

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

Christine Mayrhuber (WIFO), 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 (WIFO), Lukas Tockner

September 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

2011/223/A/WIFO-Projektnummer: 9605

© 2011 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

INHALTSVERZEICHNIS

Fragestellung	3
1. Krankheitsbedingte Erwerbsaustritte	3
1.1. <i>Entwicklung der Erwerbsquote und der Pensionsquote</i>	5
1.2. <i>Faktoren für krankheitsbedingte Erwerbsbeendigungen</i>	9
2. Gesundheitsdienstleistungen	13
3. Datengrundlage	17
4. Gesundheitsdienstleistungen und krankheitsbedingte Pensionen	20
4.1. <i>Verteilung der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen</i>	20
4.2. <i>Gesundheitsdienstleistungen bei krankheitsbedingten Erwerbsaustritten, eine Vergleichsgruppenanalyse</i>	27
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	36
Literatur	39

Übersichtenverzeichnis

Übersicht 1:	Entwicklung der beitragsleistenden Krankenversicherten und Arztbesuche 2001 bis 2009	15
Übersicht 2:	der Spitalsfälle und Spitalstage 2000 bis 2009	15
Übersicht 3:	Entwicklung der Heilmittelverordnungen und der Heilverfahren (Rehabilitation) 2000 bis 2009	16
Übersicht 4:	Versicherte der OÖGKK 2009 nach sozialrechtlichem Status	20
Übersicht 5:	Versicherte der OÖGKK 2009 nach sozialrechtlichem Status, Alter und Geschlecht	21
Übersicht 6:	Gesundheitsdienstleistungen 2009 bei Frauen nach sozialem Status und Alter	22
Übersicht 7:	Gesundheitsdienstleistungen 2009 bei Männern nach sozialem Status und Alter	25
Übersicht 8:	Invaliditätspension 2007 bis 2009 in Oberösterreich	27
Übersicht 9:	Alter von InvaliditätspensionistInnen 2009 und allen Versicherten	28
Übersicht 10:	Krankheitsbiografien bei InvaliditätspensionistInnen 2009 und Vergleichspersonen bei Frauen	30
Übersicht 11:	Krankheitsbiografien bei Invaliditätspensionisten 2009 und Vergleichspersonen bei Männern	33

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen Frauen zwischen 1995 und 2009	7
Abbildung 2:	Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 60- bis 64-jährigen Männer zwischen 1995 und 2009	8

Fragestellung

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 und welcher Zusammenhang zwischen krankheitsbedingten Erwerbsaustritten und der Inanspruchnahme von Gesundheits(dienst)leistungen besteht. Bei den Gesundheits(dienst)leistungen konzentrieren wir uns auf die Anzahl der verschriebenen Heilmittel, den Arztbesuchen, den Krankenhausaufenthalten und den Rehabilitationsmaßnahmen in den Jahren vor dem Pensionsantritt. Mittels Vergleichsgruppenanalyse wird untersucht, ob die Anzahl und das Ausmaß der genannten Gesundheitsdienstleistungen von Personen die krankheitsbedingt auf Dauer aus dem Erwerbsleben austreten ein anderes Nachfrageverhalten haben, als aktiv beschäftigte Personen mit gleichem Alter und Erwerbsverlauf.

Der erste Abschnitt enthält einen Kurzüberblick über Forschungsergebnisse, die den Zusammenhang von krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen und Früherkennungsindikatoren zum Inhalt haben. Ein allgemeiner Überblick über die Entwicklung der Gesundheitsdienstleistungen wird im zweiten Abschnitt gegeben. Die Datengrundlage der Berechnungen ist im dritten Teil dokumentiert. Die Ergebnisse der Vergleichsgruppenanalyse finden sich im letzten Teil der Arbeit.

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 in der Höhe von 2,1% (2009) im europäischen Mittelfeld¹⁾.

In Österreich ist – wie in den meisten europäischen Ländern – eine steigende Lebenserwartung mit verbesserten Lebensbedingungen und ein hohes Niveau an Gesundheits(dienst)leistungen zu beobachten. Gleichzeitig ist ein Rückgang der Erwerbsbeteiligung der Jungen vorhanden. Die Erwerbsquote in der Altersgruppe der 15- bis

¹⁾ Gemäß der vergleichbaren Statistik von EUROSTAT waren 2008 in Dänemark und Schweden die Aufwendungen für Invalidität/Gebrechen mit knapp über 4% am höchsten, in der EU-15 lagen sie bei 2,1% und in Zypern und Lettland mit unter 1% am niedrigsten.

19-Jährigen sank in den vergangenen zwei Jahrzehnten um knapp 16 Prozentpunkte auf 37,8% (2010). Auch in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sank die Erwerbsquote kontinuierlich auf 25% im Jahr 2000, ist aber seither wieder leicht ansteigend und liegt derzeit bei 36,9% (2010).

Vorhandene Befragungsdaten über die Einschätzung der persönlichen Gesundheit in Verbindung mit objektiven Gesundheitsmaßen²⁾ stellen einen direkten Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsmarkteteiligung 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. Erwerbstätige im Alter bis zum 20. Lebensjahr sind häufiger krank als die nachfolgenden Altersgruppen. Zwischen dem 25. und dem 39. Lebensjahr liegt die Krankenstandsquote³⁾ 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 Übergangverhalten 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 krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung abhängig (*Famira-Mühlberger et al.*, 2010).

Mit der Antragstellung eines Versicherten zu einer krankheitsbedingten Pension ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle der Weg zum endgültigen Erwerbsaustritt eingeschlagen. Trotz hoher Ablehnungsquote 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 wurde gezeigt, 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).

² 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/m²).

³ Die Krankenstandsquote gibt den durchschnittlichen Verlust an Jahresarbeitsdagen in Prozent an.

1.1. Entwicklung der Erwerbsquote und der Pensionsquote

Arbeitsplatzbelastungen beeinflussen den Gesundheitszustand der Beschäftigten, der Gesundheitszustand bestimmt auch 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 die Art und das Ausmaß der Arbeitsmarktpartizipation bzw. des Arbeitsmarktausstiegs.

