



© iStockphoto.com/Bart Coenders

Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen

vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen



Mag. Christine Mayrhuber ist Ökonomin und am WIFO im Forschungsbereich Arbeitsmarkt, Einkommen und soziale Sicherheit tätig.

Einleitung

In Österreich sind rund ein Drittel der jährlichen Pensionsneuzugänge bei Direktpensionen krankheitsbedingte Pensionierungen. Diesen Pensionierungen geht oftmals ein mehrjähriges Krankheitsgeschehen voran. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welcher Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Erwerbsaustritten und der Inanspruchnahme von Gesundheits(dienst)leistungen von unselbständig Beschäftigten besteht.

Ausgehend von den Gesundheits(dienst)leistungen, der Anzahl der verordneten Heilmittel, Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten wird überprüft, ob es bereits Jahre vor der Pensionszuerkennung ein andere Nachfragemuster gibt als bei vergleichbaren Versicherten.

Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen auf krankheitsbedingte Erwerbsaustritte

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 der wirtschaftlichen Lage und, damit verbunden, dem Ausmaß des Beschäftigungsniveaus auch von den institutionellen Arbeitsmarktbedingungen und hier wieder von den Möglichkeiten einer vorzeitigen Pensionierung bzw. einer krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung abhängig (Famira-Mühlberger et al. 2010).

Die Länder Europas unterscheiden sich deutlich in

ihren Invaliditätsquoten (OECD 2009). Gemäß OECD bezogen im Jahr 2008 4,6 % der österreichischen Bevölkerung im von Alter 20-64 Jahren krankheitsbedingte Pensionsleistungen.

Im OECD Durchschnitt lag der entsprechende Anteil bei 5,6 %. Die unterschiedlichen Quoten beziehen sich auf die unterschiedlichen Voraussetzungen für krankheitsbedingte Pensionierungen und die Tatsache, ob es Teil-Pensionsleistungen etc. gibt. Auch die Regelkreise der anderen Sicherungssysteme beeinflussen die Invalidisierungsquoten: In Ländern, in denen die Bezugsdauer oder die Höhe der Arbeitslosenunterstützung für Ältere abweichend von den anderen Altersgruppen geregelt ist, ist die Wiederbeschäftigung Älterer geringer bzw. stellt Langzeitarbeitslosigkeit einen Zugangsweg zu krankheitsbedingten Pensionen dar (Tatsiramos 2010).

Vorlaufindikatoren für krankheitsbedingte Erwerbsbeendigungen

Einen Vorlaufindikator im Bereich der Invaliditätspensionen stellen die Fehlzeiten dar. Koopmans et al (2008) zeigten für die Niederlande, dass Arbeiter/-innen mit langen Krankenständen oder mit häufigen Krankenständen ein hohes Invaliditätsrisiko haben.

Dieser Zusammenhang konnte auch für Österreich gezeigt werden: Bereits sieben Jahre vor der Pensionierung unterscheiden sich die Krankenstandsdauern und die Krankenstandshäufigkeiten der Invaliditätspensionisten/-innen von einer vergleichbaren Gruppe: Ein Krankenstandsfall der späteren Invaliditätspensionisten dauert sieben Jahre vor dem Pensionsantritt im Schnitt 17,1 Tage, in der Vergleichsgruppe 13,2 Tage; Personen mit IP-Neupensionen im Jahr 2008 waren bereits 2001 7,4 % der Zeit im Krankenstand, in der Vergleichsgruppe waren es 4,1 % (Leoni 2011). Auf der Grundlage des Krankengeldbezugs zeigt sich sogar länger als sieben Jahre vor dem Übertritt in die Pension ein Unterschied im Krankenstandsniveau. Personen mit Invaliditätspensionszuerkennungen im Jahr 2008 hatten zwischen 1990 und 2000 einen durchschnittlichen Krankengeldbezug von 70 Tagen, in der Vergleichsgruppe waren es 24 Tage (ebenda).

Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Krankenstandsgeschehens und der Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension wurde auch für die Niederlande geschätzt (Koopmans et al. 2008). Bei

einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren zeigte sich, dass Arbeiter/-innen mit langen oder auch häufigen (kurzen) Krankenständen ein signifikant höheres Invaliditätsrisiko haben als Beschäftigte mit wenigen Fehlzeiten. Darüber hinaus erhöhen das Alter, der Status „ledig“, die Beschäftigung in einem urbanen Gebiet sowie geringe Einkommen das Invaliditätsrisiko.

Blennow et al. untersuchten 1994 die Konsumtion von Beruhigungs- und Schlafmitteln in Stockholm und zeigten einen Zusammenhang zwischen Medikamentenkonsum und Invaliditätspensionen: Invalide Frauen und Männer haben einen deutlich erhöhten Medikamentenkonsum, gefolgt von arbeitslosen Frauen und selbständigen Männern sowie Geschiedenen und Verwitweten. Beckmann et al. (2006) bezogen in ihrer Analyse eine weitere für die vorliegende Arbeit relevante Variable ein – die Anzahl und Art von Arztbesuchen im Zusammenhang mit Invaliditätspensionen. Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen gehen erwartungsgemäß deutlich öfters zum Arzt und auch öfters zu Fachärzten. Das Quotenverhältnis (Odds Ratio¹) erreichte bei Frauen 2,11 und bei Männern 2,16; beide Gruppen gehen doppelt so oft 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 Häufigkeit medizinischer Dienstleistungen zwischen der Gruppe der Personen, die krankheitsbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden, und jenen, die es nicht tun. Die Befunde für Österreich sind nachfolgend festgehalten.

Verwendete Individualdaten

Um den Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Pensionierungen und dem Konsum von Gesundheitsdienstleistungen zu analysieren, wurde der Datensatz der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) mit anonymisierten Individualdaten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) verknüpft und um eine Reihe von Informationen zum Beschäftigungsverlauf erweitert. Für das Jahr 2009 sind 545.000 Personen im Datensatz. Von diesen Personen sind sowohl Informationen über den Berufsverlauf wie auch über den Konsum von Gesundheitsdienstleistungen, die über die OÖGKK abgerechnet wurden, vorhanden (Übersicht 1). Die



Mag. Lukas Tockner ist Ökonom und war bis 2011 Mitarbeiter am WIFO und ist nunmehr Referent für Wohnungspolitik in der AK Wien.

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

Übersicht 1: Versicherte der OÖGKK 2009 nach sozialrechtlichem Status

	Frauen	Männer	Frauen + Männer
Arbeiter/-innen	92.718	178.413	271.131
Angestellte	168.516	105.847	274.363
Gesamt	261.234	284.260	545.494

Quelle: HV-INDIDIV, OÖGKK, PVA, WIFO-Berechnungen.

Von den knapp 30.000 krankheitsbedingten Neupensionen 2011 wurden 64 % an Männer und 36 % an Frauen zuerkannt.

durchgeführten Auswertungen und dargestellten Ergebnisse beruhen auf den oberösterreichischen Gegebenheiten. Aufgrund der Unterschiede zwischen der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur in Oberösterreich (Sachgüterindustrie trägt in OÖ relativ mehr zur Wertschöpfung bei als im Österreichdurchschnitt) und Gesamtösterreich (Biffel, Guger, Leoni 2008) lassen sich die Ergebnisse nur mit Einschränkungen auf Gesamtösterreich übertragen. Die Medikamentenverordnungen liegen in Oberösterreich unter dem Österreichdurchschnitt, eine Interpretation der Ergebnisse auf Gesamtösterreich führt tendenziell zu einer Untererfassung der Bedeutung des Medikamentenkonsums. Damit wäre die Übertragung der Ergebnisse auf Gesamtösterreich mit einer Untererfassung der Gesundheitsdienstleistungen verbunden.

