

Christine Mayrhuber, Lukas Tockner

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

In Österreich sind rund ein Drittel der jährlichen Pensionsneuzugänge in Direkt pensionen der Pensionsversicherung (Selbständige und Unselbständige ohne öffentlichen Dienst) krankheitsbedingt. Wie sich anhand der Indikatoren "Zahl der Arztbesuche", "Medikamentenkonsum" und "Spitalsaufenthalte" zeigt, weicht für Personen, die ihre Erwerbstätigkeit krankheitsbedingt beenden, das Krankheitsgeschehen schon Jahre vor dem Pensionsübertritt deutlich von vergleichbaren Gruppen ab. Um die Häufigkeit der krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung zu verringern und damit die Arbeitsmarktintegration zu verlängern, sollten verstärkt Maßnahmen an diesen Indikatoren ansetzen, und zwar sowohl auf betrieblicher als auch auf individueller Ebene.

Der vorliegende Beitrag fasst eine Studie des WIFO im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zusammen: Christine Mayrhuber, Lukas Tockner, Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen (Oktober 2011, 40 Seiten, 40 €, kostenloser Download, <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/43835>). • Begutachtung: René Böheim • Wissenschaftliche Assistenz: Silvia Haas • E-Mail-Adressen: Christine.Mayrhuber@wifo.ac.at, Silvia.Haas@wifo.ac.at

Die krankheitsbedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit schränkt das Arbeitskräfteangebot deutlich ein: Rund 6% der Bevölkerung in OECD-Europa im Alter zwischen 20 und 64 Jahren bezogen im Jahr 2008 eine Leistung aufgrund dauerhafter Invalidität. Dieser Anteil variiert zwischen 3,3% in Italien und 11,6% in Ungarn. Österreich rangiert mit 4,6% im unteren Drittel der EU. Zahlreiche Reformen verringerten diesen Anteil in den meisten EU-Ländern in den letzten Jahren, so auch in Österreich (2008, -0,5 Prozentpunkte gegenüber 1998).

Die Arbeitskräfteerhebung dokumentiert regelmäßig das Ausmaß und die Gründe der Nichterwerbstätigkeit in den EU-Ländern. Mit dem Anstieg der Beschäftigungsquote verringerte sich der Anteil der Nichterwerbstätigen in den vergangenen Jahren kontinuierlich, und zwar sowohl in der EU 27 als auch in Österreich (laut Eurostat 50- bis 64-jährige Nichterwerbspersonen EU 27 2005 42,9%, 2010 39,1%, Österreich 51,0% bzw. 41,2%). Der Rückgang war für Frauen deutlich stärker als für Männer. In Österreich waren im Jahr 2010 32,8% der Männer und 49,3% der Frauen im Alter von 50 bis 64 Jahren bzw. 34% der Frauen und 18% der Männer im Alter zwischen 50 bis 59 Jahren nicht erwerbstätig.

Als Grund der Nichterwerbstätigkeit nannten 2010 in Österreich knapp ein Fünftel der 50- bis 64-Jährigen Krankheit, im EU-Durchschnitt nur 16%. In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen, die das Regelpensionsalter der Frauen (vollendetes 60. Lebensjahr) besser abgrenzt, führten 26,3% der nichterwerbstätigen Frauen und 15,3% der nichterwerbstätigen Männer gesundheitliche Gründe an, im EU-Durchschnitt 41,2% bzw. 23,9%. Bei annähernd gleich hohem Anteil der Nichterwerbstätigen zwischen 50 bis 59 Jahren liegt also die krankheitsbedingte Inaktivität unter dem EU-Durchschnitt.

Ausmaß der krankheitsbedingten Inaktivität der Älteren in Österreich

Abbildung 1: Leistungsbezugsquoten von krankheitsbedingten Pensionen
Anteil der Personen mit Leistungsbezug an der Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren

