8 ■ sozialpolitik in diskussion sozialpolitik in diskussion

Erik Türk (Hg.)

INVALIDITÄT: AKTUELLE DEBATTEN – LÖSUNGSVORSCHLÄGE

August 2008

wien.arbeiterkammer.at

WIEN

INVALIDITÄT: AKTUELLE DEBATTEN – LÖSUNGSVORSCHLÄGE

Hg. von Erik Türk

August 2008

wien.arbeiterkammer.at/www-9905.html

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 3

Erik Türk
Entwicklungstrends gesundheitsbedingter Pensionierungen seit 1999.
Eine kritische Analyse 5

Helmut Ivansits
Invaliditätspensionen im internationalen Vergleich 16

Michael Lenert
Überlegungen zu Arbeitsplatzbelastungen,
Invalidität und gesamtwirtschaftlichen Kosten 27

Wolfgang Panhölzl
Der lange Weg zur „Gesundheitsstraße“ 39

Julia Nedjelik-Lischka
ArbeitnehmerInnenschutz – Ausbau und Weiterentwicklung 44

Gernot Mitter
Frühzeitige Rehabilitation – drohende Invalidisierung rechtzeitig erkennen
und vermeiden 54

Arthur Zoglauer, Bernhard Wolf
Alter(n)sgerechtes Arbeiten 60

Renate Czeskleba, Helmut Ivansits
Invalidität, Prävention und rechtlicher Rahmen 70

Erik Türk
Die Mär von Invaliditätspensionen als „attraktives Schlupfloch“.
Statistische Informationen zu den Invaliditätspensionen 83

AutorInnen 88

VORWORT

Der vorliegende Band der „Schriftenreihe Sozialpolitik in Diskussion“ ist in zwei thematische Schwerpunkte gegliedert:

Im ersten Abschnitt geht es um die Entwicklung der Zahl der Invaliditätspensionen und um die wirtschaftlichen Kosten von Invalidisierung.

Erik Türk zeigt, dass die Analyse der Entwicklung der Invaliditätspensionen in Österreich wegen der vielen Rechtsänderungen eines sorgfältigen Blicks bedarf. Belegt wird, dass die Anzahl der Invaliditätspensionen in den letzten Jahren keineswegs „explosionsartig“ nach oben gegangen ist, wie das in den Medien immer wieder dargestellt wurde. Im Gegenteil: die Zahl der Pensionszuerkennungen aus gesundheitlichen Gründen stagniert bzw. ist sogar leicht rückläufig.

Helmut Ivansits lenkt den Blick über die Grenzen Österreichs und argumentiert, dass die Entwicklung von Invaliditätspensionen auch in anderen europäischen Ländern ähnlich verläuft und Österreich alles andere als ein „Ausreißer“ ist.

Michael Lenert diskutiert zum einen Zusammenhänge zwischen gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeitsbedingungen und betrieblichen Belastungsstrukturen und zum anderen mögliche Strategien zur Verringerung arbeitsbedingter Invalidität und daraus resultierender gesamtwirtschaftlicher Kosten.

Im zweiten Abschnitt geht es um Wege und Modelle der aktiven Gegensteuerung gegen Invalidisierung.

Julia Nedjelik-Lischka befasst sich mit den Möglichkeiten und Grenzen des ArbeitnehmerInnenschutzes und plädiert für dessen Ausbau sowie für eine regelmäßige Anpassung an sich verändernde Arbeitsbedingungen und -erfordernisse.

Wolfgang Panhölzl thematisiert die Problematik oftmals langer Übergangsphasen zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt. Mit dem Im-Kreis-geschickt-Werden bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit sind für die Betroffenen häufig negative Auswirkungen verbunden. Das Zugangsverfahren zu den Invaliditätspensionen sollte daher so ausgestaltet werden, dass diese negativen Auswirkungen vermieden werden.

Gernot Mitter konstatiert ein erhebliches institutionelles Defizit bei der Früherkennung und -vermeidung von Invalidisierungsgefahren. Ausgehend von dieser Problemlage und untermauert durch ermutigende Ergebnisse von Pilotprojekten plädiert er für die Einführung eines breiten Netzes von Gesundheitsstiftungen.

Arthur Zoglauer und *Bernhard Wolf* belegen an Hand von konkreten Beratungsprojekten, dass betriebliche Gesundheitsförderung und damit die Vorbeugung von gesundheitlichem Verschleiß und Invalidität auch auf Ebene von Kleinbetrieben möglich ist – und dabei im Sinne aller Beteiligten auch sehr erfolgreich sein kann.

Helmut Ivansits und *Renate Czeskleba* befassen sich mit dem „Präventionsgesetz“, das im Regierungsprogramm 2007 von SPÖ und ÖVP angekündigt, aufgrund der vorzeitigen Auflösung des Nationalrats aber nicht mehr realisiert werden konnte. Die Interessensvertretungen der ArbeitnehmerInnen fordern bereits seit geraumer Zeit ein derartiges Gesetz.

Im letzten Beitrag des vorliegenden Bandes zeigt *Erik Türk* anhand einiger signifikanter Statistiken, dass das häufig gezeichnete Bild der Invaliditätspensionen als „attraktives Schlupfloch“ in der Regel nichts mit der realen Situation der Betroffenen zu tun hat.

Erik Türk
AK Wien, August 2008

Erik Türk

ENTWICKLUNGSTRENDS GESUNDHEITSBEDINGTER PENSIONIERUNGEN SEIT 1999. EINE KRITISCHE ANALYSE

Glaubt man den Medienberichten und Warnrufen mancher ExpertInnen, dann konterkariert in Österreich die vermeintliche Massenflucht in die Invaliditätspension die Ziele der Pensionsreformen. Die weit offen stehende Hintertür der Invaliditätspension würde alle Bemühungen zur Anhebung des faktischen Pensionszugangsalters zu Nichte machen! Es bestünde daher höchster Handlungsbedarf diese Einfallsschneise in die Frühpension zu schließen. Daher sei eine „härtere Gangart“ bei den gesundheitsbedingten Pensionen unbedingt erforderlich, um die Ziele der Pensionsreform nicht zu gefährden, so das Resümee zahlreicher ExpertInnenmeinungen und Pressemeldungen.

Tatsächlich sind derartige dramatisierende Darstellungen eines deutlichen Anstiegs der Zahl der gesundheitsbedingten Pensionierungen und massenhafter Ausweichreaktionen zur Umgehung der Anhebungen des „Frühpensionsalters“ Ergebnis von falschen oder zumindest grob oberflächlichen Betrachtungen, die durch eine etwas tiefer gehende Analyse widerlegt werden.

Faktum ist, die Zahl der gesundheitsbedingten Pensionen in Österreich weist seit 1999 keine stark steigende, sondern insgesamt eine stabile bis leicht sinkende Tendenz auf und das obwohl sich durch die Anhebung des Pensionsalters bei der vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer und die sofortige Abschaffung der anderen vorzeitigen Alterspensionen durch die Pensionsreform 2003 (bzw. im Vorfeld bereits durch die Pensionsreform 2000) der Kreis der potentiell auf gesundheitsbedingte Pensionen angewiesenen Personen wesentlich erweitert hat!

1. PENSIONEN AUS GESUNDHEITSGRÜNDEN

Eine sinnvolle Analyse der Entwicklung der Zahl der Pensionen aus Gesundheitsgründen kann sich nicht auf Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen (diese werden in weiterer Folge als Invaliditätspensionen bezeichnet) beschränken, sie muss auch die vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit mit einbeziehen.

Die vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit löste bei ihrer Einführung 1993 im Grunde nur eine alterspezifische Sonderregelung (ab einem Alter von 55 Jahren) innerhalb des Invaliditätspensionsrechts ab. Obwohl es damit zu keinen substantiellen Änderungen gekommen war, handelte es sich dabei nunmehr rein formal um Alterspensionen,

weshalb diese in den Statistiken auch als solche (und nicht länger als Invaliditätspensionen) ausgewiesen wurden. Im Sommer 2000 wurde diese vorzeitige Alterspension aus 1993 (nach vorangegangener Anhebung des Alters für Männer auf 57 Jahre) wieder abgeschafft und zeitgleich neuerlich eine – allerdings nunmehr restriktiver gefasste – altersspezifische Sonderregelung innerhalb der Invaliditätspensionen (nunmehr ab 57 Jahren für Männer und Frauen) eingeführt.

2. ENTWICKLUNG DER PENSIONSSTÄNDE GESUNDHEITSBEDINGTER PENSIONEN IN DER GESETZLICHEN PENSIONSVERSICHERUNG

Für eine Analyse der Entwicklung gesundheitsbedingter Pensionen müssen daher stets beide Pensionsarten – Invaliditätspensionen und vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit – gemeinsam betrachtet werden, will man Fehlinterpretationen vermeiden, die aus reinen Strukturverschiebungen resultieren. Ein krasser, wenn auch nicht selten gemachter Fehler, ist das alleinige Abstellen auf die Invaliditätspensionen, die auf Grund der oben dargelegten Strukturverschiebungen zwangsläufig zunehmen müssen.

Nachdem in den Hauptverbandsstatistiken zu den Pensionsständen jene Pensionen, die aufgrund von Invalidität zuerkannt wurden, für die gesamte weitere Bezugsdauer – auch über das Regelpensionsalter hinaus – als Invaliditätspensionen und nicht als Alterspensionen erfasst werden (außer es wird nach Überschreiten dieser Altersgrenze ein neuerlicher Pensionsantrag gestellt), ist es notwendig, die Betrachtung auf die Anzahl der Pensionen bis zum Regelpensionsalter (Männer 65 Jahre/Frauen 60 Jahre) zu beschränken.

Tabelle 1: Anzahl der Pensionen aus Gesundheitsgründen im Erwerbsalter*

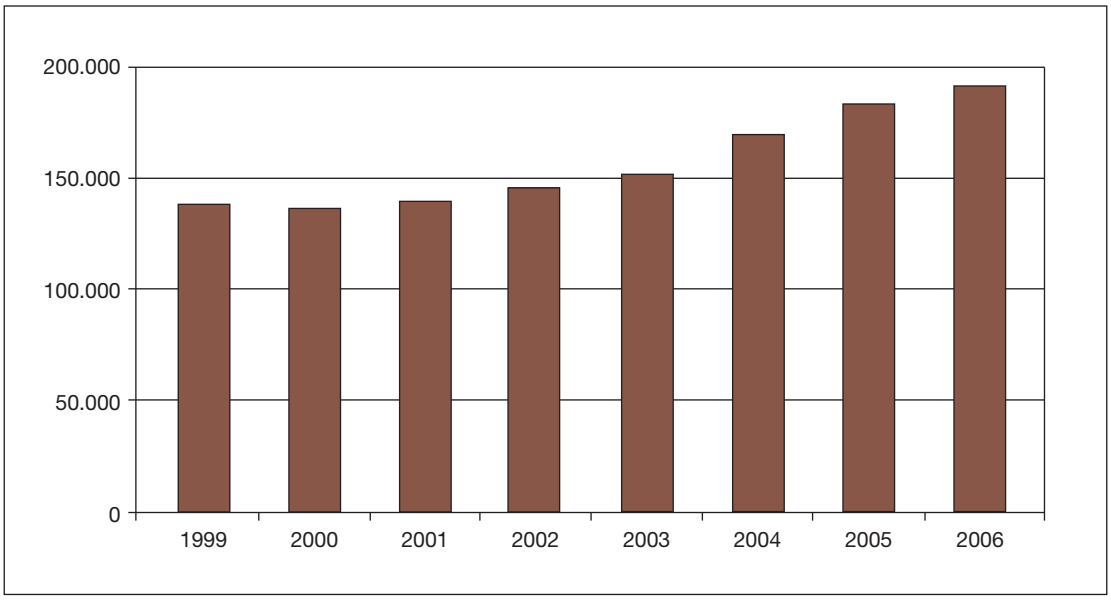
Jahr	IP** im Erwerbsalter	vorzeitige AP*** wegen geminderter Arbeitsfähigkeit	Insgesamt
1999	143.725	81.699	225.424
2000	141.800	89.202	231.002
2001	144.735	82.852	227.587
2002	150.905	73.374	224.279
2003	156.487	60.329	216.816
2004	174.565	42.678	217.243
2005	188.320	26.076	214.396
2006	196.720	13.809	210.529

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung: Pensionsversicherung Berichtsjahre 1999 bis 2006; Anhang zur PV-Jahresstatistik Auswertungen nach Alter Berichtsjahre 1999 bis 2006; eigene Berechnungen.

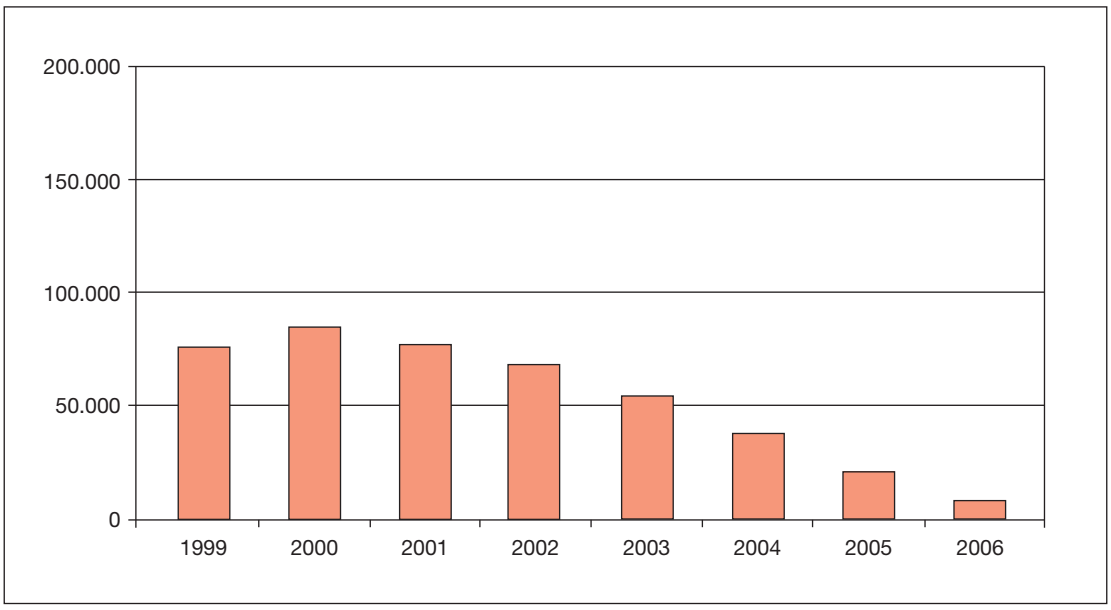
* Stand: jeweils Dezember; gesamte Pensionsversicherung.
** IP = Invaliditätspensionen
*** AP = Alterspensionen

Wie aus Tabelle 1 (Spalte 2) ersichtlich wird, schlägt sich das Auslaufen der vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit und die Wiedereinführung einer (restriktiveren) alterspezifischen Sonderregelung innerhalb der Invaliditätspensionen auch in einer deutlich steigenden Zahl an Invaliditätspensionen nieder. Allerdings steht dem ein noch stärkerer Rückgang bei den vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit gegenüber (Spalte 3), sodass es insgesamt zu einem merklichen Rückgang (um mehr als 20.000 gegenüber dem Jahr 2000) bei den gesundheitsbedingten Pensionen gekommen ist. Der einzige Grund für den statistisch ausgewiesenen Anstieg der Zahl der Invaliditätspensionen besteht demgemäß darin, dass nunmehr wieder ein steigender Anteil (nach Auslaufen der gesundheitsbedingten vorzeitigen Alterspensionen wieder 100%) der gesundheitsbedingten Pensionen direkt unter dem Titel Invaliditätspensionen erfasst werden.

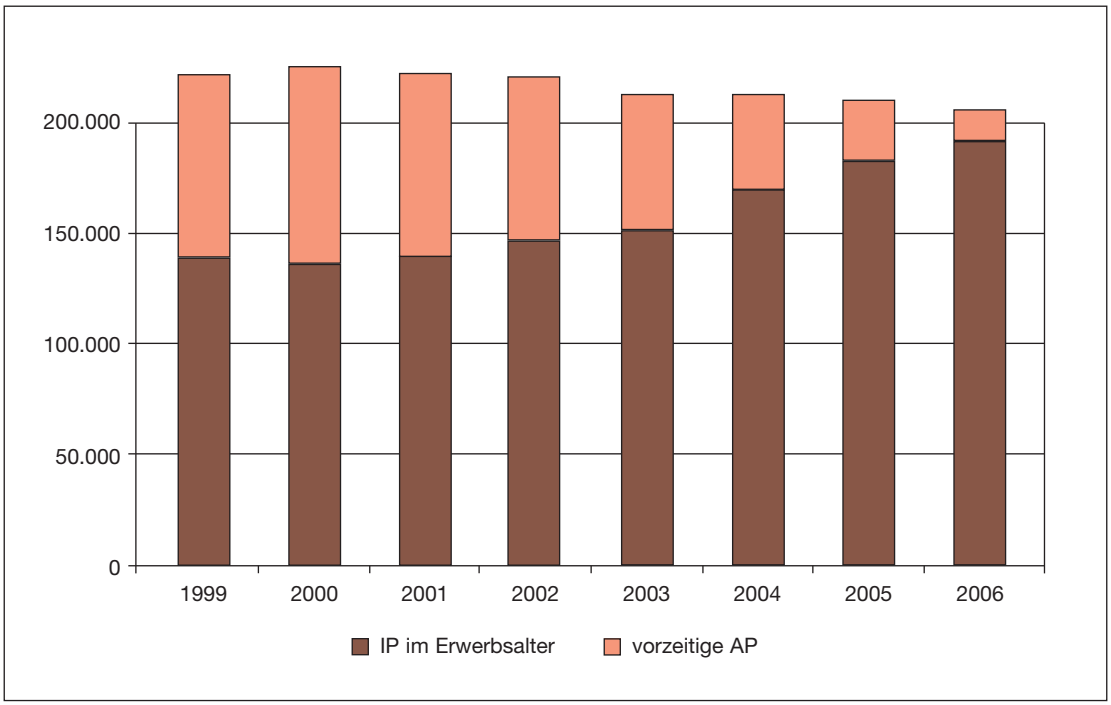
Grafik 1: Invaliditätspensionen im Erwerbsalter*



Grafik 2: Vorzeitige Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit*



Grafik 3: Pensionen aus Gesundheitsgründen im Erwerbsalter*



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, eigene Berechnungen.

* Pensionsversicherung insgesamt.

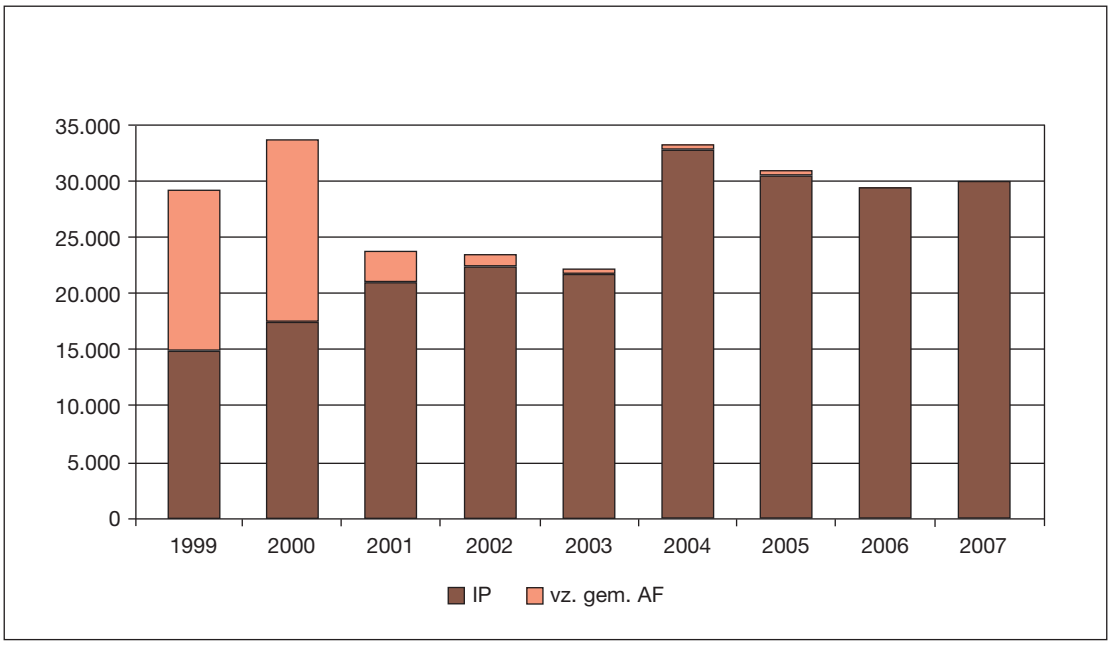
3. GESUNDHEITSBEDINGTE NEUZUERKENNUNGEN STEIGEN NUR SCHEINBAR

Eine oberflächliche Betrachtung der Entwicklung der neu zuerkannten gesundheitsbedingten Pensionen zeigt auch, dass deren Zahl im Jahr 2004 merklich angestiegen ist und seitdem (zwar wieder abnimmt aber) deutlich höher als in den drei Jahren davor liegt. Daraus allerdings eine Massenflucht in die Invaliditätspension ableiten zu wollen, wäre vollkommen verfehlt.

Die Ursache für diese Entwicklung liegt nämlich in erster Linie in einem massiven Anwachsen der Zahl der unerledigten Anträge und deren darauf folgendem Abbau begründet. Dies verzerrt die Zahl der ausgewiesenen Zuerkennungen erheblich!

Bereits 1999 kam es zu einem merklichen Anwachsen der unerledigten Anträge auf Pensionen aus Gesundheitsgründen und deren Abbau in den beiden Folgejahren. Extrem starke Schwankungen bei der Erledigung von Anträgen waren auch in den Jahren 2002 bis 2004 zu beobachten. Während die Zahl der unerledigten Anträge auf Pensionen aus Gesundheitsgründen in den Jahren 2002 und 2003 um nahezu 20.000 angewachsen ist, wurde allein im Jahr 2004 ein Rückgang um über 13.000 registriert. Die Hauptursache hierfür war die Zusammenlegung der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten und jener der Arbeiter. Es ist klar, dass der Aufbau eines solch großen Antragsrückstaus und dessen darauf folgender Abbau mit erheblichen Verzerrungen bei den statistisch ausgewiesenen Neuzuerkennungen einhergeht.

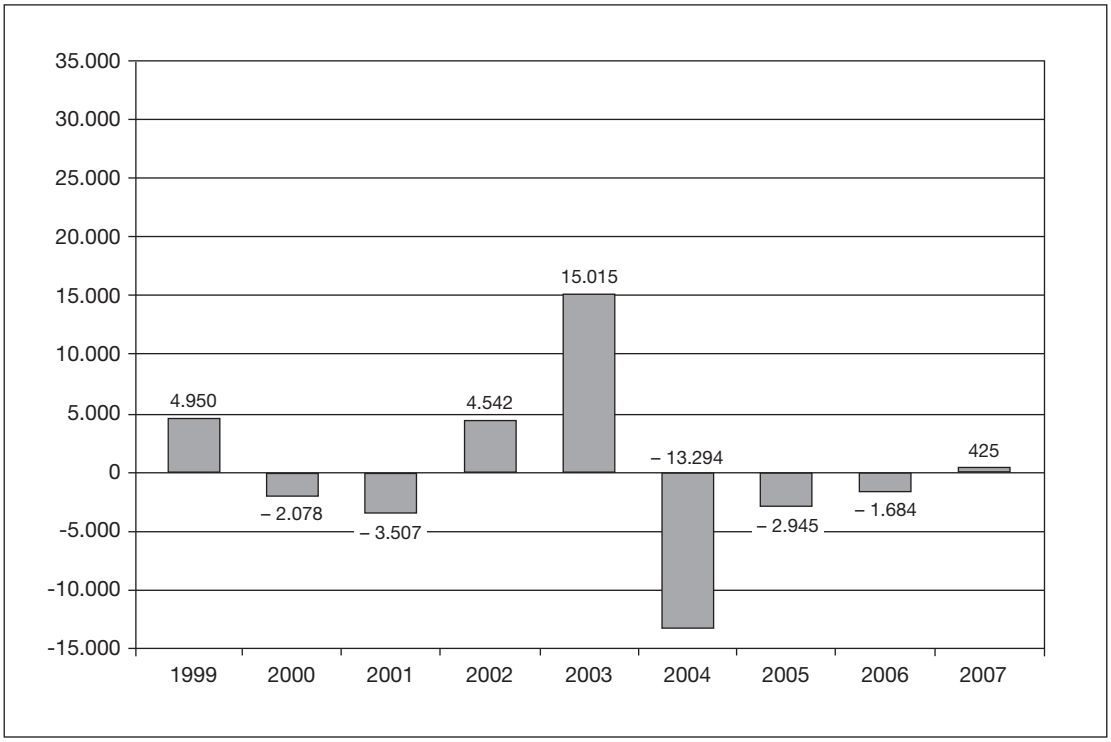
Grafik 4: Gesundheitsbedingte Neuzuerkennungen*



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Versicherte Pensionen Renten, Berichtsjahre 1999 bis 2007.

* Pensionsversicherung insgesamt.

Grafik 5: Veränderung des Antragsrückstaues Invaliditätspensionen*

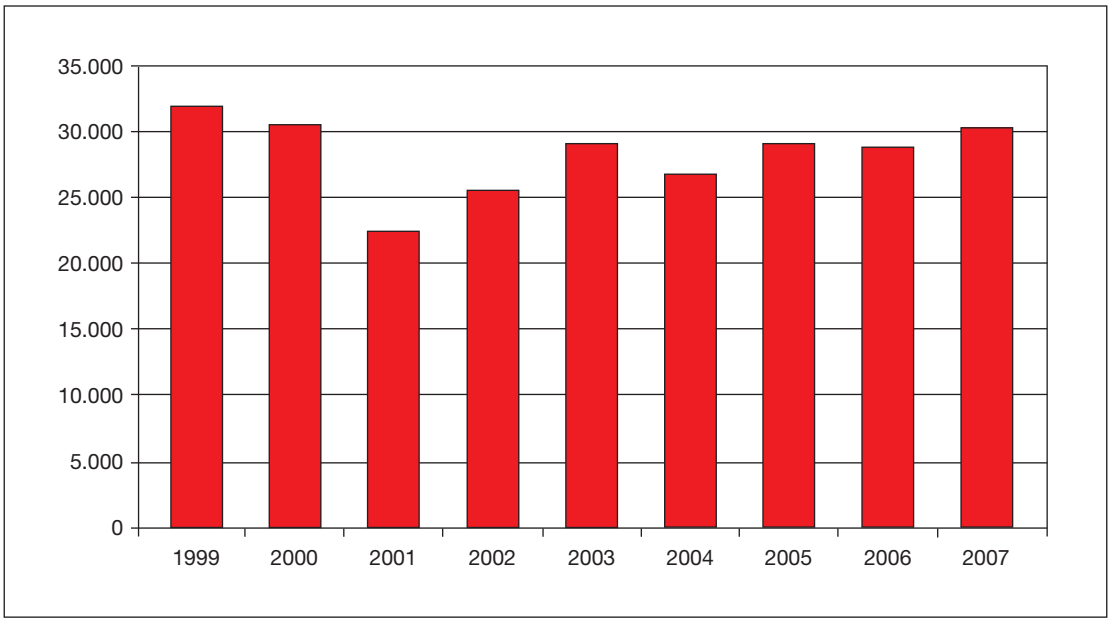


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Versicherte Pensionen Renten, Berichtsjahre 1999 bis 2007; Statistik über die Pensionsantragsbewegung, Pensionsversicherung insgesamt, Berichtsjahre 1999 und 2000, eigene Berechnungen.

