

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Vorzeitige Pension aufgrund psychischer Erkrankung“

verfasst von / submitted by

Rupert Kugler BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree  
of

Master of Science (MSc)

Wien, 2016 / Vienna 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

A 066 914

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Internationale Betriebswirtschaft UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Oliver Fabel

# Inhalt

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Einleitung .....                                                | 3  |
| 1.1. Grundlegendes.....                                            | 3  |
| 1.2. Ausrichtung der Arbeit.....                                   | 5  |
| 1.3. Begriffsklärung .....                                         | 6  |
| 2. Methodik.....                                                   | 7  |
| 3. Österreich.....                                                 | 8  |
| 3.1. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen .....                  | 8  |
| 3.1.1. Volkswirtschaftliche Kosten .....                           | 9  |
| 3.1.2. Häufigkeit der Erkrankungen und Entwicklung .....           | 12 |
| 3.2. Rechtliche Rahmenbedingungen .....                            | 14 |
| 3.3. Invaliditätspensionen.....                                    | 17 |
| 3.3.1. Allgemein .....                                             | 17 |
| 3.3.2. Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen ..... | 19 |
| 4. Psychische Erkrankungen und Beruf .....                         | 27 |
| 4.1. Allgemein .....                                               | 27 |
| 4.2. Geschlecht .....                                              | 28 |
| 4.2.1. Hypothese.....                                              | 28 |
| 4.2.2. Überprüfung.....                                            | 29 |
| 4.3. Bildung .....                                                 | 33 |
| 4.3.1. Hypothese.....                                              | 33 |
| 4.3.2. Überprüfung.....                                            | 35 |
| 4.4. Soziale Berufe .....                                          | 37 |
| 4.4.1. Hypothese.....                                              | 37 |
| 4.4.2. Überprüfung.....                                            | 39 |
| 5. Zusammenfassung und Ausblick.....                               | 42 |
| 6. Quellenverzeichnis .....                                        | 45 |

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 6.1. Literatur .....                 | 45 |
| 6.2. Internetquellen.....            | 48 |
| 6.3. Persönliche Korrespondenz ..... | 50 |
| 7. Darstellungsverzeichnis .....     | 51 |
| 7.1. Abbildungen .....               | 51 |
| 7.2. Tabellen .....                  | 51 |
| Abstract .....                       | 53 |

# 1. Einleitung

## 1.1. Grundlegendes

An sich ist das Thema alles andere als neu. Die Tabuisierung von psychischen Erkrankungen geht auch immer weiter zurück, nachdem heute wohl bereits fast jeder jemanden kennt, der davon betroffen war oder ist. Wie auch nicht, statistisch betrachtet sind etwa 10% der Weltbevölkerung im Laufe ihres Lebens davon betroffen<sup>1</sup>, in Österreich leiden rund 900.000 Personen pro Jahr an einer Form von pathologisch relevanten psychischen Beschwerden<sup>2</sup>, insgesamt beläuft sich die Zahl der Erkrankten in diesem Land auf 1,4 Millionen Menschen<sup>3</sup>. In Europa (EU, Island, Norwegen, Schweiz) sollen es einer Schätzung zufolge fast 165 Millionen sein, die jedes Jahr mit einer Erkrankung zu tun haben.<sup>4</sup> Bei einer Umfrage der Arbeiterkammer Oberösterreich unter 1.357 Betriebsräten gab jeder Zweite an, dass es in seiner Firma aktuell Fälle von Burnout gäbe.<sup>5</sup>

Dabei ist man auch schon von der Betrachtung von Burnout als „Managerkrankheit“ abgegangen und hat erkannt, dass psychische Leiden nicht allein in dieser beruflichen Funktion vorkommen, sondern in jeder Sparte, in jedem Beruf auftreten. Die Sensibilität für derartige Probleme ist definitiv gestiegen, wobei ein Grund für die größer werdende Zahl an erkrankten Personen gerade darin und in der dadurch auch geänderten Diagnosepraxis der Ärzte liegen kann, die heute eher in Richtung psychischer Ursachen für Leiden von Patienten suchen, anstatt rein die körperlichen Symptome in Betracht zu ziehen. Besseres Wissen um Psychosomatik in der medizinischen Forschung und Ausbildung sowie der Bedacht darauf bei der Beurteilung von Krankheitsbildern zeichnen sicherlich für einen Teil der steigenden Fälle psychischer Erkrankungen verantwortlich.

Ein anderer Punkt dürfte aber schon auch in der Arbeit selbst liegen: „Personenbezogene und informationsbasierte Dienstleistungen, die für immer mehr Menschen den Arbeitsalltag ausmachen, sowie ständige Verfügbarkeit in

---

<sup>1</sup> Vgl. WHO, Weltbank, Presseaussendung vom 13. 04. 2016.

<sup>2</sup> Vgl. SV, SGKK 2011, S. 5.

<sup>3</sup> IHS, ÖGBP 2011, S. 15.

<sup>4</sup> Wittchen 2011, S. 656.

<sup>5</sup> ORF 26. 06. 2016. Letzter Zugriff 08. 09. 2016. Hinweis: Die Details dieser Befragung wurden abgesehen von einzelnen Ergebnissen noch nicht zugänglich gemacht.

Beruf und Privatleben stellen erhöhte Anforderungen an die psychische Gesundheit. Umgekehrt fehlt es an Sensibilisierung für psychische Erkrankungen und früherer Intervention auch am Arbeitsplatz.“<sup>6</sup> Die Rahmenbedingungen im Beruf haben sich in eine Richtung entwickelt, die ein Mehr an psychischen Problemen auslöst: „Die Belastungen der Mitarbeiter haben sich von den klassischen Feldern der Arbeitsmedizin wie Umgang mit Gefahrstoffen, Staub, physikalische Einwirkungen (Hitze, Kälte, Zugluft) mehr in Richtung Lifestyle-Erkrankungen wie Übergewicht und Bewegungsmangel und daraus resultierende Erkrankungen wie metabolisches Syndrom, Bluthochdruck, orthopädische Erkrankungen und auch psychische Erkrankungen verlagert. Mitarbeiter klagen in dem Zusammenhang über die Folgen der Globalisierung und der Informationstechnologie“<sup>7</sup>. Die schrittweise generelle Enttabuisierung hat hier auf betrieblicher Ebene aber noch nicht in einer umfassenden Weise zu höherer Aufmerksamkeit beigetragen, die durch präventive Maßnahmen in ausreichender Form diesen Entwicklungen entgegenwirkt.

Dabei vergeht kaum eine Woche, in der dieses Thema nicht in irgendeiner Form in den Medien auftaucht, durchaus auch mit Berichten zu Maßnahmen, die von einzelnen Firmen gesetzt werden. So praktiziert etwa VW schon seit einigen Jahren, die Mitarbeiter von der Pflicht ständiger Erreichbarkeit zu befreien: „Eine neue Betriebsvereinbarung sieht vor, dass Angestellte mit Tarifvertrag eine halbe Stunde nach Arbeitsende nicht mehr über das Blackberry-Netz erreicht werden können. Der Server wird in dieser Zeit heruntergefahren, Unternehmens-E-Mails können nicht mehr empfangen werden. Erst eine halbe Stunde vor Beginn des nächsten Dienstes werden sie wieder hochgefahren.“<sup>8</sup> Was allerdings nicht für nicht tariflich geschützte und leitende Mitarbeiter gilt; die Zahl der von der Regelung Betroffenen wurde aber mit den Jahren erhöht.<sup>9</sup> Google und Facebook wiederum ermutigen ihre Beschäftigten zu Mittagsschlaf und stellen auch die dafür nötige Infrastruktur bereit, und die Krankenversicherung Aetna in den USA bezahlt die ihrigen sogar dafür, ausgeschlafen zu sein: „Das Unternehmen zahlt seinen Mitarbeitern für je 20 Nächte mit mehr als sieben Stunden Schlaf 25 US-Dollar (24 Euro)- insgesamt bis zu 300 US-Dollar pro Jahr. Dafür müssen die Arbeitnehmer

---

<sup>6</sup> IHS, Presseaussendung vom 22. 02. 2016.

<sup>7</sup> Lang 2015, S. 96.

<sup>8</sup> Süddeutsche Zeitung 23.12.2011. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

<sup>9</sup> Vgl. Mossdorf 01. 12. 2013. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

ihre nächtlichen Ruhezeiten präzise in ein digitales Schlaftagebuch eintragen – oder direkt über eines der weit verbreiteten Fitness-Armbänder dorthin senden.“<sup>10</sup> BASF wiederum beschäftigt in seiner Abteilung Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz rund 150 MitarbeiterInnen und knapp 30 Ärzten und Ärztinnen, darunter auch solche im Fachbereich Psychiatrie, veranstaltet Gesundheitsseminare sowie bietet Online-Tools für psychische Gesundheit an.<sup>11</sup> Derartige Beispiele gibt es inzwischen zahlreiche, wobei die Unternehmen das natürlich nicht aus reiner Selbstlosigkeit tun, und es ist wohl kein Zufall, dass sie eher im Bereich höherqualifizierter Berufe zu finden sind. denn damit werden Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Arbeitnehmer im jeweiligen Job aufrechterhalten, es wird kostspieligen Neubesetzungen aufgrund eines gesundheitlich bedingten Ausscheidens vorgebeugt, und nicht zuletzt steigen Jobzufriedenheit, Betriebsklima und Loyalität zum Unternehmen.

## **1.2. Ausrichtung der Arbeit**

Dies alles führt zu zahlreichen Fragen, von denen einige in gewissen Aspekten hier beleuchtet werden sollen. Insbesondere diese: Welche Jobs sind es denn nun, in denen die Zahl derer, die aufgrund nicht genuin körperlicher Beschwerden vorzeitig ausscheiden, besonders hoch ist? Gibt es bestimmte Berufe, in denen Arbeitnehmer eher aufgrund psychischer Erkrankungen in Frühpension gehen?

Um hierauf eine Antwort oder zumindest eine Annäherung daran in Form einer Überprüfung von Hypothesen zu finden, sind Daten auf breiter Ebene vonnöten, die eine Verknüpfung von Antritten zu einer Pension, die vor dem entsprechenden gesetzlichen Regelalter erfolgt, mit dem von der jeweiligen Person zuvor ausgeübten Beruf beinhalten. Daten, die diese Information beinhalten, existieren allerdings für Österreich nicht. Dementsprechend muss hier auf eine Analyse der zentralen Frage in Bezug auf die Gesamtsituation in Österreich verzichtet werden. Stattdessen wird in Kapitel 3 eine eingehende Betrachtung der grundlegenden Situation hinsichtlich psychisch bedingter Frühpensionierung sowie der entsprechenden Rahmenbedingungen, etwa die rechtlichen Änderungen der vergangenen Jahre betreffend, vorgenommen. Anschließend werden Hypothesen

---

<sup>10</sup> Barthélémy, A. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

<sup>11</sup> Vgl. Lang 2015, S. 98f.

vorgestellt, von denen die sich die ersten beiden mit dem Unterschied zwischen Männern und Frauen beschäftigt, die letzte bezieht sich dann tatsächlich auf eine Berufsgruppe, nämlich die der sozialen Berufe. Dazu werden internationale Informationen herangezogen.

### **1.3. Begriffsklärung**

Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Begriffe Frühpension bzw. vorzeitige Pension aufgrund psychischer Erkrankung auf die Invaliditätspension (IP bzw. früher IV) gemäß §254 ASVG. Sie ist von der Berufsunfähigkeitspension (BU) abzugrenzen (§271 ASVG), die im Gegensatz zur generellen Berufsunfähigkeit nur auf jene im erlernten Beruf abstellt. Beide "Frühpensionen krankheitshalber"<sup>12</sup> gehen mit dem Erreichen des gesetzlichen Regelpensionsalters (für Männer 65 Jahre, für Frauen 60 Jahre, ab 01. 01. 2024 schrittweise Angleichung an jenes der Männer)<sup>13</sup> in die Alterspension gemäß § 253 ASVG über, wird also ab diesem Zeitpunkt jeweils statistisch nicht mehr gesondert erfasst.

Von einer dezidierten Erörterung der einzelnen psychischen Krankheiten wird hier bewusst abgesehen. Grundsätzlich umfassen sie die unter Kapitel V des ICD-10, dem von der WHO herausgegebenen Diagnoseklassifikationssystem der Medizin, subsummierten Erkrankungen „Psychische und Verhaltensstörungen“.<sup>14</sup> Burnout zum Beispiel zählt nicht dazu, weil es keine eigene Erkrankung für sich darstellt, sondern als Überbegriff für das gemeinsame Auftreten diverser Symptome fungiert. Diese sind nicht allgemeingültig definiert, können aber etwa massive Erschöpfungszustände, resultierend aus einem Gefühl der Überforderung, und Apathie, mitunter auch Depression oder verschiedene andere affektive oder zum Beispiel ebenso neurotische Störungen beinhalten.<sup>15</sup> Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff einer eigenständigen Krankheit meistens gleichgesetzt, wodurch er in der medialen Berichterstattung eingesetzt wird,

---

<sup>12</sup> PV, *Zahlen und Daten*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016

<sup>13</sup> Vgl. PV, *Erhöhtes Eintrittsalter für Frauen*. Letzter Zugriff 28. 08. 2016.

<sup>14</sup> Vgl. WHO 2016.

<sup>15</sup> Vgl. Pschyrembel Online, Burnout-Syndrom. Letzter Zugriff 05. 09. 2016.

weshalb er auch hier gelegentlich Verwendung findet. Für das ICD-10 stellt er eine Zusatzdiagnose dar.<sup>16</sup>

## 2. Methodik

Ursprünglich sollte in dieser Arbeit eine Analyse vorgenommen werden, aus der hervorgeht, in welchen Berufen es in Österreich vermehrt vorkommt, dass Arbeitnehmer aus psychischen Gründen vorzeitig eine Form der Pension in Anspruch nehmen, um dies dann mit Ergebnissen von Untersuchungen aus anderen Ländern weltweit zu vergleichen und somit zu etwaigen Gemeinsamkeiten bzw. Unterschieden zu gelangen und zu versuchen, diese Erkenntnissen zu erklären. Wie bereits erwähnt ist dies allerdings aufgrund der Datenlage in diesem Land nicht möglich, da sich daraus keine Rückschlüsse zu einem Zusammenhang zwischen Art der zuerkannten Pension und dem davor ausgeübten Beruf ableiten lassen, nachdem zwischen diesen beiden Bereichen in der Erfassung keine Verbindung besteht. Die Angabe des Berufs ist „für die Gewährung einer Pension nicht ausschlaggebend und auch aus der Aktenlage nicht immer erkennbar“ und stellt deshalb beim Pensionsantrag eine freiwillige Angabe dar, und so ist „in knapp unter 2/3 der Neuzugänge keine Berufsgruppe gespeichert“<sup>17</sup>. Auch in einer späteren Zusammenführung oder Auswertung wird ein entsprechender Zusammenhang nicht generiert. Diesen Umstand hat auch das Institut für Höhere Studien im Rahmen einer von diesem durchgeführten Untersuchung entsprechend kommentiert: „Darüber hinaus wäre eine bessere Datenlage wünschenswert. Das österreichische Gesundheitswesen setzt stark auf Planung, schafft jedoch kaum versorgungsrelevante Daten, die für eine Evaluierung erfolgversprechender Maßnahmen und die Kapazitätsplanung eingesetzt werden könnten.“<sup>18</sup> Eine vorhergehende Studie des Instituts stellt zwar auf die Branchenzugehörigkeit ab<sup>19</sup>, für die Analyse hinsichtlich ausgeübter Berufe geht diese Klassifizierung allerdings nicht tief genug. Die hierfür verwendete Arbeitsmarktdatenbank beinhaltet hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit der

---

<sup>16</sup> Vgl. ICD-10, Z93.

<sup>17</sup> Rohshap, G., Email vom 05. 09. 2013.

<sup>18</sup> IHS, Presseaussendung, *IHS Studie: Immer mehr psychisch bedingte Invaliditätspensionen in Österreich*, 22. 02. 2016. Letzter Zugriff 03. 09. 2016.

<sup>19</sup> Vgl. Heil 2011.

erfassten Personen auch nur Angaben zur Wirtschaftsklasse bzw. das Beitragskonto sowie die Arbeitsmarktposition in den jeweiligen Beschäftigungen und nicht den tatsächlich ausgeübten Beruf.<sup>20</sup> Eine Studie der Donau-Universität Krems in Zusammenarbeit mit dem Institut für Wirtschaftsforschung bemängelte in einer Studie für die Arbeiterkammer Wien über die durch die Arbeit entstehenden psychischen Belastungen und daraus resultierende gesundheitliche Beschwerden ebenfalls die Datenlage hierzu in Österreich und nannte sie „lückenhaft“.<sup>21</sup> Eine ökonometrische Analyse, die eine entsprechend detailliert Behandlung der Frage nach den Zusammenhängen zwischen ausgeübtem Beruf und psychischen Erkrankungen bzw. einem daraus resultierenden vorzeitigen Antritt der Pension erlaubte, ist somit nicht möglich.

Die Bearbeitung der Hypothesen erfolgt somit über die vorhandenen Daten der entsprechenden österreichischen öffentlichen Institutionen, insbesondere des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (SV) sowie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), und davon in Auftrag gegebene bzw. von diesen selbst oder in Zusammenarbeit mit diesen erstellte Studien. Weiters wird ein Vergleich mit anderen Ländern hergestellt, zu denen Informationen verfügbar sind. Übersetzungen englischer Texte stammen dabei vom Autor selbst.

## **3. Österreich**

### **3.1. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen**

„Psychische Leiden treiben Menschen in die Pension“<sup>22</sup> – Schlagzeilen wie diese, wenn auch nicht immer in einer solchen etwas reißerischen Aufmachung, tauchen in ähnlicher Form mit einer gewissen Regelmäßigkeit in den Medien auf und sind mit Hinter- und Beweggründe für das Thema und somit Entstehen dieser Arbeit. Um das angesprochene Phänomen ausreichend analysieren zu können ist es auch notwendig, die Situation rund um psychische Erkrankungen grundlegend zu betrachten und sich die Rahmenbedingungen anzusehen, die zu dieser Form des

---

<sup>20</sup> Nemecek-Tomschy, N., Telefonat vom 05. 09. 2016.

