

**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen**

**Thomas Czypionka**  
**Sarah Lappöhn**  
**Alina Pohl**  
**Gerald Röhring**



**INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN**  
**INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES**  
**Vienna**



**Projektbericht**  
**Research Report**

# **Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen**

**Thomas Czypionka**  
**Sarah Lappöhn**  
**Alina Pohl**  
**Gerald Röhring**

Endbericht

Studie im Auftrag des Österreichischen Seniorenbundes

**Februar 2016**

**Institut für Höhere Studien (IHS), Wien**  
**Institute for Advanced Studies, Vienna**

**Kontakt:**

Dr. Thomas Czipionka

☎: +43/1/599 91-127

email: [thomas.czipionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czipionka@ihs.ac.at)

# Inhalt

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Vorgehensweise</b>	<b>2</b>
<b>3. Problemstellungen und Lösungsansätze</b>	<b>4</b>
3.1. Allgemeines.....	4
3.2. Datenlage.....	7
3.3. Versorgungsforschung und Evaluierung von Maßnahmen .....	12
3.4. Prävention chronischer psychischer Erkrankungen und von Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung.....	14
3.4.1. Ursachen steigender Bedeutung psychischer Erkrankungen.....	14
3.4.2. Prävention .....	17
3.4.3. Probleme im präventiven und kurativen Akutbereich .....	18
3.4.4. Frühintervention.....	19
3.4.1. Einbeziehen von Arbeitgebern in die Prävention.....	21
3.4.2. Stufenweise Wiedereingliederung (STW).....	25
3.4.3. Teilarbeitsfähigkeit .....	27
3.4.4. Teilweise Invaliditätspension .....	28
3.4.5. Zumutbarkeitskriterien .....	28
3.4.6. Anreize .....	28
3.4.7. Medizinische und berufliche Rehabilitation .....	29
3.4.8. Vernetzung .....	30
3.5. Abklärungsprozess.....	30
3.5.1. Begutachtung .....	32
3.6. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen.....	38
<b>4. Quantitative Analyse</b>	<b>42</b>
4.1. Unbefristete Invaliditätspensionen, Auswertungen des Standes .....	42
4.2. Befristete Invaliditätspensionen, Auswertungen des Standes.....	50
4.3. Unbefristete Invaliditätspensionen, Auswertungen der Neuzuerkennungen (NZE) ...	55
4.4. Rehabilitationsgeld.....	58
4.5. Indikatoren psychischer Krankheitslast in den Bundesländern .....	63
4.5.1. Prävalenz von Depression.....	63
4.5.2. Inanspruchnahme in Fondsspitalern .....	65
4.5.3. Arzneimittel.....	66
4.5.4. Suizidraten.....	68
4.5.5. Bruttoregionalprodukt (BRP) .....	69

<b>5.</b>	<b>Zusammenfassende Analyse und Empfehlungen</b>	<b>71</b>
5.1.	Grundlegende Problemstellung.....	71
5.2.	Datenlage.....	71
5.3.	Versorgungsforschung und Evaluierungen .....	71
5.4.	Probleme im präventiven und kurativen Akutbereich .....	72
5.5.	Rehabilitation.....	72
5.6.	Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen.....	72
5.7.	Antragstellung und Begutachtung .....	73
<b>6.</b>	<b>Literatur</b>	<b>75</b>

## **Tabellen**

Tabelle 1: Krankheitsgruppen bei Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit und bei vorzeitiger Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit ..... 8

Tabelle 2: Status bei Anträgen auf Invaliditätspensionen in Österreich ..... 17



## Abbildungen

Abbildung 1: Anträge auf Invaliditätspension nach Altersgruppen je 1.000 Personen .....	5
Abbildung 2: Beschäftigungsraten von Personen mit psychischen Erkrankungen im internationalen Vergleich.....	6
Abbildung 3: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland 2014 nach Art der psychischen und Verhaltensstörung (1. Diagnose) für Männer .....	11
Abbildung 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland 2014 nach Art der psychischen und Verhaltensstörung (1. Diagnose) für Frauen .....	12
Abbildung 5: Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen .....	15
Abbildung 6: Anzahl unbefristete Invaliditätspensionen 2011-2014, Index 2011=100.....	43
Abbildung 7: Psychiatrische Krankheiten, in % aller unbefristeten Invaliditätspensionen .....	43
Abbildung 8: Durchschnittsalter, unbefristete Invaliditätspensionen.....	44
Abbildung 9: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Psychiatrische Krankheiten, Männer .....	45
Abbildung 10: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Alle anderen Krankheitsgruppen, Männer.....	45
Abbildung 11: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Psychiatrische Krankheiten, Frauen.....	46
Abbildung 12: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Alle anderen Krankheitsgruppen, Frauen.....	46
Abbildung 13: Unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2014, Index Österreich=100, Männer .....	48
Abbildung 14: Unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2014, Index Österreich=100, Frauen .....	48
Abbildung 15: Unbefristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2014, Männer .....	49
Abbildung 16: Unbefristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2014, Frauen .....	49
Abbildung 17: Anzahl befristete Invaliditätspensionen 2011-2014, 2014: inklusive RehabilitationsgeldbezieherInnen (Stand Dezember 2014), Index 2011-2013 .....	51
Abbildung 18: Psychiatrische Krankheiten, in % aller befristeten Invaliditätspensionen .....	51

Abbildung 19: Befristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2013, Index Österreich=100, Männer.....	52
Abbildung 20: Befristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2013, Index Österreich=100, Frauen .....	53
Abbildung 21: Befristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2013, Männer	54
Abbildung 22: Befristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2013, Frauen	54
Abbildung 23: Anzahl unbefristete Invaliditätspensionen 2011-2014, Index 2011=100, NZE	56
Abbildung 24: Psychiatrische Krankheiten, in % aller unbefristeten Invaliditätspensionen, NZE.....	56
Abbildung 25: Unbefristete NZE, Männer pro 10.000, Median 2011-2014, Ö=100 .....	57
Abbildung 26: Unbefristete NZE, Frauen pro 10.000, Median 2011-2014, Ö=100 .....	57
Abbildung 27: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Männer, 2015.....	59
Abbildung 28: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Frauen, 2015 .....	59
Abbildung 29: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Männer, 2015, Index: Ö=100 .....	60
Abbildung 30: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Frauen, 2015, Index: Ö=100	60
Abbildung 31: Durchschnittsalter, Männer, 2015.....	61
Abbildung 32: Durchschnittsalter, Frauen, 2015 .....	61
Abbildung 33: Relative Prävalenz, Depression, 2014, Männer.....	64
Abbildung 34: Relative Prävalenz, Depression, 2014, Frauen.....	64
Abbildung 35: LKF-Punkte nach Wohnsitz F00-F99 pro Kopf, 2014, Männer .....	65
Abbildung 36: LKF-Punkte nach Wohnsitz F00-F99 pro Kopf, 2014, Frauen.....	66
Abbildung 37: Verordnungen von Antidepressiva, pro Kopf, 2014, Männer .....	67
Abbildung 38: Verordnungen von Antidepressiva, pro Kopf, 2014, Frauen .....	67
Abbildung 39: Rohe Sterberate: Selbstmord und Selbstschädigung, 2014, Männer.....	68
Abbildung 40: Rohe Sterberate: Selbstmord und Selbstschädigung, 2014, Frauen .....	69
Abbildung 41: Bruttoregionalprodukt (BRP) pro Kopf, 2014 .....	70

## Abkürzungsverzeichnis

BMASK.....	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BSV .....	Bundesamt für Sozialversicherungen (Schweiz)
BTZ.....	Berufliche Trainingszentren
DSP .....	Disability Support Pension (Australien)
FI .....	Frühintervention (Schweiz)
IM .....	Integrationsmaßnahmen (Schweiz)
IP .....	Invaliditätspension (Österreich)
IV .....	Invalidenversicherung (Schweiz)
IVG .....	Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Schweiz)
LTA .....	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR.....	Medizinisch-berufliche Orientierung in der Rehabilitation
MELBA .....	Merkmale zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit
NAV .....	Norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsbehörde (Nye arbeids- og velferdsetaten)
OECD.....	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
POS.....	Program of Support (Australien)
QS .....	Qualitätssicherung
RAD.....	Regionale Ärztliche Dienst
RPK.....	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke
SGPP .....	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
STW .....	stufenweise Wiedereingliederung



## 1. Einleitung

Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Ursachen für Invaliditäts-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeitspension ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Für das Jahr 2014 publizierte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in der Pensionsversicherung insgesamt rund 20.000 Neuzugänge an Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit; etwa zwei Drittel (64 %) davon entfielen auf Männer. Neuzugänge aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen rangieren mit 5.856 (oder 29 % aller Neuzugänge) knapp hinter den Neuzugängen aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (30 %) an zweiter Stelle der Krankheitsgruppen. Bei Frauen sind Neuzugänge aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen häufigste Ursache, um eine Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspension in Anspruch zu nehmen (40 % aller Neuzugänge). Aus volkswirtschaftlicher Sicht erscheint es dringend geboten, diese Entwicklung zu untersuchen und Maßnahmen zu entwickeln. Der vorliegende Bericht versucht auf Basis von gesundheitsrelevanten Kennzahlen, Literatur und internationalen Beispielen Ursachen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Für eine rasche Übersicht über Problemstellungen und Empfehlungen verweisen wir auf Kapitel 5.

### Danksagung

Wir danken einer Reihe von ExpertInnen für ihre Mithilfe sowie Daten. Darunter sind Simon Øverland und Ann Kristin Knudsen aus Norwegen, Steen Bengtsson und Paul Bingley aus Dänemark, Niklas Baer und Gerhard Ebner aus der Schweiz, ExpertInnen aus Australien, Matthias Fabra, Teresia Widera, Jannett Zander, Wolfgang Weig und Matthias Bethge aus Deutschland sowie Eva Hörtl, Karl Dantendorfer, Klaus Rudolf Pirich und Renate Czeskleba aus Österreich.

## 2. Vorgehensweise

Zur Erhebung der relevanten Inhalte wurde zunächst eine fundierte Literaturrecherche durchgeführt, zu der vor allem Berichte und Berichtsreihen zu den Themen mentale Gesundheit und Pensionen aber auch aktuellste Reports zu nationalen Gesundheitssystemen herangezogen wurden. Von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) wurden unter anderem der aktuellste Bericht „Pensions at a Glance“ (2015) zum Thema Pensionen sowie „Fit Mind, Fit Job“ (2015), „Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work“ (2012) und die jeweils aktuellsten länderspezifischen Berichte der Reihe „Mental Health and Work“ zum Thema mentale Gesundheit am Arbeitsplatz herangezogen. Für Einblicke in nationale Gesundheitssysteme wurden die jeweils aktuellsten Berichte „Health Systems in Transition“ des European Observatory on Health Systems and Policies verwendet. Weiters diente der „Mental Health Atlas“ (2014) sowie Länderprofile desselben, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), als Informationsgrundlage. Diverse Schriften und Artikel der Europäischen Kommission erweitern die Quellenlage und themenspezifische Inhalte. Für Österreich hat das BMASK im Jahr 2014 die Studie „Psychische Erkrankungen und Invalidität“ veröffentlicht, in der mehrere Probleme in Österreich beschrieben und Empfehlungen für Verbesserungen herausgearbeitet werden. 2015 hat die OECD einen Bericht mit dem Titel „Mental Health and Work: Austria“ publiziert, in dem die Stärken und Schwächen des österreichischen Umgangs mit psychischen Erkrankungen thematisiert werden und wie auch in der BMASK-Studie Empfehlungen ausgesprochen werden.

Es wurden exemplarisch fünf Länder neben Österreich als internationale Beispiele ausgewählt, die aufgrund des verfügbaren Informationsstandes bzw. sehr guter Bewertungen internationaler Vergleiche, der Umsetzung von Reformen im Bereich Invaliditätspensionen<sup>1</sup> aufgrund psychischer Erkrankungen oder derzeitiger Umstrukturierungsprozesse für Österreich relevante Vorbildfunktionen in der Systemgestaltung von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen aufweisen. Die Auswahl umfasst Australien, Dänemark, Deutschland, Schweiz, und Norwegen. In diesen Ländern wurden gezielte ExpertInneninterviews geführt, um auf Basis bereits bekannter Inhalte aus der Literaturrecherche darüber hinausgehende Detailinformationen zu länderspezifischen Ausgestaltungen im Bereich Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen zu erhalten. Für die Studie wurden ExpertInnen persönlich, schriftlich und/oder telefonisch befragt<sup>2</sup>. Die dort dargestellten Ansichten wurden miteinander und mit

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird der Begriff Invalidität als Überbegriff für Invalidität, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit verwendet.

<sup>2</sup> Es wurden zunächst 41 Personen kontaktiert, um die konkreten ExpertInnen zu identifizieren. 20 ExpertInnen lieferten uns dankenswerter Weise die in der Studie verwendeten Informationen.

gesicherten Inhalten aus der Literatur abgeglichen, um daraus Schlussfolgerungen auf einer formalisierten Ebene zu erhalten.

Die quantitative Analyse erfolgte primär basierend auf Pensionsversicherungsdaten des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) und Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV). Zudem wurden Datensätze des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Statistik Austria ausgewertet.

## 3. Problemstellungen und Lösungsansätze

### 3.1. Allgemeines

Die Literaturrecherche und ExpertInneninterviews haben ergeben, dass Österreich mit einer Vielzahl der Herausforderungen nicht alleine dasteht. In den letzten Jahren bzw. aktuell sind laufend Reformen zu nationalen Invaliditätspensionssystemen konzipiert oder umgesetzt worden (zB Norwegen, Dänemark, etc.), in anderen Ländern sind ähnliche Entwicklungen zu beobachten. Es ist auch vermehrte Forschungstätigkeit zu dem Thema Invalidität und Berufsfähigkeit in Verbindung mit psychischer Gesundheit bzw. Krankheit zu bemerken, nicht zuletzt erkennbar an den Publikationen „Mental Health and Work“ der OECD. Mehrfach wurde in den Interviews betont, dass eine gesamtheitliche Betrachtung des komplexen Themas notwendig sei. Beispielsweise ist eine reine Verbesserung des Rehabilitationsangebots nicht zielführend, wenn nicht auch der Zugang zur Rehabilitation genau festgelegt ist. *Insgesamt erscheint eine bessere Integration der Angebote im medizinischen als auch sozialen Bereich eine wesentliche Voraussetzung zu sein.*

Besonders beachtenswert ist die international relativ rasch steigende Zahl an Jugendlichen zwischen 15 und 24 Jahren, die Anträge für Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung stellen (OECD 2015a: 51). 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 %, was im Juni 2015 rund 256.000 Personen entspricht. Auch in Australien ist die Rate jüngerer Personen relativ hoch, in den Jahren 2014/15 waren rund 36 % aller BezieherInnen unter 35 Jahren. Anspruchsberechtigt sind dort Personen zwischen 15 und 64 Jahren, ab 65 wird von der Invaliditätspension in die Alterspension übergeleitet.

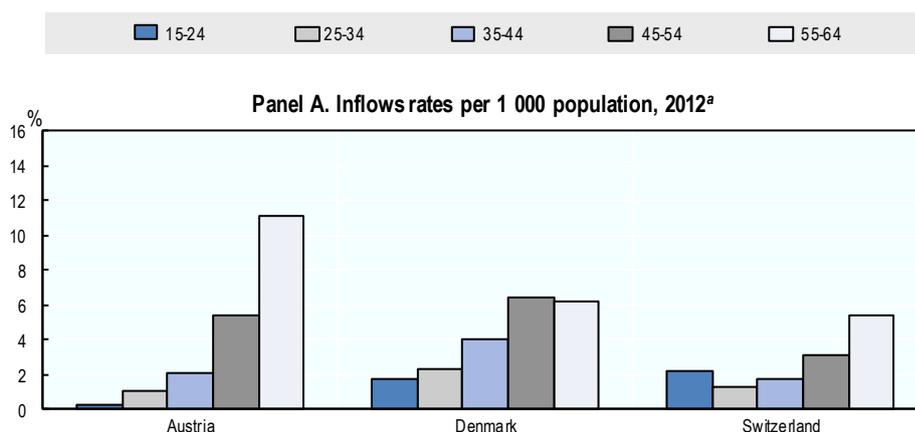
Der Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit, Rehabilitation und Wiedereingliederung in den Beruf ist sehr eng. Die Schwierigkeit besteht vor allem darin, je früher Menschen im erwerbsfähigen Alter aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden (oder gar nicht erst einsteigen) bzw. je länger BezieherInnen von Invaliditätspension 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. (BMAK 2014: 13, Leoni 2015: II und OECD 2015a: 51, 142) Die intensive Wechselwirkung zwischen Arbeitserfolg und geistiger Gesundheit ist wesentlich bei der Reintegration. Zudem dient regelmäßige Arbeit als tagesstrukturierendes Element und Anlass sozialer Interaktion, sind positive Arbeitserfolge Quelle von Selbstwert, und stellt Arbeit an sich Teilhabe an der Gesellschaft dar.

Bei der Übertragbarkeit von erfolgsversprechenden Maßnahmen aus anderen Ländern sind die unterschiedlichen institutionellen und strukturellen Rahmenbedingungen (beispielsweise auf dem Arbeitsmarkt) der Länder zu beachten. In den Niederlanden muss der Arbeitgeber beispielsweise viel länger als in Österreich im Falle einer Krankheit das Entgelt weiterzahlen, wodurch die Arbeitgeber unterschiedliche Anreize haben, präventive Maßnahmen durchzuführen. Die Schweiz steht zum Beispiel anderen Herausforderungen gegenüber als Österreich, dort ist die hohe Anzahl von Menschen, die in jungen Jahren eine Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen beantragen, ein aktuell diskutiertes Thema.

Die befragten ExpertInnen raten dazu, schon früh präventive Maßnahmen einzuleiten, um dieser Entwicklung vermehrter psychischer Erkrankungen vor allem am Arbeitsplatz entgegenzuwirken. Mangelndes Know-How, aber auch eine fehlende Sensibilisierung bei ArbeitgeberInnen als auch ArbeitnehmerInnen bzw. KollegInnen im Umgang und der Früherkennung psychischer Erkrankungen sind häufige Erschwernisse bei der Rehabilitation. Institutionell wäre noch ein Schritt davor anzusetzen, nämlich in der Definition geeigneter Empfehlungen und Ausgestaltungsmöglichkeiten, um die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern und Erkrankungen vorzubeugen.

Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, wie viel Prozent aus jeder Altersgruppe in Österreich, Dänemark und der Schweiz Anträge auf alle Invaliditätspensionen stellen. In Österreich haben im Jahr 2012 aus der Altersgruppe der 55 bis 64-Jährigen mit Abstand am meisten Anträge auf Invaliditätspension gestellt. In der Schweiz und Dänemark stellen anteilig viel mehr junge Menschen als in Österreich Anträge auf Invaliditätspension.

**Abbildung 1: Anträge auf Invaliditätspension nach Altersgruppen je 1.000 Personen**



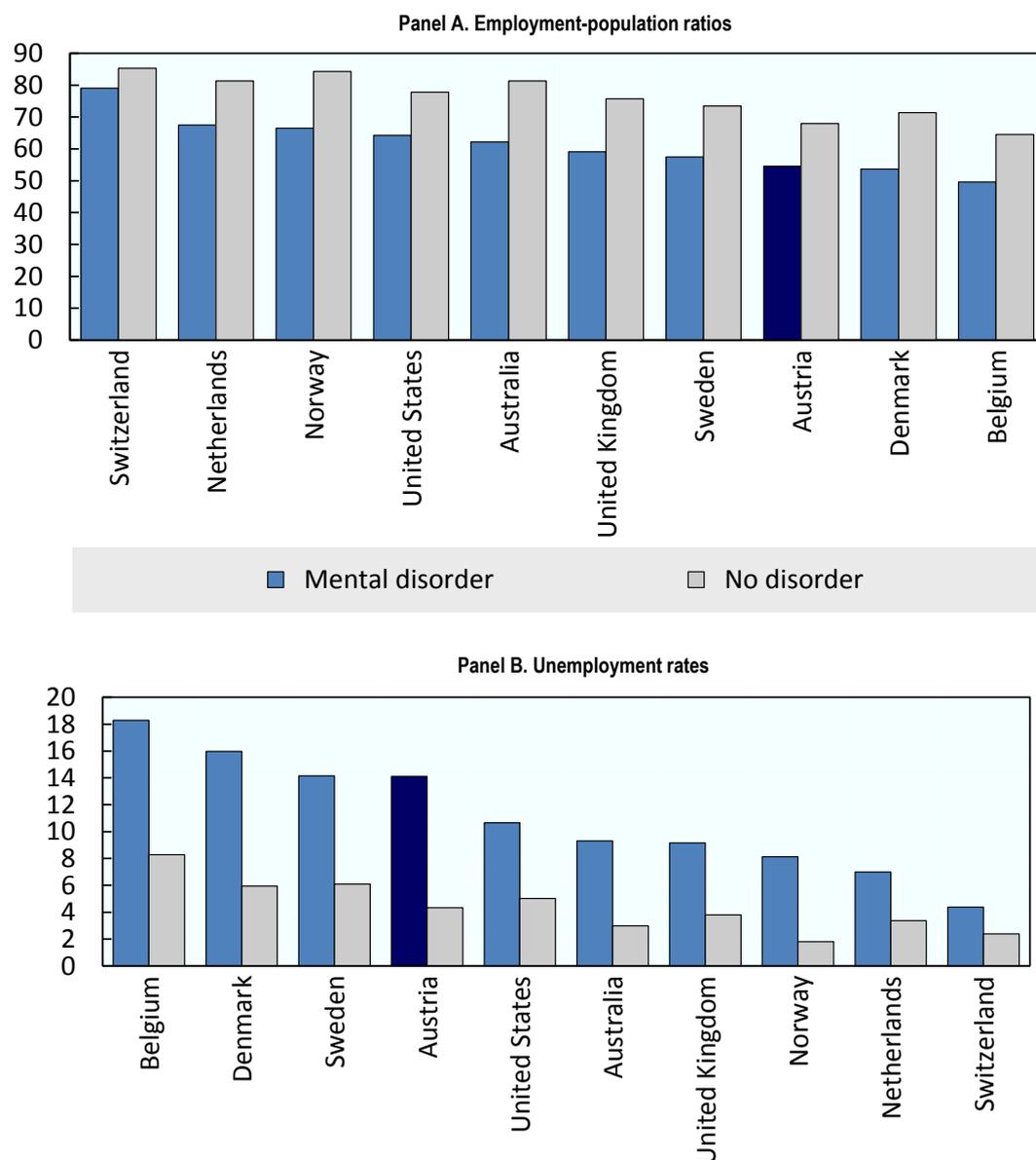
a. Data refer to 2011 for Denmark.

Source: OECD calculations based on data from the OECD Mental Health questionnaire and the Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection for Austria

Quelle: OECD 2015b: 43.

Aus Abbildung 2 ist zu erkennen, dass in allen von der OECD betrachteten Ländern die Arbeitslosenquote für Menschen mit psychischen Erkrankungen höher ist, als für Menschen ohne psychische Erkrankungen, dabei gibt es jedoch Unterschiede in der Höhe der durchschnittlichen Arbeitslosenquote.

**Abbildung 2: Beschäftigungsraten von Personen mit psychischen Erkrankungen im internationalen Vergleich**



Anmerkung: More recent data from the Austrian Health Interview Survey 2014 will become available in late 2015 or early 2016. Source: OECD calculations based on national health surveys. Australia: National Health Survey 2011/12; Austria: Health Interview Survey 2006/07; Belgium: Health Interview Survey 2008; Denmark: National Health Interview Survey 2010; Netherlands: POLS Health Survey 2007/09; Norway: Level of Living and Health Survey 2008; Sweden: Survey on Living Conditions 2009/10; Switzerland: Health Survey 2012; United Kingdom: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007; United States: National Health Interview Survey 2008. Quelle: OECD 2015b: 26.

Die Aufgabe besteht nun darin, erstens Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen zu identifizieren, um in einem zweiten Schritt gezielte Maßnahmen ableiten zu können, um der Berufsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen vorzubeugen. Außerdem sind für jene bereits in Invaliditätspensionen befindlichen Personen mögliche Maßnahmen zu ergreifen, um diese in geeigneter Form beruflich sowie gesundheitlich zu rehabilitieren und in geeignetem Maße in den Berufsalltag zu reintegrieren.

Im Folgenden werden die in der Literatur und bei den ExpertInnengesprächen identifizierten Probleme der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen als Ursache für Invalidität (BMASK 2014: 37) erläutert und anhand von Beispielen aus anderen Ländern Verbesserungsvorschläge für das österreichische System der Invaliditätspension erarbeitet. Die erkannten Probleme werden in zwei Phasen – Phase der Krankheit und Prävention von Invaliditätspension und Phase des Abklärungsprozesses für die Invaliditätspension – unterteilt. Zunächst wird auf Verbesserungspotentiale genereller Natur – Datenerfassung und Evaluierung von Maßnahmen – eingegangen. Die Inhalte werden aus der Perspektive Österreichs dargestellt, indem zunächst die Problemstellung thematisiert und in weiterer Folge entsprechende Ausgestaltungen als Beispiele in anderen Ländern daran angeknüpft und erläutert werden. Abschließend zeigt ein Länderbeispiel exemplarisch die Ausgestaltungen zur Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen in Norwegen.

### **3.2. Datenlage**

Ein wesentliches Problem stellt in Österreich die Datenerfassung von Krankheitsgruppen dar. Anträge und Bestand der Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen werden in öffentlichen Statistiken nicht detailliert nach Art der Erkrankung erhoben sondern nur aggregiert unter „Psychiatrische Krankheiten“ erfasst. Insgesamt ist die Kategorisierung der Invaliditätspensionen veraltet (siehe Tabelle 1) und müsste an die heutige Epidemiologie und Datenverarbeitungsmöglichkeiten angepasst werden. Ohne Informationen zu den genauen Diagnosen der PatientInnen können Angebote nicht zielgerichtet geplant werden. Darüber hinaus ist es dann gar nicht klar, 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.

**Tabelle 1: Krankheitsgruppen bei Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. dauernden Erwerbsunfähigkeit und bei vorzeitiger Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. wegen dauernder Erwerbsunfähigkeit**

01 Darminfektionen	31 Krankheiten der oberen Luftwege
02 Tuberkulose	32 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane
03 Sonstige bakterielle Infektionen	33 Kh. d. Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer
04 Virusinfektionen	34 Kh. d. Magen-Darm-Traktes
05 Geschlechtskrankheiten	35 Sonstige Krankheiten d. Verdauungssystems
06 Mykosen	36 Krankheiten der Harnorgane
07 Wurmerkrankungen	37 Krankheiten d. männl. Geschlechtsorgane
08 Sonstige Infektionskrankheiten	38 Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane
09 Krebs d. Lippe, Mundhöhle, Rachen	39 Fehlgeburt, Interruptio
10 Krebs d. Verdauungsorgane	40 Komplikationen d. Grav., Entbindung Wochenbett
11 Krebs d. Atmungsorgane	41 Normale Entbindung
12 Krebs d. Brust, Harn- und Geschlechtsorgane	42 Kh. d. Haut und d. Unterhautzellgewebes
13 Sonstige solide Krebse	43 Krankheiten d. Skeletts, Muskeln, BGW
14 Hämoblastosen	44 Kongenitale Missbildungen
15 Gutartige Neubildungen	45 Perinatale Affektionen
16 Sonstige Neubildungen	46 Symptome und schlecht bez. Affektionen
17 Endokrinopathien, StW-Kh., Immun-Kh.	47 Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)
18 Krankheiten des Blutes	48 Arbeitsunfälle als Wegunfälle
<b>19 Psychiatrische Krankheiten</b>	49 Sonst. Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)
20 Krankheiten des Nervensystems	50 Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)
21 Affektionen des Auges	51 Sportunfälle
22 Krankheiten des Ohres	52 Gewerbliche Vergiftungen
23 Rheumat. Fieber u. rheumat. Herz-Kh.	53 Nichtgewerbliche Vergiftungen
24 Hypertonie	54 Suizidversuche, Selbstmord
25 Ischämische Herzkrankheiten	55 Absichtliche Verletzungen, Tötung
26 Sonstige Herzkrankheiten	56 Sonstige exogene Ursachen (z.B. med. Kompl.
27 Cerebrovaskuläre Krankheiten	57 Unbekannte exogene Ursachen
28 Krankheiten der Arterien	58 Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung
29 Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	59 §§ 254 Abs. 2 bzw. 271 Abs. 2 bzw. 279 Abs. 2 ASVG
30 Sonstige Kreislaufkrankheiten	99 unbekannt

Quelle: BMASK, Pensionsversicherung - Jahresstatistik.

Nicht nur bei der Erfassung der Daten für Neuzugänge und Bestand der Invaliditätspension gibt es Verbesserungspotential, auch im Bereich der kurativen Medizin besteht dieses:

*„Im Bereich der ärztlichen Hilfe gestalten sich exakte Darstellungen schwierig. Beispielsweise können die im Rahmen einer „normalen“ Ordination abgerechneten Leistungen nicht dem Bereich der „psychischen Krankheiten“ zugeordnet werden, da Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich nicht verpflichtet sind, bei ihrer Abrechnung codierte und damit auswertbare Diagnosen zu liefern. Mit der Einführung*

*einer verbindlichen Codierung (besser als ICD-10 wäre der von der Sozialversicherung angedachte RC-Code) könnte eine bedeutende Steigerung der Qualität der Datenlage bewirkt werden.“ (Hauptverband und GKK Salzburg 2011: 34)*

Systematische Erhebungen abseits von Routinedaten erfolgen ebenfalls nicht. Mit anderen Worten stehen epidemiologische Informationen kaum zur Verfügung, sodass eine proaktive Bearbeitung der Problematik psychischer Erkrankungen erschwert wird. *Dies steht in erheblichem Widerspruch zum stark planerischen Ansatz des österreichischen Gesundheitswesens.*

Im Rahmen einer Studie des Hauptverbands und der GKK Salzburg aus dem Jahr 2011 wurde die regionale Verteilung von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Diagnosen innerhalb Österreichs untersucht. Dabei zeigt sich, dass in allen neun Landeshauptstädten ein hoher Anteil (gemessen an der Gesamtbevölkerung 0,91 % bis 1,62 % der PatientInnen, die aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörungen arbeitsunfähig waren) von Personen mit Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen vorzufinden ist, wie auch in 13 von insgesamt 15 Statutarstädten (eine Ausnahme bilden Waidhofen an der Ybbs/NÖ und Rust/B). Weiters wurden hohe Anteile in Vorarlberg, rund um die Stadt Salzburg (Salzburg-Umgebung, Hallein, Braunau und Vöcklabruck) sowie im südöstlichen Niederösterreich festgestellt. Die geringsten Anteile wurden im nördlichen Niederösterreich (Waldviertel, Wachau), in der östlichen Steiermark sowie im Großteil Kärntens identifiziert. Das zeigt, dass es auch innerhalb der Bundesländer Unterschiede gibt. Die AutorInnen vermuten eine Korrelation zwischen Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen mit verfügbaren Arbeitsplätzen, verifizieren diese Hypothese jedoch nicht im Bericht:

*„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.“ (Hauptverband und GKK Salzburg 2011: 33)*

In Deutschland werden im Rahmen der Veröffentlichung „Rentenzugang 2014“ Daten zu Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit<sup>3</sup> (teilweise und volle Erwerbsminderung) für die Hauptdiagnose (1. Diagnose) entsprechend dem ab 1. Jänner 2014 gültigen einheitlichen Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (10. Revision, German Modification) Version 2014 auf Dreistellerebene erfasst und öffentlich zugänglich gemacht.

---

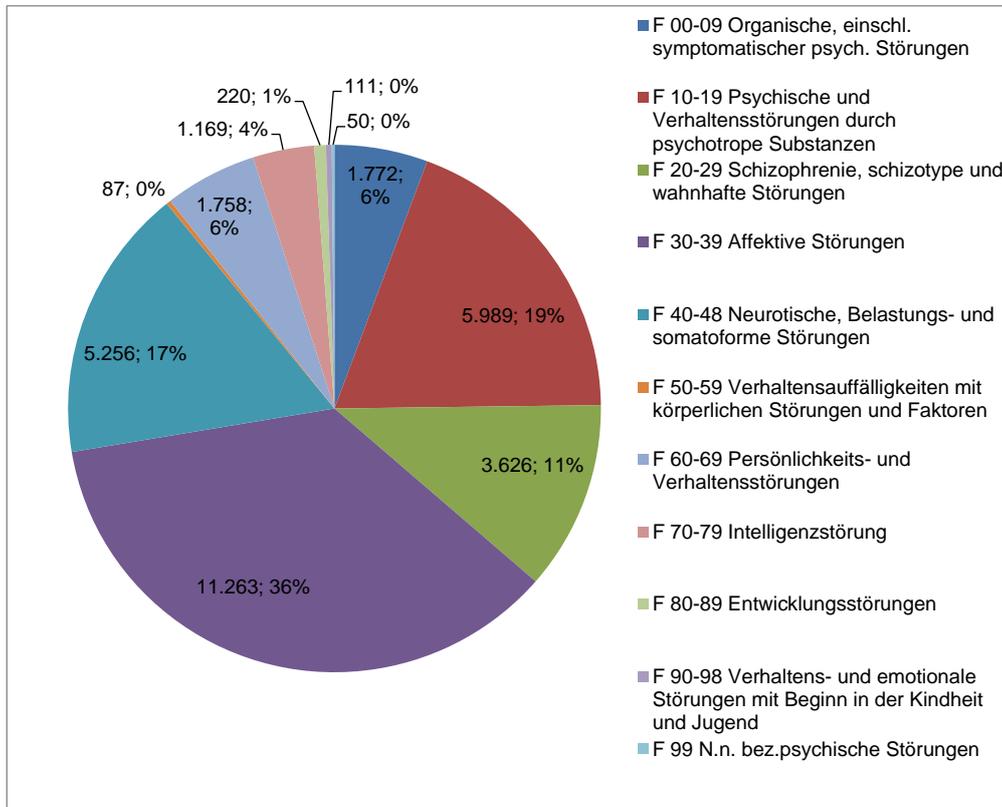
<sup>3</sup> Entspricht der österreichischen Invaliditätspension und wird hier äquivalent verstanden.