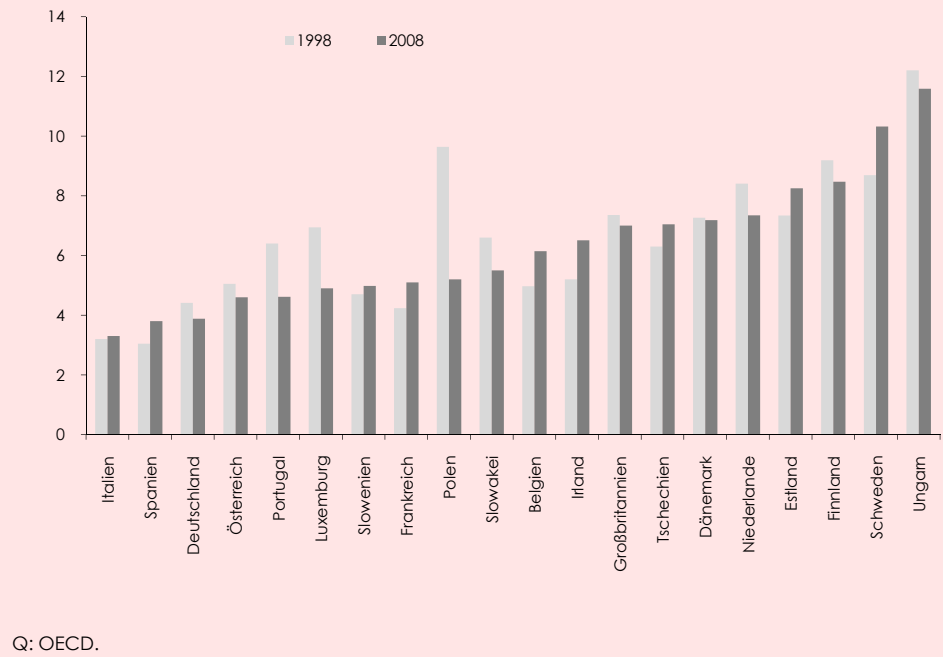
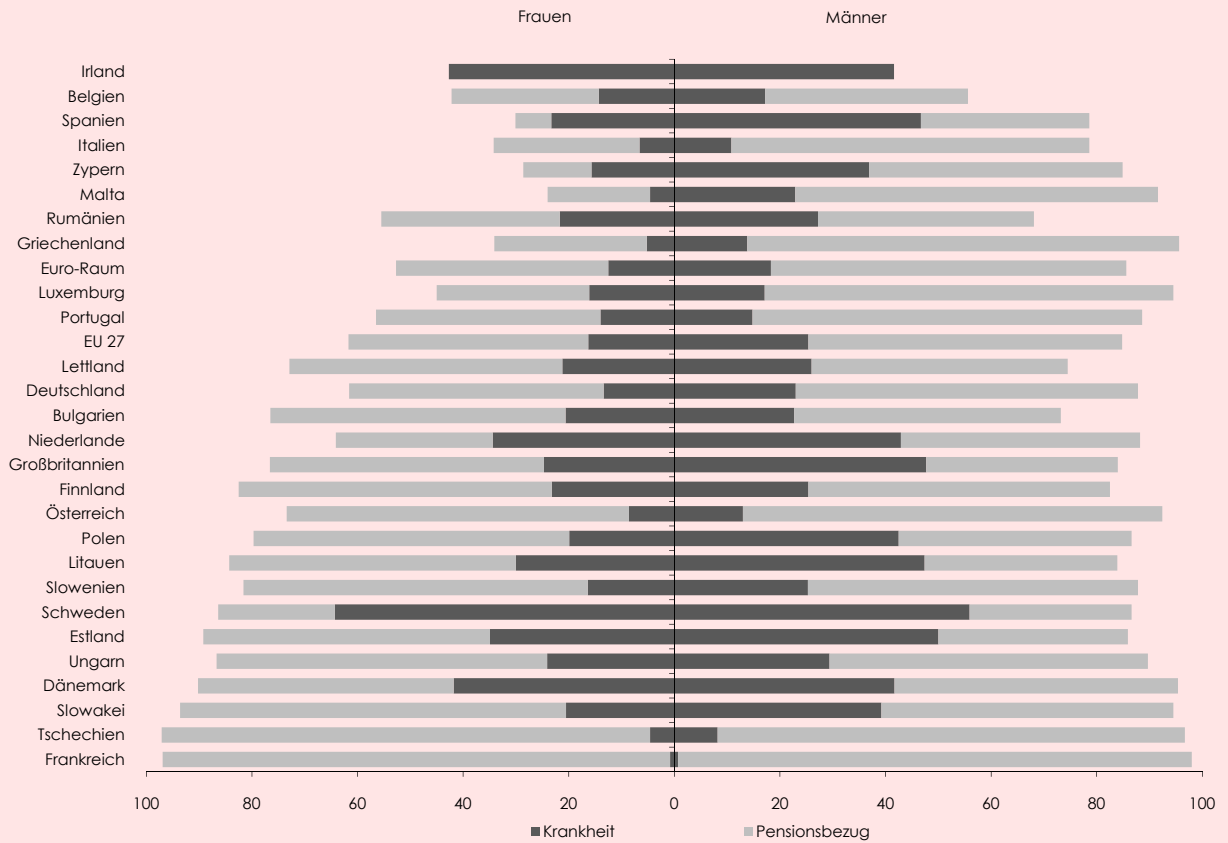


Abbildung 2: Wegen Krankheit oder Pensionsbezug nichterwerbstätige Frauen und Männer der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre

2010, Anteile an allen Nichterwerbstätigen in %



Der individuelle Gesundheitszustand spielt für das Übergangsverhalten zwischen aktiver Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, vorübergehendem Rückzug vom Arbeitsmarkt und Beendigung der Erwerbstätigkeit durch Pensionierung eine entscheidende Rolle. Die Übertrittsmuster und Übergangskanäle hängen neben der Situation der Gesamtwirtschaft und der Arbeitsmarktlage entscheidend von den institutionellen Rahmenbedingungen ab (*Famira-Mühlberger et al.*, 2010). Wie Abbildung 1 zeigt, unterscheidet sich die Invaliditätsquote zwischen den Ländern deutlich (*OECD*, 2009). Diese Abweichungen können nicht mit den länderspezifischen Alters- und Gesundheitsstrukturen erklärt werden. Vielmehr haben die institutionellen Rahmenbedingungen hohen Erklärungswert: die Voraussetzungen (Versicherungsdauer, Krankheitszustand usw.) und die Ausgestaltung (Voll- versus Teilpensionsleistungen usw.; *Börsch-Supan*, 2007). Auch Zugangsbestimmungen der anderen Sicherungssysteme, vor allem die Zugangsvoraussetzungen zur Alterspension, beeinflussen die Invalidisierungsquoten. Wie *Duggan – Singleton – Song* (2005) für die USA zeigen, erhöhten die Anhebung des Antrittsalters der Alterspension und die Verringerung dieser Pensionshöhe die krankheitsbedingten Pensionsstände der 45- bis 64-Jährigen Männer um 0,6% und jene der Frauen um 0,9%. Neben dem Alterssicherungssystem beeinflusst die Ausgestaltung der Arbeitslosenversicherung für Ältere den Erwerbsaustritt: In Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien sinkt durch die bessere Absicherung älterer Arbeitsloser ihre Wiederbeschäftigungschance, während die Zahl der krankheitsbedingten Pensionsübertritte steigt (*Tatsiramos*, 2010).

In Österreich bezogen 2010 knapp 209.400 Frauen im Alter zwischen 15 bis 59 Jahren und Männer zwischen 15 bis 64 Jahren in der gesetzlichen Pensionsversicherung einen krankheitsbedingten Pensionsbezug, das waren 3,9% der Erwerbsbevölkerung. Hier stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt Maßnahmen gesetzt werden können, um die Häufigkeit der Beendigung der Erwerbstätigkeit zu senken und den Verbleib der Personen mit gesundheitlichen Problemen im Erwerbsleben zu ermöglichen.

Wie Erfahrungen anderer Länder zeigen, weisen bestimmte Indikatoren auf einen späteren krankheitsbedingten Erwerbsaustritt hin. Der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Krankenstandsgeschehens und der Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension wurde etwa für die Niederlande geschätzt (*Koopmans – Roelen – Groothoff*, 2008). In einem Beobachtungszeitraum von fünf Jahren hatten dabei Arbeiter und Arbeiterinnen mit langen oder auch häufigen kurzen Krankenständen ein signifikant höheres Invaliditätsrisiko als Beschäftigte mit geringen Fehlzeiten.

Dieser langfristige Zusammenhang ist auch in Österreich zu beobachten: Bereits sieben Jahre vor der Pensionierung unterscheiden sich Dauer und Häufigkeit der Krankenstände von Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen¹⁾ von jenen einer vergleichbaren Gruppe (*Leoni*, 2011): Die später Pensionierten sind um rund vier Tage länger im Krankenstand als vergleichbare Beschäftigte. Noch früher sind Unterschiede anhand des Krankengeldbezuges zu erkennen: Personen mit Zuerkennung einer Invaliditätspension im Jahr 2008 hatten zwischen 1990 und 2000 im Durchschnitt 70 Tage lang Krankengeld bezogen, die Vergleichsgruppe nur 24 Tage (*Leoni*, 2011).

Blennow et al. (1994) zeigen für Stockholm einen Zusammenhang zwischen dem Verbrauch von Beruhigungs- und Schlafmitteln und Invaliditätspensionen: Invalide Frauen und Männer benötigen wesentlich mehr Medikamente als arbeitslose Frauen, selbständige Männer, Geschiedene und Verwitwete. *Beckmann et al.* (2006) beziehen in ihrer Analyse als weitere relevante Variable Zahl und Art der Arztbesuche ein. Demnach gehen Invaliditätspensionisten und -pensionistinnen erwartungsgemäß überdurchschnittlich oft zum Arzt und insbesondere zu Fachärzten (Odds Ratio²⁾ Frauen 2,11, Männer 2,16); sowohl Männer als auch Frauen gehen doppelt so oft zum Arzt wie Personen ohne Invaliditätspension. Zwei Jahre vor dem vorzeitigen

¹⁾ Der Begriff "Invaliditätspension" steht hier für die Erwerbsunfähigkeits- und die Invaliditätspension.