<sup>21</sup> Biffi 2011, S. VIII.

<sup>22</sup> Wiener Zeitung Online 22. 02. 2016. Letzter Zugriff 03. 09. 2016.

Ausscheidens aus dem Erwerbsleben führen. Dazu gehört zuerst einmal eine Darlegung, wie es um das Vorkommen derartiger gesundheitlicher Probleme bestellt ist.

### **3.1.1. Volkswirtschaftliche Kosten**

Die Dimension der Situation bewegt sich schon allein finanziell betrachtet in einer Größenordnung, die eine nähere Betrachtung rechtfertigt, wie eine Auflistung der Kosten der öffentlichen Hand aus dem Jahr 2009 aufzeigt: „Die Ausgaben der Krankenversicherung ohne Spitäler bewegen sich damit zwischen 510 und 560 Mio. Euro jährlich, mit steigender Tendenz. Fast die Hälfte dieser Summe wird für Medikamente ausgegeben. Dazu kommen rund 280 Mio. jährlich, die in den Spitälern für die Behandlung psychischer Erkrankungen aufgewendet werden müssen. In Summe bedeutet dies, dass jährlich in Österreich zwischen 790 und 850 Mio. Euro für psychisch erkrankte Menschen ausgegeben werden (Krankenbehandlung, Anstaltspflege und Krankengeld). Hinzu kommen noch die Kosten der Pensionsversicherung für Berufsunfähigkeitspensionen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen.“<sup>23</sup> Darin nicht enthalten sind wie gesagt Aufwendungen, die betroffene Personen zusätzlich zu tragen haben, wie etwa den Selbstbehalt bei den Medikamenten oder die den Kostenzuschuss übersteigenden Honorare bei psychotherapeutischer Behandlung durch einen Wahlarzt oder eine Wahlärztin.

Die OECD bezifferte die gesamten Kosten, also die direkten im Gesundheitssektor zusammen mit den indirekten wie Sozialleistungen, Jobverlust oder auch geringere Leistungsfähigkeit und Produktivität in der Arbeit, für 2010 mit 3,6% des BIP, was im Durchschnitt aller OECD-Länder liegt. Bei einem BIP von €339,9 Milliarden<sup>24</sup> wären dies für Österreich für 2015 etwa €12,24 Milliarden. Weltweit werden die gesamten wirtschaftlichen Belastungen, die durch psychische Erkrankungen ausgelöst werden, auf rund 1,15 Billionen US Dollar geschätzt. Den indirekten Kosten wird hierbei ein Anteil von mehr als der Hälfte zugerechnet, die

---

<sup>23</sup> SV, SGKK 2011, S. 7.

<sup>24</sup> Statistik Austria 2016. Letzter Zugriff 06. 09. 2016.

direkten medizinischen Kosten betragen 36% sowie die direkten nicht-medizinischen 11%.<sup>25</sup>

Das stetig vermehrte Auftreten an psychischen Erkrankungen und der damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten lässt sich besonders gut an den Krankenständen aufzeigen. Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Krankenstände von 2008 – 2014, kategorisiert nach Krankheitsgruppen. Die psychischen und Verhaltensstörungen befinden sich in Gruppe V, und hier ist über die Jahre ein stetiges Steigen der Fälle zu beobachten, ihr Anteil an der Gesamtheit steigerte sich von knapp über 22 auf 28,6 Krankenstände pro 1000 ArbeitnehmerInnen. Damit nimmt dieser Grund des Fernbleibens von der Arbeit zwar nur den achten Rang unter den Häufigkeiten ein, und das von den Fallzahlen her gesehen mit deutlichem Abstand zu den Gruppen an oberen Ende dieser Reihung, bemerkenswert ist allerdings die Steigerung von fast 29 Prozent innerhalb dieses Zeitraums, während andere bedeutende Auslöser merklich zurückgingen.

Erfasster Personenkreis: Alle Angestellten und Arbeiter, -innen (ohne pragmatisierte Bedienstete)  
Absence from work due to illness since 2008 per 1 000 employees by causes

| Krankheitsgruppen                                      | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    |
|--------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Insgesamt                                              | 1.174,1 | 1.193,4 | 1.188,7 | 1.240,3 | 1.224,2 | 1.211,4 | 1.147,9 |
| I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten     | 134,5   | 126,5   | 168,7   | 187,5   | 186,0   | 183,0   | 172,6   |
| II. Neubildungen                                       | 10,7    | 10,5    | 10,7    | 10,6    | 10,6    | 10,0    | 10,3    |
| III. Krankheiten des Blutes                            | 0,7     | 0,6     | 0,6     | 0,7     | 0,8     | 0,8     | 0,8     |
| IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten  | 6,0     | 5,8     | 6,1     | 6,1     | 4,8     | 4,6     | 4,6     |
| V. Psychische und Verhaltensstörungen                  | 22,2    | 22,3    | 25,0    | 27,4    | 28,4    | 27,3    | 28,6    |
| VI. Krankheiten des Nervensystems                      | 18,4    | 18,3    | 20,3    | 21,1    | 23,9    | 22,7    | 24,0    |
| VII. Krankheiten des Auges                             | 10,4    | 10,1    | 11,2    | 11,1    | 11,3    | 11,4    | 11,4    |
| VIII. Krankheiten des Ohres                            | 10,5    | 10,5    | 11,4    | 11,1    | 11,1    | 10,7    | 10,4    |
| IX. Krankheiten des Kreislaufsystems                   | 26,3    | 24,9    | 25,7    | 25,5    | 25,0    | 23,4    | 22,3    |
| X. Krankheiten des Atmungssystems                      | 463,6   | 518,3   | 432,1   | 449,9   | 433,3   | 460,9   | 406,4   |
| XI. Krankheiten des Verdauungssystems                  | 57,8    | 53,9    | 59,6    | 61,4    | 63,2    | 60,1    | 61,4    |
| XII. Krankheiten der Haut                              | 13,9    | 12,9    | 13,7    | 14,1    | 14,3    | 13,3    | 13,5    |
| XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems           | 167,3   | 157,0   | 169,9   | 173,7   | 175,0   | 161,3   | 163,2   |
| XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems                 | 26,8    | 26,9    | 28,5    | 28,3    | 29,5    | 28,3    | 28,9    |
| XV. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett                | 10,9    | 10,7    | 11,3    | 11,6    | 11,8    | 11,2    | 11,3    |
| XVI. Best. Zustände mit Ursprung i.d. Perinatalperiode | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,0     | 0,1     | 0,1     | 0,1     |
| XVII. Angeborene Fehlbildungen                         | 0,9     | 0,9     | 0,9     | 0,9     | 0,9     | 0,9     | 1,0     |
| XVIII. Symptome und abnorme klinische u. Laborbefunde  | 56,3    | 56,1    | 62,0    | 66,8    | 66,6    | 63,9    | 64,8    |
| XIX. Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen       | 128,7   | 118,0   | 120,9   | 121,8   | 117,7   | 108,1   | 103,3   |
| Übrige Ursachen                                        | 4,9     | 5,9     | 6,0     | 6,5     | 6,0     | 5,5     | 5,3     |
| Diagnose nicht feststellbar                            | 3,4     | 3,5     | 3,9     | 4,0     | 4,0     | 3,9     | 3,9     |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Datenbasis: Alle im Berichtsjahr abgeschlossenen, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen ärztlich bestätigten Krankenstandsfälle (ohne normal verlaufene Entbindungen). - Erfasster Personenkreis: Alle Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeiter (ohne pragmatisierte Bedienstete). Die Zahl der Erwerbstätigen ist ab dem Jahr 2000 ohne Präsenzdienster und Kinderbetreuungsgeld-Bezieher/innen erfasst (rückwirkende Bereinigung).

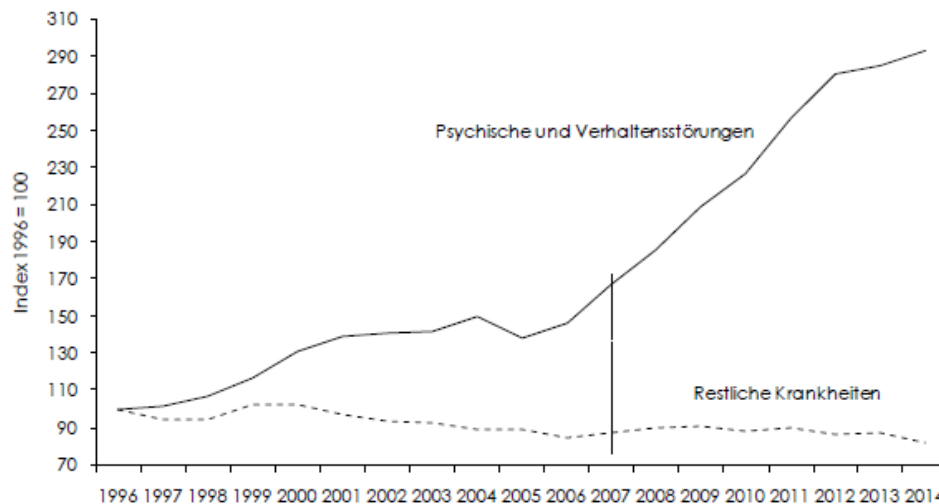
**Tabelle 1** Krankenstandsfälle auf 1.000 Erwerbstätige seit 2008 nach Krankheitsgruppen<sup>26</sup>

Vor allem ist eine andere Dimension in diesem Zusammenhang von noch größerer Bedeutung, die Dauer der Krankenstände ist bei derartigen Fällen nämlich

<sup>25</sup> OECD 2015, S. 22.

<sup>26</sup> Statistik Austria 2015, S. 340.

überdurchschnittlich hoch, sie liegt im Durchschnitt bei rund 38,7 Tagen, gegenüber 10,3 Tagen über alle Krankheitsgruppen gesehen. Somit verursachen psychische und Verhaltensstörungen bei einem Anteil von 2,5% an den Krankenstandsfällen 9,4% der Krankenstandstage.<sup>27</sup> Dies illustriert auch die Entwicklung dieser Krankheitsgruppe im Vergleich zum allgemeinen Trend:



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

**Abbildung 1** Entwicklung der psychischen Krankheiten in Krankenstandstagen pro Kopf, Quelle: SV, WIFO-Berechnungen<sup>28</sup>

Das allein einer geänderten Diagnosepraxis zuzuschreiben greift zu kurz: „Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der Ärzte, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden.“<sup>29</sup> Hierbei sei erwähnt, dass mit der entsprechenden Entscheidung in erster Linie die praktischen Ärzte/innen befasst sind: „68 % der Psychopharmaka werden von AllgemeinmedizinerInnen erst-verschrieben. Das

<sup>27</sup> Vgl. Leoni 2015, S. 47f.

<sup>28</sup> Leoni 2015, S. 51.

<sup>29</sup> Ebenda.

bedeutet, dass die Diagnose psychischer Erkrankungen zu einem sehr großen Anteil bei den Hausärzten/ärztinnen liegt.“<sup>30</sup>

### 3.1.2. Häufigkeit der Erkrankungen und Entwicklung

Fasst man die Daten zu Medikamenten, stationären Aufenthalten in diversen Krankenhäusern und Therapiezentren sowie Krankenständen zusammen, so wurden 2009 rund 900.000 Menschen aufgrund psychischer Leiden medizinisch betreut.<sup>31</sup> „Rund ein Drittel dieser Gruppe muss als schwerer erkrankt beschrieben werden.“<sup>32</sup> Im österreichischen Mikrozensus vom 4. Quartal 2007 waren unter der Zusammenfassung „Nervliche oder psychische Probleme“ 2,5% der Bevölkerung in Privathaushalten als dauerhaft Beeinträchtigte erfasst worden.<sup>33</sup> Tabelle 2 zeigt die Verteilung der diversen Erkrankungen in der Bevölkerung im Erwerbsalter nach ausgewählten demographischen Aspekten:

|                              | chronische<br>Angststörungen | Depressionen | andere<br>nervliche/psychische<br>Probleme |
|------------------------------|------------------------------|--------------|--------------------------------------------|
| im Erwerbsalter<br>allgemein | 1,8%                         | 3,4%         | 2%                                         |
| Vollendetes Alter<br>55-64   | 2,4%                         | 6,2%         | 3%                                         |
| Männer                       | 1,4%                         | 2,7%         | 2%                                         |
| Frauen                       | 2,3%                         | 4,1%         | 2,1%                                       |
| Pflichtschule                | 3%                           | 5,2%         | 3%                                         |
| Lehre/BMS                    | 1,7%                         | 3,4%         | 2%                                         |
| Höhere Schule,<br>Hochschule | 1,1%                         | 2,1%         | 1,3%                                       |

**Tabelle 2** Personen mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden, Quelle: Statistik Austria<sup>34</sup>

<sup>30</sup> SV, SGKK 2011, S. 8.

<sup>31</sup> Vgl. SV, SGKK 2011, S. 5.

<sup>32</sup> SV 2012, S. 4.

<sup>33</sup> Vgl. Leitner 2008, S. 1133.

<sup>34</sup> Auszug aus Statistik Austria 2013, S. 48f.

Sie verdeutlicht, dass die Verteilung über die verschiedenen Bevölkerungsgruppen hinweg keineswegs gleichmäßig ist. Frauen weisen prinzipiell entschieden höhere Werte auf als Männer, und mit steigendem Bildungsniveau ist ein Sinken der Erkrankungsrate festzustellen. Darüber hinaus sind mit zunehmendem Alter wesentlich mehr Menschen von psychischen Erkrankungen betroffen, ältere Personen, die das Erwerbsalter bereits überschritten haben, sind in dieser Aufstellung allerdings nicht mehr erfasst. Eine höhere Zahl in dieser Bevölkerungsgruppe kann allerdings auch mit der grundsätzlich gestiegenen Lebenserwartung in Verbindung gebracht werden.<sup>35</sup>

Insgesamt bedeuten diese Zahlen einen deutlichen Anstieg innerhalb der Jahre davor, der sich vor allem bei den leichteren Erkrankungen zeigte: „Während die stationären Aufenthalte um 1,5 % mehr wurden, stieg die Medikamentenverschreibung um 17 % in einem Zeitraum von zwei Jahren“<sup>36</sup>, womit die Verschreibungen bei Psychopharmaka beinahe dreimal so stark stiegen wie bei den Medikamenten insgesamt.<sup>37</sup> In den Jahren 2013 und 2014 übertrafen die beiden Gruppen der psychisch stimulierenden sowie der psychisch hemmenden Heilmittel zusammengefasst nach Anzahl der Verordnungen die an sich verordnungstärkste Kategorie der blutdruckregulierenden Mittel und gehörten zu den therapeutischen Untergruppen, die in dieser Zeit ansteigende Verordnungen verzeichneten.<sup>38</sup> Die OECD spricht von einer drastischen Steigerung bei Krankenständen und Sozialleistungen aufgrund Arbeitsunfähigkeit, die jeweils psychischen Erkrankungen zuzuschreiben sind, im Verlauf der letzten 20 Jahre.<sup>39</sup> Für Ersteres wurde dies auch bereits in Tabelle 1 abgebildet.

Im europäischen Kontext (EU plus Island, Norwegen und Schweiz) hat eine Studie aus dem Jahr 2011 den Anteil jener, die innerhalb eines Jahres von psychischen Störungen betroffen sind, auf 38,2 Prozent der Gesamtbevölkerung geschätzt. Allerdings betrachtete sie sowohl psychiatrische wie auch neurologische Diagnosen, ging also über den Bereich der in den vorherigen Zahlen erfassten psychischen Erkrankungen hinaus, indem sie etwa auch Demenz berücksichtigte. Verglichen mit einer früheren Untersuchung hat sie seit dem Jahr 2005 allerdings

---

<sup>35</sup> Wittchen 2011, S. 665.

<sup>36</sup> SV, SGKK 2011, S. 6.

<sup>37</sup> Vgl. ebenda.

<sup>38</sup> Vgl. Statistik Austria 2015, S. 73.

<sup>39</sup> Vgl. OECD 2015, S. 11.

keinen Anstieg der Erkrankten verzeichnet, hier bezogen auf eine kleinere Gruppe von Krankheiten (27.4% 2005 gegenüber 27.1% 2011).<sup>40</sup>

### **3.2. Rechtliche Rahmenbedingungen**

Mitunter werden richtige und notwendige Maßnahmen auch aus anderen als jenen Gründen gesetzt, welche diese Schritte eigentlich gebieten würden. So auch, als vom österreichischen Gesetzgeber unter dem Schlagwort „Rehabilitation vor Pension“ eine Reform im Umgang mit Personen eingeleitet wurde, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Umstände, sowohl körperlicher als auch psychischer Natur, nicht bzw. nicht mehr am Arbeitsprozess teilzunehmen imstande sind. Diese Änderungen wurden im Rahmen des Sozialrechtsänderungsgesetzes (SRÄG) 2012 durchgeführt und machten aus bisherigen künftigen Berufsunfähigkeits- bzw. InvaliditätspensionistInnen RehageldbezieherInnen. Im Rahmen einer gesundheitlichen Rehabilitation sollen sie wieder in die Lage versetzt werden, am Arbeitsprozess teilzunehmen und in ihren alten Beruf zurückkehren, oder eine entsprechende Neuorientierung vornehmen. Diese Reform war allerdings nicht aus Sorge um die gesundheitliche Situation der Betroffenen oder der Steigerung der Möglichkeiten ihrer Reaktion in den Arbeitsmarkt initiiert worden, sondern entsprang schlicht der Geldnot im heimischen Pensionssystem, welche durch ein Zurückdrängen der Frühpension gelindert werden sollte. Richtig umgesetzt sind diese Maßnahmen allerdings dazu angetan, dass auch die Betroffenen selbst in hohem Maße davon profitieren, indem einerseits der akute Zustand direkt durch die Rehabilitation, andererseits ebenso indirekt über die Erhaltung oder – zumindest teilweise – Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verbessert wird. Arbeit gilt medizinisch in mehrfacher Hinsicht, etwa durch ihr sinnstiftendes Element oder die dadurch gegeben Struktur, als entscheidend für die Gesundheit eines Menschen, gerade was die Psyche anbelangt, im Besonderen für jene, die ihre Möglichkeit an der Teilnahme dieses Prozesses verlieren. „Die intensive Wechselwirkung zwischen Arbeitserfolg und geistiger Gesundheit ist wesentlich bei der Reintegration. Zudem dient regelmäßige Arbeit als tagesstrukturierendes

---

<sup>40</sup> Vgl. Wittgen 2011, S. 666.