Gesundheitsdienstleistungen bei krankheitsbedingten Erwerbsaustritten, eine Vergleichsgruppenanalyse

Der Datensatz umfasst zwischen 2.878 (2007) und 2.076 (2009) krankheitsbedingte Pensionsantritte 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 zuerkannt, als in den beiden Jahren davor. In Österreich werden insgesamt knapp zwei Drittel der krankheitsbedingten Pensionierungen an Männer und knapp über ein Drittel an Frauen zuerkannt. In Oberösterreich beträgt in den drei beobachteten Jahren der Männeranteil an den Invaliditätspensionen jeweils knapp 65 %.

Auf der Grundlage der krankheitsbedingten Pensionsantritte des Jahres 2009 wird für diese Personen die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren davor analysiert.

Zur Bewertung des Ausmaßes der Gesundheitsdienstleistungen dieser Gruppe braucht es einen Vergleich. Aus der Versichertendatei der Jahre 2003 bis 2009 sind im ersten Schritt die Pensionierungen ausgeschieden worden. Anschließend wurde mit einem Stichprobenverfahren eine Kontrollgruppe ermittelt, die für jeden krankheitsbedingten Pensionsantritt im Jahr 2009 fünf Referenzfälle enthält, die nach Geschlecht, Alter und sozialrechtlicher Stellung der beobachteten Person entsprechen.

Der Vergleich der beiden Gruppen gibt Auskunft darüber, inwieweit sich das Muster der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen der Invaliditätspensionisten/-pensionistinnen von dem der anderen Beschäftigten unterscheidet.

Übersicht 2: Invaliditätspension 2007 bis 2009 in Oberösterreich

Invaliditätspensionen nach Geschlecht					
		bei Frauen	in %	bei Männern	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 beruflichem Status: Frauen					
		Arbeiterinnen	in %	Angestellte weiblich	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
Invaliditätspensionen nach beruflichem Status: Männer					
		Arbeiter	in %	Angestellte männlich	in %
2007	2.878	1.525	53,0	361	12,5
2008	2.781	1.437	51,7	363	13,1
2009	2.076	1.150	55,4	273	13,2

Quelle: HV-INDIDIV, OÖGKK, PVA, WIFO-Berechnungen

Deutliche Unterschiede bereits sechs Jahr vor der Pensionierung

Frauen

Den 653 neu zuerkannten Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen an Frauen im Jahr 2009 wurden 3.265 beschäftigte Frauen gegenüber gestellt, die gemäß Alter und sozialrechtlicher Stellung den Neupensionistinnen entsprechen.

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



© Lisa F. Young - Fotolia.com

Übersicht 3: Krankheitsbiografien bei Invaliditätspensionistinnen 2009 und Vergleichspersonen bei Frauen

	Invaliditätspensionistinnen			Kontrollgruppe		
	Arztbesucherinnen	Anteil der Versicherten mit Arztbesuchen in %	durchschnittl. Besuche	Arztbesucherinnen	Anteil der Kontrollgruppe mit Arztbesuchen in %	durchschnittl. Besuche
2003	555	85,0	12,9	2.715	83,2	10,2
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
	Medikamentenkonsumentinnen	Anteil der Versicherten mit Medikamentenverordnungen in %	durchsch. Konsum	Medikamentenkonsumentinnen	Anteil der Versicherten mit Medikamentenverordnungen in %	durchsch. Konsum
2003	485	74,3	12,6	2.136	65,4	8,1
2004	494	75,7	14,0	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	27,0	2.245	68,8	10,4
	Krankenhausbesucherinnen	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Aufenthalte	Krankenhausbesucherinnen	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Aufenthalte
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
	Krankenhausbesucherinnen	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Dauer in Tagen	Krankenhausbesucherinnen	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Dauer in Tagen
2005 Dauer	174	26,6	14,5	536	16,4	7,7
2006 Dauer	188	28,8	15,1	499	15,3	8,3
2007 Dauer	201	30,8	18,0	500	15,3	7,7
2008 Dauer	332	50,8	34,1	520	15,9	9,1

Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionistinnen des Jahres 2009 gingen bereits im Jahr 2003 häufiger zum Arzt.