* Pensionsversicherung insgesamt, bis einschließlich 2000 (Jahr der Abschaffung dieser Pensionsart) inklusive Veränderung des Antragsrückstaues bei vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit.

Berücksichtigt man die Veränderungen bei den unerledigten Anträgen auf gesundheitsbedingte Pensionen, in dem man die Zuerkennungen um die mit der jeweiligen relevanten Zuerkennungsquote gewichteten Veränderung des Antragsrückstaues korrigiert (in den Jahren 1999 und 2000 unter Berücksichtigung der vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit), zeigt sich ein stabiler bis eher leicht rückläufiger Trend, der durch einen Einbruch 2001 und 2002 unterbrochen wird. Dieser Einbruch steht im Zusammenhang mit der Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit im Sommer 2000 und dem mit Vorzieheffekten einhergehenden starken Zustrom in diesem Jahr.

Grafik 6: Gesundheitsbedingte Neuzuerkennungen unter Berücksichtigung der Veränderung des Antragsrückstaues*



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Versicherte Pensionen Renten, Berichtsjahre 1999 bis 2007; Statistik über die Pensionsantragsbewegung, Pensionsversicherung insgesamt, Berichtsjahre 1999 und 2000, eigene Berechnungen.

* Pensionsversicherung insgesamt, bis einschließlich 2000 (Jahr der Abschaffung dieser Pensionsart) inklusive Veränderung des Antragsrückstaues bei vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit.

Jedenfalls zeigt dieses Bild alles andere als einen stark steigenden Trend bei den gesundheitsbedingten Pensionsneuzuerkennungen und das, obwohl aufgrund der Anhebung des Zugangsalters bei den vorzeitigen Alterspensionen allein schon deshalb ein Anstieg der gesundheitsbedingten Pensionen zu erwarten wäre, weil den von der Anhebung betroffenen Altersgruppen – wenn die Voraussetzungen für die so genannte „Hacklerregelung“ nicht erfüllt sind – nur mehr diese Form der Pension (zumindest theoretisch) offen steht und die Invalidisierungshäufigkeit auch mit steigendem Alter zunimmt.

Insofern bietet sich eine nach Alter differenzierte Analyse der neu zuerkannten gesundheitsbedingten Pensionen an, um diese Effekte sichtbar zu machen. Das soll im Folgenden an Hand der Neuzuerkennungen für Männer, auf die rund zwei Drittel der gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen entfallen, geschehen.

4. ALTERSSPEZIFISCHE ANALYSE GESUNDHEITSBEDINGTER PENSIONS-NEUZUERKENNUNGEN BEI MÄNNERN

„Korrigiert“ man auch hier die Zuerkennungszahlen um die Veränderungen bei den unerledigten Anträgen[1], zeigt sich bei den gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen insgesamt ein ähnliches Bild einer eher tendenziell rückläufigen Entwicklung.

Darüber hinaus wird erkennbar, dass in jener Altersgruppe, die von der Anhebung des Pensionsalters für vorzeitige Alterspensionen betroffen war (Männer 60+), ausgehend von einem niedrigen Ausgangsniveau ein zwar relativ deutlicher, in Absolutzahlen allerdings eher mäßiger Anstieg beobachtet werden kann. Eine massenhafte Ausweichreaktion findet angesichts des eher moderaten Volumens aber offensichtlich nicht statt.

In der von den rechtlichen Änderungen im Wesentlichen unberührten Altersgruppe der bis 56-jährigen Männer bleibt die Zahl der Zuerkennungen weitgehend stabil. Lediglich im Jahr 2001 ist gegenüber dem Vorjahr ein relativ deutlicher Rückgang erkennbar. In Verbindung mit der kurzfristigen Absenkung der Altersgrenze für Männer auf 55 Jahre durch das EUGH-Urteil, die der Aufhebung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit vorangegangen ist, dürfte im Jahr 2000 auch hier ein gewisser Vorzieheffekt eingetreten sein.

Demgegenüber ist bei der Altersgruppe der 57- bis 59-Jährigen – also der von den restriktiveren Zugangsbestimmungen für gesundheitsbedingte Pensionen betroffenen Altersgruppe – ein relativ deutlicher Einbruch zu erkennen (verstärkt durch den bereits mehrfach erwähnten Vorzieheffekt im Jahr 2000 und den damit verbundenen Rückgang im Folgejahr), der den leichten Anstieg bei den 60-Jährigen und Älteren überkompensiert, woraus insgesamt ein eher sinkender Trend resultiert.

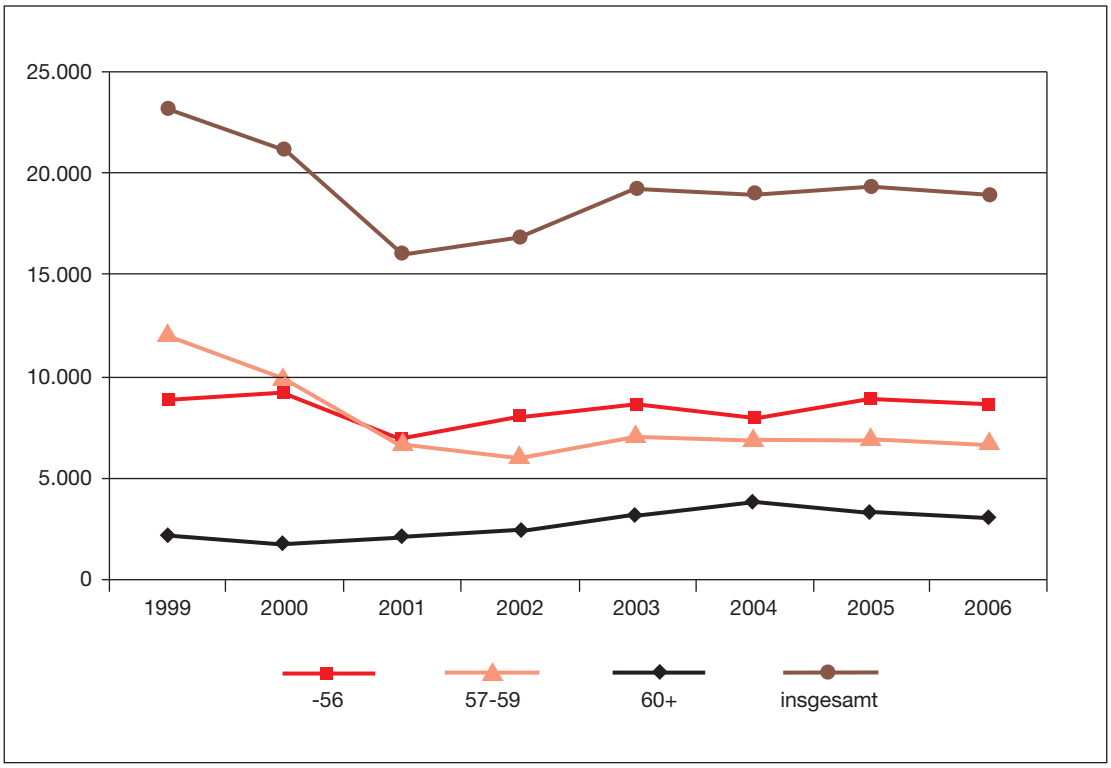
[1] Die Veränderung der Zahl der unerledigten Anträge insgesamt wird mit dem Männeranteil bei der Zahl der Anträge und der jeweiligen Zuerkennungsquote gewichtet und auf die Einzeljahre entsprechend ihrer relativen Gewichtung verteilt.

Tabelle 2: Gesundheitsbedingte Neuzuerkennungen nach Alter, Männer, Pensionsversicherung insgesamt 1999-2006

Alter	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
bis 54	6.030	6.017	5.687	5.513	4.840	6.940	7.004	6.877
55	1.024	1.011	855	964	831	1.169	1.017	856
56	1.174	1.872	962	979	1.014	1.475	1.252	1.084
57	4.125	4.312	2.386	1.561	1.973	3.122	2.708	2.698
58	4.257	4.537	2.787	2.404	1.847	3.193	2.830	2.552
59	2.694	3.464	1.940	1.860	1.854	2.082	1.853	1.932
60	1.240	1.317	1.508	1.336	1.400	2.422	1.290	1.470
61	306	345	317	521	707	1.534	1.198	871
62	215	215	206	178	214	393	583	542
63	143	149	129	137	143	169	213	222
64	93	105	81	87	78	125	142	152
65+	71	75	55	84	57	64	109	104
Insgesamt	**21.372**	**23.419**	**16.913**	**15.624**	**14.958**	**22.688**	**20.199**	**19.360**
unerledigte Anträge ø	4.950	-2.078	-3.507	4.542	15.015	-13.294	-2.945	-1.684
bis 56	**8.228**	**8.900**	**7.504**	**7.456**	**6.685**	**9.584**	**9.273**	**8.817**
57 bis 59	**11.076**	**12.313**	**7.113**	**5.825**	**5.674**	**8.397**	**7.391**	**7.182**
60+	**2.068**	**2.206**	**2.296**	**2.343**	**2.599**	**4.707**	**3.535**	**3.361**
Insgesamt	**21.372**	**23.419**	**16.913**	**15.624**	**14.958**	**22.688**	**20.199**	**19.360**
Bereinigt um die unerledigten Anträge								
Alter	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
bis 54	6.439	6.459	5.340	5.965	6.243	5.823	6.711	6.710
55	1.094	1.013	803	1.043	1.072	981	974	835
56	1.256	1.781	913	1.059	1.308	1.238	1.200	1.058
57	4.514	3.718	2.269	1.679	2.545	2.620	2.595	2.633
58	4.678	3.524	2.655	2.580	2.379	2.679	2.712	2.490
59	2.962	2.713	1.857	1.988	2.377	1.747	1.776	1.885
60	1.363	1.032	1.442	1.434	1.793	2.035	1.236	1.434
61	336	284	304	557	908	1.289	1.148	850
62	236	175	197	190	274	330	559	529
63	156	123	124	146	182	143	204	217
64	102	91	78	93	99	105	136	148
65+	77	68	53	90	73	54	105	101
bis 56	**8.789**	**9.253**	**7.056**	**8.067**	**8.623**	**8.042**	**8.885**	**8.603**
57 bis 59	**12.154**	**9.955**	**6.781**	**6.247**	**7.301**	**7.046**	**7.083**	**7.008**
60+	**2.270**	**1.773**	**2.198**	**2.510**	**3.329**	**3.956**	**3.388**	**3.279**
Insgesamt	**23.213**	**20.981**	**16.035**	**16.824**	**19.253**	**19.044**	**19.356**	**18.890**

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung: Pensionsversicherung Berichtsjahre 1999 bis 2006; Anhang zur PV-Jahresstatistik Auswertungen nach Alter, Berichtsjahre 1999 bis 2006; Versicherte Pensionen Renten, Berichtsjahre 1999 bis 2006; Statistik über die Pensionsantragsbewegung, Pensionsversicherung insgesamt, Berichtsjahre 1999 und 2000, eigene Berechnungen.

Grafik 7: Gesundheitsbedingte Pensionszuerkennungen nach Altersgruppen 1999-2006, Männer*



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung: Pensionsversicherung Berichtsjahre 1999 bis 2006; Anhang zur PV-Jahresstatistik Auswertungen nach Alter, Berichtsjahre 1999 bis 2006; Versicherte Pensionen Renten, Berichtsjahre 1999 bis 2007; Statistik über die Pensionsantragsbewegung, Pensionsversicherung insgesamt, Berichtsjahre 1999 und 2000, eigene Berechnungen.

* Bereinigt um unerledigte Anträge.

5. BERÜCKSICHTIGUNG DER BESETZUNGSSTÄRKE DER JEWEILIGEN ALTERSGRUPPEN

Die bloße Betrachtung der Absolutzahlen von Pensionsneuzugängen, die sich auf relativ kleine Altersgruppen beziehen, kann leicht zu Fehlinterpretationen führen. Die Gesamtzahl an Personen in engen Altersgruppen kann nämlich von Jahr zu Jahr erheblich schwanken, sodass etwa eine beobachtete deutliche Reduktion an Pensionsneuzuerkennungen lediglich die Abnahme der Zahl an Personen in der zugrunde liegenden Altersgruppe widerspiegeln könnte. Ebenso können steigende Neuzugangszahlen sogar abnehmende Pensionsquoten bedeuten, dann nämlich, wenn die Gesamtzahl in der relevanten Altersgruppe noch stärker angestiegen wäre.

Daher ist es erforderlich auch einen Blick auf die Besetzung der relevanten Altersgruppen und deren Veränderung zu werfen. Als Bezugsgröße wird die Anzahl der 57- bis 59-Jährigen sowie der 60- bis 62-jährigen Männer (die gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen der 60-Jährigen und Älteren entfällt im Wesentlichen auf diese Altersgruppe) gewählt und die Zahl der

Neuzuerkennungen bei den 57- bis 59-Jährigen bzw. den ab 60-Jährigen dazu in Relation gesetzt.[2]

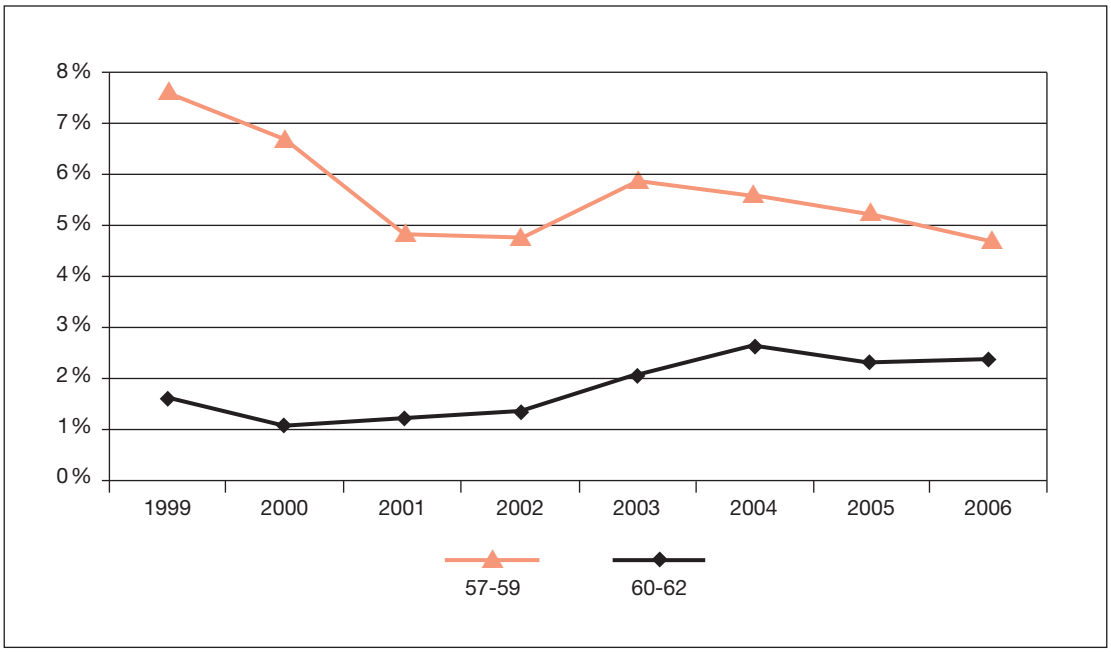
Für die bis 56-Jährigen ist diese Zusatzbetrachtung nicht erforderlich, da aufgrund der Größe der relevanten Altersgruppen kurzfristige Schwankungen keine größere Bedeutung spielen können.

Aufgrund der Abgrenzungsprobleme sowohl die Personengruppen (nicht alle Personen der jeweiligen Altersgruppe kommen für eine Invaliditätspension der gesetzlichen Pensionsversicherung überhaupt in Frage, etwa Beamte oder bereits pensionierte Personen, dies wird bei Männern insbesondere ab dem Alter von 60 Jahren bedeutsam) als auch das Alter betreffend (dieses wird in den Hauptverbandsstatistiken als Differenz zwischen dem Jahr der Pensionierung und der Geburt ermittelt) lassen sich hierdurch zwar keine Pensionierungs- bzw. Invalidisierungsquoten errechnen. Es lässt sich aber abschätzen, ob bzw. in wie weit die beobachteten Entwicklungen bei den gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen durch Veränderungen in der Besetzungsstärke einzelner Altersjahrgänge verzerrt werden.

Tatsächlich ist die Zahl der 57- bis 59-jährigen Männer von 1999 bis 2003 um nahezu ein Viertel zurückgegangen und bis 2006 wieder auf etwa 93% des Ausgangswertes angestiegen, während jene der 60- bis 62-Jährigen bis 2002 um gut ein Drittel gestiegen ist und sich bis 2006 wieder weitgehend dem Ausgangsniveau angenähert hat.

Insgesamt werden aber auch unter Berücksichtigung der Veränderungen in der Altersstruktur die zuvor aufgezeigten Trends klar bestätigt. Die Neuzuerkennungen bei den 57- bis

Grafik 8: Gesundheitsbedingte Neuzuerkennungen bei Männern in Relation zur Stärke der Altersgruppe, 1999-2006



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Statistik Austria; eigene Berechnungen.

[2] Datenbasis: Statistik Austria, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Altersjahren und Geschlecht, Demografisches Jahrbuch 2005, 321 sowie Statistisches Jahrbuch 2008, 48.

59-jährigen Männern scheint relativ deutlich rückläufig zu sein, worin sich die erschwerten Zugangsbedingungen widerspiegeln dürften. Andererseits ist eine steigende Tendenz bei den ab 60-Jährigen klar zu erkennen. Während in dieser Altersgruppe bei den Männern bisher gesundheitsbedingte Pensionierungen nur eine eher geringe Rolle gespielt haben, gewinnen diese mit der Anhebung des vorzeitigen Pensionsantrittsalters mangels Alternativen nunmehr – wenig überraschend – an Bedeutung.

RESÜMEE

Die behaupteten massenhaften Ausweichreaktionen in die Invaliditätspension finden offensichtlich nicht statt. Die Zunahme bei gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen bei den 60-jährigen und älteren Männern ist die logische Konsequenz daraus, dass die Zahl der auf diese Pension angewiesenen Personen aufgrund der Anhebung des Pensionsalters für vorzeitige Alterspensionen angestiegen ist und die Wahrscheinlichkeit, invalide zu werden, auch mit steigendem Alter zunimmt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Neuzuerkennungen in dieser Altersgruppe ist der Zuwachs bei den Invaliditätspensionen jedoch relativ gering, was die behauptete „Massenflucht in die Invaliditätspension“ offensichtlich widerlegt.

Auf der anderen Seite zeigt der deutliche Rückgang bei den 57- bis 59-jährigen Männern, dass mit den pensionsrechtlichen Änderungen des Jahres 2000 (Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit und restriktivere Berücksichtigung innerhalb der Invaliditätspension) für diese Altersgruppe der Zugang zu einer gesundheitsbedingten Pension merklich erschwert wurde.

Insgesamt war im Betrachtungszeitraum – obwohl die Altersgrenzen, bis zu denen der Invaliditätspension eine reale Bedeutung zukommt, durch die letzten Pensionsreformen angehoben wurden –, die Entwicklung der gesundheitsbedingten Pensionsneuzuerkennungen stabil bzw. sogar leicht rückläufig. Die angebliche Massenflucht in die Invaliditätspension findet offensichtlich nicht statt. Dieses medial gern gezeichnete Bild ist vielmehr das Resultat einer sehr oberflächlichen und fehlerhaften Betrachtung.

BIBLIOGRAPHIE

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung:

- Pensionsversicherung, Berichtsjahre 1999 bis 2006.
- Anhang zur PV-Jahresstatistik Auswertungen nach Alter, Berichtsjahre 1999 bis 2006.
- Versicherte Pensionen Renten, Jahresergebnisse 1999 bis 2007.
- Statistik über die Pensionsantragsbewegung, Pensionsversicherung insgesamt, Männer und Frauen, Berichtsjahre 1999 und 2000.

Statistik Austria (2007), Statistisches Jahrbuch Österreichs 2008.

Statistik Austria (2006), Demographisches Jahrbuch 2005.

Helmut Ivansits

INVALIDITÄTSPENSIONEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

1. AUSGABEN DER ÖSTERREICHISCHEN PENSIONSVERSICHERUNG FÜR INVALIDITÄTSPENSIONEN

Die österreichische Pensionsversicherung weist im Jahr 2006 Ausgaben für Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit in der Höhe von rund 4,8 Mrd. Euro aus. Das ist rund ein Fünftel des gesamten Pensionsaufwandes der gesetzlichen Pensionsversicherung. Laut Statistiken des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger ist jede fünfte Pension eine Invaliditätspension. Zu beachten ist, dass Invaliditätspensionen in Österreich – anders als nach international üblicher Zählweise – auch nach Erreichen des Regelpensionsalters statistisch als Invaliditätspensionen erfasst bleiben. Das betrifft mehr als die Hälfte der ausgewiesenen Invaliditätspensionen, die den Alterspensionen zuzurechnen wären. Tatsächlich entfällt demnach in Österreich nur etwa jede zehnte Pension auf eine Invaliditätspension (vgl. hierzu Kap. 6 in diesem Beitrag). Wo Österreich mit diesem Ausgabenvolumen international steht, wissen wir nicht genau. Vor allem stehen für einen internationalen Vergleich keine neuen Daten zur Verfügung. Die letzten Vergleichsdaten über die Zuerkennungsquoten stammen aus dem Jahr 1999, europäische Daten über nationale Rentenausgaben sind aus dem Jahr 2002.

2. DIE HÖHE DER INVALIDITÄTSPENSIONEN – NATIONAL UND INTERNATIONAL

Tabelle 1 enthält die durchschnittlichen Einkommensersatzraten des Pensionszugangs 2006.

Invaliditätspensionen (Männer und Frauen) lagen im Jahr 2006 im Nettovergleich um mehr als 10 Prozentpunkte unter den Alterspensionen. Das liegt daran, dass der Steigerungsprozentsatz, der die erworbenen Versicherungszeiten widerspiegelt, samt dem Zurechnungszuschlag bei Invaliditätspensionen niedriger ist als bei Alterspensionen. Dazu kommt, dass die Bemessungsgrundlagen bei Invaliditätspensionen niedriger sind als bei Alterspensionen. Invaliditätspensionen sind zudem durch die Pensionsreformen stärker betroffen als Alterspensionen. Sie sind in den letzten Jahren stärker gesunken als Alterspensionen (vgl. Stefanits et al 2008, 185f).

Ein Vergleich von Bruttoersatzraten der EU-Staaten des Ausschusses für Sozialschutz (SPC) der Europäischen Kommission (vgl. Social Protection Committee 2004) auf der Grundlage der „total gross replacement rates“, d.h., der Ersatzraten der öffentlichen und obligatorischen betrieblichen Systeme, ergibt für 2010 unter Berücksichtigung der Pensionsreform eine deutlich ungünstigere Position für Österreich als noch im Jahr 2002. Bedauerlicherweise wurde in diesem Vergleich nicht zwischen Invaliditäts- und Altersrenten unterschieden. Gemäß dieser

Tabelle 1: Durchschnittliche Einkommensersatzraten des Pensionsneuzugangs 2006

	Anzahl der tatsächlichen Neuzuer-kennungen	Keine zwst., nur Inland, erstm. Zuerkennungen	Einkommensersatzraten	
			Bruttovergleich	Vergleich der Steuer-bemessungs-grundlagen
PV der Arbeiter				
IP/m	13.137	11.875	59,9%	69,6%
IP/w	5.193	4.838	54,8%	63,7%
IP/m+w	18.330	16.713	58,4%	67,9%
AP/m	10.669	5.580	74,2%	86,2%
AP/w	10.919	8.626	66,7%	77,5%
AP/m+w	21.588	14.206	69,6%	80,9%
IP+AP/m	23.806	17.455	64,5%	74,9%
IP+AP/w	16.112	13.464	62,4%	72,5%
IP+AP/m+w	39.918	30.919	63,6%	73,9%
PV der Angestellten				
BUP/m	3.375	3.240	62,3%	72,2%
BUP/w	3.360	3.228	56,2%	65,2%
BUP/m+w	6.735	6.468	59,3%	68,7%
AP/m	9.757	8.533	71,3%	82,6%
AP/w	14.288	12.864	66,5%	77,1%
AP/m+w	24.045	21.397	68,4%	79,3%
BUP+AP/m	13.132	11.773	68,8%	79,7%
BUP+AP/w	17.648	16.092	64,5%	74,7%
BUP+AP/m+w	30.780	27.865	66,3%	76,8%
PV nach dem ASVG				
IP/m	16.512	15.115	60,4%	70,2%
IP/w	8.553	8.066	55,4%	64,3%
IP/m+w	25.065	23.181	58,7%	68,1%
AP/m	20.426	14.113	72,4%	84,0%
AP/w	25.207	21.490	66,6%	77,2%
AP/m+w	45.633	35.603	68,9%	79,9%
IP+AP/m	36.938	29.228	66,2%	76,8%
IP+AP/w	33.760	29.556	63,5%	73,7%
IP+AP/m+w	70.698	58.784	64,9%	75,3%

Quelle: BMSK 2007.

IP: Invaliditätspensionen
AP: Alterspensionen

Prognose wird Österreich im Jahr 2010 bei einem geschlossenen Versicherungsverlauf (Erwerbstätigkeit von 20 Jahren bis zum gesetzlichen Pensionsalter) und unter Zugrundelegung des jeweiligen Medianeinkommens mit einer Ersatzrate von 66,9% des Bruttoverdienstes unter dem EU-Durchschnitt von 69,4% liegen. Für Deutschland weist die EU eine Bruttoersatzrate von 48,5% aus. Bei anfangs niedrigeren und im weiteren Erwerbsverlauf steigenden Einkommen liegt die österreichische Ersatzrate allerdings über dem EU-Durchschnitt.

3. VERMINDERUNG DER INVALIDITÄTSPENSIONEN DURCH AKTIVE ARBEITSMARKTPOLITIK

Seit etwa Mitte der 1970er Jahre sind Leistungen der Arbeitslosenversicherung durch Pensionen zurück gedrängt worden. Insbesondere in den Krisengebieten der Steiermark und in Oberösterreich wurden ältere ArbeitnehmerInnen mit Hilfe von politisch gesteuerten „Pensionsplänen“ über vorzeitige Alterspensionen und Invaliditätspensionen in den Ruhestand „versetzt“. Ende der 1980er Jahre wurde ebenfalls zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit der sogenannte Tätigkeitsschutz eingeführt. Die Folge davon war eine starke Zunahme der Zahl der Invaliditätspensionen (später der vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit). Dieser Tätigkeitsschutz wurde später zum Teil wieder zurück genommen.