Element und Anlass sozialer Interaktion, sind positive Arbeitserfolge Quelle von Selbstwert, und stellt Arbeit an sich Teilhabe an der Gesellschaft dar.“<sup>41</sup>

Seit 01. 01. 2014 gilt somit die IP-Neu. Einen Anspruch auf Invaliditätspension hat der oder die Versicherte seitdem nur dann, wenn

- davon auszugehen ist, dass aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustands diese Invalidität dauerhaft vorliegt,
- Rehabilitationsmaßnahmen nicht zweckmäßig oder zumutbar sind,
- die gesetzliche Wartezeit verstrichen ist sowie
- die Voraussetzungen für eine gesetzliche Alterspension, abgesehen von der Korridorpension, nicht gegeben sind.<sup>42</sup>

„Eine befristete Gewährung der Pension kommt für ab 1.1.1964 geborene Versicherte nicht mehr in Betracht. Ergibt die medizinische Untersuchung, dass Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit vorübergehend mindestens sechs Monate andauert, wird abhängig von medizinischen oder beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation ein Rehabilitationsgeld bzw. ein Umschulungsgeld gewährt.“<sup>43</sup>

Dadurch soll sichergestellt werden, dass dieser Zugang zu einer vorzeitigen Pension nur mehr dann gewährt wird, wenn eine weitere Teilhabe am Berufsprozess aller Voraussicht nach auf Dauer ausgeschlossen werden kann, ansonsten sind alle Möglichkeiten, durch rehabilitative Maßnahmen die Berufsfähigkeit des oder der Betroffenen weiterhin zu erhalten bzw. wiederherzustellen, auszuschöpfen. „Ziel des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 ist es daher, in Umsetzung des Regierungsprogramms und des Regierungsbeschlusses vom 6. März 2012 gesundheitlich beeinträchtigten Menschen durch berufliche und medizinische Maßnahmen der Rehabilitation eine längere Erwerbstätigkeit zu ermöglichen, anstatt sie vorzeitig in Invaliditätspension zu schicken.“<sup>44</sup> Um eben dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ durch ein stärkeres Augenmerk auf Vermeidung bzw. Beseitigung von Invalidität und der damit einhergehenden Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit als unter den

---

<sup>41</sup> Czypionka 2016, S. 4.

<sup>42</sup> Vgl. Jusline 2016, §254 ASVG. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>43</sup> PV, *Zahlen und Daten*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>44</sup> Sauer 2013, S. 2.

vorhergehenden gesetzlichen Regelungen gerecht zu werden.<sup>45</sup> Für die Dauer dieser Maßnahmen erhalten die Betroffenen je nach jeweiliger Situation Rehabilitationsgeld, bestimmt für „Personen, die krankheitsbedingt ihren Beruf nicht mehr ausüben können und für die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zurzeit nicht zweckmäßig sind“<sup>46</sup>, bei vorübergehender Berufsunfähigkeit, wenn man also nur seinen gelernten Beruf nicht ausüben kann, aber ansonsten arbeitsfähig ist, Umschulungsgeld, das meist mit Maßnahmen zur Um- bzw. Höherqualifizierung einhergeht.<sup>47</sup> „Das Umschulungsgeld und die Möglichkeit der Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation erhalten allerdings nur Personen mit Berufsschutz“<sup>48</sup>. Für Menschen ohne diesen mit grundsätzlicher Arbeitsfähigkeit gibt es dann Übergangsgeld, wobei sich die Zuständigkeiten bezüglich der Varianten zwischen Pensions-, Krankenversicherung sowie Arbeitsmarktservice aufteilen.<sup>49</sup>

Die IP-Neu ersetzt die bisherige befristete Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension für ab dem 01. 01. 1964 geborene Versicherte, nachdem für diese grundsätzlich nur mehr die unbefristete Variante zum Tragen kommt; die befristete krankheitsbedingte Frühpension läuft somit in den nächsten Jahren aus und soll dann gänzlich abgeschafft werden. Deshalb gilt „[e]in Antrag auf Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitspension [...] automatisch auch als Antrag auf Rehabilitation.“<sup>50</sup> Zu beachten ist dabei, dass diese Neuerungen nicht nur für potentielle Neuzugänge gelten: „Solche Maßnahmen können auch für Pensionisten und Pensionistinnen im ‚erwerbsfähigen Alter‘ getroffen werden, wenn dadurch die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann.“<sup>51</sup> Invaliditätspension wird also, wie bereits erwähnt, nur noch gewährt, wenn ein derartiger Zustand dauerhaft vorliegt, sprich sich durch entsprechende Maßnahmen nicht eine ausreichende Arbeitsfähigkeit wiederherstellen lässt, oder Rehabilitation bzw. Umschulung als entweder nicht zweckmäßig oder dem/der Betroffenen nicht zumutbar angesehen werden.

---

<sup>45</sup> Vgl. PV, *Berufliche Rehabilitation*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>46</sup> Lankmayer 2014, S. 36.

<sup>47</sup> Vgl. Lankmayer 2014, S. 37.

<sup>48</sup> Lankmayer 2014, S. 38.

<sup>49</sup> Vgl. PV, *Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension*, 2016, S. 4f, 17.

<sup>50</sup> BMASK 2015b, S. 15.

<sup>51</sup> Ebenda.

Die Neuregelung ist in mehrfacher Hinsicht von entscheidender Bedeutung, sowohl für die Betroffenen selbst als auch hinsichtlich der Gründe, weshalb sie getroffen wurde: „Der Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit, Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Beruf ist sehr eng. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, je früher Menschen im erwerbsfähigen Alter aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden (oder gar nicht erst einsteigen) bzw. je länger BezieherInnen von Invaliditätspension aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden, desto schwieriger und geringer ist die Wahrscheinlichkeit für eine (Wieder-)Eingliederung in einen Beruf, der bei psychischen Erkrankungen allerdings von entscheidender Bedeutung für eine positive Rehabilitation sein kann, und umso teurer der Rehabilitationsprozess bzw. die anfallenden Pensionsleistungen.“<sup>52</sup>

### **3.3. Invaliditätspensionen**

#### **3.3.1. Allgemein**

Ein schlechter Gesundheitszustand ist einer der wesentlichen Determinanten eines vorzeitigen Pensionsantritts, und je schlechter es hier um Arbeitnehmer bestellt ist, umso eher streben sie einen früheren Abschied aus dem Arbeitsleben an.<sup>53</sup> Die Änderungen im Pensionsrecht, die als IP-Neu bezeichnet werden, wurden eingeführt, um einen Bereich hintanzuhalten, dem bei den Pensionszuerkennungen immer größere Bedeutung zuteilwurde. Lag der Anteil der Invaliditätspensionen an den Pensionsneuzugängen 1996 noch bei knapp 16%<sup>54</sup>, betrug er 2005 stattliche 38,1%. Diese Rate sank in den Jahren danach aufgrund diverser Reformen allerdings kontinuierlich.

---

<sup>52</sup> Cypionka 2016, S. 4.

<sup>53</sup> Vgl. Henkens 2010, S. 307.

<sup>54</sup> Vgl. Obermayr 2009, S. 196.

## PENSIONSZUERKENNUNGEN

| ZUERKENNUNGEN                         | Frauen + Männer |        |        |        |        |        |        |         |
|---------------------------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
|                                       | 2005            | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   | 2014/15 |
| <b>DIREKTPENSIONEN gesamt (IP+AP)</b> | 81.971          | 94.515 | 91.385 | 91.097 | 93.658 | 81.417 | 70.792 | -13,1%  |
| <b>INVALIDITÄTSPENSIONEN</b>          | 31.224          | 29.593 | 27.969 | 27.446 | 24.116 | 19.980 | 15.398 | -22,9%  |
| <b>ALTERSPENSIONEN</b>                | 50.747          | 64.922 | 63.416 | 63.651 | 69.542 | 61.437 | 55.394 | -9,8%   |
| <b>davon normale Alterspensionen</b>  | 21.637          | 26.422 | 26.399 | 27.540 | 31.042 | 30.953 | 32.615 | 5,4%    |
| davon Langzeitversicherte             | 0               | 25.694 | 23.540 | 22.778 | 25.827 | 17.255 | 9.436  | -45,3%  |
| davon Schwerarbeitspensionen          | 0               | 700    | 1.087  | 1.141  | 1.395  | 2.754  | 4.220  | 53,2%   |
| davon Korridor pensionen              | 0               | 4.851  | 5.239  | 5.657  | 5.877  | 6.321  | 6.064  | -4,1%   |
| davon vorzeitige Alterspensionen      | 29.110          | 7.255  | 7.151  | 6.535  | 5.401  | 4.154  | 3.059  | -26,4%  |

**Tabelle 3** Zeitreihe Pensionszuerkennungen, Quelle: BMASK<sup>55</sup>

Die IP-Neu war also nur die jüngste in einer Reihe von Änderungen. Anhand der Rückgänge in den Zuerkennungen zu den Invaliditätspensionen über die Jahre 2013 – 2015 aus Tabelle 3 lässt sich erkennen, dass sie wiederum zu einem deutlichen Sinken der Zahlen geführt hat, die Anzahl bei den Invaliditätspensionen ist nämlich mehr als doppelt so stark zurückgegangen als jene bei den Alterspensionen. Für die Zukunft ist allerdings eine Abschwächung dieses Trends zu erwarten: „Der Rückgang bei den Invaliditätspensionen wird sich ab dem Jahr 2016 verlangsamen, weil zu diesem Zeitpunkt der Stand an befristeten Pensionen durch die Überführung in die Rehabilitation zum größten Teil abgebaut ist.“<sup>56</sup>

Deutliche Unterschiede sind auch beim Pensionsantrittsalter zu erkennen, das bei der Invaliditätspension naturgemäß merklich unter jenem der Alterspension liegt, 2014 betrug dieser Unterschied 54,7 Jahre bei ersterer im Gegensatz zu 61,2 Jahren bei der Alterspension. Auch hier ist ein stetiges Steigen zu verzeichnen (2000: 50, 8 zu 59,4 Jahren).<sup>57</sup> Dies ist zu einem Gutteil auf die Einführung der IP-Neu Anfang 2014 zurückzuführen, denn durch die Änderungen fallen kontinuierlich Bezieher von befristeten Invaliditätspensionen weg, die gemeinhin relativ jung

<sup>55</sup> Auszug aus BMASK, OPIS, *Zeitreihen. Zuerkennungen*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>56</sup> BMASK, 2015a, S. 7.

Hinweis: Angenommen wurde nur der erste Teil des Gutachtens. Teil II, dem dieses Zitat entstammt, wurde in der Sitzung am 27. November 2015. abgelehnt. Aussagekraft für die weitere Entwicklung der Invaliditätspensionen besitzt der zitierte Satz nach Ansicht des Autors dennoch.

<sup>57</sup> Vgl. BMASK, OPIS, *Zeitreihen. Zugangsalter*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

sind.<sup>58</sup> Bei den Neuzugängen zu den RehabilitationsgeldbezieherInnen 2015 bezog deutlich weniger als die Hälfte zuvor keine derartige Pension.<sup>59</sup> Gestiegen ist auch die Ablehnungsquote bei den Neuzuerkennungen in der Invaliditätspension, von 2013 bis 2015 gibt es hier einen deutlichen Sprung: Lag sie 2013 bei 57,5%, betrug sie im Jahr darauf 62,2% und letztlich sogar 65,8%.<sup>60</sup> Auch das eine Folge der Reform und die damit einhergehenden Verschärfungen, vor allem das Setzen von Rehabilitationsmaßnahmen vor einer Gewährung der Pension.

Insgesamt ist allerdings der Anteil der Invaliditätspensionen an der Gesamtzahl eher gering. Erfolgt 2015 21,75% der Neuzuerkennungen unter diesem Titel (s. Tabelle 3), waren im Juli 2016 bei einer Gesamtzahl von fast 2,3 Millionen Pensionen 7,7% dieser Pensionsart zuzuordnen.<sup>61</sup> Dies ergibt sich allerdings aus dem Übergang von der Invaliditäts- in die Alterspension bei Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters, hier wirkt sich insbesondere die Regelung des geringeren Antrittsalters für Frauen entscheidend aus.

Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass sich viele der Änderungen in den Werten wohl nur aus Verschiebungen innerhalb des Sozialsystems ergeben und somit nur statistischer Natur sind. Im Jahr 2015 gingen – bei einem Jahresendstand von 13.465 Personen – auch nur 1290 Menschen mit einer Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation in einem Ausmaß aus dem neuen System hervor, das die Voraussetzungen herstellte, wieder in den Arbeitsprozess einzutreten, wobei unklar ist, ob das auch gelang. Eine größere Anzahl, nämlich 1.508, trat aus dem Bezug des Rehabilitationsgelds in die Invaliditätspension über.<sup>62</sup> Eine tatsächliche Beurteilung der getroffenen Änderungen kann daher erst nach einiger Zeit stattfinden, wie auch die zuständigen Stellen immer wieder betonen.

### **3.3.2. Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen**

Betrachtet man nun die Invaliditätspensionen selbst genauer, so ist zu erkennen, dass innerhalb dieser Gruppe die psychischen Erkrankungen eine stetig

---

<sup>58</sup> Vgl. SV 2016, S. 23.

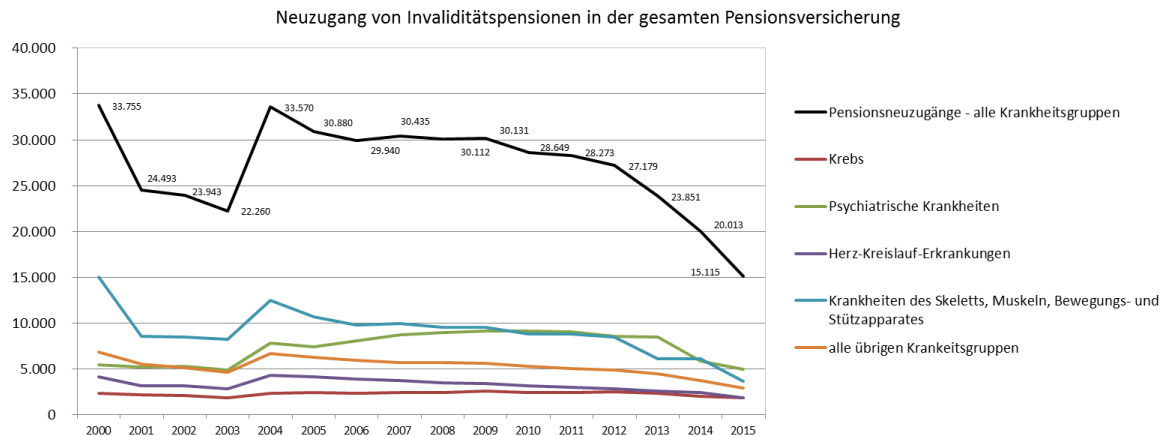
<sup>59</sup> Vgl. BMASK 2016a, S. 11.

<sup>60</sup> Vgl. BMASK, OPIS, *Zeitreihen. Ablehnungsquoten*. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>61</sup> Vgl. BMASK 2016b, S. 2.

<sup>62</sup> Vgl. Baldinger 2016. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

bedeutender werdende Rolle einnehmen. Zwar waren „[i]m Gegensatz zu den Vorjahren [...] 2014 nicht die psychiatrischen Erkrankungen (5.856 Fälle) die häufigste Ursache für Neuzugänge an Invaliditätspensionen, sondern die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (6.070 Fälle)“<sup>63</sup>, dies hat sich im Jahr darauf aber bereits wieder geändert, wie in Abbildung 2 zu sehen.



**Abbildung 2** Neuzugänge in Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen – Zeitreihe, Quelle: BMASK<sup>64</sup>

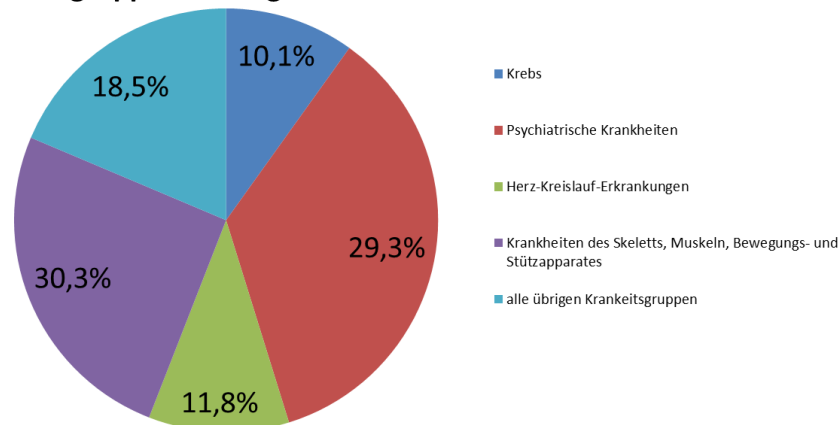
Bereits 2010 haben psychiatrische Krankheiten die Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bewegungs- und Stützapparates als häufigste Krankheitsgruppe, nach denen Invaliditätspensionen zuerkannt werden, abgelöst. Lagen diese beiden Gruppen anfangs noch in etwa gleichauf in der Zahl der Betroffenen, war der Unterschied 2013 bereits deutlich, was sich nach dem kurzfristigen anderweitigen Ausschlag im Folgejahr danach wieder fortsetzte.

