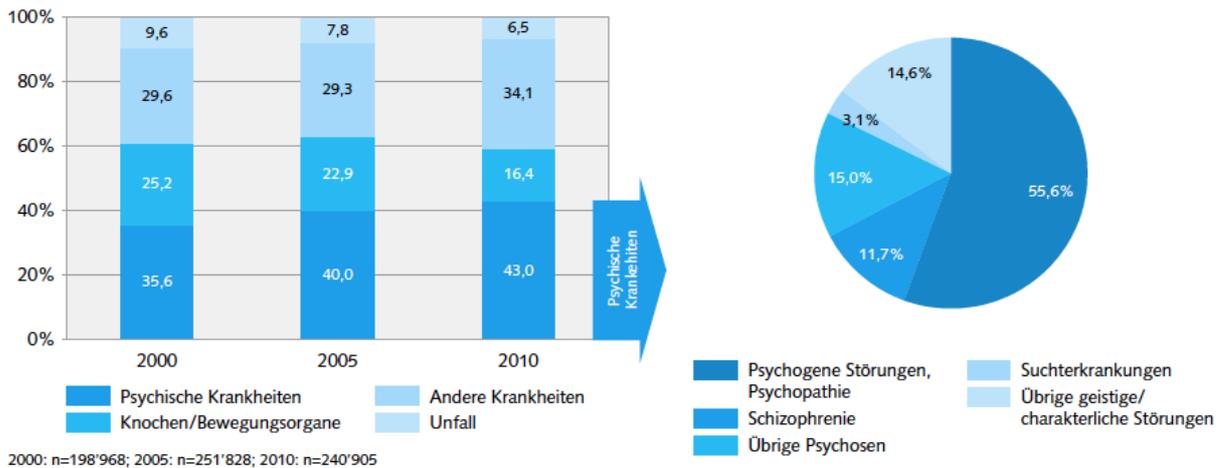


Abbildung 12: Anteil Neuberentungen nach Invaliditätsursache, Schweiz, 2000–2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012: 67)

Aus Abbildung 12 wird ersichtlich, dass psychische Krankheiten über alle erfassten Jahre auch in der Schweiz die häufigste Invaliditätsursache darstellen. Wenngleich die absolute Zahl der Neurenten aufgrund psychischer Krankheit abgenommen hat, ist der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit in den letzten zehn Jahren gestiegen: 2000 waren 35,6% aller Neuberentungen auf psychische Krankheiten zurückzuführen, 2010 waren es bereits 43,0%. Der Geschlechtervergleich zeigt, dass der Anteil der Frauen, die eine Rente aufgrund psychischer Krankheit zugesprochen erhalten, um rund 10 Prozentpunkte höher ist als derjenige der Männer (48,3% vs. 38,9% - nicht dargestellt).

Die vorliegende Invalidenversicherung-Statistik ist aber auch insofern interessant, als psychisch bedingte Invaliditätsursachen weiter differenziert werden. Diesbezüglich muss jedoch beachtet werden, dass die von der Invalidenversicherung verwendete Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen nicht vergleichbar mit den Kategorien anerkannter psychiatrischer Diagnostik wie der ICD-10 (DIMDI 2011) ist.

In der IV-Statistik werden die psychischen Störungen zu den vier folgenden Gruppen zusammengefasst (und können nachträglich nicht nach einzelnen Krankheitsbildern aufgeschlüsselt werden, wie in der Datenerfassung bei der Pensionsversicherungsanstalt in Österreich unter Kapitel 3.2.1):

1. schwere psychische Erkrankungen wie Schizophrenie und andere psychotische Erkrankungen
2. neurotische Störungen und andere als „psychogen“ oder „milieureaktiv“ bezeichnete Leiden
3. Abhängigkeitsstörungen (Alkoholismus und andere Süchte)
4. geistige Behinderungen und andere kognitive Beeinträchtigungen

Mehr als die Hälfte (55,6%) der psychisch bedingten Neurenten gehen auf psychogene Störungen und sogenannte „Psychopathien“ zurück. Schizophrenien machen 11,7% und andere Psychosen 15,0% aus. Neurenten aufgrund psychogener Störungen werden häufiger bei Frauen (56,9% vs. 46,8%), Schizophrenie dagegen häufiger bei Männern (14,2% vs. 9,0%) zugesprochen (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012, S.18 u. S.66). Ein direkter Vergleich mit den Zahlen aus Österreich laut Abbildung sechs (S.34) ist aufgrund der unterschiedlichen Klassifikation der verschiedenen psychischen Störungen nicht möglich. Fasst man die Krankheitsuntergruppen F3 und F4 aus Abbildung sechs zusammen, so ergibt das gemeinsam einen Anteil von 67% an den Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen 2011 in Österreich. Diese Zahl lässt sich am ehesten mit den 55,6% der Gruppe zwei nach Gruppierung der psychiatrischen Krankheiten in der Schweiz vergleichen.

In Abbildung 13 ist der Anteil der Neuberentungen noch zusätzlich nach Alter und Invaliditätsursache dargestellt. Bei den jüngsten Neurentenbeziehern/innen sind Renten aufgrund von Geburtsgebrechen häufig, aber schon in der Altersgruppe der

20- bis 24-Jährigen sind psychische Krankheiten mit 54,3% die häufigste Ursache. Am höchsten ist der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen (71,4%). Erst bei Neurentenbeziehern/innen ab etwa 50 Jahren werden psychische Krankheiten von anderen Krankheiten, insbesondere von Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane, als Hauptinvaliditätsursache abgelöst (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012, S.66-67). Diese Daten lassen sich gut mit den Zahlen aus Österreich laut Abbildung sieben (S.35) vergleichen.

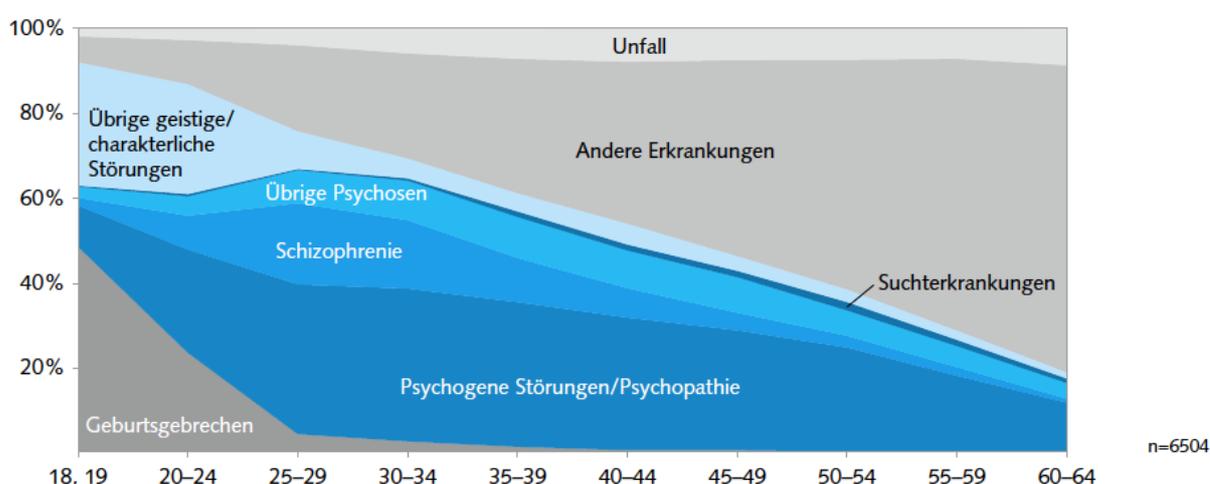


Abbildung 13: Anteil Neuberentungen nach Alter und Invaliditätsursache, Schweiz, 2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012, S.67)

Einige neuere Schweizer Studien zur Invalidenrente befassen sich detailliert mit psychisch bedingten Berentungen. Die Studie von Baer et al. (2009) untersuchte Invalidenversicherungsberentungen aufgrund «psychogener und milieureaktiver Störungen», wobei sich zeigte, dass es sich dabei hauptsächlich um Persönlichkeitsstörungen, wiederkehrende depressive Erkrankungen sowie somatoforme Schmerzstörungen handelt. Zwischen 1986 und 2006 haben psychogene Störungen als Invaliditätsursache um das Neunfache zugenommen.

Die Studie zeigt weiter, dass rund die Hälfte der IV -Rentnerinnen und -Rentner mit psychogenen Störungen schwere Belastungen während der Kindheit/ Jugendzeit (z.B. Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch in der Kindheit, schwere psychische

oder körperliche Erkrankungen der Eltern, Heimaufenthalte) erfahren haben. (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012, S.67).

Eine weitergehende Studie im Bereich Arbeit zeigt zum einen auf, dass psychische Erkrankungen – insbesondere Persönlichkeitsstörungen als häufigster Berentungsgrund – häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen wahrgenommen werden (vgl. Baer & Fasel, 2011). Zum anderen zeigt sich, dass Vorgesetzte kaum in der Lage sind, derartige Problemsituationen wirksam anzugehen. Dazu gehört auch, dass professionelle Unterstützung (z.B. durch Ärztinnen/Ärzte, externe Beratungsstellen oder IV-Stellen) selten oder zu spät in Anspruch genommen wird. Meist enden derartige Problemsituationen in einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Diese Untersuchung weist darauf hin, dass die zunehmende Ausgliederung psychisch belasteter Personen aus dem Arbeitsleben unter anderem stark mit der Überforderung der Arbeitgebenden zu tun hat (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012, S.67-68).

4.3 Vergleich Österreich/Deutschland/Schweiz

Um einen Vergleich zwischen den untersuchten Ländern herzustellen, werden die Eckdaten für Österreich aus dem Kapitel 2.2 (S.15) und Kapitel drei, sowie für Deutschland und die Schweiz aus den Kapiteln 4.1 und 4.2 in Tabelle 5 gegenübergestellt.

Als Rahmendaten wurden für Österreich im Online-Portal der Statistik Austria folgende Zahlen erhoben:

- Erwerbstätige im Jahresdurchschnitt 2012 : 4.183.800
- Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2012: 8.426.311

(Statistik Austria, *Bevölkerung*, online unter URL: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/index.html [Zugriff am 05.12.2013])

Tabelle 5: Verhältnis Neuzugänge zur Frühpension mit psychiatrischer Krankheit zu Erwerbstätigen im Ländervergleich A/D/CH (2010-2012)

Land	Erwerbstätige im Jahresdurchschnitt	Neuzugänge zur Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten pro Jahr	Verhältnis
Österreich	4.183.800 ¹	8.618 ²	1:485
Deutschland	41.900.000 ³	70.946 ⁴	1:590
Schweiz	4.775.662 ⁵	6.504 ⁶	1:734

Quellen:

¹ Statistik Austria 2012 (siehe S.48)

² Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2012, Zahl für alle SV-Träger (siehe S.15)

³ Statistisches Bundesamt (D) 2010, gerundet (siehe Abb.8)

⁴ Deutsche Rentenversicherung 2010 (siehe Abb.9)

⁵ Statistik Schweiz 2012 (siehe S.43)

⁶ Schweizer Gesundheitsobservatorium 2012 (siehe Abb.11)

Die Darstellung zeigt die Größenordnung des Problems „In Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten“ im Ländervergleich. Im Durchschnitt der erfassten Länder ergibt sich, dass aus jedem/r 600sten Erwerbstätigen ein Neuzugang zur Frühpension mit psychiatrischem Hintergrund pro Jahr erwächst.