In den letzten 30 Jahren hat der Gesetzgeber zur Verringerung der (vielfach auch krankheitsbedingten) Altersarbeitslosigkeit eine Reihe von Pensionsmöglichkeiten geschaffen, die es in Europa in vergleichbarer Weise nicht gab. Der Preis dafür waren höhere Pensionsquoten und Pensionsausgaben vor allem in der Altersgruppe ab 57 (früher 55). Dieser Maßnahme in Verbindung mit den anderen vorzeitigen Alterspensionen (die mittlerweile abgeschafft wurden) verdankt Österreich seine international gesehen vergleichsweise niedrigen Arbeitslosenraten. Dahinter steht ein sozialpolitischer Ansatz, der im Inland auf hohe politische Akzeptanz stieß und vielen Ländern als Vorbild diente. Die Verschlechterung des Tätigkeitsschutzes und die schrittweise Abschaffung der vorzeitigen Alterspensionen sind daher vor allem in Anbetracht der heute noch höheren Arbeitslosigkeit als noch vor 20 oder 30 Jahren als pensionspolitischer Paradigmenwechsel zu werten, der sich weniger an sozialpolitischen als an finanzpolitischen Motiven (Budgetentlastung) orientiert. Diese Ökonomisierung der Pensionspolitik konterkariert insofern bisherige Konventionen, als Probleme der Verwertung der Arbeitskraft im Alter oder bei geminderter Arbeitsfähigkeit stärker der Eigenverantwortung überlassen werden und Betroffene keine wirksame öffentliche Hilfe erwarten können.

Für viele ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist die Invaliditätspension daher oft ein Ausweg aus einer hoffnungslosen Situation: Mit der ihnen noch gebliebenen Arbeitsfähigkeit können sie weder die betrieblichen Anforderungen erfüllen noch – arbeitslos geworden – einen Betrieb finden, der sie wieder beschäftigen will. Daher ist es völlig unzutreffend, von der Invaliditätspension als „Schlupfloch“ in die Pension zu sprechen. Das wäre der Fall, wenn es gleichsam im Belieben der ArbeitehmerInnen stünde, sich zwischen (Weiter)Beschäftigung und Pension zu entscheiden. In Wahrheit sind es die Betriebe, die auf gesundheitliche Probleme ihrer MitarbeiterInnen in vielen Fällen mit Kündigung oder mit der Aufforderung zur Selbstkündigung (vgl. Wolf 2006, 32) reagieren.

Laut Daten der Pensionsversicherungsanstalt stehen in Wien nur rund 14% der Invaliditätspensionswerber Innen zum Zeitpunkt der Antragstellung in Beschäftigung, 76% sind LeistungsbezieherInnen aus der Arbeitslosenversicherung, der Rest weder beschäftigt noch im Leistungsbezug. 25% der AntragstellerInnen auf Invaliditätspensionen müssen vom Erwerbsaustritt weg vier Jahre und länger warten, bis sie endlich die Pension erhalten. Dazu kommt, dass Invalide zwar früh in Pension gehen, aber auch früher sterben (Männer: um rund zehn Jahre, Frauen: um rund sieben Jahre).

Eine (Weiter)Beschäftigung ist zumeist nur dann möglich, wenn ihnen der Sozialstaat unter die Arme greift, sei es durch medizinische und/oder berufliche Rehabilitation und/oder durch Eingliederungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice (AMS). Diese Unterstützung könnte durch gemeinsame Einrichtungen von AMS, Sozialversicherung, Bundessozialämter und der Länder („Gesundheitsstiftungen"), die Arbeitslose und (noch) ArbeitnehmerInnen im Rahmen eines Case Managements neue Beschäftigungschancen eröffnen, noch verbessert werden.

Neben der Anpassung von Arbeitsplätzen oder einem Arbeitsplatzwechsel im Betrieb sind es vor allem arbeitsmarktpolitische Instrumente (Lohnzuschüsse, Eingliederungsbeihilfen etc.), die eine Reintegration in den Arbeitsprozess bewirken könnten. Deren Anwendung führt zu höheren Ausgaben für die Arbeitslosenversicherung, erspart aber auch Arbeitslosengeld (Notstandshilfe) und Invaliditätspensionen. Österreich könnte durch diese aktivierende Politik nicht nur einen Beitrag zur Anhebung der Erwerbsquote Älterer leisten (die international gesehen niedrig ist), sondern auch die Lebensqualität von Menschen verbessern. Es ist von rund

Tabelle 2: Indikatoren zur Effizienz der Arbeitsmarktpolitik

	Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik Anteil am BIP in%		**Langzeitarbeitslose* in % aller Arbeitslosen**	
	1992/1996	**1996/2001**	**1991/1996**	**1996/2001**
Deutschland	1,39	1,28	41,0	50,7
Belgien	1,38	1,33	59,5	58,7
Dänemark	1,91	1,69	28,4	23,9
Frankreich	1,30	1,34	38,0	41,0
Italien	1,36	1,07	62,8	62,9
Niederlande	1,35	1,68	48,1	47,6
Österreich	0,39	0,47	–	–
Schweden	2,77	1,83	20,7	29,3
Schweiz	0,48	0,61	24,3	31,2
UK	0,52	0,37	39,3	32,7
Japan	0,11	0,19	17,4	22,7
USA	0,20	0,16	10,1	7,5

Quelle: OECD 2004, 14.

* Dauer der Arbeitslosigkeit zwölf Monate und mehr.

40.000 vornehmlich älteren unqualifizierten früheren ArbeitnehmerInnen auszugehen, die seit dem Erwerbsaustritt mehr als vier Jahre lang keine Beschäftigung haben und ihrem „Restleistungskalkül“ nach noch nicht so krank sind, dass sie nicht noch Hilfsarbeiten verrichten könnten (vgl. Guger et al 2007). Deren trostlose Lebensperspektive beschleunigt durch oft jahrelange Arbeitslosigkeit mit immer neuen durch das AMS verordneten „Schulungen“, die an der Situation überhaupt nichts ändern, noch die Invalidisierung.

International gesehen gibt Österreich relativ wenig Geld für aktive Arbeitsmarktpolitik aus.

Die niedrige Arbeitslosenrate in Österreich deutet darauf hin, dass die AMS-Mittel in Österreich effizient eingesetzt werden. In Österreich lag die Langzeitarbeitslosenrate (sie ist in der Tabelle nicht ausgewiesen) laut Auskunft der Statistik Austria bei 30%. Komparative Daten über zielgruppenspezifische Maßnahmen für Ältere (Schwerpunkt: Ältere mit gesundheitlichen Problemen) fehlen.

4. INVALIDITÄTSPENSIONEN UND IHRE URSACHEN

Ursachen für Invalidität sind neben genetischen Dispositionen die Arbeitsbedingungen, die Umwelt und die sozialen Lebensverhältnisse. Da die Arbeits- und Lebensbedingungen in der EU mit Ausnahme der „Erweiterungsländer“ nur geringe Unterschiede aufweisen, können die Divergenzen in den Zuerkennungsquoten und bei den Rentenausgaben für Invaliditätspensionen wohl nur auf nationale Besonderheiten zurück geführt werden. Dazu zählen insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Prävention und der „Umgang“ mit älteren Personen, die aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit entweder ihren Arbeitsplatz verloren haben oder zu verlieren drohen.

Eine präventive Gesundheitspolitik verringert betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten und entlastet das Sozialsystem. Prävention erhöht auch die Nachhaltigkeit des Pensionssystems durch ein höheres Arbeitskräfteangebot. Entspannt sich im Wirtschaftsaufschwung oder infolge demografischer Veränderungen der Arbeitsmarkt, steigen mit verbessertem Gesundheitszustand auch die Erwerbschancen älterer Menschen. Tendenziell wachsen dadurch auch die Chancen erwerbsgeminderter ArbeitnehmerInnen. Österreich wendet rund 1,9% der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von rund 17 Mrd. Euro (2004) für Prävention auf und liegt damit deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 2,6%. Höhere Ausgaben für betriebliche Gesundheitsförderung haben nach einer Studie des IHS (vgl. Helmenstein et al 2004, 35f) einen Return of Investment von 3:1.

5. ZUERKENNUNGSQUOTEN BEI INVALIDITÄTSPENSIONEN – NATIONAL UND INTERNATIONAL

Die nachfolgende Tabelle 3 zeigt die Zahl der österreichischen Pensionszuerkennungen nach Alter im Jahr 2006.

Tabelle 3: Pensionszuerkennungen 2006 – gesamte Pensionsversicherung*

Fälle	Männer		Frauen		Männer und Frauen	
	AP	IP	AP	IP	AP	IP
bis 40 Jahre	0	1.375	0	1.225	0	2.600
41 bis 45 Jahre	0	1.040	0	930	0	1.970
46 bis 50 Jahre	0	1.600	0	1.445	0	3.045
51 bis 55 Jahre	0	2.697	1.879	2.349	1.879	5.046
56 Jahre	0	880	2.295	596	2.295	1.476
57 Jahre	0	2.307	5.222	1.574	5.222	3.881
58 Jahre	0	2.153	2.433	908	2.433	3.061
59 Jahre	0	1.551	894	351	894	1.902
60 Jahre	3.990	1.098	6.608	88	10.598	1.186
61 Jahre	2.209	597	1.245	2	3.454	599
62 Jahre	4.375	318	373	1	4.748	319
63 Jahre	1.205	100	211	2	1.416	102
64 Jahre	301	60	140	1	441	61
65 Jahre	1.742	23	121	7	1.863	30
66 Jahre und älter	642	11	346	17	988	28
Summe	14.464	15.810	21.767	9.496	36.231	25.306

Quelle: BMSK 2007.

* Ohne zwischenstaatliche Teilleistungen.

Der letzte internationale Vergleich über die Zuerkennungsquoten geht auf das Jahr 1999 zurück (siehe Tabelle 4).

Dieser Vergleich ist heute freilich obsolet. Seit 1999 sind sowohl im Bereich der Judikatur als auch auf gesetzlicher Ebene wichtige Veränderungen eingetreten. Als Beispiele im Bereich der Rechtsprechung sind die Zulässigkeit der Verweisung von Arbeiter- auf Angestelltentätigkeiten, die so genannte Teilzeitverweisung und die Abschwächung des Berufsschutzes anzuführen, im Bereich der Gesetzgebung die Umwandlung von vorzeitigen Alterspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit in Invaliditätspensionen.

Obwohl sich also die Situation in Österreich wesentlich verändert hat, wird heute immer noch mit der veralteten OECD-Studie argumentiert. Berechnungen der Arbeiterkammer Wien verdeutlichen, dass die Bestandspensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2000 um ca. 20.000 weniger geworden sind. Auch die Zahl der Neuzuerkennungen ist gesunken (um ca. 2.000 verglichen mit 2000), obwohl in der Zwischenzeit das gesetzliche Pensionsalter angehoben wurde (vgl. Türk, in diesem Band).

Fest steht, dass Österreich im Jahr 1999 relativ hohe Zuerkennungsquoten aufwies. Es ist aber falsch, nur die Quoten der 55- bis 59-Jährigen zu betrachten, ohne jene in den anderen Altersgruppen in die Betrachtung einzubeziehen. Aus diesem Blickwinkel betrachtet, der die Gesamtzuerkennungsquote erfasst, verbessert sich die internationale Position Östreichs.

Tabelle 4: Neuzuerkennungen der Invaliditätspensionen in OECD-Ländern, 1999, nach Altersgruppen

	20 bis 34 Jahre	35 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 59 Jahre
		Je 1.000 Personen der Alterskohorte		
Australien	3,2	5,1	8,6	17,7
Kanada	0,4	1,0	2,4	4,7
Dänemark	1,6	3,1	7,0	11,1
Frankreich	0,2	0,7	1,9	4,7
Deutschland	0,6	2,3	6,9	18,5
Niederlande	8,3	11,6	15,6	12,0
Norwegen	3,3	8,5	18,2	36,9
Polen	1,6	7,1	18,1	11,7
Portugal	1,2	2,0	7,7	19,8
Spanien	0,4	1,6	3,6	8,4
Schweden	1,9	5,0	9,6	19,8
Schweiz	2,4	4,4	8,5	14,1
Großbritannien	9,7	12,4	17,8	22,3
USA	2,7	4,5	7,8	13,9
OECD (14)	2,7	5,0	9,6	15,4
Österreich	0,7	2,2	9,5	34,9

Quelle: OECD 2003, 108.

6. RENTENAUSGABEN WEGEN INVALIDITÄT – INTERNATIONAL

Noch deutlicher verbessert sich die österreichische Position, wenn man nicht nur die Zuerkennungsquoten, sondern die Rentenausgaben wegen Invalidität vergleicht. Die österreichische Sozialquote (Sozialausgaben in % des BIP) lag 2002 (vgl. Kubitza 2005, 4) bei 29,2% (EU-25: 27,4%). Die Rentenausgaben (in % des BIP) betrugen 2002 rund 14,6%, machten also rund die Hälfte der Sozialausgaben aus.

Gegliedert nach Funktionen (Altersrenten, Hinterbliebenenrenten und Vorruhestandsrenten, letztere wieder aufgeteilt in Invaliditätsrenten und vorgezogene Renten/Renten wegen Arbeitslosigkeit) beträgt der Anteil der Ausgaben für Invaliditätsrenten in Prozent der gesamten Rentenausgaben 10,7% (siehe Tabelle 5).

Mit diesem Prozentsatz liegt Österreich recht günstig an der 8. Stelle der EU-25. 1,56% des BIP werden für Invaliditätsrenten ausgegeben.

Auffällig ist aber in manchen Staaten der relativ hohe Anteil der vorgezogenen Renten bzw.

Tabelle 5: Gliederung der Rentenausgaben im Jahr 2002 (in % der Renten insgesamt)

	Altersrenten	Hinterbliebenenrenten	Vorruhestand:	
			Invaliditätsrenten	Vorgezogene Renten und Renten wegen Arbeitslosigkeit
EU-25	76,2	9,4	9,6	4,8
EU-15	76,0	9,8	9,6	4,6
BE	65,3	20,0	10,7	4,0
CZ	74,6	1,3	14,5	9,6
DK	63,5	0,0	15,8	20,7
DE	79,8	2,9	7,9	9,4
EE (2001)	85,4	3,1	8,8	2,6
EL	64,6	6,5	6,5	22,5
ES	76,4	5,8	12,3	5,4
FR	78,0	13,9	6,3	1,8
IE	44,7	21,9	18,6	14,8
IT	76,3	17,5	5,5	0,6
LV	82,3	3,6	12,0	2,2
LT	83,4	2,6	11,2	2,8
LU	41,8	23,0	19,6	15,7
HU	75,0	3,1	14,5	7,4
MT	68,4	19,4	9,6	2,6
NL	62,3	11,3	21,2	5,3
AT	64,1	17,2	10,7	8,0
PL (2001)	61,3	5,7	17,7	15,3
PT	66,5	11,9	19,3	2,3
SI	66,0	2,9	9,0	22,0
SK	85,3	2,2	12,1	0,3
FI	60,4	8,5	20,2	10,8
SE	74,3	5,5	20,1	0,2
UK	81,4	7,8	10,8	0,0
IS	63,9	8,9	27,2	0,0
NO	63,9	4,2	31,5	0,5
CH	72,6	9,3	18,0	0,0

Quelle: Kubitza 2005, 4.

Renten wegen Arbeitslosigkeit (in Österreich beträgt er immerhin 8%). Daher ist zu fragen, welche österreichischen Rentenarten im Jahr 2002 dazu gezählt haben bzw. ob sich dahinter nicht noch weitere in Wirklichkeit als Invaliditätsrenten zu bezeichnende Renten verbergen. Welche Leistungen nun unter „Invaliditätsrenten“ fallen, ist dem ESSOSS-Handbuch zu entnehmen, das insofern eine Präzisierung vornimmt, als es unter Invaliditätsrenten alle auf geminderte Arbeitsfähigkeit und Gebrechen beruhende Pensionen bis zum Regelpensions-alter subsumiert. Pensionen wegen Arbeitslosigkeit sind davon ausgenommen. Folgt man dieser Definition des ESSOSS-Handbuchs, muss man die vorzeitige Alterspension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit als Invaliditätsrente werten, während die vorzeitigen Alterspensionen bei Arbeitslosigkeit und langer Versicherungsdauer nicht dazu gehören.

Mit anderen Worten: Österreich liegt mit seinen Invaliditätsrentenausgaben im vorderen europäischen Mittelfeld. Länder wie Norwegen, Schweden oder Holland rangieren zum Teil weit vor Österreich. Die These, Österreich sei ein „Volk von Invaliden“, lässt sich somit nicht erhärten.

Das liegt nicht nur an dem relativ niedrigen Rentenniveau in Österreich, sondern auch daran, dass Eurostat Invaliditätspensionen bereits mit 60/65 zu den Alterspensionen zählt, während sie nach der österreichischen Zählweise in der nationalen Statistik bis zum Tod als Invaliditätspensionen erfasst bleiben. Das sind immerhin rund die Hälfte der österreichischen Invaliditätspensionen, die auf europäischer Ebene als Alterspensionen geführt werden. Zählt man nur jene Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit, die das Regelpensionsalter noch nicht erreicht haben, dann beträgt die Zahl der Invaliditätspensionen im Jahr 2006 nach Berechnungen der AK nicht 430.000, sondern 210.000 (vgl. Türk, in diesem Band).

7. EPC-STUDIE: LANGFRISTIGE ENTWICKLUNG DER PENSIONSAUSGABEN

Dazu kommt, dass das Pensionssystem durch etliche Pensionsreformen seit Mitte der 1980iger-Jahre langfristig stabilisiert wurde. Die öffentlichen Pensionsausgaben werden nach aktuellen Szenarien des Ausschusses für Wirtschaftspolitik der Europäischen Kommission (vgl. Economic Policy Committee 2006, 11) sogar von ca. 14,2% im Jahr 2004 bis 2050 auf 13% des BIP sinken (siehe Tabelle 6). Ein wichtiger Grund dafür ist – neben Leistungskürzungen durch die Parallelrechnung, später durch das Pensionskonto – die schrittweise Anpassung der Beamtenversorgung an das Niveau der Pensionsversicherung.

Vor dem Hintergrund sinkender Bestands- und Neupensionen sowie einer langfristig rückläufigen Pensionsausgabenquote (in Prozent der Sozialabgaben bzw. des BIP) kann in finanzpolitischer Hinsicht weder heute noch in Zukunft eine Notwendigkeit zu Pensionskürzungen abgeleitet werden (vgl. Kommission zur langfristigen Pensionssicherung 2008, 40-42).

Tabelle 6: Entwicklung der öffentlichen Pensionsausgaben 2005–2050

	2005	2020	2035	2050
Gesamtaufwendungen in Mrd. Euro	33,5	44,7	58,2	61,7
Gesamtaufwendungen in % des BIP	14,2	13,7	14,9	13,0
davon				
Aufwendungen gesetzl. PV in % des BIP	10,5	10,7	12,5	11,9
Aufwendungen Beamte in % des BIP	3,7	3,0	2,4	1,1

Quelle: BMSK 2007.

8. SOZIALPOLITISCHE DIMENSION VON INVALIDITÄT IN DER GESETZLICHEN PENSIONSVERSICHERUNG

Man darf das Thema Invalidität in der Pensionsversicherung nicht bloß in seiner finanziellen Dimension sehen. Unabhängig davon besteht auch ein sozialpolitischer Bedarf nach Reformen.

Erstes Reformziel ist dabei der Vorrang der medizinischen und vor allem der beruflichen Rehabilitation vor der Pension. Die Pensionsversicherungsträger sollen Versicherte unter Berücksichtigung ihrer beruflichen Qualifikation und der Dauer der Tätigkeit beruflich rehabilitieren, bevor ihnen die Pension gewährt wird. Das Problem ist, dass von dieser an sich schon geltenden Regelung bisher sehr wenig Gebrauch gemacht wurde. Eine Änderung der Praxis ist daher unbedingt erforderlich.

Zweites Reformziel ist eine präventive und instrumentell arbeitsmarktpolitische Ausrichtung der Invaliditätspolitik. Im Bereich der Invaliditätspensionen muss das Ziel die Prävention von Pensionen sein und nicht etwa die Verschärfung der Zugangsbestimmungen. Nicht diese Option, sondern Prävention, Früherkennung eines medizinischen und vor allem beruflichen Rehabilitationsbedarfs sowie die berufliche Umschulung sind die Voraussetzungen für eine rationale Invaliditätspolitik.

Drittes wichtiges Reformziel ist die Erhaltung des Statusschutzes in der Pensionsversicherung. Der Berufsschutz ist ohne Zweifel eine auch für das Selbstverständnis der Gewerkschaften bedeutsame Errungenschaft. Eine Entwertung von beruflicher Qualifikation ist auch in der modernen Arbeitswelt nicht erkennbar.

Immer wieder beklagen sich LeistungswerberInnen, die keine berufliche Qualifikation aufweisen, dass sie mit 50 oder 55 auf Tätigkeiten wie MuseumswärterInnen, BotengängerInnen etc. verwiesen werden. Worüber sie sich dabei in erster Linie beklagen, ist nicht etwa die Verweisung auf Hilfsarbeiten, sondern dass diese Tätigkeiten am Arbeitsmarkt für sie nicht zur Verfügung stehen. Sie sind sich also nicht etwa „zu gut“ für diese Tätigkeiten, sondern es gibt sie am Arbeitsmarkt nicht in dem Umfang, dass alle in der Arbeitsfähigkeit geminderten HilfsarbeiterInnen vom AMS vermittelt werden könnten. Abhilfe könnte eine Regelung schaffen, die nach einer längeren Zeit der Vermittlungsbemühungen durch das AMS zumindest in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit eine Pension ab 57 ermöglicht.

BIBLIOGRAPHIE

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007), Langfristige Finanzierung der gesetzlichen Pensionsversicherung für die Pensionskommission – Basisszenario, Wien.

Economic Policy Committee (2006), The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Europäische Kommission, Brüssel.

Guger, Alois, Christine *Mayrhuber* und Daniela *Platsch* (2007), Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen: Analysen für Österreich und internationale Erfahrungen, in: Soziale Sicherheit 5/2007, 232-243.

Helmenstein, Christian, Maria M. *Hofmarcher,* Anna *Kleissner,* Monika *Riedel,* Gerald *Röhrling* und Alexander *Schnabl* (2004), Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (= IHS-Projektbericht Nr. 739/2004).

Kubitza, Arne (2005), Renten in Europa 2005: Leistungen und Empfänger, in: *Eurostat,* Statistik kurz gefasst 11/2005.

Kommission zur langfristigen Pensionssicherung (2008), Bericht für den Zeitraum 2007 bis 2050, Wien.

OECD (2003), Transforming Disability into Ability, Paris.

OECD (2004), Employment Outlook, Paris.

Stefanits Hans und Franz *Kollarek* (2008), Die Pensionsreformen der Jahre 2000, 2003 und 2004 – Auswirkungen auf die individuellen Pensionshöhen, in: Soziale Sicherheit 4/2008, 178-192.

Social Protection Committee (2004), Current and Prospective Pension Replacement Rates. Report on Work in Progress, Brüssel.

Wolf, Gerhard (2006), Ausbau der Prävention, in: Sichere Arbeit 4/2004, 42-49.

Michael Lenert

ÜBERLEGUNGEN ZU ARBEITSPLATZBELASTUNGEN, INVALIDITÄT UND GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN KOSTEN

1. ARBEITSPLATZBELASTUNGEN, GESUNDHEIT UND GESAMTWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN

Krankheitsbedingte Austritte aus dem Erwerbsleben sind von verschiedenen Faktoren abhängig. Untersucht und diskutiert werden Faktoren wie Konjunkturgeschehen, Strukturwandel am Arbeitsmarkt und Gesetzesänderungen ebenso wie der Familienstatus, das Sport- und Freizeitverhalten, das Gesundheitsverhalten und das Erholungsverhalten. Der Einfluss von Arbeitsplatzbelastungen auf das Invalidisierungsgeschehen und die mit ihm verbundenen Kosten stehen demgegenüber weniger im Mittelpunkt.

Die Zahl der Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit betrug in Österreich im Dezember 2007 440.780. Davon entfielen 262.329 oder rund 60% auf Männer und 178.451 oder rund 40% auf Frauen. Rund 197.000 Pensionen entfielen auf Personen, die das gesetzliche Anfallsalter für die Alterspension (65. bzw. 60. Lebensjahr) noch nicht erreicht hatten. Das durchschnittliche Zugangsalter zu einer krankheitsbedingten Pension betrug im Jahr 2006 bei den erwerbstätigen Männern 53,9 und bei den Frauen 50,7 Jahre (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2008, 83-85).

Außer für eindeutig auf Arbeitsbedingungen rückführbare Krankheiten wie Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle sind bestimmte, in der Arbeitssituation gelegene, Ursachen der Invalidisierung und der mit ihr verbundenen gesamtwirtschaftlichen Kosten meist nicht einwandfrei identifizierbar. Dies liegt zum Teil am fehlenden Datenmaterial, zum Teil an den methodischen Problemen, die bestehen, wenn man den Einfluss isolierter Arbeitsbelastungen auf den Gesundheitszustand der betroffenen ArbeitnehmerInnen und die damit verbundenen Kosten darstellen möchte.

Zum ersten Mal in Europa ist dies für arbeitsbedingte Krankenstände in Deutschland im Jahr 2002 gelungen (vgl. Bödeker et al 2002). Die Autoren konnten zeigen, dass bestimmte einzelne Arbeitsplatzbelastungen mit einem signifikant erhöhten Risiko, an bestimmten Krankheiten zu erkranken, assoziiert waren und konnten die mit diesem erhöhten Risiko – dem sogenannten attributiven Risiko[1] – verbundenen gesamtwirtschaftlichen Kosten schätzen. Sie konnten zeigen, dass 29% aller Krankenstände in Deutschland im Jahr 1998 den körperlichen und 31% den psychischen Arbeitsbelastungen zugeordnet werden konnten. Schwere körper-

[1] Der Begriff stammt ursprünglich aus der Epidemiologie. Übertragen auf die Arbeitswelt geben attributive Risiken an, welcher Anteil des Erkrankungsgeschehens vermieden werden könnte, wenn durch Präventionsmaßnahmen ein Belastungsfaktor der Arbeitswelt ausgeschaltet oder vermindert werden würde. Attributive Risiken dürfen nicht addiert werden, da die Belastungsfaktoren nicht voneinander unabhängig sind und bei einer Addition Werte von mehr als 100% entstehen können.

liche Arbeit und ein geringer Handlungsspielraum bei der Arbeit wurden als die wichtigsten Einzelarbeitsbelastungen im Zusammenhang mit dem Krankenstandsgeschehen identifiziert. Die allein aus der Wirkung schwerer körperlicher Belastungen resultierenden arbeitsbedingten Kosten für Krankenstände beliefen sich in Deutschland im Jahr 1998 auf ca. 28 Mrd. Euro. Das entsprach etwa 1,6% des deutschen Bruttoinlandsprodukts (BIP) des Jahres 1998. Psychische Arbeitsbelastungen führten zu ca. 25 Mrd. Euro arbeitsbedingten Krankenstandskosten (vgl. Bödeker et al 2002, 13).