Gesundheitsprobleme und körperliche Einschränkungen⁴⁾ sind entweder vorübergehend oder bleibend. Bei dauerhaften Einschränkungen entscheiden sozialrechtliche Rahmenbedingungen maßgeblich über den Verbleib auf bzw. den Rückzug vom Erwerbsarbeitsmarkt. Insgesamt ist in der jüngsten Vergangenheit die Erwerbs- sowie die Beschäftigungsquote Älterer deutlich angestiegen. Die höchsten Zuwächse in der Erwerbsquote hatten Frauen: In den vergangenen zehn Jahren stieg sie bei den 55- bis 59-jährigen Frauen um insgesamt 22,8 Prozentpunkte auf 44,1% an. Auch in den davorliegenden Altersgruppen lag die Erhöhung bei 13,3 Prozentpunkten (55- bis 59-jährige Frauen) bzw. 11 Prozentpunkte bei den 45- bis 49-Jährigen. Die Zunahme ist bei Frauen dieser Altersgruppe damit deutlich höher als bei Männern in den genannten Altersklassen. Die höchsten Steigerungen der Männererwerbsquote lagen in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen bzw. der 55- bis 59-Jährigen. Der Zuwachs betrug jeweils knapp 9 Prozentpunkte und erreicht in der erstgenannten Altersgruppe 69,6% und in der letztgenannten Altersgruppe 22,6%.

Im Jahr 1999 waren 21,3% der 55- bis 59-jährigen Frauen beschäftigt und 37,6% der Frauen in Pension (Alterspension oder krankheitsbedingte Pension). Ab dem Jahr 2002 drehte sich die Quote um. Zuletzt lag der Anteil der Frauen mit einem Direktpensionsbezug bei 20% während der Anteil der erwerbstätigen Frauen bei den genannten 44,1% lag. Die Erwerbsquote stieg deutlich stärker an als der Rückgang der Pensionsquote ausmachte. Bei den Männern gab es eine weniger stark ausgeprägte Entwicklung. Der Anstieg der Erwerbsquote und der Rückgang der Pensionsquote erfolgten in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen in etwa parallel, in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen war der Rückgang in der Pensionsquote um knapp 5 Prozentpunkte höher als der Anstieg in der Erwerbsquote.

Im selben Zeitraum reagierte das durchschnittliche Pensionsantrittsalter weniger stark, als die Zunahme der Erwerbsquoten und die Abnahme der Pensionsquoten erwarten ließen. Das durchschnittliche Zugangsalter der Frauen erhöhte sich bei den krankheitsbedingten Pensionen in den vergangenen zehn Jahren um 1,9 Jahre 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%. Bei Frauen scheinen zwei unterschiedliche Versichertengruppen vorhanden sein. Zum einen ist dies die Gruppe der Beschäftigten, die für

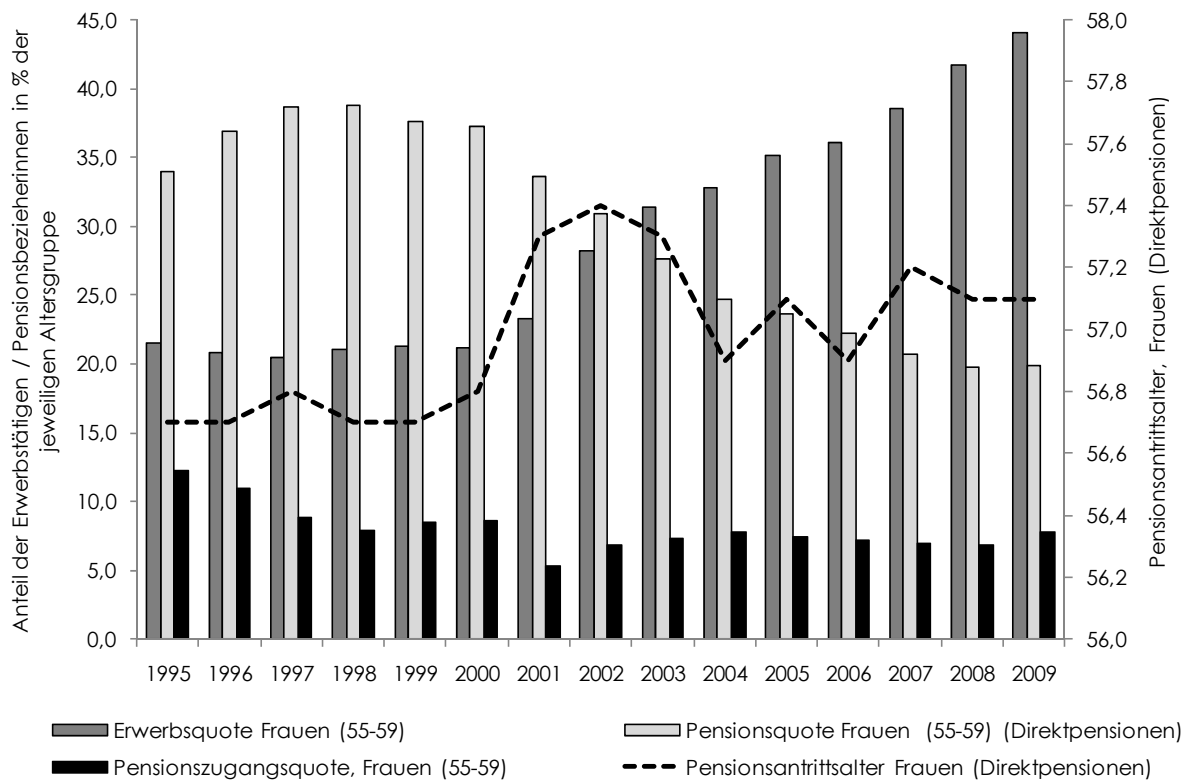
⁴⁾ In der englischsprachigen Literatur findet sich der Begriff Disability, der sowohl im Hinblick auf körperliche Einschränkungen aber auch Behinderungen verwendet wird.

den starken Erwerbsquotenanstieg verantwortlich ist. Zum anderen ist dies die Gruppe der Frauen mit krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen, die tendenziell größer wird. Vor zehn Jahren lag der Anteil krankheitsbedingter Pensionsübertritte bei rund 20%, und im vergangenen Jahr waren es 23% aller Direktpensionsneuzugänge der Frauen. Im Bereich der Alterspensionen ist die geringe Veränderung des Pensionszugangsalters mit der Struktur der Pensionsübertritte erklärbar. Ein steigender Anteil der Pensionsübertritte erfolgt zum Regelpensionsalter 60, im Jahr 2010 waren es zwei Viertel, zehn Jahre davor ein knappes Drittel. Die größer werdende Gruppe der krankheitsbedingten Erwerbsbeendigungen steht einer Gruppe gegenüber, die aufgrund ihrer Versicherungszeiten zum Regelpensionsalter – und immer weniger vorzeitig - aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Die steigenden Erwerbsquoten führen so zu keiner Erhöhung des Antrittsalters. Dieses liegt bei den Alterspensionen nur mehr wenige Monate vor dem Regelpensionsalter von 60 Jahren.

