

**Biographien der Inanspruchnahme  
von Gesundheitsdienstleistungen  
vor dem Antritt von Invaliditäts-  
und Berufsunfähigkeitspensionen**

**Christine Mayrhuber, Lukas Tockner**

Wissenschaftliche Assistenz: Doris Gabriel, Silvia Haas,  
Georg Böhs, Stefan Fuchs



## Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen

Christine Mayrhuber, Lukas Tockner

Oktober 2011

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Begutachtung: René Böheim • Wissenschaftliche Assistenz: Doris Gabriel, Silvia Haas, Georg Böhs, Stefan Fuchs

### Inhalt

Die vorliegende Arbeit analysiert den Zusammenhang von beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen und krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen. Insgesamt steigt mit zunehmendem Alter der unselbständig Beschäftigten die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen: sowohl die Häufigkeit der Arztbesuche als auch die Häufigkeit und Zahl der verordneten Heilmittel und der Krankenhausaufenthalte. Eine Vergleichsgruppenanalyse macht deutliche Unterschiede sichtbar: Personen, die 2009 in eine krankheitsbedingte Pension übertraten, wiesen schon fünf Jahre davor einen weit überdurchschnittlichen Medikamentenkonsum, häufigere Arztbesuche und auch häufigere Krankenhausaufenthalte auf.

Rückfragen: [Christine.Mayrhuber@wifo.ac.at](mailto:Christine.Mayrhuber@wifo.ac.at)

2011/368-1/S/WIFO-Projektnummer: 9605

© 2011 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,  
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 40,00 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/43835>

## Inhaltsverzeichnis

<b>Übersichtenverzeichnis</b>	<b>2</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>2</b>
<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>1. Krankheitsbedingte Erwerbsaustritte</b>	<b>3</b>
1.1 <i>Entwicklung der Erwerbsquoten und Pensionsquoten</i>	7
1.2 <i>Faktoren für krankheitsbedingte Erwerbsbeendigungen</i>	13
<b>2. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Österreich</b>	<b>17</b>
<b>3. Gesundheitsdienstleistungen und krankheitsbedingte Pensionierungen</b>	<b>21</b>
3.1 <i>Datenbeschreibung und methodische Anmerkungen</i>	21
3.2 <i>Verteilung der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen</i>	25
3.2.1 <i>Gesundheitsdienstleistungen der unselbständig beschäftigten Frauen</i>	25
3.2.2 <i>Gesundheitsdienstleistungen der unselbständig beschäftigten Männer</i>	27
3.3 <i>Gesundheitsdienstleistungen bei krankheitsbedingten Erwerbsaustritten: Eine Vergleichsgruppenanalyse</i>	31
<b>4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	<b>39</b>
<b>Literatur</b>	<b>42</b>

## Übersichtenverzeichnis

Übersicht 1:	Pensionsneuzuerkennungen 2010 (ASVG) nach dem Status vor dem Übertritt	6
Übersicht 2:	Ablehnungs- und Zuerkennungsquoten 2010 (ASVG) bei krankheitsbedingten Pensionsanträgen	6
Übersicht 3:	Antrittsalter der Pensionsneuzugänge 2010	12
Übersicht 4:	Entwicklung der beitragsleistenden Krankenversicherten und Arztbesuche, 2000 bis 2010	19
Übersicht 5:	Entwicklung der Spitalsfälle und Spitalstage, 2000 bis 2010	19
Übersicht 6:	Entwicklung der Heilmittelverordnungen und der Heilverfahren (Rehabilitation), 2000 bis 2010	20
Übersicht 7:	Versicherte der OÖGKK nach sozialrechtlichem Status, 2009	24
Übersicht 8:	Versicherte der OÖGKK nach sozialrechtlichem Status, Alter und Geschlecht, 2009	24
Übersicht 9:	Gesundheitsdienstleistungen bei Frauen nach sozialem Status und Alter, 2009	26
Übersicht 10:	Gesundheitsdienstleistungen bei Männern nach sozialem Status und Alter, 2009	29
Übersicht 11:	Invaliditätspensionen in Oberösterreich, 2007 bis 2009	31
Übersicht 12:	Durchschnittsalter von InvaliditätspensionistInnen und allen Versicherten in Oberösterreich, 2009	32
Übersicht 13:	Krankheitsbiografien von unselbständig beschäftigten Frauen, denen 2009 eine Invaliditätspension zuerkannt wurde	34
Übersicht 14:	Krankheitsbiografien von unselbständig beschäftigten Männern, denen 2009 eine Invaliditätspension zuerkannt wurde	37

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Leistungsbezugsquoten von krankheitsbedingten Pensionen im Alter von 20 bis 64 Jahren, 1998 und 2008	4
Abbildung 2:	Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen Frauen zwischen 1995 bis 2010	9
Abbildung 3:	Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen bzw. 60- bis 64-jährigen Männer zwischen 1995 bis 2010	10
Abbildung 4:	Streuung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen, Neuzugänge 2010	12

## **Einleitung**

In Österreich sind rund ein Drittel der jährlichen Pensionsneuzugänge bei Direkt pensionen krankheitsbedingte Pensionierungen. Diesen Pensionierungen geht oftmals ein mehrjähriges Krankheitsgeschehen voran. Die Einflussfaktoren auf das Krankenstandsgeschehen sind Gegenstand zahlreicher nationaler und internationaler Analysen. Insbesondere das Auftreten und die Häufigkeit der Krankenstände entlang individueller Merkmale und makroökonomische Rahmenbedingungen rücken verstärkt in den Mittelpunkt von Untersuchungen und Analysen. Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, ob es einen Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Erwerbsaustritten und der Inanspruchnahme von Gesundheits(dienst)leistungen gibt und wie stark dieser Zusammenhang vorhanden ist. Bei den Gesundheits(dienst)leistungen wird die Anzahl der verschriebenen Heilmittel, die Anzahl der Arztbesuche und die Anzahl bzw. die Dauer der Krankenhausaufenthalte in den Jahren vor dem Pensionsantritt als Vorlaufindikatoren herangezogen. Den krankheitsbedingten Neupensionierungen wird eine Vergleichsgruppe gegenüber gestellt. Die genannten Gesundheitsdienstleistungen beider Gruppen werden miteinander verglichen. Es zeigt sich, dass sowohl Anzahl als auch Ausmaß der genannten Gesundheitsdienstleistungen von Personen die krankheitsbedingt auf Dauer aus dem Erwerbsleben austreten ein anderes Nachfrageverhalten haben, als Erwerbspersonen mit gleichem Alter und gleichartigem Erwerbsverlauf.

### **1. Krankheitsbedingte Erwerbsaustritte**

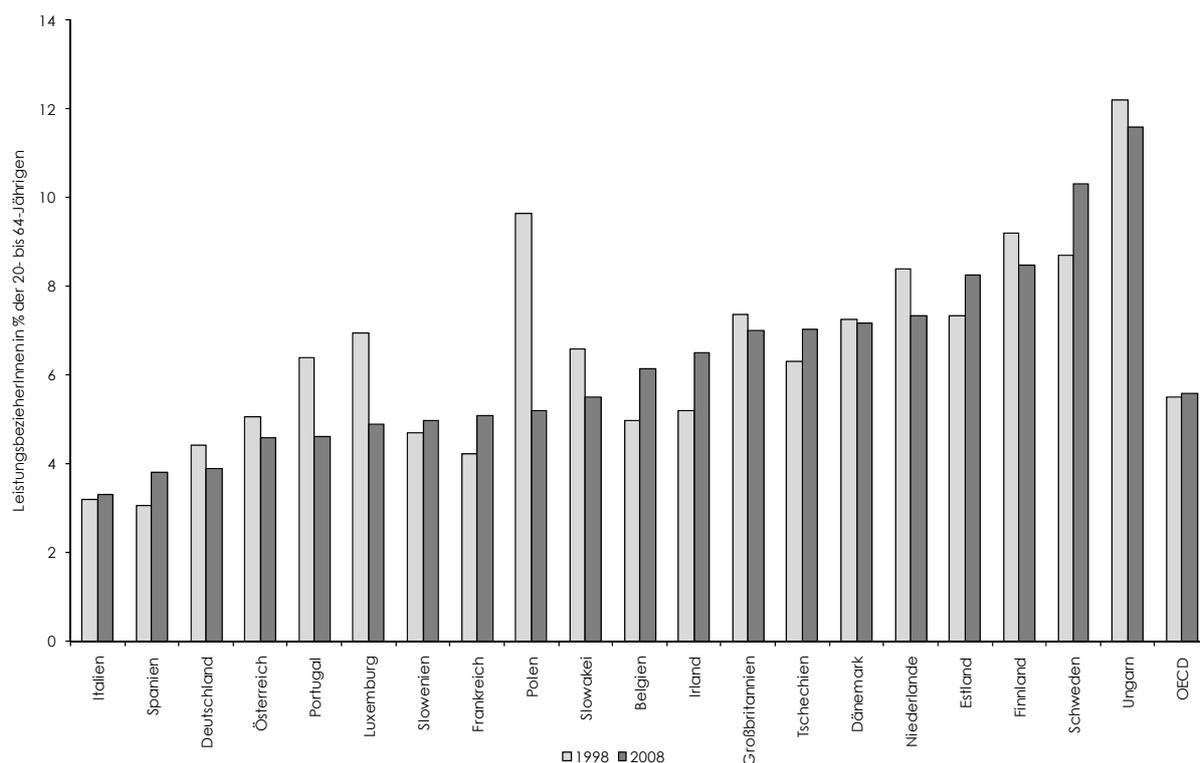
Das österreichische Sozialversicherungssystem umfasst das Risiko der vorübergehenden und dauernden Erkrankung. Die Geld- und Sachleistungen im Krankheitsfall dienen der sozialen Absicherung. Im europäischen Vergleich liegt Österreich mit seinen Aufwendungen für Invalidität und Gebrechen in Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) in der Höhe von 2,3% (2009) im Durchschnitt der Europäischen Union (EU-27) (EUROSTAT). Die nordischen Länder Dänemark und Schweden haben mit 4,9% bzw. 4,5% die höchsten Ausgaben und Zypern und Malta mit unter einem Prozent die geringsten Aufwendungen in Relation zum BIP.

Der individuelle Gesundheitszustand spielt für das Übergangsverhalten zwischen aktiver Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, vorübergehendem Rückzug vom Arbeitsmarkt und Beendigung der Erwerbstätigkeit durch Pensionierung eine entscheidende Rolle. Die Übertrittsmuster und Übergangskanäle hängen neben der Situation der Gesamtwirtschaft und der Arbeitsmarktlage entscheidend von den institutionellen Rahmenbedingungen ab.

Vergleichbare Daten zum Anteil der LeistungsbezieherInnen im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Pensionierungen zeigen hohe Länderunterschiede: Die Invaliditätsquoten liegen zwischen 3,3% in Italien und 11,6% in Ungarn (OECD, 2009). Österreich nimmt mit 4,6% einen Wert unter dem OECD-Durchschnitt von 5,6% ein. Die Unterschiede in den Quoten können nicht mit den länderspezifischen Alters- und Gesundheitsstrukturen erklärt werden.

Vielmehr haben institutionelle Rahmenbedingungen einen hohen Erklärungswert (Famira-Mühlberger et al., 2010, Börsch-Supan, 2007). Die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung wie die Versicherungsdauer und Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen die eine Pensionsleistung nach sich ziehen und die Ausgestaltung der Systeme (Voll- versus Teilpensionsleistungen usw.) beeinflussen den Umfang der Leistungsbeziehenden. Auch Zugangsbestimmungen der anderen Sicherungssysteme, vor allem die Zugangsvoraussetzungen zur Alterspension, beeinflussen die Invalidisierungsquoten. Wie Duggan – Singleton – Song (2005) für die USA zeigen, erhöhten die Anhebung des Eintrittsalters der Alterspension und die Verringerung dieser Pensionshöhe die krankheitsbedingten Pensionsstände der 45- bis 64-Jährigen Männer um 0,6% und jene der Frauen um 0,9%. Neben dem Alterssicherungssystem beeinflusst die Ausgestaltung der Arbeitslosenversicherung für Ältere den Erwerbsaustritt: In Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien sinkt durch die bessere Absicherung älterer Arbeitsloser ihre Wiederbeschäftigungschance, während die Zahl der krankheitsbedingten Pensionsübertritte steigt (Tatsiramos, 2010).

Abbildung 1: Leistungsbezugsquoten von krankheitsbedingten Pensionen im Alter von 20 bis 64 Jahren, 1998 und 2008



Q: OECD.

Vorhandene Befragungsdaten über die Einschätzung der persönlichen Gesundheit in Verbindung mit objektiven Gesundheitsmaßen<sup>1)</sup> stellen einen direkten Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsmarktbeteiligung her. Beim Fehlen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen berechneten *Kalwij – Vermeulen*, dass in Österreich die Erwerbsquote der 50- bis 64-jährigen Männer um 10,3 Prozentpunkte und bei Frauen um einen Prozentpunkt erhöht werden könnte (*Kalwij – Vermeulen*, 2005).

Im Bereich vorübergehender gesundheitlicher Einschränkungen zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alter und Erkrankungen, wobei krankheitsbedingte Fehlzeiten bei den Jungen und bei den Älteren höher sind als im Durchschnitt aller Beschäftigter: die Ausfallszeiten sind im Alter bis zum 20. Lebensjahr höher als in der nachfolgenden Altersgruppe: Zwischen dem 25. und dem 39. Lebensjahr liegt die Krankenstandsquote<sup>2)</sup> mit 2,5% am geringsten, um dann im Alter zwischen 55 und 60 Jahren den Höchstwert von knapp 6% zu erreichen (*Leoni*, 2010).

Der Gesundheitszustand spielt beim Übergangsverhalten zwischen Beschäftigung – Arbeitslosigkeit – Pensionierung – gänzlicher Rückzug vom Arbeitsmarkt eine entscheidende Rolle. Die im europäischen Vergleich geringe Erwerbsbeteiligung der Älteren ist neben den institutionellen Arbeitsmarktbedingungen allen voran von den Möglichkeiten einer vorzeitigen Pensionierung bzw. einer endgültigen krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung abhängig (*Famira-Mühlberger et al.*, 2010).

Die Antragstellung eines Versicherten zu einer krankheitsbedingten Pension ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle der Schritt aus einer aktiven Beschäftigung bzw. der Schlusspunkt einer längeren Arbeitslosigkeits- und Krankheitsperiode. Im Jahr 2010 hatten 26% der neuen Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionisten zuvor eine aktive Beschäftigung, bei den Frauen waren es 21%, bei den Alterspensionen kam rund die Hälfte aus einer aktiven Beschäftigung. Rund ein Drittel hatte vor der Pensionszuerkennung einen Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezug (Übersicht 1).

---

1 Die „Handgreifkraft“ oder der „Body-Mass-Index“ stellen solche objektiven Gesundheitsmaße dar. Die Handgreifkraft ist ein guter Voraussageindikator für zukünftige Behinderungen bei den täglichen Handgriffen („activities of daily living“) (*Rantanen – Guralnik – Foley – Masaki – Leveille – Curb – White*, 1999) und auch für das Mortalitätsrisiko (*Metter et al.* 2002). Der Body-Mass-Index ist die Bewertung des Körpergewichts im Verhältnis zum Quadrat der Körpergröße (kg/m<sup>2</sup>).