Quelle: HV-INDIDV, OÖGKK, PVA, WIFO-Berechnungen Invaliditätspensionistinnen: N = 653, Kontrollgruppe: N = 3265 –

Bereits im Jahr 2003 bekamen Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionisten des Jahres 2009 vier Medikamentenverordnungen mehr als vergleichbare Beschäftigte.

Besuchszahl bei den späteren Pensionistinnen von 17,0 auf 23,9, bei der Vergleichsgruppe hingegen lediglich von 12,1 auf 12,9 (Übersicht 3).

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 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 vorhanden. Der Beobachtungszeitraum beginnt hier erst ab dem

Jahr 2005, ist also um zwei Jahre kürzer. Die vorhandene Information liefert ein eindeutiges Bild. Bei der Vergleichsgruppe der Frauen bleiben 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 steigen diese Unterschiede weiter an. Nun verzeichnen über 50 % der späteren Pensionistinnen Krankenhausaufenthalte. Im Schnitt sind sie rund 3,2 Mal pro Jahr im Krankenhaus bzw. verbringen durchschnittlich rund 34 Tage des Jahres 2008 im Krankenhaus.

In Summe bringt ein Vergleich von Krankheitsbiografien zwischen Invaliditätspensionistinnen und der Kontrollgruppe eine Reihe von Unterschieden 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. 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 ist der merkliche Anstieg von Arztbesuchen und des Medikamentenkonsums. Insbesondere weist jedoch der Anstieg bei den Personenfallzahlen und durchschnittlichen Aufenthaltszahlen in der Krankenhausstatistik auf gesundheitliche Probleme hin.

Männer

Bei den Männern sind ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen (Übersicht 4). Im Jahr 2009 haben 1.423 Männer eine Invaliditätspension zugesprochen bekommen. Aufgrund der Systematik, welche für die Stichprobe angewandt wurde, ergeben sich 7.115 Vergleichspersonen.

Bei den Arztbesuchen zeigt sich, dass zu Beginn der

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.



© Volker Witt - Fotolia.com



Beobachtungsperiode der Anteil der Personenfallzahlen beinahe ident ist.

Die späteren Invaliditätspensionisten gehen allerdings bereits in dieser frühen Phase 2,1 Mal pro Jahr öfter zum Arzt. In der Vergleichsgruppe bleibt der Anteil der Personen, die zum Arzt gehen, im Zeitverlauf konstant. Die durchschnittlichen Besuchszahlen steigen zwar stetig, aber verhalten von 8,5 im Jahr 2003 auf 11,0 im Jahr 2009. Bei den später Berufsunfähigen ist hingegen ein stetiger Anstieg der Personenfallzahlen zu beobachten, welcher bei 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 19,3.

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. Demgegenüber ist die Zunahme bei den Konsumentenfallzahlen in der Vergleichsgruppe relativ verhalten, der Anteil steigt von zirka 59 auf rund 64 %. Der durchschnittliche Medikamentenkonsum der Invaliditätspensionisten liegt bereits zu Beginn merklich über jenem 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 Diffe-

Die Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionisten des Jahres 2009 hatten bereits 2005 öfters Krankenhausaufenthalte.