Bei den Männern erhöhte sich das Übertrittsalter in den vergangenen zehn Jahren deutlich stärker 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 55 bis 59 Jahre 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.

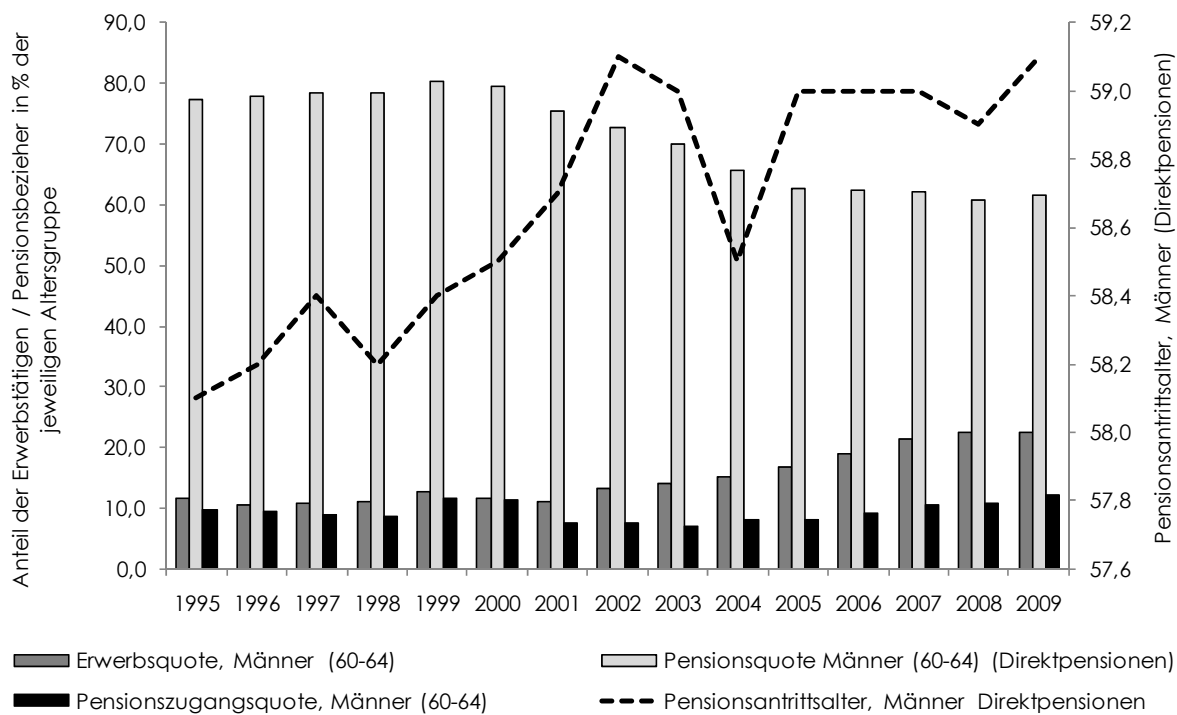
In den nachfolgenden Abbildungen sind die beschriebenen Größen einmal für die 55- bis 59-jährigen Frauen und die 60- bis 64-jährigen Männer dargestellt. Zusätzlich findet sich der Anteil der jährlichen Neuzugänge nach Altersgruppen in Relation zur jeweiligen Bevölkerungsgruppe, dieser Anteil ist als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

Abbildung 1: Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 55- bis 59-jährigen Frauen zwischen 1995 und 2009



Q.: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, STATAT, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2: Entwicklung der Erwerbs- und Pensionsquote sowie des Pensionszugangsalters der 60- bis 64-jährigen Männer zwischen 1995 und 2009



Q.: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, STATAT, WIFO-Berechnungen.

1.2. Faktoren für krankheitsbedingte Erwerbsbeendigungen

Vorzeitige und krankheitsbedingte Erwerbsaustritte stehen schon längere Zeit im Mittelpunkt des Interesses. Beginnend bei den 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 rechtlichen 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) zeigte anhand von 15 EU-Ländern 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 können. Vielmehr sind es auch institutionelle Rahmenbedingungen, die einen hohen Erklärungswert für die Länderunterschiede haben.

Blundell (2004) zeigte einen starken Zusammenhang zwischen den rechtlichen Rahmenbedingungen in der Alterssicherung und dem Zeitpunkt des Erwerbsaustritts. Er berechnete⁵ die Wahrscheinlichkeit eines Erwerbsaustritts auf Grundlage persönlicher Charakteristika (Ausbildung, Berufserfahrung, familiäre Situation etc.) und der vorhandenen Anreize im britischen Alterssicherungssystem (Pensionsalter, Pensionshöhe und Haushaltseinkommen über die Pensionsbezugsdauer etc.). Die Ergebnisse für Großbritannien ergaben, 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.

Weitere Einflussfaktoren auf den Zeitpunkt der Erwerbsbeendigung stellen die Anreizwirkungen für die Betriebe dar. Vor allem in den skandinavischen Ländern sind die Rahmenbedingungen für Unternehmen und ihre Personalpolitik im Bereich Älterer Gegenstand zahlreicher Analysen, da diese Länder hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten bzw. einen hohen Anteil von krankheitsbedingten Inaktivitätsquoten haben. Für Finnland zeigten *Hakola – Uusitalo* (2004), dass betriebliche Anreizsysteme in der Lage sind, zu einer geringeren Freisetzung Älterer Arbeitskräfte beizutragen.

⁵ 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.