Auch zu den folgenden Themen können die erfassten Daten der einzelnen Länder direkt gegenübergestellt werden. *(Anmerkung: Alle angeführten Daten sind den vorangegangenen Punkten zu entnehmen.)*

Anteil an Frühpensionszugängen mit psychiatrischen Krankheiten an allen Neuzugängen im Jahr 2010:

- Österreich : 35,5% ¹
- Schweiz: 43,0% ²
- Deutschland: 39,8% ³

Quellen:

¹ Pensionsversicherungsanstalt (siehe Tab. 2), ² Schweizer Gesundheitsobservatorium (siehe Abb.12)

³ Deutsche Rentenversicherung (siehe Abb.10)

Anteil an Frühpensionszugängen mit psychiatrischen Krankheiten an allen Neuzugängen pro Jahr in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen:

- Österreich (2011): 70,0% ¹
- Schweiz (2010): 71,4% ²
- *Deutschland (2010): keine vergleichbaren Daten erhebbar*

Quellen:

¹ Pensionsversicherungsanstalt (siehe Abb. 7)

² Schweizer Gesundheitsobservatorium (siehe S.47)

Die Gegenüberstellung der einzelnen Zahlen zeigt, dass in allen untersuchten Ländern die Daten zu den jeweiligen Themen dieselbe Größenordnung haben. In mehreren Darstellungen aller drei Länder kann einheitlich herausgelesen werden, dass der Anteil an Frühpensionszugängen mit psychiatrischen Krankheiten innerhalb der letzten zehn Jahre kontinuierlich gestiegen ist.

4.4 Fazit

Die in der Literatur zu findenden Daten zum Thema „Frühpension mit psychiatrischer Krankheitsursache“ sind in Deutschland und der Schweiz ganz ähnlich gelagert wie in Österreich (siehe auch direkte Gegenüberstellungen im vorangegangenen Kapitel).

In Deutschland wurden die im Jahr 2012 neu zugegangenen Erwerbsminderungsrenten bereits zu über 42% aufgrund von psychischen Störungen bewilligt. Vergleicht man den Anteil der Diagnosegruppen im Zeitverlauf seit 1995, zeigt sich, dass die Bedeutung von „psychischen Störungen“ auch im bevölkerungsreichsten Land Europas kontinuierlich zugenommen hat. Gegenüber 1995 (18,6%) hat sich der Anteil im Jahr 2012 mehr als verdoppelt. Diese Verschiebungen der Diagnosegruppen finden ihre Entsprechung auch in den Veränderungen im

Krankheitsspektrum der deutschen Bevölkerung insgesamt. Die Umbrüche in den Lebensweisen und vor allem die gestiegenen psychischen Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt dürften hier eine entscheidende Ursache sein.

Am Beispiel der Schweiz wird auch gezeigt, in welchem Ausmaß eine Änderung der Rahmenbedingungen für den Zugang zu krankheitsbedingten Frühpensionen im staatlichen System (inklusive Gesetzesänderungen) einen Einfluss auf die Neuzugänge zu dieser Pensionsart hat. Die absolute Zahl der Neurenten aufgrund psychischer Krankheit hat zwischen 2003 und 2006 deutlich abgenommen. Schließlich ist aber auch in der Schweiz der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheit an allen Neuzugängen in den letzten zehn Jahren gestiegen. Im Jahr 2000 waren 35,6% aller Neuberentungen auf psychische Krankheiten zurückzuführen, 2010 waren es bereits 43,0%. Wie in Österreich ist auch im etwa bevölkerungsgleichen Nachbarland der Anteil der Neuberentungen aufgrund psychischer Krankheiten in der Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen mit 71,4% am höchsten (versus Österreich mit 70,0%).

In der Literatur sind auch einige neuere Schweizer Studien zur Invalidenrente zu finden, die sich detailliert mit psychisch bedingten Berentungen befassen. Eine dieser Studien zeigt, dass rund die Hälfte der IV-Rentnerinnen und -Rentner mit psychogenen Störungen schwere Belastungen während der Kindheit/Jugendzeit hatten. Eine andere weitergehende Studie im Bereich Arbeit zeigt zum einen auf, dass psychische Erkrankungen häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen wahrgenommen werden. Die Problemsituationen werden dann meist ohne professionelle Unterstützung (z.B. durch Ärztinnen/Ärzte) angegangen. Diese Untersuchung weist darauf hin, dass die zunehmende Ausgliederung psychisch belasteter Personen aus dem Arbeitsleben unter anderem stark mit der Überforderung der Arbeitgebenden zu tun hat

Die Gegenüberstellung der Daten von drei benachbarten Ländern im Kapitel 4.3 kann auch als Motivation verstanden werden, länderübergreifende Projekte, die sich mit der Prävention in Bezug auf „Frühpensionierung mit psychiatrischen Krankheiten“

befassen, zu entwickeln. Gute Ansätze dafür finden sich in den zitierten Schweizer Studien.

Anmerkung: Im Fazit wird auf Quellenangaben aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet, da sich diese im Volltext der vorangegangenen Kapitel finden.

5 BEFRAGUNG VON ANTRAGSTELLERN/INNEN AUF FRÜHPENSION

Da es trotz ausführlicher Recherche keine aussagekräftigen Daten zur Einbindung von Arbeits- und Wirtschaftsmedizinern/innen vor Antragstellung auf Frühpension mit psychiatrischem Hintergrund gibt, ergab sich für den Autor die Motivation, eine Befragung zu diesem Thema bei den Antragstellern auf Frühpension durchzuführen.

Da der Autor unter anderem im chefärztliche Dienst der Pensionsversicherungsanstalt tätig ist und langjährige Erfahrung mit den Prozessabläufen bei Antragstellung auf krankheitsbedingte Frühpension hat, boten sich die idealen Rahmenbedingungen für die Durchführung der Befragung im Bereich für fachärztliche Begutachtung der Landesstelle Niederösterreich der Pensionsversicherungsanstalt.

5.1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsfrage

Um konzeptive Ansätze für die Einbindung der Wirtschaftsmediziner in der Prävention von Arbeitsunfähigkeit mit psychischem Hintergrund zu erarbeiten, war es notwendig, Daten zu erheben, die Details über die Vorlaufzeit vor der Antragstellung auf Frühpensionierung widerspiegeln. Insbesondere gibt es bisher keine Daten, inwiefern die Antragsteller/innen im Vorfeld grundsätzlich Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in hatten.

Parallel wurden Angaben zur kurativen Medizin im Vorfeld der Antragstellung erfragt und wie lange der/die Antragsteller/in durch die Krankheit schon beeinträchtigt war, um bei der Auswertung der Befragung unterschiedliche Patientenkollektive wählen zu können. Für die Beantwortung der Forschungsfrage erschien es auch notwendig,

die subjektive Wertigkeit für die Einbindung von Arbeits- und Wirtschaftsmedizinern/innen in die Prävention bei den Antragstellern/innen abzufragen. Entsprechend diesen Fragestellungen wurde ein spezieller Fragebogen entwickelt (siehe Anhang).

5.2 Methodenauswahl und Beschreibung der Durchführung

Konkret kam bei der quantitativen Forschung ein Fragebogen, welcher an Antragsteller/innen auf Frühpensionierungen aufgrund psychischer Störungen verteilt wurde, zum Einsatz. Es wurde dafür ein standardisierter, schriftlicher und anonymer Fragebogen entwickelt. Bei der Auswahl der Fragen wurden bis auf eine Ausnahme geschlossene Fragen eingesetzt, da Personen eher bereit sind, vorgefertigte Kategorien zu beantworten, als selbst zu verbalisieren und sich Gedanken zu machen (vgl. Raab-Steiner und Benesch, 2010, S.48).

Das Original des Fragebogens ist im Anhang ersichtlich. Er besteht aus sieben geschlossenen und einer offenen Frage. Mit der einzigen offenen Frage wurde der Frage nachgegangen, in welchem Beruf der Antragsteller in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung überwiegend tätig war. Die Angaben zum Beruf wurden bei der Auswertung in Berufsgruppen zusammengefasst, um spezielle Aussagen entsprechend diesen Untergruppen zu ermöglichen.

Zielgruppe: Antragsteller/innen auf Invaliditäts-/ Berufsunfähigkeitspension, die in den Monaten November und Dezember 2013 in der Landesstelle Niederösterreich der Pensionsversicherungsanstalt zur Begutachtung vorgeladen wurden.

Eine Vorauswahl der Befragten wurde insofern getroffen, als dass bei Antragstellung eine psychiatrische Diagnose als Antragsgrund für die Invalidität/Berufsunfähigkeit angeführt wurde. Befragt wurden nur Personen, die einen Neuantrag auf Invaliditäts-/

Berufsunfähigkeitspension stellten und nicht die Gruppe derer, die einen Weitergewährungsantrag einbrachten.

Die Verteilung des Fragebogens erfolgte im Rahmen der Begutachtung durch den begutachtenden Facharzt/ärztin für Psychiatrie oder dessen Schreibkraft an die Antragsteller/innen mit einem kurzen Hinweis zum Grund der Befragung und der Bitte, diesen im Anschluss an die Untersuchung auszufüllen und am Anmeldeschalter persönlich abzugeben.

Gemeinsam mit dem Fragebogen erhielten die Antragsteller/innen ein Informationsschreiben, welches sie über Details zum Projekt aufklärte und eine Einverständniserklärung für die wissenschaftliche Auswertung der Angaben. Durch die Angabe seiner Telefonnummer war der Autor für Rückfragen zur Befragung jederzeit erreichbar, dies auch zur Steigerung der Rücklaufquote. Auch bei sprachlichen Barrieren erhielten die Befragten auf diesem Weg Unterstützung.

Bezugsgröße für die Befragung: Als Bezugsgröße wurde die Anzahl an Neuzugängen zur Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension mit psychiatrischen Krankheiten Jahr 2012 in der Landesstellen Niederösterreich der Pensionsversicherungsanstalt gewählt. Von den in Tabelle 2 dargestellten Neuzugängen aus dieser Kategorie von 7.866 österreichweit entfielen laut Statistik der Hauptstelle der Pensionsversicherungsanstalt 1.029 auf Niederösterreich.

Diese Zahl wird auch für die Berechnung der Konfidenzintervalle bei den Ergebnissen verwendet. Für die Berechnung der Konfidenzintervalle wird das freie Online-Tool von „Creativ Research Systems“ unter www.surveysystem.com verwendet. Es wird von einem Konfidenzlevel von 95% ausgegangen.

(Creativ Research Systems, *Sample Size Calculator*, online unter URL: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> [Zugriff am 09.12.2013])

Geht man für die Bestimmung der Stichprobengröße von einem Konfidenzintervall von neun aus, so ergibt sich bei 1.029 Neuzugängen in Niederösterreich im Jahr

2012 ein Ziel von 106 Befragten. Gesamt wurden 116 Fragebögen ausgegeben. Aufgrund der persönlichen Betreuung der Befragten durch den Autor war eine hohe Rücklaufquote zu erwarten. Die Ergebnisse der Befragung wurden in eine speziell erstellte Excel-Tabelle übertragen und anhand dieser ausgewertet.

5.3 Untersuchungsergebnisse

Von den ausgegebenen 116 Fragebögen wurden 107 vollständig und leserlich ausgefüllte Fragebögen bis am 10. Dezember 2013 am Anmeldeschalter der Begutachtungsstelle abgegeben. Auf allen Fragebögen war die Einverständniserklärung für die wissenschaftliche Verwertung der Daten unterschrieben.

Daraus ergibt sich eine Rücklaufquote von 92%.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragung erläutert und grafisch dargestellt. Unter Kapitel 5.3.1 werden die Ergebnisse der einzelnen Fragen mit Konfidenzlevel angegeben. Unter Kapitel 5.3.2 werden unterschiedliche Kollektive von Befragten gewählt und zueinander in Beziehung gesetzt, um detaillierte Aussagen treffen zu können.

5.3.1 Allgemeine Auswertung der Fragebögen

Es sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, dass alle 107 retournierten Fragebögen vollständig und schlüssig ausgefüllt wurden. Für sämtliche Auswertungen in diesem Kapitel wird daher von einer Gesamtheit von 107 Befragten ausgegangen.

Nachstehend wird ein Überblick über die personenbezogenen Daten der teilnehmenden Personen gegeben, die aus der Frage acht des Fragebogens resultieren.

Teilnehmer nach Geschlecht: 58 Personen waren weiblich (54,2%) und 49 männlich (45,8%).