Die Verschiebung der Anteile der jeweiligen Erkrankungskategorien in den beiden letzten Jahren soll mit den beiden folgenden Grafiken noch verdeutlicht werden.

<sup>63</sup> Statistik Austria 2015, S. 54.

<sup>64</sup> BMASK, OPIS, *Invalidität. Neuzugänge nach Krankheitsgruppen – Zeitreihe*. Letzter Zugriff 10. 05. 2016.

### Erstmalige Neuzuerkennungen von Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen in der gesamten PV 2014

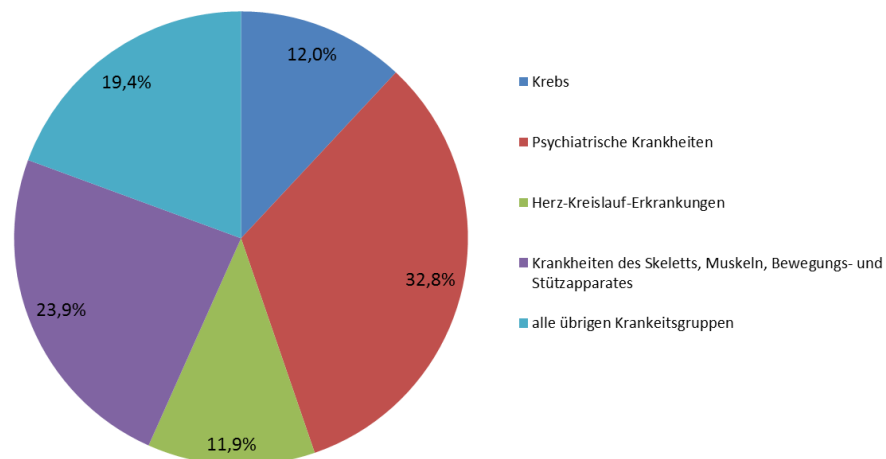


Quelle: Hauptverband, Jahresstatistik. Eigene Darstellung

Summe der Zuerkennungen 2014: 20.013

**Abbildung 3** Neuzugänge in die Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen 2014, Quelle: SV, BMASK<sup>65</sup>

### Erstmalige Neuzuerkennungen von Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen in der gesamten PV 2015



Quelle: Hauptverband, Jahresstatistik. Eigene Darstellung

Summe der Zuerkennungen 2015: 15.115

**Abbildung 4** Neuzugänge in die Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen 2015, Quelle: SV, BMASK<sup>66</sup>

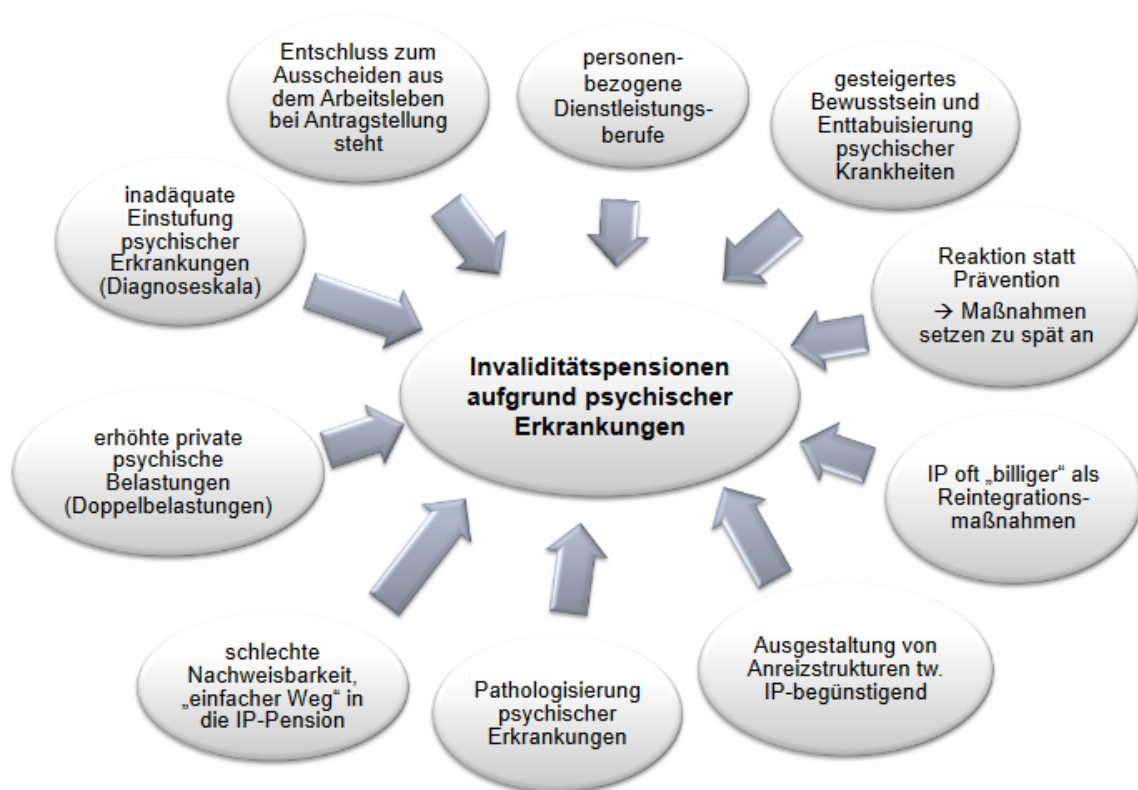
Der – erneute – Wechsel zwischen den beiden dominierenden Gruppen ist hier klar zu erkennen, die psychiatrischen Krankheiten stellen den mit Abstand häufigsten Grund für die Zuerkennung einer Invaliditätspension dar. Zu sehen ist allerdings auch, dass die restlichen Erkrankungstypen ebenfalls in ihren jeweiligen Anteilen auf Kosten der lange vorherrschenden Kategorie zugelegt haben. Eine Erklärung dafür wäre, dass die Rehabilitationsmaßnahmen im neuen System den größten Erfolg bei diesbezüglichen gesundheitlichen Problemen bewirken, also bei

<sup>65</sup> BMASK, OPIS, *Invalidität. Neuzuerkennungen nach Krankheitsgruppen*. Zugriff vom 09. 12. 2015.

<sup>66</sup> BMASK, OPIS, *Invalidität. Neuzuerkennungen nach Krankheitsgruppen*. Zugriff vom 10. 05. 2016.

Krankheiten, die Skelett, Muskeln, etc. betreffen, eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder eine Abwendung dauerhafter Invalidität und damit eine Wiedereingliederung in Arbeitsmarkt in stärkerer Weise schaffen als bei den anderen Krankheitsgruppen. Dabei ist aber gerade beim Vergleich mit den psychiatrischen Krankheiten zu beachten, dass diese in der Regel eine wesentlich längere Behandlungsdauer aufweisen. Was sich auch darin widerspiegelt, dass über 70% der Rehabilitationsgeld-Bezieher in diese Kategorie fallen<sup>67</sup>, ein Anteil, der deutlich über der Rate bei den Zuerkennungen zur Pension liegt.

Die Gründe für den Anstieg können durchaus als vielfältig betrachtet werden.



**Abbildung 5** Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen, Quelle: IHS<sup>68</sup>

Diese Grafik aus der Arbeit von Czipionka et al. 2015 wurde anhand von ExpertInneninterviews erstellt. Die Invaliditätspension kann nach der IP-Neu allerdings mit Sicherheit nicht mehr so leicht als der „einfache Weg“ dargestellt werden, was auch die rückläufigen Neuzugänge belegen; selbiges trifft auf die Ausgestaltung der Anreizstrukturen zu - außer, man betrachtet das von der Seite der damit befassten öffentlichen Institutionen, hier liegt wahrscheinlich schon ein

<sup>67</sup> Vgl. Baldinger 08. 02. 2016. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

<sup>68</sup> Czipionka 2016, S. 15.

Interesse dahingehend, die Problematik im Pensionssystem unterzubringen. Nähere Aufmerksamkeit verdienen daher sicher die Punkte zu Reaktion statt Prävention, eine am österreichischen Gesundheitssystem immer wieder geäußerte Kritik, sowie die damit in Zusammenhang stehende Auffassung, dass eine Invaliditätspension die billigere Variante für die öffentliche Hand darstellt, was aber wohl bei längerfristiger Betrachtung nicht aufrechterhalten werden kann. Im selben Kontext wäre auch die innere Kündigung von Erwerbstätigen zu einem potentiellen Pensionsantritt hin zu verorten, auch in diesem Fall könnten über die Prävention geeignete Maßnahmen gesetzt werden. Neben gestiegenen beruflichen Anforderungen wird auch die „Doppelbelastung“ durch das Privatleben erwähnt, was ein immer wieder angeführter Gedanke ist. Die Enttabuisierung des Themas hat das seine dazu beigetragen, dass auch die Hemmschwelle gesunken ist, einen derartigen Antrag zu stellen und sich damit unter Umständen einem Öffentlichwerden der eigenen gesundheitlichen Probleme zu stellen. Zusammenhängend zu betrachten sind auch die als inadäquat bezeichnete Einstufung und die sogenannte Pathologisierung psychischer Erkrankungen, nachdem beide mit der Praxis in der ärztlichen Diagnose zu tun haben. Hier wird auch Zweifel daran geäußert, dass der Anstieg an Krankheitsfällen ein tatsächlicher ist: „Einige der befragten ExpertInnen zweifeln daran, dass es zu einem Anstieg von psychischen Erkrankungen gekommen ist, sondern glauben an eine Pathologisierung von psychischen Erkrankungen, also einer zunehmenden Diagnose als krankhafter Zustand auch bisher schon bestehender psychischer Eigenheiten.“<sup>69</sup>

Mit dem hohen Anteil an psychischen Erkrankungen im Bereich der Invaliditätspension steht Österreich übrigens nicht allein dar, sondern dieser Umstand zeigt sich auch auf weltweiter Ebene. „Laut ExpertInnenauskunft stieg in Australien die Zuerkennungsrate von Invaliditätspensionen (disability support pension) aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen Juni 2006 und 2015 von 26,8 auf 32,5%“.<sup>70</sup> In Deutschland lag der Anteil 2014 bei 43%<sup>71</sup>, und auch in der Schweiz ist eine vergleichbare Größenordnung feststellbar, hier sticht vor allem der Anteil der Jungen ins Auge, bei den bis maximal Dreißigjährigen beziehen

---

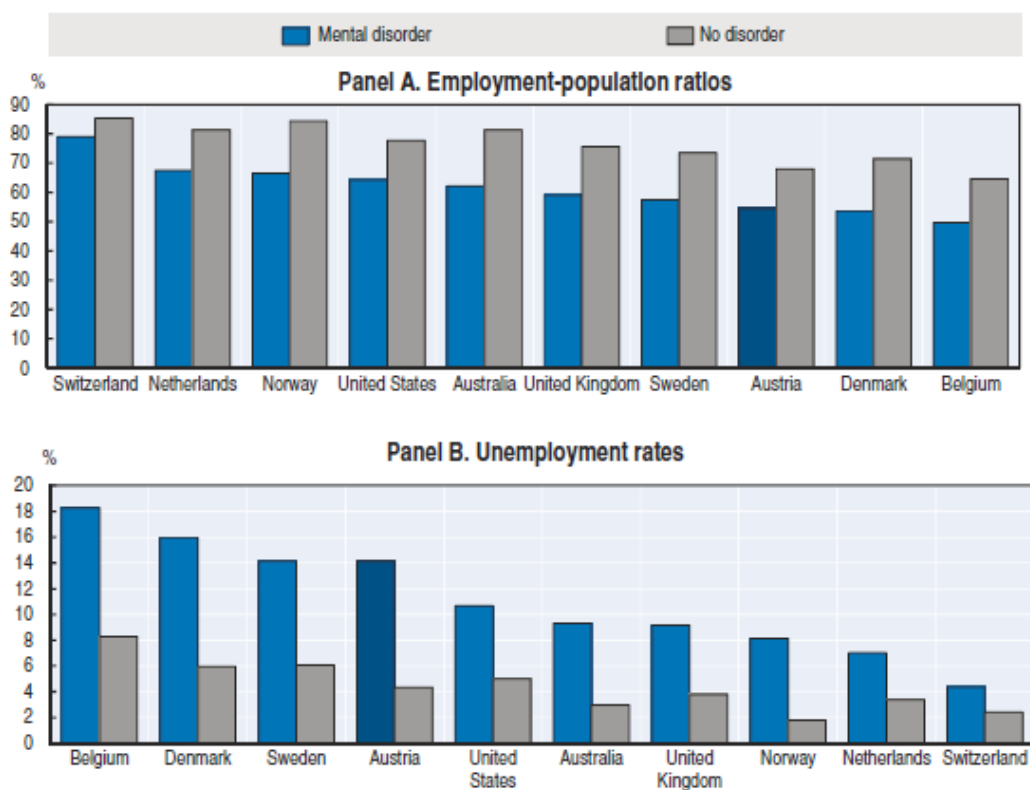
<sup>69</sup> Cypionka 2016, S. 14.

<sup>70</sup> Cypionka 2016, S. 4.

<sup>71</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung 2015, S. 57.

zwei Drittel aus diesem Grund eine Invalidenrente.<sup>72</sup> Und auch in Norwegen wurde 2011 ein Drittel der Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Ursachen zuerkannt.<sup>73</sup>

In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass zumindest bis zu den neuesten Änderungen insbesondere für Menschen mit psychischen Problemen unter Umständen die Invaliditätspension auch als Mittel genutzt wurde, einen früheren Übertritt von der Arbeitslosigkeit in den Ruhestand zu ermöglichen. Die Arbeitslosigkeit bei Betroffenen ist gerade in Österreich überdurchschnittlich hoch, wie auch die OECD in ihrem Gesundheitsbericht konstatiert, aus dem Abbildung 6 entnommen ist. Die Studie liefert noch einen weiteren Anhaltspunkt: “Die Arbeitslosigkeit unter der gering qualifizierten Bevölkerung ist hoch, einer Gruppe, in der psychisch beeinträchtigte Menschen höchst überrepräsentiert sind“<sup>74</sup>.



**Abbildung 6** Beschäftigungs- und Arbeitslosenraten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, Quelle: OECD<sup>75</sup>

<sup>72</sup> Vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2015, S. 47.

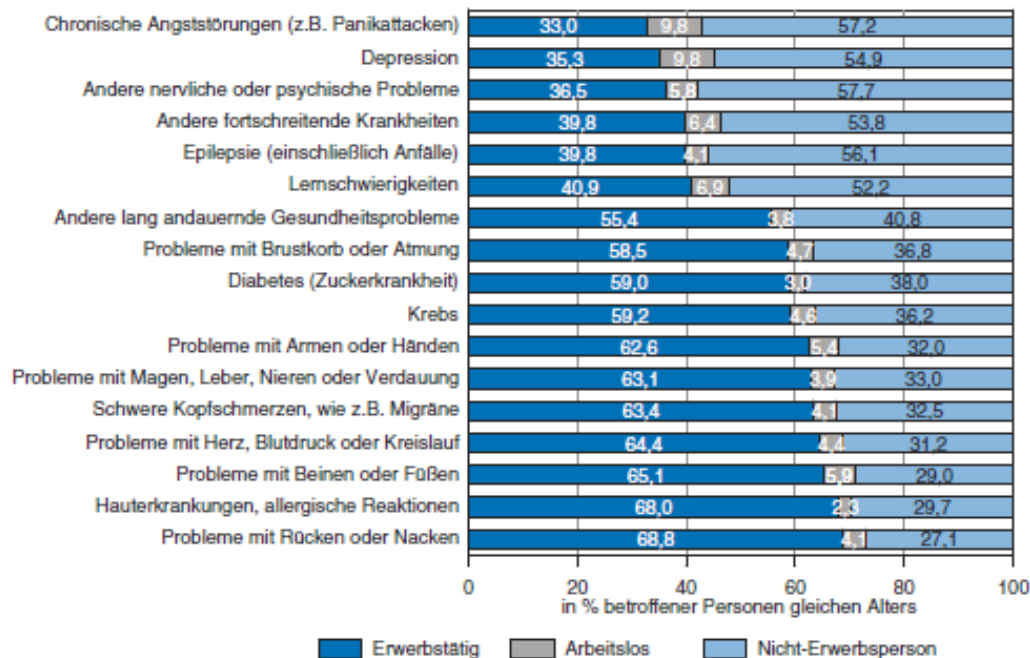
<sup>73</sup> Vgl. Czypionka 2016, S. 37.

<sup>74</sup> Vgl. OECD 2015, S. 26.

<sup>75</sup> OECD 2015, S. 26.

Das gleiche Bild entsteht auch, wenn man die Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigten in Österreich nach den Erkrankungsgruppen aufschlüsselt.

Personen im Erwerbsalter mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden nach Erwerbsstatus (altersstandardisierte Quoten)<sup>76</sup>



Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2011 "Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen". - Bevölkerung in Privathaushalten. - Hochgerechnete Zahlen. - Stichprobenfehler und Konfidenzintervalle im Anhang. - ( ) Werte mit weniger als hochgerechnet 15.000 Personen sind stark zufallsbehaftet. - (x) Werte mit weniger als 6.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar. Standardbevölkerung = Jahresdurchschnittsbevölkerung 2011. - \*) Internationale Definition des Erwerbsstatus, ILO-Konzept.