2) Die Krankenstandsquote gibt den durchschnittlichen Verlust an Jahresarbeitsdagen in Prozent an.

Übersicht 1: Pensionsneuzuerkennungen 2010 (ASVG) nach dem Status vor dem Übertritt

	Invaliditätspension		Alterspension	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	in %			
Pflichtversicherung	26,1	20,9	53,6	54,5
Krankengeldbezug	27,8	35,0	1,3	1,2
Arbeitslosengeldbezug	14,8	13,3	14,4	13,6
Notstandshilfe	22,2	17,3	4,7	2,2
Sonstiges	9,1	13,5	26,0	28,5
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: BMASK.

Die Ablehnungsquote bei krankheitsbedingten Pensionsanträgen lag 2010 bei den angestellten Frauen bei 59%, bei den angestellten Männern bei 53%. Bei den ArbeiterInnen sind die Ablehnungsquoten mit 72,1% (Frauen) bzw. 63,7% (Männer) noch höher. Trotz dieser hohen Ablehnungsquoten ist eine erfolgreiche Reintegration von Erwerbspersonen, die bereits einen Antrag eingereicht haben, gering. Nach einem negativen Pensionsbescheid steigt die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsmarktintegration nur dann, wenn Maßnahmen der gesundheitlichen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation durchgeführt werden. Für Österreich konnte gezeigt werden, dass Personen mit einem abgelehnten Pensionsantrag und anschließender Rehabilitation im Mindestausmaß von sechs Monaten nach vier Jahren zu einem Drittel wieder erwerbstätig waren. In der Vergleichsgruppe der abgelehnten Antragsteller und Antragstellerinnen ohne Rehabilitationsmaßnahmen waren es nur 17% (Gude et al., 2010).

Übersicht 2: Ablehnungs- und Zuerkennungsquoten 2010 (ASVG) bei krankheitsbedingten Pensionsanträgen

	Neuzugänge	Zuerkennungsquote	Ablehnungsquote
	absolut	in %	in %
Angestellte			
Männer	3.402	46,6	53,4
Frauen	3.963	40,9	59,1
ArbeiterInnen			
Männer	12.563	36,3	63,7
Frauen	4.978	27,9	72,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

## 1.1 Entwicklung der Erwerbsquoten und Pensionsquoten

Arbeitsplatzbelastungen beeinflussen den Gesundheitszustand der Beschäftigten, der Gesundheitszustand bestimmt auch die Arbeitsmarktintegration bzw. den Arbeitsmarktrückzug (Barnay – Debrand, 2006; Biffi et al. 2009). Neben den individuellen Charakteristika des Gesundheitszustandes und der Qualifikation beeinflussen institutionelle Regelungen (vor allem des Arbeitsmarktes und der sozialen Sicherungssysteme), Arbeitsmarktstrukturen, Verdienststrukturen, die wirtschaftliche Situation eines Landes aber auch Werthaltungen das Ausmaß der Arbeitsmarktpartizipation bzw. des Arbeitsmarktausstiegs. Gesundheitsprobleme und körperliche Einschränkungen<sup>3)</sup> sind entweder vorübergehend oder bleibend. Bei dauerhaften Einschränkungen entscheiden sozialrechtliche Rahmenbedingungen maßgeblich über den Verbleib auf bzw. den Rückzug vom Erwerbsarbeitsmarkt.

Die Beschäftigungsquote der Frauen in der Fünf-Jahres-Altersgruppe vor dem Regelpensionsalter von 60 Jahren betrug 2010 45,4%, die entsprechende Quote der Männer in den fünf Jahren vor ihrem Regelpensionsalter von 65 lag 2011 bei 19,8% (WIFO-Berechnungen).

Insgesamt ist aber im vergangenen Jahrzehnt die Erwerbs- sowie die Beschäftigungsquote Älterer deutlich angestiegen bei einer nur leicht steigenden Gesamtbeschäftigungsquote und einer deutlich sinkenden Jugendbeschäftigungsquote. Allein in den vergangenen zehn Jahren stieg die Beschäftigungsquote bei den 55- bis 59-jährigen Frauen um insgesamt 24,1 Prozentpunkte auf 45,4% an. Auch in der davorliegenden Fünf-Jahres-Altersgruppe lag der Anstieg bei 13,6 Prozentpunkten und erreichte 2011 den Wert von 74,3%. Die höchste Steigerung der Männerbeschäftigungsquote lag mit +11,2 Prozentpunkten in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen (insgesamt waren hier 66,5% der Männer beschäftigt) wie auch mit +9,6 Prozentpunkten in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Männer, die Beschäftigungsquote erreichte 2011 hier 19,8%.

Die vergangenen Reformen im Pensionssystem trugen zu diesen Zuwächsen in den Beschäftigungsquoten bei. Zum einen wurden vorzeitige Übertrittswege abgeschafft, wie die vorzeitige Alterspension bei Arbeitslosigkeit und bei geminderter Erwerbsfähigkeit. Zum anderen wurde das Übertrittsalter für die verbleibenden vorzeitigen Pensionen um 1,5 Jahre angehoben. Darüber hinaus wurden auch die Anreize zu einer längeren Erwerbstätigkeit durch die Einführung der lebenslangen Durchrechnung und der Absenkung der Steigerungsbeträge (Wert eines Versicherungsjahres für die Pensionshöhenberechnung) ausgebaut. Diese institutionellen Reformen zeigten ihre Wirkung in sinkenden Pensions(Übertritts)quoten. Auch die steigende Arbeitskräftenachfrage im Zuge der dynamischen Wirtschaftsentwicklung bis zum Jahr 2008 und das steigende Arbeitskräfteangebot resultierten in den steigenden Beschäftigungsquoten Älterer.

---

<sup>3)</sup> In der englischsprachigen Literatur findet sich der Begriff Disability, der sowohl im Hinblick auf körperliche Einschränkungen aber auch Behinderungen verwendet wird.

Für die Pensions(übertritts)quote und die Beschäftigungsquote dient die Bevölkerung als Grundlage. Eine Gegenüberstellung verdeutlicht noch einmal die vergangene Arbeitsmarktdynamik. Im Jahr 1995 waren von den 55- bis 59-jährigen Frauen 20,6% aktiv beschäftigt und 40,7% in Pension (krankheits- oder altersbedingt), bis 2000 waren 19,6% beschäftigt und 42,3% in Pension. Seither steigt die Beschäftigungsquote und sinkt die Pensionsquote: Seit dem Jahr 2002 liegt der Anteil der beschäftigten Frauen in dieser Altersgruppe höher als der Anteil der pensionierten Frauen (vgl. Abbildung 2). Im Jahr 2010 hatten 26,7% der 55- bis 59-jährigen Frauen einen Pensionsbezug und 43,3% waren aktiv beschäftigt<sup>4)</sup>. Zwischen 1995 und 2010 erhöhte sich die Beschäftigungsquote in dieser Altersgruppe um 22,7 Prozentpunkte während sich die Pensionsquote um 14 Prozentpunkte verringerte. In der Altersgruppe der 50- bis 54-jährigen Frauen gab es eine ähnliche Entwicklung: Hier stieg die Beschäftigungsquote in den vergangenen 15 Jahren um 20,6 Prozentpunkte auf 71,8%, die Pensionsquote blieb annähernd konstant bei 4,6%. Die Beschäftigungsquote der Frauen in diesen Altersgruppen stieg deutlich stärker an als der Rückgang der Pensionsquoten ausmachte.

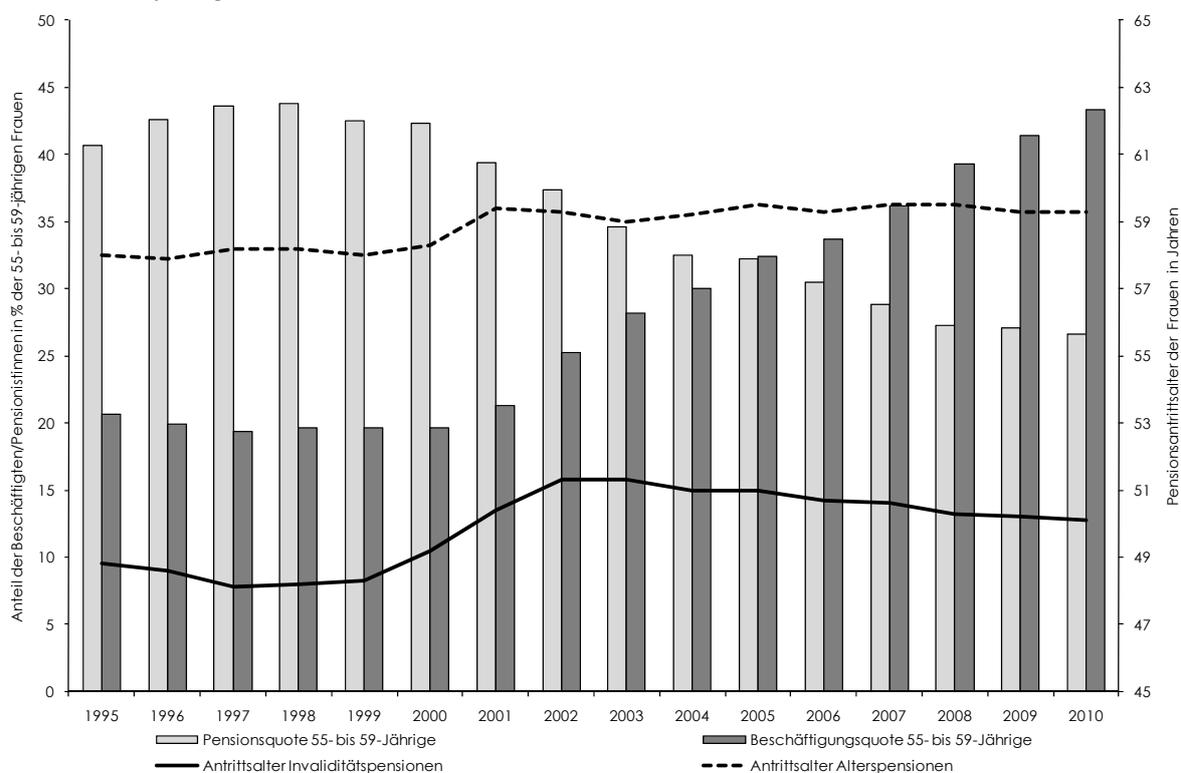
Bei den Männern gab es eine weniger stark ausgeprägte Dynamik (vgl. Abbildung 3): Die Beschäftigungsquote der Männer in den vergangenen 15 Jahren stieg bei den 50- bis 54-Jährigen um 2,8 Prozentpunkte auf 79,8% an, bei den 55- bis 59-Jährigen um 11,7 Prozentpunkte auf 65% und bei den 60-bis 64-Jährigen um 8,4 Prozentpunkte auf 19,8% an. Gegengleich reduzierte sich die Pensionsquote um 1,5 Prozentpunkte auf 5,3% (50- bis 55-Jährige), um 12 Prozentpunkte auf 15,8% (55- bis 59-Jährige) und um 17,6 Prozentpunkte auf 59,7% (60- bis 64-Jährige).

In den nachfolgenden Abbildungen sind die beschriebenen Größen sowohl für die 55- bis 59-jährigen Frauen, als auch für die 55- bis 59-jährigen und 60- bis 64-jährigen Männer dargestellt. Zusätzlich findet sich der Anteil der jährlichen Neuzugänge nach Altersgruppen in Relation zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe, dieser Anteil ist als Pensionszugangsquote bezeichnet.

---

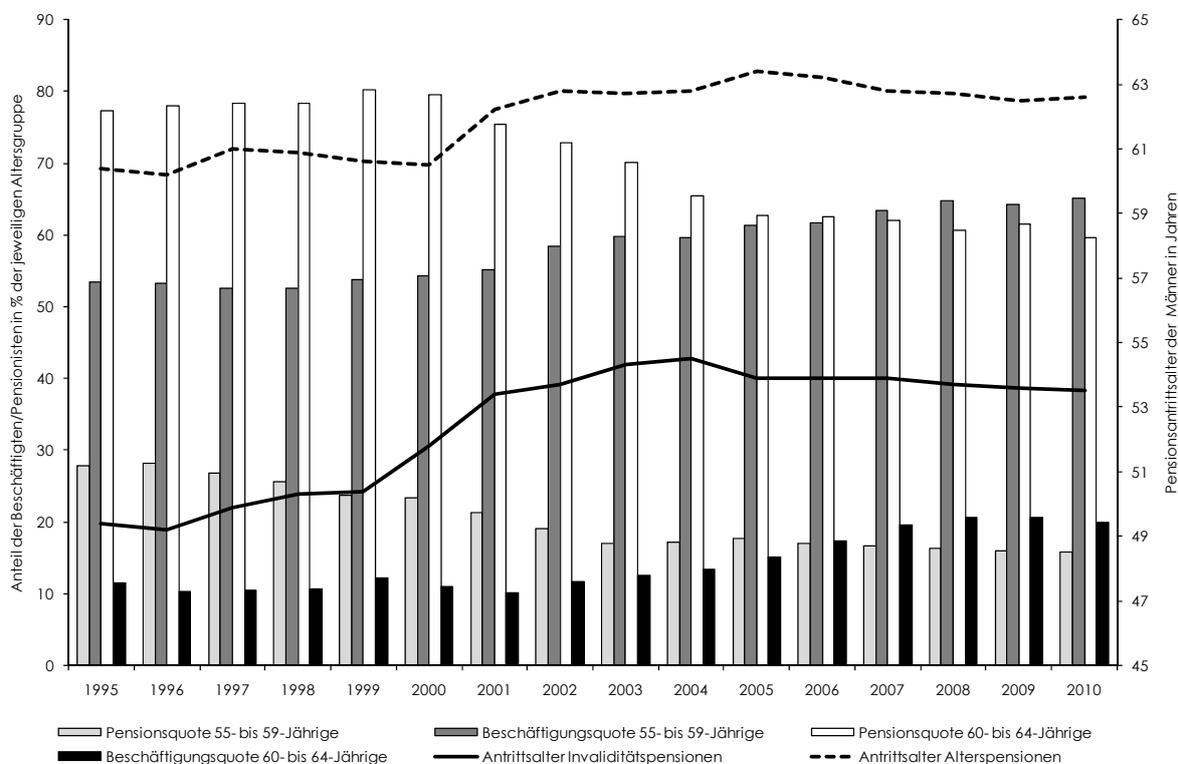
<sup>4)</sup> Da es vor dem Regelpensionsalter Ruhensbestimmungen (bis zur Geringfügigkeitsgrenze) gibt und in den WIFO-Beschäftigungsquoten die geringfügigen Beschäftigungen nicht enthalten sind, können hier keine Überschneidungen bei den beiden Personengruppen auftreten.