Übersicht 4: Krankheitsbiografien bei Invaliditätspensionisten 2009 und Vergleichspersonen bei Männern

	Invaliditätspensionisten			Kontrollgruppe		
	Arztbesucher	Anteil der Versicherten mit Arztbesuchen in %	durchschnittl. Besuche	Arztbesucher	Anteil der Versicherten mit Arztbesuchen in %	durchschnittl. Besuche
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	11,0
	Medikamentenkonsumenten	Anteil der Versicherten mit Medikamentenverordnungen in %	durchsch. Konsum	Medikamentenkonsumenten	Anteil der Versicherten mit Medikamentenverordnungen in %	durchsch. Konsum
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	1.179	82,9	25,5	4.545	63,9	11,9
	Krankenhausbesucher	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Aufenthalte	Krankenhausbesucher	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Aufenthalte
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
	Krankenhausbesucher	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Dauer in Tagen	Krankenhausbesucher	Anteil der Versicherten mit Krankenhausaufenthalten in %	durchsch. Dauer in Tagen
2005 Dauer	383	26,9	13,6	1.037	14,6	9,6
2006 Dauer	397	27,9	16,1	1.031	14,5	9,2
2007 Dauer	440	30,9	18,0	1.094	15,4	10,0
2008 Dauer	714	50,2	30,0	1.104	15,5	10,0

Quelle: HV-INDIDV, OÖGKK, PVA, WIFO-Berechnungen.
Invaliditätspensionisten: N = 1.433, Kontrollgruppe: N = 7.115



© Peter Atkins - Fotolia.com

Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen stellen in Österreich ein schwaches Drittel bei den Direktpensionsneuzugängen dar.

renzen bei den stationären Aufenthalten zu beobachten. 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 einigermäßen 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.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ebenso wie bei den Frauen die männlichen Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionisten bereits sieben Jahre vor ihrer Pensionierung deutlich andere Gesundheitsdienstleistungsbiografien als vergleichbare Personen haben. Diese überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nimmt im Zeitverlauf bis zu Pensionierung zu. Insbesondere der sehr ausgeprägte Anstieg der Personenfallzahlen bei Krankenhausbesuchen sowie deren durchschnittliche Anzahl spiegeln offensichtlich schwerere Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes bei den Berufsunfähigkeitspensionisten wider. Im Geschlechtervergleich der Krankheitsbiografien fallen zwei Dinge auf: Invaliditätspensionistinnen haben durchwegs etwas höhere Werte als Invaliditätspensionisten, sowohl die Personenfallzahlen

als auch den Durchschnittskonsum der einzelnen Bereiche betreffend. Männliche Invaliditätspensionisten nehmen medizinische Dienstleistungen seltener in Anspruch als weibliche.

Des Weiteren fällt auf, dass bei den Vergleichsgruppen ebenfalls ein struktureller Konsumunterschied besteht: Frauen der Vergleichsgruppe gehen häufiger zum Arzt, bekommen häufiger und mehr Medikament verordnet als Männer der Vergleichsgruppe. Bei den Krankenhausaufenthalten hingegen unterscheiden sich Frauen und Männer der Kontrollgruppe nicht voneinander.

Zusammenfassung

Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen stellen in Österreich ein schwaches Drittel bei den Direktpensionsneuzugängen dar. Obwohl der Anteil seit dem Höchstwert zu Beginn der 1990-er Jahre gesunken ist, beendeten im Jahr 2011 immer noch 28.600 Erwerbstätige aus Krankheitsgründen ihre Erwerbsphase; 64 % von ihnen waren Männer und 36 % Frauen. Das durchschnittliche Antrittsalter bei den krankheitsbedingten Pensionen lag 2011 in der PVA bei den Frauen um rund elf Jahre und bei Männern um rund zwölf Jahre unter dem Regelpensionsalter von 60 bzw. 65 Jahren. Für diese Personengruppe ist die Erwerbsphase damit um rund ein Viertel verkürzt.