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 %. Bei den Rentenzugängen bekamen Männer in Deutschland im Jahr 2014 bei psychischen und Verhaltensstörungen durchschnittlich mit 49,09 Jahren (insgesamt durchschnittlich mit 51,77 Jahren) eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zugesprochen, Frauen durchschnittlich mit 49,50 Jahren (insgesamt durchschnittlich mit 50,7 Jahren) (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015: 48ff.). Wer in Deutschland wegen psychischen Erkrankungen eine Erwerbsminderungsrente zugesprochen bekommt, tut dies somit wie in Österreich durchschnittlich früher als Menschen mit anderen Diagnosen (BMASK 2014: 55, siehe Kapitel 4.1)

Je nach psychischer Erkrankung fällt das durchschnittliche Zugangsalter in Deutschland zur Erwerbsminderungsrente jedoch sehr unterschiedlich aus, bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien, einschließlich Koffein, lag das durchschnittliche Alter bei Männern (es gab nur 12 Fälle davon im Jahr 2014) beispielsweise bei 33,75 Jahren (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015: 46ff.).

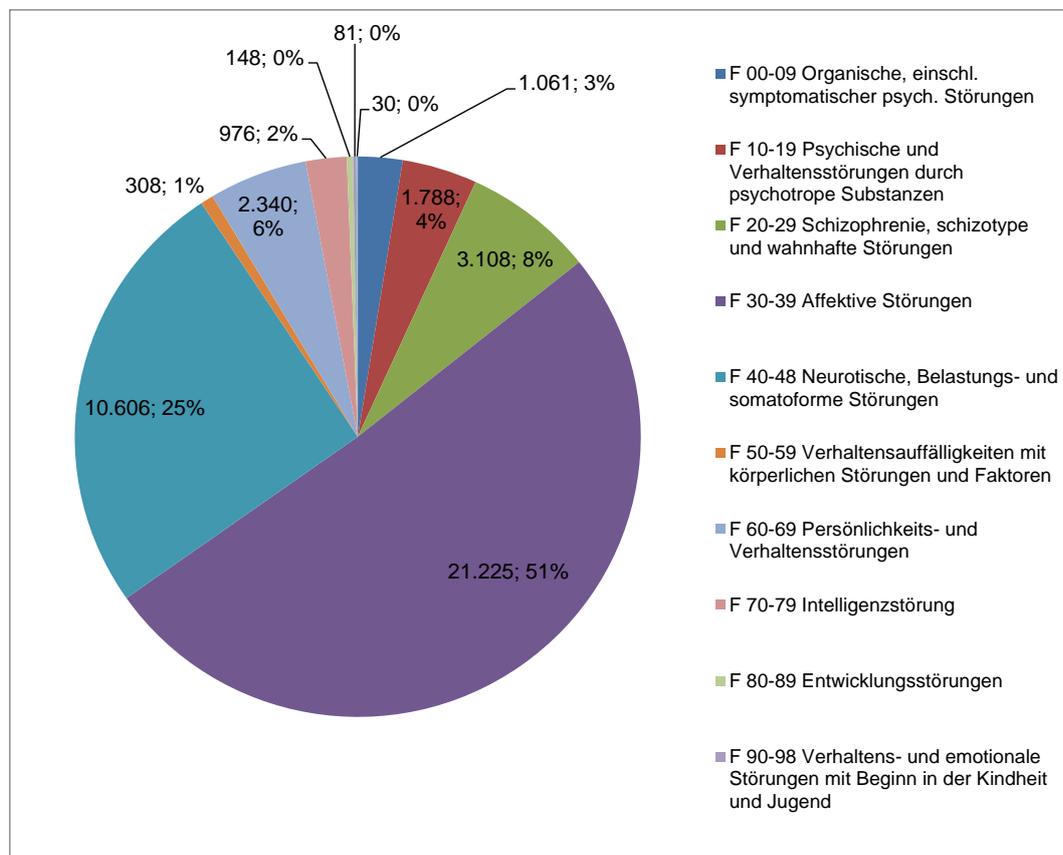
Aus Abbildung 3 und Abbildung 4 ist auf Zweistelleebene ablesbar (die Daten werden auf Dreistelleebene veröffentlicht), wie sich die Krankheitsbilder für Männer und Frauen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufteilen. Bei Männern sind affektive Störungen mit 11.263 Rentenzugängen (36 % der männlichen Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahr 2014) der häufigste Grund und psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (5.989 Fälle, 29 %) der zweithäufigste. Bei Frauen ist rund die Hälfte der Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit auf affektive Störungen zurückzuführen (21.225 Fälle, das sind 51 % der weiblichen Rentenzugänge), ein weiteres Viertel entfällt auf neurotische Belastungsstörungen. Die Abbildungen zeigen, dass Männer und Frauen aufgrund unterschiedlicher Diagnosen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zugesprochen bekommen. In den geführten Interviews wurde darauf hingewiesen, dass neben einer differenzierten Betrachtung der Geschlechter auch eine regionale Betrachtung wichtig sei, da es innerhalb eines Landes zu großen Unterschieden in den Prävalenzen von psychischen Krankheiten und Anträgen auf Invalidenpensionen kommen könne, was wiederum Auswirkungen auf das nötige Versorgungsangebot für die betroffenen Personen hat.

**Abbildung 3: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland 2014 nach Art der psychischen und Verhaltensstörung (1. Diagnose) für Männer**



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2015: 48f. Tabelle 220.01 Z), Darstellung IHS 2016.

**Abbildung 4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Deutschland 2014 nach Art der psychischen und Verhaltensstörung (1. Diagnose) für Frauen**



Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (2015: 58f. Tabelle 220.02 Z), Darstellung IHS 2016.

Intern verfügt die Pensionsversicherungsanstalt in Österreich laut Eigenauskunft über detaillierte Daten, veröffentlicht diese jedoch nicht. Ein Vergleich der deutschen mit den österreichischen Daten zeigt, dass es in Österreich einen großen Handlungsbedarf bei der Datenerhebung gibt, die deutschen ICD-Klassifikation auf Dreistellerebene könnte dabei als Vorbild genommen werden.

### 3.3. Versorgungsforschung und Evaluierung von Maßnahmen

Neben den Verbesserungspotentialen in der Datenerfassung wurde festgestellt, dass es in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern wenige Evaluierungen und Messungen zur Wirksamkeit von Maßnahmen im Rahmen der Invaliditätspension gibt. Auch im OECD-Bericht wird ein Mangel an quantitativen Evaluierungen von Reformen in der Politik konstatiert, häufig werden demnach nur qualitative Umfragen (beispielsweise Zufriedenheit der PatientInnen mit Versorgung) durchgeführt (OECD 2015b: 32).

In einigen Ländern laufen Forschungsprojekte zur Invaliditätspension und Themenbereichen, die eng damit verbunden sind. In der Schweiz hat das Bundesamt für Sozialversicherungen

(BSV) basierend auf dem Gesetzesauftrag in Art. 68 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ein Konzept für ein mehrjähriges Forschungs- und Evaluationsprogramm FoP-IV entwickelt. Das Ziel des Forschungsprogramms ist es, Gründe für das Wachstum der Invaliditätszahlen zu identifizieren, Grundlagen zur Beurteilung der Wirksamkeit von Maßnahmen der IV-Revisionen zu erarbeiten sowie neue Instrumente vorzuschlagen, damit die Ziele des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung erreicht werden (Guggisberg et al. 2015: 2).<sup>4</sup> Solche Evaluierungen wären für Österreich ebenfalls wünschenswert.

Die Deutsche Rentenversicherung fördert unter anderem Forschungsprojekte im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und zu sozialmedizinischen Fragestellungen der Erwerbsminderung. Dafür wurde eine Übersicht für Forschungsbedarf in den Bereichen Epidemiologie, Rehabilitations-Bedarf und Zugangssteuerung, internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Optimierung von Rehabilitationsangeboten, Rehabilitations-System und Rehabilitations-Ökonomie, Qualitätssicherung, Patientenorientierung, Gender-Fragen, Weiterentwicklung von Erhebungsinstrumenten und Erhebungsverfahren sowie präventive Ansätze erstellt (Deutsche Rentenversicherung Hessen 2016a). Im Rahmen eines seit 1991 stattfindenden Rehabilitations-Kolloquiums werden jährlich wissenschaftliche Erkenntnisse vorgestellt und von Rehabilitations-Trägern, Leistungserbringern und Reha-WissenschaftlerInnen diskutiert, vor allem zu orthopädischen und psychosomatischen Themen (Deutsche Rentenversicherung Hessen 2016b und ExpertInnenauskunft). Neben der Deutschen Rentenversicherung beauftragen auch andere Einrichtungen Forschungsprojekte, beispielsweise die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Laut ExpertInnenauskunft werden diverse gemeinsame Forschungsprojekte der Rehabilitations-Träger mit wissenschaftlicher Unterstützung durchgeführt. Die Projekte werden von den Rehabilitations-Trägern gemeinsam ausgeschrieben und finanziert.

In Australien sind psychische Erkrankungen nach Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen die dritthäufigste Krankheitsursache. Im Jahr 1992 hat die australische Regierung Rahmenbedingungen zur Verbesserung der mentalen Gesundheit der australischen Bevölkerung festgesetzt, seither sind einige Reformen durchgeführt worden. Im Jahr 2012 wurde eine Kommission eingesetzt, um die Programme des bestehenden Systems zu evaluieren, Ineffizienzen und Fragmentierung aufzuzeigen und schließlich Reformvorschläge auszuarbeiten (Australian Government NMHC 2014). Im Herbst 2015 formulierte die australische Regierung daraufhin neun konkrete Reformbereiche, die nun schrittweise umgesetzt werden sollen (Australian Government, Department of Health 2015). Die

---

<sup>4</sup> Das erste Forschungsprogramm lief zwischen 2006 und 2009, das zweite (FoP2-IV) zwischen 2010 und 2015. Unter anderem wurden im Rahmen des Forschungsberichts folgende Studien veröffentlicht: „Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen“ und „Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure“.

österreichische Pensionsversicherungsanstalt gibt Evaluierungen in Auftrag, wie beispielsweise für das Pilotprojekt MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit), veröffentlicht jedoch nicht alle Evaluierungen.

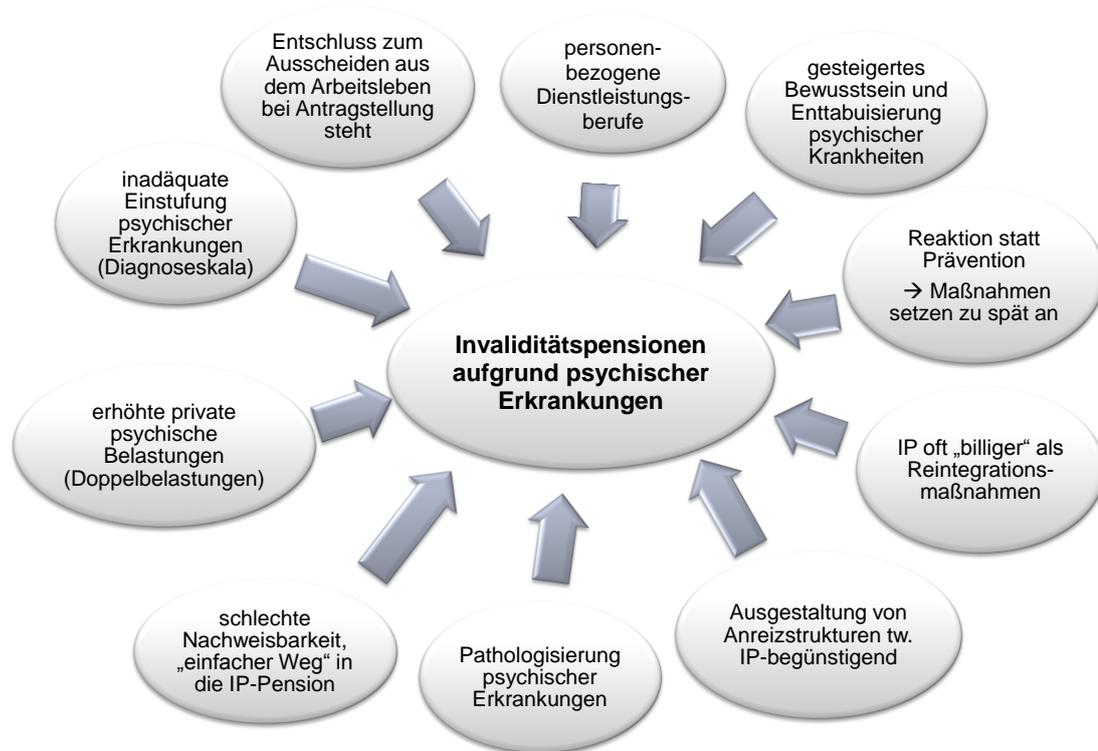
Insgesamt zeigt sich international deutlich regere Forschungstätigkeit in diesem Bereich sowie eine höhere Transparenz in Bezug auf Forschungsergebnisse.

### **3.4. Prävention chronischer psychischer Erkrankungen und von Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung**

#### **3.4.1. Ursachen steigender Bedeutung psychischer Erkrankungen**

In den ExpertInneninterviews wurden verschiedene Gründe genannt, warum es bei Anträgen auf Invaliditätspensionen zu einem Anstieg der Bedeutung von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren gekommen ist. Einerseits ist diese Entwicklung auf einen Rückgang der Bedeutung von körperlicher Arbeit und den damit verbundenen Arbeitsunfällen zurückzuführen, für welche wiederum erfolgreiche Maßnahmen zur Arbeitssicherheit gesetzt wurden. 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. Richter und Berger, mit Bezug auf Europa, Nordamerika und Australien, kommen in ihrem Artikel „Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien“ aus dem Jahr 2013 zu dem Ergebnis, „*dass es keine hinreichenden empirischen Belege für einen Anstieg psychischer Probleme oder Erkrankungen in der Bevölkerung gibt*“ (Richter und Berger 2013: 180) und, dass die „*Steigerung der Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen [...] nicht mit einer Zunahme psychischer Probleme oder Störungen in der Bevölkerung assoziiert [ist]*.“ (Richter und Berger 2013: 176). Abbildung 5 veranschaulicht mögliche Gründe, die zum Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen führen, in einer Graphik.

**Abbildung 5: Mögliche Gründe und Ursachen für den Anstieg von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen**



Quelle: IHS 2016.

Auch die Enttabuisierung des Themas wurde bei den ExpertInnengesprächen als Grund für die Zunahme von psychischen Erkrankungen als Diskurs gesehen, auch wenn die Stigmatisierung von Betroffenen mit psychischen Krankheiten immer noch ein Problem in Österreich ist (OECD 2015b: 22; BMASK 2014: 19). Ebenso in anderen Ländern werden Benachteiligungen aufgrund psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben, vor allem unter KollegInnen und ArbeitgeberInnen beobachtet (OECD 2013b: 46). Auch der steigende Druck in der Arbeitswelt wurde als mögliche Ursache für einen Anstieg von psychischen Erkrankungen bei Beantragung für Invaliditätspension genannt. In Österreich liegen die Fehltagelänge bei der Arbeit aufgrund psychischer Erkrankungen signifikant über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2015b: 16). Darüber hinaus wurde von den ExpertInnen eine erhöhte psychische Belastung im Privatleben als mögliche Ursache für den Anstieg von psychischen Erkrankungen genannt. So wäre man heutzutage über Mobiltelefon immer erreichbar und hat mehr Wahlmöglichkeiten (meldet man die Kinder zum Klavierunterricht oder Sportunterricht an? Wohin fährt man in Urlaub?) und muss dabei häufig Arbeit und Familie miteinander vereinen, was zu einer erhöhten psychischen Belastung führt.

Auch in anderer Weise hat der Strukturwandel in der österreichischen Arbeitswelt wichtige Bedeutung. Bei steigender Beschäftigung in Dienstleistungen, und zwar insbesondere in personenbezogenen Dienstleistungen und der Informationswirtschaft, kommen

verschiedenen psychischen Funktionen eine wesentlich größere Rolle zu als bei backoffice-Arbeiten oder körperlicher Arbeit. So erfordern personenbezogene Dienstleistungen Kontaktfähigkeit und eine Festigkeit gegenüber beispielsweise ungedulden KundInnen, wie sie bei Depression oder Schizophrenie verloren geht. Informationsbasierte Dienstleistungen erfordern hohe Konzentrationsfähigkeit und mitunter schnelle Reaktionsfähigkeit, welche ebenfalls bei psychischen Störungen leiden. Dieses Phänomen schlägt sich auch in Zahlen nieder. Bei den Neuzugängen beim Rehabilitationsgeld waren im ersten Halbjahr 2015 (ohne Fälle mit vorherigem befristeten Pensionsbezug) 18 % der Personen im Handel, Großhandel, oder KFZ-Handel tätig, 14 % in sonstigen Wirtschaftsdiensten (inklusive Arbeitskräfteüberlassung), 12 % in der Warenproduktion, 10 % in der Beherbergung oder Gastronomie, sowie 9 % im Gesundheits- und Sozialwesen. Die restlichen 36 % entfielen auf andere Wirtschaftsbranchen (BMASK 2015: 11). In der fit2work Erstberatung kam von den KundInnen mit 29,4 % der Großteil aus dem Dienstleistungsbereich, gefolgt von Hilfstätigkeiten (18,4 %) (fit2work o.J.: 10). Als häufigste Beschwerde nannten die betreuten KundInnen von fit2work (Mehrfachnennungen waren dabei möglich) psychiatrische und psychische Erkrankungen (43 %, davon 62 % Frauen). Dies verstärkt die Annahme, dass der Anstieg psychischer Erkrankungen auch mit dem Wandel in der Arbeitswelt in Zusammenhang steht.

Laut der BMASK-Studie (2014: 22) gibt es in Österreich keine speziellen Präventionsangebote für Risikogruppen von psychischen Erkrankungen. Zu den Risikogruppen zählen vor allem Langzeitarbeitslose, Kinder psychisch kranker Elternteile, Alleinerziehende und deren Kinder, SchulabbrecherInnen, Jugendliche mit nicht erfolgreichem Schulabschluss sowie Jugendliche ohne Berufsausbildung (BMASK 2014: 112).

In Tabelle 2 ist dargestellt, welchen beruflichen Status Personen beim Antrag auf Invaliditätspensionen in Österreich hatten. Im Jahr 2012 waren 22,5 % der Männer (22,0 % der Frauen) Langezeitarbeitslose, 12,4 % der Männer (11,6 % der Frauen) Kurzeitarbeitslose und 29,0 % der Männer (36,8 % der Frauen) im Krankenstand. Bei Anträgen aufgrund psychischer Erkrankungen waren 40,7 % der Personen arbeitslos und weitere 31,8 % im Krankenstand.

Es sollte bei Betrachtung dieser Zahlen berücksichtigt werden, dass auch Personen, die bereits aufgrund psychischer Probleme bereits den Arbeitsplatz verloren haben, von Maßnahmen profitieren, die gerade verhindern, dass psychische Erkrankungen auftreten oder zu einer Entfernung von der Arbeitswelt führen.

**Tabelle 2: Status bei Anträgen auf Invaliditätspensionen in Österreich**

**Panel A. Distribution of new disability benefit claims by status before the benefit claim, men versus women, 2006-2012**

Status before benefit claim	Men			Women		
	2006	2009	2012	2006	2009	2012
Employed	27,3	28,0	29,3	24,1	20,4	19,5
On sick pay	27,1	27,2	29,0	31,5	34,6	36,8
Short-term unemployed	12,3	14,2	12,4	10,4	12,5	11,6
Long-term unemployed	24,4	21,0	22,5	19,8	17,1	20,0
Unemployed with pension pre-payment	4,9	4,4	2,3	4,0	3,9	2,6
Other	4,0	5,2	4,5	10,2	11,5	9,5

**Panel B. Distribution of new disability benefit claims by status before the benefit claim and health condition, 2012**

	Mental	Musculoskeletal	Other	Total
Employed	19,2	53,4	35,3	36,0
Self-employed	1,3	0,7	0,9	1,0
On sick pay	31,8	14,1	32,7	26,4
Unemployed	40,7	26,0	24,4	30,2
Other	7,1	5,8	6,6	6,5

Note: Data on the employment status by health condition prior to claims are estimated in a slightly different way; hence, the difference between figures in Panel A and Panel B.

Source: Ministry of Labour, Social Affairs and Consumer Protection [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) (BMSK report table 2.3.1 for 2006).

Quelle: OECD 2015b: 44.

### 3.4.2. Prävention

Einige ExpertInnen betonten die Wichtigkeit, schon in der Schule und Ausbildung mit Präventionsmaßnahmen von psychischen Erkrankungen anzufangen und darauf zu achten, dass niemand aufgrund psychischer Erkrankungen frühzeitig aus dem Ausbildungssystem fällt. Auch laut OECD spielt das Schulsystem eine wichtige Rolle bei der Identifikation von jungen Leuten mit psychischen Erkrankungen. In Österreich ist bisher wenig erforscht, wie es jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Schulsystem und der Arbeitswelt ergeht (OECD 2015b: 18).

Es gibt in Österreich einige Programme zur Prävention, jedoch sind diese laut der BMASK-Studie regional sehr unterschiedlich und inhaltlich uneinheitlich, es fehlt eine Koordination zwischen Regionen und es mangelt an langfristigen und integrativen Primärpräventionsstrategien (BMASK 2014: 22).

Einige der befragten Personen sahen die Möglichkeiten der Primärprävention sehr begrenzt. Während beispielsweise Suchterkrankungen sich schon im Kindesalter herausbilden und Präventionen hier greifen könnten, seien die Midlife-Crisis und psychische Erkrankungen aufgrund von Arbeitslosigkeit und Überlastungen durch Beruf und Familie kaum vermeidbar. Jedoch stellen diese Phänomene keine irreversiblen Zustände dar, sondern sind im

Gegenteil mit der Zeit reversibel, wenn solche *critical life events* im Sinne einer Tertiärprävention verarbeitet werden.

### 3.4.3. Probleme im präventiven und kurativen Akutbereich

Eine Analyse der psychiatrischen Akutversorgung sprengt den Rahmen dieser Arbeit. Dennoch muss betont werden, dass schon die Vermeidung chronisch psychiatrischer Erkrankungen den „Pool“ der möglicherweise in Invaliditätspension gehenden Personen reduziert und ihre Arbeitsfähigkeit erhält. Auf die akutpsychiatrische Versorgung treffen zum einen ähnliche Probleme zu, wie auch auf den Rest des Gesundheitswesens. Die Ausrichtung ist kurativ und nicht präventiv oder frühinterventiv, was wiederum an den fragmentierten Kompetenzen und Finanzströmen liegt. International kommt dem Bereich *mental health* zudem eine wesentlich größere Aufmerksamkeit zu. Viel Versorgungsforschung in der letzten Zeit widmete sich diesem Thema. Auch in der ärztlichen Ausbildung spielt die psychische Gesundheit eine untergeordnete Rolle, obwohl wesentliche Teile der Betreuung durch praktische ÄrztInnen vorgenommen werden.

Die erste Diagnose von psychischen Erkrankungen liegt sehr oft bei AllgemeinmedizinerInnen. Das Problem dabei ist, dass bei der Berufsausbildung von AllgemeinmedizinerInnen diese wenig über die Versorgung psychisch Kranker lernen (Hauptverband und GKK Salzburg 2011: 8). Dies wird auch in der neuen Ausbildungsordnung 2015 nur teilweise verbessert. Die Ausbildungszeit, die im Fach verbracht werden muss, ist lediglich drei Monate. Für den Bestand an AllgemeinmedizinerInnen ist dies naturgemäß keine Lösung. Eine Intensivierung der Weiterbildung der AllgemeinmedizinerInnen für PSY-Diplome (es gibt insgesamt drei Diplome: eins für psychosoziale Medizin, eins für psychosomatische Medizin und eins für psychotherapeutische Medizin) wäre laut einem befragten Experten eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken.

„[L]ange Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie“ (BMASK 2014: 23) sind laut BMASK-Studie und OECD (2015b: 17) ein Problem in Österreich sowie eine eingeschränkte Auswahlmöglichkeit, wer einen behandelt (OECD 2015b: 179). Durch schnellere Behandlungen könnten Verschlechterung und Chronifizierung vermieden werden, auch in Deutschland stehen laut den befragten ExpertInnen zu wenige ambulante Therapieplätze zur Verfügung, auch dort müssen Betroffene häufig mehrere Monate auf eine angemessene Behandlung warten. Rund die Hälfte der PsychiaterInnen arbeitet in Wien, die ländlichen Gegenden sind oftmals unterversorgt (OECD 2015b: 17). In der Akutpsychiatrie gibt es laut ExpertInnen zu wenig Betten, zu schnelle Entlassung sowie eine problematische Personalsituation. Auch ein Mangel an ArbeitsmedizinerInnen wurde in einem Interview erwähnt. Dabei sind regionale Unterschiede, wie in der ganzen Versorgungskette, feststellbar. Wichtig sei eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung, nach akuten Behandlungen müssen die

Betroffenen häufig sehr lange auf eine anschließende Rehabilitation warten. Zudem fehlt es an verbindlich durchzuführenden Betreuungsplänen und einer Vernetzungsstruktur im außerstationären Bereich. *„Der Schnittstellenbereich zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung stellt ein zentrales Problem bei der Versorgung psychisch Kranker dar.“* (Hauptverband und GKK Salzburg 2011: 8). Das Schnittstellenmanagement zwischen Rehabilitations-Einrichtung, dem Sozialversicherungsträger, dem Arbeitsmarktservice und dem niedergelassenen Bereich müsse verbessert werden (Hauptverband und GKK Salzburg 2011: 64). Eine der befragten Personen wünschte sich die Einrichtung einer „Koordinierungs- und Vermittlungsstelle mit Lotsenfunktion“ für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen. Aufgabe dieser wäre eine ziel- und patientengerechte Zuweisung der einzelnen PatientInnen (beispielsweise wer ist besser im stationärem Bereich aufgehoben, wer im ambulanten, wer braucht eine Vorbereitung auf eine Behandlung, wer eine Nachbehandlung und wie kann eine nahtlose Behandlung geschaffen werden).

#### **3.4.4. Frühintervention**

Mit der Reform aus dem Jahr 2008 wurde in der Schweiz ein Kulturwandel der Invalidenversicherung (IV) von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung angestrebt (Bolliger et al. 2012: 1). Ziel der IV ist es, mit einem System der Früherfassung Personen den Verbleib bei einem Unternehmen oder einen schnellen Wiedereinstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Die Früherfassung soll vor einer Chronifizierung von Krankheiten erfolgen und Invalidität vermeiden. Jedoch kann man sich zur Frühintervention erst melden, wenn man 30 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahres wiederholt aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten war (Bolliger et al. 2012: 11). Zu den Maßnahmen der Frühintervention zählen Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozialberufliche Rehabilitation sowie Beschäftigungsmaßnahmen (Informationsstelle AHV/IV und Bundesamt für Sozialversicherungen 2015b: 7). Das Besondere ist, dass neben der versicherten Personen auch andere Personen jemanden anmelden können, dazu gehören Familienangehörige aus dem gleichen Haushalt, ArbeitgeberInnen, Ärzte/Arztinnen und ChiropraktikerInnen, Krankentaggeldversicherte, Unfallversicherer, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfeorgane, Militärversorgung sowie Krankenversicherer (Informationsstelle AHV/IV und Bundesamt für Sozialversicherungen 2015b: 3). Wie dieser Kulturwandel umgesetzt wurde und welche Wirkungen er bisher gezeigt hat, wurde von Bolliger et al. (2012) im Bericht „Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der IV.“ – der im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV) geschrieben wurde – evaluiert. Insgesamt liefen demnach bei Erstkontakt mit der IV 24 % über die Früherkennung (Bolliger 2012: 68). Eine Wirkung der Frühintervention ist, dass Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung schneller und häufiger eingesetzt werden. Bei der Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sehen die AutorInnen aufgrund den besonderen

Anforderungen des Arbeitsmarktes noch Verbesserungspotentiale (Bolliger et al. 2012: 187). Laut dieser Evaluierung wird die Möglichkeit der Anmeldung zur Früherkennung von Dritten als positiv gesehen, die Wirkung jedoch als noch nicht sehr hoch, da insgesamt nur rund 12 % aller Anmeldungen bei der IV auf Meldungen von Dritten zurückgehen (jedoch rund drei Viertel aller Meldungen zur Früherkennung) (Bolliger et al. 2012: 189). Auch die gesamte Frühintervention wird positiv bewertet, jedoch wurde in der Studie ein geringerer Effekt als erwartet festgestellt: *„Gesamtschweizerisch verfügen gut zwei Drittel der versicherten Personen beim Erstkontakt noch über einen Arbeitsplatz, was im Vergleich zur Periode vor der Revision wie erwartet einer – allerdings moderaten – Zunahme entspricht.“* (Bolliger et al. 2012: 189). Die bivariaten Studienergebnisse zeigen, dass Personen, die beim Erstkontakt einen Arbeitsplatz haben, im beobachteten Zeitraum mehr als doppelt so häufig einen Arbeitsplatz hatten als Personen, die beim Erstkontakt keinen Arbeitsplatz hatten (Bolliger et al. 2012: 191). Der Erhalt eines bestehenden Arbeitsplatzes ist also häufig einfacher, als die Wiedereingliederung in einen neuen Arbeitsplatz (Bolliger et al. 2012: 198). Neben der Einführung der Früherfassung führen die AutorInnen die Zunahme der Meldungen von Personen mit Arbeitsplatz darauf zurück, dass der früheste Rentenzeitpunkt auf sechs Monate nach der Anmeldung geändert wurde, was einen finanziellen Anreiz zur rechtzeitigen Anmeldung hat (Bolliger et al. 2012: 189). In Deutschland erfolgt die erste Rentenzahlung bei einer befristeten Erwerbsminderungsrente ab dem siebten Kalendermonat nach Eintritt in die befristete Rente. Bei unbefristeten Erwerbsminderungsrenten startet die Rentenzahlung ab Zeitpunkt des Eintritts in die Erwerbsunfähigkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a: 27f.).

Die mit 1.1.2013 in Dänemark umgesetzte Reform zur Invaliditätspensionen und flexiblen Arbeitsplätzen (flexjobs) weist ein relativ strikteres System auf als andere Länder, um den permanenten Bezug der Invaliditätspension zu vermeiden. Wird ein Antrag auf Invaliditätspension gestellt, ist die Rate der Zuerkennung jedoch relativ hoch. Anspruch auf Invaliditätspension haben erst Personen ab 40 Jahren bis zum Erreichen des Alters für Alterspension, in speziellen Fällen auch jüngere Personen. Die Diagnose kann von verschiedenen Ärzten und Ärztinnen gestellt werden, über die Zuerkennung entscheidet die städtische Behörde. Auffallend für Dänemark ist der hohe Anteil an Langzeitarbeitslosen, Niedrigqualifizierten und Jugendlichen unter den Antragstellern für Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen. Invaliditätspension gilt als letzte Option bei Invalidität. Davor bietet ein rehabilitatives Modell für Anspruchsberechtigte abgestimmte Maßnahmen an, koordiniert von städtischen Arbeitsämtern. Dazu zählt vor allem das sogenannte flexjob scheme, das subventionierte Arbeitsplätze für dauerhaft Erkrankte anbietet. Erst dann bietet die Invaliditätspension eine Option. (OECD 2013a, Olejaz et al. 2012, Danish Health and Medicines Authority 2013: 25ff.) Die Zuerkennung von Invaliditätspensionen hat sich seit der Reform 2013 um die Hälfte reduziert, während die Zahl an flexjobs und interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme zugenommen haben, was einen Erfolg der Reform von passiver Einkommenssicherung durch Invaliditätspension hin zu aktiven Rehabilitationsprogrammen zeigt. Es wurden mehrere Arbeitsplätze im Rahmen der flexjobs geschaffen und so

Menschen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit, wenn auch nur ein paar Stunden in der Woche, dennoch im Arbeitsmarkt gehalten. Daneben bieten interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen Begleitung und Training für Menschen in flexjobs an. Diese Bemühungen der dänischen Regierung um die Ausübung beruflicher Tätigkeiten bei Invalidität sind unter anderem im Hinblick auf Integration, Gleichstellung und Autonomie der Bevölkerung ausgerichtet. (The Danish Government 2015: 17)

#### **3.4.1. Einbeziehen von Arbeitgebern in die Prävention**

Bei betrieblicher Gesundheitsförderung wird psychische Gesundheit häufig ausgeklammert (BMASK 2014: 22). Laut ExpertInnen werden ArbeitgeberInnen zu wenig in den Prozess der Prävention einbezogen, das Arbeitsumfeld müsse sensibilisiert werden und ihnen Maßnahmen zur Hand gegeben werden, was sie tun können, wenn sie bei ihren Mitarbeitern Veränderungen bemerken.