**Abbildung 7** Personen im Erwerbsalter mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden nach Erwerbsstatus, Quelle: Statistik Austria<sup>76</sup>

Hier ist zu sehen, dass die Teilnahme am Arbeitsprozess bei Menschen mit solcherart bedingten gesundheitlichen Einschränkungen auch im Vergleich zu Personen mit anderen Erkrankungen deutlich geringer ausfällt. In den diversen Bereichen psychischer Diagnosen ist nur bis etwas mehr als ein Drittel der Betroffenen erwerbstätig, allerdings ist jeweils deutlich mehr als die Hälfte davon auch nicht arbeitslos, sondern zählt zu den Personen außerhalb der Erwerbstätigkeit, befindet sich also etwa in Pension.

Daten, die eine derartige Vermutung stützten, sind naturgemäß außerordentlich schwer bis nicht zu erhalten, schon gar nicht in einer Form, die eine seriöse Analyse zuließe. Es würde sich allerdings mit dem Umstand decken, dass auch

<sup>76</sup> Statistik Austria 2013, S. 23.

über alle Krankheitsgruppen hinweg Neuzugänge zur Invaliditätspension zu einem jeweils großen Teil aus der Arbeitslosigkeit oder dem Krankenstand erfolgen.

|                        | Anzahl Neuzugänge |        | Antrittsalter |           | Δ      |
|------------------------|-------------------|--------|---------------|-----------|--------|
|                        | 2014              | 2015   | 2014          | 2015      |        |
| Invaliditätspension    |                   |        |               |           |        |
| aus Erwerbstätigkeit   | 26%               | 22%    | 55 J 10 M     | 56 J 7 M  | 8,7 M  |
| aus Krankengeld        | 34%               | 41%    | 53 J 2 M      | 53 J 4 M  | 2,5 M  |
| aus Arbeitslosigkeit   | 35%               | 32%    | 54 J 3 M      | 55 J 7 M  | 15,9 M |
| Neuzugang Inland ASVG* | 12.413            | 15.640 | 54 J 7 M      | 54 J 2 M  | 5,0 M  |
| Alterspension          |                   |        |               |           |        |
| aus Erwerbstätigkeit   | 66%               | 64%    | 60 J 4 M      | 60 J 10 M | 6,3 M  |
| aus Krankengeld        | 1%                | 2%     | 60 J 8 M      | 61 J 0 M  | 4,0 M  |
| aus Arbeitslosigkeit   | 18%               | 18%    | 60 J 9 M      | 61 J 2 M  | 4,3 M  |
| Neuzugang Inland ASVG  | 44.818            | 38.510 | 60 J 7 M      | 60 J 11 M | 4,2 M  |
| Direkt pensionen       |                   |        |               |           |        |
| aus Erwerbstätigkeit   | 56%               | 54%    | 59 J 10 M     | 60 J 5 M  | 7,7 M  |
| aus Krankengeld        | 10%               | 11%    | 54 J 0 M      | 54 J 4 M  | 3,9 M  |
| aus Arbeitslosigkeit   | 22%               | 21%    | 58 J 2 M      | 59 J 2 M  | 11,7 M |
| Neuzugang Inland ASVG  | 60.458            | 50.923 | 58 J 11 M     | 59 J 5 M  | 5,5 M  |

\* Da Daten zum Status vor Pensionsantritt lediglich für den Pensionsneuzugang ASVG im Inland vorliegen wurden die Fallzahlen auf die sich die Stichprobe bezieht separat dargestellt.

**Tabelle 4** Durchschnittliches Antrittsalter nach Status vor Pensionsantritt – ASVG, Quelle: BMASK<sup>77</sup>

Die Änderungen zwischen den beiden Jahren hinsichtlich der Zugänge aus den beiden erwähnten Status ließen sich entsprechend dahingehend interpretieren, dass erkrankte Personen nicht mehr anstelle der Arbeitslosigkeit in Pension geschickt werden, sondern dem neuen Rehabilitationssystem zugewiesen werden und von dort dann aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Belege dafür fehlen allerdings: “Die Korrelation der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen mit verfügbaren Arbeitsplätzen (Beschäftigungsvolumen) sowie dem Bevölkerungsalter scheint aufgrund der getätigten Beobachtungen nahe liegend, kann jedoch aufgrund der Datenlage derzeit nicht untermauert werden und bedarf zur Hypothesenüberprüfung einer näheren Untersuchung.”<sup>78</sup> Diese Annahme wurde zwar in Bezug auf die regionale Verteilung von aus psychischen Erkrankungen resultierenden Invaliditätspensionen überlegt, ein Andenken aus anderen Gesichtspunkten erscheint aber durchaus ebenso interessant.

<sup>77</sup> BMASK 2016a, S. 19.

<sup>78</sup> SV, SGKK 2011, S. 33.

## 4. Psychische Erkrankungen und Beruf

### 4.1. Allgemein

Wie angesprochen sind für Österreich zwar keine Daten vorhanden, die Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zwischen einer Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung zuließen, aber zumindest auf Ebene der Wirtschaftsklassen sind ein paar Informationen verfügbar. So zeigen Heil et al. etwa auf, dass die Personen im Schnitt von den letzten fünf Jahren vor dem Zugang in die Pension nur etwa zwei Drittel (bei befristeter Invaliditätspension sogar noch deutlich weniger) der Zeit überhaupt noch im Erwerbsprozess stehen<sup>79</sup>, was sich auch mit den Angaben in der letzten Grafik deckt. Und auch Unterschiede zwischen den Branchen konnten festgestellt werden: „Bestimmte Branchen, wie etwa ÖNACE N – „Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen“ (Männer rund 60 %) oder I – „Beherbergung und Gastronomie“ (Männer rund 55 %), weisen besonders hohe Anteile an Erstzugängen in Invaliditäts-/ Berufsunfähigkeitspension auf. In anderen Branchen dagegen, etwa ÖNACE D – „Energieversorgung“ oder ÖNACE K – „Finanz- und Versicherungsdienstleistungen“, beträgt der Anteil von Übertritten in IP lediglich knapp über 10 %. In diesen Branchen dominieren Übertritte in vorzeitige Alterspension.“<sup>80</sup> Generell ist „im Dienstleistungsbereich (Abschnitte G - N und P - S der ÖNACE 2008) ist der Anteil von psychiatrischen Krankheiten höher“, was angesichts der bereits angesprochenen geänderten Ausrichtung des Sektors hin zu deutlich mehr Personenbezogenheit und Informationsbasiertheit und des damit gestiegenen Leistungs- sowie Zeitdrucks ein zu erwartendes Ergebnis darstellt. Allerdings ist angesichts der Ausweitung dieses Sektors über die letzten Jahrzehnte und der Entwicklung hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft, welche die wirtschaftliche Ausrichtung der sogenannten „Industrienationen“ völlig verändert hat, gerade hier ein derart breites Spektrum an Berufen gegeben, dass eine weitere Differenzierung in diese Richtung nicht nur hochinteressant, sondern im Hinblick auf ein Verständnis der Umstände, die zu der Entstehung psychischer Erkrankungen führen, sondern wohl auch geboten wäre.

---

<sup>79</sup> Vgl. Heil 2013, S. 16f.

<sup>80</sup> Ebenda, S. i.

Dass „jene Branchen mit hohem Anteil an ZugängerInnen mit psychiatrischen Krankheiten hohe Anteile an Befristungen der Invaliditäts-/ Berufsunfähigkeitspension“<sup>81</sup> aufweisen, kann wohl in der Natur der Erkrankungen sowie damit zusammenhängend deren Behandlung verortet werden, wodurch sich diese für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit eignen, wenn auch ein längerer Zeitraum dafür vonnöten sein kann als bei anderen Beschwerden. Dies zeigt allerdings auch, dass gerade in diesem Bereich das Entstehen von Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität durch gezielten Einsatz entsprechender präventiver Maßnahmen hintangehalten werden könnte – ein Gewinn für den oder die Einzelnen wie auch für die öffentliche Hand.

Die Erkenntnisse hinsichtlich der Branchen tragen auch einen Teil zur Grundlage bei, auf der trotz fehlender spezifischer Daten Überlegungen zu den einzelnen Berufen angestellt werden können.

## **4.2. Geschlecht**

### **4.2.1. Hypothese**

„Frauen und Männer unterscheiden sich oft deutlich in Bezug auf psychische Erkrankungen.“<sup>82</sup> Eine Erkenntnis weitab jeglicher Klischees, denn in diesem Bereich sind merkliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennbar, nicht nur, was Gehirnstruktur oder hormonell bedingte Verhaltensweisen betrifft, sondern eben ganz klar auch hinsichtlich des Auftretens unterschiedlicher Krankheitsbilder: „In der Psychiatrie haben wir viele Erkrankungen, die jeweils bei Frauen und Männern viel häufiger sind, wie etwa Angststörungen und Depressionen bei Ersteren oder Suchterkrankungen und Autismus bei Letzteren“<sup>83</sup>. Und das deshalb, weil, so haben Forscher der Medizinischen Universität Wien in einem vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützten Projekt festgestellt, „sich die Geschlechtsidentität im Gehirn widerspiegelt“<sup>84</sup>, was wiederum Einfluss auf die Gehirnstruktur hat.

---

<sup>81</sup> Ebenda.

<sup>82</sup> MedUni Wien, 22. 08. 2016. Letzter Zugriff 26. 08. 2016.

<sup>83</sup> ebenda

<sup>84</sup> ebenda

Ein direkter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Gehirnaktivität also, der auch zur Folge hat, dass eine unterschiedliche Prävalenz für psychische Belastungen und Probleme und daraus resultierenden Leidensdruck und entsprechende Krankheiten besteht. Von hier ist es nur mehr ein kurzer Schritt zur Annahme, dass sich demzufolge auch Differenzen ergeben im Hinblick auf ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess vor diesem Hintergrund, sowie ebenfalls bei den Berufen, in denen diese Auswirkung auftritt, denn dass es ebenso eine geschlechtsspezifische Berufswahl gibt, ist bekannt. Womit wir uns hier mitten in der Frage der Kausalität befinden bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Berufen und Frühpension aus psychischen Gründen; denn sollte sich herausstellen, dass „typische Frauenberufe“ hier überrepräsentiert sind, deutet das entschieden auf Selbstselektion hin.

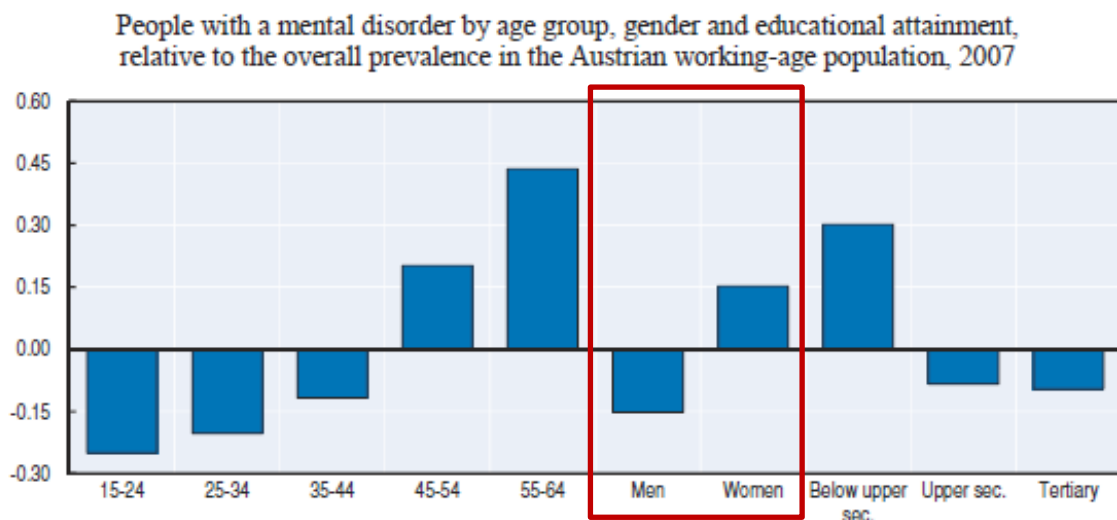
*H1: Bei Frauen ist der Anteil der Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen in Invaliditätspension gehen, höher als bei Männern.*

#### **4.2.2. Überprüfung**

In Österreich ist ein überproportionales Auftreten psychischer Erkrankungen bei Frauen gegenüber Männern eindeutig: „[Z]wei Drittel sind weiblich. Dieser Überhang von Frauen zeigt sich in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen.“<sup>85</sup> Ähnliches wird von der OECD konstatiert, wenn sie die Prävalenz für psychische Störungen anhand bestimmter Bevölkerungsgruppen aufschlüsselt.

---

<sup>85</sup> SV, SGKK 2011 S. 7.



**Abbildung 8** Prävalenz psychischer Störungen in Österreich nach Bevölkerungsgruppen, Quelle: OECD<sup>86</sup>

Dies wurde auch bereits bei den Personen mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden in Tabelle 2 auf Seite 12 dargelegt: Während der Anteil an Frauen mit anderen nervlichen oder psychischen Problemen nur leicht über jenem bei den Männern liegt, ist die Betroffenheit von chronischen Angststörungen und Depressionen jeweils um mehr als die Hälfte höher. Dies sind von ihren Auswirkungen her auch Erkrankungen, die besonders dazu angetan sind, eine Berufsunfähigkeit herbeizuführen. So wurden diese beiden gesundheitlichen Probleme bei weiblichen Erwerbstätigkeiten ebenso fast doppelt so oft durch die Arbeit ausgelöst, als dies beim anderen Geschlecht der Fall war, wie Tabelle 5 veranschaulicht. Erwähnenswert ist hier allerdings der Umstand, dass diese Zahlen auf Angaben der Betroffenen selbst und nicht auf ärztlichen Diagnosen beruhen, wodurch durchaus sein kann, dass Männer sich auf die Wiedergabe der Symptome konzentrierten, wohingegen Frauen eher eine Herangehensweise an den Tag legten, die deren psychosomatische Zusammenhänge erkennen ließen.

<sup>86</sup> OECD 2015, S. 24. Eigene grafische Hervorhebung.

|                                                                    | Insgesamt |      | Männer   |      | Frauen   |      |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|------|----------|------|----------|------|
|                                                                    | in 1.000  | in % | in 1.000 | in % | in 1.000 | in % |
| Erwerbstätige und früher Erwerbstätige insgesamt                   | 6.561,0   | -    | 3.282,0  | -    | 3.278,9  | -    |
| Erwerbstätige                                                      | 4.175,2   | -    | 2.237,2  | -    | 1.938,0  | -    |
| früher Erwerbstätige                                               | 2.385,8   | -    | 1.044,9  | -    | 1.340,9  | -    |
| Personen mit zumindest einem arbeitsbezogenen Gesundheitsproblem   | 1.021,2   | 15,6 | 532,9    | 16,2 | 488,2    | 14,9 |
| (Früher) Erwerbstätige mit mindestens einem Gesundheitsproblem     |           |      |          |      |          |      |
| Schwerstes arbeitsbezogenes Gesundheitsproblem                     |           |      |          |      |          |      |
| Knochen-, Gelenks-, Muskelprobleme (Rücken)                        | 329,1     | 32,2 | 179,8    | 33,7 | 149,3    | 30,6 |
| Knochen-, Gelenks-, Muskelprobleme (Nacken, Schulter, Arme, Hände) | 193,6     | 19,0 | 79,2     | 14,9 | 114,4    | 23,4 |
| Knochen-, Gelenks-, Muskelprobleme (Hüften, Beine, Füße)           | 166,3     | 16,3 | 96,6     | 18,1 | 69,8     | 14,3 |
| Stress                                                             | 57,9      | 5,7  | 27,9     | 5,2  | 30,0     | 6,1  |
| Andere Gesundheitsbeschwerden                                      | 50,7      | 5,0  | 28,3     | 5,3  | 22,4     | 4,6  |
| Depressionen, Angstzustände                                        | 49,8      | 4,9  | 18,1     | 3,4  | 31,7     | 6,5  |
| Atemprobleme, Lungeprobleme                                        | 44,6      | 4,4  | 30,2     | 5,7  | 14,4     | 2,9  |
| Herzkrankheit, Herzinfarkt, andere Herz-Kreislauf-Probleme         | 44,6      | 4,4  | 31,6     | 5,9  | 13,0     | 2,7  |
| Magen-, Leber-, Nieren-, Verdauungsbeschwerden                     | 22,1      | 2,2  | 8,9      | 1,7  | 13,2     | 2,7  |
| Probleme mit dem Gehör                                             | 15,8      | 1,5  | 12,1     | 2,3  | 3,6      | 0,7  |
| Infektionskrankheiten                                              | 15,5      | 1,5  | (x)      | (x)  | 9,9      | 2,0  |
| Überanstrengung, Ermüdung der Augen                                | 13,4      | 1,3  | (x)      | (x)  | 8,3      | 1,7  |
| Kopfschmerzen                                                      | 10,0      | 1,0  | (x)      | (x)  | 6,9      | 1,4  |
| Hautprobleme                                                       | 7,8       | 0,8  | (x)      | (x)  | (x)      | (x)  |

Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013 „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“. Hochgerechnete Zahlen; Jahresdurchschnitt 2013; Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 oder mehr Jahren; Erwerbstätige bzw. Nicht-Erwerbstätige, die früher erwerbstätig waren. – ( ) Werte mit weniger als hochgerechnet 15.000 Personen sind statistisch sehr stark zufallsbehaftet, also mit einem Stichprobenfehler von über  $\pm 33\%$ . – (x) Werte mit weniger als hochgerechnet 6.000 Personen sind statistisch nicht interpretierbar. – Rundungsdifferenzen nicht ausgeglichen.

**Tabelle 5** Arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme von Erwerbstätigen, Quelle: Statistik Austria<sup>87</sup>

Ähnliche Zahlen und entsprechend deutliche Unterschiede zeigt ein Blick in die Krankenstandsstatistik auf (s. Tabelle 6). Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen war bei beiden Geschlechtern beinahe gleich, die Anzahl der Fälle überstieg bei den Frauen jene der Männer aber um mehr als 60%.