²⁾ Die Odds Ratio gibt die Stärke des Zusammenhanges an: Ein Wert von 1 gibt an, dass sich die Zahl der Arztbesuche zwischen zwei Gruppen (Personen mit Invaliditätspension und Gesunde) nicht unterscheidet, ein Wert über 1 besagt, dass die erste Gruppe eine höhere Zahl an Arztbesuchen aufweist.

Früherkennung krankheitsbedingter Erwerbsaustritte

krankheitsbedingten Erwerbsaustritt steigen Zahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte (Wallmann et al., 2004). Insgesamt unterscheidet sich demnach die Häufigkeit medizinischer Dienstleistungen zwischen den Personen, die krankheitsbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden, und den Vergleichsgruppen.

Datengrundlage und Methode

Medikamentenkonsument und die Zahl von Arztbesuchen sind, wie empirische Studien zeigen, Vorlaufindikatoren für eine krankheitsbedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit. Um zu prüfen, ob diese Kennzahlen auch in Österreich als Vorlaufindikatoren geeignet sind, wurden in Zusammenarbeit mit der Gebietskrankenkasse Oberösterreich anhand von anonymisierten Individualdaten die relevanten medizinischen Informationen mit dem Beschäftigungsverlauf unselbständig Beschäftigter in Oberösterreich verknüpft. Für insgesamt 545.000 Personen (2009) standen sowohl Informationen über den Berufsverlauf als auch über den Konsum von Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung, die über die Gebietskrankenkasse Oberösterreich abgerechnet worden waren. Die Ergebnisse können nur mit Einschränkungen auf Gesamtösterreich übertragen werden³⁾.

Der hier analysierte Datensatz umfasst 2.076 unselbständig Beschäftigte, denen 2009 in Oberösterreich eine krankheitsbedingte Pension zuerkannt wurde (65% davon Männer); das entsprach rund 9% der Neuzuerkennungen des Jahres 2009 in Österreich. Beobachtungen zu den Arztbesuchen und Medikamentenverordnungen lagen ab 2003 und für die Krankenhausaufenthalte ab 2005 vor. Um zu prüfen, wieweit das Beschäftigungs- und das Krankheitsmuster dieser Personengruppe vom Durchschnitt der unselbständig Beschäftigten abweichen, wurde mittels Stichprobenverfahren eine entsprechende Kontrollgruppe ermittelt: Aus den unselbständig Beschäftigten in Oberösterreich ohne Pensionsbezug wurden mit einem Zufallsverfahren für jede Person mit Zuerkennung einer Invaliditätspension im Jahr 2009 fünf Referenzbeschäftigte auf Basis der Schichtung nach Geschlecht, Alter und sozialrechtlicher Stellung ermittelt. Diese Kontrollgruppen entlang der Merkmale Geschlecht, Alter und sozialrechtliche Stellung sind somit jeweils fünf- bzw. zehnmal so groß wie die Gruppe der Invaliditätspensionsneuzugänge des Jahres 2009.

Arztbesuche und Medikamentenkonsument bereits sechs Jahre vor der Pensionierung erhöht

Personen, denen später eine Invaliditätspension zuerkannt wurde, benötigten bereits sechs Jahre vor dem Pensionsübertritt signifikant mehr Medikamente als die Kontrollgruppe.

Insgesamt unterscheidet sich die Nachfrage der Frauen nach Gesundheitsdienstleistungen von jener der Männer: Frauen im Erwerbsalter gehen häufiger zum Arzt, sie konsumieren häufiger und auch mehr Medikamente als Männer. Der Anteil der Frauen mit stationären Krankenhausaufenthalten und die Dauer der Aufenthalte entsprechen hingegen denen der Männer.

Die Zahl der Arztbesuche pro Person und pro Jahr war für die späteren Pensionistinnen bereits 2003 etwas höher als für die Kontrollgruppe (Übersicht 1). Dieser Unterschied erhöhte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich und in den zwei Jahren vor der krankheitsbedingten Pensionierung schließlich sprunghaft (Zahl der Arztbesuche 2006 17,0, 2008 23,9, Vergleichsgruppe 12,1 bzw. 12,9).

Noch größer ist der Unterschied zwischen den späteren Pensionistinnen und der Kontrollgruppe hinsichtlich des Medikamentenkonsument: Bereits im Jahr 2003 war der Anteil der später berufsunfähigen Frauen, die Medikamente benötigten, um etwa 9 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe, 2008 betrug die Differenz über 16 Prozentpunkte, wobei der Anteil unter den späteren Invaliditätspensionistinnen stetig stieg, in der Vergleichsgruppe dagegen beinahe konstant war. Auch der durchschnittliche Konsum unterscheidet sich erheblich: Die Pensionistinnen benötigten 2003 12,6 und 2007 18,6 Packungen pro Jahr. 2008, ein Jahr vor der Zuerkennung der Berufsunfähigkeitspension, verbrauchten sie schließlich etwa 27 Medikamentenpackungen. Für die Vergleichsgruppe ist über den gesamten Beobachtungszeit-