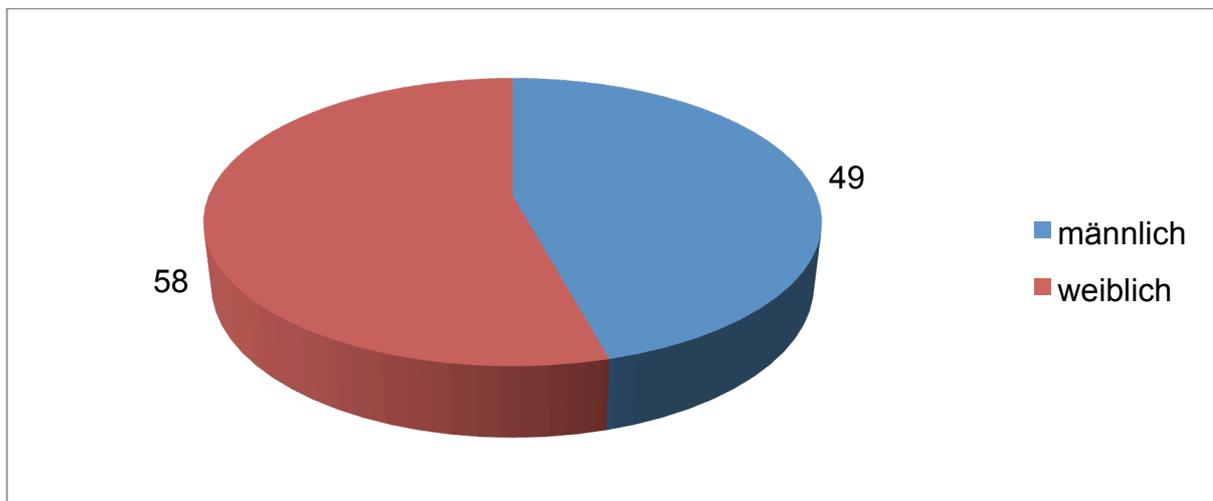


Abbildung 14: Geschlechtsverteilung der Befragten

Lebensalter: Drei Befragte bzw. 2,8% waren unter 25 Jahre alt, 15 Befragte waren zwischen 26 und 40 Jahre alt (14,0%), 33 Befragte (30,9%) waren 41 bis 50 Jahre alt und die restlichen 56 waren über 50 Jahre alt (52,3%).

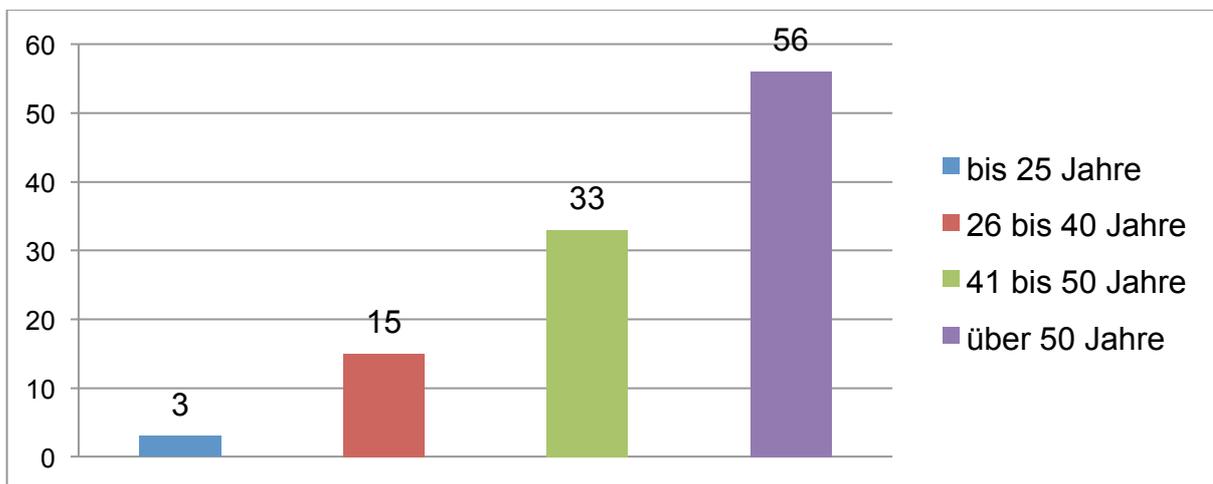


Abbildung 15: Altersverteilung der Befragten

Die Geschlechts- und Altersverteilung der Befragten zeigt eine gute Übereinstimmung mit den Verteilungen im Gesamtkollektiv der Neuzugänge zur Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten laut den Statistiken der Pensionsversicherungs-

anstalt in Kapitel 3. Waren im Jahr 2011 52,8% aller Neuzugänge mit psychischen Störungen (n=8.465) älter als 50 Jahre (siehe Kapitel 3.2.2), so liegt der Anteil der über 50-Jährigen bei den Befragten nahezu deckungsgleich bei 52,3%. Dies unterstreicht die Repräsentanz der Befragung. Im Folgenden werden die Ergebnissen der einzelnen Fragen grafisch dargestellt.

Frage 1: „Wann hatten Sie das erste Mal das Gefühl, durch Ihr psychisches Leiden in Ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt zu sein?“

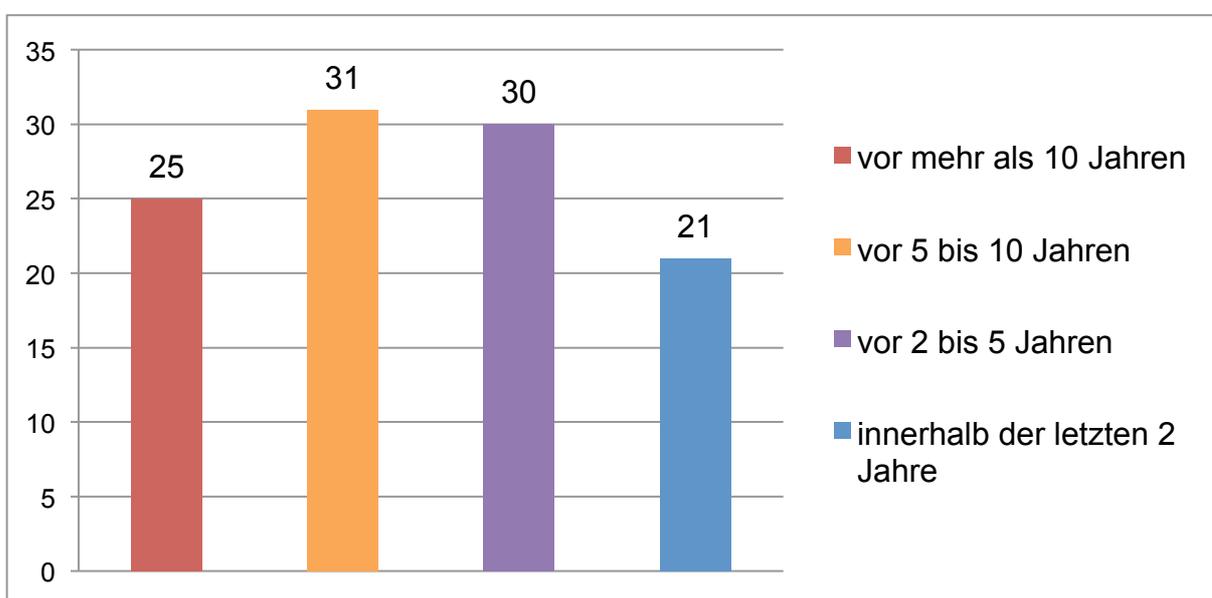


Abbildung 16: Ergebnis zu Frage 1

Nur 19,6% der Befragten (Confidence Interval 4,26) hatten innerhalb der letzten zwei Jahre das erste Mal das Gefühl, durch ihr psychisches Leiden beeinträchtigt zu sein. Bei einer Befragung aller Neuzugänge zur Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspension mit psychiatrischem Krankheitsbild im Jahr 2012 in Niederösterreich würden somit 15,3 bis 23,9% dieser Gruppe angehören (Confidence Level 95%). Die größte Gruppe der Befragten (29,0%) hatte bereits vor fünf bis zehn Jahren die ersten Einschränkungen durch ihr Leiden (Confidence Interval 8,14). Von allen Befragten fühlen sich 80,4% schon länger als zwei Jahre durch das psychische Leiden in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Frage 2: „Hatten Sie bisher bezüglich Ihres Leidens schon einmal Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in (Betriebsarzt/ärztin)?“

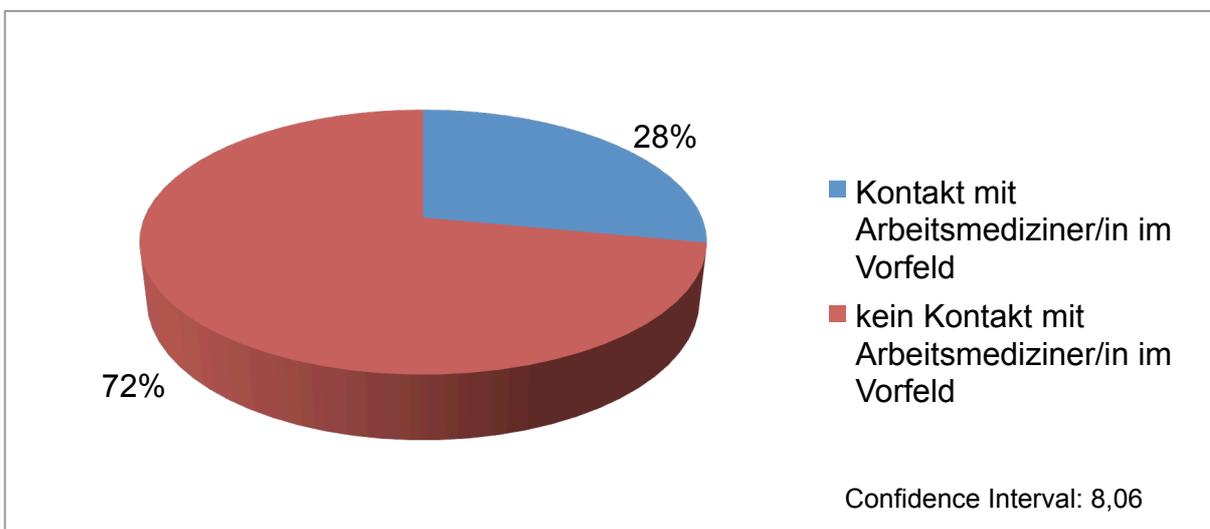


Abbildung 17: Ergebnis zu Frage 2

Nur 28,0% der Befragten hatten im Vorfeld der Antragstellung jemals Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in. Bei einer Befragung aller Neuzugänge zur Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspension mit psychiatrischem Krankheitsbild im Jahr 2012 in Österreich (n=7866) würden dies 19,6 bis 36,5% der Befragten angeben.

Frage 3 : „Sind Sie mit Ihrem psychischen Leiden in ärztlicher Behandlung? - Wenn „ja“, bitte um Angabe bei welchen Ärzten/Ärztinnen (auch beide möglich)!“

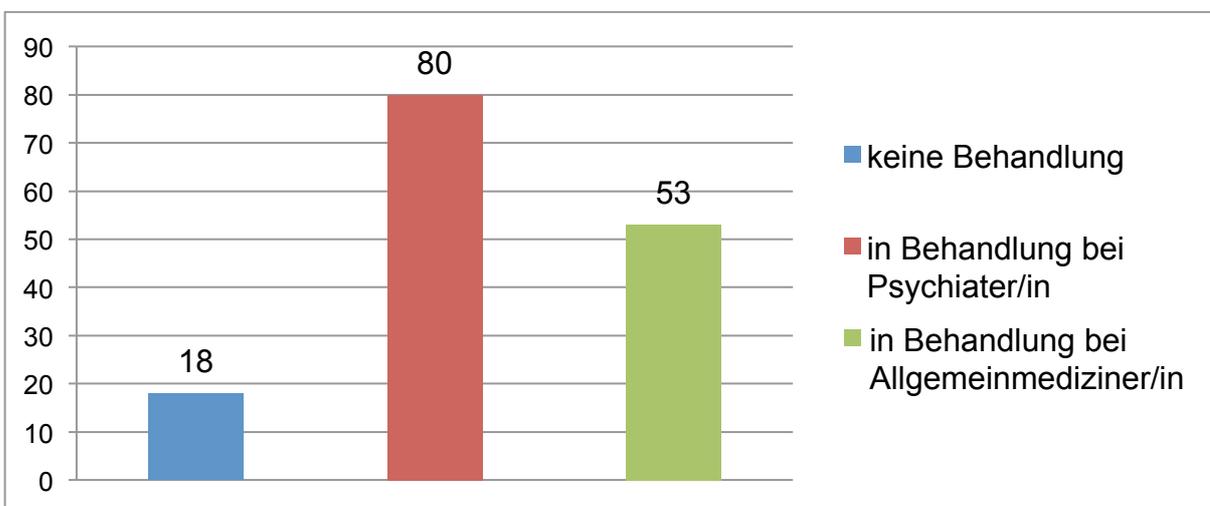


Abbildung 18: Ergebnis zu Frage 3

Bei dieser Frage war eine Mehrfachnennung in Bezug auf die Fachrichtung des/r behandelnden Arztes/Ärztin möglich. Gesamt lässt sich aus der Auswertung herauslesen, dass 83,2% aller Befragten in ärztlicher Behandlung stehen (Confidence Interval 2,51). 46,7% der Befragten waren sowohl beim Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin als auch beim Facharzt/ärztin für Psychiatrie in Behandlung.