Die OECD, die BMASK-Studie und die befragten ExpertInnen unterstützen einen Ausbau des Programms fit2work in Österreich. In ihrem Bericht „Fit Mind, Fit Job“ nennt die OECD fit2work als ein positives Beispiel für Frühinterventionen. Die OECD nennt vier Punkte, bei denen Verbesserungspotentiale bestehen: Eine Verbindung zum Gesundheitssystem fehle, fit2work stelle hauptsächlich generelle Informationen zur Verfügung, anstelle von auf den individuellen Fall zielende Informationen, die Unternehmen seien noch nicht genügend mit eingebunden, KundInnen wollen häufig keinen Kontakt zwischen der fit2work-Beratung und den behandelnden Ärzten und Ärztinnen (OECD 2015a: 137). Die OECD empfiehlt eine stärkere Verbindung des fit2work-Programms mit dem Gesundheits- und Rehabilitationssystem. Eine interviewte Person meinte, dass für die ArbeitnehmerInnen schon ein großes Angebot an Beratungsstellen gäbe, die ArbeitgeberInnen jedoch oftmals vergessen werden würden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich diese Empfehlungen teilweise auf eine Evaluierung von fit2work aus dem Jahr 2013 stützen und seitdem das Programm ausgebaut wurde.

Neben fit2work wurde von einem Befragten im Rahmen der ExpertInneninterviews auch REiNTEGRA als positives Beispiel aus Österreich genannt. Diese gemeinnützige Gesellschaft hilft psychisch erkrankten Menschen bei der Reintegration ins Berufsleben. Es müssen laut ExpertInnen mehr Möglichkeiten geschaffen werden, flexible Arbeitsplätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu schaffen. Darüber hinaus gibt es in Österreich noch weitere Projekte und Einrichtungen, wie beispielsweise das Projekt „Freibrief“, das auf eine Initiative des Bundessozialamtes und der Pensionsversicherungsanstalt zurückgeht. Bei diesem Projekt werden Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine unbefristete Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension beziehen, unterstützt, einen Arbeitsversuch zu starten, ohne dass ihr Anspruch auf Invaliditätspension erlischt. Bei einer geringfügigen Beschäftigung wird die Invaliditätspension weiter ausbezahlt, bei einer Teilzeitanstellung oder Vollzeitanstellung werden im Falle eines Wegfalls des Arbeitsplatzes

Pensionsansprüche aus der unbefristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ohne Nachuntersuchungen wieder ausgezahlt (Bundessozialamt et al. o.J.). Dieses Projekt wird laut ExpertInnengespräch jedoch kaum genutzt und wird nicht als erfolgreich bewertet. Demnach ist der Großteil der AntragstellerInnen auf eine Invaliditätspension in keinem festen Arbeitsverhältnis und nur wenige BezieherInnen einer Invaliditätspension würden die Möglichkeit eines Zuverdienstes nutzen. Wie schon weiter oben erwähnt, mangelt es in Österreich an Evaluierungen von solchen Projekten und an einer Koordination zwischen den Projekten.

In Deutschland hat die Rentenversicherung im Jahr 2015 ein ähnliches Beratungsangebot mit dem Namen Firmenservice eingeführt, welches zum Ziel hat, die Gesundheit von MitarbeiterInnen präventiv zu stärken. Zudem gibt es von der Deutschen Rentenversicherung das Präventionsprogramm „Betsi“ (Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern), das die Erwerbsfähigkeit und die Gesundheit nachhaltig erhalten und verbessern soll, auch dieses Programm wurde evaluiert.

In der Schweiz gab es zwischen 2012 und 2014 eine Kampagne zur Information von ArbeitgeberInnen, zudem wurde mit der Revision 6a der Invalidenversicherung neue Anreize – wie finanzielle Unterstützung, Einarbeitungszuschüsse, Entschädigungen – für ArbeitgeberInnen eingeführt. Für die Veranschaulichung werden konkrete Fälle gesammelt und öffentlich zugänglich gemacht (Bundesamt für Sozialversicherung 2015a). Das Marktforschungsinstitut DemoSCOPE hat in einer repräsentativen Erhebung mit 1.400 HR-Verantwortlichen und UnternehmensführerInnen in den Jahren 2012 und 2014 durchgeführt. Insgesamt hat sich demnach der Kenntnisstand der ArbeitnehmerInnen über die IV-Stellen verbessert, jedoch hauptsächlich nur bei subjektiver Einschätzung des Wissens über die IV-Stellen und nicht beim konkreten Wissen über die IV-Stellen (Bundesamt für Sozialversicherungen 2014: 1). Die Beteiligung der Betriebe an der beruflichen Eingliederung blieb zwischen 2012 und 2014 auf einem hohen Niveau, die Zahlen haben sich jedoch zwischen 2012 und 2014 kaum verändert (Bundesamt für Sozialversicherungen 2014: 2).

In Norwegen als auch Australien gibt es den Ansatz des „place and train“ bzw. „Individual Placement and Support“, der ähnlich wie fit2work in Österreich, individualisierte Rehabilitationsprogramme im Zuge der beruflichen Wiedereinstiegs anbietet (siehe Länderbeispiel Norwegen).

In Australien bieten geschulte Ansprechpersonen (disability access coordinator) Unterstützung für Betroffene als auch KollegInnen und ArbeitgeberInnen und helfen im Rahmen von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen am Arbeitsplatz. Diese Maßnahme beruht auf der Verpflichtung der australischen Regierung gegenüber ArbeitnehmerInnen für Gesundheit, Wohlergehen und Sicherheit am Arbeitsplatz zu sorgen und inkludiert die Unterstützung von KollegInnen mit psychischen Erkrankungen. Neben staatlichen

Programmen Gesundheitsförderung für psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz bieten nicht-staatliche Programme und Initiativen Hilfestellungen.

### **fit2work in Österreich**

Das Programm fit2work wurde im Jahr 2011 gestartet und ist eine österreichweite Initiative der österreichischen Bundesregierung. Im Rahmen des Programms werden sowohl Personen mit gesundheitlichen Beschwerden, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, als auch solche die arbeitslos sind beraten. 2012 startete die fit2work-Betriebsberatung. Sie richtet sich an Unternehmen (auch aus dem öffentlichen Bereich) und unterstützt ArbeitgeberInnen und das ganze Unternehmen, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen produktiv im Arbeitsprozess zu behalten bzw. wieder einzugliedern – so z.B. nach einer Krebserkrankung, nach Unfällen, aber auch bei psychischen Erkrankungen, die eine Arbeit zulassen. Da in den geführten Interviews ein mangelndes Angebot für ArbeitgeberInnen genannt wurde, wird im Folgenden darauf etwas detaillierter darauf eingegangen, was die fit2work-Betriebsberatung Unternehmen anbietet.

Die Gesetzesgrundlage von fit2work ist das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, dessen Ziel es ist ein *„flächendeckendes niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu schaffen. Dieses hat zielgerichtete Informationen über gesundheitsfördernde Themen des Arbeitslebens zur Verfügung zu stellen und einer frühzeitigen Interventionsmöglichkeit bei gesundheitlichen Problemen erwerbstätiger und arbeitsloser Personen zu dienen.“* (AGG § 1 (1)). In diesem Gesetz werden psychische Erkrankungen nicht explizit genannt, es wird lediglich allgemein von gesundheitlichen Problemen gesprochen. Darüber hinaus ist das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 – SRÄG 2012 von Bedeutung sowie die Novelle des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), welche im Jänner 2013 in Kraft getreten ist. In dieser werden ArbeitgeberInnen verpflichtet, Evaluierungen arbeitsbedingter psychischer Belastungen durchzuführen. Jedoch werden dabei nur die Bedingungen/Verhältnisse, unter denen Arbeit stattfindet, evaluiert und nicht die Arbeitszufriedenheit von den MitarbeiterInnen gemessen. Zudem wird die Novelle laut einigen ExpertInnen nicht systematisch umgesetzt. Alle drei rechtlichen Neuerungen sollen und können jedoch, wenn sie in Abstimmung miteinander umgesetzt werden, maximal dabei unterstützen, MitarbeiterInnen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen produktiv in Beschäftigung zu halten. Fit2work arbeitet mit dem Arbeitsbewältigungsindex Plus, der sowohl einen Status, als auch eine Prognose der Arbeitsbewältigungsfähigkeit sowie eine Evaluierung dieser ermöglicht. Die Messung von Krankenstandstagen als Indikator von Gesundheit und Leistungsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen greift laut ExpertInnen zu kurz. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus hingegen misst die Arbeitsfähigkeit und Produktivität von Menschen. Den Zusammenhang von Arbeitsfähigkeitswerten und Produktivität wurde in den Niederlanden im Rahmen groß angelegter Studien mehrfach nachgewiesen.

Finanziert wird fit2work sowohl in der Personen- als auch in der Betriebsberatung aus Mitteln vom Arbeitsmarktservice (AMS), den Gebietskrankenkassen (GKK), der

Pensionsversicherung (PV), der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und dem Sozialministeriumservice sowie seit 2015 auch aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds. Alle Maßnahmen basieren bei fit2work auf Freiwilligkeit. Eine Besonderheit des Programms fit2work Betriebsberatung (fit2work-BB) ist, dass jedes Unternehmen an dem Programm teilnehmen kann und individuelle Lösungen für jedes Unternehmen gemeinsam mit fit2work erarbeitet werden. Das Ziel ist Empowerment von Unternehmen, wobei Führungskräfte eine Schlüsselposition einnehmen. Sie werden individuell von geprüften BeraterInnen von fit2work begleitet. Dabei ist frühzeitige Intervention ein Schwerpunkt von fit2work, unter anderem umfasst die Frühintervention eine Beratung, wie ohne Fehltag Probleme bei MitarbeiterInnen erkannt werden können.

Die Begleitung von Unternehmen gliedert sich in fünf Phasen. In einer ersten Phase wird seitens fit2work informiert und eine betriebliche Steuergruppe zusammengestellt. In der zweiten Phase wird ein Status-quo im Unternehmen erhoben, bei größeren Unternehmen wird mittels Befragung die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitergruppen (Berufe, Altersgruppen, Abteilungen etc.) erhoben, bei kleineren Unternehmen gibt es aufgrund des Datenschutzes Gespräche mit der Unternehmensleitung zur Erfassung besonderer Belastungen am Arbeitsplatz. In einem dritten Schritt wird analysiert, was in einem Betrieb schon gut läuft und wo Verbesserungspotential besteht. fit2work fungiert hier auch als Informationsdrehscheibe, wobei die Unternehmen Unterstützung bekommen, wie z.B. geförderte Arbeitsassistenz eingesetzt werden kann und damit die produktive Eingliederung von körperlich oder auch psychisch kranken MitarbeiterInnen gelingen kann. Die vierte Phase beinhaltet die Umsetzung der erarbeiteten Empfehlungen und eine fünfte Phase die Evaluierung der Umsetzung.

Neben den Führungskräften werden auch interne Beauftragte für Unternehmen (keine Führungskräfte) bestimmt und geschult, an die sich andere MitarbeiterInnen jederzeit wenden können. Der Aufbau von überbetrieblichen Netzwerken und Plattformen für Austausch von Erfahrungen hat sich bewährt, bei denen beispielsweise branchenübliche Gefahren besprochen werden.

Das Programm fit2work für individuelle Personen wird einerseits von Krankenkassen beworben. Wenn fit2work in Unternehmen umgesetzt wird, wenden sich MitarbeiterInnen in ihrem Unternehmen an eigene innerbetriebliche fit2work-Ansprechpartner und letztlich fast immer auch an ihre Führungskräfte. Laut ExpertInnen Auskunft muss das Programm noch mehr beworben werden, damit sich Unternehmen von alleine an das Programm richten, denn in der Bekanntheit liegt die fit2work-Betriebsberatung noch weit hinter der für Personen zurück.

Der Datenschutz ist wichtig bei fit2work-Beratung, die Herausforderung dabei ist jedoch, Vertraulichkeit so zu gewährleisten, dass einerseits genügend Informationen gesammelt werden können, andererseits die befragten Personen anonym bleiben. Diese Herausforderung wird in Kleinstbetrieben so gemeistert, dass Informationen hauptsächlich seitens der Führung eingebracht werden und MitarbeiterInnen – wenn sie entsprechende

Hilfestellungen brauchen – eher anonyme Arbeitsbewältigungsgespräche mit fit2work-ExpertInnen führen.

Es gibt zwar schon einige Evaluierungen von fit2work, wie beispielsweise die Evaluierung der Personenberatung, Evaluierungen von betrieblichen Pilotprojekten und einer fit2work Implementierungsevaluierung, allerdings wünschen sich ExpertInnen noch mehr Evaluierungen, vor allem zu den fit2work-Prozessen in Unternehmen. Zwischen Juni 2012 und März 2015 haben 270 Unternehmen aller Größen, verschiedener Branchen und in allen Bundesländern fit2work umgesetzt. Mit September 2015 wurde die fit2work-Betriebsberatung II gestartet – mit ihr sollen voraussichtlich in den nächsten fünf Jahren in ganz Österreich insgesamt 3.000 Unternehmen beraten werden.

Quelle: fit2work 2014 und ExpertInnengespräche

### **3.4.2. Stufenweise Wiedereingliederung (STW)**

In vielen ExpertInneninterviews wurden die in der BMASK-Studie erwähnten unflexiblen Rahmenbedingungen beim Arbeitsplatz für Menschen mit psychischen Krankheiten und die dadurch eingeschränkte Teilhabe an der Arbeitswelt kritisiert (BMASK 2014: 51). Eine zentrale Forderung der BMASK-Studie und der befragten ExpertInnen ist, dass Menschen mit psychischen Störungen in Österreich besser in den Arbeitsmarkt integriert werden müssen (OECD 2015b: 22). In Deutschland gibt es bei der medizinischen Rehabilitation das Hamburger Modell, welches ein Modell der stufenweisen Wiedereingliederung von Menschen nach längerer Krankheit in die alte Arbeitsstätte ist. Für die Umsetzung dieser Maßnahmen in einem gegebenen Fall müssen sowohl die betroffene Person als auch der Arbeitgeber zustimmen. Teilnahmevoraussetzung ist, dass eine Person ausreichend belastbar ist und eine positive Prognose für die stufenweise Eingliederung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit am alten Arbeitsplatz vorliegt. Wenn beide zustimmen, wird mit allen Beteiligten ein individueller Plan für den Wiedereinstieg festgelegt. Der Stufenplan wird medizinisch begleitet und kann flexibel angepasst werden, das Ziel ist die Erlangung der vollen Arbeitsfähigkeit. Während der stufenweisen Wiedereingliederung erhalten die Beschäftigten Krankengeld oder Übergangsgeld. Sie gelten auch in dieser Zeit als arbeitsunfähig, im Normalfall übernimmt die Krankenkasse die Kosten. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales o. J.). Evaluierungen zeigen – auch wenn Verbesserungsbedarf identifiziert wird – insgesamt positive Ergebnisse, so kommen beispielsweise AutorInnen der Studie „Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Abschlussbericht: Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung“ aus dem Jahr 2008 zum Schluss:

*„Die Studie belegt, dass die Stufenweise Wiedereingliederung der Rentenversicherung sich als Instrument der beruflichen Wiedereingliederung nach medizinischer Rehabilitation gut eignet. Die Forscher kommen zu dem Schluss, dass die STW der Rentenversicherung im Wesentlichen zielgenau eingeleitet wird, erfolgreich zu einer Reintegration ins Erwerbsleben und zur Verhinderung von Frühberentung beiträgt.[...] Eine für STW besondere Risikogruppe sind die Versicherten ohne Schulabschluss und Berufsausbildung und mit geringem Einkommen. Sie erhalten selten Empfehlungen zur STW, brechen diese Maßnahmen aber auch häufiger ab und weisen besonders ungünstige Erwerbsverläufe auf. Hier sind vermutlich, wie auch schon im Hinblick auf die Medizinische Rehabilitation [...] vermutet werden kann, eigenständige Konzepte erforderlich, wie diese besondere Zielgruppe erreicht und auch erfolgreich wiederingegliedert werden kann. Vermutlich besteht hier ein besonderer Betreuungsbedarf.“ (Bürger et al. 2008: 164f.)*

Auch aus Sicht der meisten TeilnehmerInnen an der STW ist diese sinnvoll:

*„Aus Sicht der weit überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer an STW ist das Verfahren sinnvoll und notwendig und wird insgesamt positiv bewertet. Über 70% der Befragten geben an, ohne die allmähliche Gewöhnung an die Belastungen des Arbeitslebens im Rahmen dieses Verfahren hätten sie sich nicht zugetraut, wieder arbeiten zu gehen. Nur 5% geben rückblickend an, die STW sei eigentlich nicht erforderlich gewesen.“ (Bürger et al. 2008: 159)*

Im Jahr 2011 haben Bürger und Streibelt basierend auf den gleichen Daten eine neue Auswertung gemacht und finden vor allem ausgeprägte positive Effekte der stufenweisen Wiedereingliederung bei PatientInnen mit psychischen Erkrankungen (Bürger und Streibelt 2011:178).

In einer im Jahr 2012 durchgeführten Studie kommen Bürger und Streibelt zu dem Schluss, dass die stufenweise Wiedereingliederung hauptsächlich positive Effekte hat, wobei sie auch noch weiteren Forschungsbedarf zu diesem Thema identifizieren:

*„Den vorliegenden Daten zufolge sind STW hinsichtlich der grundlegenden Zielstellung ein effektives Instrument. Aufgrund der großen repräsentativen Stichprobe und den umfassenden Parallelisierungen auf der Basis der Daten vor Beginn der Rehabilitation erscheinen die Ergebnisse verlässlich. Die STW-Teilnahme erhöht die Chance der beruflichen Wiedereingliederung und senkt die Fehlzeiten sowie den EM-Rentenzugang nach der Rehabilitation. Weitere Analysen sind insbesondere zur Frage der Kosten und zu differentiellen Effekten notwendig, um die Kosteneffektivität des Instruments abzuschätzen und geeignete und weniger geeignete Zielgruppen für STW zu identifizieren.“ (Bürger und Streibelt 2015: 84)*

Die Mehrheit der interviewten ExpertInnen hat ihre Zweifel daran geäußert, dass solch ein Modell auch für kleine Unternehmen machbar sei. Eine der befragten Personen hat den Vorschlag gemacht, dass verschiedene Modelle in größeren Unternehmen getestet werden sollten, um erfolgreiche dann auf kleine Unternehmen zu übertragen. Im Rahmen von fit2work gibt es laut ExpertInnenauskunft Vernetzungstreffen von Unternehmen, wo Erfahrungen zu verschiedenen Themen ausgetauscht werden können.

Positiv wurde in diesem Zusammenhang in einem Interview die Vertragsbedienstetenordnung der Gemeinde Wien genannt, die Erleichterungen der Dienstverrichtung für einen bestimmten Zeitraum ermöglicht:

*„Sofern keine wichtigen dienstlichen Interessen entgegenstehen, können dem Vertragsbediensteten nach einem längeren Krankenstand auf Empfehlung des Arbeitsmediziners (§ 64 Abs. 1 des Wiener Bedienstetenschutzgesetzes 1998 oder § 79 des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes) Erleichterungen bei der Dienstverrichtung (z. B. Ausnahme von bestimmten Tätigkeiten, Leichtdienst, Reduktion der Arbeitszeit) gewährt werden. Eine Reduktion der Arbeitszeit ist längstens auf die Dauer von drei Monaten zulässig, wobei Zeiten eines Erholungsurlaubes auf diese Dauer nicht anzurechnen sind.“ (VBO § 11 (8))*

### **3.4.3. Teilarbeitsfähigkeit**

Neben der stufenweisen Eingliederung haben einige ExpertInnen auch die Einführung von Teilzeitkrankenständen bzw. Teilarbeitsfähigkeit gefordert. In Österreich gibt es bisher nur die Unterscheidung zwischen „voll arbeitsfähig“ und „nicht arbeitsfähig“, es gibt keine Abstufungen der Arbeitsfähigkeit (BMASK 2014: 23). Zentrale Forderung einiger befragter Personen ist die Einführung einer Teilarbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen. Der Kontakt zur Arbeit sei in solchen Fällen sehr wichtig, je länger die Betroffenen keinen Kontakt zur Arbeit haben, desto schwieriger wird ihre Wiedereingliederung. Im fit2work-Jahresbericht aus dem Jahr 2014 wird erwähnt, dass ihre KundInnen immer wieder Anfragen nach Teilzeitkrankenständen stellen (fit2work o.J.: 24). In anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise der Schweiz und Norwegen, ist ein Teilzeitkrankenstand möglich.

In der Schweiz ist eine sogenannte teilweise Arbeitsunfähigkeit möglich. Diese ist von Ärzten und Ärztinnen festzustellen und zu erläutern (Swiss Insurance Medicine o.J.: 6). Laut ExpertInnenauskunft wird diese Möglichkeit in der Schweiz noch nicht genügend genutzt. In Deutschland wird die Einführung eines Teilzeitkrankenstands derzeit diskutiert. Die Reduktion von Krankenständen im Allgemeinen und von Krankenständen aufgrund von Invalidität im Speziellen wird in Norwegen im Rahmen des Abkommens „Integratives Arbeitsleben“ umgesetzt, dazu zählt ebenso die Realisierung von Teilarbeitsfähigkeit. In Dänemark besteht ebenfalls die Möglichkeit der Teilarbeitsfähigkeit, vor allem bei psychischen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen und je nach Gesundheitszustand die

wöchentlichen Arbeitsstunden zu erhöhen (Høgelund und Holm 2011). Wie auch bei der stufenweisen Wiedereingliederung wurde von einem Teil der Befragten Schwierigkeiten in der Umsetzung in kleinen Betrieben thematisiert. Es wäre dabei ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, dies zu ermöglichen.

#### **3.4.4. Teilweise Invaliditätspension**

In Österreich gibt es derzeit keine systematische teilweise Invaliditätspension. Wer bei Bezug einer Invaliditätspension arbeitet, dessen Pension wird ab einem bestimmten Betrag vermindert. In Deutschland und der Schweiz kann man eine teilweise Erwerbsminderungsrente, bzw. Invalidenrente bekommen. Grundsätzlich wurde dieses Konzept auch in den ExpertInneninterviews befürwortet, mit dem Hinweis, dass es dafür finanzielle Anreize und die nötigen Arbeitsplätze geben müsse. Vor allem mit dem Hintergrund des Teilhabegedankens wurde das Modell unterstützt. Ob eine teilweise Invaliditätspension für Österreich wünschenswert wäre, müsste genauer geprüft werden.

#### **3.4.5. Zumutbarkeitskriterien**

Ein Teil der befragten ExpertInnen sprach sich für eine Verschärfung der Zumutbarkeitskriterien in Österreich aus. Laut einer Studie, die von der OECD herausgegeben wurde, hat Österreich im Vergleich zu anderen Ländern relativ wenig strenge Zumutbarkeitskriterien, wobei es Unterschiede zwischen den einzelnen untersuchten Kategorien gibt (Venn 2012: 16). Ein Teil der befragten ExpertInnen meinte, dass eine strengere Auslegung der Zumutbarkeitskriterien nur sinnvoll sei, wenn es auch Arbeit gibt. Eine befragte Person sprach von einem „wertschätzenden Druck“, der auf die Personen ausgeübt werden müsse, kombiniert mit Anreizen für Arbeit. Der Ausschluss vom Arbeitsmarkt und fehlende Wertschätzung seien belastend für psychisch Kranke, da dadurch ihre Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt werde.

#### **3.4.6. Anreize**

Einige ExpertInnen haben in den Interviews angemerkt, dass unter anderem in Österreich psychische Erkrankungen bei einem Teil der Bevölkerung als leichter Weg in die Invaliditätspension gesehen werden. In anderen Ländern lassen sich ebenso falsche Anreize finden, wie beispielsweise für junge Menschen in der Schweiz. Die finanziellen Leistungen der Invalidenrente sind hier in bestimmten Fällen höher als der Lohn für berufliche Tätigkeiten, wie z.B. für manche Lehrberufe, woraufhin der Anreiz, einer Ausbildung nachzugehen, insbesondere für Jugendliche mit niedrigen Qualifikationen gering ist (OECD 2014a: 160). Allgemein müssen Anreize geschaffen werden, dass Arbeit sich finanziell lohnt und nicht eintönig oder zu stressbelastet (z.B. ununterbrochene Erreichbarkeit, unternehmenskulturelle Faktoren) ist, was laut einigen ExpertInnen aufgrund der schlechten Bedingungen in manchen Arbeitsfeldern jedoch nicht der Fall ist. Neben dem finanziellen

Aspekt betonten einige der befragten Personen die Bedeutung des Ansehens, welches man durch eine Arbeit bekommt.

### 3.4.7. Medizinische und berufliche Rehabilitation

In der BMASK-Studie wird ein „Mangel an störungsspezifischen Rehabilitations-Angeboten“ (BMASK 2014: 23) festgestellt. Von zwei ExpertInnen wurde betont, dass es in Österreich bei der medizinischen Rehabilitation keine hinreichende berufliche Ausrichtung gäbe. Als positives Beispiel wurde die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in Deutschland genannt. In Österreich werden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA), der Pensionsversicherungsanstalt (PV), dem Arbeitsmarktservice (AMS) und des Bundessozialamts (BSAB) verschiedene Maßnahmen für die berufliche Rehabilitation angeboten (AK o.J.). Wie schon an anderer Stelle bemerkt, bedarf es Evaluierungen dieser Maßnahmen. Eine Person merkte in den ExpertInnengesprächen an, dass das Problem einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation sei, dass sich die Umstände der RehabilitandInnen – beispielsweise Schulden oder familiäre Probleme – auch nicht durch die Rehabilitation lösen ließen und damit in einigen Fällen die Ursachen der psychischen Erkrankungen nicht in der Rehabilitation behoben werden können.

#### **Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in Deutschland**

Die MBOR ist eine Rehabilitationsstrategie, um Personen mit besonderen beruflichen Problemlagen erfolgreich wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Das Besondere an der MBOR ist, dass die medizinische Rehabilitation an dem aktuellen bzw. angestrebten Arbeitsplatz ausgerichtet ist, dabei wird die berufliche Perspektive in allen Phasen der MBOR mit einbezogen. Mittels einer berufsbezogenen Diagnostik wird die beruflich-anforderungsbezogene körperliche und psychische Leistungsfähigkeit ermittelt. Unter möglichst realen Umständen werden arbeitsübliche Abläufe und Belastungserprobungen durchgeführt. Die MBOR findet in ausgewählten, spezialisierten Rehabilitationskliniken statt. In Zusammenarbeit mit externen Institutionen und Personen (Arbeitgeber, behandelnde Ärzte und Ärztinnen, Betriebsärzte und Betriebsärztinnen, RehabilitationsfachberaterInnen, Einrichtungen beruflicher Rehabilitation und Integrationsfachdiensten wird der berufliche Hintergrund der RehabilitandInnen geklärt, Anpassungsmöglichkeiten des bisherigen oder zukünftigen Arbeitsplatzes besprochen. Dabei wird ein interdisziplinäres Team aus PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, SporttherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und ArbeitspädagogInnen eingesetzt. Es werden sowohl Einzelsitzungen wie auch Gruppensitzungen durchgeführt.

Studien über die Wirkungen der MBOR haben z.B. bei orthopädischen Krankheiten signifikante Wirkungen gezeigt (Bethge et al. 2012). Mestel und Zimmerhackl kommen in ihrer Studie „Evaluation von MBOR in der stationären psychosomatischen Rehabilitation“ zu folgendem Ergebnis: *„Die Befunde zeigen, dass verschiedene beruflich belastete*

*Untergruppen alle von stationärer psychosomatischer Rehabilitation in aussagekräftigen Bereichen profitieren, man allerdings kaum Kausalschlüsse von der Menge und Häufigkeit berufsbezogener Angebote auf den berufsbezogenen Therapieerfolg ziehen kann.“ (Mestel und Zimmerhackl 2015: 51) Zu den Wirkungen der MBOR bei psychischen Erkrankungen bedarf es noch weiterer Forschungstätigkeiten.*

Neben der medizinisch-beruflichen Rehabilitation gibt es in Deutschland auch noch eine berufliche Rehabilitation, die – wie auch die MBOR – gesetzlich verankert ist und vor allem für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine tragende Rolle spielen (Zander und Lindow 2015: 74). Eine Besonderheit ist dabei die Vielfalt der Leistungsbringer, die von Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen sowie Berufliche Trainingszentren (BTZ) reicht. In den Beruflichen Trainingszentren werden Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen, wie auch Arbeitserprobung, Berufsfindungen und auch im geringen Maß Ausbildungen speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt (Zander und Lindow 2015: 74). Das Ziel der LTAs ist es, dass Versicherte nicht aus dem Erwerbsleben ausscheiden, oder wieder in dieses eingegliedert werden (Zander et al. 2013: 127). Während bei der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) die Leistungen primär von einem medizinisch-therapeutischen Personal – ua. Ärzte und Ärztinnen, ErgotherapeutInnen, Pflegepersonal – erbracht werden, haben bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) AusbilderInnen und LehrerInnen eine wesentliche Rolle (ExpertInneninterviews). (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015c)

In einer Studie haben Zander und Lindow (2015) unter anderem die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben von RehabilitandInnen der Rentenversicherung mit psychischen Erkrankungen nach beruflichen Bildungsleistungen im Vergleich zu allen RehabilitandInnen untersucht. Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einem Abschluss einer Maßnahme seltener als die Vergleichsgruppe wieder in das Erwerbsleben integriert werden (Zander und Lindow 2015: 75).

#### **3.4.8. Vernetzung**

Literaturrecherche und ExpertInneninterviews haben gezeigt, dass es in Österreich schon einige Ansätze, Angebote und Maßnahmen zur Prävention von psychischen Erkrankungen gibt, die jedoch nicht genügend evaluiert und vernetzt sind. Es ist wünschenswert, dass alle relevanten Akteure, über die betroffenen Personen, ArbeitgeberInnen, Ärzte und Ärztinnen, die Pensionsversicherung und das AMS strukturiert in den Prozess einbezogen werden. Auch eine länderübergreifende Vernetzung der Forschung zu diesem Thema wäre hilfreich.

### **3.5. Abklärungsprozess**

In Österreich muss ein Antrag auf eine Invaliditätspension (IP) oder Berufsunfähigkeitspension (BU) beim zuständigen Pensionsversicherungsträger gestellt

werden, dieser entscheidet über den Antrag mit Bescheid (Pensionsversicherungsanstalt o.J.), der Antrag ist gleichzeitig auch ein Antrag auf Rehabilitation.

In der Schweiz wurde dieser Abklärungsprozess im Bericht „Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen“ aus dem Jahr 2015, der im Rahmen des Forschungsprogramms FoP-IV entstanden ist, evaluiert und Stärken und Schwächen identifiziert (Guggisberg et al. 2015: 2). Die AutorInnen machen unter anderem folgende Erfolgsfaktoren für den Abklärungsprozess aus: Rascher und großzügiger Einsatz von Maßnahmen zur Frühintervention, die Geschwindigkeit des Abklärungsprozesses ist dabei besonders wichtig (Guggisberg et al. 2015: 72). Weiters ist ein zielgerichtetes, auf den konkreten Fall bezogenes Einholen von Arztberichten (Guggisberg et al. 2015: 72) ein Erfolgskriterium, wie auch das Miteinbeziehen von relevanten Aspekten der Lebenssituation der versicherten Person in den Prozess (Guggisberg et al. 2015: 74). Ein mündlicher Austausch zwischen AkteurInnen hat sich bewährt, vor allem beim Erinnern säumiger Ärzte/Ärztinnen und dem Besprechen gemeinsamer Entscheidungen (Guggisberg et al. 2015: 73). Welche Maßnahmen konkret getroffen werden, soll gut überlegt werden, die Entscheidungsgrundlage sollte die medizinische Abklärung und die Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Diensts (RAD) sein. In die ausgewählten Maßnahmen soll dann auch einiges investiert werden (Guggisberg et al. 2015: 74). Weiters sei die Überprüfung von Prozessen, vor allem im Schnittstellenmanagement zentral, so die AutorInnen (Guggisberg et al. 2015: 73). Auch eine Überprüfung der Angebote für Eingliederungsmaßnahmen und ggf. Anpassung dieser und Entwicklung neuer Maßnahmen ist laut den AutorInnen empfehlenswert (Guggisberg et al. 2015: 73).

Im Abklärungsverfahren zur Invalidenversicherung sind in der Schweiz neben der versicherten Person viele Akteure – laut OECD (2014a: 16) zu viele Akteure – in den Prozess eingebunden: 26 IV-Stellen (eine in jedem Kanton), sind unterschiedlich organisiert, haben alle gemeinsam, dass sie jeweils über eine Leistungs- und einer Eingliederungsabteilung sowie einen internen Rechtsdienst verfügen (Guggisberg et al. 2015: 2). Nach einem Antrag einer versicherten Person klären die IV-Stellen, ob sie zuständig für den Antrag sind und falls ja, ob der Fall in Richtung Eingliederungsprozess oder Rentenprozess weiter geht (Guggisberg et al. 2015: 4). Regionale ärztliche Dienste (RAD) sind weitere Akteure im Abklärungsverfahren, sie nehmen eine versicherungsmedizinische Beurteilung des Gesundheitszustandes vor. Sie können direkt bei den IV-Stellen ansässig sein, oder entsenden als Satelliten-RAD kantonsübergreifend Ärzte an IV-Stellen. Im RAD arbeiten sowohl Ärzte und Ärztinnen aus verschiedenen Fachgebieten als auch AllgemeinmedizinerInnen (Guggisberg et al. 2015: 2). Auch die behandelnde Ärzte und Ärztinnen werden mit in den Abklärungsprozess einbezogen, sie geben Auskünfte über den Gesundheitszustand der versicherten Person (Guggisberg et al. 2015: 2). Gutachterstellen erstellen mono- und bidisziplinäre Gutachten (Guggisberg et al. 2015: 2; 4), Medizinische Abklärungsstellen (MEDAS) erstellen polydisziplinäre Gutachten

(Guggisberg, et al. 2015: 2; 4). Auch ArbeitgeberInnen sind Teil des Abklärungsprozesses, sie liefern Informationen zur Arbeitssituation der versicherten Person (Guggisberg et al. 2015: 2), berufliche Abklärungsstellen (BEFAS) überprüfen, welche Tätigkeiten in welchem Umfang der versicherten Person möglich sind (Guggisberg et al. 2015: 2). Darüber hinaus können Rechtsanwälte der versicherten Person (Guggisberg et al. 2015: 2) Akteure im Abklärungsverfahren sein, wie auch Sozialversicherungsgerichte (Guggisberg et al. 2015: 2).