³⁾ So ist die Beschäftigungsstruktur in Oberösterreich überdurchschnittlich auf die Sachgüterindustrie konzentriert. Zudem liegt die Zahl der Medikamentenverordnungen pro Person in Oberösterreich unter dem Durchschnitt, eine Hochrechnung der Ergebnisse auf Österreich insgesamt hätte somit tendenziell eine Unterschätzung der Bedeutung des Medikamentenkonsument zur Folge.

raum ein vergleichsweise geringer Anstieg von 8,1 auf 10,4 Packungen zu beobachten.

Für die Krankenhausaufenthalte ergeben sich schließlich die markantesten Unterschiede. Der Beobachtungszeitraum beginnt hier erst 2005, ist also um zwei Jahre kürzer. Die verfügbaren Informationen liefern jedoch ein eindeutiges Bild: In der Vergleichsgruppe der Frauen waren sowohl der Anteil der Personen mit Krankenhausaufenthalten als auch die durchschnittliche Zahl der Aufenthalte pro Jahr und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer weitgehend konstant. Bereits 2005 war unter den späteren Pensionistinnen der Anteil der Personen mit stationären Aufenthalten um 10 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe. Die durchschnittliche Zahl der Aufenthalte unterschied sich zu diesem Zeitpunkt noch kaum, die Dauer dieser Aufenthalte war jedoch unter den späteren Pensionistinnen fast doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe. Im Jahr vor der krankheitsbedingten Pensionierung weiteten sich diese Unterschiede nochmals deutlich aus: Über 50% der späteren Pensionistinnen verzeichneten 2008 Krankenhausaufenthalte, und zwar im Durchschnitt rund 3,2-mal pro Jahr und durchschnittlich rund 34 Tage.

Übersicht 1: Krankheitsbiographien von unselbständig Beschäftigten, denen 2009 eine Invaliditätspension zuerkannt wurde

	Frauen				Männer			
	Spätere Invaliditätspensionistinnen		Kontrollgruppe		Spätere Invaliditätspensionisten		Kontrollgruppe	
	Anteile in %	Pro Person	Anteile in %	Pro Person	Anteile in %	Pro Person	Anteile in %	Pro Person
<i>Zahl der Arztbesuche</i>								
2003	85,0	12,9	83,2	10,4	81,7	10,6	79,3	8,5
2004	87,0	15,2	84,7	11,5	82,0	11,5	80,6	9,1
2005	88,2	16,1	85,6	11,7	81,4	12,7	80,9	9,6
2006	89,1	17,0	85,6	12,1	84,2	13,7	80,6	9,9
2007	88,4	19,2	84,6	12,5	86,0	15,4	80,8	10,5
2008	88,8	23,9	84,0	12,9	88,4	19,4	80,3	11,0
<i>Zahl der Medikamentenverordnungen</i>								
2003	74,3	12,6	65,4	8,1	67,8	11,4	59,4	7,7
2004	75,7	14,0	67,4	8,4	69,1	12,5	59,5	8,4
2005	78,3	14,7	67,5	8,7	70,6	14,2	61,9	8,7
2006	80,6	16,1	69,0	8,9	73,7	15,7	61,8	9,2
2007	80,7	18,6	68,8	9,3	76,3	18,7	62,9	10,4
2008	85,0	27,0	68,8	10,4	82,9	25,5	63,9	11,9
<i>Zahl der Krankenhausaufenthalte</i>								
2005	26,6	1,7	16,4	1,5	26,9	1,7	14,6	1,5
2006	28,8	1,8	15,3	1,4	27,9	1,8	14,5	1,5
2007	30,8	2,2	15,3	1,4	30,9	2,0	15,4	1,5
2008	50,8	3,2	15,9	1,6	50,2	2,7	15,5	1,5
<i>Durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte (Tage)</i>								
2005		14,5		7,7		13,6		9,6
2006		15,1		8,3		16,1		9,2
2007		18,0		7,7		18,0		10,0
2008		34,1		9,1		20,0		10,0

Q: Individualdaten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV-INDIVIDV), Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Pensionsversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten: N = 1.838, Kontrollgruppe: N = 8.455.

Der Vergleich der Krankheitsbiographien zwischen Invaliditätspensionistinnen und der Kontrollgruppe macht somit eine Reihe von Unterschieden deutlich. So konsumieren Personen, die später berufsunfähig werden, schon mehrere Jahre vor Pensionstritt signifikant mehr Gesundheitsdienstleistungen (Arztbesuche, Medikamentenkonsum). In den zwei Jahren vor der Zuerkennung einer Invaliditätspension und insbesondere im Jahr unmittelbar davor verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand offenbar markant, Arztbesuche und Medikamentenkonsum erhöhen sich merklich. Insbesondere weist jedoch der Anstieg des Anteils von Personen mit Krankenhausaufenthalten und der durchschnittlichen Zahl und Dauer auf schwere gesundheitliche Probleme hin.