Frage 4: „Wie oft waren Sie bisher schon auf einer stationären psychiatrischen Rehabilitation? (wie z.B.: 6-wöchiger Aufenthalt in einer ProMente- Einrichtung oder in Ottenschlag)“

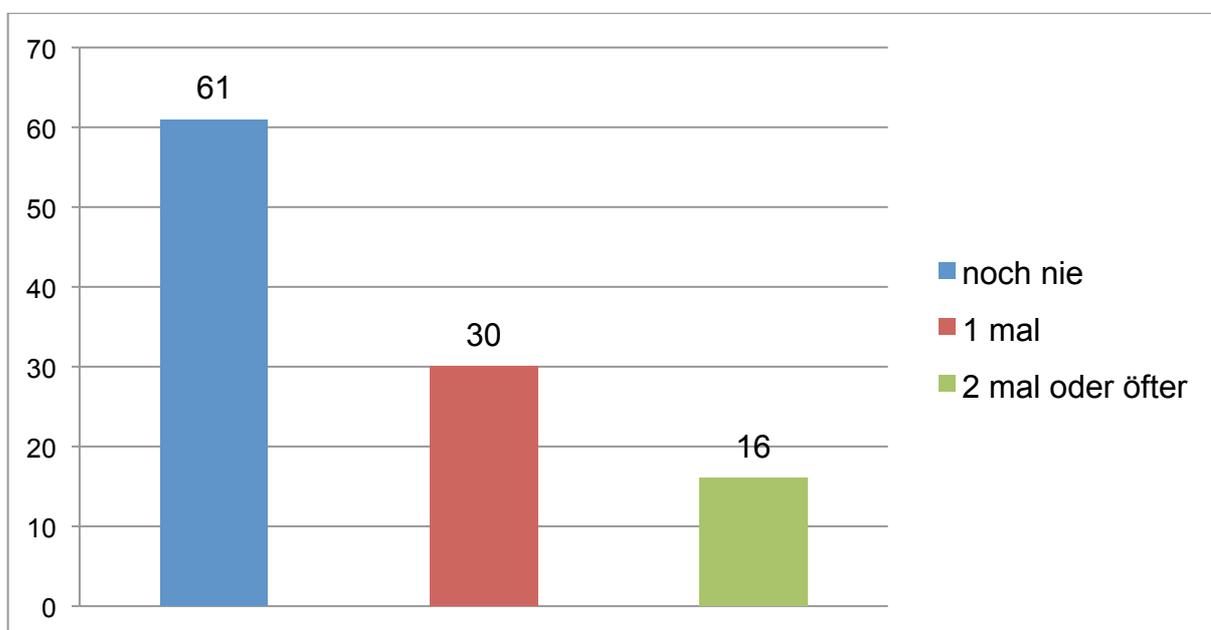


Abbildung 19: Ergebnis zu Frage 4

57% aller Befragten waren noch nie auf einer stationären psychiatrischen Rehabilitation, 28% waren einmal und 15% bereits zweimal oder öfter auf einem mindestens sechswöchigen Aufenthalt in einer auf psychiatrische Leiden spezialisierten Rehabilitationseinrichtung.

Frage 5: „Sind Sie der Meinung, dass eine frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in (Betriebsarztes/ärztin) mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen einen positiven Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit hat?“

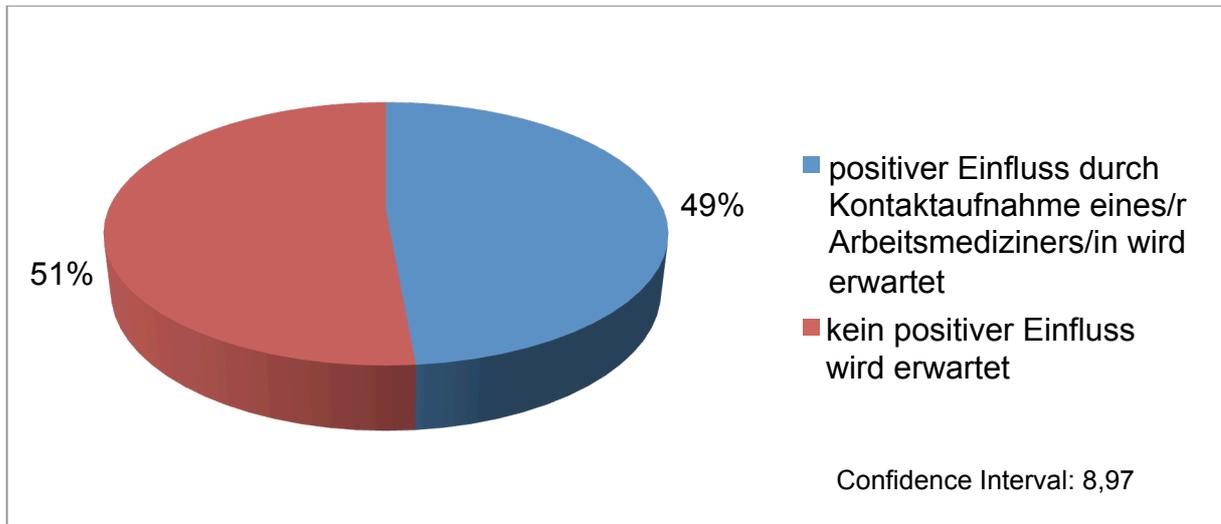


Abbildung 20: Ergebnis zu Frage 5

Von 49,0% aller Befragten (Confidence Interval 8,97) wird ein positiver Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit durch frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen erwartet. Diesbezüglich erfolgt unter Punkt 5.3.2 eine ergänzende Auswertung nach den zwei Kollektiven entsprechend Frage zwei („Kontakt mit Arbeitsmediziner/in im Vorfeld).

Frage 6: „Stehen Sie derzeit in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis? - Wenn „nein“, wann haben Sie Ihr letztes Beschäftigungsverhältnis beendet?“ (Ergebnis siehe Abbildung 21)

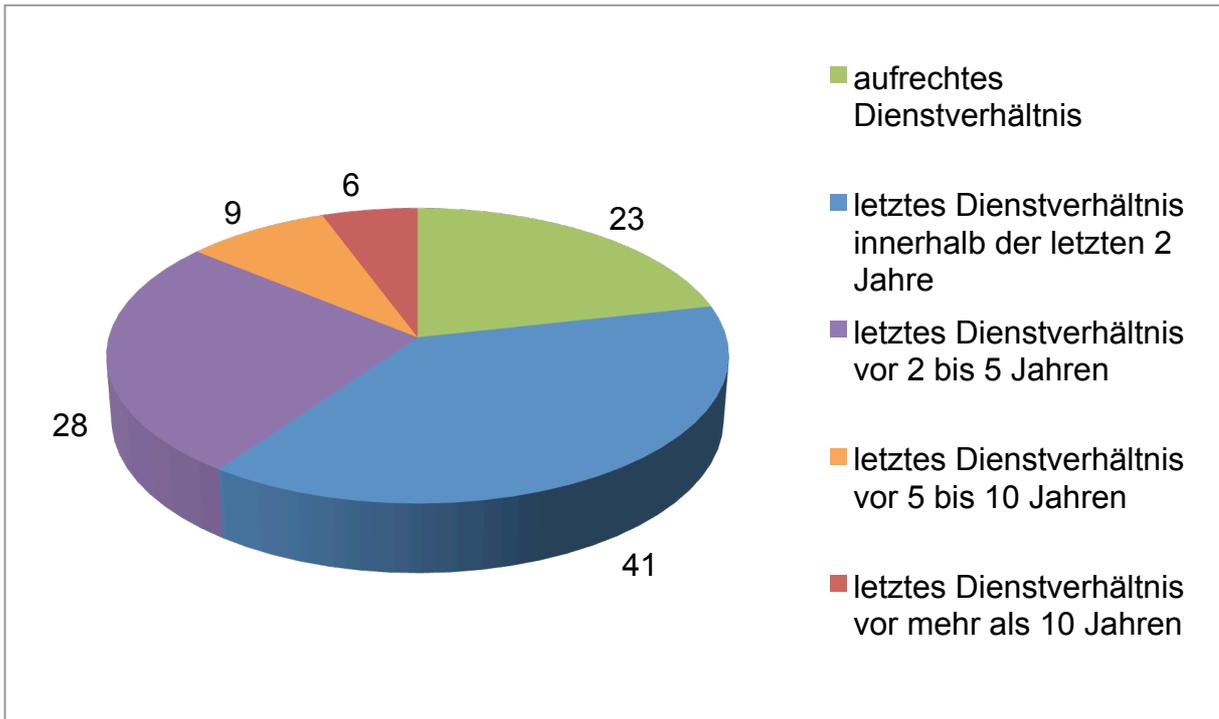


Abbildung 21: Ergebnis zu Frage 6

In einem aufrechten Dienstverhältnis stehen noch 21,5% der Befragten. Von den restlichen 84 Befragten, die keiner Beschäftigung mehr nachgehen, haben 48,8% das Dienstverhältnis innerhalb der letzten zwei Jahre beendet. Der kleinste Anteil der Befragten - nur 5,6% - hat seit mehr als zehn Jahren keine Beschäftigung mehr.

Frage 7: „In welchem Beruf waren Sie in den letzten 10 Jahren überwiegend tätig? (bitte nur einen Beruf anführen)“

Zur Auswertung dieser Frage wurden die angeführten Berufe in folgende Gruppen unterteilt:

- Angestellentätigkeiten (ohne reine Bürotätigkeiten)
- Reine Bürotätigkeiten
- Handwerkliche Berufe
- Hilfstätigkeiten

Das Ergebnis zu diesen vier Gruppen ist in der folgenden Abbildung (22) dargestellt.

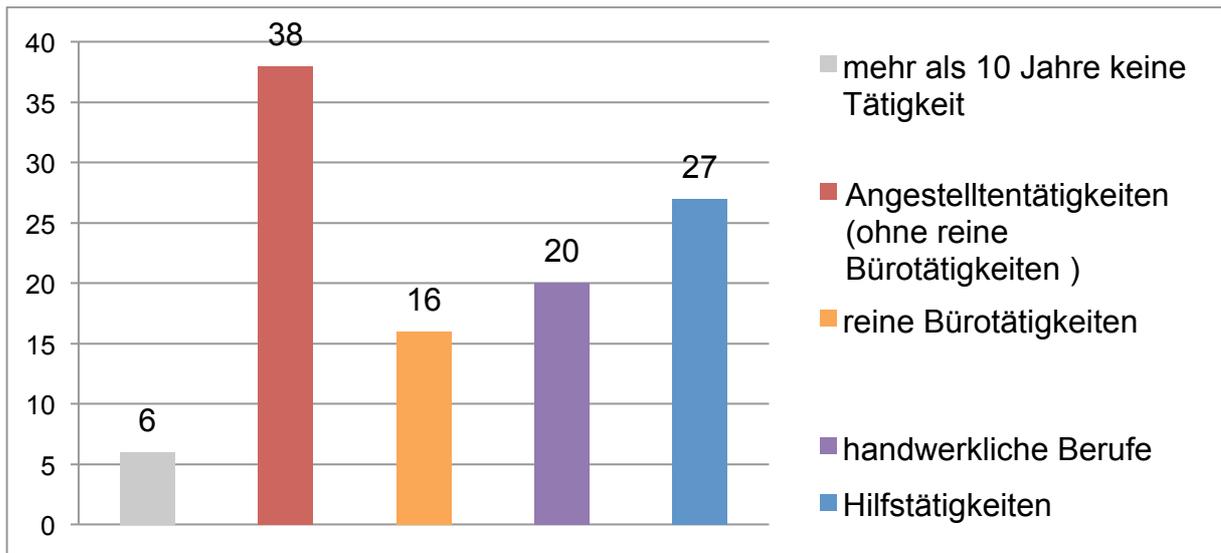


Abbildung 22: Berufsgruppenzugehörigkeit unter den Befragten

Die Berufsgruppe der Angestelltentätigkeiten (ohne Bürotätigkeiten) und die reinen Bürotätigkeiten kann man noch zu den überwiegend geistig arbeitenden Befragten zusammenfassen. Ebenso stellen die handwerklichen Berufe gemeinsam mit den Hilfstätigkeiten die Gruppe der überwiegend körperlich Arbeitenden dar.