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 Anreizwirkungen beeinflussen Arbeitsplatzbedingungen gesundheitsbedingte Erwerbsbeendigungen. Ausgehend von Arbeiten in skandinavischen Ländern die demografische Alterung im Kontext der Arbeitsplatzbedingungen und der Arbeitsfähigkeit Älterer sehen, spielt hier auch die Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit⁴⁾ eine zentrale Rolle. Verbesserungen der individuellen und betrieblichen Arbeitsfähigkeit sind auf mehreren Ebenen anzusiedeln: arbeitsphysiologische und medizinische (diagnostische) Maßnahmen sowie das Zusammenwirken beider Bereiche. Hodgson (1988) und Mossink (1999) zeigten, dass Arbeitsbedingungen nicht nur unmittelbare Folgen für die Beschäftigten, sondern mittel- und langfristig auch Folgen für den Unternehmenssektor, die Gesamtwirtschaft haben. Die individuellen Kosten (Einkommensentfall) sind um die betrieblichen und gesamtwirtschaftlichen Kosten zu ergänzen (*Biffi, et al., 2008, Bödeker, 2006, etc.*). Die Betrachtung aller Kosten die mit Arbeitsplatzbelastungen verbunden sind zeigt die gesamtwirtschaftliche Bedeutung der Arbeitsplatzbedingungen klar auf.

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 waren. Sie zeigten, dass mit steigendem Alter die Anzahl der vorübergehenden krankheitsbedingten Fehlzeiten tendenziell ansteigen. Personen mit Invaliditätspensionsübertritt haben ein geringeres Ausbildungsniveau, sind öfters unverheiratet und rauchen öfters. Die Fehlzeiten zwischen jenen, die im Beobachtungszeitraum in eine krankheitsbedingte Pension übertraten und vergleichbaren erwerbstätigen Altersgruppen, unterscheidet sich signifikant voneinander. Bei Krankenstandstage im Ausmaß von 730/830 (Frauen/Männer) Tagen im Beobachtungszeitraum von 13 Jahren liegt die Wahrscheinlichkeit eines krankheitsbedingten

⁴⁾ Work Ability Index, Arbeitsklimaindex, <http://www.arbeiterkammer.com/online/arbeitsklima-index-februar-2010-53190.html?mode=711&STARTJAHR=2008>.

endgültigen Erwerbsaustritts bei 80%, nur ein hohes Bildungsniveau reduziert auch bei langen Krankenständen diese Wahrscheinlichkeit.

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 ArbeiterInnen 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 Konsumption von Beruhigungs- und Schlafmitteln in Stockholm. In Studien wurde bis dato herausgefunden, dass Scheidung, Witwen- bzw. Witwerstatus und zunehmendes Lebensalter mit einem erhöhten Medikamentenkonsum einhergeht. Bildung ist negativ mit dem Ausmaß der konsumierten Pharmazeutika korreliert: mit steigender Bildung sinkt der Medikamentenkonsum auch wenn die genannten Faktoren (geschieden, verwitwet etc.) vorhanden sind. Die Ergebnisse von *Blennow et al.* 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 registrierte Fehlzeiten hinausgeht, machten *Mansson et al.* (2002). Mittels Selbstauskunft der Männer wurde der Gesundheitszustand und der Medikamentenkonsum⁷⁾ über vier Jahre in einer schwedischen Region beobachtet. Innerhalb der Invaliditätspensionisten mit guter Gesundheit, nahmen rund 8% und innerhalb jener mit schlechter Gesundheit rund 24% Medikamente. *Mansson et al.* kamen zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitszustand in Verbindung mit dem Medikamentenkonsum signifikante Schätzer für Invaliditätspensionen sind. Die Autoren betonten allerdings die Schwachstelle der Medikamenten-Selbstauskunft.

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) und eine Selbstangaben über die Gesundheit und die Medikation nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) und spezielle nach Medikamente des Nervensystems (N-Klassifizierung) 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 als jene ohne gesundheitsbedingter Erwerbsbeendigung. *Beckmann et al.* (2006) bezogen in ihrer Analyse eine weitere - für die

⁷⁾ 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.

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 ration⁸⁾ erreichte bei Frauen 2,11 und bei Männer 2,16. Die Personen beider Gruppen gehen damit doppelt so oft zum Arzt als Personen die keinen Invaliditätspensionsbezug haben. Bei den vorzeitigen krankheitsbedingten Erwerbsaustritten tritt zwei Jahre vor diesem Ereignis eine signifikant steigende Anzahl und auch eine steigende Dauer bei den Krankenhausaufenthalten auf (Wallmann et al., 2004).

Insgesamt zeigen die vorhandenen Analysen klare Unterschiede 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. Eingebettet in die allgemeine Entwicklung kann die andere Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen bei Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen gezeigt werden.

⁸⁾ 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.

2. Gesundheitsdienstleistungen

Die österreichische Krankenversicherung umfasst durch das Instrument der Mitversicherung beinahe die gesamte Bevölkerung. Den rund 6,38 Mio. beitragsleistenden Versicherten und den 2,04 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 kann sich durch unterschiedlich hohe Selbstbehalte entlang der einzelnen Krankenversicherungsträger (allen voran zwischen den Trägern für selbständig, unselbständig und Erwerbstätige und beamtete) 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 2009 stieg **die Anzahl der Krankenversicherungsverhältnisse** um knapp 12% an. Etwa die Hälfte davon entfiel auf steigende versicherungspflichtige Beschäftigung, hier gab es einen Zuwachs von rund 9,5%. Die Zunahme der Versicherungsverhältnisse bei den Pensionisten und Pensionistinnen betrug im selben Zeitraum 10,5%. Die größte Dynamik bei den Zuwächsen in der Krankenversicherung hatte die sonstigen beitragsleistenden Versicherten (Arbeitslose und Personen mit Kinderbetreuungsgeldbezug) mit +48%. Insgesamt betrug 2009 die Anzahl der Beitragsleistenden 6,38 Mio., davon waren 3,77 Mio. versicherte Beschäftigte, 0,352 Mio. sonstige Versicherte, 0,13 Mio. freiwillig Versicherte und 2,13 Mio. Pensionisten und Pensionistinnen.