Das Problem in Österreich ist laut den befragten ExpertInnen, dass zum Zeitpunkt des Antrags auf eine Invaliditätspension der Pensionswunsch schon fixiert ist und schon viel früher geeignete Maßnahmen ergriffen werden müssten, damit es gar nicht zu einem Antrag auf Invaliditätspension kommt.

### 3.5.1. Begutachtung

Für die Entscheidungsfindung werden Gutachten erstellt. Eine Begutachtung einer Person mit psychischen Erkrankungen ist mit anderen Herausforderungen verbunden, als bei Menschen mit physischen Erkrankungen:

*„Der Begutachtungsprozess ist im psychiatrischen oftmals schwieriger als im somatischen Bereich, da die Qualität der klinischen Untersuchung in der Psychiatrie, im Wesentlichen bestehend aus der Anamneseerhebung, der Symptomerfassung und der Verhaltensbeobachtung, stark von der Motivation und der Mitwirkung des Exploranden abhängt. Eine Objektivierung der Befunde, wie dies bei der somatischen Untersuchung mit bildgebenden Verfahren - z.B. Computer- oder Magnetresonanztomografie - und weiteren Methoden möglich ist, ist in der Psychiatrie nicht im selben Ausmass realisierbar.“* (Ebner et al. 2011)

#### Personal

Die Begutachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bedarf laut den befragten ExpertInnen viel Erfahrung der GutachterInnen sowohl im klinisch-psychiatrischen sowie auch im sozial-lebenspraktischen Bereich, sohin eines qualifizierten und erfahrenen multidisziplinären Teams, welches sich auch untereinander austauscht. Wichtig ist, so die Befragten, dass jede/r GutachterIn in seinem/ihrem Fachgebiet begutachtet. Laut den ExpertInneninterviews gibt es in Österreich in der Begutachtung einen Mangel an Fachärzten und Fachärztinnen der Psychiatrie, auch die Entlohnung sei vergleichsweise gering, sodass alternative Beschäftigungen im Ausland oder einer privaten Ordination attraktiver erscheinen. Dieser Ärztemangel wurde als größtes Problem in der Begutachtung identifiziert. Es bedarf einer guten Ausbildung für diese Ärzte und Ärztinnen sowie der Schaffung von angemessenen Rahmenbedingungen, damit diese dann auch in Österreich bleiben und in der Begutachtung arbeiten wollen.

### **Zeitaufwand**

Folgende Aussagen in der BMASK-Studie zur zeitlichen Aufwand in der Begutachtung in Österreich wurden von den befragten ExpertInnen bestätigt: *„In der Begutachtung besteht derzeit ein Zeitaufwand von durchschnittlich 60 Minuten für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens, inklusive Gutachtensabschluss werden 70 Minuten veranschlagt.“* (BMASK 2014: 161) Für die Begutachtung von Personen durch die Pensionsversicherung und für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens haben die GutachterInnen laut BMASK-Studie zu wenig Zeit, es bedarf des Einsatzes psychodiagnostischer Testverfahren für die Begutachtung (BMASK 2014: 24f.). In der Pensionsversicherungsanstalt werden laut ExpertInnenauskunft bereits psychometrische Tests verwendet. Zwei von fünf befragten ExpertInnen haben den zeitlichen Aufwand für die Begutachtung in Österreich als ausreichend eingeschätzt. Es gab keine einheitliche Meinung der befragten ExpertInnen darüber, wie lang ein Standardgutachten dauern soll. Ein gutes Gutachten erfordert so viel Zeit für die Begutachtung, bis alles gut erhoben ist. Manche ExpertInnen meinten, dass es wichtig wäre, ProbandInnen öfter zu sehen, da sich diese erst an den/die GutachterIn gewöhnen müssten. Andere sahen keinen Mehrwert einer wiederholten Begutachtung, da dadurch die Objektivität der Ärzte und Ärztinnen beeinflusst werde. Weiters müsse man bei zu langen Begutachtungen aufpassen, dass die Begutachtung nicht in eine Therapie überginge. Durch eine Verlängerung der Begutachtungszeit – so eine der befragten ExpertInnen – würde mehr Personen eine Invaliditätspension zuerkannt werden, da bei längeren Untersuchungen auch mehr Gründe für eine Invaliditätspension gefunden werden könnten. Die konkrete Dauer der Begutachtung hängt auch von ihrer Komplexität ab. In der Schweiz gibt es bei komplexen Fällen stationäre Begutachtungen, bei denen in mehrere Fachbereichen mehrere Begutachtungen durchgeführt werden und der Zeitaufwand für ein psychiatrisches Gutachten kann dort im Regelfall 20 bis 50 Stunden dauern, davon entfallen sechs bis acht Stunden, verteilt auf zwei bis drei Sitzungen, auf die Untersuchung. Laut ExpertInnen erhöht sich im Bereich Psychiatrie, durch Fremdsprachigkeit mit DolmetscherInnen die Untersuchungszeit um 20 % bis 50 %.

### **Leitlinien und Standardisierung**

Das Vorhandensein von qualitativ hochwertigen Leitlinien wurde von einer befragten Person als Qualitätsfaktor eines Gutachtens angesehen, zwei weitere ExpertInnen sahen Leitlinien als hilfreichen Orientierungsrahmen an. In Österreich gibt es laut ExpertInnenauskunft Leitlinien für die ärztliche Begutachtung. In der Schweiz wurde im Rahmen des Forschungsprojekts die Studie „Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten“ veröffentlicht, in der folgende Fragestellung analysiert wird: *„Wie ist das aktuelle durchschnittliche Qualitätsniveau der zum jetzigen Zeitpunkt (vor Einführung von Leitlinien) vorliegenden Gutachten hinsichtlich formaler Begutachungskriterien?“* (Ebner et al. 2011: 2). Darüber hinaus werden unter anderem auch Empfehlungen erarbeitet, wie eine weitere Evaluation der Leitlinienentwicklung und -implementierung ausschauen könnte. Um den

Abklärungsprozess zu standardisieren und die Qualität zu verbessern, hat die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) in Zusammenarbeit mit Schweizer Ärzte FMH, der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie SGVP, der Schweizerischen Unfallversicherung SUVA sowie der Eidgenössischen Invalidenversicherung IV im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen „Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung“ erarbeitet. Im IV-Rundschreiben Nr. 313 von Juni 2012 wurden diese Leitlinien als verbindlich erklärt. Laut ExpertInnen werden die Leitlinien derzeit überarbeitet.

Neben den Untersuchungen fällt auch ein zeitlicher Aufwand durch das Verfassen der Berichte an. Durch die Standardisierung von Berichten, die die GutachterInnen verfassen müssen, kann Zeit bei der Begutachtung gespart werden. Dabei muss diese Standardisierung jedoch genügend Spielraum haben, um individuell auf die PatientInnen eingehen zu können.

In Deutschland wurden im Rahmen der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), die für vielerlei klinische Bereiche Leitlinienarbeit betreibt, eine Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen herausgebracht (AWMF 2012).

Die australische Regierung hat im Jahr 2011 Begutachtungstabellen eingeführt, gültig seit 2012 (Impairment Tables 2011), um gesundheitliche Beeinträchtigungen einer Person auf deren Arbeitsfähigkeit festzustellen. Die Begutachtung anhand dieser Tabellen ist Voraussetzungen für die Zuerkennung der Invaliditätspension (Disability Support Pension, DSP) und darf ausschließlich von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden, mit Nachweis eines klinischen Psychologen. Es werden funktionelle Aktivitäten, Fähigkeiten, Symptome und Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bewertet. Ergibt der Test nur eine leichte Beeinträchtigung, muss für den weiteren Antrag auf Invaliditätspension die aktive Teilnahme an Jobtrainings (Program of Support, POS) nachgewiesen werden. Bei schweren Beeinträchtigungen oder Nachweis des Jobtrainings, werden weiters auf Grundlage dieser Informationen in einem persönlichen Gespräch (Job Capacity Assessment Interview, JCA) die Anspruchsvoraussetzungen, Arbeitsvermögen, für Invaliditätspension überprüft sowie bisherige Arbeitshindernisse festgestellt oder entsprechende Assistenz vermittelt. Diese Gespräche werden von PsychologInnen des Gesundheitsministeriums (Department of Human Services) durchgeführt und erfolgen nach standardisierten landesweiten Richtlinien. Seit Juli 2015 wurde der Begutachtungsprozess insofern geändert, als nach diesem Gespräch eine weitere ärztliche Begutachtung auf Invalidität (Disability Medical Assessment, DMA) durch einen behördlichen Facharzt oder klinischen Psychologen (Australien Government Contracted Doctor, GCD) eingeführt wurde, in der eine medizinische Diagnose entsprechend dem Ergebnis in den Begutachtungstabellen, gestellt wird. Die endgültige Entscheidung für die Zuerkennung (oder Ablehnung) des Antrags auf Invaliditätspension trifft schließlich das

Gesundheitsministerium auf Basis der genannten Untersuchungen. Das australische Begutachtungsschema weist demnach die Vorteile einer entsprechend qualifizierten Person als Begutachter auf sowie einer notwendigen vollständigen Diagnose und Gespräch zur beruflichen Rehabilitation. Weiters erhalten die Personen aufgrund der gestellten Diagnosen die Möglichkeit entsprechende Behandlungen in Anspruch zu nehmen.

Nach Zuerkennung der Invaliditätspension in Australien sind seit Juli 2014 unter 35-Jährige mit einer Arbeitsfähigkeit von mind. 8 Wochenstunden dazu verpflichtet, arbeitsfokussierten Tätigkeit wie Ausbildungen oder rehabilitativen Trainings nachzugehen, um deren Arbeitschancen zu erhöhen. Seit 2012 sind außerdem regelmäßige Gespräche für InvaliditätspensionbezieherInnen unter 35 Jahren verpflichtend.

### **Arbeitsbezug**

Für psychische Belastbarkeit gibt es in Österreich momentan nur vier Stufen im Leistungskalkül. Die Pensionsversicherungsanstalt plant derzeit eine Erweiterung der Begutachtung um eine arbeitsbezogene Begutachtung, welche die Erstellung eines differenzierten Fähigkeitsprofils mit 28 Merkmalen umfassen soll. Die Merkmale beinhalten soziale, kognitive, psychomotorische Merkmale sowie Merkmale zur Art der Arbeitsausführung und Kulturtechniken/Kommunikation. MELBA - Merkmale zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit – wurde seit 2013 in der Pensionsversicherungsanstalt getestet und evaluiert.

### **Datenschutz**

Laut OECD und Einschätzungen von befragten ExpertInnen erschwert das Verbot von Verknüpfung von Daten verschiedener Akteure den Abklärungs- und Heilungsprozess (OECD 2015b: 32) sowie auch die Forschung in diesem Bereich. Die Herausforderung besteht darin, eine Lösung zu finden, dass wichtige Informationen von Ärzten/Ärztinnen, ArbeitgeberInnen, Krankenversicherung und Pensionsversicherung ausgetauscht werden dürfen, ohne dass der Datenschutz der betroffenen Personen zu stark beschnitten wird.

In der Schweiz muss eine Person, die Berufliche Integration/Rente beantragt, folgende Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften unterschreiben:

*„Mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihr/e Vertreter/in die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Diese Personen und Stellen sind zur Auskunft verpflichtet. Die in diesem Formular nicht namentlich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36–40 des*

*Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Versicherungen und Arbeitsstellen sind ermächtigt, den Organen der Invalidenversicherung auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder ihre Vertreterin/ihr Vertreter auch Anwälte/Anwältinnen für den Rückgriff auf Dritte Auskunft zu geben. Diese Ermächtigung berechtigt die IV-Stelle, die für die Eingliederung infrage kommenden Stellen (behandelnde Ärzte, Arbeitgebende, Institutionen) zu informieren.“ (Eidgenössische Invalidenversicherung 2015: 8)*

Sowie eine Mitwirkungspflicht:

*„Die versicherte Person verpflichtet sich, alles ihr Zumutbare zu unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Im Weiteren nimmt sie zur Kenntnis, dass sie an allen zumutbaren Maßnahmen aktiv teilnehmen muss.“ (Eidgenössische Invalidenversicherung 2015: 8)*

Falls die Vollmacht einen Bereich nicht abdeckt, müssen sich die Gutachter noch eine weitere Vollmacht von den ProbandInnen – meistens über die Auftraggeber – einholen.

In Österreich kreuzt man bei einem Antrag auf Invaliditätspension an, ob man damit einverstanden ist, dass der letzte Arbeitgeber kontaktiert wird, so heißt es auf dem Antragsformular „Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns mit Rückfragen **direkt an Ihren (letzten) Arbeitgeber wenden?**“ (Pensionsversicherungsanstalt o.J.). Innerhalb der Sozialversicherungsträger können GutachterInnen in begründeten Fällen ohne Einverständnis der PatientInnen auf gewisse Daten dieser zugreifen (beispielsweise war der Patient/die Patientin bei einem Psychiater/einer Psychiaterin in den letzten Jahren), allerdings nicht auf alle Informationen, wobei die Grenzen nicht genau definiert sind. Bisher ist das Einholen dieser Informationen zeitaufwendig und kompliziert. Beim Einholen von Informationen bei Externen (beispielsweise behandelnde Ärzte und Ärztinnen) benötigen die GutachterInnen das Einverständnis der PatientInnen. In Interviews wurde der Wunsch geäußert, dass den GutachterInnen auf Knopfdruck Leistungsdaten von PsychiaterInnen und Medikamentation und Änderung der Medikamentation zur Verfügung stehen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es noch Handlungsbedarf im österreichischen Abklärungs- und Begutachtungsprozess gibt, insbesondere was den Mangel an Fachärzten und Fachärztinnen im Bereich der Psychiatrie und was den Zugriff von GutachterInnen auf Daten der Sozialversicherung betrifft. In einem ersten Schritt sollte der Abklärungs- und Begutachtungsprozess evaluiert werden, um die Schwachstellen genauer identifizieren zu können um basierend darauf Verbesserungsvorschläge erarbeiten zu können.

### Länderbeispiel Norwegen

Im Jahr 2011 bezogen rund 9,5 % der norwegischen Bevölkerung zwischen 18 und 67 Jahren Invaliditätspension (disability pension) (Bratberg et al. 2015:6). Rund ein Drittel davon wurde aufgrund von psychischen Erkrankungen erteilt, wobei der Anteil der Bezieher von Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen unter 40 Jahren relativ noch höher war (Bratberg et al. 2015: 6). Aufgrund der hohen Rate vermutet die OECD unter anderem Fehldiagnosen im Zuge des Abklärungsprozesses durch praktische Ärzte und Ärztinnen. (Bratberg et al. 2015: 6) In Norwegen wurde mit 1.1.2015 eine Reform Invaliditätspension umgesetzt, welche in Invaliditätsgeld umbenannt wurde. Vordergründiges Ziel der Reform ist die Erleichterung bzw. Steigerung der Attraktivität des beruflichen Wiedereinstieg bei Invalidität, einerseits durch finanzielle Anreize, indem der Bezug von zusätzlichem Arbeitseinkommen den Anspruch auf Invaliditätspension nicht verändert, andererseits durch eine flexiblere Ausgestaltung des Systems und begleitende Maßnahmen in der Job-Reintegration. Weiters wird der Bezug der Invaliditätspension als Einkommen und nicht mehr als Pension besteuert, wobei der relativ höhere Steueranteil durch die Erhöhung der monetären Leistung kompensiert wird. Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen zwischen 18 und 67 Jahren, danach wird automatisch in die Alterspension übergeleitet. Die Höhe des Bezugs richtet sich nach den drei höchsten Jahreseinkommen der letzten fünf Jahre vor Eintritt der Invalidität, in Abhängigkeit vom Grad der Invalidität. (Bratberg et al. 2015: 6) Der Abklärungsprozess vor Beantragung der Invaliditätspension sieht eine Beurteilung durch einen praktischen Arzt vor, bevor eine zuständige Person der Norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsbehörde (NAV) prüft und über den Anspruch entscheidet. Vor Zuspruch Invaliditätspension muss das Bemühen um medizinische und berufliche Rehabilitation seitens des Patienten nachgewiesen werden. Das Problem vor allem bei psychischen Erkrankungen ist die Bestimmung des Grads der Invalidität sowie der Berufs(un)fähigkeit. Die Gründe sind vielfältig und sehr individuell. Nicht immer ist Reintegration am Arbeitsplatz eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme, zumal die Probleme beispielsweise mit dem Arbeitsumfeld, steigenden Arbeitsanforderungen oder Personalstrukturen in Zusammenhang stehen können. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit wird dennoch als begünstigend für die Rehabilitation gesehen. (Bratberg et al. 2015: 6) Die verstärkten Maßnahmen zur vermehrten Berufsausübung bei gleichzeitigem Bezug der Invaliditätspension entsprechen einer allgemeinen internationalen Tendenz zu Teilzeitkrankenstand und früherer Rückkehr in den Beruf bei Krankenstand, wo es möglich ist. Bei bestimmten Krankheiten, vor allem psychischen Erkrankungen, sei dies sogar von Vorteil für die PatientInnen, so eine verbreitete Meinung bei ExpertInnen. Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gibt es in Norwegen schon länger. Sogenannte „Train and Place“-Ansätze beinhalten das Training beruflicher Qualifikationen in einem geschütztem Umfeld sowie die Unterstützung bei der Integration in den Arbeitsplatz. Ein neuerer Ansatz des „Place and Train“-Prinzips versteht es umgekehrt durch direkte Integration in den Arbeitsmarkt ohne vorherige Schulung, dafür begleitende professionelle psychologische

Unterstützung, sogenanntes „Individual Placement and Support“. Voraussetzung ist der Wunsch nach Arbeit bzw. die Bereitschaft, Arbeit zu suchen. (Sveinsdottir et al 2014) Ähnliche Ansätze der Job-Reintegration lassen sich in anderen Ländern ebenfalls beobachten. Das zentrale Element ist jedoch die Bereitschaft der Bezieher für die (Wieder)Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Unfall oder Krankheit bei Invalidität. Ergebnisse einer norwegischen Studie zeigen, dass ein integrierter Ansatz begleitender therapeutisch-rehabilitativer Maßnahmen kognitiver Verhaltenstherapien bei gleichzeitiger beruflicher Wiedereingliederung für Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgreicher sind, vor allem bei Langzeitarbeitslosen, als ein Berufseinstieg erst nach abgeschlossener Therapie (Reme et al 2015).

Eine weitere Maßnahme stellt das Abkommen „Integratives Arbeitsleben“ (Inclusive Work Life – IA Agreement bzw. Inkluderende<sup>5</sup>) zwischen der norwegischen Regierung, den Sozialpartnern und der Norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsbehörde (NAV) für die Jahre 2014 bis 2018 dar. Ziel ist die Vorbeugung und Reduzierung krankheitsbedingter Abwesenheit und in weiterer Folge der Zahl an InvaliditätspensionistInnen, Ansätze zur Verbesserung des Arbeitsklimas und der Arbeitsumgebung, die Vorbeugung bzw. Verhinderung einer Ausgrenzung aus dem Arbeitsleben sowie die verstärkte Einbeziehung älterer ArbeitnehmerInnen und ArbeitnehmerInnen mit Benachteiligungen in das Arbeitsleben. (NAV 2014, OECD 2013b: 41,62,90 und Foss et al. 2014) Unternehmen entscheiden freiwillig, ob sie in das Abkommen eintreten und die Maßnahmen umsetzen, größere Industrieunternehmen sind dazu verpflichtet. Rund ein Viertel aller norwegischen Unternehmen sind Mitglied dieser Kooperation, mit rund 57 % aller ArbeitnehmerInnen (Foss et al 2014: 1), und werden bei der Umsetzung der Maßnahmen von der Norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsbehörde (NAV) unterstützt.

### 3.6. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

Es lassen sich nun einige Überlegungen zusammenfassen, die sich auch im internationalen Vergleich widerspiegeln. Durch eine Gegenüberstellung von gewonnenen Einblicken und daraus abgeleiteten möglichen Verbesserungspotentialen konnten Problemstellungen konkretisiert und gleichzeitig Aufschluss über die derzeitige nationale und internationale Situation zur Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen gegeben werden.

In den letzten Jahren konnte international ein Anstieg in den Anträgen für Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen beobachtet werden (OECD 2015a: 142). Die Ursachen sind vielfältig, in vielen Ländern jedoch ähnlich. Sowohl die Literaturrecherche als auch die Einschätzungen von ExpertInnen ergaben, dass dies (1.) auf

<sup>5</sup> Siehe auch <http://www.inkluderende.no/>.

ein gesteigertes Bewusstsein und eine erhöhte Enttabuisierung für psychische Krankheiten in der Gesellschaft zurückzuführen ist, dass (2.) eine inadäquate und/oder zu wenig differenzierte Diagnoseskala bzw. Einstufung von psychischen Erkrankungen und darauffolgenden Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen die Anträge steigen lässt, dass (3.) die Arbeitsanforderungen der stetig wachsenden personenbezogenen Dienstleistungsgesellschaft in den westlichen Industrieländern und der soziale Druck arbeitsfähig zu bleiben vor allem (psychische) Krankheiten steigen lässt. Als weiterer möglicher Grund kann eine generelle geringe soziale Akzeptanz für psychische Krankheiten vermutet werden, da jene Krankheiten für Dritte schwerer erkennbar bzw. im Allgemeinen schwer messbar und daher beobachtbar und für andere einzuschätzen sind. Darüber hinaus kann auch der erhöhte psychische Druck im Privatleben und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als Grund für die ansteigende Bedeutung von psychischen Erkrankungen angesehen werden. Schließlich ist erkennbar, dass die Ausgestaltung von Anreizstrukturen teilweise die Beantragung von Invaliditätspension gegenüber rehabilitativer Maßnahmen und der Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag begünstigt. (BMASK 2014:13, Leoni 2015:II und OECD 2015a:142) Beispielsweise kann der Bezug von Invaliditätspensionen vor allem bei erwerbsmäßigen älteren Personen einfacher oder für das System billiger erscheinen, als Reintegrationsmaßnahmen anzusetzen.

Für den Abklärungsprozess zur Entscheidung über die Zuerkennung von Invaliditätspension ist der Begutachtungsprozess von zentraler Bedeutung. Dieser gestaltet sich in den Ländern unterschiedlich, lässt dennoch vergleichbare Kritikpunkte im internationalen Vergleich erkennen. Im Allgemeinen wird neben der Diagnose eines Arztes/einer Ärztin, die verbreitet Allgemeinmediziner auf Grundlage der PatientInnenaussage und –selbsteinschätzung vornehmen, der AntragstellerInnen durch einer/einen Zuständigen der vergebenden Behörde begutachtet. Zu hinterfragen sei hierbei einerseits die Kompetenz eines Allgemeinmediziners, die psychische Gesundheit gemäß Zuerkennungskriterien einschätzen zu können, auf dessen Diagnosebasis die Zuerkennung in einem zweiten Schritt erteilt wird. Zentral ist die Einschätzung des diagnostizierenden Arztes bzw. Behörde und demnach die Einstufung gemäß der gängigen Diagnoseskala in dem jeweiligen Land. Sowohl in ExpertInnengesprächen als auch aktueller Literatur ist die Einstufung psychischer Krankheiten gemäß Diagnoseskalen kritisiert worden, unabhängig von der nationalen Datenerfassung dieser Skalierungen. Aufgrund des internationalen Anstiegs der Zahlen für Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen vermuten einige ExpertInnen auch eine Pathologisierung psychischer Krankheiten, dh immer mehr mentale Zustände gelten als krankheitswertig. Vor allem bei psychischen Erkrankungen ist die Diagnostik sehr aufwändig, diverse Verfahren wie psychometrische Tests nehmen viel Zeit in Anspruch. Ein Vorschlag wäre, die Kompetenz von akutpsychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen in die Begutachtung einzubeziehen. Die Zustimmung des Antragstellers wäre dafür zwingend vorzusehen. Als ein weiteres Problem im Begutachtungsprozess wurde in Österreich der Mangel an FachärztInnen der Psychiatrie identifiziert, die über eine entsprechende Ausbildung verfügen, sowie Anreize, um überhaupt als BegutachterInnen in Österreich

arbeiten zu wollen. Darüberhinaus stehen Informationen zum Fall, insbesondere aus anderen Sozialversicherungsträgern und Leistungserbringern nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung bzw. erfordern die Einwilligung der PatientInnen. Ein grundlegendes Problem ist der Zeitpunkt der Antragstellung im Verlauf der Erkrankung bzw. der notwendige Schritt der Antragstellung zur Invaliditätspension an sich. Zu diesem Zeitpunkt kann der gewünschte Erfolg beruflicher Reintegrationsmaßnahmen schon eingeschränkt sein, wenn dieser Erfolg überhaupt von den PatientInnen angestrebt wird. Einmal mehr wird die Bedeutung präventiver Maßnahmen verdeutlicht.

Ist die Bereitschaft und das Bemühen um Rehabilitation und berufliche Reintegration der/s AntragstellerIn vorhanden, sollten diese auf den konkret auszuübenden Beruf ausgerichtet sein. Hier besteht laut ExpertInnen Handlungsbedarf in Österreich (BMASK 2014:24 ff). Eine wichtige Maßnahme ist die richtige Distanz zum Arbeitsplatz zu wahren. Eine gewisse Entfernung zum Arbeitsplatz trägt zur Rehabilitation bei, allerdings wird der Wiedereinstieg umso schwieriger, je länger der Krankenstand dauert. Hier sollten Maßnahmen zu frühzeitigem beruflichen Einstieg getroffen werden, bei gleichzeitiger Therapie. Besonders für psychisch Kranke ist die Belastungssituation am Arbeitsplatz oft nicht vorhersehbar und auch schwerer trainierbar. Daher ist eine spezifische Ausrichtung der psychischen Rehabilitationsmaßnahmen auf den konkreten Beruf wichtig. Individualisierte Rehabilitationsprogramme, wie „place and train“, bieten die Möglichkeit unter kontrollierten Bedingungen und begleitender Rehabilitation eine berufliche Tätigkeit wieder auszuüben. Die Nähe zum Arbeitsplatz und arbeitsbegleitende Therapien dienen der Wiedereingliederung. Regelmäßige, auch zeitweise, berufliche Tätigkeiten strukturieren den Tag und steigern den Selbstwert. Eine variabelere Ausgestaltung bietet die Möglichkeit eines Teilkrankenstandes bzw. Teil-Invaliditätspension, um den Kontakt zur Arbeit nicht zu verlieren. Menschen, die auch während einer psychischen Erkrankung ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen wollen, sollten dies tun können, neben dem in Anspruch nehmen therapeutischer Mittel, wie dies bereits in anderen Ländern der Fall ist (siehe Länderbeispiel Norwegen). Die Tabuisierung psychischer Krankheiten kommt teilweise erschwerend neben der ohnehin nicht leichten Situation für Betroffene hinzu. Im Gegensatz zu somatischen Beschwerden werden psychische Beeinträchtigungen vom Arbeitsumfeld (ArbeitgeberInnen, KollegInnen) oft lange Zeit nicht bemerkt, dh. der/die Betroffene fällt als Minderleister auf und wird dadurch häufig als Belastung für die KollegInnen wahrgenommen. Tatsachen wie diese können die Rückkehr an den ursprünglichen Arbeitsplatz erschweren.

Eine frühzeitige Sensibilisierung für mentale Beschwerden neben einer Enttabuisierung psychischer Erkrankungen sind daher notwendige gesellschaftliche Entwicklungen. Die frühe Prävention mentaler Probleme, beginnend schon in Kindergärten und Schulen, ist daher von höchster Bedeutung, um psychische Erkrankungen über die lange Frist zu verhindern. Neben der allgemeinen gesellschaftlichen Sensibilisierung ist vor allem eine verstärkte Förderung der frühzeitigen Erkennung psychischer Probleme am Arbeitsplatz wichtig, um rechtzeitig intervenieren zu können und einer steigenden Zahl von

InvaliditätspensionistInnen vorzubeugen. Das Angebot an präventiven, rehabilitativen sowie vorhandenen arbeitsmedizinischen Maßnahmen müssen demgemäß an geänderte Problemlagen angepasst werden. Die Umsetzung vor allem in kleinen und mittleren Betrieben benötigt Unterstützung im Umgang mit psychischen Erkrankungen sowie institutionalisierte Rahmenbedingungen, z.B. durch Peer-Systeme. Koordiniertes und kontinuierliches Vorgehen zur Vermeidung von Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen ist schon sehr zeitig anzusetzen, dh schon in Schulen und Kindergärten und nicht erst beim Antrag. Diese sind unabhängig von den unvermeidbaren psychischen Erkrankungen zu unterscheiden. Für letztere gilt es geeignete Maßnahmen, wie oben erwähnt, zu Rehabilitation und Reintegration zu erreichen.

## 4. Quantitative Analyse

### 4.1. Unbefristete Invaliditätspensionen, Auswertungen des Standes

Unter den unbefristeten Invaliditätspensionen werden im Folgenden Invaliditätspensionen (Berufsunfähigkeitspension, Knappschaftsvollpension) sowie Pensionen wegen Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit, Knappschaftspension ohne Teilpensionen<sup>6</sup> und zeitlich befristete Pensionen<sup>7</sup> verstanden.<sup>8</sup> Insgesamt gab es im Jahr 2014 rund 120.000 Männer und rund 45.000 Frauen mit einer unbefristeten Invaliditätspension. Die Entwicklung der unbefristeten Invaliditätspensionen seit 2011 liefert für psychiatrische Krankheiten und nicht-psychiatrische Krankheiten (=alle andern Krankheitsgruppen) jedoch ein unterschiedliches Bild: Während die unbefristeten Invaliditätspensionen im nicht-psychiatrischen Bereich bei beiden Geschlechtern rückläufig sind (Männer: -12 %; Frauen: -9 %) steigt die Zahl der unbefristeten Invaliditätspensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten kontinuierlich (Männer: +6 %; Frauen: +10 %); vgl. Abbildung 6. 2014 entfielen etwa ein Viertel (26 %) der männlichen und knapp die Hälfte (46 %) der weiblichen unbefristeten Invaliditätspensionen auf psychiatrische Krankheiten, Tendenz steigend. Bei beiden Geschlechtern kam es seit 2011 zu einem deutlichen Anstieg des Prozentsatzes: bei Männern um 3,4 Prozentpunkte, bei Frauen sogar um 4,8 Prozentpunkte, vgl. Abbildung 7.

Das Durchschnittsalter der unbefristeten Invaliditätspensionen lag bei Männern 2014 mit 55,2 Jahren im psychiatrischen Bereich um 3,6 Jahre unter dem Vergleichsdurchschnittsalter im nicht-psychiatrischen Bereich (58,8 Jahre). Bei Frauen ist der Unterschied nicht im gleichen Maße ausgeprägt (0,9 Jahre), das Durchschnittsalter im psychiatrischen Bereich rangiert jedoch auch unter jenem im nicht-psychiatrischen Bereich. Auffallend ist zudem, dass das männliche Durchschnittsalter von unbefristeten Invaliditätspensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten im Beobachtungszeitraum um durchschnittlich 2,6 Jahre über jenem der Frauen liegt. Im nicht-psychiatrischen Bereich ist der Unterschied im Durchschnittsalter der unbefristeten Invaliditätspensionen zwischen den Geschlechtern doppelt so stark ausgeprägt (5,2 Jahre), vgl. Abbildung 8.