Für Österreich konnte gezeigt werden, dass Verletzungen, Vergiftungen, Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Atmungserkrankungen die häufigsten Krankenstandsursachen im Jahr 2004 darstellten. Zwischen den Jahren 1974 und 2004 haben Verletzungen von 25% auf 20% der Krankenstandsursachen deutlich abgenommen. Deutlich zugenommen haben in diesem Zeitraum Muskel- und Skeletterkrankungen, nämlich von 11% auf 22%, und psychiatrische Erkrankungen, nämlich von 1% auf 4% der Ursachen von Krankenständen. Kosten für Invaliditäts- und vorzeitige Alterspensionen, die im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten anfallen, wurden für das Jahr 2004 in der Höhe von 4,398 Mrd. Euro oder 2,1% des österreichischen BIP ermittelt (vgl. Leoni/Biffl/Guger 2008a, Folien 7 und 18).

Im Jahr 2006 wurde für Deutschland nachgewiesen, dass verschiedene Arbeitsbelastungen in signifikantem, jedoch unterschiedlichem Ausmaß zur Frühberentung beitragen. Insgesamt wurden 16 Belastungsfaktoren untersucht, die in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Invalidisierungsgeschehen und den mit ihm verbundenen Kosten stehen. Berechnet wurden direkte und indirekte Kosten des arbeitsbedingten Invalidisierungsgeschehens. Darüber hinaus wurden die Kosten der entgangenen Arbeitseinkommen, induzierte Effekte auf die Transferzahlungen und zusätzlich die ökonomischen Folgelasten für die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland berechnet. Unter den direkten Kosten wurden die nur aus der invaliditätsrelevanten Morbidität resultierenden Leistungsausgaben der beteiligten Sozialversicherungsträger berücksichtigt, also Krankheitsbehandlung und Pflege, die sich aus der invaliditätsbegründenden Krankheit ergaben. Die indirekten Kosten wurden nach dem Humankapitalansatz als die der Volkswirtschaft durch Invalidität entgangene Wertschöpfung in Form des entgangenen Arbeitseinkommens bemessen. Kosten wurden für die Gesamtbelastungen, die jeder Belastungsfaktor verursachte, berechnet. Zehn Diagnosehauptgruppen fanden für die Begründung der Invalidität Berücksichtigung (vgl. Bödeker et al 2006, 109-124).

2. ARBEITSPLATZBELASTUNGEN IM VERGLEICH

Die deutschen Ergebnisse können mit Sicherheit nicht direkt auf österreichische Verhältnisse umgelegt werden.[2] Es ist jedoch möglich, die Verbreitung von Schlüsselarbeitsbelastungen, von denen man weiß, dass sie einen Einfluss auf die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen ausüben, in Österreich, Deutschland und im EU-Mittel zu vergleichen und so Hinweise auf mögliche Ähnlichkeiten von Arbeitsbelastungsstrukturen zwischen den beiden Ländern und der gesamten EU zu erhalten. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass vergleichbare Be-

[2] Dies geht schon aus Gründen der Verschiedenheit der Pensionsversicherungssysteme zwischen Österreich und Deutschland nicht.

lastungsstrukturen auch einen ähnlichen Einfluss auf die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen ausüben dürften.

Für den Vergleich können die Ergebnisse der Erhebung der Arbeitsbedingungen in Europa aus dem Jahr 2000[3] herangezogen werden. Diese Erhebung ist eine von bisher vier repräsentativen Erhebungen über die Arbeitsbedingungen, die von der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions seit 1991 im Abstand von jeweils fünf Jahren durchgeführt werden und die einen guten Überblick über die Arbeitsbelastungen in der EU bieten.

Der Vergleich zeigt, dass die Arbeit auf kurzfristig vorgegebene Termine und ein hohes Arbeitstempo (Arbeitsintensität) in Österreich weiter verbreitet waren als in Deutschland. In Österreich arbeiteten im Jahr 2000 53,8% der Erwerbstätigen auf kurzfristig bekannt gegebene Termine hin und 47% mit einem hohen Arbeitstempo. Für Deutschland betrugen diese Werte 51,6% und 43,6% (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc21c1.htm).

Die Belastung durch die Ausführung repetitiver Arbeitstätigkeiten war in Österreich mit 37,5% der Erwerbstätigen etwas weiter als in Deutschland mit 33,4% verbreitet (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc12_3.htm).

Auch bei der Verbreitung schwerer körperlicher Belastungen wie den Einwirkungen von Vibrationen, der Handhabung schwerer Lasten und der Arbeit in schmerzhaften Körperhaltungen sowie bei der Verbreitung belastender Umgebungsbedingungen wie der Exposition gegenüber Abgasen und Chemikalien bestanden im Jahr 2000 in Österreich ähnliche Bedingungen wie in Deutschland. Nur Einwirkungen von Lärm waren in Deutschland etwas weiter verbreitet als in Österreich und Belastungen durch das Tragen von Schutzausrüstungen deutlich weiter verbreitet als in Österreich. Sowohl Österreich als auch Deutschland lagen relativ nahe an den Mittelwerten der damals 15 EU-Staaten (in der Folge mit EU-15 bezeichnet).

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland war das Arbeitstempo in erster Linie von Personen außerhalb des Unternehmens (KundInnen, KlientInnen, PatientInnen) abhängig (Österreich: 69,7% der Erwerbstätigen, Deutschland: 61,6%, EU-15: 68,5%; vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc22_2.htm).

Dies deutet auf die Dominanz des tertiären Wirtschaftssektors hin. In der weiteren Folge bestimmten in beiden Ländern die Zusammenarbeit mit KollegInnen, der/die direkte Vorgesetzte, numerisch vorgegebene Produktionsziele und Maschinen das Arbeitstempo. Sowohl die Reihenfolge als auch die Größenordnungen der Anteile der betroffenen Personen stimmten mit den Daten aus der EU-15 annähernd gut überein.

Bei Belastungen durch Einschränkungen der Handlungs- und Entscheidungsautonomie bei der Arbeit zeigte sich folgendes Bild: Belastungen durch eine vorgegebene Reihenfolge der auszuführenden Arbeitsaufgaben traten in Österreich bei 36,1% und in Deutschland bei 41% der im Jahr 2000 Befragten auf (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc25_1.htm).

---

[3] Der Vergleich wird deshalb mit den Daten aus dem Jahr 2000 durchgeführt, weil die Datensätze, mit denen Bödeker et al (2002) ihre Berechnungen durchführten, aus dem Jahr 1999 und die zeitlich nächsten gesamteuropäischen Daten aus dem Jahr 2000 stammen.

Keinen Einfluss auf das Arbeitstempo hatten in Österreich 26,4% und in Deutschland 31,5% der Befragten (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc25_3.htm).

32,1% der Befragten in Österreich gaben an, keinen Einfluss auf die Wahl ihrer Arbeitsweise gehabt zu haben. In Deutschland waren es 25,2% (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc25_2.htm).

Die Größenordnungen der Verbreitung aller drei autonomieeinschränkenden Belastungsfaktoren in den beiden Ländern stimmten mit den Werten in der EU-15 im Großen und Ganzen überein.

Belastungen dadurch, dass für die Ausführung der Arbeit zu wenig Zeit zur Verfügung stand, gaben 20,4% der Befragten in Österreich und 22,3% in Deutschland an (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc26_5.htm). Beide Werte stimmen gut mit dem in der EU-15 erhobenen Wert überein.

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland gaben 22,6% der Befragten an, dass ihre Arbeit ihre Gesundheit gefährdete. Dieser Wert liegt unter dem in der EU-15 mit 27,1% erhobenen (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc34.htm).

Nur 58,6% der österreichischen Befragten gaben im Jahr 2000 an, dass sie sich vorstellen konnten, ihren Beruf noch mit 60 Jahren auszuüben. In Deutschland waren es 58%. 22% der in Österreich Befragten gaben an, mit 60 Jahren ihren derzeitigen Beruf nicht mehr ausüben zu können. In Deutschland waren es 23,9%. 10,5% der Befragten in Österreich und 9,8% der Befragten in Deutschland gaben an, mit 60 Jahren gar nicht mehr in ihrem derzeitigen Beruf arbeiten zu wollen. Diese Werte entsprechen annähernd denen der EU-15 (vgl. http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wc37.htm).

Insgesamt zeigt sich eine gewisse Ähnlichkeit hinsichtlich der Strukturen jener Belastungsfaktoren, von denen bekannt ist, dass sie negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der ArbeitnehmerInnen haben. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, sich mit den Ergebnissen einer deutschen Untersuchung von Bödeker et al aus dem Jahr 2006, die sich mit den Kosten des arbeitsbedingten Invalidisierungsgeschehens beschäftigt, auseinander zu setzen und daraus vorsichtig Schlüsse auch auf Österreich zu ziehen.

3. ARBEITSBEZOGENE KOSTEN DER INVALIDITÄT IN DEUTSCHLAND

Die Analysen[4] von Bödeker et al aus dem Jahr 2006[5] konnten für das Jahr 1999 in Deutschland die folgenden arbeitsbedingten Kosten der Invalidität ermitteln:

---

[4] Auch hier wurde von sogenannten attributiven Risiken ausgegangen. In diesem Zusammenhang geben attributive Risiken an, welcher Anteil des Invalidisierungsgeschehens einem Arbeitsbelastungsfaktor zugeordnet werden kann.

[5] Den Analysen von Bödeker et al liegt ein einmaliges, sehr komplexes und umfangreiches Datenmaterial zugrunde, das über einen längeren Zeitraum gesammelt wurde. Das erklärt den relativ langen Zeitraum zwischen Datensammlung und Auswertung, weil solche Daten eben nicht „jeden Tag“ zur Verfügung stehen. Angesichts einer ziemlichen zeitlichen Stabilität – wenn nicht Verschlechterung – in den entscheidenden Parametern dürften die Ergebnisse jedoch nach wie vor Gültigkeit aufweisen.

Die höchsten arbeitsbezogenen Kosten verursachten *Einschränkungen des Handlungsspielraumes bei der Arbeit.* Sie betrugen im Jahr 1999 21,294 Mrd. Euro. Einschränkungen des Handlungsspielraumes erzeugten mit 1,245 Mrd. Euro auch die höchsten Krankenbehandlungs- und Pflegekosten (direkte Kosten, in der Folge der Einfachheit halber nur mit Behandlungskosten bezeichnet) und mit 9,065 Mrd. Euro den größten Wertschöpfungsverlust (indirekte Kosten). Einschränkungen des Handlungsspielraumes sind charakteristisch für maschinengebundene Arbeitsabläufe, wie sie typischerweise im sekundären Wirtschaftssektor (Sachgüterproduktion) auftreten. Sie liegen allerdings auch im tertiären Wirtschaftssektor vor, und zwar dort, wo KundInnen, KlientInnen und andere Personen von außerhalb eines Unternehmens den Arbeitsrhythmus und das Arbeitstempo vorgeben. EU-15 weit ist dieser Faktor der Vorgabe des Arbeitsrhythmus und Arbeitstempos am weitesten verbreitet und ist charakteristisch für die Erbringung von Dienstleistungen. Die wichtigsten – das heißt, die mit den höchsten Kosten verbundenen – invaliditätsbegründenden Diagnosehauptgruppen, waren Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrische Krankheiten und Neubildungen (z.B. Krebs). Allein die Erweiterung der innerbetrieblichen Handlungsspielräume hätte im Jahr 1999 nur unter Berücksichtigung der direkten und indirekten Kosten das deutsche BIP um bis zu 10,3 Mrd. Euro entlastet. Dieser Betrag stellt gleichsam eine Untergrenze der entstandenen arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung dar (vgl. Bödeker et al 2006, 125).

An der zweiten Stelle befanden sich Arbeitsbelastungen, die dadurch entstehen, dass dem geleisteten Arbeitsaufwand zu wenige Gratifikationen seitens des Unternehmens gegenüberstehen (Gratifikationskrisen, effort-reward-imbalance [ERI] nach Siegrist 1996). *Gratifikationskrisen* konnten arbeitsbezogene Kosten der Invalidisierung in der Höhe von 15,857 Mrd. Euro zugeordnet werden. Für die Behandlungskosten wurde ein Betrag von 956 Mio. Euro und für den Wertschöpfungsverlust ein Betrag von 6,743 Mrd. Euro ermittelt. Die wichtigsten invaliditätsbegründenden Diagnosehauptgruppen waren hier Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur, Krankheiten des Kreislaufsystems und psychiatrische Krankheiten (vgl. Bödeker et al 2006, 124).

Die dritthöchsten arbeitsbezogenen Invalidisierungskosten verursachten kombinierte Belastungen durch *hohe psychische Belastungen* („psychological demands“) *gepaart mit geringen Entscheidungsspielräumen* („job control“; demand-control [DC] Modell nach Karasek/Theorell 1990). Hier fielen Kosten des Invalidisierungsgeschehens in der Höhe von 11,074 Mrd. Euro an. Für die Behandlungskosten wurde ein Betrag von 643 Mio. Euro und für den Wertschöpfungsverlust ein Betrag von 4,785 Mrd. Euro errechnet. Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen waren hier Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur, psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 123).

In Österreich wie in Deutschland lagen im Jahr 2005 Arbeitsbelastungen durch hohe psychische Belastungen und geringe Entscheidungsspielräume in einem am EU-Durchschnitt gemessenen überdurchschnittlichen Ausmaß vor. Besonders betroffen waren Facharbeiter und angelernte Arbeiter in Industrieberufen, Anlagen- und Maschinenbediener, das Personal im Beherbergungs- und Gaststättenwesen, Beschäftigte in der Sachgüterproduktion, im Transport- und Nachrichtenwesen sowie im Bauwesen (vgl. European Foundation 2007, 59-60).

Belastungen durch *Konzentrationsanforderungen* verursachten an vierter Stelle Invalidisie-

rungskosten in der Höhe von 9,48 Mrd. Euro. Für die Behandlungskosten im Zusammenhang mit Invalidisierung durch Belastungen durch Konzentrationsanforderungen wurde ein Betrag von 536 Mio. Euro und für den Wertschöpfungsverlust ein Betrag von 3,959 Mrd. Euro ermittelt. In erster Linie zeichnen hier psychiatrische Krankheiten für die arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung verantwortlich. Erst danach folgen Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur (vgl. Bödeker et al 2006, 119-120).

Interessant ist, dass die vier kostenwirksamsten Belastungsfaktoren in erster Linie psychomentale Belastungen bewirken.

Erst an der fünften Stelle der Kostenrangreihe befindet sich der Faktor *körperliche Belastungen.* Dieser Belastungsfaktor setzt sich zusammen aus Belastungen durch schwere körperliche Arbeit (schwere Lasten heben und tragen), Zwangshaltungen und Vibrationen und verursachte arbeitsbezogene Kosten der Invalidisierung in der Höhe von 8,618 Mrd. Euro. Die mit diesem Faktor verbundenen Behandlungskosten wurden mit 506 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 3,786 Mrd. Euro ermittelt. Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur, Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten der Atmungsorgane sind hier die wichtigsten invaliditätsbegründenden Diagnosehauptgruppen (vgl. Bödeker et al 2006, 117-118).

Belastungen durch *schwere körperliche Arbeit* stehen mit 7,793 Mrd. Euro an der sechsten Stelle der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten von Invalidisierung. Die Behandlungskosten wurden mit 474 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 3,46 Mrd. Euro errechnet. Die wichtigsten Diagnosehauptgruppen sind in diesem Zusammenhang Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 108-109).

Belastungen durch *Hitze, Nässe, Kälte und Zugluft* folgen auf Platz sieben mit 6,738 Mrd. Euro arbeitsbezogener Kosten der Invalidisierung. Die Behandlungskosten betragen 382 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust 2,983 Mrd. Euro. Auch hier entfallen die arbeitsbezogenen Kosten primär auf Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie auf Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 113-114).

Belastungen durch *Zwangshaltungen* sind an achter Stelle der Kostenrangreihe mit 6,47 Mrd. Euro zu finden. Die Behandlungskosten wurden mit einem Betrag von 371 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit einem Betrag von 2,816 Mrd. Euro ermittelt. Hauptkostenverursacher sind hier ebenfalls Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 110-111).

An der neunten Stelle der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung finden sich Belastungen durch (gehörschädigenden) *Lärm* mit 5,688 Mrd. Euro. Die ermittelten Behandlungskosten belaufen sich auf 335 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust auf 2,524 Mrd. Euro. Auch hier finden sich Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie Krankheiten des Kreislaufsystems als wichtigste kostenverursachende Diagnosehauptgruppen (vgl. Bödeker et al 2006, 115-116).

Belastungen durch *Rauch, Dampf, Staub und Gas* stehen mit 4,3 Mrd. Euro an zehnter Stelle der Verursacher arbeitsbezogener Kosten von Invalidisierung. Die mit diesen Belastungen assoziierten Behandlungskosten wurden mit 251 Mio. Euro und der entsprechende Wert-

schöpfungsverlust mit 1,905 Mrd. Euro ermittelt. Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie Krankheiten des Kreislaufsystems sind auch hier die größten Kostenverursacher (vgl. Bödeker et al 2006, 114-115).

Belastungen durch *psychische Anforderungen* wie starker Termin- oder Leistungsdruck oder an die Grenze der Leistungsfähigkeit gehen zu müssen liegen mit 3,498 Mrd. Euro an elfter Stelle der Rangreihe arbeitsbezogener Kosten von Invalidisierung. Die mit Belastungen durch psychische Anforderungen verbundenen Behandlungskosten betragen 158 Mio. Euro und der Wertschöpfungsausfall 1,307 Mrd. Euro. Diese Kosten gehen primär auf psychiatrische Krankheiten zurück. Es folgen Krankheiten des Kreislaufsystems und Neubildungen (Krebs) (vgl. Bödeker et al 2006, 121-122).

Dieser Belastungsfaktor dürfte in Zukunft stark an Bedeutung gewinnen, da Untersuchungen der Arbeitsbedingungen in Europa seit 1991 eine kontinuierliche Zunahme der Verbreitung von hohem Arbeitstempo und Termindruck ergeben. Im Jahr 2005 wurde an den österreichischen Arbeitsplätzen mehr als die Hälfte der Arbeitszeit in einer Kombination von sehr hohem Arbeitstempo und kurzfristig bekanntgegebenen, unaufschiebbaren Terminen gearbeitet. Damit befindet sich Österreich auf dem siebenten Platz einer Rangreihe von 27 EU-Mitgliedsstaaten nach der Arbeitsintensität hinter den skandinavischen Ländern aber noch vor Deutschland. Der Unterschied zu den skandinavischen Ländern liegt darin, dass sich in Österreich die hohe Arbeitsintensität mit geringen Entscheidungsspielräumen verbindet. Derartige Arbeitsbedingungen verursachen Stress bei relativ wenigen Freiheitsgraden bei der Arbeit. An diesen Arbeitsplätzen sind besonders starke gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erwarten mit allen negativen Konsequenzen, die chronischer Stress verursacht. Zu bedenken sind auch die Konsequenzen für ältere ArbeitnehmerInnen, die Stress häufig weniger gut bewältigen können als jüngere. Ein Risiko steckt darin aber auch für die Unternehmen, wenn sie nicht rechtzeitig gegensteuern. Wenn man bedenkt, dass die Entstehung psychiatrischer Erkrankungen eine nicht unwesentliche Langzeitperspektive hat, so ist zu erkennen, dass in der Minderung psychischer Arbeitsanforderungen ein nicht unbeträchtliches Präventionspotenzial bezüglich der Entstehung arbeitsbezogener Invalidität liegt.

Belastungen durch *Öl, Fett, Schmutz und Dreck* verursachen arbeitsbezogene Kosten der Invalidisierung in einer Höhe von 3,145 Mrd. Euro. Damit liegt dieser Belastungsfaktor an zwölfter Stelle der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten des Invalidisierungsgeschehens. Die zugehörigen Behandlungskosten wurden mit 176 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 1,393 Mrd. Euro ermittelt. Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie Krankheiten des Kreislaufsystems sind hier die primären Kostenverursacher (vgl. Bödeker et al 2006, 112-113).

Belastungen durch *nicht zu den Anforderungen der Arbeit passende Qualifikationen* (verfehlte Qualifikationsanforderungen) liegen in der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten von Invalidität mit 1,558 Mrd. Euro an dreizehnter Stelle. Die mit diesem Belastungsfaktor verknüpften Behandlungskosten wurden mit 103 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 627 Mio. Euro ermittelt. Die in erster Linie invaliditätsbegründenden Diagnosehauptgruppen sind hier Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur sowie Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 118-119).

An vierzehnter Stelle der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten von Invalidität liegen Be-

lastungen durch *Schicht- und Nachtarbeit* mit 1,523 Mrd. Euro. Die mit Belastungen durch Schicht- und Nachtarbeit assoziierten Behandlungskosten belaufen sich auf 98 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust auf 646 Mio. Euro. Invaliditätsbegründende Diagnosehauptgruppen sind hier primär Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur und nahezu gleichbedeutend Krankheiten des Kreislaufsystems und psychiatrische Krankheiten (vgl. Bödeker et al 2006, 116-117).

Belastungen durch *Vibrationen* liegen mit 570 Mio. Euro an vorletzter Stelle der Rangreihe der arbeitsbezogenen Kosten des Invalidisierungsgeschehens. Die mit diesem Belastungsfaktor verknüpften Behandlungskosten wurden mit 37 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 256 Mio. Euro ermittelt. Die invaliditätsbegründenden Diagnosehauptgruppen sind in erster Linie Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Bödeker et al 2006, 109-110).

Den geringsten Anteil an den arbeitsbezogenen Kosten des Invalidisierungsgeschehens weisen mit 503 Mio. Euro Belastungen durch *Gefahrenstoffe* auf. Die mit diesem Belastungsfaktor verbundenen Behandlungskosten wurden mit 29 Mio. Euro und der Wertschöpfungsverlust mit 215 Mio. Euro ermittelt. Invaliditätsbegründende Diagnosehauptgruppen sind hier in erster Linie Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur und in einem geringeren Ausmaß Krankheiten des Kreislaufsystems gefolgt von psychiatrischen Krankheiten (vgl. Bödeker et al 2006, 111-112).

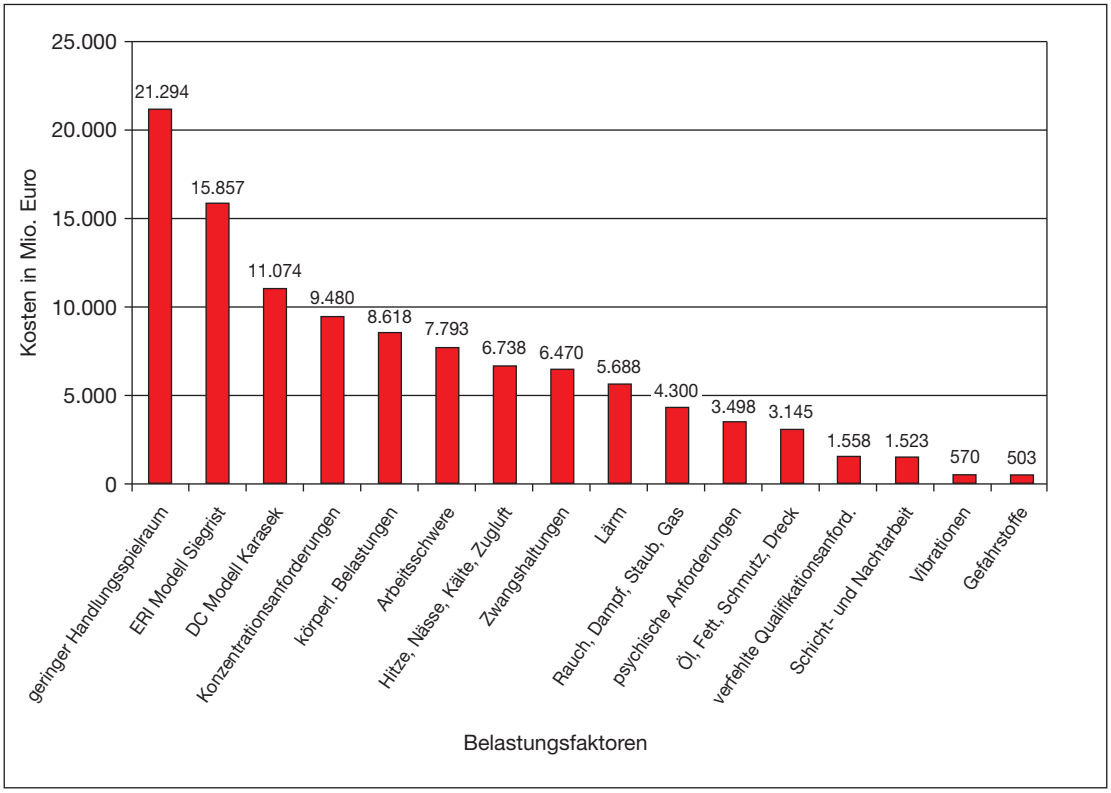
4. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das eigentlich überraschende Ergebnis der Studie von Bödeker et al (2006) die Dominanz psychomentaler und organisationaler Arbeitsbelastungen im Zusammenhang mit dem arbeitsbezogenen Invalidisierungsgeschehen und den mit ihm verbundenen Kosten ist (vgl. Abbildung 1).

In einer Rangreihe von insgesamt 16 Arbeitsbelastungsfaktoren nach der Höhe der arbeitsbedingten Kosten von Invalidisierung nehmen die ersten vier Rangplätze psychomentale und organisationale Arbeitsbelastungen ein; und zwar gilt dies für die gesamten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung, die Kosten für Krankenbehandlung und Pflege sowie für den Verlust an Wertschöpfung für jeden dieser Arbeitsbelastungsfaktoren. Mit großem Abstand an vorderster Stelle befinden sich Belastungen, die durch Einschränkungen des Handlungsspielraums bei der Arbeit entstehen. Es folgen Belastungen, die durch ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsaufwand auf der Seite der Beschäftigten und betrieblichen Gratifikationen, hohe psychische Arbeitsanforderungen in Verbindung mit geringen Entscheidungsspielräumen und Anforderungen an die Konzentration entstehen. Erst an fünfter Stelle befinden sich körperliche Belastungen.

Betrachtet man die invaliditätsbegründenden Diagnosen, so zeigt sich, dass die höchsten arbeitsbedingten Kosten der Invalidität durch Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur verursacht werden. Bis auf zwei der untersuchten Arbeitsbelastungsfaktoren, nämlich psychische Anforderungen und Konzentrationsanforderungen, verursachen Krankheiten des Ske-

Abbildung 1: Arbeitsbezogene Kosten der Erwerbsunfähigkeit über alle untersuchten Diagnosen



letts und der Muskulatur die höchsten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung. Bei Belastungen durch Konzentrationsanforderungen verursachen Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur die drittgrößten arbeitsbedingten Kosten der Invalidisierung. Bei Belastungen durch psychische Anforderungen spielen Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur keine signifikante Rolle.