Abbildung 2: Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen Frauen zwischen 1995 bis 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 3: Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen bzw. 60- bis 64-jährigen Männer zwischen 1995 bis 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Im Beobachtungszeitraum reagierte das durchschnittliche Pensionsantrittsalter weniger stark, als die Zunahme der Erwerbsquoten und die Abnahme der Pensionsquoten, allen voran bei den 55- bis 59-jährigen Frauen, erwarten ließen. Das durchschnittliche Zugangsalter der Frauen erhöhte sich bei den krankheitsbedingten Pensionen in den vergangenen zehn Jahren um 1,9 auf 50,1 Jahre und bei den Alterspensionen um 1,3 auf 59,3 Jahre, bei einer Verdoppelung der Erwerbsquote in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf 44,1% (2010) bzw. 45,4% (2011). Bei Frauen scheinen zwei unterschiedliche Versichertengruppen vorhanden zu sein. Zum einen ist dies die Gruppe der Beschäftigten, die für den starken Erwerbsquotenanstieg verantwortlich ist. Dies könnten sowohl jene Frauen sein, die durch die Abschaffung der vorzeitigen Alterspensionen bei Arbeitslosigkeit und bei geminderter Erwerbsfähigkeit tatsächlich länger beschäftigt bleiben. Auch jene Frauen, die aufgrund ihrer Erwerbsunterbrechungen die Voraussetzungen für eine vorzeitige Alterspension wegen langer Versicherungsdauer nicht erfüllen, sind für die steigenden Beschäftigungsquoten verantwortlich. In den letzten zehn Jahren erhöhte sich bei den Pensionsneuzuerkennungen der Frauen der Anteil an normalen Alterspensionen: Waren 2000 noch 34% aller neuen Direktpensionen an Frauen normale Alterspensionen (Antrittsalter 60,

Mindestversicherungsdauer 15 Jahre) erhöhte sich dieser Anteil auf 42% aller Neuzuerkennungen 2011.

Ein Gegenteil zum steigenden Anteil an Alterspensionistinnen mit höherem Zugangsalter ist ein steigender Anteil von Frauen mit krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen. Im Jahr 2000 waren von den Neuzuerkennungen an Frauen 16% krankheitsbedingte Pensionsübertritte, im vergangenen Jahr waren es bereits 23% aller Direktpensionsneuzugänge der Frauen. Die größer werdende Gruppe der krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen steht einer Gruppe gegenüber, die aufgrund ihrer Versicherungszeiten zum Regelpensionsalter – und immer weniger vorzeitig - aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Bei den Männern erhöhte sich das Übertrittsalter in den vergangenen zehn Jahren deutlicher als bei den Frauen. Das Durchschnittsalter der krankheitsbedingten Männerpensionen stieg um 3,2 Jahre auf 53,5 Jahre und jenes der Alterspensionen um 1,9 Jahre auf 62,7 Jahre bei einer gestiegenen Erwerbsquote in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen von +9,0 Prozentpunkte bzw. in der Gruppe der 60- bis 64-jährigen Männer um 9,8 Prozentpunkte. Auch hier gab es einen Zuwachs des Anteils bei den normalen Alterspensionen. Im Jahr 2010 stellten 15% der Neuzugänge Übertritte zum Regelpensionsalter dar, zehn Jahre davor waren es erst 10%. Männer erfüllen häufiger die Voraussetzungen für vorzeitige Alterspensionen, pensionsrechtliche Veränderungen in diesem Bereich gingen mit einem späteren Pensionsübertritt einher. Insgesamt zeigen die Pensionsreformen des vergangenen Jahrzehnts starke Auswirkungen in den Erwerbsquoten, ein Befund den auch *Stefanits – Hollarek (2007)* betonten.

Insgesamt kann der Indikator „durchschnittliches Pensionsantrittsalter“ die dargestellte Dynamik der Beschäftigungsquoten nicht ausreichend abbilden. Das Pensionsantrittsalter streut, bei den krankheitsbedingten Neupensionen zwischen dem 17. und dem 73. Lebensjahr<sup>5)</sup>. Auch die Alterspensionen streuen zwischen dem 55. Lebensjahr und den nachfolgenden Lebensjahrzehnten<sup>6)</sup>. Je breiter die Streuung, desto weiter liegt das durchschnittliche Antrittsalter berechnet nach dem arithmetischen Mittel und das Antrittsalter berechnet nach dem Median<sup>7)</sup> auseinander. Bei den Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen (I/BU-Pensionen) betrug der Unterschied bei den Männern 2,7 Jahre und bei den Frauen 1,9 Jahre (vgl. Übersicht 3, Abbildung 4).

---

<sup>5)</sup> 2010 war der älteste Mann im 73. Lebensjahr als er ein I/BU Pension zuerkannt bekam.

<sup>6)</sup> 2010 wurden 71 Alterspensionen an über 80-Jährige zuerkannt.

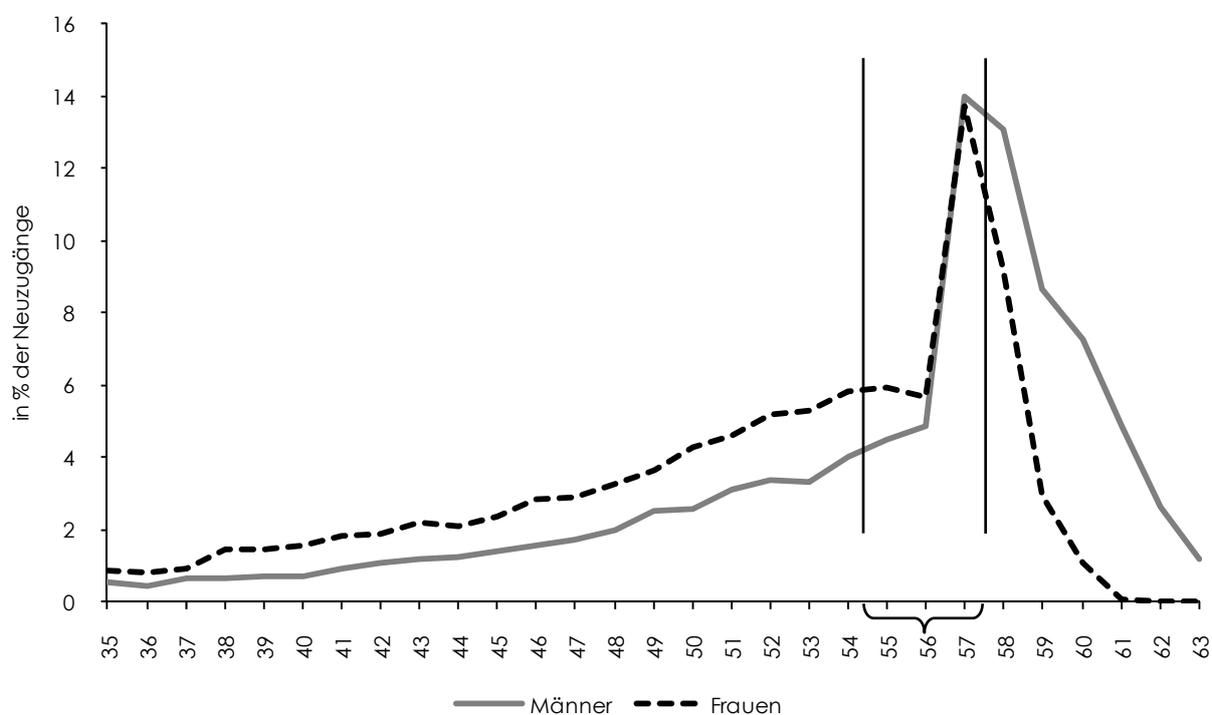
<sup>7)</sup> 50% der Personen gehen vor dem ... Lebensjahr in Pension.

Übersicht 3: Antrittsalter der Pensionsneuzugänge 2010  
Gesamte Pensionsversicherung

	Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspensionen		Alterspensionen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Mittelwert	53,5	50,1	61,8	59,2
Median	56,3	51,9	61,7	59,2
Differenz	2,7	1,9	-0,1	0,0

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 4: Streuung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen, Neuzugänge 2010  
Gesamte Pensionsversicherung



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

## 1.2 Faktoren für krankheitsbedingte Erwerbsbeendigungen

Vorzeitige und krankheitsbedingte Erwerbsaustritte stehen bereits längere Zeit im Mittelpunkt des Interesses. Beginnend bei den großen Organisationen der Weltbank, OECD, IWF, der Europäischen Kommission bis hin zu den nationalen Forschungseinrichtungen liegen zahlreiche Analysen und Forschungsergebnisse vor.

Ein Hauptstrang der Forschungsarbeiten widmet sich dabei den (Anreiz)Wirkungen, die in den Rahmenbedingungen im Bereich der Arbeitslosenunterstützung für Ältere, der Alterssicherungssysteme und dem Krankensystem (vorübergehende und dauerhafte Erkrankungen) liegen.

### Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen auf krankheitsbedingte Erwerbsaustritte

*Börsch-Supan* (2007) zeigten anhand von 15 EU-Ländern zum einen die deutlichen Unterschiede in den Invaliditätsquoten in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Österreich hat gemeinsam mit Griechenland mit unter 3% die geringsten und Dänemark, Schweden und die Niederlande mit 13 bis 17% die höchsten Anteile an Invaliden in Relation zur Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Zum anderen wurde gezeigt, dass die länderspezifische Alters- und Gesundheitsstruktur nicht die hohen Unterschiede in den Invaliditätsquoten der untersuchten Länder erklären kann. Vielmehr sind es die institutionellen Rahmenbedingungen, die einen hohen Erklärungswert für die Länderunterschiede haben.

*Blundell* (2004) zeigte einen starken Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen in der Alterssicherung und dem Zeitpunkt des Erwerbsaustritts. Er schätzte<sup>8)</sup> die Wahrscheinlichkeit eines Erwerbsaustritts auf Grundlage persönlicher Charakteristika (Ausbildung, Berufserfahrung, familiäre Situation etc.) und der vorhandenen Anreize im britischen System (Pensionsalter, Pensionshöhe und Haushaltseinkommen über die Pensionsbezugsdauer etc.). Die Ergebnisse für Großbritannien zeigen, dass der Anstieg der vorzeitigen Pensionsübertritte mit den genannten Faktoren weitgehend erklärt werden kann. Darüber hinaus erhöht das Vorhandensein einer Betriebspension die Wahrscheinlichkeit eines späteren Pensionsübertritts.

Auch die Anreizwirkungen für die Betriebe sind Gegenstand von Analysen. Vor allem in den skandinavischen Ländern sind die Rahmenbedingungen für Unternehmen und ihre Personalpolitik im Bereich Älterer im Zentrum des Interesses, da diese Länder hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten bzw. einen hohen Anteil von krankheitsbedingten Inaktivitätsquoten haben. Für Finnland zeigten *Hakola – Uusitalo* (2004), dass betriebliche Anreizsysteme zu einer geringeren Freisetzung Älterer Arbeitskräfte führen.

---

<sup>8)</sup> Blundell R., Meghir, C., Smith, S. (2001): „Pension Incentives and the Pattern of Retirement in the UK“, in: Gruber, J., Wise, D. (eds.), *Social Security and Retirement around the World*; Vol. II, The University of Chicago Press, Chicago and London.

Auch die Zusammenhänge zwischen institutionellen Rahmenbedingungen und den Erwerbsmöglichkeiten bzw. dem Erwerbsverhalten Älterer ist Teil dieses Schwerpunktes. Für freigesetzte Ältere ist die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsmarktreintegration von den Rahmenbedingungen der Arbeitslosenunterstützung bzw. der Möglichkeit über diesen Weg in eine dauerhafte Pensionsleistung zu wechseln - abhängig. In jenen Ländern in denen die Bezugsdauer oder die Höhe der Arbeitslosenunterstützung für Ältere abweichend von den anderen Altersgruppen geregelt ist, ist die Wiederbeschäftigung Älterer geringer (*Tatsiramos, 2010*).

### **Arbeitsplatzbelastungen und krankheitsbedingte Erwerbsaustritte**

Neben den skizzierten Analysen zu den Anreizwirkungen gibt es einen zweiten Forschungsstrang, der sich mit der Entwicklung und Verbesserung der Arbeitsplatzbedingungen beschäftigt. Ausgehend von Arbeiten in skandinavischen Ländern die mit der demografischen Alterung auch die Arbeitsplatzbedingungen und die Arbeitsfähigkeit Älterer in einen Kontext brachten, wurden neben der Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit<sup>9)</sup> auch zahlreiche Maßnahmen zur Umsetzung der Verbesserungen initiiert. In diesem Forschungsgebiet findet sich sowohl medizinische, als auch arbeitsphysiologische Kompetenz wieder. Die Arbeiten sind von der Tatsache motiviert, dass Arbeitsbedingungen nicht nur unmittelbare Folgen für die Beschäftigten, sondern mittel- und langfristig auch Folgen für den Unternehmenssektor, die Gesamtwirtschaft sowie die individuellen, betrieblichen und gesamtwirtschaftlichen Kosten haben (*Biffel et al., 2008, Bödeker, 2006, Hodgson, 1988, Mossink, 1999, etc.*).

### **Krankheitsbiografien und krankheitsbedingte Erwerbsaustritte**

Erst in jüngster Zeit werden verstärkt Wechselwirkungen zwischen den Arbeitsplatzbedingungen und den möglichen Anreizen in den Systemen der sozialen Sicherheit gelegt. Es wird der Versuch unternommen, anhand unterschiedlicher Ereignisse eine Voraussage der Art und Weise des Erwerbsaustritts zu erstellen.

*Karlsson et al. 2008* sowie *Wallman et al. 2009* beobachteten biografische und gesundheitliche Daten über einen Zeitraum von 13 Jahren um zu ermitteln, welche Einflüsse daraus auf krankheitsbedingte endgültige Erwerbsaustritte in Schweden vorhanden sind. Die Fehlzeiten zwischen jenen, die im Beobachtungszeitraum in eine krankheitsbedingte Pension übertraten und vergleichbaren Altersgruppen, unterscheidet sich signifikant voneinander: Bei Krankenstandstage im Ausmaß von 730/830 (Frauen/Männer) Tagen liegt die Wahrscheinlichkeit eines krankheitsbedingten endgültigen Erwerbsaustritts bei 80%, nur ein hohes Bildungsniveau reduziert auch bei langen Krankenständen diese Wahrscheinlichkeit.

---

<sup>9)</sup> Work Ability Index, Arbeitsklimaindex, <http://www.arbeiterkammer.com/online/arbeitsklima-index-februar-2010-53190.html?mode=711&STARTJAHR=2008>.

Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Krankenstandsgeschehens und der Invaliditätspension wurde auch für die Niederlande gezeigt (Koopmans et al., 2008). Bei einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren zeigte sich, dass ArbeiterInnen mit langen Krankenständen oder auch mit häufigen Krankenständen ein hohes Invaliditätsrisiko haben. Darüber hinaus erhöhen das Alter, der Status ledig, die Beschäftigung in einem urbanen Gebiet, sowie geringe Einkommen das Risiko.

*Blennow et al.* untersuchten 1994 die Konsumtion von Beruhigungs- und Schlafmitteln in Stockholm. In Studien wurde bis dato herausgefunden, dass Scheidung, Witwen- bzw. Witwerstatus und höheres Alter höheren Medikamentenkonsum zur Folge haben; Bildung ist ein reduzierender Faktor. Ihre Ergebnisse zeigten ein deutliches Muster bei Medikamenten: Den höchsten Medikamentenkonsum wiesen invalide Frauen und Männer auf, gefolgt von arbeitslosen Frauen und selbständigen Männern, sowie Geschiedene und Verwitwete.