Somit lassen sich unter den Befragten noch folgende Größen festhalten:

- Überwiegend geistig Arbeitende: 50,5%
- Überwiegend körperlich Arbeitende: 43,9%
- Mehr als 10 Jahre keine Tätigkeit: 5,6%

Ergänzende Auswertungen entsprechend der jeweiligen Berufsgruppen werden im folgenden Kapitel abgehandelt.

5.3.2 Sekundärstatistiken aus den Ergebnissen der Befragung

Unter diesem Punkt werden unterschiedliche Kollektive von Befragten gewählt und entsprechend ihrem Antwortverhalten zu ausgewählten Fragen untersucht. So können folgende detaillierte Aussagen getroffen werden.

Betrachtet man die unterschiedlichen Berufsgruppen laut Abbildung 22 in Bezug auf betriebsärztliche Kontakte im Vorfeld, so lässt sich Folgendes darstellen.

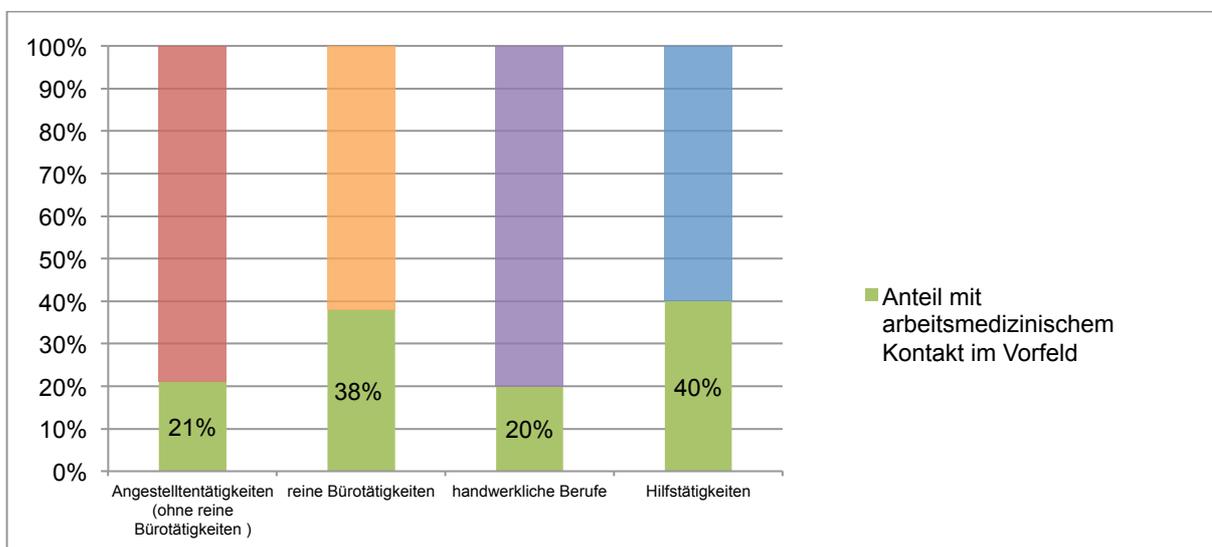


Abbildung 23: Anteil mit arbeitsmedizinischem Kontakt nach Berufsgruppen

Der größte Anteil mit arbeitsmedizinischen Kontakten vor dem Pensionsbegehren lässt sich in der Gruppe der Hilfstätigkeiten mit 40% feststellen, gefolgt von der Gruppe der reinen Bürotätigkeiten mit 38%. Um festzustellen, ob sich durch die Teilnahme an einer psychiatrischen Rehabilitation eine Änderung in Bezug auf betriebsärztliche Kontakte ergibt, kann Folgendes festgehalten werden.

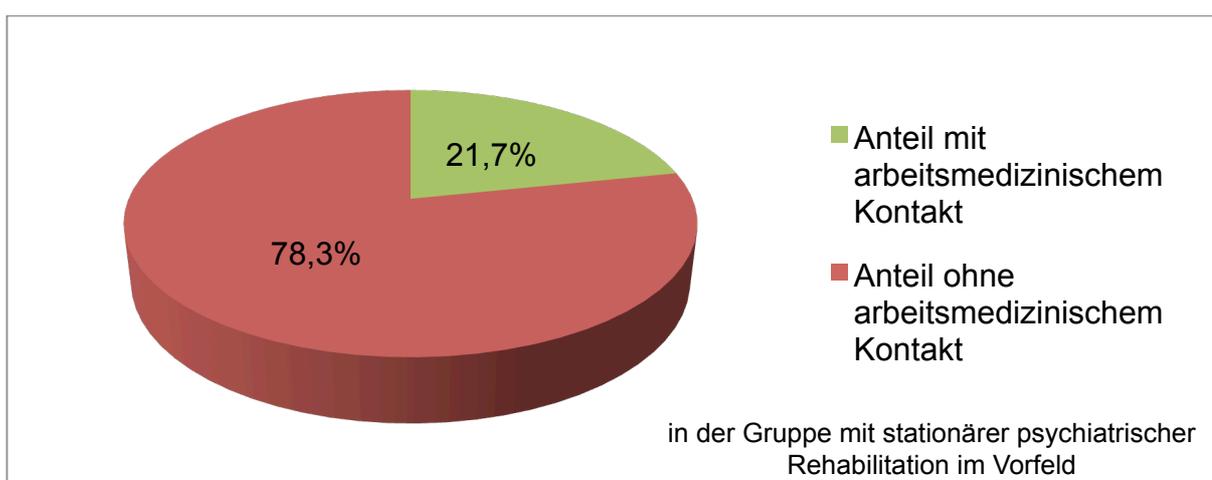


Abbildung 24: Anteil mit/ohne arbeitsmedizinischem Kontakt nach vorangegangener stationärer psychiatrischer Rehabilitation

Verglichen mit dem ebenfalls geringen Anteil von Befragten mit arbeitsmedizinischem Kontakt im Vorfeld am Gesamtkollektiv (28% - siehe Abb.17), ist in der Gruppe mit einer stationären psychiatrischen Rehabilitation vor Antragstellung der vergleichbare Anteil mit 21,7% noch geringer. Es lässt sich davon ableiten, dass es offensichtlich keine unmittelbare Rückkoppelung von den im Rahmen einer psychiatrischen Rehabilitation erarbeiteten notwendigen Maßnahmen im Arbeitsumfeld der Betroffenen an betriebsärztliche Dienste gibt.

Stellt man die Gruppen mit und ohne arbeitsmedizinischem Kontakt im Vorfeld in Bezug zu ihrem Antwortverhalten zur Frage fünf (Abb. 20), so lässt sich wie folgt darstellen, dass in der Gruppe mit einem Vorkontakt der Anteil mit einer hohen Erwartungshaltung immerhin um 11% höher ist. Kontakte mit Arbeitsmedizinern/innen haben somit einen Einfluss auf die Erwartungshaltung der Betroffenen (siehe Abb. 25)

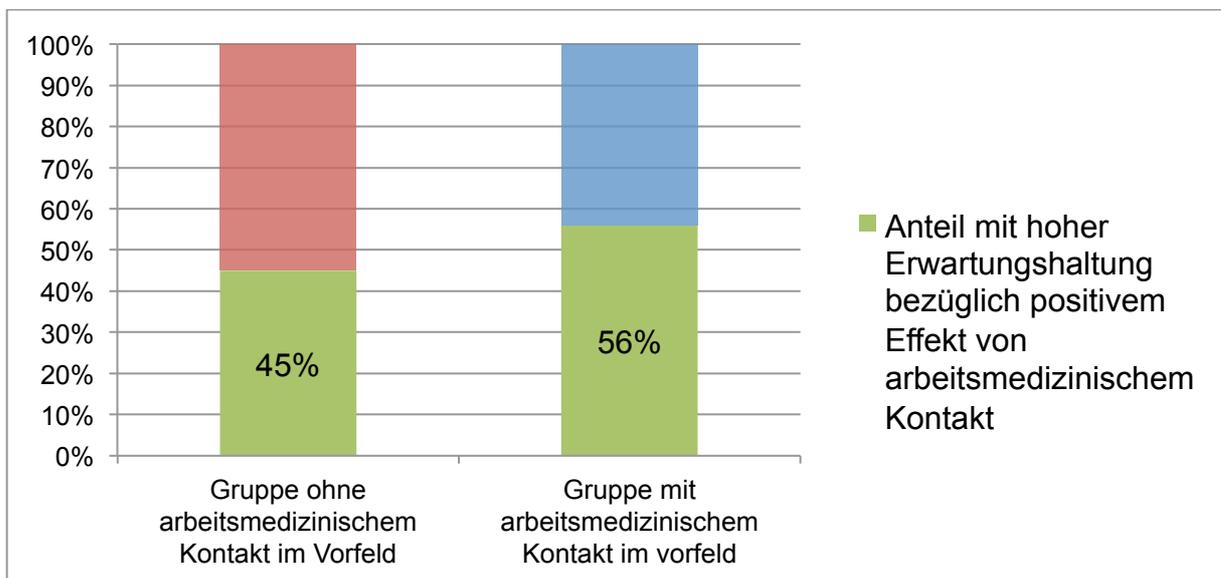


Abbildung 25: Anteil mit hoher Erwartungshaltung nach Gruppen mit/ohne arbeitsmedizinischem Kontakt im Vorfeld

Hier sei auch erwähnt, dass die Geschlechterverteilung in der Gruppe mit arbeitsmedizinischem Vorkontakt exakt 1:1 ist (ohne Darstellung).

Eine letzte Sekundärstatistik betrachtet die Gruppen nach Auftreten der ersten Beeinträchtigungen ihrer Arbeitsfähigkeit durch das psychische Leiden laut Abbildung 16 (Frage 1) in Bezug auf ihre Angaben zu Frage vier (Abbildung 19). Hier lässt sich erkennen, dass in der Gruppe, die das erste Mal innerhalb der letzten zwei Jahre in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt war, der Anteil mit psychiatrischer Rehabilitation vor Antragstellung mit 23,8% ungefähr halb so groß ist wie in allen anderen untersuchten Gruppen (siehe Abbildung 26).