Krankheiten des Kreislaufsystems verursachen bis auf Belastungen durch hohe psychische Anforderungen in Verbindung mit geringen Entscheidungsspielräumen bei allen Arbeitsbelastungsfaktoren die zweithöchsten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung. Bei Belastungen durch hohe psychische Anforderungen in Verbindung mit geringen Entscheidungsspielräumen verursachen sie die dritthöchsten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung.

Psychiatrische Krankheiten verursachen bei Arbeitsbelastungen durch psychische Anforderungen (Termin- und Leistungsdruck) und Belastungen durch Konzentrationsanforderungen die höchsten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung. Bei Belastungen durch hohe psychische Anforderungen in Verbindung mit geringen Entscheidungsspielräumen verursachen psychiatrische Krankheiten die zweithöchsten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung. Unter Belastungen durch eingeschränkte Handlungsspielräume, ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsaufwand seitens der Beschäftigten und Gratifikationen seitens des Betriebes, Schicht- und Nachtarbeit sowie die Einwirkung von Gefahrstoffen verursachen psychiatrische Krankheiten die drittgrößten arbeitsbedingten Kosten der Invalidisierung (vgl. Bödeker et al 2006, 124).

5. FOLGERUNGEN FÜR ÖSTERREICH

Für Österreich liegen vergleichbare Daten (noch) nicht vor. Daher ist derzeit auch keine seriöse quantitative Schätzung des über Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle hinausgehenden arbeitsbedingten Anteils an den Kosten der Invalidisierung durchzuführen. Aufgrund der festgestellten Ähnlichkeit der Strukturen von Arbeitsbelastungen zwischen Österreich, Deutschland und den Mitgliedsstaaten der EU könnte man jedoch den Versuch unternehmen, ein qualitatives Szenario der langfristigen Auswirkungen von Arbeitsbelastungen auf bleibende Gesundheitsschäden der ArbeitnehmerInnen in Österreich, die zum frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben führen, zu entwerfen.

Drei Hauptdiagnosegruppen waren im Jahr 2006 für rund drei Viertel der Invaliditätspensionsneuzuerkennungen verantwortlich. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes standen mit 33% an der Spitze der Begründungen für die Neuzugänge zu Invaliditätspensionen. An zweiter Stelle folgen bereits psychiatrische Erkrankungen mit 27% gefolgt von Erkrankungen des Kreislaufsystems mit 13% (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2008, 84).

Dieselben Ursachen für Krankenstände und Invaliditätspensionen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer zeitlichen Wirkungsperspektive. Während im Jahr 2006 jeweils nur 4,8% der Krankenstandstage auf psychische Erkrankungen und 4,2% auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurück zu führen waren, erfolgten 27% der Invaliditätspensionsübertritte aufgrund psychischer Erkrankungen und 13% aufgrund von Kreislauferkrankungen. Beschwerden dieser beiden Diagnosegruppen haben folglich stärkere Auswirkungen auf die endgültige Erwerbsbeendigung als auf vorübergehende krankheitsbedingte Fehlzeiten (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2007, Tab. 2.22 und 2008, 84).

Oberstes Ziel der betrieblichen Gesundheitsvorsorge muss sein, arbeitsbedingte gesundheitliche Schädigungen von ArbeitnehmerInnen von vorneherein zu vermeiden. Daher muss die Prävention deutlich verstärkt werden.

Ohne Zweifel wird man in Zukunft deutlich mehr Aufmerksamkeit als bisher den psychomentalen und organisationalen Arbeitsbelastungen zuwenden müssen. Hohe Arbeitsintensität verursacht durch hohes Arbeitstempo und Termindruck liegt in Österreich in einem am EU-Durchschnitt gemessenen überdurchschnittlichen Ausmaß vor. Diese dürfte im sekundären Wirtschaftssektor und vor allem in der Sachgüterproduktion relativ weit verbreitet sein. Die Produktion auf unaufschiebbare und kurzfristig bekannt gegebene Termine hin („just in time“) in Verbindung mit Reduktionen oder Abschaffungen von Lagern verschärft den Arbeitsdruck und dürfte dadurch vor allem das Risiko, an psychiatrischen Krankheiten zu erkranken, die zu einer Invalidisierung führen, erhöhen.

Hohe Arbeitsanforderungen mit wenig Möglichkeiten, sich die Arbeit selbst einteilen zu können (geringe Entscheidungsspielräume), dürften vor allem ArbeitnehmerInnen im sekundären aber auch im tertiären Wirtschaftssektor treffen. Im sekundären Wirtschaftssektor, und hier vor allem in der Sachgüterproduktion, ergeben sich die Einschränkungen von Entscheidungsspielräumen durch eine relativ weit verbreitete Bindung an maschinenabhängige Arbeitsabläufe. Im Dienstleistungssektor sind es wahrscheinlich weniger zahlenmäßig vorgegebene

Leistungsziele, die das Arbeitstempo bestimmen, sondern viel mehr die direkte Abhängigkeit des Arbeitstempos und Arbeitsrhythmus von Personen, die von außerhalb der Unternehmen (KundInnen, KlientInnen, PatientInnen) kommen. Sie lassen wenig Möglichkeiten, sich die Arbeit selbst einzuteilen. Diese Belastungen sind charakteristisch für persönliche und telefonische Beratungsdienstleistungen, wie sie etwa in Call-Centern aber auch in online-Beratungsdiensten erbracht werden. An derartigen Arbeitsplätzen ist ein erhöhtes Risiko für Muskel- und Skeletterkrankungen aber auch für Herz-Kreislauferkrankungen und nicht zuletzt für psychiatrische Erkrankungen zu erwarten. Auch das Personal in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Ambulatorien) dürfte unter einem verstärkten derartigen gesundheitlichen Risiko, das zur Invalidität führt, stehen.

Schwere körperliche Arbeiten wie sie etwa im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft auftreten, verdienen ebenfalls – vor allem was die Entstehung von Skelett- und Muskelerkrankungen angeht – besondere Beachtung im Zusammenhang mit dem Invalidisierungsgeschehen.

Auch auf das Gaststätten- und Beherbergungswesen muss, vor allem was die dort vorherrschende Kombination von hohen Anforderungen und geringen Entscheidungsspielräumen angeht, besonderes Augenmerk gelegt werden. Hier dürfte ein erhöhtes Risiko der Invalidisierung vor allem in der Folge von Skelett- und Muskelerkrankungen und psychiatrischen Krankheiten gegeben sein.

Generell sollte man bedenken, dass die Daten, mit denen die Modelle der Schätzung der arbeitsbezogenen Kosten von Invalidisierung in Deutschland entwickelt wurden, (aus Gründen der Datenqualität) aus dem Jahr 1999 stammen und nur für 1999 gelten.[6] Angesichts der bis zur Gegenwart anhaltenden Zunahme der Arbeitsintensität in Österreich und in der EU dürfte heute eher eine Verschlechterung der Belastungssituation an den Arbeitsplätzen und damit auch eine Vergrößerung des arbeitsbedingten Anteils am Invalidisierungsgeschehens in Österreich gegenüber früher zu erwarten sein.

Erleichterung in dieser Situation ist auf betrieblicher Ebene hauptsächlich von Maßnahmen der Arbeitsorganisation zu erwarten. Die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen für die ArbeitnehmerInnen, den Arbeitsanstrengungen der ArbeitnehmerInnen angemessene Gratifikationen – und zwar auch in Form von Anerkennung und Wertschätzung – und eine bessere Verteilung von Konzentrationsanforderungen würden deutliche Beiträge zur Abnahme des Invalidisierungsgeschehens und zur Senkung der arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung leisten. Auch die Minderung von Zeitdruck und die Senkung des Arbeitstempos würden in diese Richtung wirken.

Zu diesem Zweck muss der Einsatz der ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräfte (Präventivfachkräfte) in den Unternehmen deutlich intensiviert werden. Die Präventionszeiten – das sind jene Zeiten, die die Präventivfachkräfte in den Unternehmen im Einsatz sind – müssen deutlich erhöht werden. ArbeitspsychologInnen sollten, als das für psychische Arbeitsbeanspruchungen fachlich kompetente Personal, verstärkt zum Einsatz kommen und verpflichtend zur Prävention beigezogen werden müssen.

---

[6] Zu bedenken ist, dass die ermittelten arbeitsbezogenen Kosten der Invalidisierung jedes Jahr in einer vergleichbaren Größenordnung anfallen.

Auf überbetrieblicher Ebene müssten die Kontrolle und die Überwachung der Einhaltung von ArbeitnehmerInnenschutzvorschriften durch die Arbeitsinspektion intensiviert werden. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) und die Verordnungen zum ASchG müssten laufend dem neuesten Stand des Wissens angepasst werden. Die Evaluierung von Arbeitsbedingungen und -belastungen müsste verstärkt durchgeführt und dokumentiert werden und die ArbeitgeberInnen verbindlich verpflichtet werden, festgestellte Mängel zu beseitigen.

BIBLIOGRAPHIE

Bödeker, Wolfgang, Heiko *Friedel,* Christof *Röttger* und Alfons *Schröer* (2002), Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen (= Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Dortmund/Berlin.

Bödeker, Wolfgang, Heiko *Friedel,* Michael *Friedrichs* und Christof *Röttger* (2006), Kosten der Frühberentung (= Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Dortmund/Berlin/Dresden.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001), Third European Survey on Working Conditions 2000 (ESWC 2000), Luxemburg; download: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2001/21/en/1/ef0121en.pdf.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007), Fourth European Survey on Working Conditions (ESWC 2005), Luxemburg; download: http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2008), Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung, Wien; download: http://www.hauptverband.at/mediaDB/131306.PDF.

Karasek, Robert und Töres *Theorell* (1990), Healthy Work. Stress, Productivity, and the reconstruction of working life, New York.

Leoni, Thomas, Gudrun *Biffl* und Alois *Guger* (2008), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien, Präsentation der Studienergebnisse in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Jänner 2008.

Leoni, Thomas, Gudrun *Biffl* und Alois *Guger* (2008a), Präsentation der Ergebnisse in der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt 2008, unveröffentlicht.

Siegrist, Johannes (1996), Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work, in: Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 1, 27-43.

Wolfgang Panhölzl

DER LANGE WEG ZUR „GESUNDHEITSSTRASSE“

1. BEDARF NACH EINER „GESUNDHEITSSTRASSE“

Die „Gesundheitsstraße“ wurde schon seit Jahrzehnten von verschiedenen Seiten gewünscht, gefordert und wieder verworfen. Im Rahmen des großangelegten Projekts „Invalidität im Wandel“[1] des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz hat die „Gesundheitsstraße“ im Cluster 2 ein Ausmaß an Zustimmung und Konkretisierung erreicht, das auf eine Umsetzung hoffen lässt. „Gesundheitsstraße“ ist seit geraumer Zeit ein Arbeitstitel, hinter dem das Konzept einer einheitlichen, standardisierten, zentralen und verbindlichen Feststellung der Arbeitsfähigkeit steht. Im Grunde ist an ein Kompetenzzentrum gedacht, das als Dienstleister (für Pensionsversicherungsträger, das AMS, etc.) die medizinische und berufskundliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen soll. Weiters sollen auf Basis der erstellten Gutachten medizinische und berufliche Rehabilitationsempfehlungen erteilt werden. Im Folgenden wird anstelle des in die Jahre gekommenen Begriffs „Gesundheitsstraße“ die aussagekräftigere Bezeichnung „Kompetenzzentrum Arbeitsfähigkeit“ verwendet.

Dem vorliegenden Konzept für ein Kompetenzzentrum Arbeitsfähigkeit (KompAf) liegt die einvernehmliche Wahrnehmung durch die betroffenen Institutionen, Ministerien und auch die Sozialpartner zugrunde, dass die Schnittstelle zwischen Pensionsversicherung und Arbeitsmarkservice von unterschiedlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit geprägt ist. Das heißt, es kommt zu Begutachtungen durch das AMS und – in weiterer Folge bei der Antragstellung auf eine Pension – durch die PVA, die oft unterschiedliche Beurteilungen der Berufsunfähigkeit oder Invalidität zum Ergebnis haben. Die Betroffenen werden mehrfach untersucht, zwischen den Institutionen hin und her geschickt, ohne eine zuverlässige Auskunft über den Status ihrer Erwerbsfähigkeit zu erhalten. In der dritten Phase landen sie beim Arbeits- und Sozialgericht und dann wieder beim Arbeitsmarktservice, das die Betroffenen nach einer gewissen Zeit wieder zur Pensionsversicherung schickt, womit der Kreislauf von Neuem beginnt. Ein Durchlauf – AMS, PVA, Sozialgericht mit dreimaliger Gesamtbegutachtung – dauert durchschnittlich ein bis zwei Jahre und wird nicht selten mehrfach wiederholt. Das Tragische darin ist, dass sich während der Jahre des Im-Kreis-geschickt-Werdens, der Gesundheitszustand – nicht zuletzt aufgrund der enormen psychischen Belastung – kontinuierlich verschlechtert, und die Betroffenen nach drei, vier oder noch mehr Jahren tatsächlich arbeitsunfähig werden.

Statistisch lässt sich der Bedarf nach einem KompAf durch eine Studie der Landesstelle Wien der Pensionsversicherungsanstalt aus dem Jahr 2007 untermauern. Demnach stehen ledig-

[1] An diesem Projekt, das im Sommer 2007 begonnen wurde und im Herbst 2008 abgeschlossen sein soll, sind die wichtigsten Akteure, die mit dem Phänomen „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ konfrontiert sind, beteiligt: die Sozialversicherungsträger, die beruflichen Interessensvertretungen, die Bundesministerien für Soziales und für Finanzen, die Bundesländer, das Arbeitsmarktservices, das Bundessozialamt, etc. Organisiert in die drei Cluster „Prävention“, „Schnittstellenproblematik“ und „Rechtliche Rahmenbedingungen“ sollen neue Wege gefunden werden, um dem Problem Minderung der Erwerbsfähigkeit besser begegnen zu können.

lich 14% der AntragstellerInnen einer Invaliditätspension zum Antragszeitpunkt in Beschäftigung. 76% der AntragstellerInnen beziehen zum Antragszeitpunkt eine Leistung der Arbeitslosenversicherung. 10% sind weder beschäftigt noch arbeitslos gemeldet. Über die Pensionsanträge einer repräsentativen Stichprobe wurde zu einem Drittel mit Gewährungen entschieden, zu zwei Dritteln erfolgten Ablehnungen. Die AntragstellerInnen kehren in den Status der Arbeitslosigkeit zurück, ein Teil bringt eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht ein. Von den 21.000 Klagen allein gegen die Bescheide der Pensionsversicherungsanstalt werden wiederum 16.000 (rund 70%) abgelehnt (vgl. Jahresbericht 2007 der PVA). Bekräftigt und ergänzt wird die PVA-Erhebung durch eine Studie des Wirtschaftsforschungsinstitutes (vgl. Guger/Mayrhuber/Platsch 2007, 238), in der die Dauer zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt untersucht wurde. Gegenstand der Analyse waren die Pensionsneuzuerkennungen wegen Invalidität zwischen 1998 und 2005 (164.097 Fälle). Grundsätzlich gibt es den Trend, dass der Anteil der Direktübertritte aus dem Erwerbsleben sinkt (1998: ca. 41%; 2005: ca. 37%). Bei 27% der zuerkannten Invaliditätspensionen beträgt die Dauer zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt von zwei Monaten bis zu zwei Jahren, bei 12% zwischen zwei und vier Jahren und bei 25% vier Jahre und länger. Das Übergangsverhalten von Männern und Frauen ist in etwa gleich.

Die hohe Anzahl der abgelehnten Anträge aus dem Status der Arbeitslosigkeit und die zum Teil extrem lange Übergangsphase zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt, die überwiegend im Status der Arbeitslosigkeit verbracht wird, sind Beleg für ein in hohem Ausmaß ineffizientes Zugangsverfahren und Case-Management. Zum einen „pendeln“ arbeitslose und kranke Menschen jahrelang zwischen dem AMS, der Pensionsversicherungsanstalt und dem Arbeits- und Sozialgericht, zum anderen werden vorhandene Indikatoren für eine drohende Invalidität (Daten des AMS aus medizinischen Gutachten, Daten der Gebietskrankenkasse über Diagnosen, Dauer und Häufigkeit von Krankenständen, etc.) nur unzureichend für möglichst frühzeitige Interventionen genutzt. Diese Defizite führen bei den Betroffenen zu Frustrationen und zur Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes und tragen letztlich wesentlich dazu bei, dass sie „pensionsreif“ werden oder sich „pensionsreif“ fühlen.

Eine frühzeitige, rasche und für alle Stellen verbindliche Feststellung der Arbeitsfähigkeit würde aus Sicht der Arbeitsgruppe des Clusters 2 ein effizienteres Zugangsverfahren und Case-Management ermöglichen.

2. MÖGLICHE PARTNER DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Als Partner kommen grundsätzlich alle Träger und Institutionen in Betracht, für deren Tätigkeit die Feststellung der beruflichen Leistungsfähigkeit relevant ist (Pensions-, Kranken- und Unfallversicherungsträger, das AMS, das Bundessozialamt, Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum, Bund, Länder, etc.). Das derzeitige Problem besteht darin, dass die genannten Träger die Minderung der Erwerbsfähigkeit und die daraus zu ziehenden Konsequenzen eigenständig und naturgemäß den Trägerinteressen entsprechend beurteilen. Es kommt häufig zu Doppelt- und Mehrfachuntersuchungen, weil die Betroffenen mit verschiedenen Trägern in Kontakt kommen, gleichzeitig fehlen einheitliche Standards der medizinischen und berufskundlichen Beurteilung.

Ein Kompetenzzentrum, das von Beginn an Servicecenter für alle betroffenen Institutionen ist, erscheint aufgrund des großen organisatorischen Aufwandes und aufgrund des Umstandes, dass mit dem KompAf Neuland betreten wird, nicht sinnvoll umsetzbar. Es empfiehlt sich eine mehrstufige Umsetzung des Kompetenzzentrums. In einem ersten Schritt sollten lediglich die Pensionsversicherungsträger, das AMS und die Träger der Sozialhilfe einbezogen werden. Sinnvoll erscheint auch die Einbeziehung etwaiger „Frühwarnsysteme" (Gesundheitsstiftungen etc.) soweit es um die Feststellung der Arbeitsfähigkeit und die Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen geht.

3. AUFGABEN DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Es sind drei Kernaufgaben ins Auge gefasst:

- Die Feststellung der Invalidität
- Die Feststellung der beruflichen (Rest-)Leistungsfähigkeit
- Die Erteilung von Rehabilitationsempfehlungen.

Diesbezügliche Gutachten sollen auf Basis bundesweit einheitlicher Richtlinien erstellt werden. Dafür sind Standards für medizinische und berufskundliche Gutachten, sowie Standards für Rehabilitationsempfehlungen zu entwickeln. Der Standard der Gutachten ist durch Qualitätsmanagement und durch Service-Level-Agreements[2] sicherzustellen.

Besondere Bedeutung kommt der Verbindlichkeit der Gutachten zu. Die Feststellungen der medizinischen Leistungsfähigkeit ist bezogen auf den Anwendungsbereich (Verweisung auf bestimmte Tätigkeiten) schon aus Haftungsgründen als verbindlich zu erachten. Auch für die Pensionsversicherungsträger muss die Entscheidung über die Berufsunfähigkeit oder Invalidität für einen bestimmten Zeitraum Gültigkeit haben, selbst wenn (noch) kein Pensionsantrag vorliegt.

Rehabilitationsempfehlungen sollen für den, bei der Pensionsversicherungsanstalt eingerichteten, Rehabilitationsausschuss und für Maßnahmen des AMS als Entscheidungshilfe dienen. Die Zuweisung zum KompAf erfolgt bei Vorliegen eines Pensionsantrages über den Pensionsversicherungsträger. Liegt ein solcher nicht vor, erfolgt die Zuweisung durch das AMS, Gesundheitsstiftungen, etc. Damit ist für das AMS die Feststellung der Arbeitsfähigkeit ohne Pensionsantrag im kurzen Weg möglich, was eine deutliche Reduktion der Pensions-Antragszahl und der damit verbundenen Klagen beim Arbeits- und Sozialgericht erwarten lässt. Hinzu kommt die Vermeidung von Doppel- und Mehrfachbegutachtungen.

Gegen ablehnende Pensionsanträge und Leistungsbescheide sollen die bisherigen Rechtsmittelwege offenstehen.

---

[2] Ein Service Level Agreement ist eine Vereinbarung (Vertrag) zwischen zwei Trägern, z.B. Pensionsversicherungsanstalt und AMS, unter welchen Voraussetzungen eine medizinische Begutachtung anerkannt wird. Das heißt konkret, das AMS verpflichtet sich die Gutachten des bei der Pensionsversicherungsanstalt angesiedelten Kompetenzzentrums anzuerkennen, wenn die Gutachten eine – im Agreement festzulegende – bestimmte Qualität aufweisen, die vom AMS durch im Agreement festzulegende Möglichkeiten überprüft werden kann.

4. ORGANISATION DES KOMPETENZZENTRUMS ARBEITSFÄHIGKEIT

Das KompAf sollte im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger organisiert werden. Denkbar wäre, dass der Hauptverband (Verbandsvorstand) z.B. der Pensionsversicherungsanstalt den Auftrag zur Durchführung der KompAf Aufgaben erteilt, da diese bereits über die organisatorische und weitgehend auch personelle Ausstattung verfügt. Die Einbeziehung anderer Organisationen sollte auf Basis von Service-Level-Agreements gesetzlich geregelt erfolgen. So würde das AMS gesetzlich verpflichtet werden, LeistungsbezieherInnen in das KompAf zuzuweisen und die Gutachten anzuerkennen (derzeit werden ja die Gutachten gegenseitig nicht anerkannt). Diese Verpflichtungen werden jedoch nur wirksam, wenn ein Service-Level-Agreement zustande kommt.

Das KompAf muss als „Bundesträger" mit neun Landesorganisationen nach dem Prinzip „1. Tag in der Landeshauptstadt" organisiert werden. Das heißt, die Betroffenen würden – bei Fahrtkostenersatz – aus den Regionen der Bundesländer in die jeweilige Landeshauptstadt reisen, um an einem Tag bestmöglich alle Untersuchungen zu absolvieren.

5. FINANZIERUNG

Aufgrund der Vermeidung von Doppelbegutachtungen, der geringeren Anzahl von Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht und sonstiger Synergieeffekte der Vereinheitlichung und Verkürzung von Verfahren ist gegenüber dem Jetztzustand, auch ohne Vorliegen von exakten Daten, kurz- bis mittelfristig eine deutliche Kostenreduktion zu erwarten. Wobei über die Kostenaufteilung (oder Kostenbeteiligung) zwischen den betroffenen Institutionen noch zu reden sein wird. Wenn man dem KompAf näher tritt, sind jedenfalls exakte Berechnungen dieses Potenzials durchzuführen.

Auf bestehende Expertisen sollte nicht verzichtet werden. Das heißt, das KompAf wird nicht alle Gutachten selbst erstellen, sondern auch – wie heute bei allen beteiligten Partnern üblich – Aufträge zur Gutachtenserstellung erteilen und dabei auf bewährte DienstleisterInnen (wie BBRZ, FachärztInnen, etc.) zurückgreifen.

6. NUTZEN FÜR DIE VERSICHERTEN

Für die Versicherten ist heute die geteilte Kompetenz bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit zwischen den einzelnen Institutionen der Verwaltung nicht nachvollziehbar, zumal die Ergebnisse bei (vermeintlich) gleichen Sachverhalten unterschiedlich ausfallen.

Zudem ist die Durchführung von Untersuchungen durch verschiedene Stellen auch für die Versicherten selbst zeit- und kostenintensiv, und stellt zudem eine psychische Belastung dar.

Im Sinne einer transparenten bürgerInnennahen Verwaltung liegen die Vorteile bei den Versicherten in folgenden Bereichen:

- Einmalige Untersuchung(en)
- Verbindliches Ergebnis mit einer Entscheidungsoption, weil das Begutachtungsergebnis für einen Zeitraum in die Zukunft gilt. Ein Pensionsantrag kann, muss aber nicht gestellt werden
- Bekanntgabe der zu erwartenden Pensionsleistung aus dem Versicherungsfall der Krankheit zum Zeitpunkt der medizinischen Untersuchung (eventuell auch Pensionshöhe zum Regelpensionsalter als Vergleich)
- Information über die Möglichkeiten beruflicher oder medizinischer Rehabilitation.

Die bisher aufeinander folgenden Prozessschritte werden zu einem einzigen, parallel laufenden Prozess, an dessen Ende alle Möglichkeiten gleichzeitig aufgezeigt werden.

Der Entscheidungsfreiraum und die Möglichkeiten, die im individuellen Fall vorliegen, werden für die Versicherten dadurch größer, deren Abhängigkeit hingegen geringer.

BIBLIOGRAPHIE

Guger, Alois, Christine *Mayrhuber* und Daniela *Platsch* (2007), Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen: Analysen für Österreich und internationale Erfahrungen, in: Soziale Sicherheit 5/2007, 232-248.

Julia Nedjelik-Lischka

ARBEITNEHMER/INNENSCHUTZ – AUSBAU UND WEITERENTWICKLUNG

1. ARBEITNEHMER/INNENSCHUTZ UND INVALIDITÄT: WO STEHEN WIR

Arbeit darf nicht krank machen! Dennoch sind hunderttausende ArbeitnehmerInnen täglich gesundheitsgefährdenden oder stark belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Im Jahr 2006 gab es 106.768 von der AUVA anerkannte Arbeitsunfälle unselbständig Erwerbstätiger ohne Wegunfälle (vgl. BMWA 2007, 3). Von allen Krankheiten, die arbeitsbedingt sind, wird nur ein geringer Teil als Berufskrankheit anerkannt, im Jahr 2006 waren es bei unselbständig Erwerbstätigen 1.199 Fälle (vgl. BMWA 2006, 3). Die Gefährdung der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen wird als Bestandteil des betrieblichen Geschehens angesehen. Daraus resultieren viele Folgeschäden. Zu viele ArbeitnehmerInnen sind aus gesundheitlichen Einschränkungen arbeits- oder berufsunfähig oder invalide. Gesundheit als wertvollstes Gut des Menschen kann man nicht kaufen, deshalb dürfen sich ArbeitnehmerInnen Ihre Gesundheit nicht abkaufen lassen! Zum Verlust der Gesundheit kommen – zusätzlich zum menschlichen Leid – eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage des/der Betroffenen und ein erheblicher volkswirtschaftlicher Schaden.

Durch gut organisierte Vorbeugung ist es jedoch möglich, Gefahren zu minimieren und Gesundheitsschädigungen vorzubeugen.

1.1 Relevanz und Grenzen des ArbeitnehmerInnenschutzes

Ein funktionierender ArbeitnehmerInnenschutz ist Grundvoraussetzung für den Erhalt der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen. Arbeiterkammern und Gewerkschaften haben wesentlich dazu beigetragen, dass das österreichische System des ArbeitnehmerInnenschutzes ausgebaut wurde.