Eine Studie basierend auf katalonischen Gesundheitsdaten kam zu dem Schluss, dass der Status mentaler Gesundheit bei Frauen, besonders durch die Doppelbelastung mit Beruf und Haushalt, unter langen Arbeitszeiten deutlich mehr leidet als jener von Männern.<sup>88</sup> Die Wahrscheinlichkeit, angesichts dieser zeitlichen Arbeitsbedingungen von Verschlechterungen der mentalen Gesundheit betroffen zu sein, lag bei Frauen sogar beinahe doppelt so hoch.<sup>89</sup>

<sup>87</sup> Statistik Austria 2015, S. 62.

<sup>88</sup> Vgl. Artazcoz 2007, S. 347.

<sup>89</sup> Vgl. Artazcoz 2007, S. 346.

Erfasster Personenkreis: Alle Angestellten und Arbeiter, -innen (ohne pragmatisierte Bedienstete)  
Absence from work due to illness in 2014 by causes and sex

| Krankheitsgruppe                                       | Krankenstandsfälle |                  |                  | Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen |             |             | Pro 1.000 Erwerbstätigen entfallende Tage |               |               |
|--------------------------------------------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------------------------------|-------------|-------------|-------------------------------------------|---------------|---------------|
|                                                        | zu-sammen          | männlich         | weiblich         | zu-sammen                                | männlich    | weiblich    | zu-sammen                                 | männlich      | weiblich      |
| <b>Alle Krankheitsgruppen</b>                          | <b>3.770.278</b>   | <b>1.959.501</b> | <b>1.810.777</b> | <b>10,3</b>                              | <b>10,4</b> | <b>10,2</b> | <b>12.332</b>                             | <b>11.951</b> | <b>12.781</b> |
| I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten     | 567.053            | 304.971          | 262.082          | 4,5                                      | 4,4         | 4,5         | 808                                       | 794           | 824           |
| II. Neubildungen                                       | 33.704             | 14.106           | 19.598           | 38,2                                     | 36,6        | 39,3        | 409                                       | 303           | 534           |
| III. Krankheiten des Blutes                            | 2.582              | 1.004            | 1.578            | 15,3                                     | 20,1        | 12,3        | 13                                        | 12            | 13            |
| IV. Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten  | 15.067             | 7.161            | 7.906            | 20,5                                     | 18,8        | 22,0        | 98                                        | 79            | 121           |
| V. Psychische und Verhaltensstörungen                  | 94.051             | 36.091           | 57.960           | 38,7                                     | 38,5        | 38,8        | 1.156                                     | 815           | 1.558         |
| VI. Krankheiten des Nervensystems                      | 78.688             | 30.330           | 48.358           | 9,4                                      | 10,6        | 8,7         | 235                                       | 188           | 291           |
| VII. Krankheiten des Auges                             | 37.401             | 20.379           | 17.022           | 7,9                                      | 8,0         | 7,7         | 94                                        | 96            | 91            |
| VIII. Krankheiten des Ohres                            | 34.290             | 18.037           | 16.253           | 8,4                                      | 8,5         | 8,4         | 92                                        | 90            | 94            |
| IX. Krankheiten des Kreislaufsystems                   | 73.190             | 37.198           | 35.992           | 19,4                                     | 23,9        | 14,6        | 450                                       | 523           | 365           |
| X. Krankheiten des Atmungssystems                      | 1.334.723          | 683.798          | 650.925          | 5,6                                      | 5,6         | 5,6         | 2.382                                     | 2.245         | 2.544         |
| XI. Krankheiten des Verdauungssystems                  | 201.561            | 102.850          | 98.711           | 7,7                                      | 8,5         | 6,9         | 493                                       | 511           | 471           |
| XII. Krankheiten der Haut                              | 44.347             | 26.713           | 17.634           | 11,1                                     | 11,7        | 10,2        | 156                                       | 183           | 125           |
| XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems           | 536.011            | 308.958          | 227.053          | 16,1                                     | 15,1        | 17,3        | 2.737                                     | 2.745         | 2.728         |
| XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems                 | 94.844             | 19.883           | 74.961           | 9,6                                      | 11,5        | 9,1         | 291                                       | 135           | 476           |
| XV. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett                | 37.238             | -                | 37.238           | 13,3                                     | -           | 13,3        | 157                                       | -             | 343           |
| XVI. Best. Zustände mit Ursprung i.d. Perinatalperiode | 191                | 58               | 133              | 14,6                                     | 16,6        | 13,7        | 1                                         | 1             | 1             |
| XVII. Angeborene Fehlbildungen                         | 3.144              | 1.469            | 1.675            | 18,7                                     | 18,7        | 18,7        | 19                                        | 16            | 22            |
| XVIII. Symptome u. abnorme klinische u. Laborbefunde   | 212.752            | 97.869           | 114.883          | 7,6                                      | 7,6         | 7,6         | 513                                       | 435           | 606           |
| XIX. Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen       | 339.446            | 235.379          | 104.067          | 19,3                                     | 19,4        | 19,2        | 2.087                                     | 2.681         | 1.384         |
| Übrige Ursachen                                        | 17.292             | 7.837            | 9.455            | 20,6                                     | 17,8        | 22,8        | 113                                       | 82            | 150           |
| Diagnose nicht feststellbar                            | 12.703             | 5.410            | 7.293            | 7,0                                      | 5,5         | 8,1         | 28                                        | 17            | 41            |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Datenbasis: Alle im Berichtsjahr abgeschlossenen, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen ärztlich bestätigten Krankenstandsfälle (ohne normal verlaufene Entbindungen); Krankenstandstage sind Kalendertage. - Erfasster Personenkreis: Alle Angestellten, Arbeiterinnen und Arbeiter (ohne pragmatisierte Bedienstete). Die Zahl der Erwerbstätigen ist ab dem Jahr 2000 ohne Präsenzdienere und Kinderbetreuungsgeld-Bezieher/innen erfasst (rückwirkende Bereinigung).

**Tabelle 6** Krankenstandsfälle und -tage 2014 nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Quelle: SV<sup>90</sup>

Folgt man hieraus, dass bei einem vermehrten Auftreten psychischer Erkrankungen auch mehr vorzeitige Pensionsantritte aus diesem Grund erfolgen, stellt dies eine Bestätigung für die angestellte Hypothese dar. Unberücksichtigt bleibt hier der Grad der Schwere der jeweiligen gesundheitlichen Problematik, aus den vorliegenden Daten lassen sich hierauf keine Schlüsse ziehen.

Allerdings muss man gar keine Spekulationen bemühen: „Während bei den Männern die Krankheiten des Muskel-Skelettsystems die häufigste Ursache für Frühpensionierungen waren (4.177 Fälle), waren bei den Frauen die psychischen Erkrankungen am häufigsten (2.824 Fälle).“<sup>91</sup> Auch im 2-Jahres-Vergleich in der folgenden Tabelle ist der Unterschied ersichtlich, 2013 war im Vergleich zu den anderen Gruppen der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen an den Neuzugängen der Frauen allerdings noch einmal deutlich höher.

<sup>90</sup> Statistik Austria 2015, S. 340.

<sup>91</sup> Ebenda, S. 54.

|                                          | Anzahl Neuzugänge<br>Jän.-Dez. |               |
|------------------------------------------|--------------------------------|---------------|
|                                          | 2013                           | 2014          |
| <b>Männer</b>                            |                                |               |
| Krebs                                    | 1.346                          | 1.166         |
| Psychiatrische Krankheiten               | 4.265                          | 3.032         |
| Nervenkrankheiten                        | 577                            | 513           |
| Herz- und Kreislauferkrankungen          | 2.034                          | 1.888         |
| Krankheiten des Skeletts, der Muskulatur | 4.404                          | 4.177         |
| sonstige Krankheiten                     | 2.450                          | 2.108         |
| <b>Invaliditätspension Gesamt</b>        | <b>15.076</b>                  | <b>12.884</b> |
| <b>Frauen</b>                            |                                |               |
| Krebs                                    | 1.011                          | 852           |
| Psychiatrische Krankheiten               | 4.160                          | 2.824         |
| Nervenkrankheiten                        | 422                            | 327           |
| Herz- und Kreislauferkrankungen          | 522                            | 477           |
| Krankheiten des Skeletts, der Muskulatur | 1.666                          | 1.893         |
| sonstige Krankheiten                     | 994                            | 756           |
| <b>Invaliditätspension Gesamt</b>        | <b>8.775</b>                   | <b>7.129</b>  |

**Tabelle 7** Neuzugang zur Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Quelle: BMASK<sup>92</sup>

Auch der Vergleich mit Deutschland bestätigt die Hypothese: „Demnach waren in Deutschland im Jahr 2014 bei Männern 36,8% der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf psychische und Verhaltensstörungen zurückzuführen, bei Frauen 49,5%.“<sup>93</sup>

Eine Überprüfung, ob diese Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern zumindest zum Teil auf Selbstselektion zurückzuführen sind, konnte angesichts zu geringer Differenzierung hinsichtlich der Berufe nicht vorgenommen werden.

### 4.3. Bildung

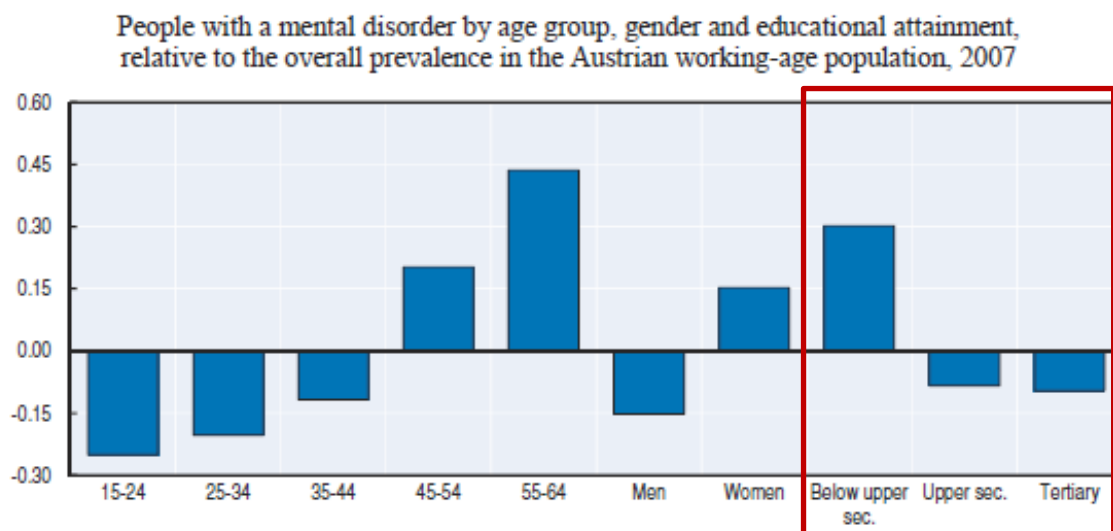
#### 4.3.1. Hypothese

Angesichts der ehemaligen Sicht auf Burnout als „Mangerkrankheit“ läge die Vermutung nahe, dass diese Erkrankung eher Menschen betrifft, die in Jobs tätig sind, welche ein gehobenes Bildungsniveau erfordern. Ebenso wäre naheliegend, verschiedenste Faktoren, die in derartigen Berufen auftreten, wie Budget- und/oder Personalverantwortung, ein breites Aufgabengebiet mit vielen

<sup>92</sup> Auszug aus BMASK, OMIS, *Pensionsneuzugang insgesamt zur IP nach Krankheitsgruppen (PV)*. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

<sup>93</sup> Czypionka 2016, S. 10.

unterschiedlichen Tätigkeiten, die zuweilen auch abstraktes Denken erfordern, die Pflicht zur ständigen Erreichbarkeit und ein höherer Anteil von geistiger als körperlicher Arbeit, als wahrscheinlicher dazu angetan anzusehen, psychische Probleme auszulösen, als Rahmenbedingungen, die in Berufen mit eher niedrigerem Bildungs- bzw. Ausbildungsgrad vorherrschen und vorrangig mit negativen körperlichen Konsequenzen in Verbindung gebracht werden. Die Daten sagen allerdings etwas anderes, wenn wir uns ansehen, mit welchen dauerhaften Gesundheitsbeschwerden Menschen zu kämpfen haben (vgl. Tabelle 2, S. 12): Der Anteil an Betroffenen von Angststörungen, Depressionen und anderen psychischen oder nervlichen Störungen sinkt ganz erheblich mit ansteigendem Bildungsniveau und liegt bei Pflichtschulabgängern mitunter knapp dreimal so hoch wie bei Absolventen von Einrichtungen des tertiären Bildungssektors. Ähnliche Angaben liefert auch die OECD.



**Abbildung 9** Prävalenz psychischer Störungen in Österreich nach Bevölkerungsgruppen, Quelle: OECD<sup>94</sup>

Während im niedrigsten Bildungsbereich eine deutliche Prävalenz vorliegt, sinkt diese schon beim Schritt in den nächsten Bildungssektor drastisch und im letzten Abschnitt noch weiter, in diesen beiden liegt sie unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.

Von daher kann die Hypothese nur lauten:

<sup>94</sup> OECD 2015, S. 24. Eigene grafische Hervorhebung.

*H2: Mit steigendem Bildungsniveau sinkt der Anteil an Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen in Invaliditätspension gehen.*

#### **4.3.2. Überprüfung**

Grundsätzlich stellt die OECD fest, dass Jugendliche mit schlechtem psychischem Zustand besonderen Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche unterworfen sind, besonders jene, die aus diesem Grund ihre schulische Ausbildung abbrechen.<sup>95</sup> Die daraus resultierende Situation endet nicht selten in der Verfestigung des Gesundheitszustands, was früher eine Frühpensionierung zur Folge hatte, heute aber über Rehabilitation zu lösen gesucht wird. Entsprechende Ergebnisse bleiben erst abzuwarten. Dieser Zusammenhang zwischen Bildung und Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung muss aber wohl als zu spezielles Beispiel betrachtet werden, um allgemeingültige Aussagen zu rechtfertigen. Eine finnische Studie liefert schon mehr Substanz, wenn sie Berufe mit einer Einschätzung der Depressivität in Zusammenhang stellt und konstatiert, dass der Anteil von sowohl Bauern als auch „Blue collar“-Arbeitnehmern, also ArbeiterInnen, mit steigender Depressions-Punktzahl ebenfalls gegenüber „White collar“-Arbeitnehmern, also Angestellten, steigt.<sup>96</sup> Dies vor dem Hintergrund, dass mentale Störungen der Hauptgrund für Invaliditätspensionen in Finnland geworden sind, und das vornehmlich durch eine zunehmende Zahl an Depressionen als Ursache dieser Invalidität, etwa einer Verdreifachung zwischen 1987 und 1995.<sup>97</sup> Auch eine zweite Untersuchung von den größtenteils selben WissenschaftlerInnen erklärt, dass die im Sample enthaltenen Personen, denen eine Invaliditätspension zugestanden wurde, einen geringeren Bildungsgrad aufwiesen als jene mit einer regulären Alterspension.<sup>98</sup> Der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Invalidität wurde als der stärkste unter den untersuchten Erkrankungsgruppen dargestellt.<sup>99</sup>

In Österreich steigt allerdings die Wahrnehmung von Leistungsdruck und Überbeanspruchung mit dem Bildungsniveau.

---

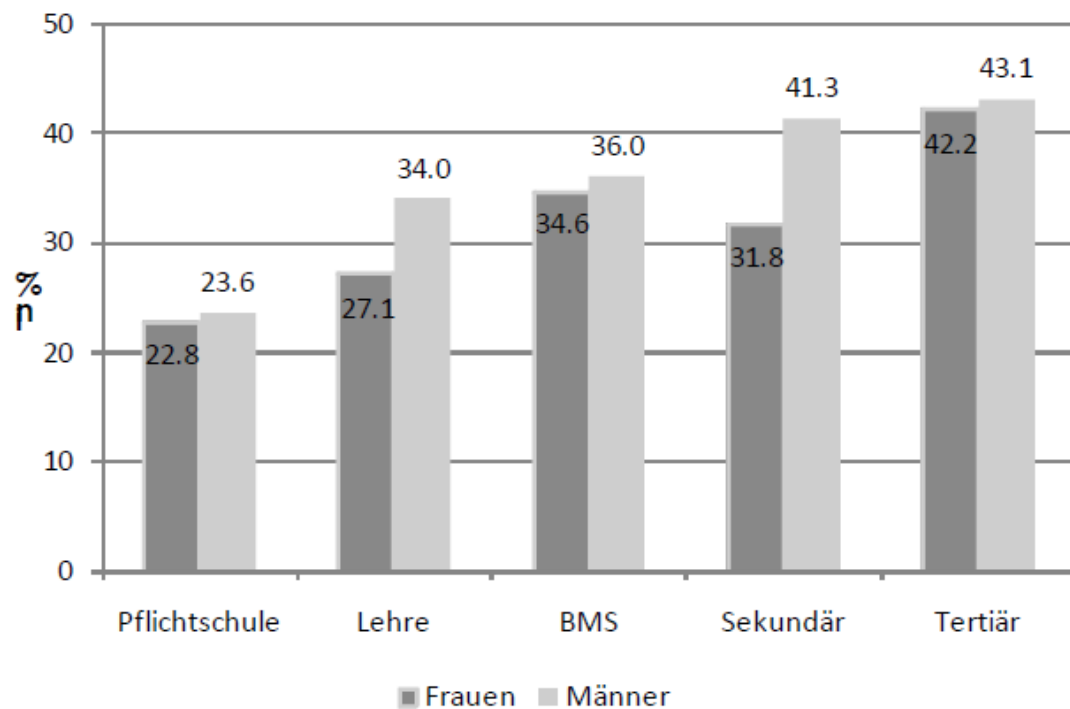
<sup>95</sup> OECD 2015, S. 18.

<sup>96</sup> Vgl. Karpansalo 2005, S. 71.

<sup>97</sup> Vgl. ebenda, S.70.

<sup>98</sup> Vgl. Karpansalo 2004, S. 289.

<sup>99</sup> Vgl. ebenda, S. 290.