Männer, die später berufsunfähig werden, konsumieren bereits sechs Jahre vor Zuerkennung der Invaliditätspension um die Hälfte mehr Medikamente als vergleichbare Beschäftigte.

Unter den Männern war der Anteil der Personen mit Arztbesuchen zu Beginn der Beobachtungsperiode zwischen den späteren Invaliditätspensionisten und der Kontrollgruppe beinahe gleich (Übersicht 1), die Zahl der jährlichen Arztbesuche war aber bereits etwas höher. In der Vergleichsgruppe blieb der Anteil der Personen mit Arztbesuchen über die Zeit konstant, die durchschnittlichen Besuchszahlen stiegen verhalten, aber stetig von 8,5 im Jahr 2003 auf 11,0 im Jahr 2008. Der Anteil der später Berufsunfähigen, die einen Arzt aufsuchten, erhöhte sich hingegen stetig und erreichte mit 88% im Jahr vor der Pensionierung einen Höchstwert. Die durchschnittlichen Besuchszahlen stiegen Jahr für Jahr merklich, zwischen 2007 und 2008 dann sprunghaft (von 15,4 auf 19,3).

Bereits 2003 war der Anteil der Männer, die Medikamente benötigen, unter den späteren Invaliditätspensionisten mit rund 68% merklich höher als in der Kontrollgruppe (59,4%). Bis 2008 erhöhte er sich auf knapp 83%. In der Vergleichsgruppe war der Anstieg des Anteils relativ verhalten (auf rund 64%). Der durchschnittliche Medikamentenkonsum der Invaliditätspensionisten lag bereits zu Beginn merklich über jenem der Vergleichspersonen. Bis 2007 nahm er stetig und kräftig zu, im Jahr 2008 dann ebenfalls sprunghaft. 2008 benötigten die späteren Invaliditätspensionisten durchschnittlich 25,5 Packungen, die Kontrollgruppe nur 11,9 Packungen.

Wie auch für Frauen sind die größten Unterschiede jedoch im Bereich der stationären Aufenthalte zu beobachten: Bereits im Jahr 2005 betrug der Unterschied zwischen dem Anteil der späteren Invaliditätspensionisten mit Krankenhausaufenthalten und der Vergleichsgruppe mehr als 12 Prozentpunkte, bis 2008 erhöhte er sich auf beinahe 35 Prozentpunkte. In der Vergleichsgruppe blieben darüber hinaus die durchschnittliche Zahl der Aufenthalte und ihre Dauer über die Zeit konstant, während die späteren Invaliditätspensionisten auch wesentlich häufiger und länger im Krankenhaus behandelt werden mussten (2008 2,7 Aufenthalte, Dauer rund 30 Tage).

Auch Männer, die später eine Invaliditätspension erhalten werden, weisen somit bereits Jahre vor der Pensionierung eine deutlich von der Kontrollgruppe abweichende Krankheitsbiographie auf. Der Konsum von Heilmitteln und Arztleistungen weicht ebenfalls bereits Jahre vor Zuerkennung einer Invaliditätspension vom Durchschnitt ab. Diese überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nimmt über die Zeit stetig zu und steigt im Jahr unmittelbar vor der Pensionierung sprunghaft. Insbesondere der ausgeprägte Anstieg des Anteils von Personen mit Krankenhausaufenthalten und deren durchschnittliche Zahl spiegeln die erhebliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der späteren Berufsunfähigkeitspensionisten wider.

Wie der Vergleich der Krankheitsbiographien von Frauen und Männern zeigt, weisen spätere Invaliditätspensionistinnen durchwegs etwas höhere Werte auf als Männer, die später berufsunfähig werden. Männer nehmen Gesundheitsdienstleistungen seltener und in geringerem Umfang in Anspruch als Frauen, obwohl sie älter sind: Der Altersunterschied beträgt zum Zeitpunkt der Zuerkennung der Invaliditätspension zwischen Arbeiterinnen und Arbeitern 4,2 Jahre und für Angestellte 7,4 Jahre. Frauen treten jünger gesundheitsbedingt aus dem Erwerbsleben aus und konsumieren häufiger und intensiver Gesundheitsdienstleistungen.