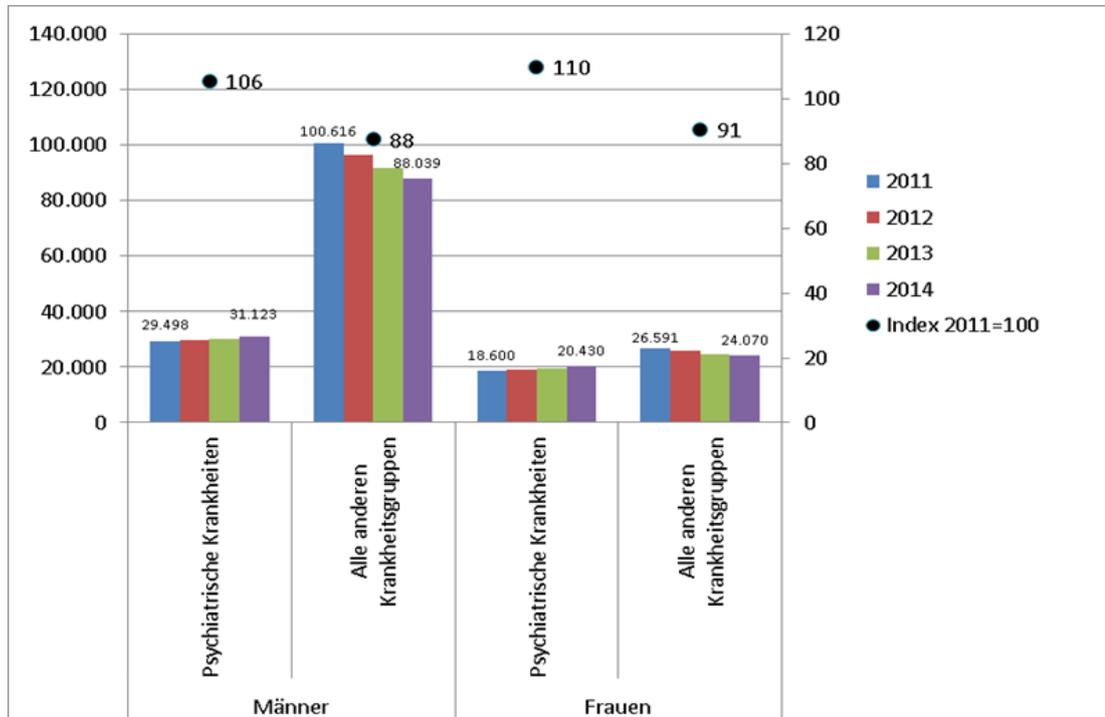
---

<sup>6</sup> Invaliditäts- (Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-)Teilpension (bei Vorliegen von Erwerbseinkommen) gemäß §§ 254 Abs. 6, 271 Abs. 3, 279 Abs. 3 ASVG, § 132 Abs. 5 GSVG und § 123 Abs. 5 BSVG

<sup>7</sup> Zeitlich befristete Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension, Knappschaftsvollpension, Knappschaftspension sowie Erwerbsunfähigkeitspension gemäß den Bestimmungen der §§ 256 ASVG, 133b GSVG und 124b BSVG

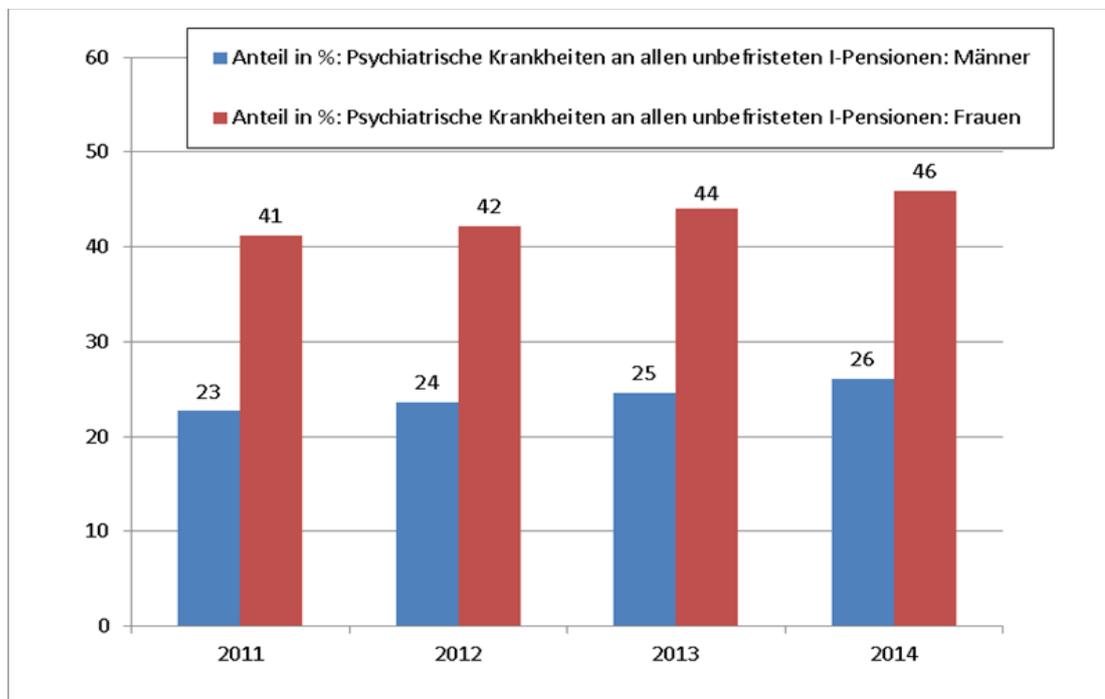
<sup>8</sup> Im Folgenden kurz als „unbefristete Invaliditätspensionen“ bezeichnet.

Abbildung 6: Anzahl unbefristete Invaliditätspensionen 2011-2014, Index 2011=100

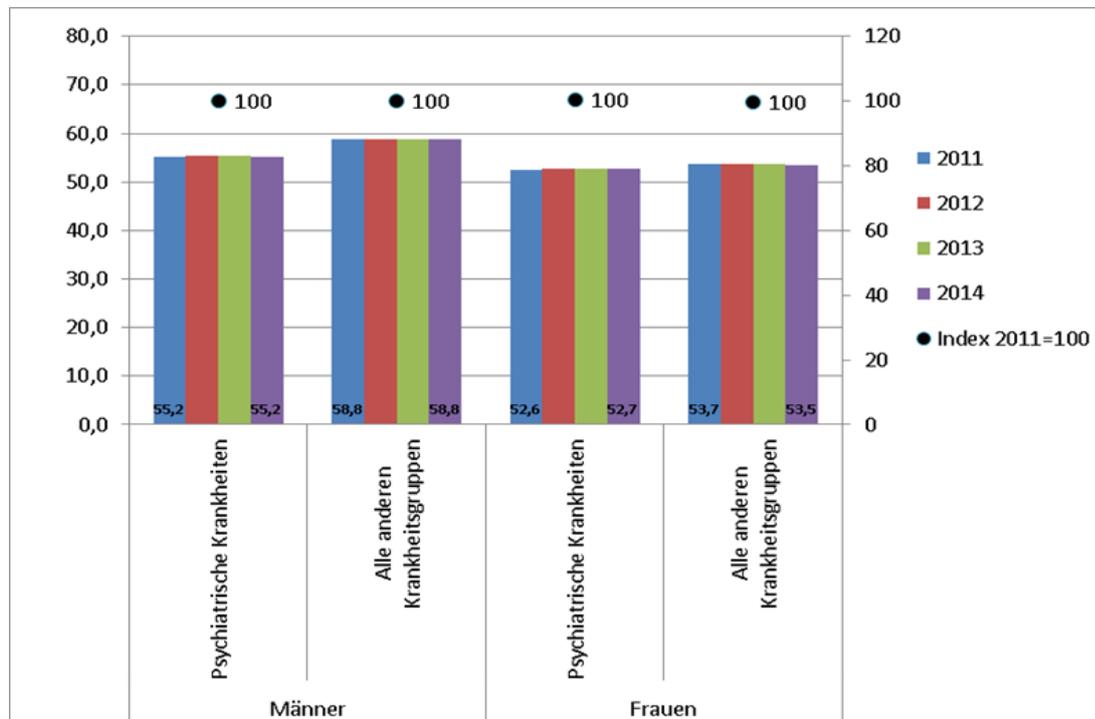


Quelle: BMASK, IHS 2016.

Abbildung 7: Psychiatrische Krankheiten, in % aller unbefristeten Invaliditätspensionen



Quelle: BMASK, IHS 2016.

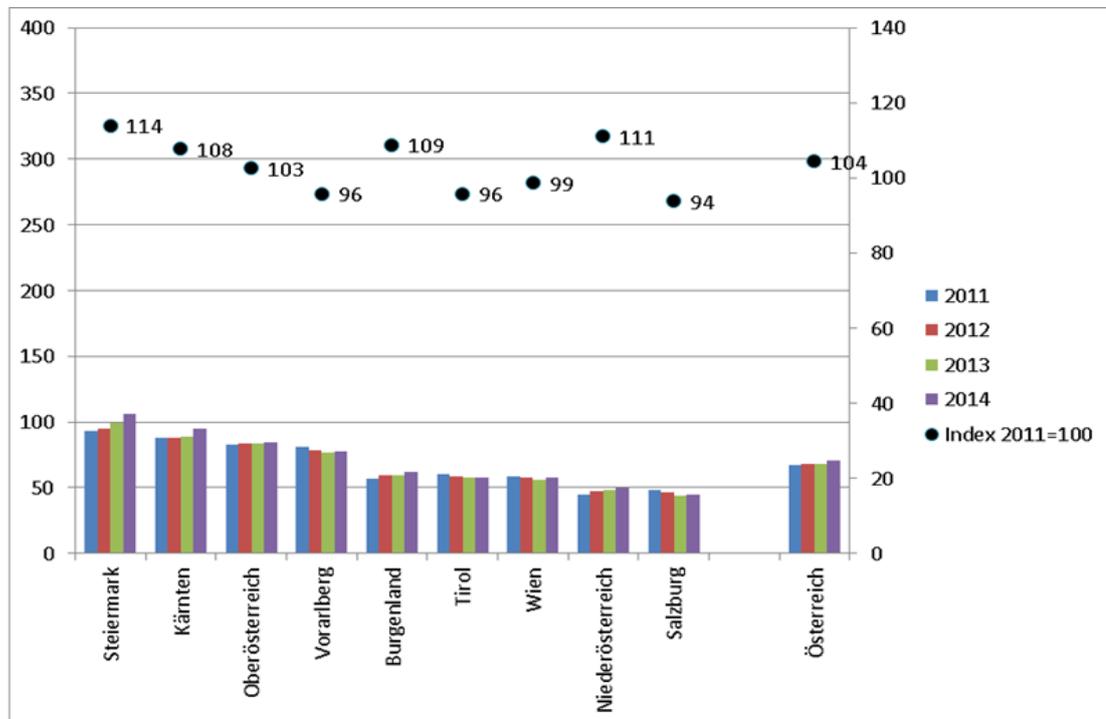
**Abbildung 8: Durchschnittsalter, unbefristete Invaliditätspensionen**

Quelle: BMASK, IHS 2016.

Der Bezug der unbefristeten Invaliditätspensionen auf die Durchschnittsbevölkerung illustriert sowohl im psychiatrischen, als auch im nicht-psychiatrischen Bereich regionale Unterschiede auf Basis der Bundesländer. Bei Männern zeigt sich 2014 das höchste Pro-Kopf-Niveau an unbefristeten Invaliditätspensionen aufgrund psychiatrisch bedingter Krankheiten in der Steiermark. Im Vergleich zum Bundesland Salzburg gab es somit 2014 in der Steiermark mehr als doppelt so viele unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000 EinwohnerInnen (bei ähnlich hohem Anteil an Personen im erwerbsfähigen Alter). Die Entwicklung seit 2011 ist bei Männern im psychiatrischen Bereich höchst unterschiedlich: Während in einigen Bundesländern – auch auf hohem Niveau – eine Pro-Kopf-Anstieg festzustellen ist (Steiermark, Kärnten, Oberösterreich, Burgenland und Niederösterreich), gibt es Bundesländer, die entgegen dem Österreich-Trend (+4 %) eine rückläufige Entwicklung aufweisen (Vorarlberg, Tirol, Wien und Salzburg), vgl. Abbildung 9.

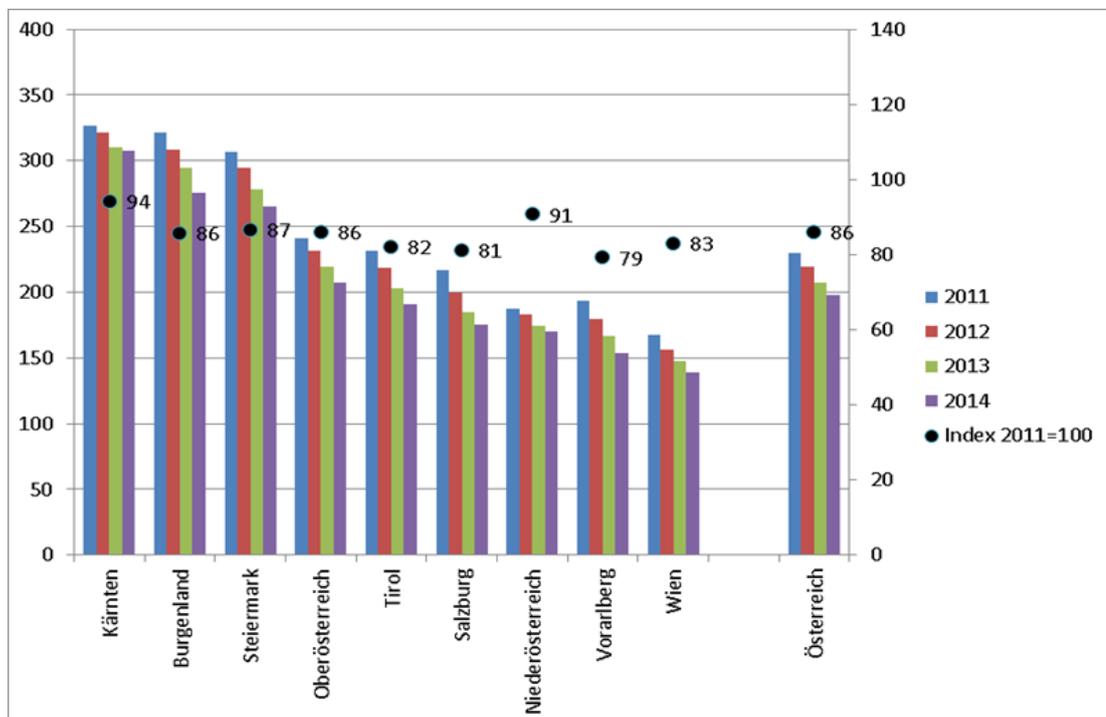
Auch bei Frauen sind im psychiatrischen Bereich unterschiedliche Niveaus und Entwicklungen in den Bundesländern festzustellen. Es zeigen sich – analog zu den Männern – die höchsten Niveaus in den beiden südlichen Bundesländern Steiermark und Kärnten sowie in Oberösterreich und die niedrigsten in Niederösterreich und Salzburg. In Bezug auf die Entwicklung 2011-2014 sind besonders starke Zuwächse im Burgenland und Niederösterreich (mehr als 25 %) erkennbar. Lediglich zwei Bundesländer weisen entgegen dem Österreich-Trend (+9 %) einen Rückgang auf (Vorarlberg: -5 %, Salzburg: -7 %), vgl. Abbildung 11.

**Abbildung 9: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Psychiatrische Krankheiten, Männer**



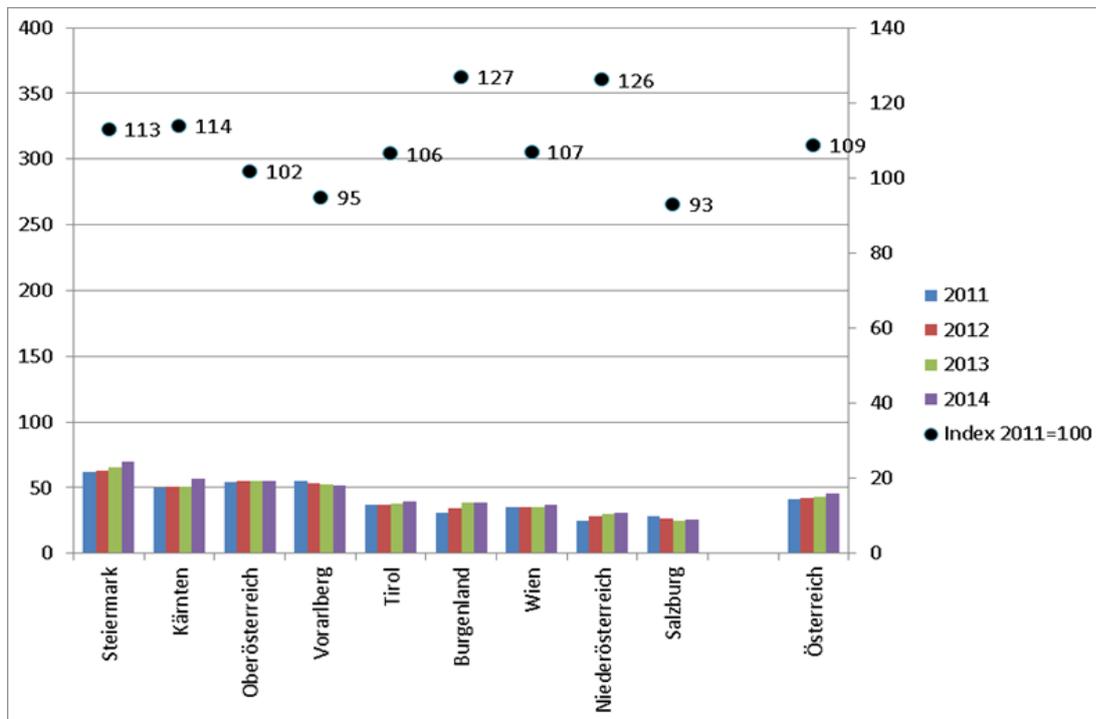
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 10: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Alle anderen Krankheitsgruppen, Männer**



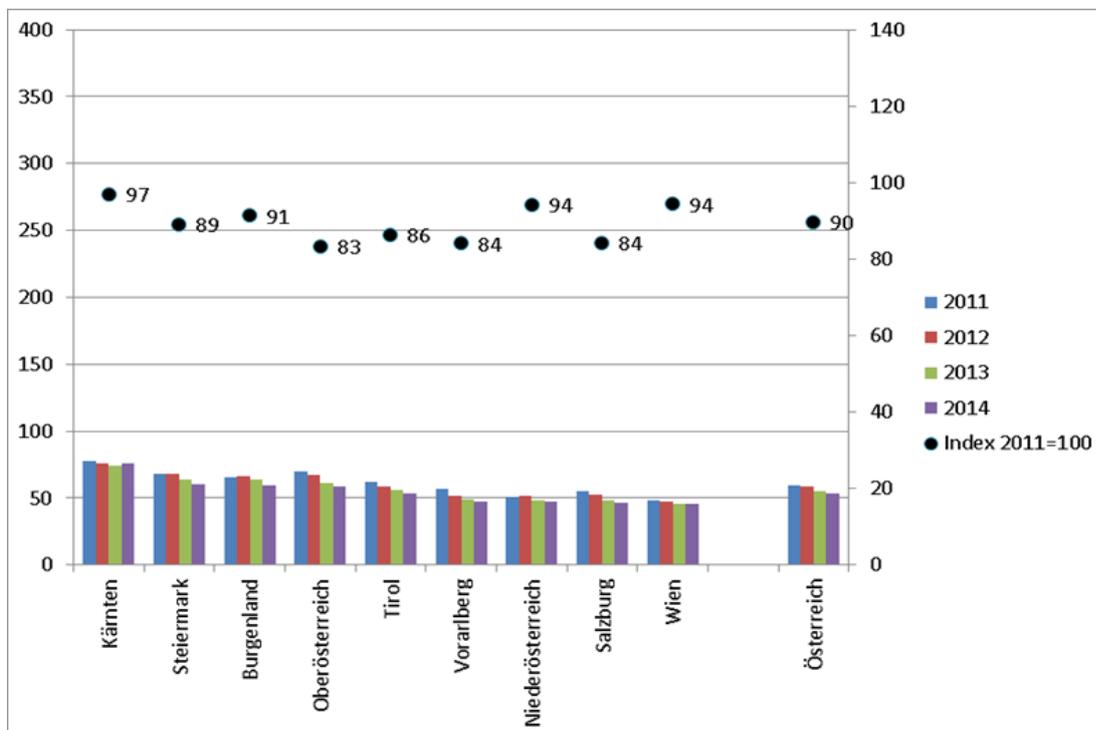
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 11: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Psychiatrische Krankheiten, Frauen**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 12: Unbefristete Invaliditätspensionen, pro 10.000, Alle anderen Krankheitsgruppen, Frauen**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

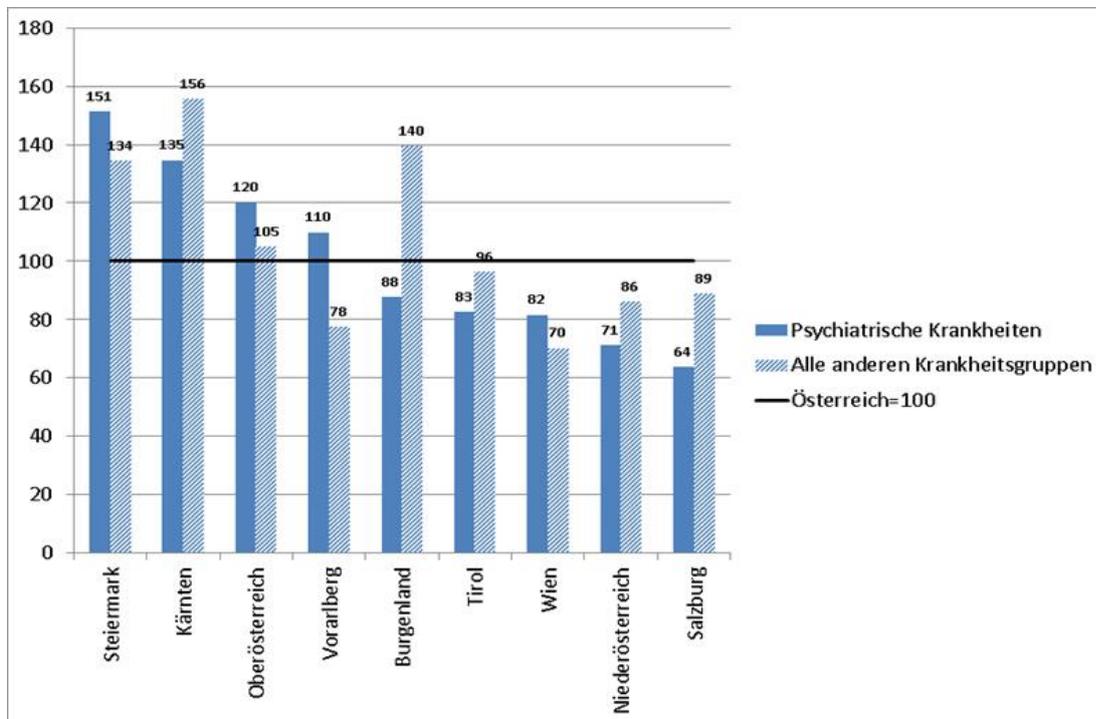
Auch im nicht-psychiatrischen Bereich zeigen sich bedeutende Niveauunterschiede zwischen den Bundesländern. Bei Männern weisen Kärnten, das Burgenland und die Steiermark die höchsten Niveaus auf, während in Wien bezogen auf die Bevölkerung die niedrigste Anzahl an unbefristeten Invaliditätspensionen festzustellen ist. Die Entwicklung über die Zeit ist im nicht-psychiatrischen Bereich jedoch einheitlich. Bei Männern kam es in allen Bundesländern 2011-2014 zu Rückgängen, im Österreich-Durchschnitt um 14 %, vgl. Abbildung 10. Bei Frauen sieht es im nicht-psychiatrischen Bereich ähnlich aus. Die höchsten Niveaus finden sich wieder in Kärnten, der Steiermark und im Burgenland. Seit 2011 reduzierte sich die Anzahl an unbefristeten Invaliditätspensionen pro 10.000 bei nicht-psychiatrischen Krankheiten in allen Bundesländern, im Österreich-Durchschnitt um 10 %, vgl. Abbildung 12. Die prozentualen Abweichungen der einzelnen Bundesländer vom Österreich-Durchschnitt werden nochmals in Abbildung 13 und Abbildung 14 illustriert. Bei Vergleich der Abweichungen im psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Bereich fällt auf, dass einzelne Bundesländer in beiden Bereichen ähnlich stark oder in zumindest die gleiche Richtung abweichen, während in anderen Bundesländern der eine Bereich über- und der andere sogar unterdurchschnittlich abschneidet (Männer: Vorarlberg, Burgenland; Frauen: Vorarlberg, Tirol, Burgenland).

Auch hinsichtlich des Durchschnittsalters sind regionale Unterschiede feststellen. Die jüngsten unbefristeten Invaliditätspensionen aufgrund psychiatrischer Krankheiten finden sich 2014 bei Männern in Wien (53,8 Jahre), Vorarlberg (53,9 Jahre) und Niederösterreich (54,0 Jahre). Das höchste Durchschnittsalter zeigt sich in Kärnten und der Steiermark mit rund 56 Jahren. Die Spannweite<sup>9</sup> zwischen den Bundesländern liegt bei Männern im psychiatrischen Bereich mit 2,6 Jahren deutlich über der Spannweite im nicht-psychiatrischen Bereich (1,5 Jahre), vgl. Abbildung 15. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Frauen: auch hier ist die Spannweite im psychiatrischen Bereich (2,7 Jahre) auffallend größer als im nicht-psychiatrischen Bereich (1,9 Jahre), vgl. Abbildung 16. Der Unterschied zwischen dem Durchschnittsalter im psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Bereich ist bei Männern (3,6 Jahre) im Österreich-Durchschnitt deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen (0,7 Jahre); in beiden Fällen liegt das Durchschnittsalter im psychiatrischen Bereich niedriger als im nicht-psychiatrischen, vgl. Abbildung 15 und Abbildung 16.

---

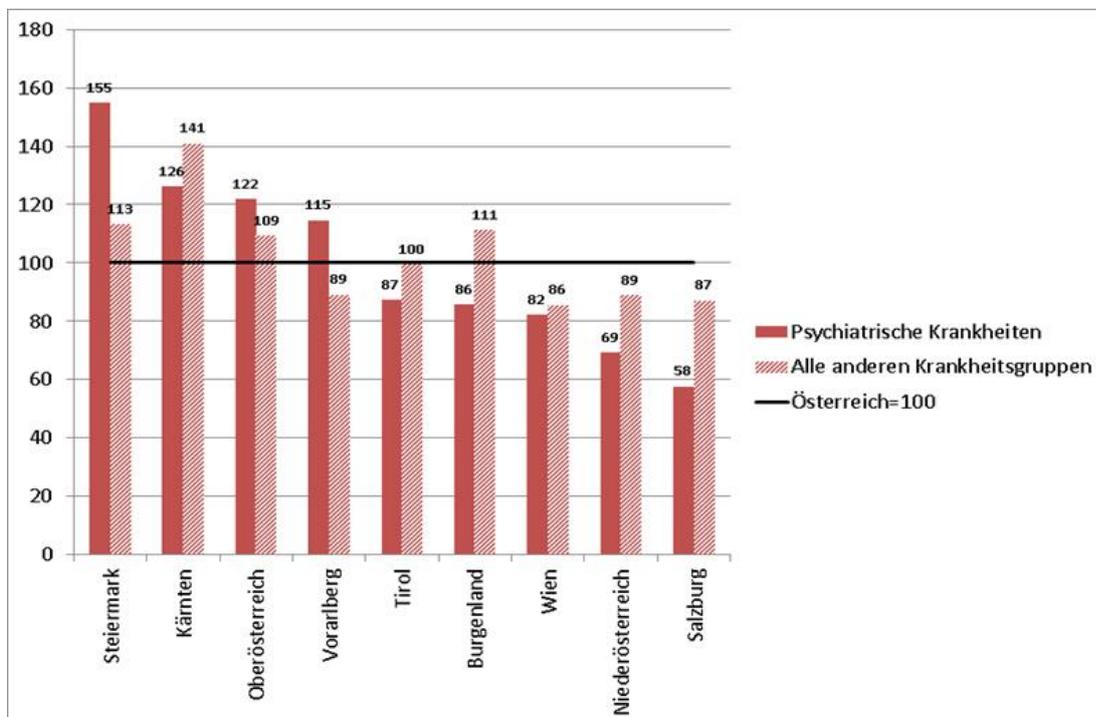
<sup>9</sup> Maximum minus Minimum

**Abbildung 13: Unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2014, Index Österreich=100, Männer**



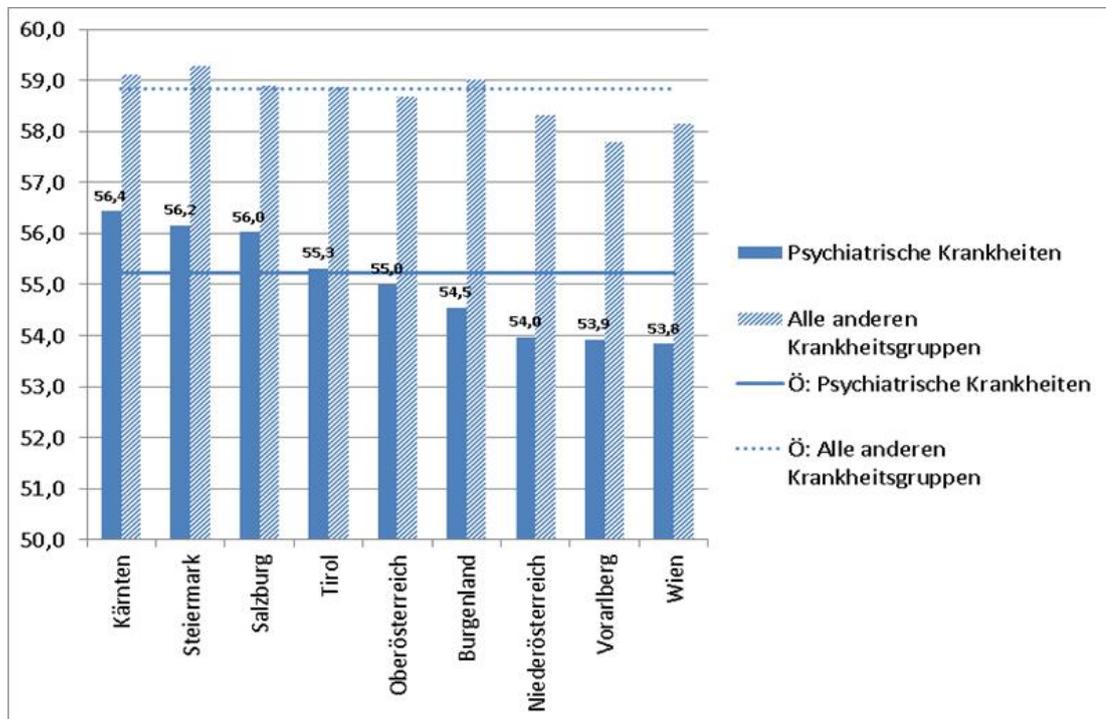
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 14: Unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2014, Index Österreich=100, Frauen**



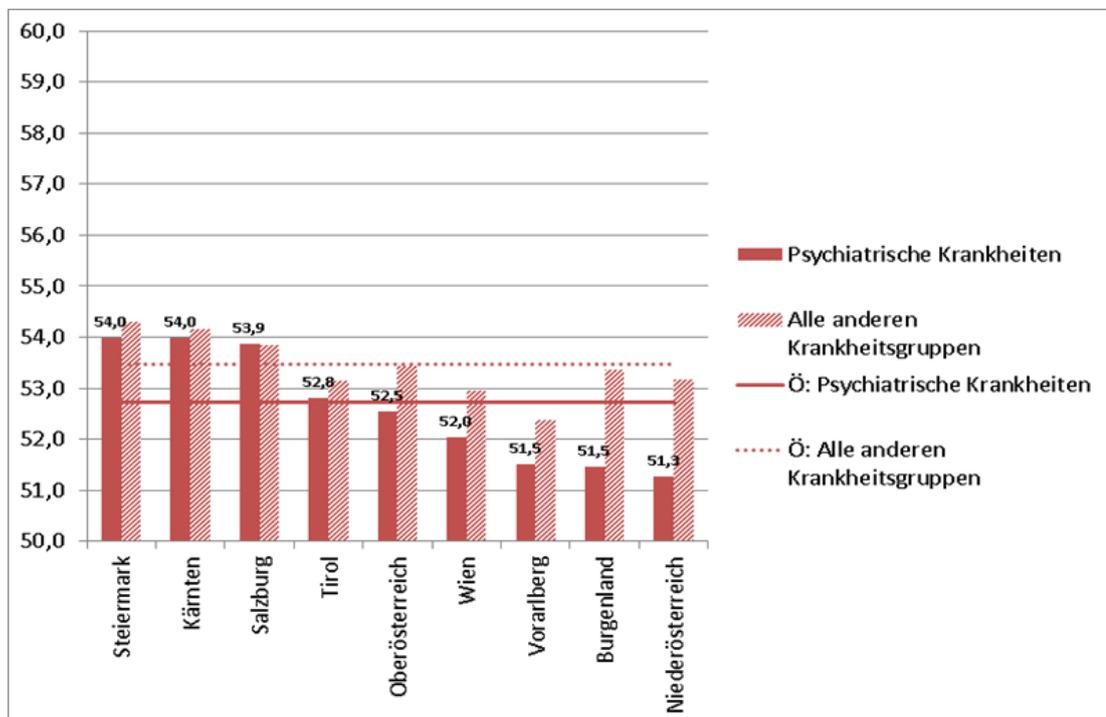
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 15: Unbefristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2014, Männer**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 16: Unbefristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2014, Frauen**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

## 4.2. Befristete Invaliditätspensionen, Auswertungen des Standes

Im Vergleich zu den unbefristeten Invaliditätspensionen ist die quantitative Bedeutung von befristeten Invaliditätspensionen<sup>10</sup> geringer, psychiatrische Krankheiten spielen jedoch bei befristeten Invaliditätspensionen eine größere Rolle. Im Jahr 2013 wurden bei Männern rund 18.000 und bei Frauen rund 19.000 befristete Invaliditätspensionen gezählt, vgl. Abbildung 17. Der Anteil der psychiatrisch bedingten befristeten Invaliditätspensionen betrug 2013 bei Männern 58% und bei Frauen 71 %, vgl. Abbildung 18. Im Zeitraum 2011-2013 verzeichnete insbesondere der psychiatrische Bereich starke Zuwächse. Sowohl bei Männern (+9 %) als auch bei Frauen (+12 %) wuchsen die psychiatrisch bedingten befristeten Invaliditätspensionen stärker als die nicht-psychiatrisch bedingten befristeten Invaliditätspensionen (Männer: +4 %, Frauen: +2 %), vgl. Abbildung 17.