Im Zeitraum 2000 bis 2009 stieg die Gesamtanzahl der **Arztbesuche** stetig an⁹⁾. Im Jahr 2000 waren es 37,9 Mio. Konsultationen und 2009 erhöhte sich die Zahl auf 44,2 Mio., das ist eine Zunahme von insgesamt 16,5%. Die Anzahl der Arztbesuche je Versichertem entwickelte sich allerdings konstant. Jeder beitragsleistende Versicherte hatte 2000 6,7 Arztbesuche, 2009 waren es im Durchschnitt 6,9 Besuche. Die Zunahme der gesamten Arztbesuche ist auf die gestiegene Anzahl der Versicherten zurückzuführen.

Die Gesamtanzahl der verordneten **Heilmittel** ist zwischen 2000 und 2009 von 101,4 Mio. auf 117 Mio. gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von rund 15%. Bei den Heilmittelverordnungen je Versichertem fand ein Anstieg um 6,5% statt, das entspricht einer

⁹⁾ Vertragsärztliche Hilfen in der allgemeinen Krankenversicherung.

Erhöhung von 17,5 auf 18,6 Heilmittel pro Jahr und Versicherten. Wie bei Arztbesuchen und Spitalsaufenthalten steigt demnach auch der gesamte Medikamentenkonsum rascher, als der Konsum pro Versichertem. Bei den Kosten des Medikamentenkonsums ist ein deutlicher Anstieg von 57% auf 2,6 Mrd. € innerhalb von zehn Jahren zu verzeichnen gewesen.

Bei den gesamten **Spitalfällen** ist zwischen 2000 und 2009 ein Zuwachs von 23,8% zu beobachten. Die Anzahl der Spitalfälle lag 2009 bei 2,5 Mio. Die Spitalfälle pro Versichertem sind von 0,36 im Jahr 2000 auf 0,4 in 2009 angestiegen. Das entspricht einem Zuwachs von 11,1%. Beschäftigte sind deutlich seltener im Spital und ihre geringe Aufenthaltsquote blieb über eine Dekade beinahe konstant. Die Differenz zwischen dem Zuwachs pro Versichertem und dem Gesamtanstieg der Spitalfälle wird wiederum durch die gestiegene Anzahl der Versicherten erklärt. Die Dauer der Spitalsaufenthalte hat im Beobachtungszeitraum kontinuierlich abgenommen. Im Jahr 2000 hatte ein Spitalsaufenthalt durchschnittlich 7,9 Tage und sank bis 2009 um knapp 1,5 Tage auf 6,5 Tage. Die Anzahl der Spitalstage ist in der letzten Dekade nur sehr moderat gestiegen, über einen Zeitraum von zehn Jahren beläuft sich dieser Anstieg auf knapp unter 3%.

Die Zunahme im Bereich der **Heilverfahren** war zwischen 2000 und 2009 deutlich größer, als in den anderen bisher dargestellten Bereichen. Die Heilverfahren insgesamt stiegen um ein Drittel auf knapp 240.000 (2009) an. Das entspricht einer jährlichen Zunahme von 3,5%. Deutlich höher waren die Zuwächse in der Untergruppe der medizinischen Heilverfahren. Diese erhöhten sich um durchschnittlich 6,7% pro Jahr. Im Bereich der Beruflichen Rehabilitation aus dem Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt, wurden 2009 knapp 2.800 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 1: Entwicklung der beitragsleistenden Krankenversicherten und Arztbesuche 2001 bis 2009

	KV-Versicherte *)				Arztbesuche		
	absolut	jährl. Veränd. in %	davon Beschäftigte	jährl. Veränd. in %	insg.	jährl. Veränd. in %	je Beitragsl. Versicherten
2000	5.695.691		3.442.600		37.933.302		6,66
2001	5.772.843	1,4	3.482.186	1,1	38.620.320	1,8	6,69
2002	5.853.263	1,4	3.505.559	0,7	39.275.395	1,7	6,71
2003	5.930.330	1,3	3.534.135	0,8	39.851.818	1,5	6,72
2004	6.016.442	1,5	3.556.824	0,6	40.249.997	1,0	6,69
2005	6.094.857	1,3	3.605.005	1,4	40.713.645	1,2	6,68
2006	6.165.781	1,2	3.654.848	1,4	41.495.706	1,9	6,73
2007	6.231.384	1,1	3.716.908	1,7	42.622.667	2,7	6,84
2008	6.330.390	1,6	3.802.428	2,3	43.363.172	1,7	6,85
2009	6.378.354	0,8	3.766.781	-0,9	44.201.993	1,9	6,93
Zunahme	682.663		324.181		324.181		
jährliche Zunahme in %		1,3		1,0		1,7	

*) Beitragsleistende Versicherungsverhältnisse
Q.: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Übersicht 2: Entwicklung der Spitalsfälle und Spitalstage 2000 bis 2009

Jahr	Spitalsfälle		Spitaltage		Tage pro Fall
	absolut	jährl. Veränd. in %	absolut	jährl. Veränd. in %	
2000	2.021.777		15.913.926		7,9
2001	2.041.885	1,0	15.648.000	-1,7	7,7
2002	2.139.385	4,8	15.910.932	1,7	7,4
2003	2.200.035	2,8	16.146.087	1,5	7,3
2004	2.262.578	2,8	16.352.240	1,3	7,2
2005	2.288.321	1,1	16.269.965	-0,5	7,1
2006	2.385.290	4,2	16.402.356	0,8	6,9
2007	2.443.127	2,4	16.545.727	0,9	6,8
2008	2.492.992	2,0	16.456.832	-0,5	6,6
2009	2.502.782	0,4	16.373.899	-0,5	6,5
Zunahme	481.005		459.973		-1,4
jährl. Zunahme in %		2,4		0,3	

Q.: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Übersicht 3: Entwicklung der Heilmittelverordnungen und der Heilverfahren (Rehabilitation)
2000 bis 2009

Jahr	Heilmittelverordnungen			Heilverfahren		jährl. Veränd. in %	davon berufl. Reha (PVA) *
	insg.	jährl. Veränd. in %	je Versicherten	insg.	davon: Med. Reha		
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
Zunahme	15.648.375		1,1	63.956	24.452		2.782
jährl. Zunahme in %		1,6				6,7	

*) bewilligte Reha

Q.: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, PVA.