Einen weiteren Schritt in der Beobachtung des Gesundheitszustands, der über die registrierten Fehlzeiten hinausgeht, machen *Mansson et al.* (2002). Mittels Selbstauskunft wurde der Gesundheitszustand und der Medikamentenkonsum<sup>10)</sup> über vier Jahre von Männern einer schwedischen Region in die Analyse einbezogen. Innerhalb der Invaliditätspensionisten mit guter Gesundheit, nahmen rund 8% und mit schlechter Gesundheit rund 24% Medikamente. Die Gesundheitsvariable und der Medikamentenkonsum sind signifikante Schätzer für Invaliditätspensionen, wobei die Autoren die Schwachstelle der Medikamenten-Selbstauskunft betonen.

Eine weitere Analyse für Schweden konzentrierte sich auf den Zusammenhang von Medikamentenkonsum, sozialer Inklusion und Invaliditätspension bei Frauen (*Johnell et al.*, 2006). Neben dem Alter als erklärende Variable wurde noch Nachbarschaftspartizipation, Bildung (nach niedrig und nicht niedrig), Haushaltssituation (Einpersonenhaushalt ja, nein), Selbstangaben über die Gesundheit und die Medikation nach der N-Klassifizierung (Medikamente des Nervensystems) nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) abgefragt. Es zeigte sich, dass Frauen mit Übertritt in eine Invaliditätspension einen höheren Medikamentenkonsum, eine geringere Eingebundenheit in die Nachbarschaft und ein geringeres Ausbildungsniveau hatten. *Beckmann et al.* (2006) bezogen in ihrer Analyse eine weitere - für die vorliegende Arbeit relevante Variable ein - die Anzahl und Art an Arztbesuchen im Zusammenhang mit Invaliditätspensionen. Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen gehen erwartungsgemäß deutlich öfters zum Arzt und hier wiederum öfters zu Fachärzten. Das Quotenverhältnis (Odds ration<sup>11)</sup>) erreichte bei Frauen 2,11 und bei Männer 2,16, beide Gruppen gehen doppelt so oft

---

<sup>10)</sup> Der Gesundheitszustand konnte von den Befragten als gut oder schlecht beurteilt werden; bei den Medikamenten wurden ausschließlich Schmerz- und Schlafmittel abgefragt, da diese häufig bei belastenden Arbeitssituationen genommen werden.

<sup>11)</sup> Die Odds Ratio (hier als Quotenverhältnis bezeichnet) gibt die Stärke der Zusammenhänge an: Ein Wert =1 gibt an, dass es keinen Unterschied in der Anzahl der Arztbesuche zwischen zwei Gruppen (InvaliditätspensionistInnen und Gesunde) gibt, ein Wert <1 besagt, dass die erste Gruppe eine geringere Anzahl an Arztbesuchen hat, >1 vice versa.

zum Arzt als Personen die keinen Invaliditätspensionsbezug haben. Bei den vorzeitigen krankheitsbedingten Erwerbsaustritten tritt zwei Jahre vor diesem Ereignis eine steigende Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte auf (Wallmann et al., 2004).

Insgesamt zeigen vorhandene Analysen einen klaren Unterschied in der Anzahl und Dauer der Krankenstände, der medizinischen Dienstleistungen zwischen der Gruppe der Personen die krankheitsbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden und jene die es nicht tun. Diese Zusammenhänge konnten vor allem in den nordeuropäischen Ländern bestätigt werden, für Österreich liegen noch keine diesbezüglichen Belege vor.

Vor der eingehenden Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen jener Personen die aus Krankheitsgründen aus dem Erwerbsarbeitsmarkt ausgeschieden sind, ist im nachfolgenden Abschnitt die allgemeine Entwicklung der Gesundheitsdienstleistungen in Österreich in den vergangenen Jahren dargestellt. Damit ist ein erster Vergleichsmaßstab für die genannte Personengruppe gegeben.

## 2. Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Österreich

Die österreichische Krankenversicherung umfasst durch das Instrument der Mitversicherung beinahe die gesamte Bevölkerung. Den rund 6,45 Mio. beitragsleistenden Versicherten und den 2,03 Mio. Mitversicherten ist das breite Spektrum der medizinischen Dienstleistungen zugänglich. Einzig die monetären Transfers (Entgeltfortzahlung und Krankengeld) im Krankheitsfalle können nur beitragsleistende Beschäftigte bzw. Arbeitslose beziehen. Die Inanspruchnahme der medizinischen Dienstleistungen (das Krankengeld wird hier nicht als medizinische Dienstleistung interpretiert) ist in erster Linie vom Gesundheitszustand der jeweiligen Person bestimmt. Unterschiede im Nachfrageverhalten bzw. im Ausmaß der beanspruchten medizinischen Dienstleistungen können sich durch unterschiedlich hohe Selbstbehalte entlang der einzelnen Krankenversicherungsträger (Selbständige/Unselbständige/Beamtete/Betriebskrankenkassen) ergeben. Sozialrechtlich gibt es keine Zugangsbeschränkungen zu den medizinischen Dienstleistungen.

Insgesamt führten die steigenden Beschäftigungszahlungen im vergangenen Jahrzehnt zu einer wachsenden Anzahl der beitragszahlenden Versicherten in der Krankenversicherung. Im Zuge der Einführung der Mindestsicherung in Österreich ist der Krankenversicherungsschutz auch auf diese Personengruppe ausgedehnt worden.

Zwischen 2000 und 2010 stieg **die Anzahl der Krankenversicherungsverhältnisse** um knapp 13% an. Etwa die Hälfte davon entfiel auf steigende versicherungspflichtige Beschäftigung, hier gab es einen Zuwachs von rund 10%. Die Zunahme der Versicherungsverhältnisse bei den Pensionisten und Pensionistinnen betrug im selben Zeitraum 12,6%. Die größte Dynamik bei den Zuwächsen in der Krankenversicherung hatten die sonstigen beitragsleistenden Versicherten (Arbeitslose und Personen mit Kinderbetreuungsgeldbezug ohne aufrechtem Beschäftigungsverhältnis) mit +60%. Insgesamt betrug 2010 die Anzahl der Beitragsleistenden 6,45 Mio., davon waren 3,79 Mio. versicherte Beschäftigte, 0,35 Mio. sonstige Versicherte, 0,13 Mio. freiwillig Versicherte und 2,17 Mio. Pensionisten und Pensionistinnen.

Im Zeitraum 2000 bis 2010 stieg die Gesamtanzahl der **Arztbesuche** stetig an<sup>12)</sup>. Im Jahr 2000 waren es 37,9 Mio. Konsultationen und 2010 erhöhte sich die Zahl auf 44,3 Mio., das ist eine Zunahme von insgesamt 16,8%. Die Anzahl der Arztbesuche je Versichertem entwickelte sich annähernd konstant. Jeder beitragsleistende Versicherte hatte 2000 6,7 Arztbesuche, 2010 waren es im Durchschnitt 6,9 Besuche. Die Zunahme der gesamten Arztbesuche ist auf die gestiegene Anzahl der Versicherten zurückzuführen.

Bei den gesamten **Spitalfällen** ist zwischen 2000 und 2010 ein Zuwachs von 22% zu beobachten. Die Anzahl der Spitalsfälle lag 2010 bei 2,5 Mio. und ist in den vergangenen 10 Jahren mit rund 2% pro Jahr gewachsen. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind unselbständig Beschäftigte deutlich seltener im Spital und ihre Aufenthaltsdauer mit 5,0 Tagen

---

<sup>12)</sup> Vertragsärztliche Hilfen in der allgemeinen Krankenversicherung.

ist geringer als im Bevölkerungsdurchschnitt von 6,5 Tagen (2010). Die Dauer der Spitalsaufenthalte hat im Beobachtungszeitraum insgesamt kontinuierlich abgenommen. Im Jahr 2000 hatte ein Spitalsaufenthalt durchschnittlich 7,9 Tage und sank bis 2010 um knapp 1,5 Tage auf 6,5 Tage. Die Anzahl der Spitalstage ist in der letzten Dekade nur sehr moderat gestiegen und fällt seit 2008 kontinuierlich.

Die Gesamtanzahl der verordneten **Heilmittel** ist zwischen 2000 und 2010 von 101,4 Mio. auf 118 Mio. gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von 16,4%. Bei den Heilmittelverordnungen je Versichertem fand ein Anstieg um 5,3% statt, das entspricht einer Erhöhung von 17,5 auf 18,4 Heilmittel pro Jahr und Versicherten. Wie bei Arztbesuchen und Spitalsaufenthalten steigt demnach auch der gesamte Medikamentenkonsum rascher, als der Konsum pro Versichertem. Bei den Heilmitteln konnte in den letzten zehn Jahren beinahe eine Verdoppelung der Kosten auf 2,8 Mrd. € verzeichnet werden.

Die Zunahme im Bereich der **Heilverfahren** war zwischen 2000 und 2010 deutlich größer, als in den anderen bisher dargestellten Bereichen. Die Heilverfahren insgesamt stiegen um zwei Fünftel auf knapp 251.000 (2010) an. Das entspricht einer jährlichen Zunahme von 3,6%. Deutlich höher waren die Zuwächse in der Untergruppe der medizinischen Heilverfahren. Diese erhöhten sich um durchschnittlich 7,0% pro Jahr. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation aus dem Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt, wurden 2010 knapp 2.960 Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Generell ist festzuhalten, dass die Anzahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verglichen mit den jährlichen Pensionsanträgen bzw. Neuzugängen in die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension gering ausfällt. Den beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen der Pensionsversicherungsanstalt standen knapp 70.000 Anträge auf krankheitsbedingte Pensionen und 24.000 Zuerkennungen zu Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension gegenüber. Auf jede bewilligte berufliche Rehabilitationsmaßnahme kommen somit rund 25 gestellte Pensionsanträge.

Übersicht 4: Entwicklung der beitragsleistenden Krankenversicherten und Arztbesuche, 2000 bis 2010

	Krankenversicherte <sup>1)</sup>				Insgesamt	Arztbesuche	
	Absolut	Jährliche Veränderung in %	davon Beschäftigte	Jährliche Veränderung in %		Jährliche Veränderung in %	Je beitragsleistenden Versicherten
2000	5.695.691		3.442.600		37.933.302		6,7
2001	5.772.843	1,4	3.482.186	1,1	38.620.320	1,8	6,7
2002	5.853.263	1,4	3.505.559	0,7	39.275.395	1,7	6,7
2003	5.930.330	1,3	3.534.135	0,8	39.851.818	1,5	6,7
2004	6.016.442	1,5	3.556.824	0,6	40.249.997	1,0	6,7
2005	6.094.857	1,3	3.605.005	1,4	40.713.645	1,2	6,7
2006	6.165.781	1,2	3.654.848	1,4	41.495.706	1,9	6,7
2007	6.231.384	1,1	3.716.908	1,7	42.622.667	2,7	6,8
2008	6.330.390	1,6	3.802.428	2,3	43.363.172	1,7	6,9
2009	6.378.354	0,8	3.766.781	-0,9	44.201.993	1,9	6,9
2010	6.447.172	1,1	3.791.337	0,7	44.292.472	0,2	6,9
Jährliche Zunahme in %		1,2		1,0		1,7	

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. -- 1) Beitragsleistende Versicherungsverhältnisse.

Übersicht 5: Entwicklung der Spitalfälle und Spitalstage, 2000 bis 2010

	Spitalfälle		Spitaltage		Tage pro ...	
	Absolut	Jährliche Veränderung in %	Absolut	Jährliche Veränderung in %	Fall	Unselbstständigen
2000	2.021.777		15.913.926		7,9	6,3
2001	2.041.885	1,0	15.648.000	-1,7	7,7	6,1
2002	2.139.385	4,8	15.910.932	1,7	7,4	6,0
2003	2.200.035	2,8	16.146.087	1,5	7,3	5,9
2004	2.262.578	2,8	16.352.240	1,3	7,2	5,7
2005	2.288.321	1,1	16.269.965	-0,5	7,1	5,7
2006	2.385.290	4,2	16.402.356	0,8	6,9	5,3
2007	2.443.127	2,4	16.545.727	0,9	6,8	5,1
2008	2.492.992	2,0	16.456.832	-0,5	6,6	5,1
2009	2.502.782	0,4	16.373.899	-0,5	6,5	5,1
2010	2.466.343	-1,5	16.017.154	-2,2	6,5	5,0
Jährliche Zunahme in %		2,0		0,1		

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Übersicht 6: Entwicklung der Heilmittelverordnungen und der Heilverfahren (Rehabilitation), 2000 bis 2010

	Heilmittelverordnungen			Heilverfahren <sup>1)</sup>			davon berufliche Rehabilitation (PVA) <sup>2)</sup>
	Insgesamt	Jährliche Veränderung in %.	Je Versicherten	Insgesamt	davon medizinische Rehabilitation	Jährliche Veränderung in %.	
2000	101.432.457		17,5	176.351	31.498		
2001	98.453.822	-2,9	16,9	179.035	32.418	2,9	
2002	99.129.812	0,7	16,9	179.425	33.592	3,6	
2003	102.027.732	2,9	17,2	185.844	35.202	4,8	1.628
2004	104.129.862	2,1	17,3	199.244	38.103	8,2	2.074
2005	103.614.379	-0,5	17,0	206.497	41.054	7,7	2.020
2006	107.690.576	3,9	17,6	209.355	41.010	-0,1	1.942
2007	112.453.402	4,4	18,2	212.595	46.290	12,9	2.354
2008	117.634.411	4,6	18,8	227.279	51.579	11,4	2.576
2009	117.080.832	-0,5	18,6	240.307	55.950	8,5	2.782
2010	118.021.978	-0,5	18,4	251.116	61.815	10,5	2.959
jährliche Zunahme in %		1,4				7,0	

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Pensionsversicherungsanstalt. – <sup>1)</sup> Heilverfahren in stationärer Behandlung. – <sup>2)</sup> Bewilligte Reha.

### **3. Gesundheitsdienstleistungen und krankheitsbedingte Pensionierungen**

#### **3.1 Datenbeschreibung und methodische Anmerkungen**

Die Krankheitsbiografien bei Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen werden anhand eines Individualdatensatzes der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) untersucht. Dieser Datensatz liefert detaillierte Information zu der individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren 2003 bis 2009. Die Krankheitsbiografien, respektive der Konsum von Gesundheitsdienstleistungen, sind durch die Anzahl der Arztbesuche, des Medikamentenkonsums sowie der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erfasst. Bei den erfassten Arztbesuchen handelt es sich um von der Gebietskrankenkasse Oberösterreich abgerechnete Fälle, eingereichte Wahlarzt abrechnungen sind damit ebenfalls enthalten. Im Bereich des Medikamentenkonsums scheinen jene Heilmittel auf, die verordnet und auch tatsächlich in Apotheken eingelöst wurden. Information zu Krankenhausaufenthalten ist ab dem Jahr 2005 gegeben. Bei den stationären Aufenthalten und den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist neben der Anzahl auch deren Dauer in Kalendertagen in den Daten enthalten. Die Kosten dieser Leistungen sind für die Arztbesuche, den Heilmittelkonsum und die Rehabilitationsmaßnahmen gegeben. Die Grundgesamtheit der im Datensatz enthaltenen Personen bezieht sich auf alle unselbständig Beschäftigten in Oberösterreich, welche in diesem Zeitraum mindestens eine dieser Gesundheitsdienstleistungen konsumiert haben.