**Abbildung 10** Zeitdruck und Überbeanspruchung nach Qualifikation, Quelle: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen<sup>100</sup>

Tatsächliche negative gesundheitliche Symptome treten aber eher in Berufen mit geringerem Bildungsniveau auf, so trifft etwa Schlaflosigkeit „Frauen insbesondere bei Hilfsarbeitstätigkeiten im Verkauf und im Dienstleistungsbereich, Männer verstärkt in der Anlagen- und Maschinenbedienung.“<sup>101</sup> Hier kommt es allerdings häufiger zu Schichtarbeit, was einen Teil davon erklärt; die langfristigen psychischen Belastungen dieser Arbeitszeiten dürfen allerdings nicht außer Acht gelassen werden. Bei chronischen Angstzuständen und Depressionen ergibt sich ein über die Geschlechter nicht konsistentes Bild, besonders „betroffen sind Frauen in handwerklichen Berufen, als Hilfsarbeitskräfte oder in monotonen Tätigkeiten wie als Anlagen- oder Maschinenbedienerinnen. [...] Deutlich erhöht ist auch die Häufigkeit chronischer Angstzustände oder Depressionen unter Frauen in personenbezogenen Dienstleistungen oder als Führungskräfte.“<sup>102</sup> Letzteres fällt aus dem Rahmen, sind doch hier die Anforderungen an Bildung bzw. Ausbildung höher als in den ansonsten erwähnten Berufen. Bei Männern wiederum stellt sich das allgemeine Muster wieder ein, ein ähnliches Ausmaß an psychischen Erkrankungen erreichen sie „als nicht-akademische Lehrkräfte und

<sup>100</sup> Biffi 2011, S. 50.

<sup>101</sup> Ebenda, S. 75f.

<sup>102</sup> Ebenda, S. 77.

als Büroangestellte ohne Kundenkontakt“<sup>103</sup>. Ähnliche Ergebnisse finden sich hinsichtlich Niedergeschlagenheit und Erschöpfungszuständen: Generell sind es Berufe mit geringerer Qualifizierung, bei denen diese Symptome auftreten, bei Frauen aber durchaus auch in Führungspositionen.<sup>104</sup> Dem gleichen Schema folgt die Situation bei negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression, hier sind es allerdings die Männer in den akademischen Gesundheitsberufen, die aus der Riege der überdurchschnittlich repräsentierten Geringqualifizierten ausscheren.<sup>105</sup>

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass ebenso wie bei H1 auch bei H2 für Österreich Informationen abseits der Invaliditätspension vorliegen, die eine Folgerung daraus im Hinblick auf eine Unterstützung der Hypothese nahelegen. Dies ist zwar für dieses Land nicht verifizierbar, deckte sich aber mit Daten im internationalen Vergleich.

## **4.4. Soziale Berufe**

### **4.4.1. Hypothese**

Diese Gruppe befindet sich einerseits im bereits in Bezug auf Invaliditätspensionen auf herausstechenden Dienstleistungssektor und weist zum anderen noch weitere Merkmale auf, die ein stärkeres Vorkommen dieser Pensionsart vermuten lassen. So sind sie in besonderer Weise dem Kontakt zu Menschen ausgesetzt, die von ihnen in der einen oder anderen Form versorgt werden und somit in Abhängigkeit von ihnen stehen, und die sich mitunter in emotional besonders prekären Situationen befinden, was mit einem außerordentlich hohem Grad an Belastung sowohl im körperlichen als auch psychischen Bereich einhergeht. Dies hat auch zur Folge, dass ihre berufliche Tätigkeit dazu angetan ist, sie auch nach Dienstschluss weiter zu beschäftigen. Dadurch ergibt sich eine geringere Abgrenzung zwischen Berufs- und Privatleben, was Erholungsvorgänge deutlich ineffizienter macht. Hinzu kommen zumeist, wenn man etwa das Gesundheitswesen oder die Betreuung von Menschen in Pflege- oder ähnlichen Heimen hernimmt, nicht nur unregelmäßige Arbeitszeiten,

---

<sup>103</sup> Ebenda.

<sup>104</sup> Vgl. ebenda, 77ff.

<sup>105</sup> Vgl. ebenda, S. 79f.

sondern auch länger andauernde Dienste, also solchen, die in anderen Berufen zu findende Tages- und Wochenarbeitszeiten zum Teil deutlich übersteigen.

Weitet man den Begriff soziale Berufe auch auf das Bildungswesen aus (auch wenn die Bereiche in der Klassifizierung der Wirtschaftszweige in der Regel getrennt werden, die zu einer Invaliditätspension aus psychischen Gründen führenden Merkmale ähneln allerdings den erwähnten), verstärkt sich die Annahme noch, dass hier eine überdurchschnittlich hohe Zahl an psychisch bedingten Frühpensionierungen erfolgt. So hat etwa 2005 der Rechnungshof das niedrige Pensionsantrittsalter von Lehrern gerügt und dem Unterrichtsministerium gegenüber eine Empfehlung ausgesprochen, Maßnahmen zu setzen, die auf eine Erhöhung desselben hinwirken.<sup>106</sup> Angesichts der Anforderungen dieses Berufs treten psychische Erkrankungen als Hintergrund der Gewährung einer Invaliditätspension in den Vordergrund, die rein körperlichen Belastungen sind hier doch vergleichsweise gering. Allerdings müssen in den Bildungseinrichtungen vor allem im primären und sekundären Bereich immer mehr Erziehungsaufgaben zusätzlich zur eigentlichen Wissensvermittlung übernommen werden, und angesichts übervoller Lehrpläne sowie der verstärkten Einbindung anderer Formen als des Frontalunterrichts erhöht sich der Zeitdruck. Ebenso ist oftmals aufgrund mehrerer Aspekte eine schrittweise Desillusionierung der Lehrkräfte mit Fortdauer der Dienstzeit zu konstatieren.<sup>107</sup> Die Verknüpfung der beiden Bereiche kommt auch nicht von ungefähr: „Vor allem Angehörige therapeutischer und erzieherischer Berufe, bei denen ständig eine helfende Haltung gegenüber anderen Menschen gefordert ist, sind von einem Burnout betroffen“<sup>108</sup>. Aber auch das Stress-Syndrom sowie mitunter Fälle von Posttraumatischer Belastungsstörung treten in beiden Berufsgruppen auf. Somit umfasst diese Hypothese die beiden Wirtschaftsklassen Gesundheits- und Sozialwesen sowie Erziehung und Unterricht.

Einen weiteren Anhaltspunkt liefert auch die bereits vorher behandelte Hypothese: „Obwohl Frauen den überwiegenden Teil der in den Gesundheitsberufen Tätigen stellen, sind sie – wie in nahezu allen anderen beruflichen und gesellschaftlichen

---

<sup>106</sup> Vgl. Rechnungshof 2005, S. 73.

<sup>107</sup> Vgl. Schmitz 2013, S. 159f.

<sup>108</sup> Meyer 2011, S. 267.

Bereichen – in Entscheidungspositionen stark unterrepräsentiert.“<sup>109</sup> Der hohe Frauenanteil zeigt sich in den anderen sozialen Berufen sowie in der Bildung ebenfalls, womit schon aufgrund dessen eine stärkere Tendenz zu einer durch psychische Beschwerden ausgelösten vorzeitigen Pensionierung vermutet werden kann. In diesem Zitat findet sich noch ein weiterer Aspekt, nämlich die Bedeutung der Hierarchieebenen. Gerade im sozialen Bereich sind durch den überwiegenden Anteil an öffentlichen Institutionen in diesem Bereich schlanke Strukturen eher die Ausnahme, und wenn schon in der Berufsgruppe der Manager die Beschäftigten in den Zwischenstufen, sogenannte „Sandwich-Manager“, als besonders Burnoutgefährdet angesehen werden<sup>110</sup>, weil sie sowohl von oben als auch von unten Druck erhalten, gilt das für die zwischen den betreuten Personen und den zumeist zur Kostensenkung angehaltenen Führungskräften stehenden Beschäftigten in den sozialen Berufen wohl noch mehr.

*H3: In den sozialen Berufen liegt der Anteil der Personen, die aufgrund psychischer Erkrankungen in Invaliditätspension gehen, höher als im Gesamtdurchschnitt.*

#### **4.4.2. Überprüfung**

Zuerst einmal ist hier, um der vorhergehenden Hypothese zu folgen, darauf hinzuweisen, dass in den sozialen Berufen inklusive Bildung die Frauenquote besonders hoch ist. Waren von 283.600 Personen in Erziehung und Unterreicht 199.000 und somit etwas mehr als 70% weiblich, so lag dieser Anteil im Gesundheits- und Sozialwesen noch einmal höher, nämlich bei 325.000 von 420.600 unselbständig Beschäftigten bei gut 77%.<sup>111</sup> In diesem Zusammenhang ist wohl durchaus von Selbstselektion zu sprechen. Setzt man diesen massiven Überhang von weiblichen Beschäftigten im Bewusstsein der Erkenntnisse aus H1 in Zusammenhang mit der überdurchschnittlichen Häufigkeit von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen im gesamten Dienstleistungssektor, liefert das schon einen Anhaltspunkt zur Werthaltigkeit auch der dritten Hypothese.

---

<sup>109</sup> Statistik Austria 2015, S. 78.

<sup>110</sup> Gloger 2016. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

<sup>111</sup> Eigene Berechnungen mithilfe von STATcube.

Ebenso gibt es international Beispiele für ihre Stichhaltigkeit, etwa zu Lehrern in Deutschland: „Psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Erschöpfungszustände sind die Hauptdiagnose bei gesundheitlich bedingten Frühpensionierungen von Lehrpersonen.“<sup>112</sup> Hier zeigen wissenschaftliche Studien eine deutliche Beeinträchtigung der in diesem Beruf Tätigen durch psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen, was zu einem verstärkten Gang in vorzeitige Pension führt.<sup>113</sup> Nachdem die Systeme beider Länder in ihren Grundzügen hinsichtlich der Rahmenbedingungen im Beruf der Lehrenden deutliche Ähnlichkeiten aufweisen, ist dieser Befund wohl auch auf Österreich übertragbar.

Ein Blick über die Grenzen lohnt sich auch im zweiten subsummierten Bereich. Eine Zeitung berichtete 2015 von Unterredungen zwischen Vertretern des luxemburgischen Gewerkschaftsbundes OGBL und Arbeitsminister Schmit über geplante Reformen der Frührentenregelungen wie z.B. der Abschaffung der solidarischen Frührente hinsichtlich der Situation im dortigen Gesundheitswesen: „Die oft körperlich und psychisch schwierigen Arbeitsbedingungen ebenso wie die sehr flexibel gestalteten Arbeitszeitmodelle mit viel Schichtarbeit und Dienstabrufbereitschaft bringen es mit sich, dass viele Beschäftigte ihrer Arbeit nicht bis zum legalen Rentenalter nachgehen können.“<sup>114</sup> In Deutschland sind beide Berufsgruppen zumindest bei einer spezifischen Erkrankung gemeinsam führend: „Arbeitnehmende aus der Branche Erziehung und Unterricht waren nach Arbeitnehmenden aus dem Gesundheits- und Sozialwesen die Berufsgruppe, die von Burnout am stärksten betroffen ist“<sup>115</sup>. Dies ist eine Zusatzdiagnose im Sinne des ICD-10 im Bereich der „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensführung“, zu denen auch andere Krankheitsbilder mit hauptsächlich psychischen Elementen gehören.<sup>116</sup>

---

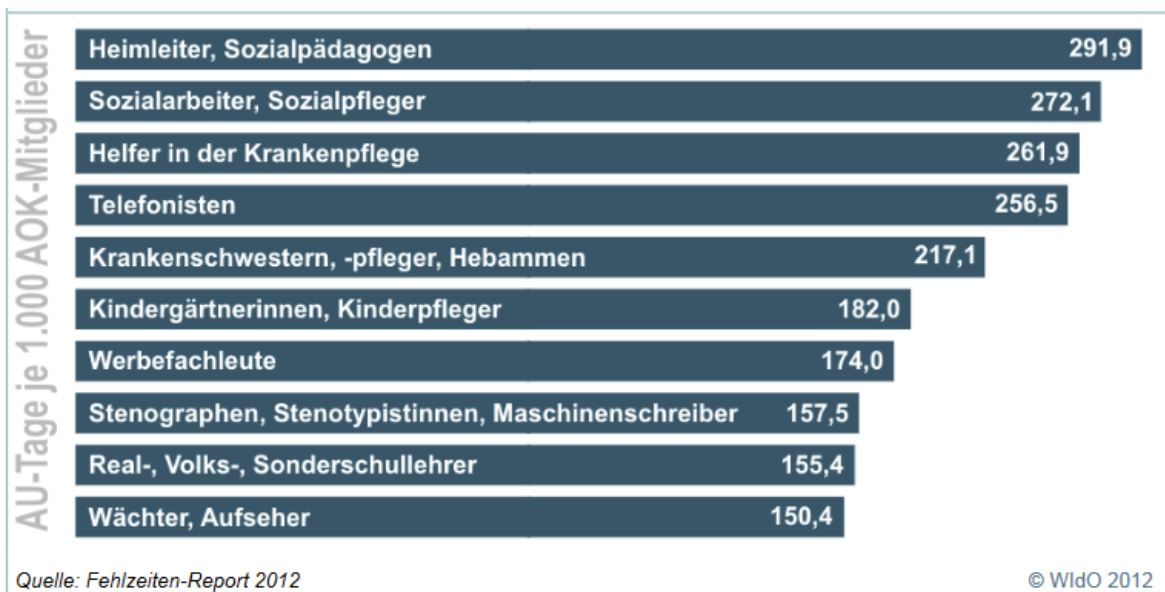
<sup>112</sup> Krause 2013, S.73.

<sup>113</sup> Vgl. Seibt 2007, S. 228.

<sup>114</sup> Luxemburger Tageblatt 24. 11. 2015. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

<sup>115</sup> Krause 2013, S.73.

<sup>116</sup> Vgl. ICD-10, Z73.



**Abbildung 11** Arbeitsunfähigkeitstage nach Berufsgruppen, Quelle: WIdO<sup>117</sup>

Die Abbildung zeigt für unter dieser Bezeichnung zusammengefasste gesundheitliche Erscheinungen die darauf entfallenden Krankenstandstage unter den Mitgliedern der deutschen Krankenkasse AOK für 2011. Zwar handelt es sich dabei eben nicht um Invaliditätspensionen, sondern um temporäres Fernbleiben von der Arbeit, allerdings handelt es sich bei den abgebildeten psychischen Problemen um, wie schon aus ihrer Beschreibung hervorgeht, umfangreiche Phänomene, die meist schwerwiegende und nachhaltige Auswirkungen mit sich bringen und somit Situationen auslösen, die auf längere Sicht eine psychisch bedingte vorzeitige Pensionierung wahrscheinlich machen. Unter den zehn Berufsgruppen, auf welche die Mehrzahl der dadurch ausgelösten Fehltage fällt, befinden sich sechs, die in hier besprochenen Bereich der sozialen Berufe fallen.

Für Österreich gibt es keine Möglichkeit, diese Erkenntnisse aus anderen Ländern im Genauen zu überprüfen, aber die Informationen, die vorliegen, lassen darauf schließen, dass sich die Situation durchaus ähnlich verhält. Aufgrund dessen ist auch der dritten Hypothese tendenziell zuzustimmen, eine vollständige Verifikation kann allerdings nicht erfolgen.

<sup>117</sup> WIdO 2012, S. 7.

## 5. Zusammenfassung und Ausblick

Das Antreten einer Invaliditätspension stellt sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Gesellschaft als Ganze, nicht nur bezüglich entgehender Steuern und Beiträge und im Gegenzug zu finanzierender Sozialleistungen, eine Belastung dar. Zwar ist es für die jeweilige Person wohl eine Erleichterung, einen abgesicherten Status mit geregelter Unterhalt, Sozialversicherung und ohne Leistungsdruck, der nicht erfüllt werden kann, innezuhaben. Auf der anderen Seite wird Arbeit aber nicht umsonst international als Menschenrecht definiert. Gerade vor diesem Hintergrund ist es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders schwierig, mit Arbeits- und Erwerbsfähigkeit umzugehen. Die Änderungen in der gesetzlichen Lage in Österreich mit dem Ziel, verstärkt auf Rehabilitationsmaßnahmen zu setzen und die Betroffenen länger im Arbeitsprozess zu halten bzw. sie wieder für diesen zu qualifizieren, sind somit zu begrüßen.

Allerdings wäre in diesem Zusammenhang eine Verbesserung der Datenlage wünschenswert, um eine Analyse der Ist-Situation ebenso in verbesserter Weise vornehmen zu können wie eine Untersuchung dahingehend, wo entsprechende Methoden der Prävention zielgerichtet Anwendung finden können. Während etwa in Deutschland sogar innerhalb der genauen Diagnosen zur Invaliditätspension differenzierte Daten veröffentlicht werden und seit Jahrzehnten Untersuchungen zu diesem Thema bei Lehrern stattfinden, und in der Schweiz in der gesamten Thematik rund um psychische Erkrankungen vieles an Maßnahmen stattfindet, ist hierzulande angesichts nicht erfasster oder ausgewerteter Aspekte im Datenmaterial oft nicht ersichtlich, „bei welchen Erkrankungen besonderer Handlungsbedarf schon in früheren Phasen besteht. Auch wissenschaftliche Untersuchungen werden durch die mangelnde Information verhindert, z.B. Untersuchungen zur Prognose in Hinblick auf return-to-work, oder die Wirkung von regulatorischen Maßnahmen auf eine spezifische Krankheitsgruppe“<sup>118</sup>. Allerdings ist Österreich hier auch nicht allein, in den Niederlanden etwa haben Studien ebenfalls Defizite in der wissenschaftlichen Analyse ausgemacht.<sup>119</sup>

---

<sup>118</sup> Czypionka 2016, S. 7.

<sup>119</sup> Vgl. Henkens 2019, S. 308.