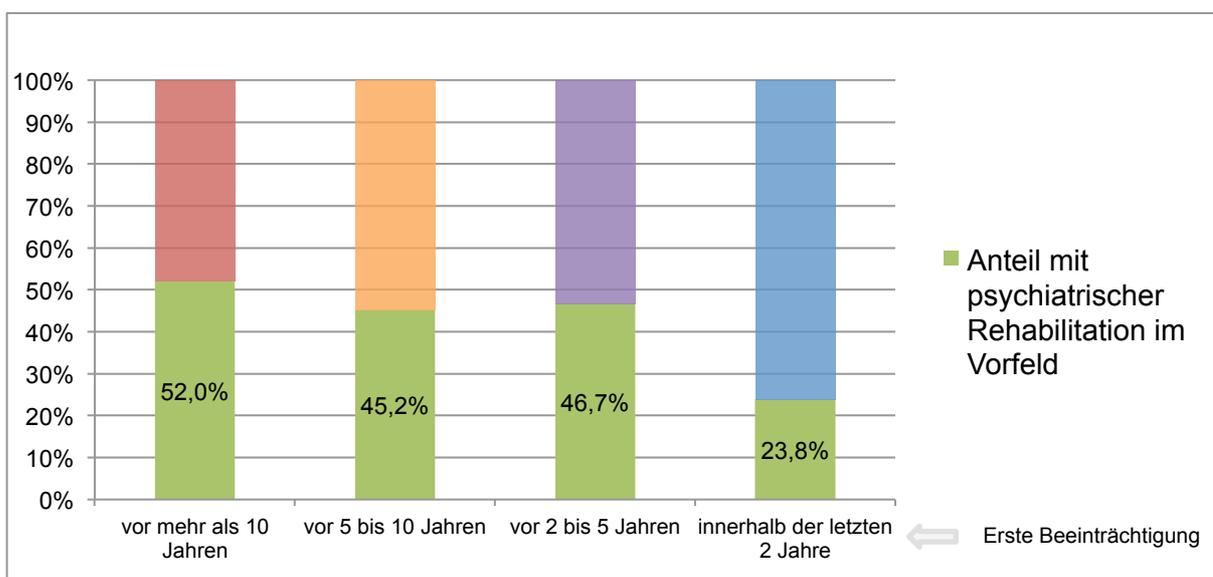


Abbildung 26: Anteil mit psychiatrischer Rehabilitation im Vorfeld nach Gruppen entsprechend der ersten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit

Sicher sind in der Gruppe mit ersten Beeinträchtigungen innerhalb der letzten zwei Jahre auch Befragte erfasst, die in ihrer Arbeitsfähigkeit erst sehr kurz vor Antragstellung beeinträchtigt waren, sodass eine Intervention im Rahmen einer psychiatrischen Rehabilitation für diese Untergruppe zeitlich kaum möglich war. Selbst unter Berücksichtigung dieser Situation besteht für die Gesamtheit der Gruppe mit Erstbeeinträchtigungen innerhalb der letzten zwei Jahre noch Potential, die Betroffenen früher mit einer stationären psychiatrischen Rehabilitation zu erreichen.

5.4 Fazit

Um eine ausreichend hohe Aussagekraft der Befragung zu erreichen, wurde mittels des Konfidenzintervall-Rechners von „Creativ Research Systems“ ein Ziel von 106 Befragten errechnet. Bei einer Rücklaufquote von 92% wurden schließlich 107 verwertbare Fragebögen retourniert. Die Geschlechts- und Altersverteilung der Befragten zeigt eine gute Übereinstimmung mit den Verteilungen im Gesamtkollektiv der Neuzugänge zur Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten laut den Statistiken der Pensionsversicherungsanstalt in Kapitel 3. Dies unterstreicht die Repräsentanz der Befragung.

Eine der Kernaussagen der Befragung ist, dass nur 28% der Befragten im Vorfeld der Antragstellung auf Frühpension Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in bezüglich ihres psychischen Leidens gehabt haben. Bei einer Befragung aller Neuzugänge zur Berufsunfähigkeits-/ Invaliditätspension mit psychiatrischem Krankheitsbild im Jahr 2012 in Österreich (n=7866) würden dies 19,6 bis 36,5% der Befragten angeben. In der Gruppe der Befragten mit einer stationären psychiatrischen Rehabilitation im Vorfeld ist der vergleichbare Anteil mit 21,7% noch geringer. Hier eröffnet sich das erste Mal die Frage, wie man die Antragsteller auf Frühpension besser mit präventiven Maßnahmen erreichen kann. Motivierend für eine frühe arbeitsmedizinische Kontaktaufnahme mit psychisch Kranken ist, dass in der Gruppe derer, die bereits Kontakt mit betriebsärztlichen Diensten hatten, die Erwartungshaltung bezüglich einem positiven Effekt dieser Kontaktaufnahme doch immerhin um 11% höher ist.

Von allen Befragten fühlen sich 80,4% schon länger als zwei Jahre durch das psychische Leiden in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. 83,2% aller Befragten stehen in ärztlicher Behandlung. Ein Anteil von 43% aller Teilnehmer an der Befragung war bereits einmal und öfter auf einer stationären psychiatrischen Rehabilitation. In der Gruppe derer, die das erste Mal innerhalb der letzten zwei Jahre in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt waren, ist der Anteil mit psychiatrischer

Rehabilitation im Vorfeld mit 23,8% nur ungefähr halb so groß, wie in allen anderen untersuchten Gruppen. Hier eröffnen sich erste Ansätze, wie und wo man die psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmer/innen früher erreichen kann.

Insgesamt sind 49% aller Befragten (Confidence Interval 8,97) der Meinung, dass eine frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen einen positiven Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit hat. Dies ist eine weitere Motivation, im folgenden und letzten Kapitel konzeptive Ansätze für die Einbindung insbesondere von Wirtschaftsmedizinern - mit ihrem ganzheitlichen Verständnis und ihrer Kenntnis über das gesamte Spektrum der Reaktionen des Menschen auf physische und psycho-soziale Einflüsse - am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation zu erarbeiten.

Anmerkung: Alle im Fazit angeführten Zahlen und Fakten beruhen auf eigenen Erhebungen des Autors.

6 DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG

In diesem letzten Kapitel werden die Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel zusammengeführt und daraus - zur Beantwortung der Forschungsfrage der Arbeit - abgeleitet, welche wirtschaftsmedizinischen Ansätze sich eröffnen, um der Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischem Hintergrund entgegenzuwirken. Die sich aus den Überlegungen ergebenden konkreten konzeptive Ansätze für die Einbindung der Wirtschaftsmediziner/innen am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation (im Textfluss fett gedruckt hervorgehoben) werden dann abschließend nochmals übersichtlich gelistet, dies auch als Ausgangspunkt für weiterführende Projekte und Forschungsarbeiten zum Thema.

Eine Verschiebung der Einflussfaktoren auf das Individuum Mensch hin zur psychischen Belastung im Arbeitsumfeld spiegelt sich auch in den unter Kapitel drei erhobenen aktuellen Zahlen der Pensionsversicherungsanstalt betreffend der Pensionsneuzugänge wider. Eine immer höhere Konzentrationsfähigkeit und Konstanz in der Arbeitsleistung wird von den Arbeitnehmer/innen gefordert. Genau diese Anforderungen können psychisch Beeinträchtigte nicht mehr durchgängig erfüllen. So hatten im Jahr 2011 von gesamt 23.611 Neuzugängen zur Frühpension (nach dem ASVG) 8.465 eine psychiatrische Ursache. Das bedeutet, 36% der Neuzugänge 2011 insgesamt erfolgten wegen psychischen Erkrankungen, 2005 waren es noch 27%. Die Zahlen zu den Neuzugängen mit Krankheiten der Bewegungsapparates und Herz-/ Kreislaufkrankungen zeigen über alle untersuchten Jahre eine rückläufige Tendenz. Die hier zahlreich angesiedelten bereits laufenden Präventionsprogramme zeigen offensichtlich erste Erfolge. **Demnach sollte sich die relativ junge Berufsgruppe von Wirtschaftsmediziner/innen verstärkt dem Thema „Psychische Gesundheit im Arbeitsumfeld“ widmen.** In der Ausbildungsordnung zum Wirtschaftsmediziner/ zur Wirtschaftsmedizinerin wird dem, wie unter Kapitel 2.3 ausführlich dargestellt, bereits

verstärkt Rechnung getragen. Wirtschaftsmedizin ist eine Vertiefung der Arbeitsmedizin vor allem in den Themen Unternehmensführung, Arbeitspsychologie und Gesundheitsförderung. Genau aus diesem Spektrum ergeben sich **über das Individuum Mensch hinausgehende Ansätze zur Prävention** von Pensionierungen mit psychischem Hintergrund. Eine **qualifizierte Weiterbildung** zu den zuletzt genannten Themen soll die Rolle der Wirtschaftsmediziner/innen in diesem Spezialbereich weiter bestärken.

Aus den unter Kapitel drei erhobenen Zahlen lassen sich auch weitere Erkenntnisse über die Zielgruppendefinition für die Interventionen der Wirtschaftsmediziner/innen ableiten. Im Jahr 2011 waren von allen Neuzugängen zur Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten 52,8% älter als 50 Jahre. **Bei der Entwicklung von wirtschaftsmedizinischen Projekten zur Prävention von Frühpensionierungen mit psychiatrischen Erkrankungen muss darauf bedacht genommen werden, vor allem die Gruppe der über 50-Jährigen zu erreichen.** Auch der hohe Anteil von über 50-Jährigen an den Befragten unter Kapitel fünf bestätigt, dass der Schwerpunkt der Prävention in dieser Altersgruppe zu setzen ist. Zielt hingegen ein Projekt auf die Altersgruppe der 25- bis 29-Jährigen ab, so muss man sich bewusst sein, dass in dieser Altersgruppe der Anteil mit psychischen Störungen an allen Neuzugängen zur Frühpension sogar bei 70,0% liegt.

Aufgrund der unter Kapitel 3.2.1 erhobenen Daten zu den Krankheitsuntergruppen der psychiatrischen Krankheitsbilder für die Frühpension sollte der **Themenschwerpunkt bei den personenbezogenen präventiven Ansätzen vor allem auf die affektiven Störungen abzielen.** Hatte diese Untergruppe 2005 noch einen Anteil von 39% an allen Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, so waren es 2012 bereits 47%. Die Krankheitsuntergruppe der affektiven Störungen enthält Krankheitsbilder, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu

Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Genau auf diese Symptome sollen Wirtschaftsmediziner/innen sensibilisiert sein.

Aus der Zusammenführung der Aussagen aus Kapitel zwei und drei - einerseits der Darstellung der Gesetzeslage, andererseits der Zahlen unter Tabelle 3 - lässt sich ableiten, dass **bei der Wahl der präventiven Maßnahmen** der Wirtschaftsmediziner/innen auch **Bedacht auf die unterschiedlichen Berufsgruppen** genommen werden muss. Bei ehemals Angestellten war 2012 der Anteil mit psychische Erkrankungen bei den vorzeitige Pensionierung mit einem Prozentsatz von 44,4% deutlich höher als bei den ehemaligen Arbeiter/innen mit einem Prozentsatz von 30,9%. Auch bei der Befragung in Kapitel fünf gehörten mehr als die Hälfte der Teilnehmer der Gruppe der überwiegend geistig arbeitenden Arbeitnehmer an. **In einem ersten Schritt sollte daher der Schwerpunkt der wirtschaftsmedizinischen präventiven Ansätze bei den Büroarbeitsplätzen gesetzt werden.**

Eine der größten Herausforderungen für die Wirtschaftsmediziner/innen wird in Zukunft sein, die Antragsteller/innen auf Frühpension mit psychischem Hintergrund früher zu erreichen, nicht erst, wenn bereits Schaden und damit menschliches Leid eingetreten ist. Die Befragung unter Kapitel fünf ergab, dass nur 28% der Befragten im Vorfeld der Antragstellung auf Frühpension einen Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in hatten. 49% der Befragten gaben allerdings an, dass sie der Meinung sind, dass eine frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen einen positiven Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit hat. Daraus lässt sich auch ableiten, dass die Erwartungshaltung in Bezug auf eine Kontaktaufnahme größer ist, als sie tatsächlich umgesetzt wird.