3. Datengrundlage

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, der Anzahl der verordneten Medikamente sowie der Anzahl und der Dauer medizinischer 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 rezeptpflichtigen Heilmittel auf, die verordnet und auch tatsächlich in Apotheken eingelöst wurden bzw. für die eine Rezeptgebühr eingehoben wurde. Medikamente mit einem Abgabepreis unter der Rezeptgebühr sind im Datensatz nicht erfasst. Die Ergebnisse stellen damit eine Untergrenze des Medikamentenkonsums dar.

Information zu Krankenhausaufenthalten sind im Datensatz ab dem Jahr 2005 vorhanden. Bei den stationären Aufenthalten und den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ist neben der Anzahl auch deren Dauer in Kalendertagen in den Daten enthalten. Für Medikamente, Arztbesuche, und Rehabilitationsmaßnahmen sind die abgerechneten Kosten vorhanden. Die Grundgesamtheit der im Datensatz enthaltenen medizinischen Leistungen beziehen sich auf Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahre die in Oberösterreich unselbständig beschäftigt und bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse versichert sind.

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 erfolgte eine Erweiterung der individuellen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen um eine Reihe von persönlicher Informationen: Alter, Geschlecht, berufliche Stellung (Arbeiter, Arbeiterin bzw. Angestellte, Angestellter). Dazugefügt wurden auch Art und Dauer der Arbeitsmarktpartizipation während des Beobachtungszeitraumes: Damit haben wir Informationen darüber, wann die Personen „beschäftigt“, „atypisch beschäftigt“, „arbeitslos“ oder „nicht in der Erwerbsbevölkerung“ (out of labour force) waren.

Der Ausgangsdatsatz der OÖGKK wurde in einem dritten Schritt 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 aber ohne krankheitsbedingte Pensionsbezüge.

Adaptierungen des Datensatzes

Eine Reihe von Adaptierungen waren 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. 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 blieb 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 unselbstständig 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 (Biffl – Guger – Leoni, 2008), damit wäre die Übertragung der Ergebnisse auf Gesamtösterreich mit einer Untererfassung der Gesundheitsdienstleistungen verbunden.

4. Gesundheitsdienstleistungen und krankheitsbedingte Pensionen

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.

Selbständig 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.

4.1. Verteilung der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen

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.

Im Jahr 2009 war die Anzahl der Arbeiter knapp doppelt so groß wie jene der Arbeiterinnen (Übersicht 4). In Oberösterreich waren rund 1/3 Arbeiterinnen und 2/3 Arbeiter. Bei den Angestellten dreht sich dieses Verhältnis zu Gunsten der Frauen, knapp 2/3 der Angestellten sind Frauen, 1/3 Männer. 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.

Übersicht 4: Versicherte der OÖGKK 2009 nach sozialrechtlichem Status

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

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, WIFO-Berechnungen.

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

Übersicht 5: Versicherte der OÖGKK 2009 nach sozialrechtlichem Status, Alter und Geschlecht

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-60
Arbeiterinnen	18.601	19.260	23.959	23.583	7.315
Angestellte	27.781	42.673	47.107	41.588	9.367
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-65
Arbeiter	40.892	41.438	41.173	38.837	16.073
Angestellte	11.512	22.206	30.135	28.728	13.266

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, WIFO-Berechnungen.

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.

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 6 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 6: Gesundheitsdienstleistungen 2009 bei Frauen nach sozialem Status und Alter

	Arbeiterinnen gesamt	Arztbesucherinnen	Anteil in %	durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel- konsumentinnen	Anteil in %	durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	18.601	18.342	98,6	7,74	13.128	70,6	4,26
25-34	19.260	19.006	98,7	10,09	14.985	77,8	5,94
35-44	23.959	23.702	98,9	11,22	19.095	79,7	7,91
45-54	23.583	23.357	99,0	13,26	19.974	84,7	11,56
55-60	7.315	7.205	98,5	14,66	6.634	90,7	15,68
	Angestellte	Arztbesucherinnen		durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel- konsumentinnen		durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	27.781	27.472	98,9	7,80	19.920	71,7	4,11
25-34	42.673	42.216	98,9	9,66	31.722	74,3	5,04
35-44	47.107	46.637	99,0	9,86	34.822	73,9	6,17
45-54	41.588	41.194	99,1	11,76	33.392	80,3	8,99
55-60	9.367	9.209	98,3	12,62	8.179	87,3	12,52
	Arbeiterinnen gesamt	davon im Krankenhaus		durchschnittliche Anzahl	durchschnittliche Dauer		
15-24	18.601	3.500	18,8	1,42	6,4		
25-34	19.260	4.516	23,4	1,39	7,3		
35-44	23.959	4.051	16,9	1,46	8,6		
45-54	23.583	4.622	19,6	1,56	9,5		
55-60	7.315	1.537	21,0	1,63	10,1		
	Angestellte	davon im Krankenhaus		durchschnittliche Anzahl	durchschnittliche Dauer		
15-24	27.781	3.816	13,7	1,35	6,42		
25-34	42.673	8.467	19,8	1,35	6,93		
35-44	47.107	6.660	14,1	1,45	8,23		
45-54	41.588	6.598	15,9	1,58	9,38		
55-60	9.367	1.717	18,3	1,64	9,51		

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, 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 4,7 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.

Die entsprechenden Ergebnisse der konsumierten Gesundheitsdienstleistungen der Männer sind in Übersicht 7 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 13,1-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 64% Heilmittel, dieser Anteil steigt auf 85% in der

Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen an. Bei den Angestellten steigt der Anteil in den genannten Altersgruppen von 61 auf 83% 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 7: Gesundheitsdienstleistungen 2009 bei Männern nach sozialem Status und Alter