Mit Stichtag 1.1 2014 wurde die befristete Invaliditätspension für alle Personen, die nach dem 31.12.1963 geboren wurden, vollständig abgeschafft und durch das Rehabilitationsgeld ersetzt. Dieses wird für die Dauer der vorübergehenden Invalidität/Berufsunfähigkeit gewährt. Anspruch hat eine Person, wenn die Invalidität/Berufsunfähigkeit voraussichtlich im Ausmaß von mindestens sechs Monaten ist und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind. Es müssen verpflichtende Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, eine Überprüfung erfolgt durch ein Kompetenzzentrum, jedenfalls nach Ablauf eines Jahres nach Zuerkennung oder Begutachtung. Rehabilitationsgeld gebührt in Höhe des Krankengeldes, mindestens jedoch in der Höhe des Ausgleichszulagen-Einzelrichtsatzes und wird von den Krankenversicherungsträgern ausbezahlt ([www.sozialversicherung.at](http://www.sozialversicherung.at), Stand März 2015).

Werden für das Jahr 2014 die befristeten Invaliditätspensionen und der Stand der RehabilitationsgeldbezieherInnen<sup>11</sup> addiert, so zeigt sich im psychiatrischen und im nicht-psychiatrischen Bereich ein Rückgang gegenüber dem Jahr 2013. Da für die Darstellung 2014 zwei unterschiedliche Datenquellen (BMASK und Hauptverband (LGKK)) verwendet wurden, ist eine Interpretation für dieses Jahr mit Vorsicht zu genießen. Zudem sei darauf hingewiesen, dass bei erstaunlichen 16 % der BezieherInnen von Rehabilitationsgeld die Krankheitsdiagnose nicht feststellbar war – dies lässt für das Jahr 2014 auf Qualitätsmängel in der Kodierung der Krankheitsgruppen schließen; der psychiatrische Bereich könnte somit unterschätzt sein.

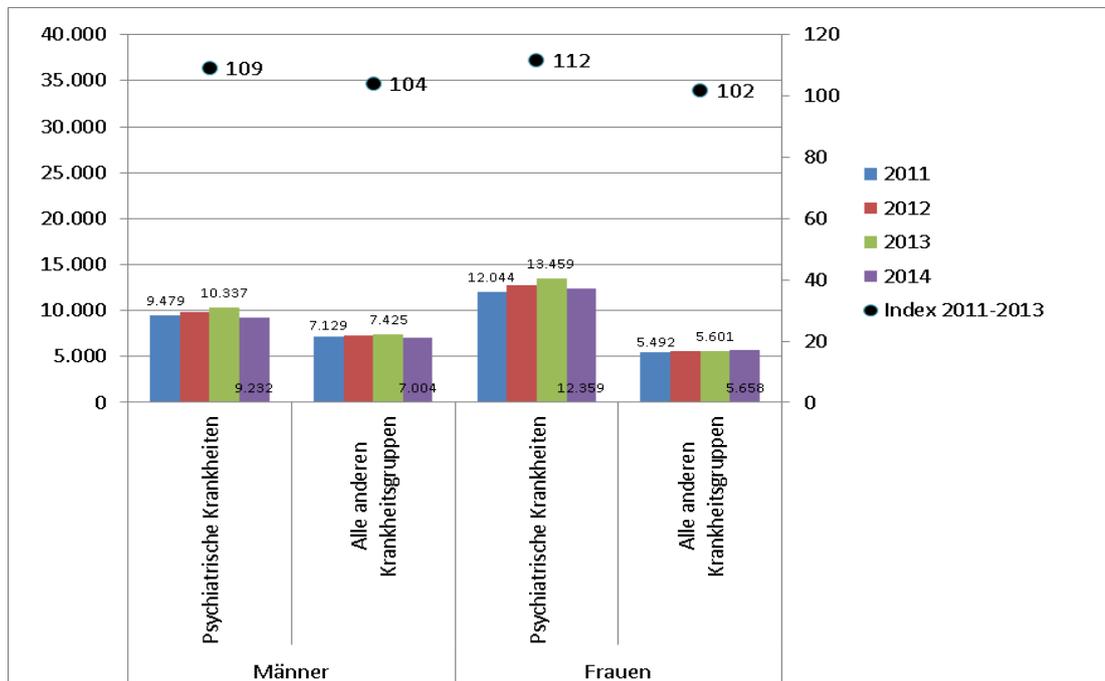
Eine genauere Analyse des Rehabilitationsgeldes – basierend auf einem Individualdatensatz mit Stand Dezember 2015 – folgt an späterer Stelle.

---

<sup>10</sup> Zeitlich befristete Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension, Knappschaftsvollpension, Knappschaftspension sowie Erwerbsunfähigkeitspension gemäß den Bestimmungen der §§ 256 ASVG, 133b GSVG und 124b BSVG ohne Teilpensionen

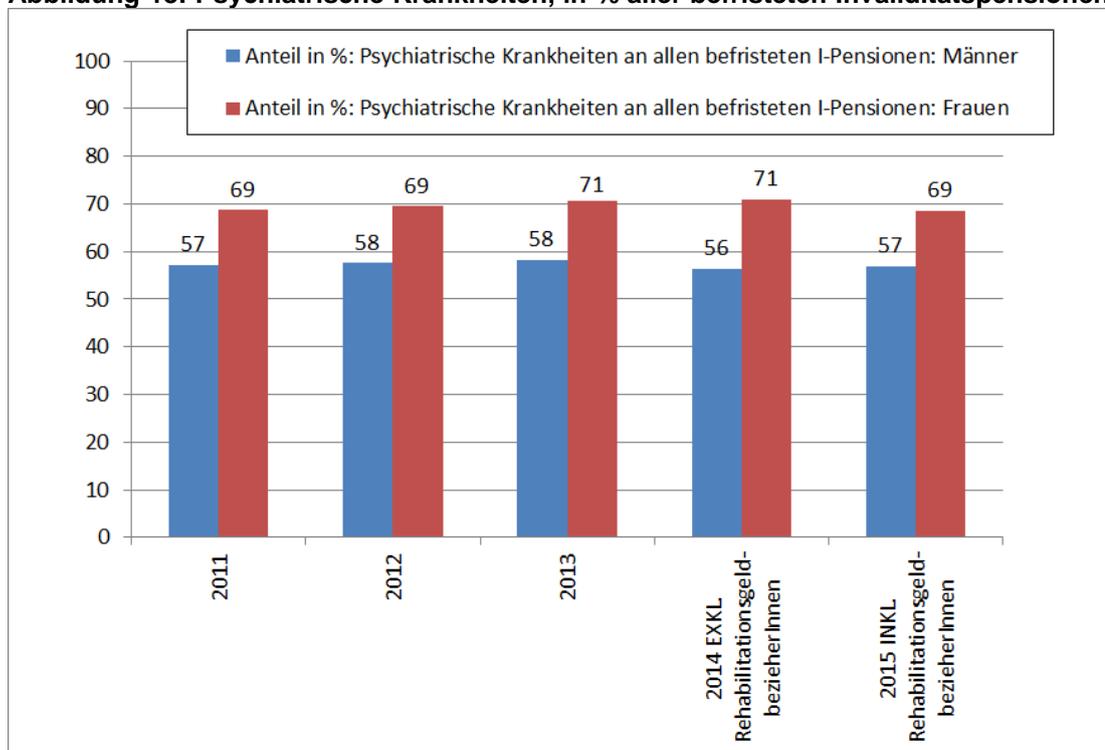
<sup>11</sup> Stand Dezember 2014, alle Pensionsversicherungsträger.

**Abbildung 17: Anzahl befristete Invaliditätspensionen 2011-2014, 2014: inklusive RehabilitationsgeldbezieherInnen (Stand Dezember 2014), Index 2011-2013**



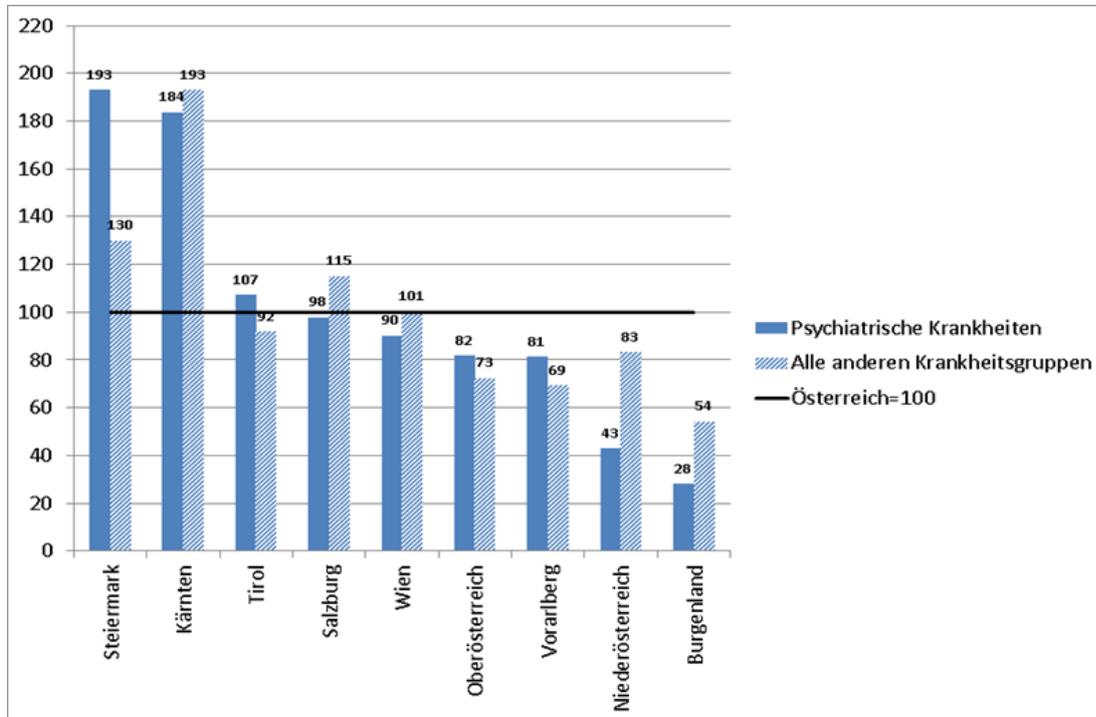
Anmerkung: Bei insgesamt 1.817 Personen (16% aller RehabilitationsgeldbezieherInnen) konnte keine Diagnose festgestellt werden. Quelle: BMASK und HV (LGKK), IHS 2016.

**Abbildung 18: Psychiatrische Krankheiten, in % aller befristeten Invaliditätspensionen**



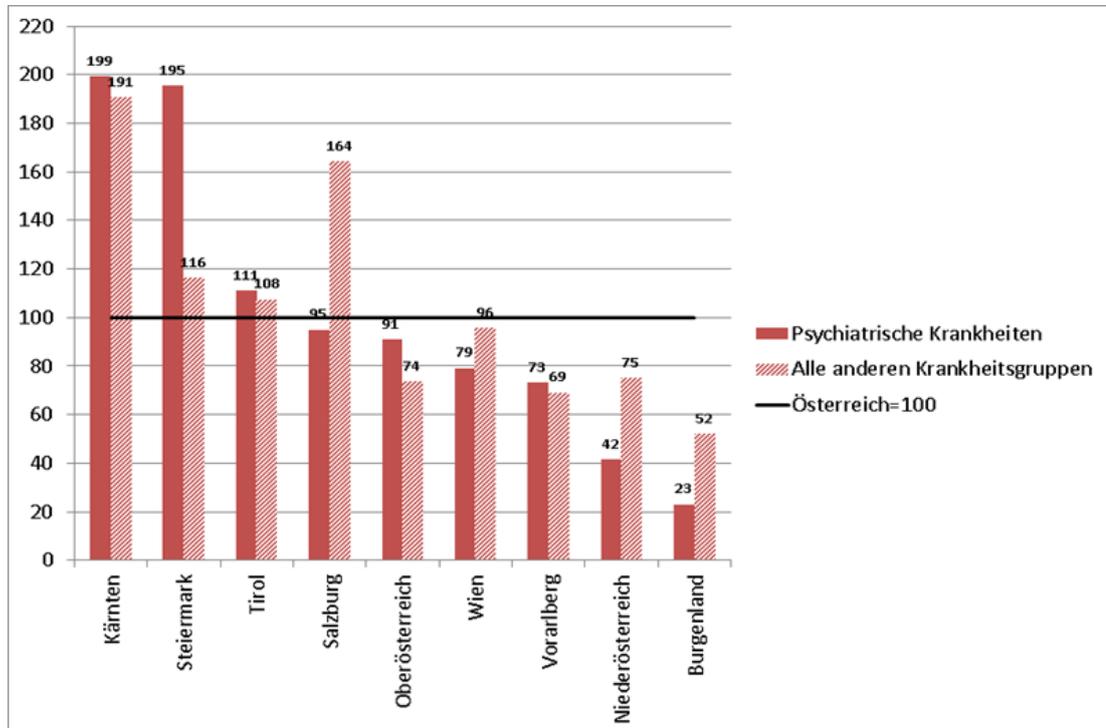
Quelle: BMASK und HV, IHS 2016.

Abbildung 19: Befristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2013, Index Österreich=100, Männer



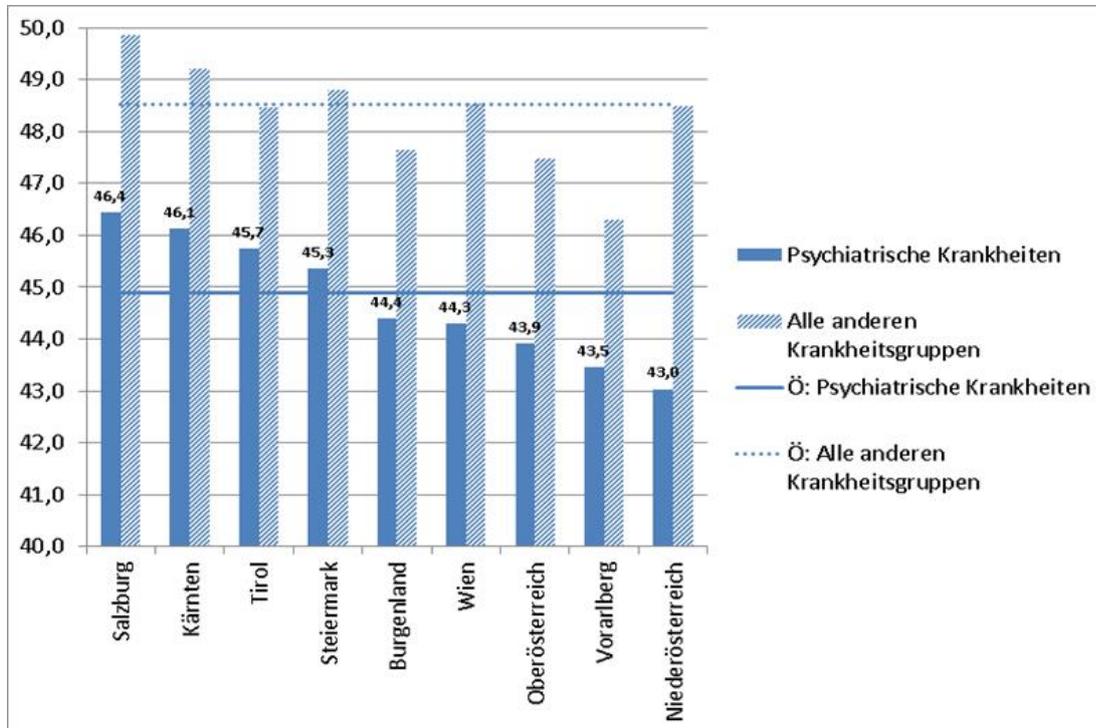
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 20: Befristete Invaliditätspensionen pro 10.000, 2013, Index Österreich=100, Frauen**



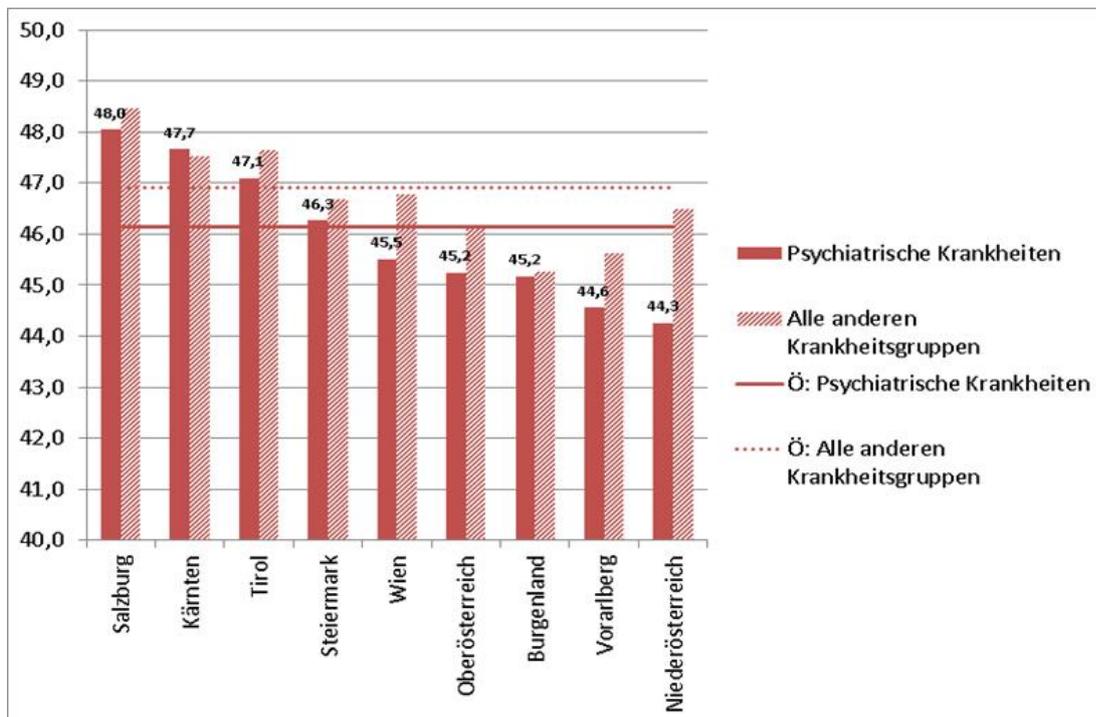
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 21: Befristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2013, Männer**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 22: Befristete Invaliditätspensionen, Durchschnittsalter in Jahren, 2013, Frauen**



Quelle: BMASK, IHS 2016.

Ähnlich wie bei den unbefristeten Invaliditätspensionen zeigen sich auch bei den befristeten Invaliditätspensionen beträchtliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. So wiesen 2013 die Steiermark und Kärnten sowohl bei Männern als auch bei Frauen fast doppelt so viele befristete Invaliditätspensionen pro 10.000 EinwohnerInnen aufgrund psychiatrischer Krankheiten auf als der Österreich-Durchschnitt, vgl. Abbildung 19 und Abbildung 20. Auffallend ist das Bundesland Kärnten, welches bei Männern im nicht-psychiatrischen Bereich ähnlich stark abweicht, jedoch bei Frauen nur leicht überdurchschnittliches Niveau erreicht.

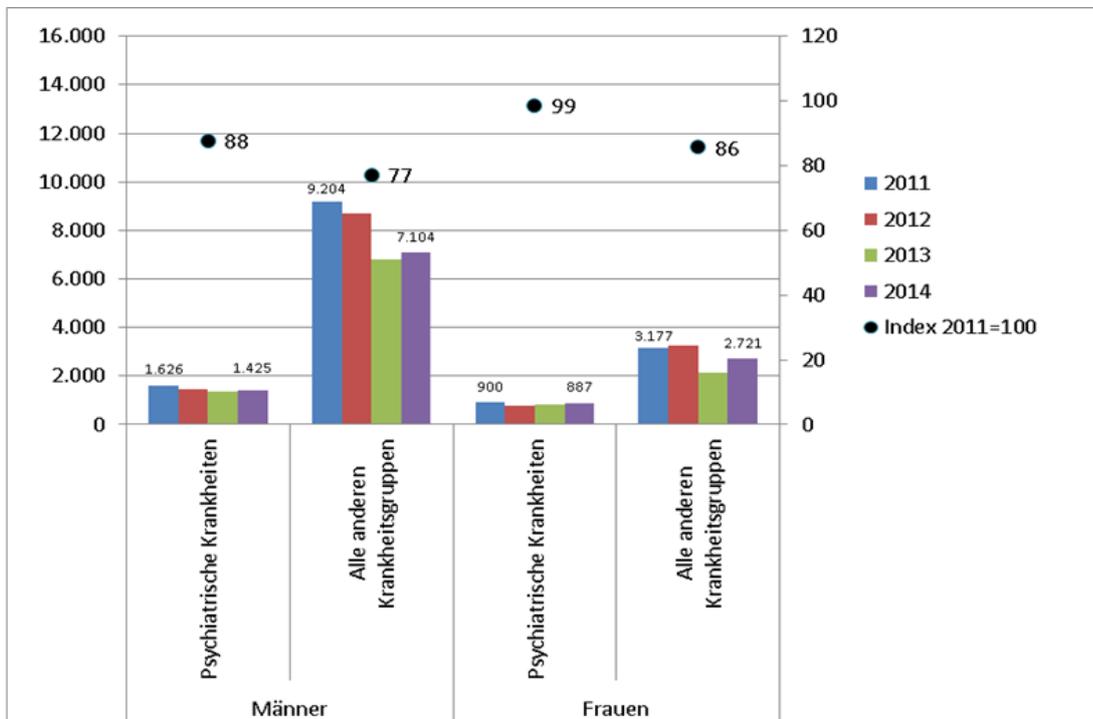
Auch das Durchschnittsalter unterscheidet sich zwischen den Bundesländern sehr stark. Das höchste ist im psychiatrischen Bereich bei Männern und Frauen in Salzburg und das niedrigste in Niederösterreich zu finden. 2013 lag das Durchschnittsalter der Männer im psychiatrischen Bereich um rund 1,2 Jahre unter jenem der Frauen, im nicht-psychiatrischen Bereich war es umgekehrt: das Durchschnittsalter bei Männer rangierte um 1,6 Jahre über jenem der Frauen, vgl. Abbildung 21 und Abbildung 22.

### **4.3. Unbefristete Invaliditätspensionen, Auswertungen der Neuzuerkennungen (NZE)**

Insgesamt wurden im Jahr 2014 rund 12.000 Neuzuerkennungen unbefristeter Invaliditätspensionen registriert; rund 70 % davon waren Männer, knapp jede Fünfte Neuzuerkennung aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen (Männer 17 %, Frauen 25 %, vgl. Abbildung 24). Im Vergleich zum Jahre 2011 reduzierten sich die Neuzuerkennungen unbefristeter Invaliditätspensionen sowohl im psychiatrischen als auch im nicht-psychiatrischen Bereich, von 2013 auf 2014 ist jedoch wieder ein Zuwachs zu erkennen, vgl. Abbildung 23.

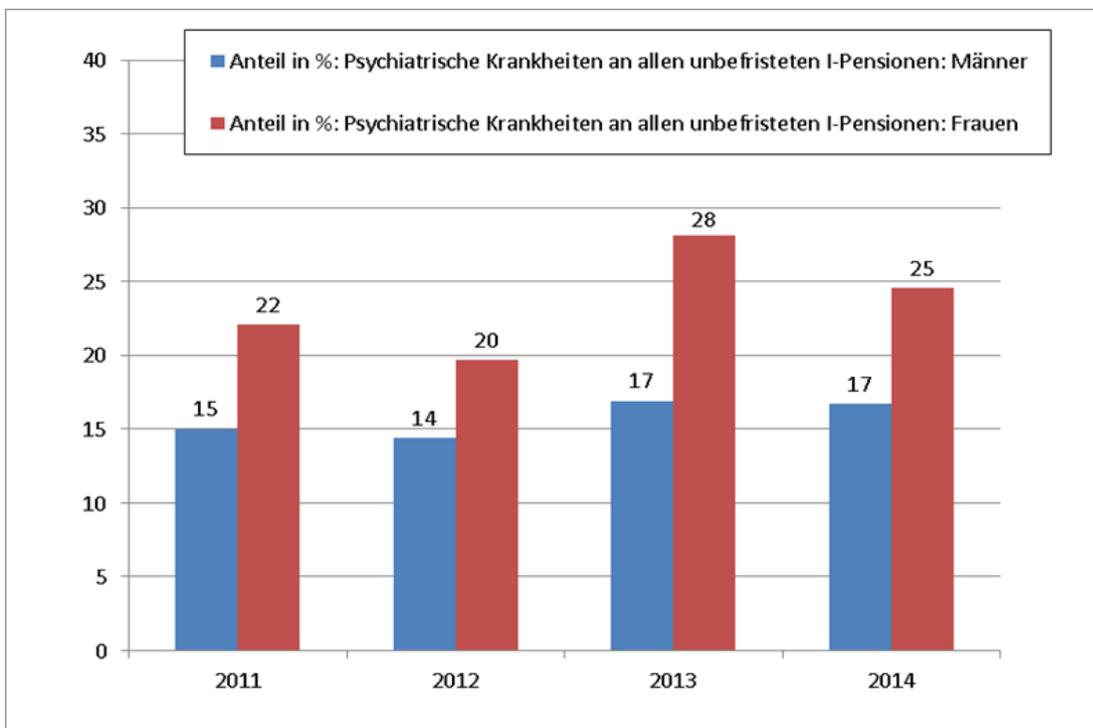
Bei Betrachtung des Medians der Neuzuerkennungen pro 10.000 EinwohnerInnen 2011-2014 zeigen sich wiederum deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Abweichungen vom österreichischen Durchschnitt sind im psychiatrischen Bereich insbesondere in der Steiermark zu erkennen, wo es sowohl bei Männern als auch bei Frauen im Jahre 2014 rund doppelt so viele Neuzuerkennungen wie im österreichischen Durchschnitt gab, vgl. Abbildung 25 und Abbildung 26.

**Abbildung 23: Anzahl unbefristete Invaliditätspensionen 2011-2014, Index 2011=100, NZE**



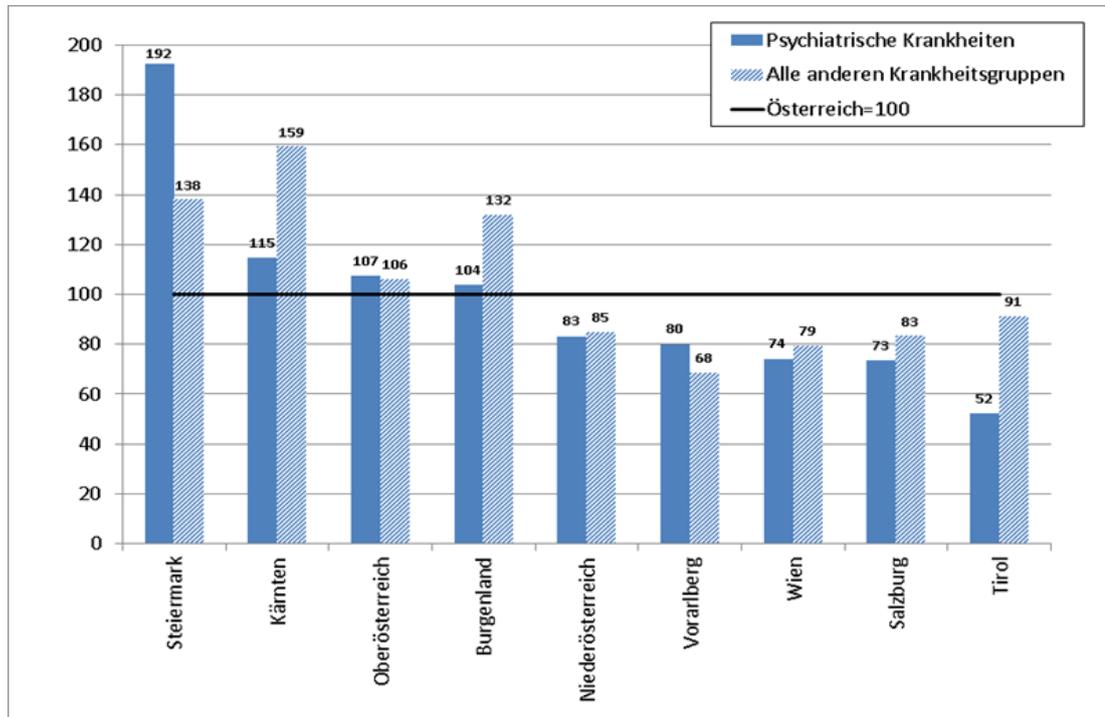
Quelle: BMASK, IHS 2016.

**Abbildung 24: Psychiatrische Krankheiten, in % aller unbefristeten Invaliditätspensionen, NZE**



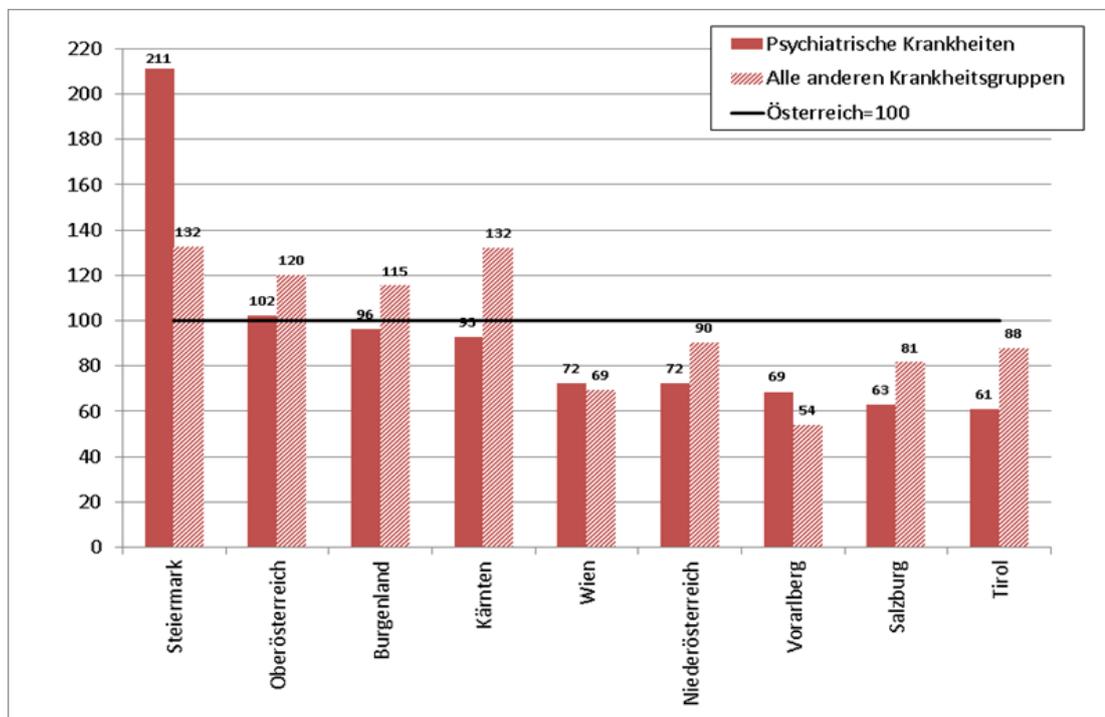
Quelle: BMASK, IHS 2016.

Abbildung 25: Unbefristete NZE, Männer pro 10.000, Median 2011-2014, Ö=100



Quelle: BMASK, IHS 2016.

Abbildung 26: Unbefristete NZE, Frauen pro 10.000, Median 2011-2014, Ö=100



Quelle: BMASK, IHS 2016.

#### 4.4. Rehabilitationsgeld

Als Datengrundlage für die folgenden Analysen des Rehabilitationsgeldes fungiert ein Auszug der Rehabilitationsgelddatenbank des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Stand Dezember 2015. Dieser Datensatz beinhaltet alle RehabilitationsgeldbezieherInnen der Gebietskrankenkassen<sup>12</sup>; „ehemalige“ RehabilitationsgeldbezieherInnen, die 2014 oder 2015 durch Tod ausgeschieden sind oder in unbefristete Invaliditätspensionen umgewandelt wurden, sind in diesem Datensatz nicht enthalten. Insgesamt gab es im Dezember 2015 18.517 RehabilitationsgeldbezieherInnen, wovon rund 55 % Frauen waren. Von diesen 10.260 Frauen bekamen etwa 73 % Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen<sup>13</sup>; bei Männern lag der entsprechende Anteil bei rund 66 %. Aufgrund der 2014 erfolgten Umstellung auf das Rehabilitationsgeld und den damit einhergehenden Umstellungsschwierigkeiten in der Datenerfassung sowie der Kodierung der Krankheiten, wird im Folgenden ausschließlich das Jahr 2015 zu Vergleichszwecken herangezogen.