Beachtet man nun, dass - laut der Ergebnisse der Befragung - hingegen 83,2% der Antragsteller/innen auf Frühpension (Confidence Interval 2,51) in ärztlicher Behandlung stehen, so bietet sich hier ein ersten Ansatz, die Betroffenen früher zu

erreichen. Die Überlegung geht dahin, **im niedergelassenen ärztlichen Bereich** einen **standardisierten Test in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit einzusetzen** und **bei auffälligen Ergebnissen**, natürlich vorausgesetzt der Einwilligung der Betroffenen, den/die zuständige/n **Arbeitsmediziner/in zu verständigen**. Auf diese Weise erreicht man natürlich nur den Anteil der noch Erwerbstätigen, da ja sonst kein/e ansprechbare/r Arbeitsmediziner/in namhaft gemacht werden kann. Selbst zum Zeitpunkt der Antragstellung waren noch 21,5% der Befragten in einem aufrechten Dienstverhältnis. Immerhin 59,8% aller befragten Antragsteller/innen sind noch innerhalb der letzten zwei Jahre einer Beschäftigung nachgegangen. In diesen zwei Jahren hätten somit die zuständigen Arbeits- und Wirtschaftsmediziner/innen noch ausreichend Zeit gehabt, im bestehenden Arbeitsumfeld der Betroffenen geeignete Maßnahmen gegen ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu setzen. Welcher standardisierte Test sich für einen Einsatz im niedergelassenen ärztlichen Bereich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit am besten eignet, könnte der Inhalt weiterer Forschung sein. Eine Möglichkeit wäre hier zum Beispiel der Einsatz des **„Work Ability Index“ (WAI)**. Der WAI ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Er wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex bezeichnet. Beim WAI handelt sich um einen Fragebogen, der entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z.B. Ärzt/innen bei der Untersuchung, ausgefüllt wird. Ziel der Anwendung ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Der WAI unterscheidet sich von klassischen Fragebogeninstrumenten in dem Sinne, dass es sich hierbei um ein sehr heterogenes Konstrukt handelt, welches sich durch zehn Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI ist in diesem Zusammenhang kein Messinstrument im herkömmlichen Sinne, sondern in erster Linie als Index, Indikator oder als „tool“ zu verstehen, welches in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden ist (vgl. WAI-Netzwerk, *Work Ability Index*, online unter URL: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?WAI-Online> [Zugriff am 02.01.2014]). Der ermittelte Punktwert beschreibt das Verhältnis von aktueller Leistungsfähigkeit zu gestellter Arbeitsanforderung. Eine hohe Punktzahl bedeutet, dass das Verhältnis „in Ordnung“ ist und eine niedrige gibt Hinweise darauf, dass das Verhältnis „gestört“ ist. Diese Kennzahl würde sich dann

für die Auswahl der Meldungen an die Arbeitsmediziner/innen eignen. Im Falle eines Einsatzes dieses Testes sind jedenfalls die Lizenzrechte beim „Finnish Institute of Occupational Health“ zu berücksichtigen. Zur Steigerung der Akzeptanz derartiger Testverfahren im niedergelassenen ärztlichen Bereich wäre auch eine entsprechende Honorierung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger im Sinne der Nachhaltigkeit anzustreben.

Eine weitere Möglichkeit zur frühen Erreichung der durch psychische Leiden beeinträchtigten Arbeitnehmer bietet sich im Rahmen von stationären psychiatrischen Rehabilitationen. Ein Anteil von 43% aller befragten Antragsteller auf Frühpension mit psychischem Hintergrund war bereits einmal und öfter auf einer stationären psychiatrischen Rehabilitation. Verglichen mit dem ebenfalls geringen Anteil von Befragten mit arbeitsmedizinischem Kontakt im Vorfeld der Antragstellung am Gesamtkollektiv (28% - siehe Abb.17), ist in der Gruppe mit einer stationären psychiatrischen Rehabilitation vor Antragstellung der vergleichbare Anteil mit 21,7% noch geringer. Es lässt sich davon ableiten, dass es offensichtlich noch keine unmittelbare Rückkoppelung von den im Rahmen einer psychiatrischen Rehabilitation erarbeiteten notwendigen Maßnahmen für das Arbeitsumfeld der Betroffenen an betriebsärztliche Dienste gibt. Hier wäre anzustreben, dass es **nach einer stationären Rehabilitation** - wieder natürlich vorausgesetzt einer Einwilligung der Betroffenen - **bei Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis eine standardisierte Meldung an die zuständigen Arbeits- und/oder Wirtschaftsmediziner/innen** gibt. Die zuständigen Sozialversicherungsträger könnten einen derartigen Bericht als verbindlichen Bestandteil in die Rahmenverträge mit den jeweiligen Rehabilitationszentren für Psychiatrie aufnehmen.

Wirtschaftsmediziner/innen sind darüberhinaus dann auch gefordert, die Arbeitnehmer/innen rechtzeitig über die Möglichkeit einer stationären psychiatrischen Rehabilitation über den zuständigen Sozialversicherungsträger zu informieren. In der Gruppe der Arbeitnehmer/innen, die das erste Mal innerhalb der letzten zwei Jahre in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt waren, ist der Anteil mit psychiatrischer Rehabilitation im Vorfeld der Antragstellung auf Frühpension mit 23,8% derzeit nur

ungefähr halb so groß, wie in allen anderen untersuchten Gruppen mit bereits länger bestehenden Beeinträchtigungen. Bereits bei der ersten Wahrnehmung von Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmer/innen durch psychische Störungen sollte von den betreuenden Wirtschaftsmediziner/innen an diese Art der Frühintervention gedacht werden. Entsprechende Anträge sind beim zuständigen Sozialversicherungsträger einzubringen.

Am Beispiel der Schweiz konnte auch gezeigt werden, in welchem Ausmaß eine Änderung der Rahmenbedingungen für den Zugang zu krankheitsbedingten Frühpensionen im staatlichen System (inklusive Gesetzesänderungen) einen Einfluss auf die Neuzugänge zu dieser Pensionsart hat. In Österreich treten ab dem ersten Jänner 2014 im Rahmen des **Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012** (78. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977) Neuregelungen im Bereich der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen für unter 50-jährige Personen, das heißt für ab 1. Jänner 1964 geborene Personen, in Kraft. Diesem Personenkreis soll bei gesundheitlicher Beeinträchtigung vermehrt durch berufliche und medizinische Maßnahmen der Rehabilitation eine längere Erwerbstätigkeit ermöglicht bzw. durch enge **Kooperation zwischen der Pensionsversicherungsanstalt, den Krankenversicherungsträgern und dem Arbeitsmarktservice** der Wiedereinstieg in das Arbeitsleben gewährleistet werden. Bei der Koordination dieser Zusammenarbeit **sollten sich Wirtschaftsmediziner/innen** mit ihren systemischen Ansätzen **vermehrt einbringen**. Auch die seit erstem Jänner 2013 im Rahmen einer Novelle zum Arbeitnehmer/innenschutzgesetz verpflichtende **Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz bietet eine gute Plattform für wirtschaftsmedizinische Ansätze**. Ein deklariertes Ziel der Novelle ist, den notwendigen Bewusstseinsbildungsprozess bei den Verantwortlichen in den Betrieben zu unterstützen und die Auseinandersetzung mit diesem Thema in den Betrieben zu intensivieren (vgl. BMASK, 2013) - eine der Kernkompetenzen von Wirtschaftsmediziner/innen.

In Deutschland gibt es für Versicherte, die nur noch von drei bis unter sechs Stunden täglich arbeiten können, eine Rente wegen **teilweiser Erwerbsminderung** (im Unterschied zur vollen Erwerbsminderungsrente). Derartige flexible Modelle für eine Frühpension wären auch für Österreich wünschenswert. Bei der **Entwicklung von entsprechenden Modellen für psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen mit ausreichender Restarbeitsfähigkeit** könnten sich Wirtschaftsmediziner/innen mit ihrem besonderen Verständnis für die Arbeitgeberseite bestens einbringen.

Die Erhebung von vergleichenden Daten zum Thema „Frühpension mit psychischen Erkrankungen“ aus Deutschland und der Schweiz, hat auf der einen Seite gezeigt, dass die Größenordnung des Problems in den zwei gut vergleichbaren Volkswirtschaften dieselbe ist. Auf der anderen Seite eröffnet sich auf Basis der unter Kapitel 4.2 zitierten Studie aus der Schweiz von Baer & Fasel (2011) einer der konkretesten wirtschaftsmedizinischen Ansätze in der Prävention von Frühpensionierungen. Die Studie zeigt zum einen auf, dass psychische Erkrankungen – insbesondere Persönlichkeitsstörungen als häufigster Berentungsgrund – häufig nicht oder erst spät als solche von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen wahrgenommen werden. Zum anderen zeigt sich, dass Vorgesetzte kaum in der Lage sind, derartige Problemsituationen wirksam anzugehen. Dazu gehört auch, dass professionelle Unterstützung (z.B. durch Ärztinnen/Ärzte, externe Beratungsstellen oder IV-Stellen) selten oder zu spät in Anspruch genommen wird. Meist enden derartige Problemsituationen in einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Diese Untersuchung weist darauf hin, dass die zunehmende Ausgliederung psychisch belasteter Personen aus dem Arbeitsleben unter anderem stark mit der Überforderung der Arbeitgebenden zu tun hat (vgl. Schuler, D. & Burla, L., 2012, S.67-68). Und genau da müssen Wirtschaftsmediziner/innen mit ihrem Fachwissen bezüglich Führungs- und Organisationsstrukturen sowie Unternehmenskultur ansetzen. **Zu einer guten wirtschaftsmedizinischen Betreuung der Unternehmen gehört zu einem großen Teil die Beratung der Führungskräfte im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern.** Gezielte Schulungen von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen zum Thema „Psychische Beeinträchtigung von

Arbeitnehmer/innen“ sollten ein fixer Bestandteil des Betreuungskonzeptes sein, um eine Überforderung der Arbeitgebenden mit den meist sensiblen Situationen hintanzuhalten.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von psychischen Erkrankungen als Ursache von Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen konnte in dieser Arbeit gezeigt werden, dass es sowohl arbeitnehmerseitig als auch arbeitgeberseitig viele wirtschaftsmedizinische Ansätze am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation gibt. Die relativ junge Gruppe an Wirtschaftsmediziner/innen ist daher in naher Zukunft besonders gefordert, sich im Rahmen der erarbeiteten konzeptiven Ansätze zur Vermeidung weiteren menschlichen Leidens einzubringen.

Abschließend seien hier die Guidelines für Wirtschaftsmediziner/innen zur Vermeidung einer weiteren Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten mit psychischem Hintergrund nochmals übersichtlich aufgelistet:

- **Wirtschaftsmediziner/innen sollen sich ganz allgemein verstärkt dem Thema „Psychische Gesundheit im Arbeitsumfeld“ widmen.**
- **Wirtschaftsmedizinische Ansätze in der Prävention gehen bei diesem Thema über das Individuum Mensch hinaus.**
- **Eine kontinuierliche qualifizierte Weiterbildung zu den Themen „Unternehmensführung“ und „Arbeitspsychologie“ ist dafür unverzichtbar.**
- **Bei wirtschaftsmedizinischen Projekten zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit mit psychischem Hintergrund muss darauf bedacht genommen werden, vor allem die Gruppe der über 50-Jährigen zu erreichen.**

- **Der Themenschwerpunkt bei den personenbezogenen präventiven Ansätzen soll vor allem auf die affektiven Störungen abzielen.**
- **In einem ersten Schritt soll der Schwerpunkt der wirtschaftsmedizinischen präventiven Ansätze bei den Büroarbeitsplätzen gesetzt werden.**
- **Wirtschaftsmediziner/innen sollen sich dafür einsetzen, dass im kurativen Bereich bei Bekanntwerden einer psychiatrischen Diagnose ein standardisierter Test zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen zum Einsatz kommt und im Falle eines auffälligen Ergebnisses eine Meldung an den/die zuständige/n Arbeitsmediziner/in erfolgt - vorausgesetzt der Einwilligung des/r Betroffenen.**
- **Wirtschaftsmediziner/innen sollen sich dafür einsetzen, dass es auch nach einer stationären psychiatrischen Rehabilitation - wieder natürlich vorausgesetzt einer Einwilligung der Betroffenen - bei Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis zu einer standardisierten Weitergabe der im Rahmen einer psychiatrischen Rehabilitation erarbeiteten notwendigen Maßnahmen im Arbeitsumfeld der Betroffenen an betriebsärztliche Dienste gibt.**
- **Wirtschaftsmediziner/innen sollen sich bei der Umsetzung der erst kürzlich in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und ASchG mit ihren Kernkompetenzen einbringen.**
- **Eine Entwicklung von flexiblen Modellen für die Frühpensionierung (Teilrente) von psychisch beeinträchtigte Arbeitnehmer/innen mit ausreichender Restarbeitsfähigkeit nach deutschem Modell wäre wünschenswert. Dabei können sich Wirtschaftsmediziner/innen mit ihrem besonderen Verständnis für die Arbeitgeberseite bestens einbringen.**

- **Zu einer wirtschaftsmedizinischen Betreuung der Unternehmen gehört zu einem großen Teil die Beratung der Führungskräfte im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern. Gezielte Schulungen von Vorgesetzten und Personalverantwortlichen zum Thema „Psychische Beeinträchtigung von Arbeitnehmer/innen“ sollten ein fixer Bestandteil des Betreuungskonzeptes sein.**

Ziel der Arbeit war, die Rolle der Wirtschaftsmediziner/innen in der Prävention von Arbeitsunfähigkeit mit psychischem Hintergrund zu unterstreichen. Insbesondere die letzte hier angeführte Guideline spiegelt nochmals den wirtschaftsmedizinischen Grundgedanken dazu gut wider.