Zählen wir in anderer Hinsicht zu den Musterschülern in Europa, was die Grundgesamtheit an Registerdaten anbelangt, ist in diesem Bereich noch einiger Aufholbedarf gegeben. Zumindest wäre es im Hinblick darauf, in der Strategie der österreichischen Sozialversicherungen von 2002 die Feststellung „Schwachstellen betreffen vor allem die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung“<sup>120</sup> und in der Folge eine daran orientierte Ausrichtung getroffen zu haben, wünschenswert und auch angebracht, hierfür eine bessere Grundlage zu schaffen.

Im Speziellen der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und den Berufen, in denen betroffene Personen tätig sind, verdient eine genauere Betrachtung. Eine diesbezügliche Identifikation würde helfen, den Ursachen dafür auf den Grund zu gehen, etwa die Frage der Kausalität zu stellen und anzusehen, ob sich Menschen mit einer diesbezüglichen Prävalenz eher in Richtung dieser Berufsfelder orientieren oder durch die dort vorherrschenden Anforderungen und Rahmenbedingungen die Entstehung psychischer Krankheiten begünstigt wird. In beiderlei Fällen könnten entsprechende Maßnahmen verortet werden, die sowohl für die Betroffenen als auch die Gesellschaft als Ganzes von Vorteil sein können. Für die Arbeitnehmenden an sich sind Analysen den Zusammenhang zwischen Erkrankungen und Berufen betreffend zum Teil ja durchaus bereits in detaillierter Form vorhanden und zeigen die Verteilung hinsichtlich Berufsgruppen und beruflicher Positionen (vgl. etwa Biffl 2011). Insofern wäre es zu einer Verknüpfung mit den Daten aus dem Bereich der Pensionen kein allzu großer Schritt mehr, hier böte sich etwa der bei Heil 2010 verwendete Anonym Schlüssel PENR an, der eine Verknüpfung über die Sozialversicherungsnummer erlaubt, ohne mit datenschutzrechtlichen Vorgaben zu interferieren.

Es wird vielfach kritisiert, das österreichische Gesundheitssystem sei nicht an Vorsorge interessiert, sondern orientiere sich an Symptomen und widme sich folglich nur der Beseitigung von Erkrankungen und Problemen, die bereits aufgetreten sind; hier wäre ein Ansatzpunkt, um dem ganz entschieden

---

<sup>120</sup> SV 2012, S. 4.

entgegenzutreten und eine Neuausrichtung vorzunehmen, die dem staatlichen Sozialwesen als Ganzem letztlich Ressourcen erspart, da Prävention grundsätzlich als günstiger einzustufen ist als die Behandlung bereits entstandener Schäden, sowohl was das Wohlbefinden der Betroffenen betrifft als auch hinsichtlich des dafür notwendigen Aufwands.

Dass hinsichtlich demographischer Komponenten und auch in gewissen wirtschaftlichen Feldern derartige Zusammenhänge bestehen, lässt sich bereits mit dem vorliegenden Datenmaterial feststellen. Voraussetzungen für weitergehende Analysen zu schaffen wäre eine vielversprechende Aufgabe für die nähere Zukunft, dies gerade im Hinblick auf eine durchzuführende Evaluierung der implementierten Reformen und ihre Auswirkungen bzw. die Möglichkeit, bei Nichterreichen der zugrunde liegenden Ziele entsprechende Änderungen vornehmen zu können.

## 6. Quellenverzeichnis

### 6.1. Literatur

Artazcoz, L., Cortès, I., Borrell, C., Escribà-Agüir, V., Cascant, L., Gender perspective in the analysis of the relationship between long workhours, health and health-related behavior, in: *Scandinavian journal of work, environment & health*, 33. Jg., 2007, Nr. 5, S. 344-350.

Biffli, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., Rückert, E., *Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen*, Donau-Universität Krems, WIFO, AK Wien, Krems/Wien 2011.

BMASK (2016a), *Beschäftigungs-, Rehabilitations- und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Dezember 2015*, Wien 2016.

BMASK (2016b), *Fact-Sheet Pensionen*, Wien Juli 2016.

BMASK (2015a), *Gutachten der Kommission zur langfristigen Pensionssicherung (§ 108e ASVG) für das Jahr 2016. Teil II*, Wien 2015.

BMASK (2015b), *Rehabilitation. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen*, in: *Einblick*, 7. überarbeitete Auflage, Heft 3, Wien 2015.

Bundesamt für Sozialversicherungen, *Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2015*, Bern 2015.

Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., Saxena, S., Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis, in: *The Lancet Psychiatry*, 3. Jg., 2016, Nr. 5, S. 415-424.

Czypionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A., Röhring, G., *Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen*, IHS, Österreichischer Seniorenbund, Wien 2016.

Deutsche Rentenversicherung, *Rentenversicherung in Zahlen 2015*, DRV-Schriften, 2015.

Heil, E., Oberhauser, S., Walch, D., *Erstzugänge in die Eigenpension 2010. Arbeitsmarkt- und Branchenintegration von InvaliditätspensionzugängerInnen*, IHS, BMASK, Wien 2013.

Henkens, K., Leenders, M., Burnout and older workers' intentions to retire, in: *International Journal of Manpower*, Jg. 31, 2010, Nr. 3, S. 306-321.

Karpansalo, M., Kauhanen, J., Lakka, T. A., Manninen, P., Kaplan, G.A., Salonen, J. T., Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59. Jg., 2005, Nr. 1, S. 70-74.

Karpansalo, M., Manninen, P., Kauhanen, J., Lakka, T. A., Salonen, J. T., Perceived health as a predictor of early retirement. in: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Jg. 30, 2004, Nr. 4, S. 287-292.

Krause, A., Dorsemagen, C., Baeriswyl, S., Zur Arbeitssituation von Lehrerinnen und Lehrern: Ein Einstieg in die Lehrerbelastrungs- und -gesundheitsforschung, in: Rothland, M. (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf*, 2. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden 2013, S. 61-80.

Lang, S., Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung am Beispiel eines Großunternehmens der Chemischen Industrie – BASF, in: Maehrlein, K. (Hrsg.), *Soul@Work*, 1. Auflage, GABAL Verlag GmbH, Offenbach 2015, S. 95-104.

Lankmayer, T., Moser, R., Sozialstaat im Wandel – veranschaulicht am Beispiel der Arbeitsmarktpolitik, in: *Wiso*, 37. Jg., 2014, Nr. 3, S. 29-49.

Leitner, B., Menschen mit Beeinträchtigungen. Ergebnisse der Mikrozensus-Zusatzfragen im 4. Quartal 2007, in: *Statistische Nachrichten*, 12. Jg., 2008, S. 1132-1141.

Leoni, T., *Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien 2015.

Meyer, M., Stallauke, M., Weirauch, H., Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose,

J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*, Springer-Verlag, Berlin 2011.

Obermayr, U., Mayer-Schulz, M., Stefanits, J., Invaliditätspensionen, in: *Sozialbericht 2007 – 2008*, BMSK (heute BMASK), Wien 2009, S. 181-217.

OECD, *Mental Health and Work: Austria*, OECD Publishing, Paris 2015.

PV, Informationsbroschüre, *Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension*, Wien 2016.

Rechnungshof, *Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes*, Reihe Bund, Ausgabe 8, Wien 2005.

Sauer, R., Präsentation, *Invaliditätspension Neu. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen*, BMASK, April 2013.

Schmitz, E., Jehle, P., Innere Kündigung und vorzeitige Pensionierung bei Lehrkräften, in: Rothland, M. (Hrsg.), *Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf*, 2. Auflage, Springer Fachmedien, Wiesbaden 2013, S. 155-174.

Seibt, R., Galle, M., Dutschke, D., Psychische Gesundheit im Lehrerberuf, in: *Prävention und Gesundheitsförderung*, Springer Medizin Verlag, 2. Jg., 2007, Nr. 4, S. 228-234.

Statistik Austria, *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014*, Wien 2015.

Statistik Austria, *Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2011*, Wien 2013.

SV, *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*, 37. Ausgabe, Wien August 2016.

SV, *Psychische Gesundheit. Strategie der österreichischen Sozialversicherung*, Wien 2012.

SV, SGKK, *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter*, Wien/Salzburg 2011.

WHO, *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Version 2016*, WHO, 2016.

WIdO, Pressemitteilung, *Fehlzeiten-Report 2012. Zu viel berufliche Flexibilität schadet der Psyche*, Berlin, 16. August 2012.

Wittchen, H.-U., et al., The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, in: *European Neuropsychopharmacology*, 21. Jg., 2011, Nr. 9, S. 655-679.

## **6.2. Internetquellen**

Baldinger, I., Wie Reha statt Pension wirkt. *Salzburger Nachrichten*, <http://www.salzburg.com/nachrichten/rubriken/beststellen/karriere-nachrichten/sn/artikel/wie-reha-statt-pension-wirkt-183440/>, 08. 02. 2016. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

Barthélémy, A., Konzerne zahlen ausgeschlafenen Mitarbeitern bis zu 300 Dollar extra. *Der Standard*, <http://derstandard.at/2000041583386/Konzerne-zahlen-ausgeschlafenen-Mitarbeitern-bis-zu-300-Dollar-extra>, APA/dpa, 22. 07. 2016. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

BMASK, OMIS - Online Monitoring Information System, <http://www.dnet.at/omis/Default.aspx>. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

BMASK, OPIS - Online Pension Information, <http://www.dnet.at/opis/Default.aspx>. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

Gloger, B., *Der „Sandwich-Manager“ ist von Burn-out besonders bedroht*, XING, <https://www.xing.com/news/klartext/der-sandwich-manager-ist-von-burn-out-besonders-bedroht-1020>, 08. 08. 2016. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

IHS, Presseaussendung, *IHS Studie: Immer mehr psychisch bedingte Invaliditätspensionen in Österreich*, [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20160222\\_OTS0064/ihs-studie-immer-mehr-psychisch-bedingte-invaliditaetspensionen-in-oesterreich](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20160222_OTS0064/ihs-studie-immer-mehr-psychisch-bedingte-invaliditaetspensionen-in-oesterreich), OTS0064, Wien 22. 02. 2016. Letzter Zugriff 03. 09. 2016.

Jusline, *Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG). §254 Invaliditätspension*, <http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawi>

d=81&paid=254, ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH, 09. 08. 2016. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

MedUni Wien, *Wie das Geschlecht uns beeinflusst*, <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2016/news-im-august-2016/wie-das-geschlecht-uns-beeinflusst/>, 22. 08. 2016. Letzter Zugriff 26. 08. 2016.

Mossdorf, K.-S., *Kampf dem E-Mail-Terror: Firmen wollen einen echten Feierabend*, <http://www.teltarif.de/burnout-schutz-unternehmen-praevention-eigenverantwortung/news/53537.html>, dpa, 01. 12. 2013. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

Pschyrembel Online, <https://www.pschyrembel.de/>. Letzter Zugriff 05. 09. 2106.

PV, *Erhöhtes Eintrittsalter für Frauen*, <http://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.621569&version=1450693126>. Letzter Zugriff 28. 08. 2016.

PV, *Zahlen und Daten*, <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content/contentWindow?vievmode=content&contentid=10007.707569>. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

Statistik Austria, STATcube – Statistische Datenbank von Statistik Austria, <http://statcube.at>. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

Statistik Austria, *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Hauptgrößen*, [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche\\_gesamtrechnungen/bruttoinlandsprodukt\\_und\\_hauptaggregate/jahresdaten/019505.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/bruttoinlandsprodukt_und_hauptaggregate/jahresdaten/019505.html), 08. 07. 2016. Letzter Zugriff 06. 09. 2016.

o.V., Burn-out-Fälle laut Umfrage in jeder zweiten Firma. *ORF.at*, <http://orf.at/stories/2346674/>, 26. 06. 2016. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

o.V., Frührente: Dem Bereitschaftsdienst Rechnung tragen. *Luxemburger Tageblatt*, [https://www.wiso-net.de/document/LUXT\\_2bd10a70-793a-4a11-83ac-e755e2c89901](https://www.wiso-net.de/document/LUXT_2bd10a70-793a-4a11-83ac-e755e2c89901), 24. 11. 2015. Letzter Zugriff 08. 09. 2016.

o.V., Psychische Leiden treiben Menschen in die Pension. *Wiener Zeitung Online*, [http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/802382\\_Psychische-Leiden-treiben-Menschen-in-die-Pension.html](http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/oesterreich/politik/802382_Psychische-Leiden-treiben-Menschen-in-die-Pension.html), 22. 02. 2016. Letzter Zugriff 03. 09. 2016.

o.V., Stille Nacht für VW-Mitarbeiter. *Süddeutsche Zeitung*, <http://www.sueddeutsche.de/karriere/blackberry-e-mails-nach-feierabend-blockiert-stille-nacht-fuer-vw-mitarbeiter-1.1242722>, 23.12.2011. Letzter Zugriff 19. 08. 2016.

PV, *Berufliche Rehabilitation*, <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/pvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.707590>. Letzter Zugriff 07. 09. 2016.

WHO, Weltbank, Presseaussendung, *Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return*, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>, Washington DC, USA 13. 04. 2016. Letzter Zugriff 06. 09. 2016.

### **6.3. Persönliche Korrespondenz**

Nemecek-Tomschy, N., *Arbeitsmarktdatenbank*, Telefonat des Autors mit einer Mitarbeiterin des BMASK, Abteilung VI/A/6 - Arbeitsmarktanalyse und Prognose, 05. 09. 2016.

Rohshap, G., *Anfrage bezüglich Daten für Masterarbeit*, Email-Verkehr des Autors mit dem Leiter der Abteilung Statistik und Controlling der Hauptstelle der Pensionsversicherungsanstalt, Wien, September 2013.

## 7. Darstellungsverzeichnis

### 7.1. Abbildungen

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1 Entwicklung der psychischen Krankheiten in Krankenstandstagen pro Kopf, Quelle: SV, WIFO-Berechnungen                 | 11 |
| Abbildung 2 Neuzugänge in Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen – Zeitreihe, Quelle: BMASK                                   | 20 |
| Abbildung 3 Neuzugänge in die Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen 2014, Quelle: SV, BMASK                                  | 21 |
| Abbildung 4 Neuzugänge in die Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen 2015, Quelle: SV, BMASK                                  | 21 |
| Abbildung 5 Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen, Quelle: IHS | 22 |
| Abbildung 6 Beschäftigungs- und Arbeitslosenraten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, Quelle: OECD                         | 24 |
| Abbildung 7 Personen im Erwerbsalter mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden nach Erwerbsstatus, Quelle: Statistik Austria         | 25 |
| Abbildung 8 Prävalenz psychischer Störungen in Österreich nach Bevölkerungsgruppen, Quelle: OECD                                  | 30 |
| Abbildung 9 Prävalenz psychischer Störungen in Österreich nach Bevölkerungsgruppen, Quelle: OECD                                  | 34 |
| Abbildung 10 Zeitdruck und Überbeanspruchung nach Qualifikation, Quelle: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen                     | 36 |
| Abbildung 11 Arbeitsunfähigkeitstage nach Berufsgruppen, Quelle: WIdO                                                             | 41 |

### 7.2. Tabellen

|                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabelle 1 Krankenstandsfälle auf 1.000 Erwerbstätige seit 2008 nach Krankheitsgruppen | 10  |
| Tabelle 2 Personen mit dauerhaften Gesundheitsbeschwerden, Quelle: Statistik Austria  | 12  |
| Tabelle 3 Zeitreihe Pensionszuerkennungen, Quelle: BMASK                              | 188 |

|                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 4 Durchschnittliches Antrittsalter nach Status vor Pensionsantritt – ASVG,<br>Quelle: BMASK | 26 |
| Tabelle 5 Arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme von Erwerbstätigen, Quelle:<br>Statistik Austria      | 31 |
| Tabelle 6 Krankenstandsfälle und -tage 2014 nach Krankheitsgruppen und<br>Geschlecht, Quelle: SV    | 32 |
| Tabelle 7 Neuzugang zur Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen und<br>Geschlecht, Quelle: BMASK | 33 |

## Abstract

In den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten ist nach weit verbreiteter Auffassung ein deutlicher Anstieg an psychischen Erkrankungen zu verzeichnen, in Österreich und weltweit. Dies schlägt sich ebenso in den Zugängen zur Invaliditätspension nieder, eine Belastung sowohl für die Betroffenen als auch den Staat im Gesamten. Vor diesem Hintergrund wird eine Analyse der diesbezüglichen Situation in Österreich vorgenommen, unter besonderer Berücksichtigung der zuletzt zur Eindämmung der Neuzugänge in diese Pensionsart erfolgten Reformen der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Ziel ist eine Betrachtung eines etwaigen Zusammenhanges zwischen Invaliditätspensionen, die aufgrund psychischer Erkrankungen gewährt werden, und den Berufen, die von den davon betroffenen Personen vor dem Eintritt in die Pension ausgeübt wurden, um eine Identifizierung bestimmter Berufe zu ermöglichen, in denen eher eine vorzeitige Pension aus psychischen Gründen erfolgt. Dazu wird überprüft, inwieweit die gegebene Datenlage in Österreich eine derartige Analyse zulässt, und gegebenenfalls ein Vergleich mit verfügbaren Informationen aus dem internationalen Umfeld vorgenommen.

During the last years and decades there is, according to the predominant opinion, a distinct rise in mental diseases, in Austria as well as worldwide. This also shows in the number of new entrants to disability pensions, a strain on the persons concerned as well as the public system as a whole. Against this background an analysis of the according situation is conducted, particularly taking into concern the latest reforms to the legal framework which have occurred in order to curtail the new entries to this type of pension.

The aim is an examination of a potential connection between disability pensions granted due to mental diseases and the professions those people have worked in prior to their retirement, for the purpose of identifying certain occupations in which an early retirement due to mental causes is more likely to occur. Thereto it is

reviewed in how far the data currently available in Austria allows for such an analysis, and, where applicable, it is compared with existing international information.