Um den Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Pensionierungen und dem Konsum von Gesundheitsdienstleistungen zu analysieren, wurde der Datensatz der OÖGKK einerseits mit anonymisierten Individualdaten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) verknüpft. Anhand von eindeutigen Verknüpfungen wurde die individuelle Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen um eine Reihe von persönlichen Informationen erweitert. Aus den HV-Daten wurden persönliche Merkmale wie Alter und Geschlecht, sowie die berufliche Stellung in der Ausprägung Arbeiter, Arbeiterin bzw. Angestellte, Angestellter verknüpft. Zudem wurde auch die Information zur Partizipation am Arbeitsmarkt während des gesamten Beobachtungszeitraumes entnommen. Diese ist in Form von Kalendertagen und der Kategorien „beschäftigt“, „atypisch beschäftigt“, „arbeitslos“ und „nicht in der Erwerbsbevölkerung“ (out of labour force) für jedes einzelne Jahr vorhanden.

Der Ausgangsdatsatz der OÖGKK wurde mit Informationen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) zum Geschehen bei den Invaliditätspensionen in den Jahren 2007 bis 2009 verknüpft. In den Daten der PVA sind sowohl die gewährten, wie auch die abgelehnten Anträge auf krankheitsbedingte Pensionierung verzeichnet. Neben der Anzahl der gewährten und abgelehnten Anträge für krankheitsbedingte Pensionierungen ist zu dem eine Reihe von zeitlichen Informationen gegeben. Darunter fallen unter anderem das

Antragsdatum, der Stichtag für die Leistungsfeststellung sowie der tatsächliche Pensionsbeginn.

Dieser umfangreiche Datensatz ermöglicht neben der allgemeinen Analyse der Gesundheitsdienstleistungen für die unselbstständig Beschäftigten in Oberösterreich einen spezifischen Vergleich zwischen den Krankheitsbiografien von Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen und einer Kontrollgruppe mit gleichen persönlichen Merkmalen.

Selbstständig Beschäftigte mussten aus datentechnischen Gründen unberücksichtigt bleiben. Insgesamt stellt sich natürlich auch für sie die Frage nach den Möglichkeiten, anhand konsumierter Gesundheitsdienstleistungen die Wahrscheinlichkeit von krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen zu ermitteln. Für diese Analyse müsste aber ein anderer Datenkörper auf der Grundlage anderer Quellen (Sozialversicherungsanstalt etc.) hergestellt werden.

### **Adaptierungen des Datensatzes**

Eine Reihe von Adaptierungen war notwendig, um einerseits die Ursprungsdaten mit weiteren relevanten Informationen zu verknüpfen und andererseits das Ausmaß der Einträge, sowie das damit verbundene Speichervolumen auf ein praktikables Maß zu reduzieren ohne relevante Information zu verlieren. Diese Anpassungen werden im Folgenden kurz beschrieben. Sie wurden ebenso wie die nachfolgenden Analysen mit dem Statistikprogramm STATA durchgeführt. Die vorhandenen Informationen aus den verschiedenen Datenquellen, wurden von der AMSBG anonymisiert und mit einem Umschlüsselungssatz versehen.

In einem ersten Schritt wurden die Daten der OÖGKK zu den Gesundheitsdienstleistungen bereinigt. Bei den Arztbesuchen gab es pro Arztbesuch jeweils mehrere Einträge, da die verschiedenen Leistungen der ÄrztInnen pro Arztbesuch getrennt verrechnet werden. Diese unterschiedlichen Leistungseinträge wurden je nach Person und Datum des Arztbesuches zu einem Eintrag zusammengefasst. Die entsprechende Kosteninformation wurde aufsummiert und ist damit vollständig erhalten.

Der nächste Schritt war die Verknüpfung der OÖGKK-Daten mit Information zu den persönlichen und beruflichen Merkmalen aus dem HV-Datensatz. Personen, die nicht der Altersgrenze 15 bis 64 Jahre entsprachen wurden ausgeschieden und zahlreiche Plausibilitätskontrollen im Hinblick auf die durchgeführten Verknüpfungen durchgeführt.

In einem letzten Verknüpfungsschritt wurden schließlich die Daten der Pensionsversicherungsanstalt zu den in Oberösterreich beantragten und gewährten Invaliditätspensionen auf Personenbasis mit dem Hauptdatensatz verknüpft. Damit wurde den individuellen Krankheits- und Erwerbsbiografien zwischen 2003 und 2009 Information über spätere krankheitsbedingte Pensionierungen in den Jahren 2007, 2008 und 2009 beigefügt.

### **Aussagekraft des Datensatzes**

Die durchgeführten Auswertungen und dargestellten Ergebnisse beruhen auf den oberösterreichischen Gegebenheiten. Vorhandene Unterschiede in der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur zwischen Oberösterreich und Gesamtösterreich lassen die Ergebnisse nur beschränkt auf Gesamtösterreich übertragen. 2009 rechnete die Gebietskrankenkasse Oberösterreich 11,5% aller Medikamente der neuen österreichischen Gebietskrankenkassen ab. Gleichzeitig sind in Oberösterreich 17,7% aller unselbständig Beschäftigten in Österreich tätig. Die Medikamentenvorordnungen in Oberösterreich liegen unter dem Österreichdurchschnitt, eine Interpretation der Ergebnisse auf Gesamtösterreich führt tendenziell zu einer Untererfassung. Weiters dominiert in Oberösterreich die Sachgüterindustrie, rund ein Drittel der Wertschöpfung entsteht hier während in Gesamtösterreich die Wertschöpfung nur zu einem Fünftel aus der Sachgüterindustrie kommt. Der Anteil der Sachgüterbeschäftigten wie auch der Anteil der ArbeiterInnen liegt in Oberösterreich über dem österreichischen Durchschnittswert. Arbeitsplätze in der Sachgütererzeugung sind mit überdurchschnittlichen Fehlzeiten verbunden, die Übertragung der Ergebnisse auf Gesamtösterreich könnte bei den Männern zu einer Überschätzung führen. Der höhere Anteil der ArbeiterInnen an den Beschäftigten in Oberösterreich mit ihrem höheren Medikamentenkonsum gegenüber den Angestellten könnte bei einer Gesamtösterreichischen Interpretation der Ergebnisse ebenfalls zu einer Übererfassung der konsumierten medizinischen Dienstleistungen führen. Andererseits ist der Anteil an Kurzkrankenständen in Oberösterreich höher als in Österreich (*Biffi – Guger – Leoni, 2008*), damit wäre die Übertragung der Ergebnisse auf Gesamtösterreich mit einer Untererfassung der Gesundheitsdienstleistungen verbunden.

### **Verwendete Analysefälle**

Bezogen auf das Jahr 2009 haben wir insgesamt 545.000 Personen, die in Oberösterreich zwischen 2003 und 2009 als ArbeiterInnen oder Angestellte beschäftigt waren. Bei den Männern überwiegen mit knapp über 60% die Arbeiter, bei den Frauen ist es in etwa ein gleich hoher Anteil an Angestellten. Nachfolgend wird nur auf die Daten des Jahres 2009 eingegangen, die Struktur der Beschäftigtendaten hat sich zwischen 2005 und 2009 wenig verändert.

Anhand von Übersicht 7 zeigt sich, dass 2009 die Anzahl der Arbeiter beinahe doppelt so groß war, wie jene der Arbeiterinnen. Bei den Angestellten dreht sich dieses Verhältnis zu Gunsten der Frauen. Der Frauenanteil bei den Angestellten ist jedoch weniger deutlich ausgeprägt als der Männeranteil bei den ArbeiterInnen. Insgesamt werden 2009 von rund 261.000 beschäftigten Frauen und 284.000 beschäftigten Männern Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen. Somit ergibt sich eine Personenzahl von rund 545.500.

Die relative Dominanz des beruflichen Status je nach Geschlecht zeigt sich auch in den Altersgruppen. Bei den jüngeren Personen ist der starke Anstieg der Angestelltenverhältnisse zwischen der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen und den 25- bis 34-Jährigen vorhanden.

Entsprechend den Gesamtösterreichischen Gegebenheiten sinkt die Erwerbsbeteiligung sowohl bei Frauen als auch bei Männern ab dem 50. Lebensjahr. Entsprechend geringer sind die Besetzungszahlen in der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen und der 55- bis 60-Jährigen.

*Übersicht 7: Versicherte der OÖGKK nach sozialrechtlichem Status, 2009*

	Frauen	Männer	Gesamt
ArbeiterInnen	92.718	178.413	271.131
Angestellte	168.516	105.847	274.363
Gesamt	261.234	284.260	545.494

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 8: Versicherte der OÖGKK nach sozialrechtlichem Status, Alter und Geschlecht, 2009*

	15-24 Jahre	25-34 Jahre	35-44 Jahre	45-54 Jahre	55-60 Jahre
Arbeiterinnen	18.601	19.260	23.959	23.583	7.315
Angestellte	27.781	42.673	47.107	41.588	9.367
Arbeiter	40.892	41.438	41.173	38.837	16.073
Angestellte	11.512	22.206	30.135	28.728	13.266

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

**Methodischer Zugang**

Medikamentenkonsum und die Zahl von Arztbesuchen sind, wie empirische Studien zeigen, Vorlaufindikatoren für eine krankheitsbedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit. Um zu prüfen, ob diese Kennzahlen auch in Österreich als Vorlaufindikatoren geeignet sind, wurden in Zusammenarbeit mit der Gebietskrankenkasse Oberösterreich anhand von anonymisierten Individualdaten die relevanten medizinischen Informationen mit dem Beschäftigungsverlauf unselbständig Beschäftigter in Oberösterreich verknüpft. Für insgesamt 545.000 Personen (2009) standen sowohl Informationen über den Berufsverlauf als auch über den Konsum von Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung, die über die Gebietskrankenkasse Oberösterreich abgerechnet worden waren. Der analysierte Datensatz umfasst 2.076 unselbständig Beschäftigte, denen 2009 in Oberösterreich eine krankheitsbedingte Pension zuerkannt wurde (65% davon Männer); das entsprach rund 9% der Neuzuerkennungen des Jahres 2009 in Österreich. Beobachtungen zu den Arztbesuchen und Medikamentenverordnungen lagen ab 2003 und für die Krankenhausaufenthalte ab 2005 vor. Um zu prüfen, wieweit das Beschäftigungs- und das Krankenstandsmuster dieser Personengruppe vom Durchschnitt der unselbständig Beschäftigten abweichen, wurde mittels Stichprobenverfahren eine entsprechende Kontrollgruppe ermittelt: Aus den unselbständig Beschäftigten in Oberösterreich ohne Pensionsbezug wurden mit einem Zufallsverfahren für jede Person mit Zuerkennung einer Invaliditätspension im Jahr 2009 fünf Referenzbeschäftigte auf Basis der

Schichtung nach Geschlecht, Alter und sozialrechtlicher Stellung ermittelt. Diese Kontrollgruppen entlang der Merkmale Geschlecht, Alter und sozialrechtliche Stellung sind somit jeweils 5- bzw. 10-mal so groß wie die Gruppe der Invaliditätspensionsneuzugänge des Jahres 2009.

### **3.2 Verteilung der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen**

#### *3.2.1 Gesundheitsdienstleistungen der unselbständig beschäftigten Frauen*

Die dargestellten Analysen anderer Länder zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren davor. Auch für Österreich sollte dieser Zusammenhang Gültigkeit haben. Nachfolgend wird daher der Frage nachgegangen, ob bzw. in welchem Ausmaß den krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen typische Muster im Bereich der Medikamentenkonsumtion, den Arztkonsultationen und dem Spitalsgeschehen zugrunde liegen. Die durchschnittliche Inanspruchnahme in den unterschiedlichen Gruppen lässt Rückschlüsse auf den jeweiligen Gesundheitszustand zu. Damit kann überprüft werden, in welchem Ausmaß Ältere mit schlechterer Gesundheit konfrontiert sind, also mehr Gesundheitsdienstleistungen als die Jüngeren in Anspruch nehmen (müssen).

Beschäftigte in Oberösterreich hatten im Jahr 2009 umfangreiche medizinische Dienstleistungen in Anspruch genommen. In der nachfolgenden Übersicht sind die Anzahl und die Verteilung der Arztbesuche, die Anzahl der konsumierten bzw. der bei Apotheken eingelösten Verschreibungen insgesamt und pro Kopf, wie auch die Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte dargestellt. In Übersicht 9 ist dieser für Frauen anhand der Kriterien beruflicher Status und Altersgruppe ausgewiesen. Für Arztbesuche, Heilmittelkonsum und Krankenhausaufenthalte sind jeweils der Anteil der Personenfälle relativ zu allen versicherten Beschäftigten sowie die durchschnittlichen Konsumzahlen bei den Personenfällen angeführt.

Beinahe alle Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten (2009) verzeichnen **Arztbesuche**. Während in Gesamtösterreich durchschnittlich 6,9 Arztbesuche auf eine bzw. einen Versicherten entfallen, sind es bei den Arbeiterinnen 7,6. Mit zunehmendem Alter steigen die durchschnittlichen Arztbesuche der Arbeiterinnen auf 14,7 in der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen. Junge angestellte Frauen gehen im Schnitt 7,8-mal zum Arzt, ihre ältesten Kolleginnen 12,6-mal. Arbeiterinnen gehen zu dem in beinahe allen Altersgruppen häufiger zum Arzt als weibliche Angestellte.