Schlussfolgerungen

Der Anteil der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen an den Direktpensionsneuzugängen hat sich zwar gegenüber dem Höchstwert von rund 40% Anfang der 1990er-Jahre verringert, doch beträgt er immer noch rund ein Drittel. 2010 beendeten 28.600 Erwerbstätige bzw. 24.400 unselbständig Erwerbstätige aus Krankheitsgründen ihre Erwerbstätigkeit, 64% von ihnen waren Männer und 36% Frauen. Das durchschnittliche Antrittsalter lag für die krankheitsbedingten ASVG-Pensionen 2010 für Frauen um rund 11 Jahre und für Männer um rund 12 Jahre unter dem Regelpensionsalter von 60 bzw. 65 Jahren. Für diese Personengruppe ist die Erwerbsphase damit um rund ein Viertel verkürzt.

In den letzten 10 Jahren erhöhte sich die Erwerbsquote der Älteren kontinuierlich. Das Antrittsalter für krankheitsbedingte Pensionen reagierte kaum darauf. Personen

mit gesundheitlicher Beeinträchtigung partizipierten zudem wenig in den vergangenen Jahren von den Beschäftigungszuwächsen. Konjunkturimpulse reichen offenbar nicht aus, um diese Personengruppe länger im Arbeitsmarkt zu halten.

Wie die Analyse der Krankheitsbiographien von Personen zeigt, denen später eine Invaliditätspension zuerkannt wurde, unterscheiden sich bereits lange vor dem Pensionsantritt Häufigkeit und Ausmaß der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen deutlich. Diese Unterschiede können nicht mit dem Anstieg der Versicherungszahl oder der demographischen Alterung der Erwerbsbevölkerung erklärt werden.

Auf der Grundlage von Informationen der Gebietskrankenkasse Oberösterreich zur Zahl der Arztbesuche, der verordneten Heilmittel sowie zur Zahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte von unselbständig Beschäftigten ergab die Vergleichsgruppenanalyse folgendes Muster der beanspruchten Gesundheitsdienstleistungen:

- Der Anteil der späteren Invaliditätspensionistinnen mit Arztbesuchen stieg von 85% sieben Jahre vor der Pensionierung auf 88% im Jahr vor dem Pensionsübertritt. In der Vergleichsgruppe erhöhte sich der Anteil in dieser Zeit um 1 Prozentpunkt auf 84%. Die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche von späteren Invaliditätspensionistinnen war schon fünf Jahre vorher mit 12,9 Besuchen deutlich höher als in der Vergleichsgruppe mit 10,4.
- Auch der Anteil jener Frauen, die Medikamente benötigten (74% gegenüber 65%), und die Zahl der Verordnungen (durchschnittlich 12,6 gegenüber 8,1) waren schon sieben Jahre vor dem Pensionsantritt erhöht.
- Überdurchschnittlich war auch die Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten (27% der späteren Pensionistinnen 5 Jahre vor der Pensionierung gegenüber 16% der Frauen in der Vergleichsgruppe). Die späteren Invaliditätspensionistinnen waren fünf Jahre vor dem Pensionsantritt mit 14,5 Tagen doppelt so lang in stationärer Behandlung wie die Vergleichsgruppe.
- Analog war der Anteil der Invaliditätspensionisten mit Arztbesuchen sieben Jahre vor dem Pensionsübertritt mit 82% um 3 Prozentpunkte höher als jener der Männer in der Vergleichsgruppe; die durchschnittliche Zahl der Arztbesuche lag ebenfalls mit 10,6 Besuchen über dem Durchschnitt (8,5 Besuche).
- Sieben Jahre vor dem Erwerbsaustritt benötigten 68% der späteren Invaliditätspensionisten Medikamente; der Anteil war damit um 9 Prozentpunkte höher als in der Vergleichsgruppe. Die Zahl der Verordnungen verdoppelte sich in den folgenden Jahren und war im Jahr vor der Pensionierung mit 25 Verordnungen doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe.
- Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten entwickelten sich in den beiden Gruppen der Männer ähnlich wie jene der Frauen: Im fünften Jahr vor dem Pensionsübertritt wiesen 27% der Männer mindestens einen stationären Aufenthalt auf, in der Vergleichsgruppe 15%. Die durchschnittliche Dauer war schon im dritten Jahr vor der Pensionierung doppelt so hoch wie in der Vergleichsgruppe.

Insgesamt zeigen die Berechnungen deutliche und langfristige Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen Personen, denen später eine krankheitsbedingte Pension zuerkannt wird, und vergleichbaren aktiv Beschäftigten. In diesem relativ langen Zeitfenster von sieben Jahren könnten Spitalsaufenthalte, Medikamentenkonsum und Arztbesuche als Vorlaufindikatoren einer krankheitsbedingten Erwerbsbeendigung genutzt werden. Dieses Zeitfenster muss in Zukunft verstärkt in den Mittelpunkt von gesundheitspolitischen Maßnahmen auf betrieblicher Ebene rücken. Ein systematisches Monitoring der Indikatoren in Zusammenhang mit verbindlichen Rehabilitationsmaßnahmen für die Versicherten und für die Betriebe ist eine Voraussetzung dafür, um den krankheitsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben einzudämmen.