Der ArbeitnehmerInnenschutz basiert auf dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und den entsprechenden Verordnungen. Er umfasst technische, medizinische, ergonomische, psychologische und pädagogische Maßnahmen, die dazu beitragen, Leben und Gesundheit der erwerbstätigen Menschen zu schützen. Der ArbeitnehmerInnenschutz gliedert sich zum einen in den „technischen ArbeitnehmerInnenschutz“, also Vorschriften zur technischen Durchführung der Arbeit, wie etwa Bestimmungen über Schutzvorrichtungen und Schutzmaßnahmen bei Maschinen und Geräten, usw. und zum anderen in den „Verwendungsschutz“. Dazu zählen Vorschriften wie das Arbeitszeitgesetz, das Mutterschutzgesetz und das Kinder- und Jugendlichenbeschäftigungsgesetz. Die Arbeitsbedingungen müssen dabei an den Menschen angepasst werden – nicht umgekehrt.

Ein erstes Problem besteht darin, dass das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz nur für ArbeitnehmerInnen gilt, die im Rahmen eines Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnisses in

Arbeitsstätten, auf auswärtigen Arbeitsstellen und auf Baustellen tätig sind. Nicht erfasst sind hingegen Personen mit Werkverträgen, HeimarbeiterInnen und Hausangestellte.

Vor allem aber ist es – nicht zuletzt wegen der bevorstehenden Alterung der Erwerbsbevölkerung – sehr wichtig, die Bestimmungen des ArbeitnehmerInnenschutzes laufend an neue arbeitsmedizinische Erkenntnisse und an die sich wandelnden Gefährdungspotentiale des Arbeitslebens anzupassen und die Prävention von Invaliditätsgefährdungen auszubauen und zu verbessern. Entscheidend ist für die Zukunft, den Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu einem breiten öffentlichen Anliegen zu machen und ihm jenen Stellenwert einzuräumen, der ihm aufgrund seiner sozialen und ökonomischen Bedeutung zukommt. Zum Ausbau des Problembewusstseins müssen Grundkenntnisse über ArbeitnehmerInnenschutz-Vorschriften und Möglichkeiten zur Durchsetzung vermittelt werden. Dadurch steigt die Bereitschaft, sich mit ArbeitnehmerInnenschutz-Problemen auseinanderzusetzen und die Beurteilungsfähigkeit drohender Gefahren. Ursachen, die zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten führen können, werden leichter erkannt.

2. BELASTUNGSFAKTOREN

Arbeitsprozesse werden durch die Arbeitswissenschaft analysiert, geordnet und gestaltet. Dabei werden technische, organisatorische und soziale Bedingungen der Arbeit berücksichtigt.

Der/die ArbeitgeberIn hat für die arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung durch Präventivfachkräfte zu sorgen. Die Verantwortung für die Durchführung des ArbeitnehmerInnenschutzes liegt bei der/dem ArbeitgeberIn.

Die Aufgabe der Sicherheitsfachkräfte und der ArbeitsmedizinerInnen liegt in der Unterstützung der ArbeitgeberInnen bei der Organisation von Sicherheit und Gesundheitsschutz. Zu den wichtigsten Aufgaben der Sicherheitsfachkräfte gehören Fragen der Arbeitssicherheit, einschließlich der Unfallverhütung und die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Die Tätigkeit der ArbeitsmedizinerInnen erstreckt sich grundsätzlich auf den vorbeugenden Gesundheitsschutz, wobei vor allem durch Beobachtung der betrieblichen Vorgänge auf mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit zu achten ist.

Jede/r ArbeitgeberIn muss die Arbeitsplätze im Unternehmen auf ihr Gefahrenpotential hin untersuchen, um größtmögliche Sicherheit zu gewährleisten und Gesundheitsschäden vorzubeugen. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz schreibt vor, wie viele Stunden der/die ArbeitgeberIn eine/n MedizinerIn und eine/n TechnikerIn in das Unternehmen holen muss. Diese 1,5 Stunden pro ArbeitnehmerIn und Kalenderjahr (bei Tätigkeiten mit geringer körperlicher Belastung, wie z.B. bei Büroarbeitsplätzen, 1,2 Stunden pro ArbeitnehmerIn und Kalenderjahr) werden zwischen ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräften aufgeteilt. Ein Viertel dieser Zeit, im Gesetz Präventionszeit genannt, muss bei Vorliegen von psychischen Arbeitsbelastungen für die arbeitspsychologische Betreuung vorgesehen werden. Andernfalls wird dieses restliche Viertel der Präventionszeit auf Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen oder andere geeignete Fachleute (ChemikerInnen, ToxikologInnen oder ErgonomInnen) verteilt.

Menschengerecht ist Arbeit, wenn sie Arbeitsposition (Sitzen, Stehen etc.), Arbeitsarten (Muskelarbeit, Arbeit unter Zeitdruck etc.), Umgebungseinflüsse (Beleuchtung und Raumklima, Lärm und Vibration, Staub etc.) sowie psycho-soziale Belastungen (zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeitsinhalte, Arbeitszeitregelungen etc.) in der erforderlichen Weise berücksichtigt. Die Hoffnung, technischer Fortschritt führe automatisch zu menschengerechten Arbeitsbedingungen, hat sich in weiten Bereichen der Industriegesellschaft nicht erfüllt.

Die wichtigsten belastungsbeeinflussenden Faktoren sind neben Arbeitsorganisation, Pausen und den oben genannten Punkten:

- Vorbelastungen von vorherigen Arbeitstagen
- Alter und persönlicher Gesundheitszustand
- persönliche Leistungsfähigkeit.

Statistik Austria veröffentlichte im Jahr 2000 konkrete Daten zu Arbeitsbedingungen. Eine neuerliche Erhebung wäre wünschenswert, um auf aktuelle Zahlen zurückgreifen zu können. Angesichts der Beschleunigung unseres Arbeitsalltags ist nicht zu erwarten, dass sich die Zahlen verbessert haben. ArbeitnehmerInnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung in Österreich mehrfach belastet (vgl. Statistik Austria 2000, 870):

- 1.997.300 durch starken Zeitdruck bei der Arbeit
- 1.507.800 durch unregelmäßigen Arbeitsanfall
- 1.076.000 durch schwere körperliche Anstrengung
- 881.200 durch Witterungseinflüsse

Belastend sind auch unregelmäßige Arbeitszeiten. 2005 leisteten in Österreich 602.900 ArbeitnehmerInnen Schicht-, Wechsel- oder Turnusdienst (vgl. Statistik Austria 2007, 6).

Diesen Faktoren muss mit vorbeugendem Gesundheitsschutz entgegengewirkt werden. Die Mitwirkung von ArbeitsmedizinerInnen, ArbeitspsychologInnen und Sicherheitsfachkräften sowie die Einbindung der Sicherheitsvertrauenspersonen und des Betriebsrates ist unbedingt erforderlich.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hat einen Index erstellt, mit dem gute Arbeit gemessen wird. Dabei wurde sichtbar: „Je höher der berufsgruppenspezifische Anteil ‚guter Arbeit' desto niedriger die Arbeitsunfähigkeit und desto geringer die gesundheitlich bedingte Frühberentung" (Priester 2007, 34). Man sieht: ArbeitnehmerInnenschutz zahlt sich aus.

2.1 Lange Arbeitszeiten

Aus arbeitsmedizinischer und arbeitswissenschaftlicher Sicht sind sehr lange Arbeitszeiten abzulehnen, weil dadurch körperliche, psychische und gesundheitliche Belastungen entstehen, die die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen enorm gefährden. Bei Arbeitszeiten von täglich neun oder mehr Stunden ist neben einem progressiven Anstieg der Ermüdung unter anderem mit Folgendem zu rechnen (vgl. Knauth 2004, 68-71):

Höheres Arbeitsunfallrisiko: Das relative Unfallrisiko nimmt laut Häneke bei überlangen Arbeitszeiten deutlich bis um 28% zu. Bei einer Analyse von Fernfahrerunfällen wurde ein 3,5-fach erhöhtes Risiko gefunden, wenn Fahrer länger als acht Stunden fuhren (vgl. Heider 2006, 14).

Aufnahme und Abbau gesundheitsschädigender Arbeitsstoffe im Körper: Für mehrere hundert gesundheitsschädigende Arbeitsstoffe sind Grenzwerte durch die österreichische Grenzwerteverordnung und die Grenzwertliste der Europäischen Union festgelegt. Die Werte beziehen sich immer auf acht Stunden und können bei längeren Arbeitsschichten nicht linear extrapoliert werden. Am Beispiel der Toxinmenge im Blut wurde festgestellt, dass bei längeren Schichten im Vergleich zur 8-Stunden-Schicht eine stärkere Akkumulation der Aufnahme über mehrere Wochen erfolgt ist (vgl. Heider 2006, 14).

2.2 Keine Arbeit ohne Erholung!

Für die Gestaltung menschlicher Arbeit sind Belastung (Einflüsse, die von außen auf den Menschen einwirken) und Beanspruchung (dadurch ausgelöste Reaktionen im menschlichen Organismus) relevant. Um Ermüdung vorzubeugen müssen auch Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen berücksichtigt werden.

Zum Ausgleich von Arbeitsbelastungen müssen weiters Erholungszeiten in die Tätigkeit eingebaut werden. Die Erholungszeit soll die Gesundheit erhalten. Arbeitsunterbrechungen geben dem Menschen die Möglichkeit, seine Kräfte aufzufrischen. Jedem/r ArbeitnehmerIn sollten pro Stunde mindestens sechs Minuten Pause zum Ausgleich der Arbeitsermüdung gewährt werden. Es gilt: Mehrere kurze Pausen sind erholungswirksamer als wenige und dafür längere Pausen.

Die Zielsetzung, Belastungen überhaupt nicht auftreten zu lassen oder diese auf ein Mindestmaß zu reduzieren, steht jedoch an erster Stelle.

3. ARBEITSUNFÄLLE

In der Statistik sind nur jene Arbeitsunfälle gezählt, bei denen eine Arbeitsunfallmeldung erfolgte. Bei leichten Arbeitsunfällen gehen ExpertInnen von einer erheblichen Dunkelziffer aus. Seit 1. Oktober 2002 gilt die Regelung nach § 53b ASVG, dass Unternehmen ab dem 4. unfallbedingten Krankenstandstag eines Mitarbeiters/einer Mitarbeiterin von der AUVA einen Zuschuss von 50% zur Entgeltfortzahlung erhalten. Diese Neuregelung sorgt dafür, dass Unternehmen mit bis zu 50 MitarbeiterInnen im Jahr 2003 um 13,5% mehr Arbeitsunfälle gemeldet haben. Die AUVA versucht mit Information Unklarheiten zum Thema „Meldepflicht von Arbeitsunfällen“ zu beseitigen, um die Dunkelziffer zu verringern.

3.1 Unfallursachen

Unfälle beruhen auf Ursachen, die erkennbar und beschreibbar sind und daher in aller Regel vermieden hätten werden können. Gründe für sicherheitswidriges Verhalten sind z.B. zu 20% Nicht-Wissen (nicht unterwiesen, mangelhaft ausgebildet) und zu 10% Nicht-Können (aus geistigen und/oder körperlichen Gründen). Die restlichen 70% sind auf fahrlässiges oder bewusstes Handeln gegen bestehende Arbeitnehmerschutzvorschriften zurückzuführen.

Höhere Gewalt ist dadurch gekennzeichnet, dass unerwartet und unvorhersehbar ein Unfall eintritt, mit dem niemand rechnen und gegen den man sich deshalb auch nicht schützen konnte. Der Anteil an unvermeidbaren Unfällen beträgt nach Auffassung der ExpertInnen nicht mehr als 2% (vgl. Heider 2006, 23).

Die Aufgliederung der Arbeitsunfälle nach Auslösern für Unfälle ergibt, dass Sturz und Fall von Personen, maschinelle Betriebseinrichtungen, scharfe und spitze Gegenstände sowie Herab- und Umfallen von Gegenständen am häufigsten vertreten sind (vgl. BMWA 2005, 19). Diese auslösenden Momente für Unfälle können auf drei Hauptfaktoren zurückgeführt werden: Einen „Nährboden“ bilden technische Mängel, mangelnde Ordnung und Sauberkeit sowie Fehler in der Arbeitsorganisation. Weiters handelt es sich oft um Mängel in der Arbeitsgestaltung, um Aufsichtsmängel, Mängel im Personaleinsatz oder zu hohen Leistungsdruck. Ein weiterer Grund sind sicherheitswidrige Zustände. Diese können z.B. entstehen, wenn Arbeitgeber kurzfristige Vorteile zu Lasten des ArbeitnehmerInnenschutzes erzielen wollen. Durch geeignete Vorsorgemaßnahmen können sicherheitswidrige Zustände im Interesse aller (ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen, öffentliche Budgets) vermieden werden.

3.2 Beinaheunfälle

Zur Meldung von Ereignissen, die beinahe zu einem Arbeitsunfall geführt hätten, ist jede/r ArbeitgeberIn aber auch jede/r ArbeitnehmerIn verpflichtet. Eine der wichtigsten Maßnahmen, um Arbeitsunfälle zu vermeiden ist, „Beinahe-Unfälle“ zu analysieren und die Unterweisung der betroffenen ArbeitnehmerInnen über die Gefahren zu wiederholen.

4. BERUFSKRANKHEITEN

Berufskrankheiten laut § 177 und Anlage 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) sind Krankheiten, die in der Berufskrankheiten-Liste der Allgemeinen Unfallversicherung angeführt sind. Sie müssen durch Ausübung der die Versicherung begründenden Beschäftigung in einer Branche oder einem Unternehmen laut Berufskrankheitenliste entstanden sein. Durch eine Generalklausel wird eine Krankheit, die nicht in dieser Liste enthalten ist, auch dann als Berufskrankheit anerkannt, wenn im konkreten Fall auf Grund gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse festgestellt wird, dass diese Krankheit ausschließlich oder überwiegend durch die Verwendung schädigender Stoffe oder Strahlen bei einer vom/von der Versicherten ausgeübten Beschäftigung entstanden ist.

Betrachtet man die Statistiken zu Berufskrankheiten, zeigt sich zwischen 2002 und 2006 ein annähernd gleichbleibender Verlauf von rund 1.000 bis 1.300 Fällen (vgl. BMWA 2007, 3). Jeder einzelne Fall einer Berufskrankheit ist einer zuviel, außerdem ist die tatsächliche Zahl der, durch Arbeitsbedingungen verursachten, Gesundheitsstörungen um ein Vielfaches höher: ein Großteil der durch Erwerbsarbeit ausgelösten Erkrankungen wird von der Allgemeinen Unfallversicherung zum einen nicht als Berufskrankheit anerkannt. Zum anderen wird der mögliche Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Krankheit oft nicht erkannt – MedizinerInnen fragen meist nicht nach den Ursachen, sondern nach den Folgen.

Beispiel dafür sind häufig diagnostizierte psychosomatische Störungen des Herz-Kreislauf-Systems, des vegetativen Nervensystems oder des Magen-Darm-Traktes mit chronischem Verlauf. Sie werden nicht als Berufskrankheiten anerkannt, obwohl es deutliche Indizien dafür gibt, dass sie arbeitsbedingt sind.

An der Spitze der Berufskrankheiten-Statistik standen 2006 Lärmschwerhörigkeit mit 573 Fällen, Hauterkrankungen mit 213 Fällen und durch allergisierende Stoffe verursachtes Asthma bronchiale mit 100 Fällen (vgl. BMWA 2007, 20).

5. ARBEITSBEDINGTE ERKRANKUNGEN

Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Erkrankungen, bei denen das jeweilige Arbeitsumfeld als verursachender oder als verschlimmernder Faktor eine entscheidende Rolle spielt. Etwa die Hälfte aller Erkrankungen ist arbeitsbedingt und arbeitsassoziiert. In Österreich waren im Jahr 2003 Krankheiten des Skeletts und der Muskulatur (3,5 Mio. Fehltage pro Jahr) die häufigste Diagnose für arbeitsbedingte Erkrankungen (42%) vor jenen der Atmungs- (28%) und Verdauungsorgane bzw. psychiatrischen Erkrankungen (je 6%) (vgl. Wittig 2004).

Die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen sind vielfältige arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, wie häufiges Heben und Tragen schwerer oder unhandlicher Lasten, Zwangshaltungen, aber auch psychosoziale Belastungen, wie beispielsweise geringer Handlungsspielraum, Überforderung und zu geringe psychische Anforderungen.

ArbeitgeberInnen sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen. Dazu gehören Maßnahmen zur Vermeidung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und arbeitsbedingter Erkrankungen.

Die *allgemeine Fürsorgepflicht der ArbeitgeberInnen* für die MitarbeiterInnen, also Verantwortung für den Schutz des Lebens und der Gesundheit ergibt sich aus dem Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1157 ABGB). Darüber hinaus beinhalten laut § 3 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ANSchG) die Pflichten der ArbeitgeberInnen auch die Verhütung arbeitsbedingter Gefahren.

Die ArbeitgeberInnen sind verpflichtet, die für die Sicherheit und der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen bestehenden Gefahren zu ermitteln und zu beurteilen, um geeignete Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen.

Zu berücksichtigen sind besonders gefährdete oder schutzbedürftige Personengruppen wie Jugendliche, schwangere Arbeitnehmerinnen oder Menschen mit Behinderung sowie die Eignung der ArbeitnehmerInnen im Hinblick auf ihre Konstitution, Körperkräfte, Alter und Qualifikation.

Die Ergebnisse der Gefahrenermittlung und die in Folge festgelegten Maßnahmen müssen im Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument festgehalten werden. Bei ordnungsgemäßen Kontrollen der Arbeitsinspektion in Bezug auf Einhaltung der Vorschriften zu Sicherheit und Gesundheitsschutz im Unternehmen wird auch in das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument Einsicht genommen.

Maßnahmen zum Schutz der ArbeitnehmerInnen umfassen vor allem die Vermeidung von Risiken. Weiters wichtig ist die Berücksichtigung des Standes der Technik sowie die Ausschaltung von Gefahrenmomenten. Technik, Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen und soziale Beziehungen müssen dabei verknüpft werden.

Ein wichtiges Thema ist auch die Koordinationspflicht (§ 8 ANSchG), wenn mehrere ArbeitgeberInnen in einer Arbeitsstätte, auf einer Baustelle oder einer auswärtigen Arbeitsstelle ArbeitnehmerInnen beschäftigen. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und das Bauarbeitenkoordinationsgesetz verpflichten die unterschiedlichen ArbeitgeberInnen zur Zusammenarbeit und Absprache untereinander im Sicherheits- und Gesundheitsschutz.

Bei der Überlassung von ArbeitnehmerInnen (§ 9 ANSchG) gilt der Beschäftiger als Arbeitgeber und muss den Überlasser über die erforderliche Eignung und Merkmale des Arbeitsplatzes informieren sowie dem Überlasser Zugang zu den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten gewähren. Der Überlasser wird dazu verpflichtet, seine ArbeitnehmerInnen entsprechend zu informieren.

Information, Anhörung und Beteiligung (§ 12 und § 13 ANSchG) zu allen Angelegenheiten des ArbeitnehmerInnenschutzes umfasst alle Führungsebenen und ArbeitnehmerInnen bzw. dass ihre VertreterInnen informiert, angehört und beteiligt werden. Zur Vorbeugung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen ist es wichtig, dass ArbeitgeberInnen mit Betriebsrat, Sicherheitsvertrauenspersonen und Arbeitsschutzausschuss kooperieren. Ein wichtiges Thema ist dabei z.B. die Erste Hilfe. Erste Hilfe ist wichtig, um bei einem Unfall das Schlimmste abzuwenden und Langzeitfolgen zu vermeiden.

Auch gefährliche (krebserzeugende, erbgutverändernde, fortpflanzungsgefährdende oder gewisse biologische) Arbeitsstoffe dürfen nicht verwendet werden, wenn ein gleichwertiges Arbeitsergebnis mit anderen ungefährlichen oder weniger gefährlichen Arbeitsstoffen erreicht werden kann. Die Gesundheitsüberwachung ist dabei eine wichtige vorbeugende Maßnahme zum Schutz der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen.

Bei bestimmten Tätigkeiten, bei denen die Gefahr besteht, eine Berufskrankheit zu erleiden, dürfen ArbeitnehmerInnen nur beschäftigt werden, wenn sie vor Aufnahme der Tätigkeit einer Eignungsuntersuchung unterzogen wurden und bei Fortdauer der Tätigkeit in regelmäßigen Zeitabständen Folgeuntersuchungen durchgeführt werden. Werden bei den Eignungs- oder Folgeuntersuchungen Gesundheitsschädigungen festgestellt, sind die Befunde samt Beurteilungen von den ermächtigten ÄrztInnen den ÄrztInnen der Arbeitsinspektion zu übermitteln.

Bei bescheidmäßiger Feststellung der gesundheitlichen Nichteignung darf der/die ArbeitnehmerIn nicht mehr zu gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten herangezogen werden. Dieses „Beschäftigungsverbot“ kann bei Besserung des Gesundheitszustandes wieder aufgehoben werden. Bei Nichteignung für eine bestimmte gesundheitsgefährdende Tätigkeit hat der/die betroffene ArbeitnehmerIn Anspruch auf einen, seinem/ihrem Arbeitsvertrag entsprechenden, anderen Arbeitsplatz.

6. GANZHEITLICHE PRÄVENTION

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wäre nach Meinung der Arbeiterkammer für einen Ausbau zu einem Zentrum für Prävention und Gesundheitsvorsorge im Betrieb gut geeignet. Auch die medizinische Forschung könnte in den Behandlungseinrichtungen der AUVA weiter intensiviert werden.

Durch Schaffung von zwei Kompetenzzentren in den Bereichen „Unfallverhütung und Prävention“ und „Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention“ könnten die Aktivitäten in diesen Bereichen ausgebaut werden. Diese Kompetenzzentren könnten nach ihrer Schaffung alle Akteure auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Arbeitssicherheit beraten und unterstützen, Präventionsprojekte durchführen und Projekte in Unternehmen finanziell fördern, wobei die Prävention neben der Umsetzung des ArbeitnehmerInnenschutzrechtes auch arbeitsbedingte Erkrankungen und betriebliche Gesundheitsförderung, umfasst.

Die präventionserprobte AUVA soll laut dem Aktionsplan für ältere ArbeitnehmerInnen der Sozialpartner (vgl. Informationsunterlage zur Pressekonferenz 23. April 2008, 4) mittels ASVG-Novelle für die Umsetzung der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen zuständig gemacht werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren sich bereits die Krankenkassen, wenn auch nur für ausgewählte Projekte in einigen wenigen Unternehmen. Ziel ist, den Sozialversicherungen für die Prävention bei Bedarf 25 Millionen Euro zur Verfügung zu stellen.

Zur Vermeidung von Invalidität ist es zielführend, wenn der/die ArbeitgeberIn durch Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements frühzeitig Betriebsrat und Behindertenvertrauenspersonen sowie das Bundessozialamt in den Wiedereingliederungsprozess einschaltet. Durch eine verpflichtende Einbeziehung der ArbeitnehmerInnenvertreter in das Wiedereingliederungsmanagement bei Auftreten personen-, verhaltens- oder betriebsbedingter Schwierigkeiten, die zur Gefährdung des Beschäftigungsverhältnisses führen können, können Möglichkeiten der Gesundheitsförderung, zur Verfügung stehende Beratung und mögliche finanzielle Leistungen erörtert werden. Ziel ist, das Beschäftigungsverhältnis dauerhaft fortzusetzen. Sinnvoll ist, wenn ArbeitgeberInnen mit dem Betriebsrat und mit jenen Beschäftigten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen (ununterbrochen oder wiederholt) arbeitsunfähig sind und dem zustimmen, Möglichkeiten klären, wie die Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit überwunden und mit welchen Maßnahmen erneuten Problemen vorgebeugt werden kann.

Im gesetzlichen Bereich ist die Verabschiedung einer Verordnung zur „manuellen Lastenhandhabung“ eine langjährige Forderung der Arbeiterkammer, um der hohen Zahl von Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates vorzubeugen. Darin könnte man mit wissenschaftlichen Methoden wie der Leitmerkmalmethode unter Berücksichtigung aller relevanten Aspekte (z.B. wie oft, wie lange wird getragen, zieht ein Mann/eine Frau die Last) angeben, was ein/e ArbeitnehmerIn ohne Schädigung des Körpers leisten kann. Das Heben einer Kiste auf ein Fließband ist z.B. wesentlich belastender, wenn gleichzeitig der Oberkörper gedreht wird. Daher soll durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen eine Hebebewegung in Kombination mit einer Oberkörperdrehung bereits im Vorhinein vermieden werden.

Auch Gender-Mainstreaming nimmt im ArbeitnehmerInnenschutz, in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung einen besonderen Stellenwert ein. Basierend auf arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen existieren geschlechterspezifisch unterschiedliche Gesundheitsrisiken und Differenzierungen in der Beanspruchung (vgl. Raehlmann 1997, 297). Darüber hinaus zeigen sich Geschlechterunterschiede auch bei den arbeitsbedingten Erkrankungen und beim Umgang mit Präventionsangeboten.

7. MASSNAHMEN FÜR ALTER(N)SGERECHTES ARBEITEN

In den Unternehmen ist eine Generationenbalance erforderlich, ältere ArbeitnehmerInnen dürfen nicht diskriminiert werden. Arbeitsplätze, Arbeitsabläufe und Arbeitsvorgänge müssen nach ArbeitnehmerInnenschutzgesetz so gestaltet werden, dass für ArbeitnehmerInnen in jedem Lebensalter eine belastungs- und beanspruchungsoptimale Ausführung der Arbeit gewährleistet ist. Leider ist die Berücksichtigung dieses Aspekts bei Begehungen der Arbeitsinspektion in Unternehmen schwierig.

Für jüngere ArbeitnehmerInnen ist dafür beispielsweise besonders die Schaffung qualifizierter Arbeitstätigkeiten, die abwechslungsreich und qualifikationsfördernd sind – im Gegensatz zu quantitativ überfordernden und inhaltlich einförmigen Arbeiten – erforderlich. Für ArbeitnehmerInnen in der Altersspanne von etwa 25 und 45 Jahren ist die Verringerung der Belastungen durch Arbeitsmengen und Zeitdruck erforderlich (vgl. Bundesarbeitskammer 2006, 11). Als Ausgleich der bei Über-45-Jährigen erhöhten Beanspruchungen bei Nachtarbeit, Schichtarbeit oder Arbeiten mit Belastungen durch Hitze oder Kälte, wäre Zusatzurlaub nach dem Vorbild des Nachtschwerarbeitsgesetz (NSchG) sowie die Begrenzung von Überstunden Ziel führend. Zudem wäre die Forderung der Bundesarbeitskammer für das Recht auf eine jährliche Bildungs- oder Gesundheitswoche unter Entgeltfortzahlung ein gesundheitsförderlicher Aspekt. Ausreichend Weiterbildung in der Arbeitszeit wird auch EU-weit als Ziel angestrebt.

Die ArbeitgeberInnen können Präventivfachkräfte, insbesondere ArbeitspsychologInnen, bei alterns- und altersgerechter Gestaltung der Arbeit hinzuziehen.