### Übersicht 9: Gesundheitsdienstleistungen bei Frauen nach sozialem Status und Alter, 2009

Altersgruppe	Arbeiterinnen	Arztbesucherinnen	Anteile in %	Durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumentinnen	Anteile in %	Durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	18.601	18.342	98,6	7,7	13.128	70,6	4,3
25-34	19.260	19.006	98,7	10,1	14.985	77,8	5,9
35-44	23.959	23.702	98,9	11,2	19.095	79,7	7,9
45-54	23.583	23.357	99,0	13,3	19.974	84,7	11,6
55-60	7.315	7.205	98,5	14,7	6.634	90,7	15,7
	Angestellte	Arztbesucherinnen	Anteile in %	Durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumentinnen	Anteile in %	Durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	27.781	27.472	98,9	7,8	19.920	71,7	4,1
25-34	42.673	42.216	98,9	9,7	31.722	74,3	5,1
35-44	47.107	46.637	99,0	9,8	34.822	73,9	6,2
45-54	41.588	41.194	99,1	11,8	33.392	80,3	8,9
55-60	9.367	9.209	98,3	12,6	8.179	87,3	12,5
	Arbeiterinnen	davon im Krankenhaus	Anteile in %	Durchschnittliche Anzahl	Durchschnittliche Dauer		
15-24	18.601	3.500	18,8	1,4	6,4		
25-34	19.260	4.516	23,4	1,4	7,3		
35-44	23.959	4.051	16,9	1,5	8,6		
45-54	23.583	4.622	19,6	1,6	9,5		
55-60	7.315	1.537	21,0	1,6	10,11		
	Angestellte	davon im Krankenhaus	Anteile in %	Durchschnittliche Anzahl	Durchschnittliche Dauer		
15-24	27.781	3.816	13,7	1,4	6,4		
25-34	42.673	8.467	19,8	1,4	6,9		
35-44	47.107	6.660	14,1	1,5	8,2		
45-54	41.588	6.598	15,9	1,6	9,4		
55-60	9.367	1.717	18,3	1,6	9,5		

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIVID), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Auch bei den **Heilmitteln** (Medikamentenverordnungen) ist ein deutlicher Anstieg mit zunehmendem Alter vorhanden. Zum einen steigt der Anteil jener, die Medikamente verordnet bekommen, zum anderen steigt auch die Anzahl der verordneten Medikamente. Von den jüngsten Arbeiterinnen konsumieren rund 71% Heilmittel, dieser Anteil steigt kontinuierlich und erreicht bei den Ältesten rund 91%. Der durchschnittliche Heilmittelkonsum der Arbeiterinnen erhöht sich mit dem Alter um einen Faktor größer als 3, von 4,3 Packungen auf 15,7 Packungen innerhalb eines Jahres. Bei weiblichen Angestellten ist mit steigendem Alter ein ähnlicher Verlauf der Personenfälle wie auch des durchschnittlichen Arzneimittelkonsums zu beobachten. Ältere Angestellte konsumieren weniger oft Heilmittel als Arbeiterinnen.

Bei den **Krankenhausaufenthalten** fällt eine deutlich geringere Personenfallzahl verglichen mit den Bereichen Arztbesuche und Heilmittel auf. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Frauen mit Spitalsaufenthalten im Allgemeinen zu. Eine Ausnahme bildet hierbei das Hauptfertilitätsalter der Frauen, also die Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen Frauen. Sie haben den höchsten Anteil an Krankenhausaufenthalten. Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte verhält sich mit zunehmendem Alter relativ konstant. Die durchschnittliche Dauer der Aufenthalte nimmt jedoch zu. Das gilt sowohl für Arbeiterinnen und Angestellte, wobei festzuhalten ist, dass anteilmäßig mehr Arbeiterinnen als Angestellte stationäre Aufenthalte verzeichnen.

Insgesamt erhöht sich bei den Frauen mit steigendem Alter die Inanspruchnahme der genannten Gesundheitsdienstleistungen, wobei angestellte Frauen gegenüber den Arbeiterinnen weniger oft diese Leistungen in Anspruch nehmen. Im Vergleich der dargestellten Werte für das Jahr 2009 mit dem Jahr 2005 – dem ersten Jahr in dem die genannten Gesundheitsdienstleistungen vollständig im Datensatz enthalten sind – zeigt sich einzig ein deutlicher Unterschied in der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Frauen: Der Anteil der Frauen die Medikamente verschrieben bekamen stieg zwischen 2005 und 2009 deutlich an.

### 3.2.2 *Gesundheitsdienstleistungen der unselbständig beschäftigten Männer*

Die entsprechenden Ergebnisse der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen der Männer sind in Übersicht 10 abgebildet. Bei den Arztbesuchen sind unabhängig von Alter und beruflichem Status sehr hohe Personenfallzahlen zu beobachten. Die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche steigt mit zunehmendem Alter merklich an, wobei Arbeiter häufiger zum Arzt gehen als männliche Angestellte. Ein Arbeiter der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ging 2009 im Schnitt 5,1-mal zum Arzt, sein angestellter Kollege 4,8-mal. Die ältesten Arbeiter waren 13,0-mal beim Arzt, ihre angestellten Kollegen verzeichnen 10,9 Arztbesuche.

Vergleicht man die Arztbesuchszahlen der Geschlechter anhand der Kategorien Alter und Beruf, zeigt sich, dass Männer weniger oft zum Arzt gehen als Frauen. Ausgeprägt ist diese Geschlechterdifferenz bei den Jungen, bei den Alten nimmt sie merklich ab.

So wie schon bei den Frauen beobachtet, nimmt bei den Heilmitteln der Anteil der Konsumenten an allen Versicherten mit steigendem Alter zu. Bei den Arbeitern nehmen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen rund 64% Heilmittel, dieser Anteil steigt auf 85,0% in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen an. Bei den Angestellten steigt der Anteil in den genannten Altersgruppen von 61,3 auf 82,8% an. Auch der Durchschnitt der konsumierten Medikamentenpackungen zeigt mit zunehmendem Alter eine deutliche Steigerung. Arbeiter haben über alle Altersklassen einen etwas höheren Medikamentenverbrauch als Angestellte.

Ein Vergleich der beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen von Frauen und Männern zeigt, dass Frauen anteilmäßig höhere Konsumentinnenfallzahlen haben als Männer. Beim durchschnittlichen Konsum sind jedoch keine ausgeprägten Unterschiede beobachtbar. Vor allem bei den höheren Altersgruppen ist der Medikamentenverbrauch von Frauen und Männern ziemlich ähnlich.

Übersicht 10: Gesundheitsdienstleistungen bei Männern nach sozialem Status und Alter, 2009

Altersgruppe	Arbeiter	Arztbesucher	Anteile in %	Durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumenten	Anteile in %	Durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	40.892	39.849	97,4	5,1	26.116	63,9	3,7
25-34	41.438	40.065	96,7	6,1	27.444	66,2	4,9
35-44	41.173	39.880	96,9	7,8	29.572	71,8	6,8
45-54	38.837	37.788	97,3	10,1	30.088	77,5	10,5
55-65	16.073	15.611	97,1	13,0	13.661	85,0	14,9
	Angestellte	Arztbesucher	Anteile in %	Durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumenten	Anteile in %	Durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	11.512	11.173	97,1	4,8	7.057	61,3	3,8
25-34	22.206	21.499	96,8	5,7	14.061	63,3	4,6
35-44	30.135	29.319	97,3	6,8	20.361	67,6	5,8
45-54	28.728	28.058	97,7	8,6	20.990	73,1	9,2
55-65	13.266	12.920	97,4	10,9	10.983	82,8	13,0
	Arbeiter	Davon im Krankenhaus	Anteile in %	Durchschnittliche Anzahl	Durchschnittliche Dauer		
15-24	40.892	5.437	13,3	1,3	6,2		
25-34	41.438	5.426	13,1	1,4	7,6		
35-44	41.173	6.278	15,2	1,5	9,5		
45-54	38.837	7.989	20,6	1,7	11,7		
55-65	16.073	3.927	24,4	1,8	12,1		
	Angestellte	Davon im Krankenhaus	Anteile in %	Durchschnittliche Anzahl	Durchschnittliche Dauer		
15-24	11.512	1.187	10,3	1,3	5,7		
25-34	22.206	2.234	10,1	1,3	7,0		
35-44	30.135	3.532	11,7	1,4	8,0		
45-54	28.728	4.503	15,7	1,6	10,1		
55-65	13.266	2.903	21,9	1,8	11,3		

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Bei den stationären Aufenthalten der Männer gibt es, verglichen mit den Bereichen Arztbesuche und Heilmittelkonsum, sehr niedrige Personenfallzahlen. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derer die ins Krankenhaus müssen schrittweise zu, wobei die Arbeiter anteilmäßig immer höhere Werte als die männlichen Angestellten aufweisen. Die durchschnittliche Anzahl der Krankenhausaufenthalte nimmt ebenfalls mit dem Alter zu wobei zwischen den beiden Berufsgruppen keine merklichen Unterschiede bestehen. Ähnlich verhält es sich mit der durchschnittlichen Dauer der stationären Aufenthalte. Bei den Arbeitern verdoppelt sich diese von 6,2 auf 12,1 Kalendertage, bei den Angestellten gibt es ebenfalls eine Verdoppelung von 5,7 auf 11,3 Kalendertage.

Im Vergleich von Frauen und Männern fällt auf, dass junge Männer jeweils niedrigere Personenfallzahlen, niedrigere Durchschnittszahlen und kürzere Aufenthaltsdauern aufweisen als die entsprechenden Altersgruppen der jungen Frauen. Mit steigendem Alter häuft sich bei Männern die Anzahl und die Dauer der Krankenhausaufenthalte und übersteigt die Krankenhaushäufigkeit und -dauer bei den Frauen.

Insgesamt ist auch bei Männern erwartungsgemäß mit steigendem Alter eine ausgeprägte zunehmende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zu beobachten. Angestellte sind davon in der Regel allerdings etwas weniger betroffen als Arbeiter.

Der Vergleich zwischen den Geschlechtern innerhalb der Berufsgruppe zeigt einen tendenziell höheren Gesundheitsdienstleistungskonsum von Frauen. Bei den Arztbesuchen weisen sie höhere Durchschnittswerte auf, bei den Medikamenten sowohl höhere Personenfallzahlen wie auch einen höheren durchschnittlichen Konsum ausgedrückt in der Anzahl der verordneten Heilmittelpackungen. Was die Krankenhausaufenthalte betrifft werden bei den älteren Frauen jedoch weniger Personenfälle, etwas niedrigere Aufenthaltszahlen sowie kürzere Aufenthaltsdauern beobachtet.

Die Struktur und die Häufigkeit der beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen in Oberösterreich unterscheiden sich darüber hinaus kaum von gesamtösterreichischen Daten. Die erfolgte Darstellung anhand des Beobachtungsjahres 2009 zeigt, dass die vorhandene Datenbasis eine gute Grundlage für den nächsten Analyseschritt bildet. Nachdem gezeigt werden konnte, dass es keine strukturellen Abweichungen in Oberösterreich gegenüber Österreich gibt, kann der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Struktur der Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren vor einem krankheitsbedingten Erwerbsaustritt von der Nachfragestruktur der anderen Beschäftigten abweicht und ob die Gesundheitsdienstleistungen Arztbesuch, Heilmittelkonsum und Krankenhausaufenthalt geeignet sind, krankheitsbedingte Pensionierungen vorzeitige zu erkennen.

### 3.3 Gesundheitsdienstleistungen bei krankheitsbedingten Erwerbsaustritten: Eine Vergleichsgruppenanalyse

Nach der kurzen Diskussion der Verteilung der Gesundheitsdienstleistungen auf alle unselbständig Beschäftigten im vorhergehenden Abschnitt, erfolgt in diesem Abschnitt eine getrennte Betrachtung der Beschäftigten und jener Personen, die 2009 in eine krankheitsbedingte Pension übergetreten sind. Ihre Krankheitsbiografien werden im Zeitverlauf zwischen 2003 und 2008 analysiert.

Der aufbereitete Datensatz umfasst zwischen 2.878 (2007) und 2.076 krankheitsbedingte Pensionsübertritte von unselbständig Beschäftigten. Das entspricht rund 9% aller Neuzuerkennungen, wobei der Anteil mit 7% für 2009 etwas geringer liegt. Im Jahr 2009 wurden deutlich weniger Invaliditätspensionen begonnen, als in den beiden Jahren davor. In Österreich werden insgesamt knapp zwei Drittel der krankheitsbedingten Pensionierungen an Männer und knapp über einem Drittel an Frauen zuerkannt. In Oberösterreich beträgt in den drei beobachteten Jahren der Männeranteil an den Invaliditätspensionen jeweils knapp 65%. In Oberösterreich gab es 2009 mit insgesamt 55% mehr Angestellte als ArbeiterInnen. Beschäftigte Männer waren zu rund 58% Arbeiter und zu 42% Angestellte. Frauen sind mit 71% häufiger als Angestellte tätig und zu 29% als Arbeiterinnen. Der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter an den gesamten Invaliditätspensionen lag 2009 bei 74%, im gesamtösterreichischen Durchschnitt betrug der Anteil nur 45%.

#### Übersicht 11: Invaliditätspensionen in Oberösterreich, 2007 bis 2009

	Invaliditätspensionen nach Geschlecht				
	Insgesamt	Frauen	Anteile in %	Männer	Anteile in %
2007	2.878	992	34,5	1.886	65,5
2008	2.781	981	35,3	1.800	64,7
2009	2.076	653	31,5	1.423	68,5

	Invaliditätspensionen nach Geschlecht und beruflichem Status					
	Frauen			Männer		
	Insgesamt	Arbeiterinnen	Anteile in %	Angestellte	Anteile in %	
2007	2.878	620	21,5	372	12,9	
2008	2.781	576	20,7	405	14,6	
2009	2.076	396	19,1	257	12,4	
	Insgesamt	Arbeiter	Anteile in %	Angestellte	Anteile in %	
2007	2.878	1.525	53	361	12,5	
2008	2.781	1.437	51,7	363	13,1	
2009	2.076	1.150	55,4	273	13,2	

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Auf der Grundlage der krankheitsbedingten Pensionsübertritte des Jahres 2009 wird für diese Personen die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren davor analysiert. Ein Vergleich zwischen den Personen mit krankheitsbedingten Pensionierungen und den restlichen unselbständigen Beschäftigten ist dabei nicht zielführend. Wie Übersicht 12 zeigt, ist das Durchschnittsalter von Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen in allen Kategorien deutlich höher als jenes der unselbständig Beschäftigten in Oberösterreich. Bei den Arbeiterinnen beträgt der Unterschied rund 10,5 Jahre, bei den weiblichen Angestellten beläuft sich die Altersdifferenz auf 8,2 Jahre. Bei den Männern ist diese Differenz noch höher, sie beträgt bei den Arbeitern 15,6 Jahre, bei den Angestellten rund 12,4 Jahre. Alleine diese Altersdifferenz führt zu einem höheren Gesundheitsdienstleistungskonsum. Zur Vermeidung dieses Alterseffekts werden Vergleichsgruppen gebildet. Ziel dabei ist die Herstellung der Vergleichbarkeit des medizinischen Geschehens vor dem krankheitsbedingten Erwerbsaustritt mit einer Personengruppe, die mit dem Alter und dem sozialrechtlichen Status vergleichbar ist.

Zur Quantifizierung der Unterschiede in den Gesundheitsdienstleistungen zwischen der Gruppe der Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen und den Beschäftigten muss der strukturelle Altersunterschied der Gruppen berücksichtigt werden. Wäre das nicht der Fall, so würde der Unterschied im Gesundheitsdienstleistungskonsum der beiden Personengruppen überschätzt. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, wurde mit einem Zufallsverfahren den Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen des Jahres 2009 eine Gruppe gegenüber gestellt, die entsprechend der Kriterien Geburtsjahr, Geschlecht und beruflicher Status gebildet wurde.