	Arbeiter gesamt	Arztbesucher	Anteil in %:	durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumenten	Anteil in %	durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	40.892	39.849	97,4	5,13	26.116	63,9	3,7
25-34	41.438	40.065	96,7	6,07	27.444	66,2	4,9
35-44	41.173	39.880	96,9	7,80	29.572	71,8	6,8
45-54	38.837	37.788	97,3	10,07	30.088	77,5	10,5
55-65	16.073	15.611	97,1	13,01	13.661	85,0	14,9
	Angestellte	Arztbesucher		durchschnittliche Arztbesuche	Heilmittel-konsumenten		durchschnittlicher Heilmittelkonsum
15-24	11.512	11.173	97,1	4,77	7.057	61,3	3,8
25-34	22.206	21.499	96,8	5,68	14.061	63,3	4,6
35-44	30.135	29.319	97,3	6,80	20.361	67,6	5,8
45-54	28.728	28.058	97,7	8,58	20.990	73,1	9,2
55-65	13.266	12.920	97,4	10,93	10.983	82,8	13,8
	Arbeiter gesamt	davon im Krankenhaus		durchschnittliche Anzahl	durchschnittliche Dauer		
15-24	40.892	5.437	13,3	1,30	6,2		
25-34	41.438	5.426	13,1	1,38	7,6		
35-44	41.173	6.278	15,2	1,49	9,5		
45-54	38.837	7.989	20,6	1,69	11,7		
55-65	16.073	3.927	24,4	1,77	12,1		
	Angestellte	davon im Krankenhaus		durchschnittliche Anzahl	durchschnittliche Dauer		
15-24	11.512	1.187	10,3	1,30	5,7		
25-34	22.206	2.234	10,1	1,32	7,1		
35-44	30.135	3.532	11,7	1,42	8,1		
45-54	28.728	4.503	15,7	1,59	10,2		
55-65	13.266	2.903	21,9	1,78	11,3		

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, 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, Krankenhausaufenthalte geeignet sind, krankheitsbedingte Pensionierungen vorzeitige zu erkennen.

4.2. Gesundheitsdienstleistungen bei krankheitsbedingten Erwerbsaustritten, eine Vergleichsgruppenanalyse

Nach der kurzen Diskussion der Verteilung der Gesundheitsdienstleistungen auf alle unselbstständig 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 (2009) krankheitsbedingte Pensionsübertritte von unselbstständig 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 2/3 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 8: Invaliditätspension 2007 bis 2009 in Oberösterreich

Invaliditätspensionen nach Geschlecht

		bei Frauen	Anteil in %	bei Männern	Anteil
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

		Arbeiterinnen	Anteil in %	Angestellte weiblich	Anteil 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

		Arbeiter	Anteil in %	Angestellte männlich	Anteil 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

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, 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 9 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 Algorithmus den Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen des Jahres 2009 eine Gruppe gegenüber gestellt, die entsprechend der Kriterien Geburtsjahr, Geschlecht und beruflicher Status gebildet wurde.

Übersicht 9: Alter von InvaliditätspensionistInnen 2009 und allen Versicherten

	InvaliditätspensionistInnen		Versicherte	
	Personenzahl	Durchschnittsalter	Personenzahl	Durchschnittsalter
Arbeiterinnen	396	47,9	92.718	37,4
Angestellte weiblich	257	45,4	168.516	37,2
Arbeiter	1.150	52,	178.413	36,5
Angestellte männlich	273	52,8	105.847	40,5
Summe	2.076		545.494	

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, 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 10 ersichtlich, der historische Konsum von Gesundheitsdienstleistungen der Männer ist in Übersicht 11 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 10: Krankheitsbiografien bei InvaliditätspensionistInnen 2009 und Vergleichspersonen bei Frauen

	Invaliditätspensionistinnen: N = 653			Vergleichspersonen: N = 3265		
	Arztbesucherinnen	Anteil in %	durchschnittl. Besuche	Arztbesucherinnen	Anteil	durchschnittl. Besuche
AZ2003	555	85,0	12,90	2.715	83,2	10,36
AZ2004	568	87,0	15,18	2.765	84,7	11,53
AZ2005	576	88,2	16,14	2.794	85,6	11,73
AZ2006	582	89,1	17,01	2.796	85,6	12,14
AZ2007	577	88,4	19,15	2.763	84,6	12,49
AZ2008	580	88,8	23,94	2.741	84,0	12,91
	Medikamentekonsum entenninnen		durchsch. Konsum	Medikamentekonsum entenninnen		durchschn. Konsum
HM2003	485	74,3	12,61	2.136	65,4	8,11
HM2004	494	75,7	13,96	2.200	67,4	8,36
HM2005	511	78,3	14,69	2.205	67,5	8,65
HM2006	526	80,6	16,10	2.253	69,0	8,93
HM2007	527	80,7	18,59	2.246	68,8	9,32
HM2008	555	85,0	26,97	2.245	68,8	10,43
	Krankenhausbesucher innen		durchsch. Aufenthalte	Krankenhausbesucher innen		durchschn. Aufenthalte
KH2005	174	26,6	1,70	536	16,4	1,45
KH2006	188	28,8	1,81	499	15,3	1,38
KH2007	201	30,8	2,22	500	15,3	1,41
KH2008	332	50,8	3,15	520	15,9	1,60
	Krankenhausbes.		durch. Dauer in Tagen	Krankenhausbes.		durch. Dauer in Tagen
KH2005Dau	174	26,6	14,53	536	16,4	7,70
KH2006Dau	188	28,8	15,09	499	15,3	8,27
KH2007Dau	201	30,8	17,98	500	15,3	7,74
KH2008Dau	332	50,8	34,05	520	15,9	9,09

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, WIFO-Berechnungen.- Lesehilfe: AZ2003 Arztbesuche im Jahr 2003; HM2003: Medikamentenverordnungen im Jahr 2003; KH2005: Anzahl der Krankenhausaufenthalte; KH2003Dau: durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte.

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. 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 11 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.