Sinnvoll wäre ein Recht der Arbeitsinspektion auf Kontrolle der alters- und alternsgerechten Gestaltung der Arbeit und der Arbeitsplätze mit Sanktionen im Beanstandungsfall.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Menschen- und alternsgerechte Arbeitsbedingungen müssen vorhanden sein, um Schädigungen vorzubeugen. Teilweise werden derzeit jedoch nicht einmal die gesetzlichen Mindesterfordernisse erfüllt wie die Einbeziehung von ArbeitspsychologInnen. Manche der neuen Gefahren sind im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und den dazugehörigen Verordnungen überhaupt nicht berücksichtigt, wie z.B. die Nanotechnologie. Andere werden nur in geringem Ausmaß behandelt, wie etwa elektromagnetische Felder.

Durch die Neuerungen im Arbeitszeit- und im Arbeitsruhegesetz wird auf die Einhaltung der Erholungszeiten speziell Rücksicht zu nehmen sein. Nun sind unter bestimmten Bedingungen Abweichungen vom Arbeitszeitgesetz durch Kollektivvertrag, Betriebsvereinbarung oder Einzelvereinbarung möglich, wie z.B. Normalarbeitszeiten bis zu 10 Stunden oder bis zu 12 Stunden Arbeitszeit pro Tag für Überstunden. Dabei ist besonders wichtig, dass die Eigenkompetenz der ArbeitnehmerInnen bezüglich Gesundheitserhaltung gestärkt wird und ArbeitgeberInnen bei der Arbeitsorganisation ExpertInnen wie Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen und ArbeitspsychologInnen, einbeziehen.

BIBLIOGRAPHIE

*Bundesarbeitskammer (*2006), Forderungsprogramm „Modernisierungsschub im ArbeitnehmerInnenschutz“.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hg., 2007), Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion 2006 (= Tätigkeitsberichte der Arbeitsinspektion), 3, Wien.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hg., 2005), Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion 2005 (= Tätigkeitsberichte der Arbeitsinspektion), 19, Wien.

Heider, Alexander (2006), Einführung in den Arbeitnehmerschutz und Gesundheit: Arbeit darf nicht krank machen, Wien.

Knauth, Peter (2004), Arbeitszeit und Arbeitsdauer, in: Kurt *Landau* und Gerhard *Pressel*, (Hg.), Medizinisches Lexikon der beruflichen Belastungen und Gefährdungen, Stuttgart, 68-71.

AK/ÖGB/WKO/IV 23. April 2008, Pressekonferenz zum „Aktionsplan für ältere ArbeitnehmerInnen“, Presseunterlage, 4.

Priester, Klaus (2007), Qualität der Arbeit – Arbeitsunfähigkeit – Frühinvalidisierung, in: Gute Arbeit 11/2007, 34-37.

Raehlmann, Irene (1997), Geschlecht, in: Holger *Luczak* und Walter *Volpert* (Hg.), Handbuch Arbeitswissenschaft, Stuttgart, 297.

Statistik Austria (2000), Arbeitsbedingungen. Hauptergebnisse des Mikrozensus-Sonderprogramms Juni 1999, in: Statistische Nachrichten 11/2000, 866-875.

Statistik Austria (2007), Arbeitskräfteerhebung 2006. Ergebnisse des Mikrozensus, Wien.

Wittig, Klaus (2004), Vortrag auf dem 7. Wiener Forum Arbeitsmedizin http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=305.

Gernot Mitter

FRÜHZEITIGE REHABILITATION – DROHENDE INVALIDISIERUNG RECHTZEITIG ERKENNEN UND VERMEIDEN

„Gesundheitsstiftungen" – ein Netz von Beratungsstellen für Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Arbeitsplatzerhalt

EINLEITUNG

Es besteht weithin Einigkeit unter Fachleuten und politischen VerantwortungsträgerInnen, dass die demographische Entwicklung eine Verlängerung der Erwerbstätigkeit, ein Hinausschieben des faktischen Pensionsantrittsalters erfordert. Kurzum, an die ArbeitnehmerInnen wird die Anforderung gestellt, länger zu arbeiten. Den wenigsten ist aber bewusst, dass älter werdende ArbeitnehmerInnen keineswegs länger gesund bleiben. „Arbeiten im Alter" heißt deshalb vielfach „arbeiten mit Krankheit". Die hohen Anforderungen der heutigen Arbeitswelt führen mit zunehmendem Alter häufig zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Dauerndes Heben und Tragen, langes Stehen, dauernder Kontakt zu KundInnen oder der Umgang mit bestimmten Chemikalien kann dann zum Problem werden. Ist dies der Fall, haben es die Betroffenen schwer, ihre berufliche Tätigkeit bis zum Regelpensionsalter auszuüben.

Obwohl sich gesundheitliche Abbauprozesse sehr lange ankündigen, gibt es derzeit kaum funktionierende Frühwarnsysteme, um einer Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gezielt entgegenzuwirken. So bleiben zu viele ArbeitnehmerInnen so lange in ihrem Job, bis sich ihr Gesundheitszustand soweit verschlechtert, dass eine Erwerbsunfähigkeit droht. Wenn sie ihren Arbeitsplatz verlieren, oszillieren sie dann wiederum zwischen den Systemen Krankenstand, Pensionsantrag (Pensionsvorschuss), Arbeitslosengeld bzw. Notstandshilfe oder gar Sozialhilfe. Denn gerade bei eher schlecht ausgebildeten ArbeitnehmerInnen wirkt die Benachteiligung beim Berufs- und Tätigkeitsschutz in der Arbeitslosen- und Pensionsversicherung in einer Art und Weise, die berechtigt zum Ausspruch führt „Für den Arbeitsmarkt zu krank, für die Pension zu gesund".

Befindet sich jemand über einen geraumen Zeitraum in dieser „Systemfalle", ist die Rückführung in den Arbeitsmarkt überaus schwierig und aufwändig.

Durch die Aufsplitterung der Zuständigkeiten auf behördlicher Ebene (Pensionsversicherungsanstalt, Gebietskrankenkassen, Arbeitsmarktservice, Bundessozialamt, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt etc.) haben Betroffene und Unternehmen oft Schwierigkeiten, überhaupt die passende Ansprechstelle zu finden.

Das führt leider häufig dazu, dass sich Betroffene im Dschungel der Zuständigkeiten zwischen den Institutionen schwer zurechtfinden und daher oft nicht zu den für sie passenden Angeboten finden.

ArbeitgeberInnen sind an einfachen, unbürokratischen Lösungen interessiert und ziehen mangels Alternativen oftmals die Kündigung der betreffenden MitarbeiterInnen vor. In kleineren Unternehmen fehlt es häufig an Wissen über Mittel und Möglichkeiten, um richtig und rechtzeitig auf Leistungseinschränkungen von MitarbeiterInnen zu reagieren. Die Tabuisierung von Krankheit auf der betrieblichen Ebene gerade unter den ArbeitnehmerInnen trägt überdies dazu bei, dass auf sich verschlechternde Gesundheitszustände in den Betrieben nicht, zu spät oder inadäquat reagiert wird. Den ArbeitgeberInnen fehlen überdies Anreize für eine intensivere Beschäftigung mit dem Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten – noch können sie auf ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot auf dem Arbeitsmarkt zurückgreifen. Zusätzliche Rekrutierungskosten sind häufig die einzigen finanziellen Folgen für Betriebe, die nichts gegen den Gesundheitsverschleiß ihrer Beschäftigten tun und erkrankte ArbeitnehmerInnen sofort kündigen.

Die Unterstützung gesundheitlich beeinträchtigter ArbeitnehmerInnen am Arbeitsplatz durch Lohnkostenzuschüsse, Umschulungsmaßnahmen oder Arbeitsplatzadaptionen stellt eher die Ausnahme in den heimischen Betrieben dar. Es gibt bei den Betroffenen und in den Betrieben einfach zu wenig Wissen über diese Möglichkeiten. Zudem ist das Nutzen dieser Möglichkeiten durch den schon beschriebenen „Zuständigkeitsdschungel“ sehr aufwändig.

Obwohl der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ per Gesetz definiert ist, erhalten ArbeitnehmerInnen aufgrund dieser Wissenslücke und wegen der Zersplitterung von Zuständigkeiten, Kompetenzen und Unterstützungsangeboten nur in geringem Ausmaß Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen. Diese beschränken sich noch dazu vielfach auf Aufenthalte in medizinischen Rehabilitationszentren oder Kuranstalten. Frühzeitiges Eingreifen und Unterstützen in den jeweiligen Betrieben, um einerseits die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der betroffenen ArbeitnehmerInnen, andererseits deren Arbeitsplatz zu erhalten, kommt so gut wie nicht vor.

Vor diesem Hintergrund wurden im Jahr 2005 zwei Pilotprojekte[1] vom AMS Wien und Niederösterreich im Rahmen des von den Sozialpartnern kofinanzierten AMS-Sonderprogrammes für ältere Beschäftigte und Arbeitslose gestartet, die mittlerweile zum Bestandteil der Regelarbeitsprogramme dieser beiden AMS-Landesorganisationen geworden sind. Diese beiden Pilotprojekte konnten auf Erfahrungen aus mehreren, im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL, durchgeführten Projekten zurückgreifen.

Im Folgenden soll am Beispiel des in Wien vom Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum Wien (BBRZ Wien) im Auftrag des AMS Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse, des Wiener ArbeitnehmerInnen-Förderungsfonds und des Bundessozialamtes für Wien durchgeführten Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ genauer geschildert werden, welche Zielsetzungen mit diesen Projekten mit welchen Methoden und Ergebnissen verfolgt werden. Abschließend soll dargestellt werden, welche Voraussetzungen für ein österreichweites Netz an solchen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne des Regierungsvorhabens „Beratungs-, Betreuungs- und Eingliederungsangebote für gesundheitlich gefährdete oder beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen systematisieren und bündeln (Ziel: flächendeckendes Angebot)“ (vgl. Regierungsprogramm 2007, 49) notwendig sind und erarbeitet werden müssen.

[1] „Service Arbeit und Gesundheit“ in Wien, „workfit“ in Niederösterreich.

1. ZIELSETZUNG UND ARBEITSWEISE DER „BERATUNGSSTELLEN FÜR ARBEITSFÄHIGKEIT, GESUNDHEIT UND ARBEITSPLATZERHALT“

Herr A. ist 35 Jahre alt, Ingenieur und seit zwölf Jahren im gehobenen technischen Dienst in einem großen Luftfahrtunternehmen tätig. Die Belastung bei der Arbeit ist hoch – Schichtdienste, Zeitdruck – und Herr A. ist ein äußert engagierter Mitarbeiter. Private Veränderungen kommen dazu, eines Tages wird der Druck zu groß: Herr A. wird psychisch auffällig, er äußert nicht nachvollziehbare Angst- und Verfolgungsideen und muss von seinem Vorgesetzten nach Hause gebracht werden. Ein Spitalsaufenthalt ist notwendig, der anschließende Krankenstand dauert einige Monate. Als der Wiedereinstieg bevorsteht, wendet sich die Betriebsärztin an eine Beraterin des BBRZ. In Eingliederungs- und Potenzialgesprächen mit Herrn A. werden die bisherige Arbeitssituation und die Stressfaktoren ausführlich besprochen. Frühere Berufserfahrungen, Ausbildungen und Qualifizierungen sowie Fähigkeiten und Interessen werden als Potenziale erhoben und mit Herrn A. Einsatzmöglichkeiten in einem weniger belastenden Arbeitsbereich im Unternehmen erarbeitet. Der Betrieb hat großes Interesse Herrn A. weiterzubeschäftigen, es findet vor Ort ein „runder Tisch“ mit Vorgesetztem, Personalleitung, Betriebsärztin, Herrn A. und der Beraterin des BBRZ statt. Das neue Aufgabengebiet wird fixiert und die innerbetrieblichen Umschulungsanforderungen definiert. Um die erreichte psychische Stabilisierung nicht zu gefährden, wird ein Plan für einen kontinuierlichen Anstieg der Arbeitszeit erstellt. Das Unternehmen stellt – unterstützt von der Beraterin des BBRZ – einen Antrag auf Lohnkostenzuschuss als Ausgleich für die einschulungsbedingte Minderleistung. Dieser wird von der Pensionsversicherung schließlich für ein Jahr gewährt. Der Einstieg von Herr A. ins neue Aufgabengebiet nach einem Jahr Krankenstand verläuft sehr gut. Die Beraterin ist weiterhin Ansprechpartnerin für Herrn A. und den Betrieb und vermittelt bei Fragen an die Pensionsversicherung. Auch ein Jahr nach Beginn der Maßnahme ist Herr A. weiterhin beim Unternehmen tätig.

An diesem Beispiel wird die zentrale Zielsetzung der genannten Projekte erkennbar: Es geht zunächst um das Organisieren von Hilfe und Unterstützung zur Überwindung bzw. Stabilisierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen von ArbeitnehmerInnen, es geht um den Erhalt der sogenannten Beschäftigungsfähigkeit und des Arbeitsplatzes. Im Ergebnis zielen diese Projekte damit auf das Früherkennen und frühzeitige Bearbeiten von gesundheitlichen Gefährdungen, die mittelfristig eine Invalidisierung der betroffenen Person befürchten lassen und damit auf eine Abwehr der Gefahr eines gesundheitsbedingten Verlusts der Arbeitsfähigkeit. Sie können damit eine wichtige Rolle bei der Vermeidung hohen individuellen Leids und hoher Einkommensverluste für die betroffenen ArbeitnehmerInnen, aber auch zur Vermeidung hoher volkswirtschaftlicher Kosten durch zu frühe Verrentung und durch Verlust wertvoller Arbeitskraft spielen.

Im Rahmen eines Case-Managements werden dabei auf den jeweiligen Einzelfall bezogen vorhandene Förder- und Unterstützungsangebote der unterschiedlichen Systeme sozialer Sicherheit einschließlich der Angebote von Ländern im Rahmen der Sozialhilfe aufgeschlossen. Die Case-ManagerInnen beraten über Gesundheitsförderungsmöglichkeiten, die über die unmittelbare Behandlung der Krankheiten hinausgehen, über Möglichkeiten der Arbeitsplatzadaption und der unter Umständen notwendigen oder sinnvollen beruflichen Umschulung, unterstützen Betriebe bei der Anpassung von Arbeitsabläufen und organisieren eine Unterstützung der Beteiligten bei der Wiedereingliederung eines/r ArbeitnehmerIn in den Betrieb

nach langen, krankheitsbedingten Abwesenheiten. Alles erfolgt mit dem Ziel, die aktuelle Beschäftigung der gesundheitlich beeinträchtigen Person möglichst zu erhalten, sie aber jedenfalls so weit zu unterstützen, dass für sie Arbeitsplatzwechsel im Betrieb oder Arbeitgeberwechsel gangbare Wege im Sinne der Vermeidung weiterer Gesundheitsschädigungen werden.

1.1 Erfahrungen und Ergebnisse

Schon aus den erwähnten EQUAL-Projekten musste eine Lehre gezogen werden: Ein nur auf gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte ausgerichtetes Angebot greift bei weitem zu kurz – es müssen jedenfalls auch arbeitslose ArbeitnehmerInnen einbezogen werden. Denn nach wie vor führen gesundheitliche Probleme sehr rasch zum Verlust des Arbeitsplatzes – so hat insbesondere die Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds die Beschäftigungssicherheit von ArbeiterInnen mit Gesundheitsproblemen nach den Erfahrungen der Rechtsberatungsstellen der Arbeitkammern deutlich verringert.

Ebenso wenig hat sich die Einschränkung der Zielgruppe auf Beschäftigte über dem 40. Lebensjahr bewährt. Gesundheitsbeeinträchtigungen mit hohem Invalidisierungsrisiko treten bereits bei deutlich jüngeren ArbeitnehmerInnen auf. So richtet sich das Beratungsangebot des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ mittlerweile an alle Altersgruppen und auch an Arbeitslose, deren Arbeitslosigkeit nicht länger als drei Monate dauert.[2]

Allerdings interessieren sich zunehmend auch Betriebe für das Beratungs- und Unterstützungsangebot des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“, etwa bei der Frage der Wiedereingliederung einer Person in die betrieblichen Abläufe nach längerer gesundheitsbedingter Abwesenheit. Auffallend ist – trotz der einschlägigen Beratungstätigkeit der AUVA und der Arbeitsinspektion – der hohe Bedarf von Unternehmen an Beratung und Hilfe bei gesundheitsfördernden Adaptionen von Arbeitsplätzen und Arbeitsabläufen.

Dass die Angebote des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“ in jenen Branchen und Betrieben mit eher höherer Bestandssicherheit der Arbeitsplätze stärker nachgefragt werden als in Branchen und Betrieben, die auf Erkrankungen von ArbeitnehmerInnen sehr rasch mit Kündigungen reagieren, ist nicht verwunderlich, allerdings sehr bedauerlich: Denn in diesen Branchen arbeiten typischerweise Menschen, die in besonderer Weise von Invalidisierungen gefährdet sind – gering qualifizierte Hilfsarbeits- oder Anlernkräfte mit hoher physischer Belastung, etwa im Bauwesen.

Mit jeweils einem Anteil von 33% waren Erkrankungen des Muskel- und Skelett-Apparates und psychische Erkrankungen die häufigsten Ursachen, die zu einer Betreuung durch das Projekt geführt haben. Herz- Kreislauferkrankungen, neurobiologische Erkrankungen und Allergien waren mit je rund 4% schon deutlich seltener, alle anderen Erkrankungsformen blieben Einzelfälle. Diese Erfahrungen spiegeln die aktuelle Entwicklung bei den Zugangsursachen in krankheitsbedingte Frühpensionen wider – psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates sind die zentralen, zur Invalidisierung führenden Krankheitsbilder.

---

[2] Für gesundheitlich Beeinträchtigte, die länger als drei Monate arbeitslos sind, müssen im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik andere Wege zur Wiederherstellung von Beschäftigungs- und Vermittlungsfähigkeit gegangen werden.

Sehr ermutigend sind die Ergebnisse der Einzelfallberatungen und -unterstützungen im Rahmen des Projektes „Service Arbeit und Gesundheit“. Von den bis Ende 2007 unterstützten 521 Personen sind 67% nach Ende der Betreuung in Beschäftigung, je 4% haben entweder einen Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension gestellt oder sind bereits in einer solchen Pension, 11% sind in Umschulungsmaßnahmen, 7% arbeitslos registriert. Das Ziel „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und der Beschäftigung“ ist damit in rund zwei Drittel der intensiver betreuten Personen erreicht worden – ein im Hinblick auf die in vielen Fällen sehr weit fortgeschrittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen sehr hoher Wert. Für weitere knappe 20% konnte wenn schon nicht die Beschäftigung gehalten so doch eine gute Entwicklung abgesichert werden, sei es durch eine Umschulung für einen neuen Beruf, sei es die Ebnung des Weges in die gesundheitsbedingte Frühpension unter Vermeidung der oben angesprochenen Systemfalle.

1.2 Weitere Perspektive

Projekte wie „Service Arbeit und Gesundheit“ erscheinen nach den bisherigen Erfahrungen als eine Erfolgsgeschichte: Mit relativ geringen Investitionen – die Kosten der Beratung und des Organisierens weiterer Unterstützungen betragen pro Einzelfall rund Euro 1.500 bis 2.000 – kann nach den bisherigen Erfahrungen in zwei Drittel der Fälle eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der Folgearbeitslosigkeit und massivem Invaliditätsrisiko vermieden und die Beschäftigung der betroffenen Personen abgesichert werden. Gleichzeitig wird durch die Methode des Case-Management eine deutliche Steigerung der Effizienz und Effektivität der eingesetzten Förder- und Unterstützungsangebote der Arbeitslosen-, Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung erreicht. Durch die Zusammenarbeit aller beteiligten Sozialversicherungsträger in den Projekten werden negative Zuständigkeitskonflikte zulasten der Betroffenen vermieden. Für die betreuten ArbeitnehmerInnen und Betriebe bedeutet die Unterstützung ganz einfach einen deutlichen Zugewinn an Information und die Vermeidung von Zeitverlust und Administrationskosten.

Wie hat das politische System auf die Erfahrungen der Projekte im EQUAL-Förderbogen und im Rahmen des AMS-Sonderprogrammes für ältere ArbeitnehmerInnen bislang reagiert? Die Bundesarbeitskammer fordert durch Beschluss ihrer Hauptversammlung den Aufbau eines bundesweiten Netzes solcher Beratungsstellen. Die Bundesregierung hat sich diese Forderung mit der o.a. Formulierung im Regierungsübereinkommen zu Eigen gemacht. Der Ausbau dieser Beratungsmöglichkeiten wird mittlerweile von beiden Sozialpartnerseiten im Projekt „Invalidität im Wandel“ unter dem Aspekt der Vermeidung von Invalidisierung als Begleitmaßnahme zu einer Reform der Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension empfohlen. Die Chance auf ein baldiges Ende der Pilotierungsphase und auf einen österreichweiten Roll-out dieses Projektes ist derzeit also gegeben.

Ein solcher Roll-out braucht zunächst ein ausreichendes Budget – es wären rund 20 Millionen Euro von der Kranken-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung zur Verfügung zu stellen, damit 15.000 Erstberatungen und rund 10.000 intensive Einzelfallberatungen durchgeführt werden können. Vernünftigerweise sollte der bundesweite Einsatz dieses Beratungs- und Unterstützungsangebotes wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Besonders wichtig wäre mehr Wissen über die Motivationslage der Betroffenen, zu erkennen, warum Personen und Betriebe dieses Beratungsangebot annehmen und warum es andere nicht tun. Auf dieser Basis könnten dann sinnvolle Anreizmodelle für die Inanspruchnahme dieser Leistungen geschaffen werden.

Jedenfalls sollten Betriebe mit einer branchenuntypischen Häufung von Krankenständen direkt auf dieses Beratungsangebot hingewiesen werden. Auf ArbeitnehmenInnenseite hat sich die Kombination zwischen öffentlicher Bewerbung des Beratungsangebotes und brieflicher Information von Personen, die längere und/oder häufigere Krankenstände insbesondere wegen einer der beiden häufigsten Krankheitsgruppen aufweisen, durch ihre Gebietskrankenkasse bewährt. Eine entsprechende Pflicht zum Handeln der Krankenversicherungen müsste gesetzlich verankert werden.

Derzeit endet die Zuständigkeit der Krankenversicherung bzw. der Pensionsversicherung in Rehabilitationsfällen mit der wiederhergestellten Gesundheit bzw. mit dem Ende der medizinischen bzw. beruflichen Rehabilitation. Beide Sozialversicherungssysteme sind nicht dazu verpflichtet, sich auch noch um die Wiedereingliederung einer beschäftigten Person in einen Betrieb nach der Krankenbehandlung bzw. Rehabilitation zu kümmern. Es sollte daher „betriebliches Eingliederungsmanagement“ als Pflichtleistung der Kranken- bzw. Pensionsversicherung verankert werden, damit die Förderangebote dieser beiden Sozialversicherungszweige voll für diesen Zweck eingesetzt werden können. Derzeit ist das nur durch Einzelfallgenehmigungen und dem hohen Engagement einzelner MitarbeiterInnen der Gebietskrankenkassen bzw. der Pensionsversicherung möglich. Auf eine solche Basis kann aber ein massenweiser Einsatz dieses Beratungs- und Unterstützungsansatzes nicht gestützt werden. Ist die gesetzliche Pflichtleistung „betriebliche Eingliederung ehemals Kranker bzw. Rehabilitierter“ verankert, können in der Folge auch Lücken im derzeitigen Förderangebot – etwa bei der Unterstützung von Personen, die eine herabgesetzte Arbeitszeit am Beginn ihres Wiedereinstieges in den Betrieb brauchen – leichter geschlossen werden.

Insbesondere die Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Arbeitslosenversicherung bei der Betreuung von arbeitslosen psychisch Erkrankten, bei denen sich typischerweise Phasen der Arbeitsunfähigkeit mit Phasen der Arbeitsfähigkeit abwechseln, sollten Anlass für Überlegungen geben, den Schutz der Arbeitslosenversicherung auch bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit aufrechtzuerhalten und damit den Bezug von Leistungen der Arbeitslosenversicherung auch bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen.

Es liegen mittlerweile aus den EQUAL-Projekten und den beiden Pilotprojekten in Wien und Niederösterreich ausreichende Erfahrungen vor, die die hohe Effizienz eines Systems frühzeitiger Rehabilitation in Form einer Einzelfallbetreuung und einer Bündelung von gegebenen Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten hinlänglich belegen. Die Kosten eines bundesweiten Einsatzes dieses Instrumentes amortisieren sich bereits bei einer Erfolgsquote von einem Prozent. Die notwendigen Investitionen für die angesprochenen Sozialversicherungstöpfe mit insgesamt 20 Millionen Euro sind überschaubar.

Es kann, es sollte, es muss daher rasch gehandelt werden.

BIBLIOGRAPHIE

Regierungsprogramm für die XIII. Gesetzgebungsperiode (2007).

Arthur Zoglauer, Bernhard Wolf

ALTER(N)SGERECHTES ARBEITEN

1. DER DEMOGRAFISCHE WANDEL ALS BETRIEBLICHE HERAUSFORDERUNG

1.1 Ausgangssituation

Vor dem Hintergrund einer demografischen Entwicklung, die eine dramatische Alterung der erwerbsfähigen Bevölkerung prognostiziert, stehen Unternehmen vor der Herausforderung, diese Veränderung wahrzunehmen und das Potenzial Älterer anzuerkennen und wertzuschätzen. Die noch immer am Arbeitsmarkt bestehende Jugendzentrierung erschwert den älteren ArbeitnehmerInnen eine optimale Integration in den Erwerbsprozess. Der Weg vieler Unternehmen, in Zeiten schlechter Wirtschaftslage mit Frühpensionierungen und Freisetzungen vermeintlich „teurerer" älterer ArbeitnehmerInnen zu reagieren, kann und darf so nicht mehr fortgesetzt werden, da bereits jetzt ein Mangel an Fachkräften in bestimmten Branchen und Regionen spürbar ist. Unternehmen sind daher aufgefordert, schon heute an morgen zu denken und die Chancen dieser demografischen Trends wahrzunehmen und sich durch einen balancierten Generationenmix die Diversität der Belegschaft zu sichern. Die politischen Entwicklungen belegen, dass in Zukunft das tatsächliche Pensionsantrittsalter dem gesetzlichen immer näher rückt. Nachhaltig agierende Unternehmen haben ihre Personalpolitik auf den demografischen Wandel abzustimmen und auf die beschriebenen Entwicklungen entsprechend personalpolitisch zu reagieren.

Die Analyse des heutigen Arbeitsmarktes zeigt, dass das Potenzial Älterer noch weitgehend unberücksichtigt bleibt. Ältere sind häufig mit Vorurteilen, starren Arbeitsbedingungen und mangelnden Perspektiven konfrontiert. Geringeres Selbstvertrauen, Kündigung des psychologischen Arbeitsvertrages sowie Selbstausschluss aus dem betrieblichen Sozialsystem sind mögliche Folgen.

Die derzeitige Beschäftigung von älteren ArbeitnehmerInnen in Österreich ist mit einer Beschäftigungsquote von 35,5% bei der Alterskohorte der 55- bis 64-Jährigen noch weit vom Ziel der Lissabon-Strategie, die bis 2010 eine 50%ige Beschäftigungsquote dieser Altersgruppe anstrebt, entfernt (vgl. Hundstorfer/Leitl/Sorger/Tumpel 2008, 1). Um in Österreich diese Quote zu erreichen, muss ein Umdenken in Richtung eines bewussteren Wahrnehmens und Förderns von Älteren am Arbeitsmarkt entstehen. Dabei müssen sowohl auf politischer als auch auf wirtschaftlicher Ebene Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ein alterns- und altersgerechtes Arbeiten ermöglichen.