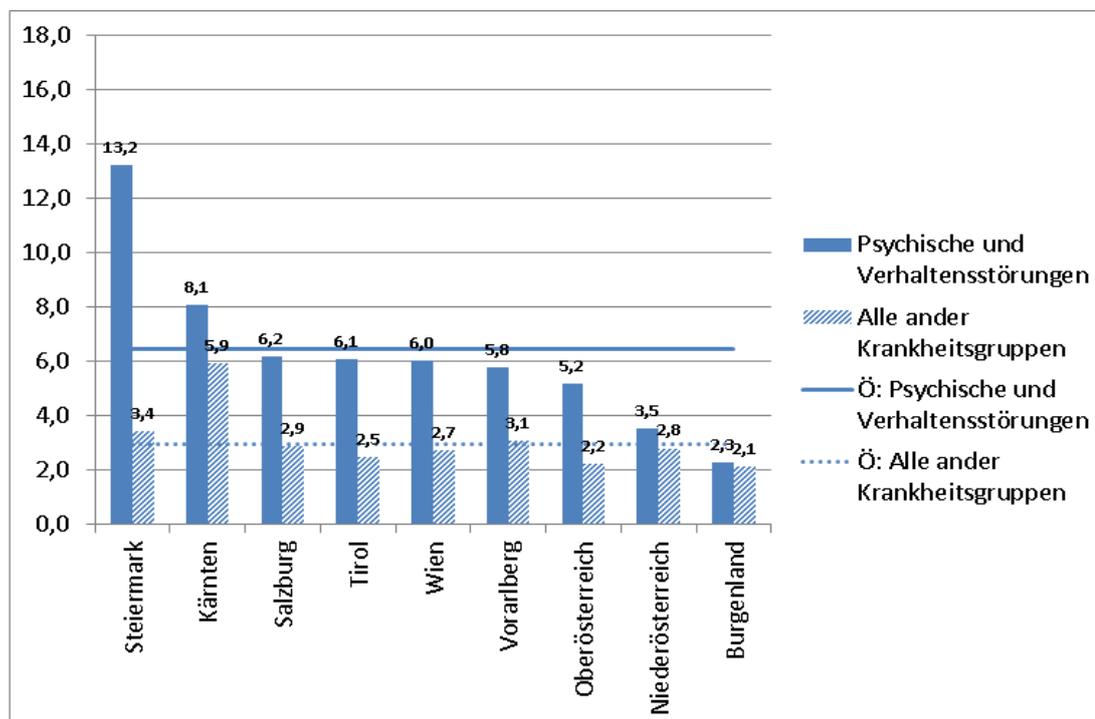
Abbildung 27 und Abbildung 28 zeigen für das Jahr 2015 Unterschiede zwischen den Bundesländern im Niveau der Rehabilitationsgeldzuerkennungen pro 10.000 EinwohnerInnen. Bei Männern gab es im Bereich psychiatrisch bedingter Krankheiten besonders viele Rehabilitationsgeldzuerkennungen in der Steiermark (13,2 pro 10.000); mehr als doppelt so viele wie im Österreich-Durchschnitt. Das Burgenland und Niederösterreich wiesen bei Männern 2015 besonders wenige Rehabilitationsgeldzuerkennungen pro 10.000 aus. Im Durchschnitt entfielen bei Männern 2015 rund doppelt so viele Rehabilitationsgeldzuerkennungen auf psychische und Verhaltensstörungen wie auf alle anderen Krankheitsgruppen zusammen. Bei Frauen zeigt sich ein ähnliches Bild mit stark überdurchschnittlichen Ergebnissen in der Steiermark. Im Durchschnitt entfielen bei Frauen 2015 fast dreimal so viele Rehabilitationsgeldzuerkennungen auf psychische und Verhaltensstörungen wie auf alle anderen Krankheitsgruppen zusammen.

---

<sup>12</sup> 99 % der RehabilitationsgeldbezieherInnen aller Versicherungsträger, Stand Oktober 2015, Quelle: Versichertenstatistik der Träger.

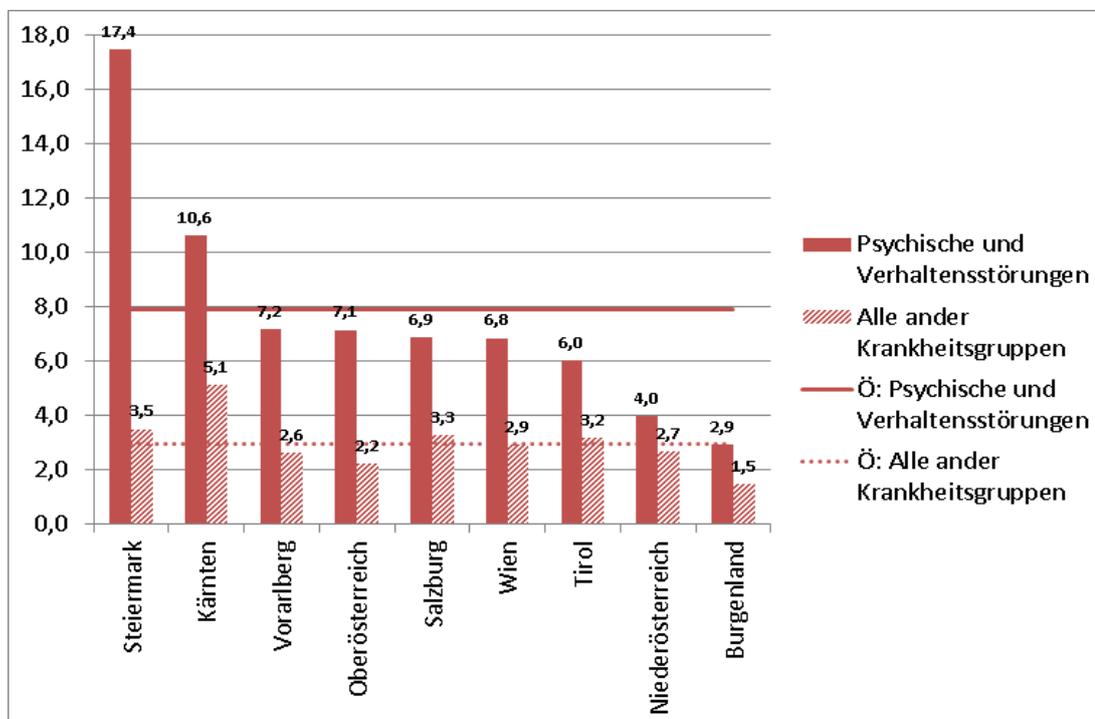
<sup>13</sup> Bezeichnung analog ICD-10 Kapitel V.

Abbildung 27: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Männer, 2015



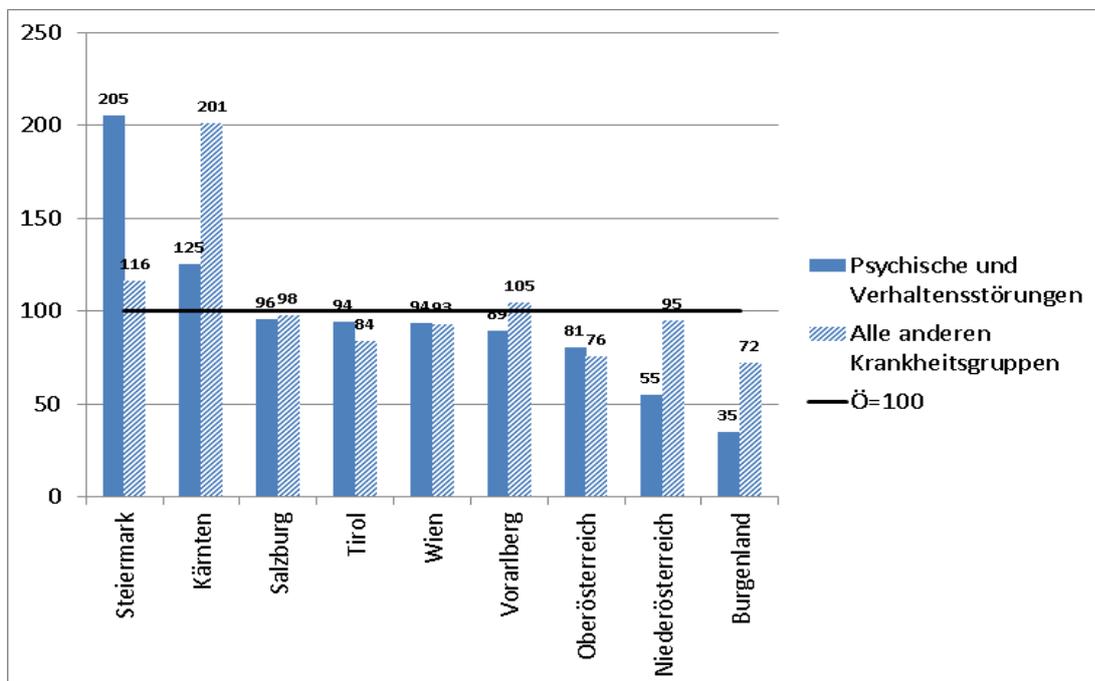
Quelle: HV, IHS 2016.

Abbildung 28: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Frauen, 2015



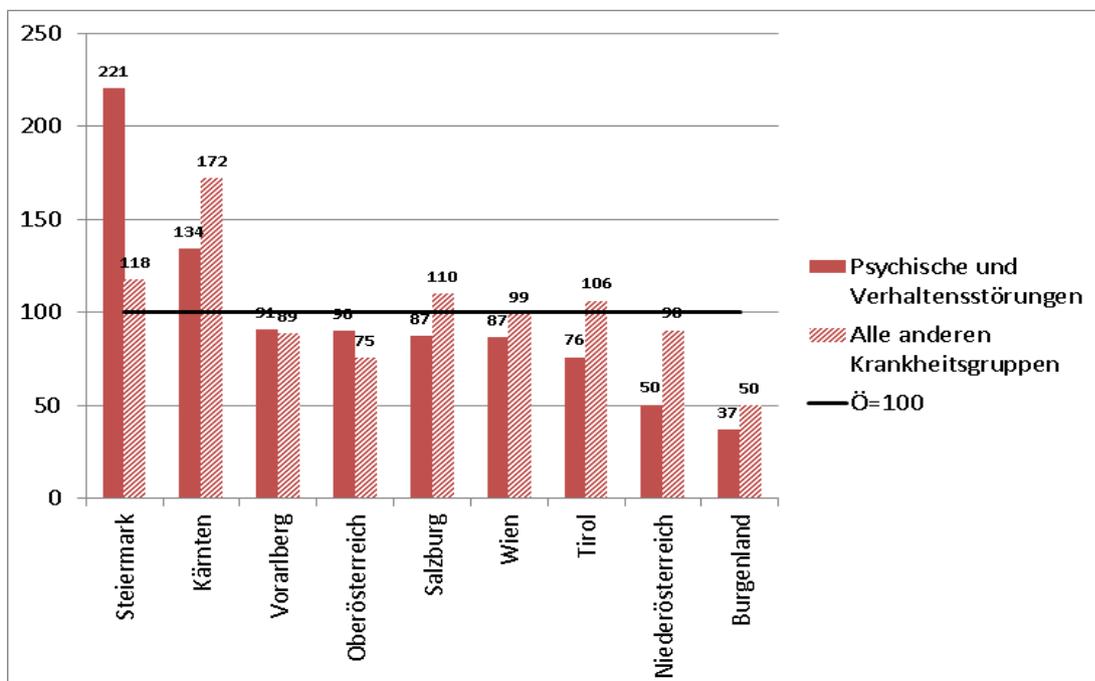
Quelle: HV, IHS 2016.

Abbildung 29: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Männer, 2015, Index: Ö=100



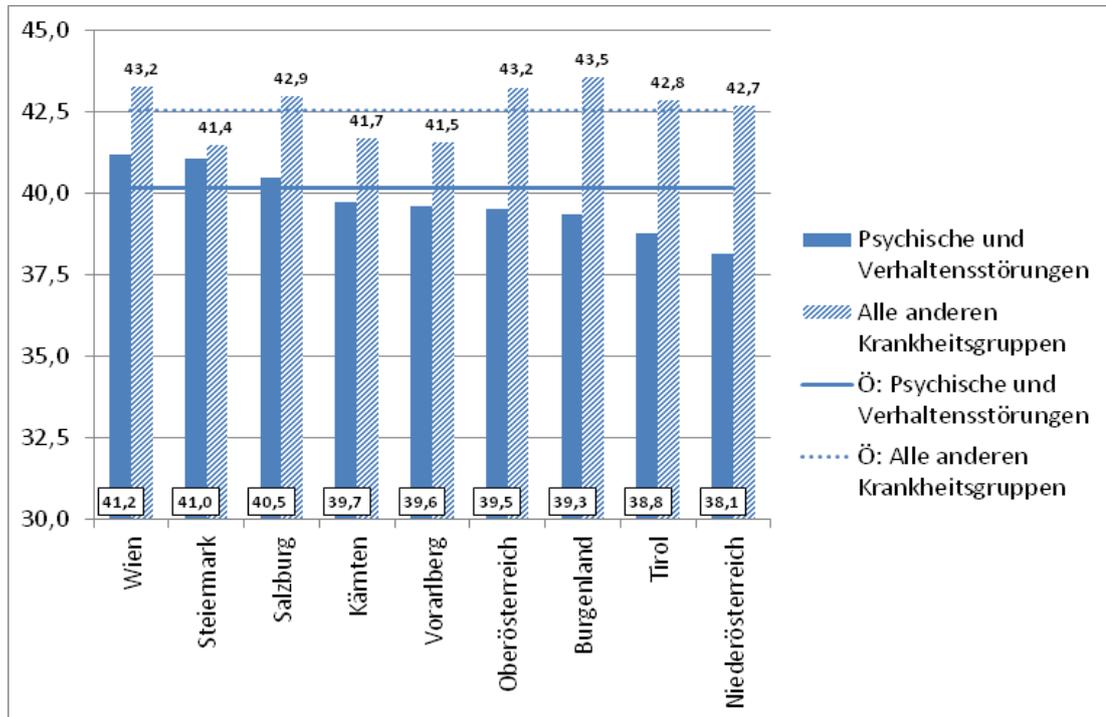
Quelle: HV, IHS 2016.

Abbildung 30: Rehabilitationsgeldzuerkennungen, pro 10.000 Frauen, 2015, Index: Ö=100



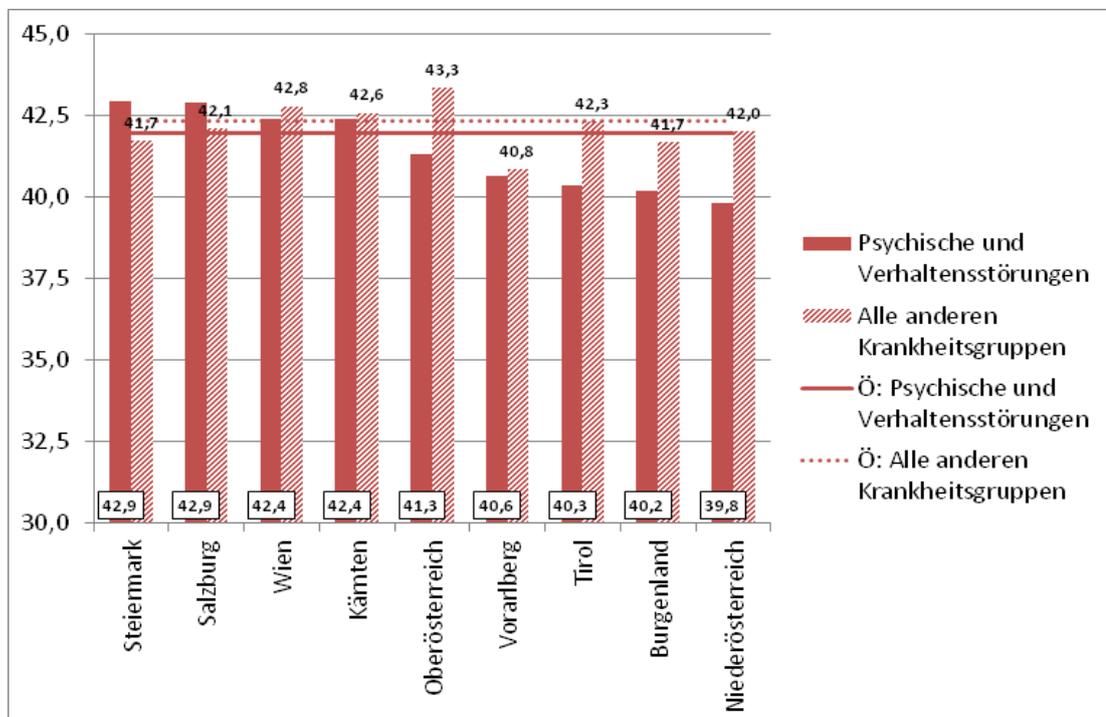
Quelle: HV, IHS 2016.

Abbildung 31: Durchschnittsalter, Männer, 2015



Quelle: HV, IHS 2016.

Abbildung 32: Durchschnittsalter, Frauen, 2015



Quelle: HV, IHS 2016.

Das durchschnittliche Alter von männlichen Rehabilitationsgeldzuerkennungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen betrug im Jahre 2015 40,2 Jahre und lag somit um 2,4 Jahre unter dem Vergleichsalter aller andern Krankheitsgruppen, vgl. Abbildung 31. Bei Frauen rangiert das Durchschnittsalter im psychiatrischen Bereich zwar auch unter jenem für alle andern Krankheitsgruppen, aber lediglich um 0,4 Jahre, vgl. Abbildung 32. Im psychiatrischen Bereich waren 2015 männliche Rehabilitationsgeldzuerkennungen um durchschnittlich 1,8 Jahre jünger als weibliche Rehabilitationsgeldzuerkennungen.

Auch hinsichtlich des Durchschnittsalters sind bedeutende Bundeslandunterschiede festzustellen. Während in Wien im psychiatrischen Bereich bei Männern das Durchschnittsalter 2015 bei 41,2 Jahren lag, betrug es in Niederösterreich durchschnittlich 38,1 Jahre. Bei Frauen war ebenfalls in Niederösterreich (39,8 Jahre) das niedrigste Durchschnittsalter bei psychiatrisch bedingten Rehabilitationsgeldzuerkennungen zu beobachten. Das höchste Durchschnittsalter im psychiatrischen Bereich bei Frauen verzeichneten die Steiermark und Salzburg (42,9 Jahre).

## 4.5. Indikatoren psychischer Krankheitslast in den Bundesländern

In diesem Abschnitt werden einige einfache Indikatoren präsentiert, welche die psychische Krankheitslast abbilden. Ziel ist es zu analysieren, ob es auf Bundeslandebene im Bereich der psychiatrischen Krankheiten Auffälligkeiten und Zusammenhänge zwischen Invaliditätspensionen und diesen Indikatoren gibt.

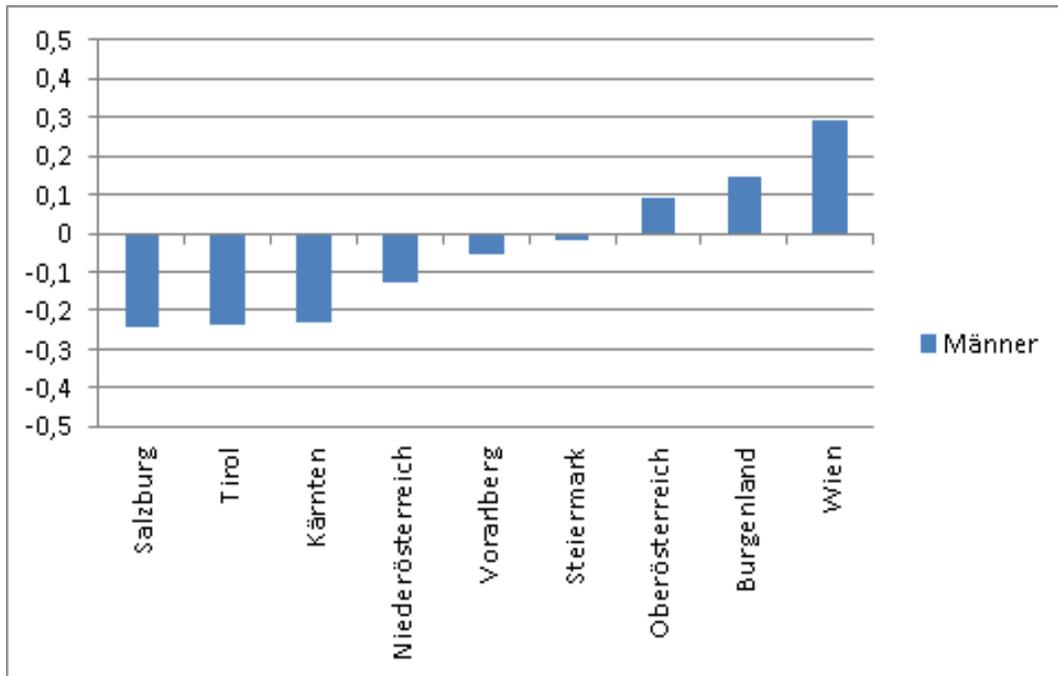
### 4.5.1. Prävalenz von Depression

Die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 gibt Auskunft über die Prävalenz von depressiver Symptomatik in Österreich und den Bundesländern. Die Items der Frage „Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?“

- (1) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten
- (2) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
- (3) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder übermäßiger Schlaf
- (4) Müdigkeit oder das Gefühl, wenig Energie zu haben
- (5) Verminderter Appetit oder stark gesteigerter Appetit
- (6) Schlechte Meinung von sich selbst – oder das Gefühl, versagt oder die Familie enttäuscht zu haben.
- (7) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitung lesen oder Fernsehen
- (8) So stark verlangsamte Bewegung oder Sprache, dass es anderen auffiel; oder vielmehr so ‚zappelig‘ oder rastlos, dass Sie einen ungewöhnlich starken Bewegungsdrang hatten.

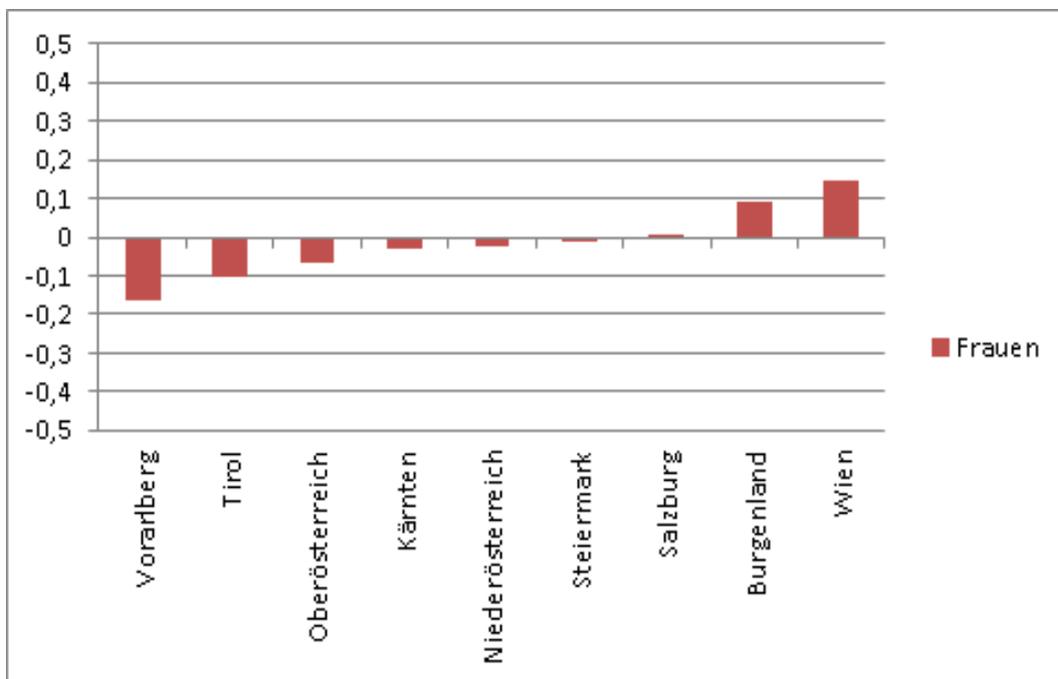
werden auf einer 4-stufigen Skala abgebildet ((1) Nie, (2) An manchen Tagen, (3) An mehr als der Hälfte der Tage, (4) Beinahe jeden Tag) und anschließend zu einem Summenindex (0-24) zusammengefasst. Ein Index größer oder gleich 5 lässt auf eine depressive Symptomatik schließen. Abbildung 33 zeigt, dass bei Männern die Prävalenz einer depressiven Symptomatik in Wien mit 19,7 % um knapp 30 % (oder 4,5 Prozentpunkte) über der Prävalenz in Gesamtösterreich (15,2 %) liegt. Auch in Oberösterreich und im Burgenland ist die Prävalenz einer depressiven Symptomatik überdurchschnittlich. Ein ähnliches Bild ist bei Frauen festzustellen. Die Prävalenz einer depressiven Symptomatik ist bei Wienerinnen mit 26,4% um rund 15% (oder 3,4 Prozentpunkte) höher als im Österreichschnitt. Das Bundesland Steiermark, welches bei sämtlichen Analysen der Invaliditätspensionen im psychiatrischen Bereich Auffälligkeiten gezeigt hat, rangiert bei dieser Darstellung unauffällig im österreichischen Durchschnitt. Eine lineare Korrelation zwischen der Anzahl der unbefristeten Invaliditätspensionen pro 10.000 (Stand oder Neuzuerkennungen) und der Prävalenz einer depressiven Symptomatik liefert für Männer und Frauen keine signifikanten Ergebnisse.

Abbildung 33: Relative Prävalenz, Depression, 2014, Männer



Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

Abbildung 34: Relative Prävalenz, Depression, 2014, Frauen

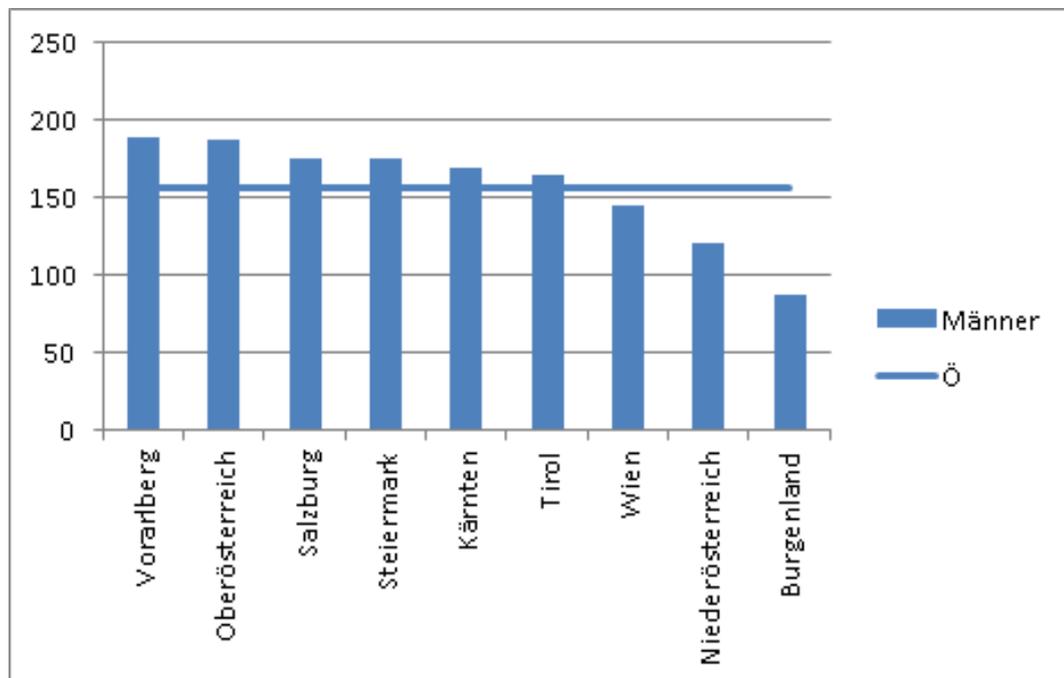


Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

#### 4.5.2. Inanspruchnahme in Fondsspitalern

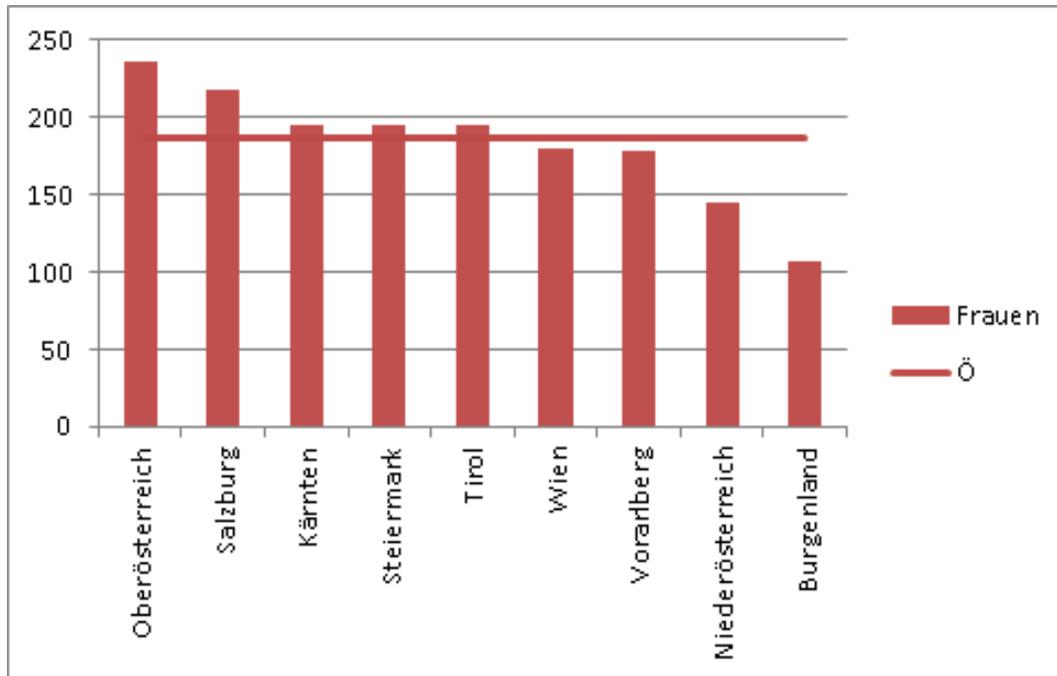
Die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen im psychiatrischen Bereich kann durch LKF-Punkte<sup>14</sup> pro Kopf des ICD-10-Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ abgebildet werden. Die Inanspruchnahme von stationären psychiatrischen Leistungen ist bei Männern insbesondere in Vorarlberg und Oberösterreich und bei Frauen in Oberösterreich und Salzburg besonders hoch. Steirer nehmen psychiatrische Krankenhausleistungen überdurchschnittlich oft in Anspruch, bei Frauen liegt die Steiermark knapp über dem Österreich-Durchschnitt.

**Abbildung 35: LKF-Punkte nach Wohnsitz F00-F99 pro Kopf, 2014, Männer**



Quelle: BMG, Statistik Austria, IHS 2016.

<sup>14</sup> LKF(=Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)-Punkte dienen zur Vergütung der stationären Leistungen von Fondskrankenanstalten. Es wurden LKF-Punkte nach Wohnsitz der PatientInnen verwendet.

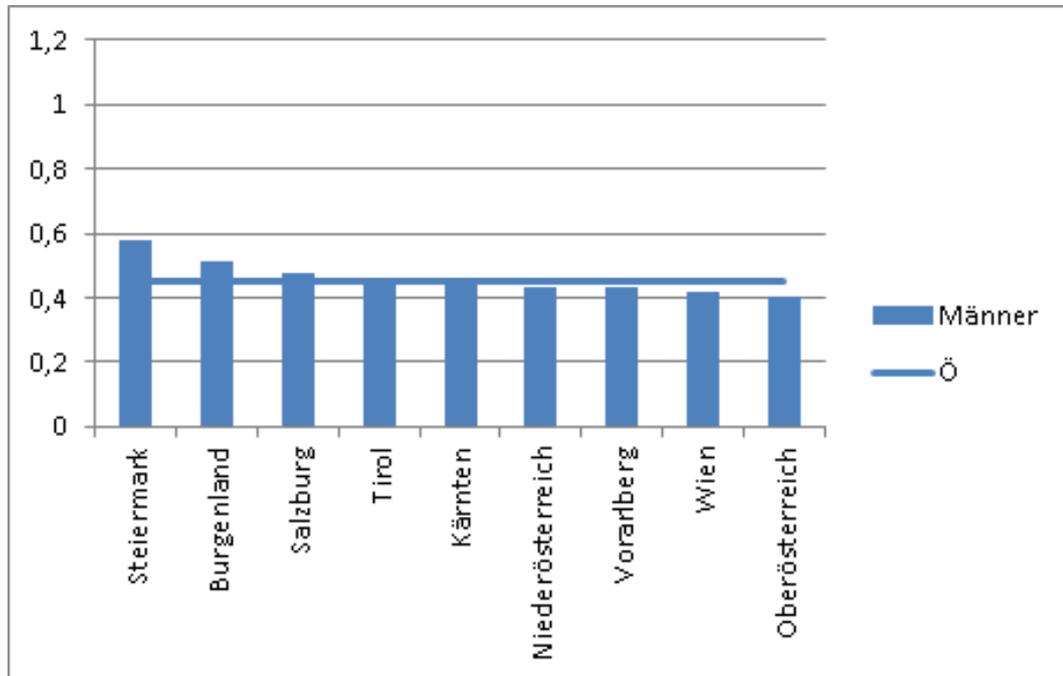
**Abbildung 36: LKF-Punkte nach Wohnsitz F00-F99 pro Kopf, 2014, Frauen**

Quelle: BMG, Statistik Austria, IHS 2016.