Übersicht 11: Krankheitsbiografien bei Invaliditätspensionisten 2009 und Vergleichspersonen bei Männern

	Invaliditätspensionisten: N = 1423			Vergleichspersonen: N = 7115		
	Arztbesuche	Anteil in %	durchschnittl. Besuche	Arztbesuche	Anteil in %	durchschnittl. Besuche
AZ2003	1.162	81,7	10,59	5.645	79,3	8,49
AZ2004	1.167	82,0	11,48	5.737	80,6	9,09
AZ2005	1.159	81,4	12,69	5.754	80,9	9,63
AZ2006	1.198	84,2	13,68	5.736	80,6	9,92
AZ2007	1.224	86,0	15,42	5.751	80,8	10,49
AZ2008	1.258	88,4	19,35	5.714	80,3	11,03
	Medikamente- konsumenten		durchsch. Konsum	Medikamente- konsumenten		durchschn. Konsum
HM2003	965	67,8	11,44	4.227	59,4	7,67
HM2004	984	69,1	12,49	4.231	59,5	8,36
HM2005	1.004	70,6	14,17	4.405	61,9	8,71
HM2006	1.049	73,7	15,74	4.396	61,8	9,20
HM2007	1.086	76,3	18,74	4.478	62,9	10,36
HM2008	1.179	82,9	25,52	4.545	63,9	11,86
	Krankenhausbesucher		durchsch. Aufenthalte	Krankenhausbesucher		durchschn. Aufenthalte
KH2005	383	26,9	1,73	1.037	14,6	1,46
KH2006	397	27,9	1,80	1.031	14,5	1,46
KH2007	440	30,9	2,00	1.094	15,4	1,54
KH2008	714	50,2	2,69	1.104	15,5	1,50
	Krankenhausbes.		durch. Dauer in Tagen	Krankenhausbes.		durch. Dauer in Tagen
KH2005Dau	383	26,9	13,63	1.037	14,6	9,64
KH2006Dau	397	27,9	16,14	1.031	14,5	9,15
KH2007Dau	440	30,9	18,03	1.094	15,4	10,03
KH2008Dau	714	50,2	29,96	1.104	15,5	9,97

Q.: HV-INDIDV, OÖEGKK, PVA, WIFO-Berechnungen. - Lesehilfe: AZ2003 Arztbesuche im Jahr 2003; HM2003: Medikamentenverordnungen im Jahr 2003; KH2005: Anzahl der Krankenhausaufenthalte; KH2003Dau: durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte.

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 11,0 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. 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.

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 9 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: Die Männer sind älter und damit verschimmt der Unterschied.

5. 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 2010 immer noch 28.600 Erwerbstätige bzw. 24.400 unselbständig Erwerbstätige aus Krankheitsgründen ihre Erwerbsphase, 64% von ihnen waren Männer und 36% Frauen. Das durchschnittliche Eintrittsalter bei den krankheitsbedingten Pensionen 2010 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. Für diese Personengruppe ist die Erwerbsphase damit um rund ein Viertel verkürzt.

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.

Im abgelaufenen Jahrzehnt nahmen die Gesundheitsdienstleistungen in Österreich insgesamt zu. Die Spitalsfälle wuchsen jährlich um 2,4%, wobei sich die Dauer pro Fall um 1,4 Tagen auf durchschnittlich 6,5 Tage verkürzte. Die Heilmittelverordnungen stiegen mit 1,6% pro Jahr und damit etwas schwächer als die Arztbesuche, diese erhöhten sich um 1,7% jährlich. Jede und jeder Beitragsleistende hatte 2009 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 um 6,7%, die berufliche Rehabilitation in der Pensionsversicherungsanstalt erhöhte sich zwischen 2003 und 2009 um jährlich 9,9%. 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 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 Pensionsübertritte des Jahres 2009 wurden ihre Gesundheitsdienstleistungen im Beobachtungszeitraum 2003 (für Krankenhausaufenthalte ab 2005) bis 2008 näher analysiert. Den knapp über 2.000 Pensionszugangsfällen wurde eine Vergleichsgruppe gegenübergestellt, die entsprechend der Altersstruktur und dem sozialrechtlichen Status der Frauen und Männer in Oberösterreich gebildet wurde. Diese Vergleichsgruppe besteht aus knapp 10.400 Personen. Die Entwicklung der Gesundheitsdienstleistungen dieser Gruppe wurde über den gleichen Beobachtungszeitraum mit jener der Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten 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. 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:

- Frauen: 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 von 79% auf 80%. 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.
- 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.
- Männer: Die Konsummuster der Männer unterscheiden sich von jenen der Frauen. Auch bei Männern liegt der Anteil jener Invaliditätspensionisten mit Arztbesuchen im siebten Jahr vor dem Pensionsübertritt mit 82% um 3 Prozentpunkte höher wie ihre durchschnittliche Besuchsanzahl mit 10,6 Besuchen gegenüber 8,5 Besuchen der Männer-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 der nicht invaliden Männer. 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 Ungleichheiten in den beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen zwischen krankheitsbedingt pensionierten Personen und vergleichbaren Erwerbspersonen.

In einem recht langen Zeitfenster treten deutliche Unterschiede im Konsum von Gesundheitsdienstleistungen zwischen Personen die aus Krankheitsgründen endgültig aus dem Erwerbsarbeitsmarkt ausscheiden und jenen die beschäftigt bleiben zu Tage.

Bereits sieben Jahre vor dem endgültigen Erwerbsaustritt gehen später pensionierte Menschen öfters zum Arzt, sie konsumieren häufiger Medikamente und sie haben mehr und längere Krankenhausaufenthalte als Personen mit vergleichbaren Alter und Arbeitsmarktstaus.

Neben den krankheitsbedingten Fehlzeiten (Krankenständen) eignen sich somit die Indikatoren Medikamentenkonsum, Arztbesuch und Krankenhausaufenthalte dazu, in ein Frühwarnsystem aufgenommen und eingebaut zu werden. Ein langfristiges Monitoring, das neben den Krankenständen auch aus den Gesundheitsdienstleistungsindikatoren beinhaltet, bietet eine wichtige Grundlage für frühzeitige Maßnahmen, die für den Erhalt der individuellen Arbeitsfähigkeit möglichst gesetzt werden müssen.

Im Programm „Fit2Work“ das derzeit eine berufliche oder gesundheitliche Rehabilitationsmaßnahme bei über 40 Krankenstandstagen pro Jahr vorsieht, braucht es eine Ergänzung um die Intensität des Medikamentenkonsums und der genannten Gesundheitsdienstleistungen. Ab einer zu definierenden Grenze des Medikamentenkonsums sollte ein ähnlicher Rehabilitations-Mechanismus wie bei den Krankenstandstagen ausgelöst werden. Dies würde eine Möglichkeit bieten, die Invaliditätsursache der psychischen Erkrankungen frühzeitig abwenden zu helfen.

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, Richard: „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, mea, 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.
- 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.

- 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.
- Thomas Barnay, Thierry Debrand: "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
- 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.