LITERATURVERZEICHNIS

Baer, N./ Fasel, T.: *«Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, 2011

Baer, N./ Frick, U./ Fasel, T. : *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, 2009

BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) / Brenscheidt, Frank/ Nöllenheidt, Christoph/ Siefer Anke: *Arbeitswelt im Wandel, Zahlen – Daten – Fakten, Ausgabe 2012*, Paderborn, 2012

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz): *Merkblatt zur Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nach dem Arbeitnehmer/innenschutzgesetz (ASchG)*, Wien, 2013

BSV (Bundesamt für Sozialversicherungen – Schweiz): *Zweites mehrjähriges Forschungsprogramm zur IV (FoP2-IV). Faktenblatt*, Bern, 2011

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger: *Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*, Wien, 2013

Müller, Rudolf u.a.: *Gutachterfibel der Pensionsversicherungsanstalt*, 4.Auflage, Wien, 2003

Raab-Steiner, Elisabeth/ Benesch, Michael: *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS/PASW-Auswertung*, 2. Aufl., Wien, 2010

Schuler, Daniela/ Burla, Laila: *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52)*, Schweizerisches Gesundheits-observatorium, Neuchâtel, 2012

INTERNETQUELLEN

AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Aufgaben und Ziele*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/arbeitsmedizin/aufgaben_ziele.php [Zugriff am 27.11.2013]

AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Berufsverständnis*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/arbeitsmedizin/berufsbild/berufsverstaendnis.php [Zugriff am 27.11.2013]

AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Aufgaben und Ziele*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/wirtschaftsmedizin/aufgaben_ziele.php [Zugriff am 27.11.2013]

AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, *Berufsverständnis*, online unter URL: http://www.aam.at/content/de/was_ist/wirtschaftsmedizin/berufsbild/berufsverstaendnis.php [Zugriff am 27.11.2013]

Creativ Research Systems, *Sample Size Calculator*, online unter URL: <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm> [Zugriff am 09.12.2013])

DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, *ICD-10-WHO Version 2011, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10.Revision, Version 2011*, online unter URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/index.htm> [Zugriff am 20.11.2013]

Fit2work, *Angebot für Betriebe*, online unter URL: http://www.fit2work.at/home/Angebot_fuer_Betriebe/?lang=DE [Zugriff am 27.11.2013]

Pensionsversicherungsanstalt: *Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeits-pension / SRÄG 2012*, online unter URL: http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=75410&p_tabid=2 [Zugriff am 26.11.2013]

Pensionsversicherungsanstalt: *Statistische Daten der Pensionsversicherungsanstalt, 2013*, online unter URL: http://www.pensionsversicherung.at/mediaDB/884699_Statistische%20Daten%20der%20PV.pdf [Zugriff am 20.11.2013]

Schweizer Eidgenossenschaft, *Statistik Schweiz, 2013*, online unter URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index.html> [Zugriff am 04.12.2013]

Statistik Austria, *Bevölkerung*, online unter URL: http://www.statistik.gv.at/web_de/statistiken/index.html [Zugriff am 05.12.2013]

Universität Duisburg-Essen, *Sozialpolitik-aktuell, 2013*, online unter URL: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsbedingungen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbV11.pdf [Zugriff am 04.12.2013]

WAI-Netzwerk, *Work Ability Index*, online unter URL: <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?WAI-Online> [Zugriff am 02.01.2014]

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Pensionsstand nach Pensionsarten Dezember 2012 (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 92)	13
Abbildung 2: Entwicklung des Pensionsstandes nach Pensionsarten Messzahlen 2002 = 100 (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 97)	14
Abbildung 3: Tätigkeitsfelder Arbeitsmedizin/ Wirtschaftsmedizin (Internetquelle: AAM – Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, <i>Aufgaben und Ziele</i> , 2013) ..	20
Abbildung 4: Anteil Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Krankheitsgruppen, 2005 – 2011	29
Abbildung 5: Anteil Krankheitsuntergruppen an Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, 2005-2012.....	32
Abbildung 6: Anteil Krankheitsuntergruppen an Neuzugängen mit psychiatrischen Diagnosen, Kreisdiagramm, 2011.....	34
Abbildung 7: Anteil Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Alter (x-Achse) und Krankheitsgruppen, 2011	35
Abbildung 8: Erwerbsbevölkerung in Deutschland 2010 (Quelle: BAUA, 2012: S.11)	38
Abbildung 9: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Krankheitsgruppen, Deutschland, 2008 – 2010 (Quelle: BAUA, 2012: 49).....	39
Abbildung 10: Anteil Neuzugänge zu Erwerbsminderungsrenten nach Krankheitsgruppen, Deutschland, 1995 - 2012 (Internetquelle: Universität Duisburg-Essen, <i>Sozialpolitik-aktuell</i> , 2013)	40
Abbildung 11: Anzahl IV-Neurentenbezieher/innen nach Invaliditätsursache, Schweiz, 2000-2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012: 66).....	43
Abbildung 12: Anteil Neuberentungen nach Invaliditätsursache, Schweiz, 2000–2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012: 67).....	45
Abbildung 13: Anteil Neuberentungen nach Alter und Invaliditätsursache, Schweiz, 2010 (Quelle: Schuler, D. & Burla, L. 2012, S.67)	47

Abbildung 14: Geschlechtsverteilung der Befragten.....	57
Abbildung 15: Altersverteilung der Befragten	57
Abbildung 16: Ergebnis zu Frage 1.....	58
Abbildung 17: Ergebnis zu Frage 2.....	59
Abbildung 18: Ergebnis zu Frage 3.....	59
Abbildung 20: Ergebnis zu Frage 5.....	61
Abbildung 21: Ergebnis zu Frage 6.....	62
Abbildung 22: Berufsgruppenzugehörigkeit unter den Befragten	63
Abbildung 23: Anteil mit arbeitsmedizinischem Kontakt nach Berufsgruppen	64
Abbildung 24: Anteil mit/ohne arbeitsmedizinischem Kontakt nach vorangegangener stationärer psychiatrischer Rehabilitation	64
Abbildung 25: Anteil mit hoher Erwartungshaltung nach Gruppen mit/ohne arbeitsmedizinischem Kontakt im Vorfeld	65
Abbildung 26: Anteil mit psychiatrischer Rehabilitation im Vorfeld nach Gruppen entsprechend der ersten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit	66

(Anmerkung: Sämtliche Abbildungen ohne Quellenangabe sind Eigendarstellungen.)

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Pensionen nach Pensionsversicherungsträgern (Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2013, S. 93).....	12
Tabelle 2: Anzahl Neuzugänge BU-/IP-Pensionen nach Krankheitsgruppen, 2005 - 2012.....	28
Tabelle 3: Pensionsneuzugänge krankheitshalber aufgeschlüsselt nach Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen, 2010 – 2012 (Internetquelle: Pensionsversicherungsanstalt, <i>Statistische Daten der Pensionsversicherungsanstalt, 2013</i>)	30
Tabelle 4: Neuzugänge BU-/IP-Pensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten nach Krankheitsuntergruppen laut ICD10, 2005-2012.....	32
Tabelle 5: Verhältnis Neuzugänge zur Frühpension mit psychiatrischer Krankheit zu Erwerbstätigen im Ländervergleich A/D/CH (2010-2012).....	49

(Anmerkung: Sämtliche Tabellen ohne Quellenangabe sind Eigendarstellungen.)

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A	Austria
AAM	Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin
Abb.	Abbildung
ASchG	Arbeitnehmer/innenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
Aufl.	Auflage
BU	Berufsunfähigkeit
bzw.	beziehungsweise
CH	Schweiz
D	Deutschland
d.h.	das heißt
EU	Erwerbsunfähigkeit
GSVG	Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz
HSCO	Hauptstelle – Statistik und Controlling (der PVA)

IP	Invalidität
IV	Invalidenversicherung (Schweiz)
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
u.a.	unter Anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

ANHANG: Fragebogen

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Damen und Herren!

Dieser Fragebogen ist Teil meiner Forschungsarbeit zum Thema „In Frühpension mit psychiatrischen Krankheiten in Österreich - Wirtschaftsmedizinische Ansätze am Bogen zwischen Prävention und Rehabilitation“, welche ich im Rahmen meines Studiums zum Master of Science an der Donauuniversität Krems erstelle.

Die Befragung wird anonymisiert ausgewertet und erlaubt keine Rückschlüsse auf Ihre Person.

Bitte füllen Sie den Fragebogen **vollständig** aus und geben Sie ihn anschließend am **Anmeldeschalter** ab.

Für Rückfragen stehe ich jederzeit unter der Klappe 32212 (Dr. Christof Remtisch) zur Verfügung. Unsere MitarbeiterInnen am Anmeldeschalter verbinden Sie gerne zu mir!

Zur Aufzeichnung, Bearbeitung und Speicherung Ihrer Daten benötige ich Ihr Einverständnis, darum ist Ihre **Unterschrift unter der Einverständniserklärung** am Ende des Fragebogens **wichtig**.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christof Remtisch

FRAGEBOGEN

1. Wann hatten Sie das erste Mal das Gefühl, durch Ihr psychisches Leiden in Ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt zu sein?

- vor mehr als 10 Jahren
- vor 5 bis 10 Jahren
- vor 2 bis 5 Jahren
- innerhalb der letzten 2 Jahre

2. Hatten Sie bisher bezüglich Ihres Leidens schon einmal Kontakt mit einem/r Arbeitsmediziner/in (Betriebsarzt/ärztin)?

- ja
- nein

3. Sind Sie mit Ihrem psychischen Leiden in ärztlicher Behandlung?

- ja
- nein

**Wenn „ja“, bitte um Angabe bei welchen Ärzten/Ärztinnen:
(auch beide möglich)**

- Arzt /Ärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/ärztin)
- Facharzt/ärztin für Psychiatrie

4. Wie oft waren Sie bisher schon auf einer stationären psychiatrischen Rehabilitation? (wie z.B.: 6-wöchiger Aufenthalt in einer ProMente- Einrichtung oder in Ottenschlag)

- noch nie
- 1 mal
- 2 mal und öfter

5. Sind Sie der Meinung, dass eine frühe Kontaktaufnahme eines/r Arbeitsmediziners/in (Betriebsarztes/ärztin) mit psychisch beeinträchtigten Arbeitnehmern/innen einen positiven Einfluss auf die weitere Arbeitsfähigkeit hat?

- ja nein

6. Stehen Sie derzeit in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis?

- ja nein

Wenn „nein“, wann haben Sie Ihr letztes Beschäftigungsverhältnis beendet?

- vor mehr als 10 Jahren
 vor 5 bis 10 Jahren
 vor 2 bis 5 Jahren
 innerhalb der letzten 2 Jahre

**7. In welchem Beruf waren Sie in den letzten 10 Jahren überwiegend tätig?
(bitte nur einen Beruf anführen)**

BITTE UMBLÄTTERN!

8. Zum Abschluss noch einige Angaben zu Ihrer Person.

Hinweis: Rückschlüsse auf einzelne Personen sind dadurch aber nicht möglich, sodass Ihre Anonymität vollständig gewahrt bleibt.

Geschlecht:

- männlich
- weiblich

Lebensalter:

- bis 25 Jahre
- 26 bis 40 Jahre
- 41 bis 50 Jahre
- über 50 Jahre

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich wurde darüber informiert und bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieses Fragebogens erhobenen Angaben zur wissenschaftlichen Auswertung verwendet werden können.

Unterschrift

Datum: St. Pölten, am _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme und alles Gute auf Ihrem zukünftigen Weg!