#### 4.5.3. Arzneimittel

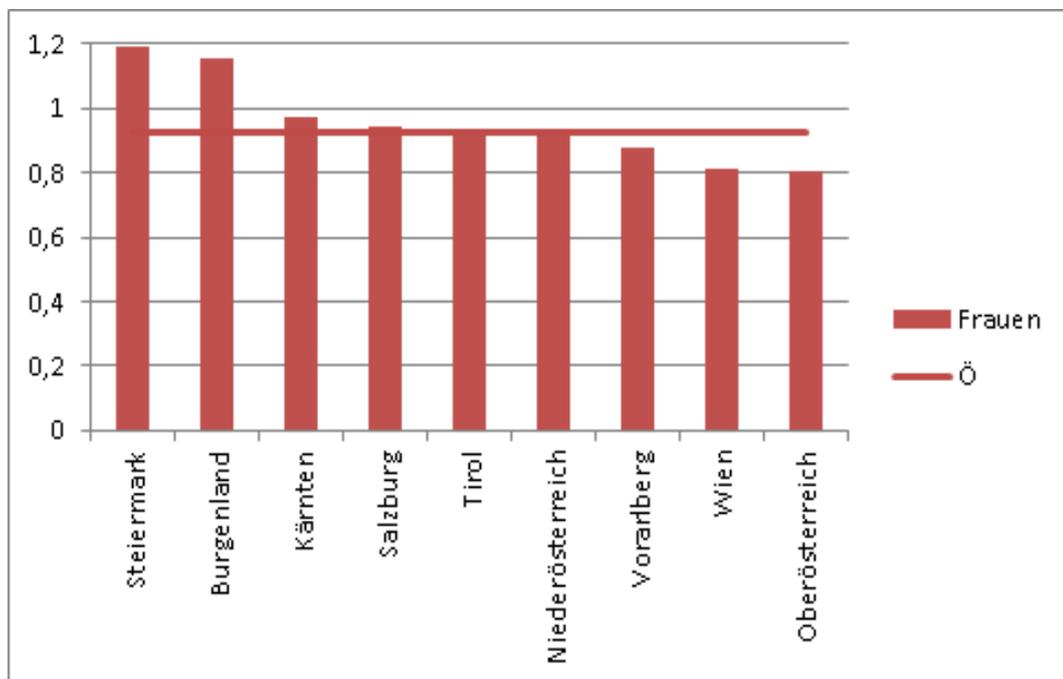
Verordnungen von Antidepressiva können als Indikator für die psychische Krankheitslast einer Bevölkerung angesehen werden. Abbildung 37 und Abbildung 38 illustrieren, dass es sowohl bei Männern als auch bei Frauen Bundeslandunterschiede gibt. Bei beiden Geschlechtern ist festzustellen, dass die Steiermark pro Kopf die höchste Anzahl an Antidepressiva-Verordnungen aufweist. Wien und Oberösterreich finden sich am anderen Ende und weisen die geringsten Pro-Kopf-Verordnungen auf.

Abbildung 37: Verordnungen von Antidepressiva, pro Kopf, 2014, Männer



Quelle: Hauptverband, Statistik Austria, IHS 2016.

Abbildung 38: Verordnungen von Antidepressiva, pro Kopf, 2014, Frauen

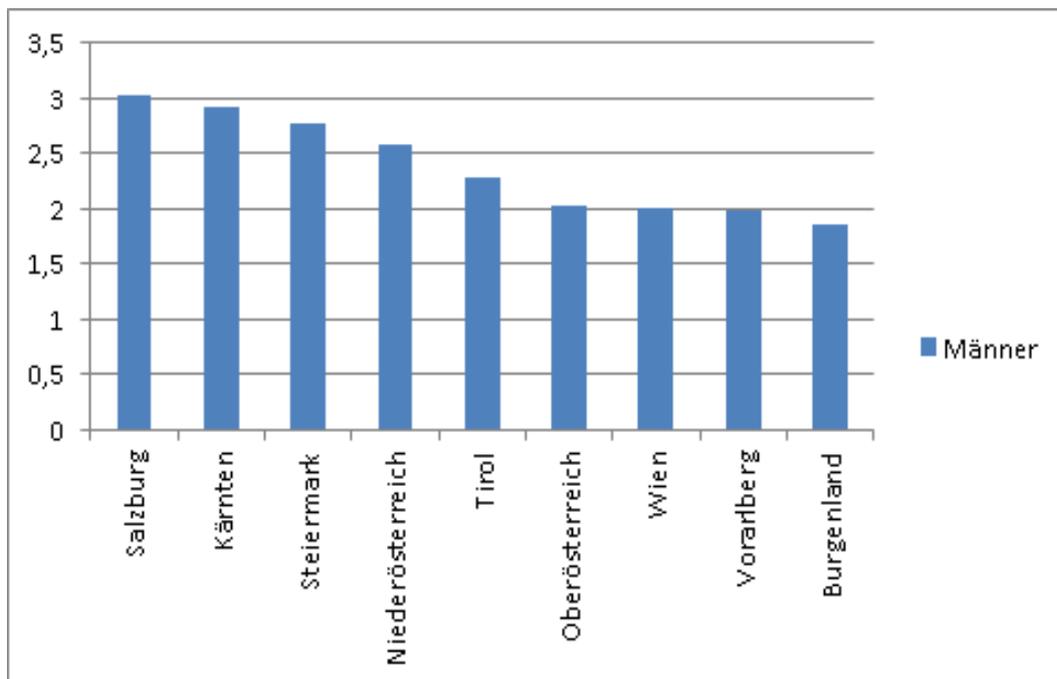


Quelle: Hauptverband, Statistik Austria, IHS 2016.

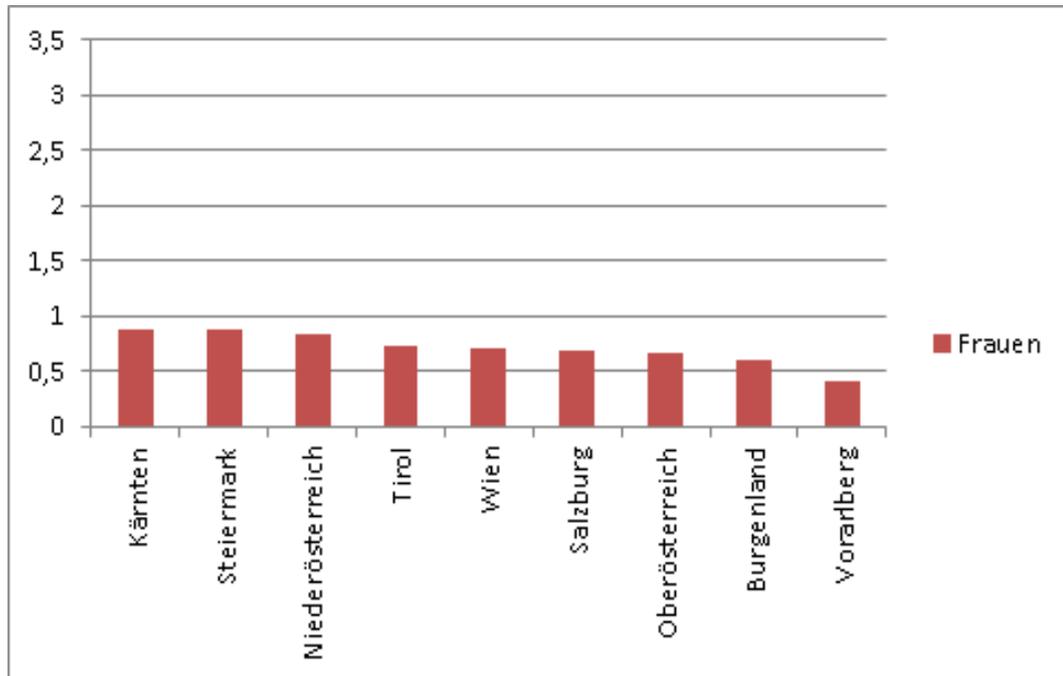
#### 4.5.4. Suizidraten

Die Suizidrate als Indikator für psychische Krankheitslast ist bei Männern in Salzburg, Kärnten und der Steiermark und bei Frauen in Kärnten, der Steiermark und Niederösterreich besonders hoch. Ein Zusammenhang mit Invaliditätspensionen ist nicht zu erkennen, es kann nicht gesagt werden, dass in Bundesländern mit hohen Suizidraten auch die Anzahl der (unbefristeten) Invaliditätspensionen pro 10.000 hoch wäre.

**Abbildung 39: Rohe Sterberate: Selbstmord und Selbstschädigung, 2014, Männer**



Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

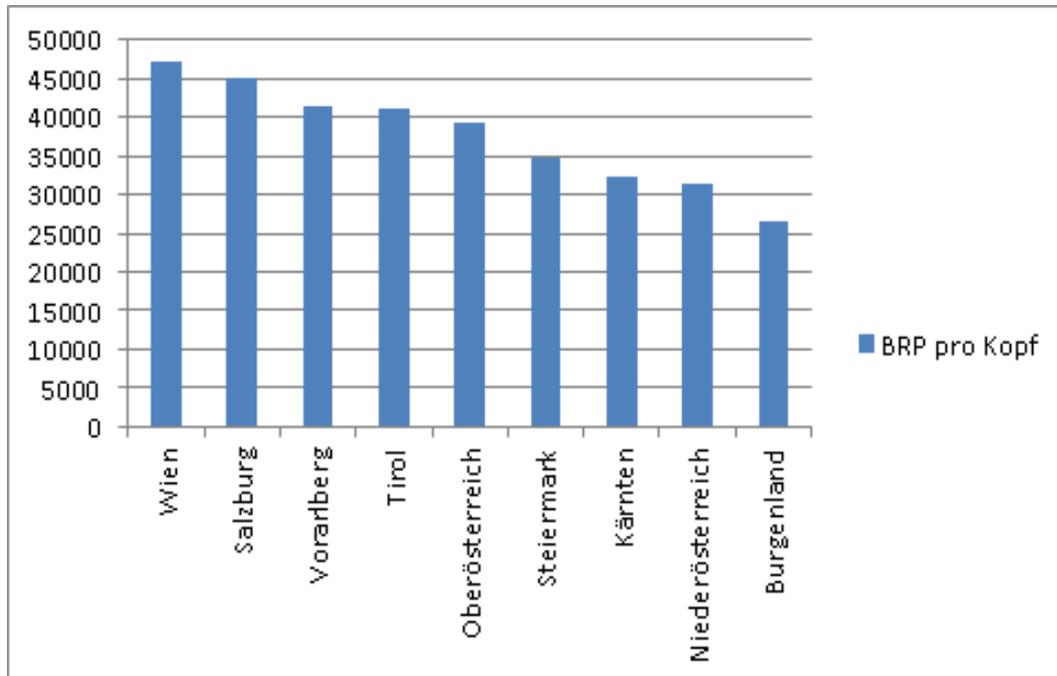
**Abbildung 40: Rohe Sterberate: Selbstmord und Selbstschädigung, 2014, Frauen**

Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

#### 4.5.5. Bruttoregionalprodukt (BRP)

Das Bruttoregionalprodukt (BRP) pro Kopf kann als Einkommens- und Wohlstandsindikator für ein Bundesland herangezogen werden. Abbildung 41 zeigt, dass 2014 in Wien und Salzburg das höchste BRP und in Niederösterreich und im Burgenland das niedrigste BRP zu finden waren. Eine Korrelation zwischen BRP und der Anzahl der Neuzuerkennungen unbefristeter männlicher Invaliditätspensionen pro 10.000 aufgrund psychiatrischer Krankheiten ergibt für das Jahr 2014 eine negative lineare Korrelation von  $-0,46$ . Dies könnte als Indiz interpretiert werden, dass hohes Wohlstandsniveau mit gutem psychischem Gesundheitszustand der Bevölkerung einhergeht und daher wenige unbefristete Invaliditätspensionen pro 10.000 verzeichnet werden.

Abbildung 41: Bruttoregionalprodukt (BRP) pro Kopf, 2014



Quelle: Statistik Austria, IHS 2016.

## 5. Zusammenfassende Analyse und Empfehlungen

### 5.1. Grundlegende Problemstellung

Österreich sieht sich einer alternden Gesellschaft gegenüber, die es erforderlich macht, das Pensionsantrittsalter an die Lebenserwartung anzupassen. Da viele Menschen im Laufe ihres Lebens eine Erkrankung erleiden, darunter auch viele eine psychische, muss neben der Kuration auch mehr in die Rehabilitation und Reintegration investiert werden. Während eine schwerere Erkrankung bei Männern mit 55 Lebensjahren und einem Pensionsantrittsalter von durchschnittlich 59 Jahren eher zu einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben geführt hat, ist dies bei einem steigenden gesetzlichen und tatsächlichen Pensionsantrittsalter nicht mehr möglich. Ein Leben, auch ein Erwerbsleben nach Krankheit, welche dank heutiger medizinischer Verfahren immer öfter überwunden werden kann, wird für viele Menschen zur Realität werden und dafür sind in vielen Feldern Maßnahmen dringend erforderlich. International gibt es ein erhebliches Problembewusstsein und Forschung bzw. konkrete Initiativen, an denen Österreich partizipieren könnte.

### 5.2. Datenlage

Die Datenlage ist völlig unzureichend. Dies betrifft schon die Epidemiologie als Planungsgrundlage für das Gesundheitswesen, Pflegewesen, sowie damit verbundene soziale Bereiche. Auch im Invaliditätspensionsbereich selber werden die Krankheitsursachen in völlig veralteter Weise erfasst. Empfehlungen dazu sind:

- Die epidemiologische Grundlage psychischer Erkrankungen verbessern bzw. öffentlich zugänglich machen, um besser planen zu können.
- Ursachen von Invaliditätspensionen besser erfassen, als Vorbild kann Deutschland dienen

### 5.3. Versorgungsforschung und Evaluierungen

Ein Schattendasein führt auch die Versorgungsforschung, welche Entscheidungsgrundlagen für konkrete Maßnahmen in der Versorgung erarbeiten soll. Dies steht in markantem Gegensatz zum stark planerischen Ansatz in unserem Sozialsystem. International wird eine Reihe von neuen Ansätzen in der Rehabilitation und Reintegration ausprobiert und auch begleitend evaluiert. Daher:

- Neue Ansätze in der Rehabilitation wie die deutsche MBOR in Österreich pilothaft versuchen

- Versorgungsforschung bzw. Evaluierungen im Rehabilitationsbereich durchführen, um überhaupt zu wissen, welche Maßnahmen für welche Krankheitsgruppe erfolversprechend sind

#### **5.4. Probleme im präventiven und kurativen Akutbereich**

Strukturprobleme des österreichischen Gesundheitswesens betreffen auch die Psychiatrie. Neben fragmentierten Kompetenzen, die die wichtige Koordination und Kontinuität der Behandlung behindern, liegt der derzeitige Schwerpunkt auf dem kurativen Bereich, statt auf Prävention und Frühintervention. Die Ausbildung speziell der praktischen ÄrztInnen wird ihrer prominenten Rolle in Früherkennung wie auch Dauerbehandlung nicht gerecht.

- Sektorenübergreifende kontinuierliche und koordinierte Behandlung ermöglichen, auch mit dem sozialen Bereich (Belastungsfaktoren), Rehabilitation und Arbeitsmarktmaßnahmen
- Durch Verbesserung der Ausbildung bzw. Fortbildung speziell der AllgemeinmedizinerInnen eine frühere Erkennung und bessere Betreuung ermöglichen.
- Engpässen in der Flächenversorgung, welche ebenfalls zur Verschleppung führen, entgegenwirken
- Berücksichtigung der psychischen Gesundheit auch in der Vorsorgeuntersuchung
- Sensibilisierung zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen schon früh flächendeckend integrieren (z.B. in Schulen, Betrieben)

#### **5.5. Rehabilitation**

Rehabilitation findet in Österreich vorwiegend stationär statt und bezieht zu wenig die konkrete Arbeitssituation bzw. den konkreten Arbeitsplatz der PatientInnen mit ein. Dabei gibt es eine Reihe erfolversprechender internationaler Vorbilder wie die MBOR in Deutschland oder das „Abkommen integratives Arbeitsleben“ in Norwegen. Empfehlungen für Österreich im Bereich der Rehabilitation sind daher:

- Rehabilitationsmaßnahmen evaluieren
- Abstimmung mit Akutbehandlung, sodass sie zeitnah und ortsnah erfolgen kann
- Bei der Rehabilitation auch den konkreten Arbeitsplatz mit einbeziehen

#### **5.6. Arbeitsplatzbezogene Maßnahmen**

Zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Invaliditätspension aus psychischen Gründen dürfte in vielen Fällen bereits ein verfestigter Entschluss zum Ausscheiden aus dem Arbeitsleben vorliegen, sodass der Zeitpunkt für Maßnahmen längst zu spät ist. Zusätzlich zum Verlust der Arbeitskraft für die Wirtschaft ist dies bei psychischen Erkrankungen auch in Hinsicht auf

den gesundheitlichen Erfolg problematisch, da Arbeit ein tagesstrukturierendes Element und eine soziale Kontaktmöglichkeit darstellt. Sohin kann sie selbst den Gesundheitszustand positiv beeinflussen. Auch nach Akutbehandlung ist ein Wiederheranführen an die Arbeit essentiell. Dabei wird bemängelt, dass Arbeitsplätze oft zu unflexibel seien, um dies zu ermöglichen. Überdies müssen für Fälle, die im ersten Arbeitsmarkt (zunächst) nicht wieder Fuß fassen, Angebote im Zweiten oder Dritten Arbeitsmarkt bestehen. Anders als bei vielen rein körperlichen Leiden besteht bei psychischer Erkrankung eine teilweise Funktionalität, die gefördert werden muss. Dementsprechend sind Regelungen wie Teilzeitkrankenstand und teilweise Invaliditätspension zu ermöglichen.

- Vermehrte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und damit mehr Augenmerk auf den psychischen Bereich, psychische Gesundheit in der Arbeitsplatz- und Arbeitsprozessgestaltung
- Vermeidung von verfestigter psychischer Beeinträchtigung und schleichendem „Abschied“ aus dem Erwerbsleben durch Früherkennung und Frühintervention
- Erfolgreiche Beispiele in der Schweiz und Deutschland zur Früherkennung und Frühintervention können als Vorbild dienen
- Arbeitsplätze so gestalten, dass sie mit psychischer Krankheit durchführbar sind (zB Kundenkontakt mit backoffice abwechseln)
- Fit2work weiter ausbauen und bekannter machen, da übereinstimmend guter Ansatz
- Teilhabe ermöglichen, Arbeit als therapeutisches Element: Sanfter Druck Arbeit aufzunehmen, Zumutbarkeitsregeln überdenken
- Demgegenüber Arbeit im Zweiten oder Dritten Arbeitsmarkt schaffen
- Stufenweise Reintegration nach internationalen Vorbildern
- Dringend erforderlich: Teilarbeitsfähigkeit und teilweise Invaliditätspension bei psychischer Erkrankung
- Unterstützung von insbesondere kleinen Unternehmen, um dies zu ermöglichen
- Völliges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben nur als letztes Mittel

## 5.7. Antragstellung und Begutachtung

Zum Zeitpunkt der Antragstellung dürfte bei vielen der Entschluss, das Arbeitsleben zu verlassen, bereits sehr verfestigt sein. Die wirksamsten Maßnahmen müssen daher schon weit vorher gesetzt werden. Bei bereits erfolgter Antragstellung gilt es, zum einen rehabilitationsfähige Personen auszumachen, andererseits aber keinen „leichten Weg aus der Arbeit“ zu ermöglichen. Wer aus psychischen Gründen wirklich nicht mehr arbeiten kann, soll den solidarischen Schutz der Gemeinschaft genießen, aber die Solidargemeinschaft muss das Ausnutzen des Systems im Interesse der Versicherten hintanhaltend. Im psychiatrischen Bereich ist Begutachtung deutlich schwieriger als im somatischen Bereich, daher müssen auch die notwendigen Ressourcen bereitgestellt werden. Dazu zählen aber auch Informationen zur Krankheit und dergleichen, um eine objektive Entscheidung treffen

zu können. Außerdem müssen in der Begutachtung die individuellen Möglichkeiten abgeschätzt werden.

- Es müssen Anreize geschaffen werden, damit Fachärzte und Fachärztinnen der Psychiatrie als GutachterInnen arbeiten wollen
- Die Zeit zur Begutachtung sollte individuell festgelegt werden, in der Regel dürften 60 Minuten zu wenig sein.
- Wiederholte Explorationen sollten möglich sein, wenn sich manche Antragsteller erst an die Situation gewöhnen müssen
- Der Gutachter/die Gutachterin benötigt eine gute Datenübersicht; nach Schweizer Vorbild sollte der Antragsteller daher seine Zustimmung erklären müssen, dass die relevanten Daten aus allen SV-Trägern, dem AMS und Leistungserbringern angefordert werden können.
- Die Datenbereitstellung sollte auch aus anderen SV-Trägern möglichst unkompliziert erfolgen und keine Hürde in der Begutachtung darstellen
- Es sollten hierzu transparente und klare Leitlinien verwendet und befolgt werden, um eine Gleichbehandlung aller Antragsteller unabhängig von Bundesland oder Begutachter sicherzustellen

## 6. Literatur

- AK (o.J.): Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im Überblick.  
[https://media.arbeiterkammer.at/noe/pdfs/Massnahmen\\_Rehabilitation.pdf](https://media.arbeiterkammer.at/noe/pdfs/Massnahmen_Rehabilitation.pdf) (Abgerufen am 17.01.2016)
- Australian Government, National Mental Health Commission (NMHC) (2014): The National Review of Mental Health Programmes and Services – Summary; Sydney; Published by NMHC, Sydney. <http://www.mentalhealthcommission.gov.au/our-reports/contributing-lives,-thriving-communities-review-of-mental-health-programmes-and-services.aspx> (Abgerufen am 29.1.2016).
- Australian Government, Department of Health (2015): Contributing Lives, Thriving Communities Review of Mental Health Programmes and Services; Commonwealth of Australia.  
[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0DBEF2D78F7CB9E7CA257F07001ACC6D/\\$File/response.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0DBEF2D78F7CB9E7CA257F07001ACC6D/$File/response.pdf) (Abgerufen am 29.1.2016).
- AWMF (2012): Sk2 – Leitlinie zur Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. AWMF – Registernr.051/029. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-029.html>
- Bethge, Matthias et al. (2012): Abschlussbericht zum Projekt „MBOR-Management - Formative Evaluation der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)“ im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Durchgeführt von der Julius-Maximilians-Universität Würzburg und der Medizinischen Hochschule Hannover.
- BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (2014): Psychische Erkrankungen und Invalidität; Sozialpolitische Studienreihe Band 16.
- BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (2015): Beschäftigungs-, Rehabilitations-, und Pensionsmonitoring auf Basis der Daten Jänner bis Juni 2015.
- Bolliger, Christian et al. (2012): Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der IV. Forschungsbericht Nr. 13/12. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV).
- Bolliger C, Féraud M (2015): Die Zusammenarbeit zwischen der IV und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure. Bericht im

Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV).  
Bern/Winterthur. Bundesamt für Sozialversicherungen.

Bratberg Espen, Nilsen Øivind Anti, Vaage Kjell (2014): Assessing the intergenerational correlation in disability pension recipiency; Oxford Economic Papers, 2014, 1-22.

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit  
Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2014): Wie die Arbeitgeber die IV und ihre Instrumente wahrnehmen. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von Unternehmen.

Bundesamt für Sozialversicherungen (2015a): Kampagne zur Information der Arbeitgeber 2012 – 2014. <http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03200/index.html?lang=de>. (Abgerufen am 21.01. 2016)

Bundesamt für Sozialversicherungen (2015b): IV-Statistik 2014. Bern.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (o.J.): Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell). [http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Ausb\\_Arbeit/ArbPI\\_sichern/Wiedereingliedern/wiedereingliedern\\_node.html](http://www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Ausb_Arbeit/ArbPI_sichern/Wiedereingliedern/wiedereingliedern_node.html) (Abgerufen am 21.01.2016)

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit  
Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung.

Bundesrat (2005): Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) vom 22. Juni 2005.

Bundessozialamt, Pensionsversicherungsanstalt, Dachverband berufliche Integration Österreich, Pro mente Austria (o.J.): Projekt Freibrief. <http://www.meinfreibrief.at/fragen-antworten.html>. (Abgerufen am 21.01.2016)

Bürger W, Kluth W, Koch U (2008): Stufenweise Wiedereingliederung zu Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung - Häufigkeit, Indikationsstellung, Einleitung, Durchführung, Bewertung und Ergebnisse. Abschlussbericht: Ergebnisse von Routinedatenanalysen und Versichertenbefragungen zur Stufenweisen Wiedereingliederung.

- Bürger W, Streibelt M (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in Trägerschaft der gesetzlichen Rentenversicherung? In: Die Rehabilitation, Jg. 50, H. 3, S. 178-185.
- Bürger, W, Streibelt, M (2015): Sind stufenweise Wiedereingliederungen nach medizinischer Rehabilitation erfolgreich? Ergebnisse einer prospektiven Kohortenstudie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund – DRV (Hrsg.) (2015): Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin: Eigenverlag, 83-85.
- Busse R, Blümel M. (2014): Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Danish Health and Medicines Authority - Sundhedsstyrelsen (2013): Health Promotion Packages – introduction and recommendations.
- The Danish Government (2015): The National Reform Programme Denmark 2015. [http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/nrp2015\\_denmark\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/nrp2015_denmark_en.pdf) (Abgerufen am 22.1.2016)
- Deutsche Rentenversicherung (2012a): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen.
- Deutsche Rentenversicherung (2012b): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a): Erwerbsminderungsrente: Das Netz für alle Fälle.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b): Reha-Bericht 2015.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015c): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Hessen (2016a): Rehabilitationswissenschaften und Forschungsbedarf. <http://www.deutsche->

rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\_Infos\_fuer\_Experten/01\_Sozialmedizin\_Forschung/03\_reha\_wissenschaften/reha\_wissenschaften\_forschungsbedarf\_node.html (Abgerufen am 20.01.2016).

Deutsche Rentenversicherung Hessen 2016b): Überblick zum Reha-Kolloquium. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_Sozialmedizin\\_Forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/08\\_veranstaltungen/reha\\_kolloquium/ueberblick\\_node.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/08_veranstaltungen/reha_kolloquium/ueberblick_node.html) (Abgerufen am 20.01.2016).

Ebner G, Dittmann V, Mager R, Stieglitz RD, Träbert S, Bührlen B, Herdt J (2011): Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten.

EC (2015): Employment, social affairs and inclusion. Your rights by country. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=en> (Abgerufen am 17.11.2015).

EC (2015): The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060).

Egger-Subotitsch A, Stark M (2013): fit2work Implementierungsevaluierung. Bericht II. Evaluierung im Auftrag des Bundessozialamt. Endbericht.

Eidgenössische Invalidenversicherung (2015): Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente.

fit2work (2014): Internetauftritt von fit2work. <http://www.fit2work.at/home/>. (Abgerufen am 20.01.2016)

fit2work (o.J): Jahresbericht 2014. Information für die Steuerungsgruppe.

Foss Line, Gravseth Hans Magne, Kristensen Petter, Claussen Bjorgulf, Mehlum Ingrid Sivesind, Skyberg Knut (2013): „Inclusive working life in Norway“: a registry-based five-year follow-up study

Fuchs M (2013): Die weitere Erwerbsbiographie von Arbeitern und Angestellten, deren Antrag auf Invaliditätspension abgelehnt wurde. In: Soziale Sicherheit Online 5/2013, 256-265.

Guggisberg, Jürg et al. (2015a): Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen. Bericht im Rahmen des

Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV). Bern/Winterthur. Bundesamt für Sozialversicherungen.

Guggisberg J, Désirée S, Laure D, Heidrun B, Heike D, Hans-Jakob M (2015): Der Abklärungsprozess in der Invalidenversicherung bei Rentenentscheiden: Prozesse, Akteure, Wirkungen. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zur Invalidität und Behinderung (FoP2-IV). Bern/Winterthur. Bundesamt für Sozialversicherungen.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, GKK Salzburg (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht. Wien/Salzburg.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Strategie psychische Gesundheit. Strategie der österreichischen Sozialversicherung.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2014): Bericht des Hauptverbandes zu "berufliche Rehabilitation".

Healy J., Sharman E., Lokuge B. (2006): Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1–158.

Hofmarcher M, Quentin W. (2013): Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2013; 15(7): 1– 291.

Høgelund Jan, Holm Anders (2011): The Effect of part-time sick-leave for employees with mental disorders; Department of Employment and Integration, The Danish National Centre for Social Research.

Informationsstelle AHV/IV, Bundesamt für Sozialversicherungen (2015): Früherfassung und Frühintervention. Stand am 1. Januar 2015.

Leoni Thomas (2015): Fehlzeitenreport 2015 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.

Mestel R, Zimmerhackl F (2015): Evaluation von MBOR in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund – DRV (Hrsg.) (2015): Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin: Eigenverlag, 50-51.

Norwegian Ministry of Labour and Social Affairs (2015): The Norwegian Social Insurance Scheme.

Norwegischen Arbeits- und Wohlfahrtsbehörde (NAV - Nye arbeids- og velferdsetaten) (2014): Cooperation Agreement on a More Inclusive Working Life. [https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4nufS-rzKAhXLfRoKHW5\\_CZ8QFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.nav.no%2FForsiden%2F\\_attachment%2F263729%3F\\_ts%3D12d6fd0b950%26download%3Dtrue&usg=AFQjCNG0etqr5g-ZChEZovOJeQyJ8CZ4hA](https://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj4nufS-rzKAhXLfRoKHW5_CZ8QFggoMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.nav.no%2FForsiden%2F_attachment%2F263729%3F_ts%3D12d6fd0b950%26download%3Dtrue&usg=AFQjCNG0etqr5g-ZChEZovOJeQyJ8CZ4hA) (Abgerufen am 22.1.2016).

OECD (2010): Mental Health, Disability and Work - Issues for Discussion, OECD Expert Meeting Paris.

OECD (2012): Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris.

OECD (2013a), Mental Health and Work: Denmark, OECD Publishing.

OECD (2013b), Mental Health and Work: Norway, OECD Publishing.

OECD (2014a): Mental Health and Work: Switzerland. OECD Publishing, Paris.

OECD (2014b), Mental Health and Work: Netherlands, Mental Health and Work, OECD Publishing.

OECD (2015a): Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work; Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris.

OECD (2015b): Mental Health and Work: Austria. OECD Publishing, Paris.

OECD (2015c): Mental Health and Work: Australia. OECD Publishing, Paris.

Olejz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. (2012): Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(2):1 – 192.

Pensionsversicherungsanstalt (o.J.): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension - Geburtsjahrgänge bis 1963. <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10007.707670&action=2> (Abgerufen am 25.1.2016).

- Reme Silje Endresen, Grasdal Astrid Louise, Løvvik Camilla, Lie Stein Atle, Øverland Simon (2015): Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomized controlled multicenter trial; *Occup Environ Med* 2015, 0:1-8; <http://oem.bmj.com/content/early/2015/07/24/oemed-2014-102700.full.pdf+html> (Abgerufen am 22.1.2016).
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2015): Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV – Abschlussbericht. Forschungsbericht im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland und DRV Westfalen. Essen.
- Richter, Dirk/Klaus, Berger (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. In: *Psychiatrische Praxis* 40, 176-182.
- Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. (2013): Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8): 1– 162.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E. (2010): The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010; 12(1):1–229.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) (2012): Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Bern.
- Impairment Tables (2011): Social Security (Tables for the Assessment of Work-related Impairment for Disability Support Pension) Determination 2011; Social Security Act 1991; Australia. [https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05\\_2012/dsp\\_impairment\\_final\\_tables.pdf](https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/05_2012/dsp_impairment_final_tables.pdf) (Abgerufen am 29.1.2016)
- Statistik der Deutschen Rentenversicherung (2015): Rentenzugang 2014. Berlin.
- Støve Bård, Rødevand Sissel, Øvergaard Hans Michael, Mats Sollie (2015): The Norwegian disability pension system: actuarial challenges arising from new regulations; Colloquium of the International Actuarial Association, Den Norske Aktuarforening, Oslo. <http://www.actuaries.org/oslo2015/papers/PBSS-Stoeve.pdf> (Abgerufen am 22.1.2016).
- Streibelt, Marco/Bethge, Matthias (2008): Return to Work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Pabst.

Sveinsdottir Vigdis, Løvvik Camilla, Fyhn Tonja, Monstad Karin, Ludvigsen Kari, Øverland Simon, Reme Silje Endresen (2014): Protocol for the effect evaluation of Individual Placement and Support (IPS): a randomized controlled multicenter trial of IPS versus treatment as usual for patients with moderate to severe mental illness in Norway – Study Protocol; BMC Psychiatry 2014, 14:307. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12888-014-0307-7.pdf> (Abgerufen am 22.1.2016).

Swiss insurance Medicine (o.J.): Leitlinie zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Unfall und bei Krankheit.

Venn, Danielle (2012): Eligibility Criteria for Unemployment Benefits: Quantitative Indicators for OECD and EU Countries”, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 131, OECD Publishing.

Zander J, Lindow B, Radoschewski F, Lay W, Mohnberg I, Klosterhuis H (2013): Transparenz der beruflichen Rehabilitation - Qualitätssicherung durch Leistungsdokumentation. In: RV aktuell Jg. 60, 2013, Nr. 6, 127-133.

Zander, Janett/Lindow, Berthold (2015): Psychische Erkrankungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Deutsche Rentenversicherung Bund – DRV (Hrsg.) (2015): Psychische Störungen - Herausforderungen für Prävention und Rehabilitation. Berlin: Eigenverlag, 74-76.

---

Autoren: Thomas Cypionka, Sarah Lappöhn, Alina Pohl, Gerald Röhrling

Titel: Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen

Projektbericht/Research Report

© 2016 Institute for Advanced Studies (IHS),

Josefstädterstraße 39, A-1080 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 •  
<http://www.ihs.ac.at>

---