*Übersicht 12: Durchschnittsalter von InvaliditätspensionistInnen und allen Versicherten in Oberösterreich, 2009*

	InvaliditätspensionistInnen		Versicherte	
	Personenzahl	Durchschnittsalter	Personenzahl	Durchschnittsalter
Arbeiterinnen	396	48,0	92.718	37,4
Angestellte weiblich	257	45,4	168.516	37,2
Arbeiter	1.150	52,1	178.413	36,5
Angestellte männlich	273	52,8	105.847	40,5
Summe	2.076		545.494	

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Anhand eines individuellen Falles wird nun kurz erörtert, wie diese Auswahl vorgenommen wurde. Eine Person ist am 1. September 2009 in die Invaliditätspension übergetreten. Es handelt sich dabei um eine Arbeiterin, welche zu diesem Zeitpunkt 51 Jahre alt. Um ihre Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen 2003 und 2008 zu analysieren, wurden per Zufallsprinzip entsprechende Vergleichspersonen gewählt. Pro InvaliditätspensionistIn wurden fünf Vergleichspersonen ausgewählt. In unserem Fall bilden

fünf Arbeiterinnen, welche ebenfalls im Jahr 1958 geboren wurden, und keine krankheitsbedingte Pensionsleistung bezogen, die Vergleichsgruppe.

Anhand dieser Stichprobe wurden die Krankheitsbiografien der InvaliditätspensionistInnen in den sechs Jahren welche ihrer Pensionierung vorangingen analysiert. Die entsprechenden Ergebnisse für die Frauen sind in Übersicht 13 ersichtlich, der historische Konsum von Gesundheitsdienstleistungen der Männer ist in Übersicht 14 dargestellt. Wie bereits oben erörtert waren im Jahr 2009 2.076 krankheitsbedingte Pensionierungen zu beobachten, davon 653 bei den Frauen und 1.423 bei den Männern.

Den 653 Invaliditätspensionistinnen wurden für die Analyse 3.265 Frauen gegenübergestellt. Bei den Arztbesuchen zeigt sich bereits 2003 bei den späteren Pensionistinnen eine etwas höhere Personenfallzahl und die Anzahl der Arztbesuche pro Jahr liegt durchschnittlich um knapp 2,5 Besuche höher. Der Unterschied bei den durchschnittlichen Arztbesuchen weitet sich in den folgenden Jahren konstant aus und steigt in den beiden Jahren vor der krankheitsbedingten Pensionierung schließlich sprunghaft an. Zwischen 2006 und 2008 wächst die Besuchsanzahl bei den späteren Pensionistinnen von 17,0 auf 23,9, bei der Vergleichsgruppe hingegen lediglich von 12,1 auf 12,9.

Übersicht 13: Krankheitsbiografien von unselbständig beschäftigten Frauen, denen 2009 eine Invaliditätspension zuerkannt wurde

	Spätere Invaliditätspensionistinnen			Kontrollgruppe		
	Absolut	Anteile in %	Pro Person	Absolut	Anteile in %	Pro Person
Zahl der Arztbesuche						
2003	555	85,0	12,9	2.715	83,2	10,4
2004	568	87,0	15,2	2.765	84,7	11,5
2005	576	88,2	16,1	2.794	85,6	11,7
2006	582	89,1	17,0	2.796	85,6	12,1
2007	577	88,4	19,2	2.763	84,6	12,5
2008	580	88,8	23,9	2.741	84,0	12,9
Zahl der Medikamentenverordnungen						
2003	485	74,3	12,6	2.136	65,4	8,1
2004	494	75,7	13,9	2.200	67,4	8,4
2005	511	78,3	14,7	2.205	67,5	8,7
2006	526	80,6	16,1	2.253	69,0	8,9
2007	527	80,7	18,6	2.246	68,8	9,3
2008	555	85,0	26,9	2.245	68,8	10,4
Zahl der Krankenhausaufenthalte						
2005	174	26,6	1,7	536	16,4	1,5
2006	188	28,8	1,8	499	15,3	1,4
2007	201	30,8	2,2	500	15,3	1,4
2008	332	50,8	3,2	520	15,9	1,6
Durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte (Tage)						
2005	174	26,6	14,5	536	16,4	7,7
2006	188	28,8	15,1	499	15,3	8,3
2007	201	30,8	17,9	500	15,3	7,7
2008	332	50,8	34,1	520	15,9	9,1

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIVIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. – Invaliditätspensionistinnen: N = 653, Kontrollgruppe: N = 3.265.

Ein Blick auf den Medikamentenkonsum zeigt noch stärkere Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, als bei den Arztbesuchen. Bereits im Jahr 2003 ist der Anteil der Personenfallzahlen bei den später berufsunfähigen Frauen um etwa 9% höher. Diese Differenz weitet sich bis 2008 auf über 16% aus, wobei bei den Invaliditätspensionistinnen ein relativ stetiger Anstieg zu beobachten ist. In der Vergleichsgruppe bleibt der Anteil der Medikamentenkonsumentinnen im Zeitverlauf jedoch beinahe konstant. Auch beim durchschnittlichen Konsum sind ausgeprägte Unterschiede zu beobachten: Bei den Pensionistinnen steigt dieser zwischen 2003 und 2007 von 12,6 auf 18,6 Packungen pro Jahr. Ein Jahr vor der Berufsunfähigkeitspension, also 2008, verbrauchen diese schließlich etwa 27 Medikamentenpackungen. Bei der Vergleichsgruppe ist während des gesamten Beobachtungszeitraumes ein vergleichsweise geringer Anstieg von 8,1 auf 10,4 Packungen zu beobachten.

Bei den Krankenhausaufenthalten sind schließlich die markantesten Unterschiede zu beobachten. Der Beobachtungszeitraum beginnt hier erst ab dem Jahr 2005, ist also um zwei Jahre kürzer. Die vorhandene Information liefert jedoch ein eindeutiges Bild. Bei der Vergleichsgruppe der Frauen bleibt sowohl der Anteil der Personenfälle, deren durchschnittliche Aufenthalte pro Jahr, sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer weitgehend konstant. Bei den späteren Pensionistinnen ist der Anteil der Personenfälle mit stationären Aufenthalten bereits im Jahr 2005 um 10% höher als in der Vergleichsgruppe. Die durchschnittliche Aufenthaltszahl unterscheidet sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht besonders stark. Die Dauer dieser Aufenthalte ist bei der Zielgruppe allerdings fast doppelt so hoch. Im Jahr unmittelbar vor der krankheitsbedingten Pensionierung haben sich diese Unterschiede noch deutlich ausgeweitet. Nun verzeichnen über 50% der späteren Pensionistinnen Krankenhausaufenthalte. Im Schnitt sind sie rund 3,2-mal pro Jahr im Krankenhaus beziehungsweise verbringen sie durchschnittlich rund 34 Tage des Jahres 2008 im Krankenhaus.

In Summe bringt ein Vergleich von Krankheitsbiografien zwischen Invaliditätspensionistinnen und ihrer Vergleichsgruppe eine Reihe von Fakten ans Tageslicht. Der Konsum von Gesundheitsdienstleistungen von später Berufsunfähigen ist bereits viele Jahre vor der Berufsunfähigkeit signifikant höher. Das zeigt sich bei den Arztbesuchen wie auch beim Medikamentenkonsum. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Gesundheitszustand dieser Frauen bereits längerfristig ein vergleichsweise schlechterer ist, bzw. der deutlich intensivere Gesundheitsdienstleistungskonsum einen Vorlaufindikator für krankheitsbedingte endgültige Erwerbsbeendigungen darstellt. In den beiden Jahren vor der Invaliditätspension und insbesondere im Jahr unmittelbar davor verschlechtert sich der Gesundheitszustand der später pensionierten Frauen offensichtlich markant. Ein Indiz dafür sind der merkliche Anstieg von Arztbesuchen und Medikamentenkonsum. Insbesondere weist jedoch der Anstieg bei den Personenfallzahlen und durchschnittlichen Aufenthaltszahlen in der Krankenhausstatistik auf schwere gesundheitliche Probleme hin.

Bei den Männern sind grosso modo ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen, wie aus Übersicht 14 zu entnehmen ist. Im Jahr 2009 haben 1.423 Männer eine Invaliditätspension zugesprochen bekommen. Aufgrund der Systematik, welche für die Stichprobe angewandt wurde, ergeben sich daher 7.115 Vergleichspersonen.

Bei den Arztbesuchen zeigt sich, dass zu Beginn der Beobachtungsperiode der Anteil der Personenfallzahlen beinahe ident ist. Die späteren Invaliditätspensionisten gehen bereits in dieser frühen Phase 2,1-mal pro Jahr öfter zum Arzt. In der Vergleichsgruppe bleibt der Anteil der Personen welche zum Arzt gehen im Zeitverlauf konstant. Die durchschnittlichen Besuchszahlen steigen verhalten aber stetig von 8,5 im Jahr 2003 auf 11,1 im Jahr 2008. Bei den später Berufsunfähigen ist hingegen ein stetiger Anstieg der Personenfallzahlen zu beobachten, welcher bei rund 88% im Jahr vor der Pensionierung das Maximum erreicht. Die durchschnittlichen Besuchszahlen steigen Jahr für Jahr merklich und konstant, zwischen 2007 und 2008 gibt es allerdings einen Sprung von 15,4 auf 19,4.

Bei den Medikamenten ist bereits 2003 der Konsumentenanteil bei der Zielgruppe merklich höher. Bis 2008 steigt er auf knapp 83%, im Ausgangsjahr war er noch bei rund 68% gelegen. Dem gegenüber ist die Zunahme bei den Konsumentenfallzahlen in der Vergleichsgruppe relativ verhalten, ihr Anteil steigt von zirka 59 auf rund 64%. Der durchschnittliche Konsum der Invaliditätspensionisten liegt bereits zu Beginn merklich über jenen der Vergleichspersonen. Im Zeitverlauf steigt er stetig und kräftig bis zum Jahr 2007, während im Jahr 2008 wiederum ein Sprung zu verzeichnen ist. Dem Wert von durchschnittlich 25,5 Packungen in diesem Jahr stehen lediglich 11,9 Packungen in der Vergleichsgruppe gegenüber.

Wie bereits bei den Frauen sind die größten Differenzen jedoch bei den stationären Aufenthalten zu beobachten. Trotz des geringeren Beobachtungszeitraums sprechen die Zahlen auch bei den Männern eine deutliche Sprache. Bei den Personenfallzahlen beträgt der Unterschied zwischen Ziel- und Vergleichsgruppe bereits im Jahr 2005 mehr als 12%. Bis 2008 steigt dieser auf beinahe 35%. Bei den Vergleichspersonen bleiben darüber hinaus die durchschnittlichen Aufenthalte sowie deren Dauer über die Zeit konstant. Bei den Invaliditätspensionisten ist neben dem sehr ausgeprägten Anstieg der Personenfallzahlen auch ein markanter Anstieg von deren durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten zu verzeichnen. Im Jahr 2008 waren sie schließlich im Schnitt 2,7-mal im Spital und verbrachten damit rund 30 Tage dieses Jahres im Spital.

Stationäre Aufenthalte stellen gegenüber den anderen Indikatoren "harte Indikatoren" dar: Im Gegensatz zu den Medikamentenverordnungen bei denen die richtige und vollständige Einnahme hier nicht kontrolliert werden kann, sind die Behandlungen bzw. die Behandlungserfolge von Krankenhausaufenthalten dokumentiert. Auch wenn im Schnitt der vier Beobachtungsjahre nur rund ein Drittel der später krankheitsbedingt Pensionierten stationäre Aufenthalte haben, ist dieser Indikator ein wichtiger Vorlaufindikator und als solcher auch stärker für die frühzeitige Festlegung von Rehabilitationsmaßnahmen zu verwenden.

Übersicht 14: Krankheitsbiografien von unselbständig beschäftigten Männern, denen 2009 eine Invaliditätspension zuerkannt wurde

Zahl der Arztbesuche	Spätere Invaliditätspensionisten			Kontrollgruppe		
	Absolut	Anteile in %	Pro Person	Absolut	Anteile in %	Pro Person
2003	1.162	81,7	10,6	5.645	79,3	8,5
2004	1.167	82,0	11,5	5.737	80,6	9,1
2005	1.159	81,4	12,7	5.754	80,9	9,6
2006	1.198	84,2	13,7	5.736	80,6	9,9
2007	1.224	86,0	15,4	5.751	80,8	10,5
2008	1.258	88,4	19,4	5.714	80,3	11,1
Zahl der Medikamentenverordnungen						
2003	965	67,8	11,4	4.227	59,4	7,7
2004	984	69,1	12,5	4.231	59,5	8,4
2005	1.004	70,6	14,2	4.405	61,9	8,7
2006	1.049	73,7	15,7	4.396	61,8	9,2
2007	1.086	76,3	18,7	4.478	62,9	10,4
2008						
Zahl der Krankenhausaufenthalte						
2005	383	26,9	1,7	1.037	14,6	1,5
2006	397	27,9	1,8	1.031	14,5	1,5
2007	440	30,9	2,0	1.094	15,4	1,5
2008	714	50,2	2,7	1.104	15,5	1,5
Durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte (Tage)						
2005	383	26,9	13,6	1.037	14,6	9,6
2006	397	27,9	16,1	1.031	14,5	9,2
2007	440	30,9	18,0	1.094	15,4	10,1
2008	714	50,2	29,9	1.104	15,5	9,9

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. – Invaliditätspensionisten: N = 1.423, Kontrollgruppe: N = 7.115.

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass ebenso wie bei den Frauen die männlichen Invaliditätspensionisten bereits viele Jahre vor ihrer Pensionierung deutlich andere Gesundheitsdienstleistungsbiografien als vergleichbare Personen haben. Diese überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nimmt im Zeitverlauf stetig zu. In dem Jahr unmittelbar vor der Pensionierung steigt sie darüber hinaus noch einmal sprunghaft an. Auch bei den später berufsunfähigen Männern ist bereits längerfristig – bei den Heilmitteln und den Arztkonsultationen bereits sechs Jahre vorher - ein anderes Konsumverhalten vorhanden. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung weitet sich im Zeitverlauf aus und schließlich verschlechtert sich der Gesundheitszustand im Jahr unmittelbar vor der Pensionierung noch einmal deutlich. Wieder spiegelt insbesondere der sehr ausgeprägte Anstieg der Personenfallzahlen bei Krankenhausbesuchen, sowie deren durchschnittliche Anzahl offensichtlich schwerere Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes bei den Berufsunfähigkeitspensionisten wider.

Im Geschlechtervergleich der Krankheitsbiografien fallen zwei Dinge besonders auf. Invaliditätspensionistinnen haben durchwegs etwas höhere Werte als Invaliditätspensionisten, sowohl was die Personenfallzahlen, als auch den Durchschnittskonsum der einzelnen Bereiche betrifft. Invaliditätspensionisten haben gegenüber Frauen geringere Häufigkeiten bei den Dienstleistungen.

Des Weiteren fällt auf, dass zwischen den Vergleichspersonen beider Geschlechter keine merklichen Unterschiede bei den Krankheitsbiografien vorliegen. Bei den deskriptiven Statistiken zu den Gesundheitsdienstleistungen hatten wir festgestellt, dass Frauen in der Regel höhere Konsumzahlen aufweisen, als vergleichbare Männer. Für diese Diskrepanz gibt es jedoch handfeste Gründe. In Übersicht 12 ist ersichtlich, dass Frauen in der Regel signifikant früher berufsunfähig werden als Männer. Der Altersunterschied zum Zeitpunkt der Invaliditätspension beläuft sich bei Arbeiter und Arbeiterinnen auf 4,2 Jahre und bei Angestellten auf 7,4 Jahre. Nachdem der Konsum von Gesundheitsdienstleistungen am stärksten mit zunehmendem Alter steigt (siehe ebenfalls Abschnitt zu deskriptiven Statistiken) wird plausibel, warum es zwischen den Vergleichspersonen beider Geschlechter keine merklichen Unterschiede gibt: Männer sind älter und damit verschimmt der Unterschied.