In den letzten zehn Jahren ist die Beschäftigungsquote der Älteren kontinuierlich gestiegen. Das Antrittsalter bei krankheitsbedingten Pensionen ändert

Krankenhausbauer bereits fünf Jahre vor der Pensionszuerkennung um durchschnittlich vier Tage länger.

sich hingegen kaum. Die Gruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten partizipiert wenig von den Beschäftigungszuwächsen in den vergangenen Jahren. Konjunkturelle Impulse reichen offensichtlich nicht aus, um diese Personengruppe länger in Beschäftigung zu halten.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass den krankheitsbedingten Pensionierungen bereits lange vor dem Pensionsantritt deutliche Steigerungen in der Häufigkeit und im Ausmaß der Gesundheitsdienstleistungen vorausgehen.

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

- Der Anteil der Invaliditätspensionistinnen, die vor der Pensionierung Arztbesuche hatten, stieg von 85 % im siebten Jahr auf 89 % im Jahr direkt vor dem Pensionsantritt an. In der Vergleichsgruppe erhöhte sich der Anteil in diesen Zeitraum um einen Prozentpunkt auf 84 %. Die durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche lag bei den krankheitsbedingten Austritten aus dem Erwerbsleben schon fünf Jahre vorher mit 12,9 Besuchen deutlich höher als in der Vergleichsgruppe mit 10,4.
- 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 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte sowie die durchschnittliche Dauer je Aufenthalt unterscheiden sich bei den beiden Frauengruppen ebenfalls deutlich voneinander: 27 % hatten fünf Jahre vor dem Pensionsantritt 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 der Invaliditätspensionisten mit Arztbesuchen im siebten Jahr vor dem Pensionsübertritt mit 82 % um drei Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe, ebenso die durchschnittliche Besuchsanzahl mit 10,6 Besuchen gegenüber 8,5 Besuchen.
- Der Anteil der Pensionisten mit Heilmittelkonsum im siebten Jahr vor dem Erwerbsaustritt beträgt 68 % und ist damit um neun 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 Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und -dauer entwickelt sich in den beiden Gruppen der Männer ähnlich 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 den beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen zwischen krankheitsbedingt pensionierten Personen und vergleichbaren aktiv Beschäftigten. Es gibt damit ein relativ langes Zeitfenster, in dem Spitalsaufenthalte, Medikamentenkonsum und Arztbesuche als Vorlaufindikatoren einer krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung verwendet werden können. Das hier gezeigte siebenjährige Zeitfenster muss in Zukunft verstärkt in den Mittelpunkt von gesundheitspolitischen Maßnahmen auf betrieblicher Ebene rücken. Ein systematisches Monitoring der Indikatoren im Zusammenhang mit verbindlichen Rehabilitationsmaßnahmen für die Versicherten und für die Betriebe ist eine Voraussetzung dafür, dass krankheitsbedingte endgültige Erwerbsbeendigungen reduziert werden können.

Vorlaufindikatoren zur Früherkennung und Prävention stärker nutzen.

LITERATUR

- Beckman, A., Hakansson, A., Rastam, L., Lithman, T., 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.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Rückert, E.: Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen, Krems 2011.
- 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.
- Famira-Mühlberger, U., Budimir, K., Eppel, R., Huemer, U., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch.: Soziale Sicherungssysteme und Arbeitsmarktpfanz in der EU. Vertiefende Analyse, WIFO-Monografie, 3/2010, Wien.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., 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.
- Leoni, Th.: Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO-Monografie, 2011.
- OECD, "Sickness, Disability and Work Keeping on Track in the Economic Downturn", High-Level Forum, Stockholm, 14–15 May 2009, Background Paper, Paris, 2009, <http://www.oecd.org/dataoecd/42/15/42699911.pdf>.
- Tatsiramos, K.: Job displacement and the transitions to re-employment and early retirement for non-employed older workers, *European Economic Review* 54 (2010), 517–535.
- Wallman, T., Burell, G., Kullman, S., Svärsudd, K. (2004): Health care utilisation before and after retirement due to illness, *Scand J Prim Health* 22, 95–100.