Beckman, A., Hakansson, A., Rastam, L., Lithman, T., Merlo, J., "The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multi-level analysis of Malmö, Sweden", *BMC Public Health*, 2006, (6:71).

- Biffi, G., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität, WIFO, Wien, 2009, <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/35901>.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Rückert, E., Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen, Studie von WIFO und Donau-Universität Krems im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Wien, 2012.
- Blennow, G., Romelsjö, A., Leifman, H., Leifman, A., Karlsson, G., "Sedatives and Hypnotics in Stockholm: Social Factors and Kinds of Use", American Journal of Public Health, 1994, 84, S. 242-246.
- Börsch-Supan, A., "Work Disability, Health, and Incentive Effects", me a Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Discussion Paper, 2007, (135).
- Duggan, M., Singleton, P., Song, J., "Aching to Retire? The Rise in the Full Retirement Age and its Impact on the Social Security Disability Rolls", NBER Working Paper, 2005, (11811).

Biographies of the Frequency of Health Care Service Use Before Retiring on an (Occupational) Invalidity Pension – Summary

In the six years before dependently employed persons retire on an (occupational) invalidity pension they typically consult doctors more frequently, are prescribed more medication more often and tend to stay in hospital more frequently. In order to pick up early warning signs and possibly prevent invalidity pensions it will be practical to use consultations, drug consumption and hospital spells as advance indicators.

About one in three new retirees on a direct pension retires on health grounds. Of the almost 45,800 new male pensioners in 2011, 39 percent (17,800) retired on an (occupational) invalidity pension. For women, the figure was 22 percent or 10,100 out of 45,600 new retirees. Among first-time pensioners in the past ten years, this proportion has declined noticeably among men and to a lesser extent among women, but one out of three new pensions is still granted on these grounds.

The WIFO analysis starts out from the dependently employed workers who retired on health grounds in 2009. This group is compared to a control group which reflects it in terms of age, gender and standing under social welfare laws. Based on invoiced health care services rendered by the Upper Austrian health insurance fund, both groups can be monitored in their behaviour in terms of scope and frequency of consultations, drug consumption and spells at the hospital.

The two groups show distinctive differences in the extent of services consumed by them: among persons retiring on an invalidity pension in 2009, a larger share (about +4 percentage points) had consulted physicians between 2003 and 2008 than did comparable workers in dependent employment. On average, women on an invalidity pension had consulted a doctor 17 times in the six years before retiring, compared to 12 times in the control group. The rate of consultations shot up again in the last two years before retirement. Among men, the same pattern is found although the proportion of those who had consulted doctors is altogether lower than in women. Future male retirees on an invalidity pension on average consulted a doctor 14 times a year in the six years prior to retiring, compared to an average of 10 consultations a year in the control group.

The frequency and quantity of drug prescriptions were similarly higher in the group of persons later retiring on an invalidity pension: in the six years before retiring, 79 percent of the women were prescribed drugs, compared to 68 percent in the control group. Among men, 73 percent received prescriptions, against 62 percent in the control group. On average, nine packs of drugs were prescribed to women and men in the control group between 2003 and 2008, whereas women and men on invalidity pensions in 2009 had obtained 17.2 packs and 16.4 packs a year, respectively.

Similarly, frequency and duration of spells in hospital varied considerably between the two groups (data are available only as of 2005). In 2005, future invalidity pensioners stayed in hospital three times more often, and the duration of their stays was half as long as the stays of the control group already four years prior to their retirement.

The findings show that there is quite a long time window in which these indicators can be integrated as early warning signs of future health-caused retirement. Systematically monitoring these indicators – consultation of doctors, drug consumption and hospital spells – combined with advisory and rehabilitation measures for insurees and their employers is a promising approach to reducing health-caused retirement figures.

- Famira-Mühlberger, U., Budimir, K., Eppel, R., Huemer, U., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Soziale Sicherungssysteme und Arbeitsmarktperformanz in der EU. Vertiefende Analyse, WIFO, Wien, 2010, <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/38911>.
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., Groothoff, J. W., "Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector", Occupational and Environmental Medicine, 2008, 65(7), S. 494-499.
- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011, <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/42691>.
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A., Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/30919>.
- OECD, "Sickness, Disability and Work Keeping on Track in the Economic Downturn", High-Level Forum, Stockholm, 14-15 May 2009, Background Paper, Paris, 2009, <http://www.oecd.org/dataoecd/42/15/42699911.pdf>.
- Tatsiramos, K., "Job displacement and the transition, re-employment and early retirement for non-employed older workers", European Economic Review, 2010, 54, S. 517-535.
- Wallman, T., Burell, G., Kullman, S., Svärsudd, K., "Health care utilisation before and after retirement due to illness", Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2004, 22, S. 95-100.