#### 4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen stellen in Österreich ein schwaches Drittel bei den Direktpensionsneuzugängen dar. Obwohl der Anteil seit dem Höchstwert zu Beginn der 1990er Jahre von zwei Fünftel gesunken ist, beendeten im Jahr 2011 immer noch knapp 28.000 Erwerbstätige aus Krankheitsgründen ihre Erwerbsphase, 64% von ihnen waren Männer und 36% Frauen. Das durchschnittliche Eintrittsalter bei den krankheitsbedingten Pensionen 2011 lag in der PVA bei den Frauen um rund 11 Jahre und bei Männern um rund 12 Jahre unter dem Regelpensionsalter von 60 bzw. 65 Jahren. Ausgehend von einer 45-jährigen Versicherungszeit die für die Höchstpension (80% des Lebenseinkommens) notwendig wäre, ist für diese Personengruppe ihre Erwerbsphase um rund ein Viertel verkürzt. Von den Neuzuerkennungen des Jahres 2011 lag die krankheitsbedingte Durchschnittspension um 22% unter den neuzuerkannten Alterspensionen.

In den letzten 10 Jahren ist die Erwerbsquote der Älteren kontinuierlich gestiegen. Das Eintrittsalter bei krankheitsbedingten Pensionen reagierte kaum darauf. Die Gruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten partizipiert wenig von den Beschäftigungszuwächsen in den vergangenen Jahren. Konjunkturelle Impulse reichen offensichtlich hier nicht aus, um diese Personengruppe länger im Arbeitsmarkt zu halten. Bei den Frauen führt die gestiegene Arbeitsmarktintegration zu einem kontinuierlich steigenden Anteil von krankheitsbedingten Pensionierungen, wenngleich das Ausmaß bei den Männern hier deutlich höher ist.

Im abgelaufenen Jahrzehnt nahmen die Gesundheitsdienstleistungen in Österreich insgesamt zu. Die Spitalsfälle wuchsen jährlich um 2,0%, wobei sich die Dauer pro Fall um 1,4 Tage auf durchschnittlich 6,5 Tage verkürzte. Die Heilmittelverordnungen stiegen mit 1,4% pro Jahr und damit etwas schwächer als die Arztbesuche, diese erhöhten sich um 1,7% jährlich. Jede und jeder Beitragsleistende hatte 2010 6,9 Arztbesuche, im Jahr 2000 waren es 6,7. Auf jeden beitragsleistenden Versicherten kamen 18,6 Heilmittelverordnungen, das waren um eine Verordnung mehr als 2000. Die medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen stiegen jährlich im Schnitt um 7,0%, die berufliche Rehabilitation in der Pensionsversicherungsanstalt erhöhte sich zwischen 2003 und 2010 um jährlich 9,4%. Die höchsten Zuwächse gab es damit im Bereich der Heilverfahren, allerdings ist ihre Verbreitung insgesamt äußerst gering: In Relation zu den beitragsleistenden Krankenversicherten hatten im Jahr 2009 nur 1,5% von ihnen eine medizinische und 0,1% eine berufliche Rehabilitation. Die Zunahme bei den Gesundheitsdienstleistungen ist auf mehrere Faktoren rückführbar: Eine generelle Ausweitung des Leistungsangebotes, eine Zunahme der Personenanzahl in der Krankenversicherung oder auch eine steigende Nachfrage aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der (Erwerbs)Bevölkerung.

Die Häufigkeit des Konsums von medizinischen Dienstleistungen nimmt mit dem Alter der Bevölkerung insgesamt aber auch mit dem Alter der Erwerbstätigen deutlich zu. Dies trifft sowohl für Frauen und in einem etwas geringeren Ausmaß auch für Männer zu: Rund 98% der

Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten hatten über alle Altersgruppen Arztbesuche, bei den Männern waren es 97%. Durchschnittlich bekommen Frauen der Altersgruppe 15- bis 24 Jahre 4,3 Verschreibungen im Jahr, bei der Altersgruppe der 55- bis 60-jährigen Frauen liegt sie 3,5-mal höher; bei den Männern steigt der Medikamentenverbrauch um das 3-fache. Der Anteil jener mit Krankenhausaufenthalten erhöht sich ebenfalls kontinuierlich. Angestellte Frauen und Männer sind weniger oft im Krankenhaus als Arbeiterinnen und Arbeiter, aber im Altersverlauf nehmen sie bei den männlichen Arbeitern und Angestellten deutlich stärker zu als bei den Frauen.

Ausgehend von den krankheitsbedingten Pensionsübertritten des Jahres 2009 wurden ihre Gesundheitsdienstleistungen im Beobachtungszeitraum 2003 (für Krankenhausaufenthalte ab 2005) bis 2008 analysiert.

Den knapp über 2.000 Pensionszugangsfällen wurde eine Vergleichsgruppe gegenübergestellt, die entsprechend der Altersstruktur und dem sozialrechtlichem Status der Neupensionierungen der Frauen und Männer in Oberösterreich gebildet wurde. Diese Vergleichsgruppe besteht aus knapp 10.400 Personen. Die Entwicklung der Gesundheitsdienstleistungen dieser Gruppe würde über den gleichen Beobachtungszeitraum mit jener der Pensionisten und Pensionistinnen verglichen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass den krankheitsbedingten Pensionierungen bereits lange vor dem Pensionsantritt deutliche Unterschiede in der Häufigkeit und im Ausmaß der Gesundheitsdienstleistungen voraus gehen. Diese Unterschiede können nicht der steigenden Versichertenzahl oder mit dem steigenden Alter der Erwerbsbevölkerung erklärt werden.

Auf der Grundlage der Informationen zur Anzahl der Arztbesuche, den verordneten Heilmitteln, der Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte sowie der Anzahl und Dauer durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen der Gebietskrankenkasse Oberösterreich ergab die Vergleichsgruppenanalyse folgendes Muster der beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen:

- Der Anteil der Invaliditätspensionistinnen die vor der Pensionierung Arztbesuche hatte, stieg von 85% im siebten Jahr auf 88% im Jahr direkt vor dem Pensionsübertritt an. In der Vergleichsgruppe erhöhte sich der Anteil über die Zeit um einen Prozentpunkt auf 84%. Die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche lag bei den krankheitsbedingten Austritten schon fünf Jahre vorher mit 12,9 Besuchen deutlich höher als in der Vergleichsgruppe mit 10,4 Besuchen.
- Auch beim Anteil jener Frauen die Medikamente verordnet bekommen (74% gegenüber 65%) und bei der Anzahl der Verordnungen (durchschnittlich 12,6 gegenüber 8,1) liegen schon im siebten Jahr vor dem Pensionsübertritt deutliche Unterschiede vor.
- Die Krankenhaushäufigkeit sowie die durchschnittliche Dauer je Aufenthalt unterscheidet sich bei den beiden Frauengruppen ebenfalls deutlich voneinander: 27% hatten schon 5 Jahre vor dem Pensionsübertritt Aufenthalte, in der

Vergleichsgruppe waren es 16%. Die Dauer lag bei den Pensionistinnen fünf Jahre vor dem Übertritt mit 14,5 Tagen doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe zum selben Zeitpunkt.

- Diese deutlichen Unterschiede bei den Frauen setzten sich bei den Männern fort. Auch hier liegt der Anteil jener Invaliditätspensionisten mit Arztbesuchen im siebten Jahr vor dem Pensionsübertritt mit 82% um 3 Prozentpunkte ebenso höher wie ihre durchschnittliche Besuchsanzahl mit 10,6 Besuchen gegenüber 8,5 Besuchen der Vergleichsgruppe.
- Der Anteil jener Pensionisten mit Heilmittelkonsum im siebten Jahr vor dem Erwerbsaustritt beträgt 68% und ist damit um 9 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe. Die Anzahl der Verordnungen verdoppelt sich in den sieben Jahren vor der Pension und liegt im Jahr davor mit 25 Verordnungen doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe.
- Die Krankenhaushäufigkeit und -dauer entwickelt sich in den beiden Gruppen der Männer ähnliche wie bei den Frauen: Im fünften Jahr vor dem Pensionsübertritt haben 27% der Männer einen stationären Aufenthalt, in der Vergleichsgruppe sind es 15%. Die durchschnittliche Dauer in Tagen ist schon im dritten Jahr vor der Pensionierung doppelt so hoch als in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt zeigen die Berechnungen deutliche und langfristige Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen Personen, denen später eine krankheitsbedingte Pension zuerkannt wird, und vergleichbaren aktiv Beschäftigten. In diesem relativ langen Zeitfenster von sieben Jahren könnten Spitalsaufenthalte, Medikamentenkonsum und Arztbesuche als Vorlaufindikatoren einer krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung genutzt werden. Dieses Zeitfenster muss in Zukunft verstärkt in den Mittelpunkt von Maßnahmen auf betrieblicher Ebene rücken, um die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen und die Beschäftigungsmöglichkeiten in den Betrieben zu verbessern.

Ein systematisches Monitoring der hier analysierten Indikatoren gemeinsam mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten in Zusammenhang mit verbindlichen Maßnahmen für die Versicherten und für die Betriebe ist eine Voraussetzung dafür, um den krankheitsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben einzudämmen.

## Literatur

- Beckman, A., Hakansson, A., Rastam, L., Lithman, T. and Merlo, J. (2006), „The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmo, Sweden“, *BMC Public Health* 6, 71.
- Biffi, G.; Leoni, Th.; Mayrhuber, Ch., *Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität; WIFO-Monografie, 6/2009*. Wien.
- Blennow, G., Romelsjö, A., Leifman, H., Leifman, A., and Karlsson, G. (1994) „Sedatives and Hypnotics in Stockholm: Social Factors and Kinds of Use“ *American Journal of Public Health* 84, 242-246.
- Blundell, R., „Pension Incentives and Early Retirement“ in: Overbye, Einar; Kemp, Peter (Ed.): *Pensions: Challenges and Reforms*, FISS, 2004, Cornwall, page 3-21.
- Bödeker, W., Friedel, H., Friedrichs, M., Röttger, C., "Kosten der Frühberentung. Abschätzung des Anteils der Arbeitswelt", *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*, Dortmund, 2006.
- Börsch-Supan, A., *Work, Disability, Health and Incentive Effects*, Working-Paper 135/2007, Mannheim.
- Famira-Mühlberger, U., Budimir, K., Eppel, R., Huemer, U., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., *Soziale Sicherungssysteme und Arbeitsmarktperformanz in der EU. Vertiefende Analyse*, WIFO-Monografie, 3/2010, Wien.
- Gude, St., Kernbeiß, G., Lehner, U., Wagner-Pinter, M., *Integration statt Pension – rechnet sich das?* Wien, 2010.
- Hakola, T., Uusitalo, R.: „Role of the Firm in Early Retirement“ in: Overbye, Einar; Kemp, Peter (Ed.): *Pensions: Challenges and Reforms*, FISS, 2004, Cornwall, page 21-37.
- Hodgson, T. A., *Annual Costs of Illness versus Lifetime Costs of Illness and Implications of Structural Change*. *Drug Information Journal*, 1988, No. 22, S. 323-341.
- Johnell, K., Mansson, N. – O., Sundquist, J., Melander, A., Blennow, G., and Merlo, J. (2006), "Neighborhood social participation, use of anxiolytic-hypnotic drugs, and women's propensity for disability pension: a multilevel analysis", *Scand J Public Health* 34, 41-48.
- Kalwij, A., Vermeulen, F. (2005): *Labour Force Participation of the Elderly in Europe: The Importance of Being Healthy*, IZA Discussion Paper No. 1887. <http://www.iza.org/>
- Karlsson, N.E., Carstensen, J.M., Gjesdal, S., and Alexanderson, K.A.E. (2008) "Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden" *European Journal of Public Health* 18, 224-231.
- Koopmans, P.C., Roelen, C.A.M., and Groothoff, J.W. (2008), „Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector" *Occup. Environ. Med.* 65, 494-499.
- Krause, N., Lynch J., Kaplan, G., Cohen, R., Goldberg, D., Salonen, J., "Predictors of disability retirement", In: *Scandinavian Journal of Environ Health*, 1997, Vol. 23, S. 403-413.
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2009: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO-Monografie, 2010.
- Mansson, N. - O., Merlo, J., and Östergren, P. – O. (2002), „Is there an interaction between self-rated health and medication with analgesics and hypnotics in the prediction of disability pension?“ *Scand J Public Health* 30, 267-273.
- Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S.; Brunner, E.; Fuhrer R.; Marmot M., "Predictors of early retirement in british civil servants", in: *Age and Aging*, 2000, Vol. 29, S. 529-534.
- Metter, E.J, Talbot, L.A., Schrager, M.; Conwit, R. (2002): *Skeletal muscle strength as a predictor of all-cause mortality in healthy men*, *Journals of Gerontology – Biological Sciences*, Vol. 57A, 359-365.
- Mossink, J., "Die wahren Kosten von Erkrankungen", in *Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz – Eine Frage von Kosten und Nutzen?*, *Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz*, 1999, 1, [http://osha.europa.eu/publications/magazine/1/index\\_10.htm/view?searchterm=arbeitsbedingte](http://osha.europa.eu/publications/magazine/1/index_10.htm/view?searchterm=arbeitsbedingte).
- Rantanen, T.; Guralnik, J.M.; Foley, D.; Masaki, K., Leveille, S.; Curb J.D.; White, L. (1999): *Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability*, *Journal of the American Medical Association*, 281, 558-560.
- Schnalzenberger, M., *Causal effect of income on health: Investigating two closely related policy reforms in Austria*, Working Paper, No. 1109, University of Linz, <http://www.econ.jku.at/papers/2011/wp1109.pdf> .

- Stefanits, H., Hollarek, F., Die Pensionsreformen der Jahre 2000, 2003 und 2004: Auswirkungen auf das Erwerbsverhalten, In: Soziale Sicherheit 9/2007, 404-417.
- Stefanits, H., Obermayr, U., Hollarek, F., Invaliditätspensionen – Anträge Ablehnungen und Zuerkennungen, In: Soziale Sicherheit 9/2008, 425-436.
- Tatsiramos, K. Job displacement and the transition, re-employment and early retirement for non-employed older workers, *European Economic Review* 54 (2010) 517–535.
- Barnay, Th., Debrand, Th., "Effects of health on the labour force participation of older persons in Europe", *Health economics letter*, No. 109, 2006, [http://www.share-project.org/t3/share/uploads/tx\\_sharepublications/Barnay.pdf](http://www.share-project.org/t3/share/uploads/tx_sharepublications/Barnay.pdf)
- Wallman, T., Burell, G., Kullman, S. and Svärsudd, K. (2004), "Health care utilisation before and after retirement due to illness", *Scand J Prim Health* 22, 95-100.
- Wallman, T., Wedel, H., Palmer, e., Rosengren, A., Johansson, S., Eriksson, H. und Svärdsudd, K. (2009), „Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years", *BMC Public Health* 9:104.