Der Prozess des lebenslangen Lernens spielt im heutigen Informationszeitalter eine immer wichtigere Rolle, weil das vorausgesetzte Wissen für die Ausführung der beruflichen Arbeit eine immer größere Bedeutung annimmt. Die Forderung nach lebenslangem Lernen ist in aller Munde, doch die geringe Beteiligung von Älteren an der beruflichen Weiterbildung lässt Rückschlüsse daraus ziehen, dass österreichische Unternehmen aufgrund der Amortisationsdauer kaum in das Potenzial Älterer investieren (vgl. Scoppetta/Michalek/Maier 2007, 35f.). Wenn

Unternehmen älter werdende MitarbeiterInnen qualifiziert einsetzen wollen, muss stärker in die Weiterbildung dieser Zielgruppe investiert werden, und Schulungsträger sind angehalten, auf unterschiedliche Lernbereitschaften und Lernfähigkeiten zu achten.

Die Vorurteile gegenüber älteren Personen im Berufsleben beziehen sich vor allem auf deren vermeintlich abnehmende Leistungsfähigkeit. Der Grundstein dafür liegt in einem nicht mehr stimmigen Defizitmodell, das von einer mit voranschreitendem Lebensalter allmählich abnehmenden körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit ausgeht.

Altern bedeutet nicht Abbau, sondern Umbau

Ältere verfügen über ein hohes Maß an Leistungspotenzialen. Sie zeichnen sich durch ihr Wissen, ihre Lebenserfahrung und ihre sozialen und kommunikativen Fähigkeiten aus. Arbeits- und Lebenserfahrung ermöglichen Älteren, in schwierigen, komplexen Situationen einen „kühlen Kopf“ zu bewahren und rasch Lösungen zu finden. Diese und viele andere wichtige Fähigkeiten und Eigenschaften Älterer können für Unternehmen nur dann zur Geltung kommen, wenn dieses Potenzial wertgeschätzt und in Unternehmenskultur und -prozesse integriert wird. Unternehmen sind daher aufgefordert, sich mit Veränderungsprozessen im Leistungsvermögen zunehmend älter werdender Belegschaften auseinander zu setzen, indem sie notwendige Interventionsmaßnahmen tätigen, um deren Arbeitsfähigkeit zu stabilisieren. Dafür braucht es ein neues Verständnis der Personalentwicklung, die ältere Belegschaften als Chance sieht und in diese investiert.

1.2 Pilotprojekt: Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinbetrieben

Gerade für Kleinbetriebe stellt die demografische Entwicklung eine besondere Herausforderung dar, denn im Wettbewerb um die weniger werdenden jungen Fachkräfte bzw. „High Potentials“ haben sie gegenüber den großen Unternehmen oft die schlechteren Karten. MitarbeiterInnen großer, internationaler Konzerne profitieren vor allem von betrieblichen Ausbildungsprogrammen, innerbetrieblichen Entwicklungsmöglichkeiten, besseren Gehältern und Imagevorteilen.

Für kleinere Betriebe ist es vor allem wichtig, die Personalpolitik auf eine stärkere Förderung der Älteren und den Prozess des Älterwerdens auszulegen, um sich Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten. In alter(n)sgerechten Betrieben können vor allem KundInnen, GeschäftspartnerInnen und LieferantInnen in ihren Wünschen besser berücksichtigt werden. Diese weisen daher auch meist eine höhere Zufriedenheit auf.

Vor allem in den letzten Jahren haben die psychischen Belastungen aufgrund von erhöhtem Leistungsdruck und steigender Arbeitsmenge im Vergleich zu den physischen Belastungen, die durch verschiedenste Arbeitshilfen in den letzten Jahren minimiert werden konnten, immer stärker zugenommen. Zeitdruck, oft verbunden mit mehr Verantwortung, sind jene modernen Hindernisse, die es den MitarbeiterInnen erschweren, länger arbeitsfähig zu bleiben. In vielen Kleinbetrieben werden die Aufgaben einer Personalabteilung aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen oftmals direkt von der Unternehmensleitung übernommen. Relevante Themen wie Arbeitsfähigkeit, Wertschätzung und Anerkennung finden dadurch nur selten Berücksichtigung.

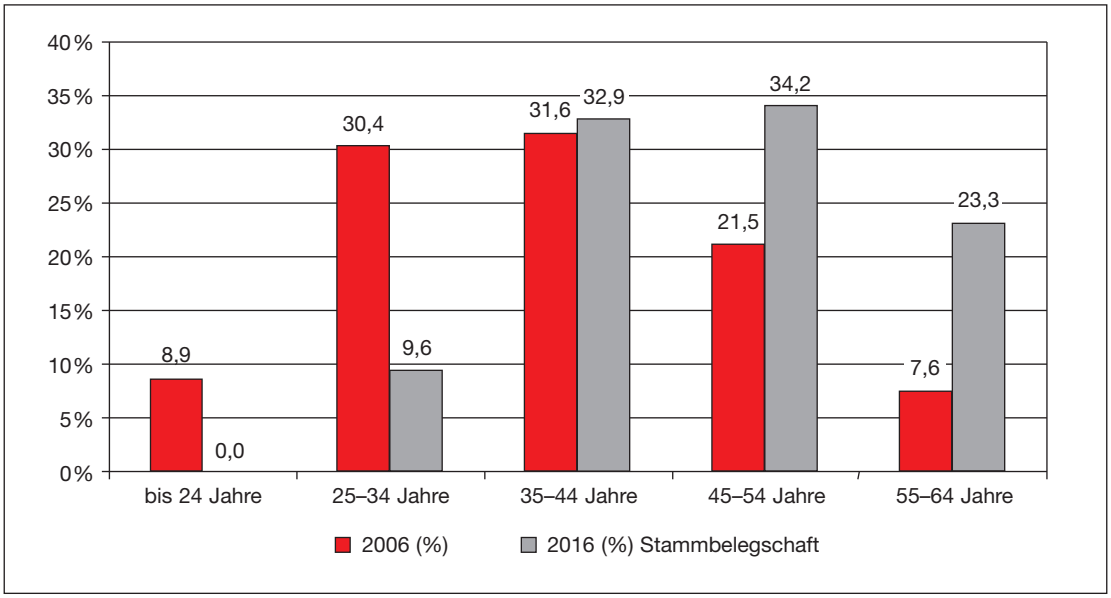
Um diesen Aspekten entgegenzuwirken, hat die ÖSB Consulting GmbH im Auftrag des AMS ein hundertprozentig gefördertes Pilotprojekt „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinbetrieben“ mit Kleinbetrieben mit nicht mehr als 50 MitarbeiterInnen in den Branchen „Metallverarbeitende Industrie“ und „Hotellerie“ durchgeführt. Insgesamt waren an dem Projekt vier Betriebe im Bereich der Metallbranche und sechs im Bereich der Hotellerie beteiligt. Bewusst wurden zwei unterschiedliche Branchen ausgewählt, um mögliche Differenzen durch die gegebene Geschlechterverteilung im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit und Arbeitsfähigkeit hervorzuheben.

Ziel des Projektes war es, mittels verschiedener Analysemethoden die derzeitige Arbeits(bewältigungs)fähigkeit der Belegschaften zu erheben, um, darauf aufbauend, notwendige Maßnahmen partizipativ mit MitarbeiterInnen zu entwickeln und auf betrieblicher und individueller Ebene umzusetzen. Arbeits(bewältigungs)fähigkeit beschreibt dabei das Potenzial eines Menschen, eine Anforderung zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen. Dabei muss die Entwicklung der individuellen, funktionellen Kapazität zur Arbeitsanforderung ins Verhältnis gesetzt werden (vgl. Ilmarinen/Tempel 2002, 166).

Sowohl Arbeitsanforderung als auch Arbeits(bewältigungs)fähigkeit können sich verändern und müssen gegebenenfalls alters-, alterns- und gesundheitsadäquat gestaltet werden. Dieser Ansatzpunkt sollte den MitarbeiterInnen und der Betriebsführung im Rahmen des Projektes bewusst gemacht werden.

Der demografische Wandel mit seinen Folgen wird in Kleinbetrieben kaum wahrgenommen und es finden sich keine konkreten Maßnahmen, die zur Förderung der Arbeitsfähigkeit beitragen. Die Ursachen dafür liegen oft in einem fehlenden „Leidensdruck“ bzw. in einer mangelnden Personalplanung und -entwicklung. Damit älter werdende und ältere ArbeitnehmerInnen im Arbeitsleben verbleiben können, ist eine umfassende Anpassung der Arbeitswelt

Abbildung 1: Altersstrukturanalyse am Beispiel eines Hotelbetriebes aus dem Projekt „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinunternehmen“



Quelle: Pilotprojekt „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinunternehmen“.

unabdingbar. Besonderes Augenmerk muss auf die ArbeitnehmerInnen ab 45 gelegt werden, da diese Gruppe in den kommenden Jahren am stärksten wachsen und damit zur größten Gruppe der Erwerbstätigen zählen wird.

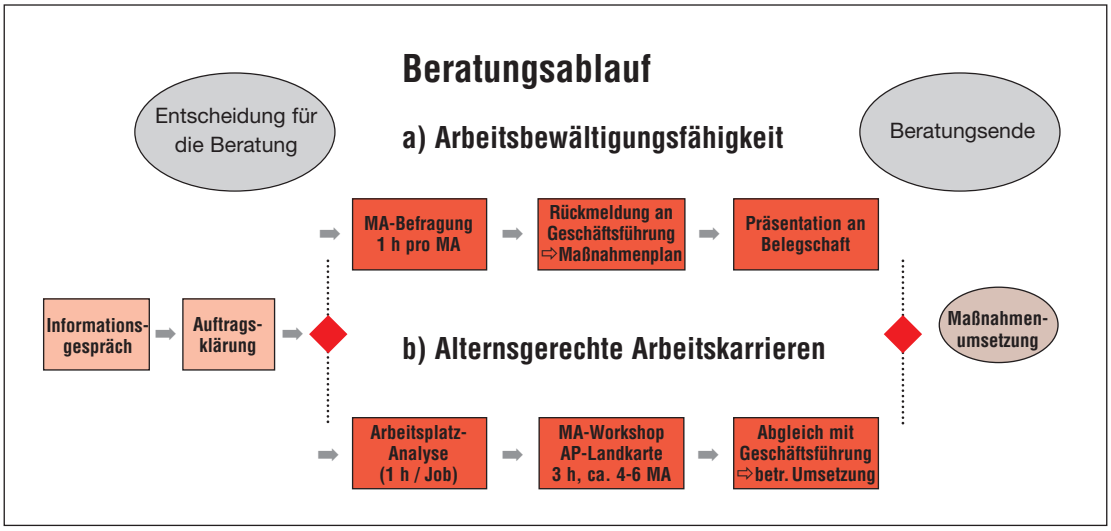
„Wer alt werden will, muss früh damit beginnen“

Abbildung 1 veranschaulicht den Verlauf der Alterung der Belegschaft in einem Hotelbetrieb in den nächsten zehn Jahren. Aus dem Beispiel wird ersichtlich, dass sich die Betriebe insgesamt allmählich Gedanken darüber machen müssen, dass Maßnahmen erforderlich sind, um die heute 45-Jährigen auch noch in zehn Jahren arbeitsfähig zu halten. Die „Lösung“ vieler Betriebe, die Älteren in den nächsten Jahren durch Jüngere zu ersetzen, wird für die Betriebe mit schwerwiegenden Folgen verbunden sein, da ihnen dadurch wichtige Erfahrungs- und WissensträgerInnen abhanden kommen. Der Anteil von jungen Nachwuchskräften wird in den nächsten Jahren aufgrund der Auswirkungen des demografischen Wandels immer stärker abnehmen und Betriebe sehen sich daher gezwungen, sich dem Potenzial der älter werdenden Belegschaft stärker zu widmen, um wettbewerbsfähig zu bleiben.

2. Der Beratungsablauf in Kleinbetrieben

Der Beratungsablauf im Rahmen des Pilotprojektes „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinunternehmen“ hat sich in folgende Phasen unterteilt:

Abbildung 2: Schematischer Ablauf eines Beratungsprozesses



Quelle: Pilotprojekt „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinunternehmen“.

In einem ersten Schritt wurde seitens der ÖSB der Kontakt zu den Betrieben telefonisch hergestellt, um die Ziele und Inhalte des Projektes kurz vorzustellen, und das prinzipielle Interesse wurde erfragt. In weiterer Folge wurde ein Erstgespräch mit der Geschäftsführung der Betriebe vereinbart, um auf die demografischen Entwicklungen, die Altersstruktur im jeweiligen Betrieb und die Entwicklung der Arbeitsbelastungen im Allgemeinen und im Betrieb sowie die Wandlung der Leistungspotenziale von Berufstätigen im Laufe eines Erwerbslebens einzugehen.

Anhand dieser Themen und dem vorgeschlagenen Beratungsablauf wurde gemeinsam festgestellt, ob eine Beratung zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll bzw. für das Unternehmen vorstellbar ist.

2.1 Das Arbeitsbewältigungs-Coaching

Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, besteht der Beratungsprozess aus zwei unterschiedlichen Varianten:

a) Arbeitsbewältigungsfähigkeit und

b) alternsgerechte Arbeitskarrieren.

Diese sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Hatte sich der jeweilige Betrieb für Variante a), die Interventionsmaßnahme, entschieden, wurde mit den partizipierenden MitarbeiterInnen Gespräche durchgeführt, um die Arbeitsfähigkeit und den Gesundheitszustand der Belegschaft zu eruieren. Als Instrumente zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit und des Gesundheitszustandes der MitarbeiterInnen wurden der Impuls-Test und das Arbeitsbewältigungs-Coaching herangezogen. Diese beiden Instrumente sollen nachfolgend näher erläutert werden, um deren Relevanz auch für den weiteren Verlauf des Projektes hervorzuheben.

Das Arbeitsbewältigungs-Coaching, auch AB-Coaching genannt, stellt ein wichtiges Beratungsinstrument zur Erhebung der Arbeitsfähigkeit eines Menschen dar. Das AB-Coaching wurde in den 1980er Jahren vom finnischen Wissenschaftler Juhani Ilmarinen entwickelt und hat in den letzten Jahren auch im österreichischen Raum immer stärker Anwendung gefunden.

Der erste Teil des AB-Coachings umfasst einen einfachen Fragebogen mit insgesamt elf Fragen zu den Themen Arbeitsfähigkeit und Gesundheit. Anhand dieser Fragen lässt sich der Arbeitsbewältigungsindex (ABI), der ein spezifisches Instrument zur Gefährdungsbeurteilung darstellt, errechnen. Mit Hilfe des Fragebogens können die MitarbeiterInnen ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit selbst einschätzen, und anhand der Ergebnisse kann das Risiko vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sowie die Beschäftigungsmöglichkeit mit zunehmendem Alter prognostiziert werden.

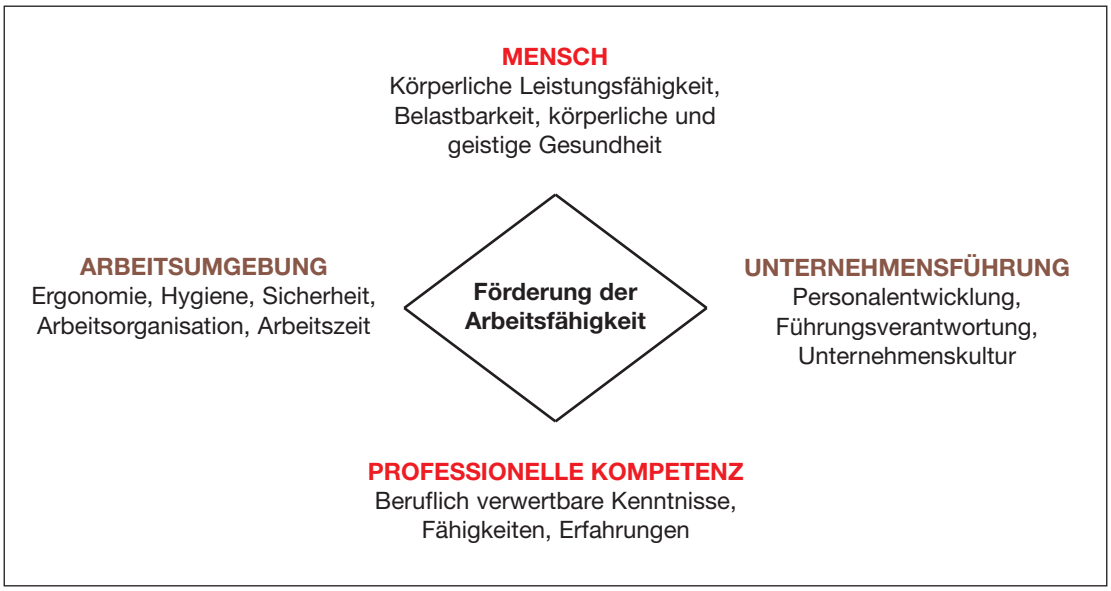
In einem zweiten Schritt wird gemeinsam mit dem/der MitarbeiterIn im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs anhand des Fördermodells der Arbeitsfähigkeit versucht, konkrete Maßnahmen für die Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Arbeitsfähigkeit abzuleiten. Dieses Fördermodell setzt an zwei Ebenen an:

- der individuellen Ebene (körperlich-geistige Vitalität, Qualifizierung & Kompetenz) und
- der betrieblichen Ebene (Führungs- und Unternehmenskultur & Arbeitsbedingungen).

Dadurch generieren sich insgesamt vier mögliche Handlungsfelder.

In der nachfolgenden Abbildung lassen sich die zwei Ebenen mit den vier Handlungsansätzen des „Hauses der Arbeitsfähigkeit“ folgendermaßen veranschaulichen:

Abbildung 3: Die vier Handlungsoptionen des Fördermodells der Arbeitsfähigkeit



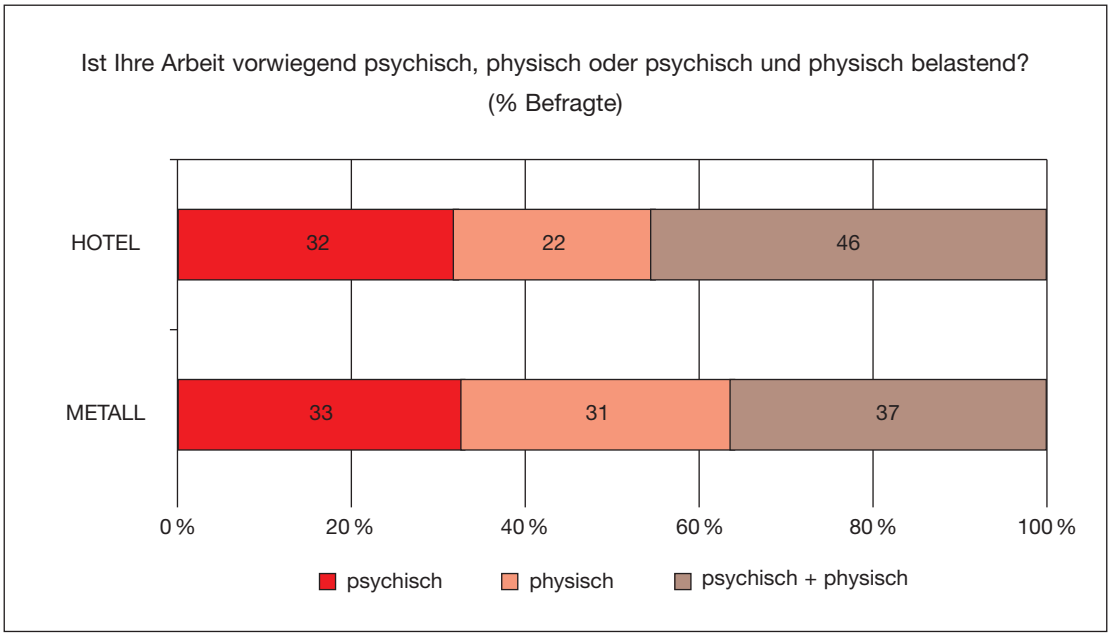
Quelle: Illmarinen/Tempel 2002, 237.

Das Fördermodell der Arbeitsfähigkeit liefert eine Grundlage für die Zusammenhänge zwischen Unternehmen und Individuum in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Um eine Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung dieser zu erreichen, sind sowohl die MitarbeiterInnen als auch die Führungskräfte aufgefordert, aktiv mitzuwirken. Nur wenn in allen vier Feldern gemeinsame Maßnahmen gesetzt werden, ist die Wahrscheinlichkeit am höchsten, dass die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen langfristig für das Unternehmen gesichert werden kann. Die vier Förderebenen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen, damit Unternehmen und MitarbeiterInnen von einer Win-Win-Situation profitieren können, die in einem erhöhten Wohlbefinden der MitarbeiterInnen und einer gesteigerten Produktivität und Qualität der Arbeit sichtbar wird. Dies kann unter anderem auch zu einer geringeren Fluktuation und einer erhöhten MitarbeiterInnentreue beitragen.

Die Ergebnisse des Pilotprojekts zeigen, dass der Großteil der MitarbeiterInnen sowohl in der Hotellerie (46%) als auch in der Metallbranche (37%) die Arbeit psychisch und physisch als belastend empfindet. Überraschend zeigten die Resultate, dass in beiden Branchen der Anteil an psychischen Belastungen zunimmt, obwohl die Metallbranche und die Hotellerie von den MitarbeiterInnen ein hohes Maß an physischer Arbeit abverlangt. Wie Abbildung 4 zeigt, wurden in beiden Branchen die psychischen Belastungen etwas höher eingestuft als die körperlichen.

In Bezug auf die Frage, ob sie sich vorstellen können, den derzeitigen Beruf bis zur Pension auszuüben, konnte bei der Gruppe der „MetallerInnen“ festgestellt werden, dass mit zunehmendem Alter der befragten Personen die Wahrscheinlichkeit ansteigt, den Beruf bis zur Pension auszuüben. Die Ergebnisse in der Hotellerie zeigen hingegen, dass sich viele „junge“ bzw. „mittelalte“ MitarbeiterInnen (vor allem die Gruppe der unter 24-Jährigen mit 53%, die 25-Jährigen bis 34-Jährigen mit 48% und die 35- bis 44-Jährigen mit 44%) die Ausübung des derzeitigen Berufes bis zur Pension nicht vorstellen können. Besonders auffallend ist der Sprung zu den 45- bis 54-Jährigen in der Hotellerie, die diese Frage zu 75% positiv beantworteten. Die Begründung liegt in besonders lernkritischen Arbeitsplätzen, wie jenen der

Abbildung 4: Überblick über die Art der Belastung in den beiden Branchen



Quelle: Pilotprojekt „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinunternehmen".

Küchenhilfen oder der Stubendamen, die von einer kurzen Einarbeitungsphase gekennzeichnet sind und die auch keine Entwicklungsmöglichkeiten bieten. Da jene Betroffenen die Chance auf einen Wechsel ihres Arbeitsplatzes aufgrund ihres Alters von über 45 Jahren und ihrer schlechten Qualifizierung nur minimal einschätzen, führen sie einen solchen auch nur selten durch.

Für beide Branchen hat der Arbeitsbewältigungsindex zum Großteil einen „guten" bzw. „sehr guten" Wert ergeben. Die Werte der Hotellerie sind aber etwas schlechter ausgefallen als die der Metallbranche, was darauf zurückzuführen ist, dass die Monteure im Bereich der Metallbranche aufgrund von Außendiensten nicht lückenlos erreicht werden konnten.

Bei der Befragung von Einzelpersonen zur Einschätzung, was sie selbst bzw. der Betrieb dazu beitragen könnte, um die derzeitige Arbeitsfähigkeit auch für die Zukunft zu erhalten bzw. zu steigern, hat sich als eindeutig wichtigster Bereich das Thema *„Führung und Arbeitsorganisation"* herauskristallisiert.

Zusammenfassend haben im Bereich *„Führung und Arbeitsorganisation"* 47,3% der Befragten beider Branchen angegeben, dass sie sich mehr Lob und Anerkennung, Sicherheit und Vertrauen, ein besseres Betriebsklima, klare Informations- und Kommunikationsstrukturen, transparentere Kompetenzaufteilungen, Gehaltserhöhungen und die Einführung von jährlichen MitarbeiterInnengesprächen wünschen.

32% der Befragten aus beiden Branchen haben im Hinblick auf die *Arbeitsbedingungen* angegeben, dass sie den Wunsch nach körperlichen Entlastungen, Reduktion der Staub-, Schmutz- und Lärmbelastung, ergonomischen Verbesserungen, besseren Verpflegungsmöglichkeiten, flexibleren Arbeitszeiten, besserer Arbeitsbekleidung und Raumausstattung, Reduktion des Arbeitsvolumens und der Arbeitsintensität hegen.

Bei der Förderung und Erhaltung der *individuellen Gesundheit* haben insgesamt 11,7% der Befragten angegeben, dass sie den Umstieg auf eine gesundheitsbewusstere Lebensweise durch bessere Ernährung, mehr Sport und den Verzicht auf das Rauchen anstreben.

Letztlich haben 10% der befragten MitarbeiterInnen beim Thema *Kompetenz und Qualifikation* angegeben, dass das Aus- und Weiterbildungsangebot auch tatsächlich in Anspruch genommen werden soll, und dass der Wunsch nach inhaltlicher Herausforderung, fachlicher Weiterbildung, innerbetrieblichen Entwicklungsmöglichkeiten, organisiertem Erfahrungsaustausch im Unternehmen und mehr Zeit für Einschulung besteht.

Die Ergebnisse aus den jeweiligen Befragungen wurden in anonymisierter Form im Rahmen eines Workshops der Geschäftsführung jedes einzelnen Betriebes präsentiert und abschließend wurde ein gemeinsamer Maßnahmenplan erstellt, der auch von der jeweiligen Geschäftsführung an die MitarbeiterInnen rückgemeldet wurde. Essenziell waren die Vereinbarungen von echten Zielen, verbunden mit Verantwortungen, Zeithorizonten, und eine effiziente Kommunikation, wodurch die MitarbeiterInnen über den Fortschritt des Projektes weiter informiert werden konnten. Empfehlenswert in diesem Zusammenhang ist die Inanspruchnahme einer/s Gesundheitsbeauftragten.

2.2 Alter(n)sgerechte Arbeitskarrieren

Hatten sich Betriebe für die Variante b) der Beratung – die alternsgerechten Karrieren – entschieden, wurde mit Hilfe eines gezielten Arbeitsplatz- bzw. Tätigkeitswechsels (vorrangig horizontale und diagonale Berufsverläufe) versucht, ein „Mitaltern“ der Arbeitsbedingungen zu erreichen, um das Gleichgewicht zwischen den Arbeitsanforderungen und Arbeitsleistungen wieder herzustellen. Altern bedeutet Auf-, Um- und Abbau verschiedener funktioneller Kapazitäten. Indem alter(n)sgerechte Arbeitskarrieren auf den Wandel menschlicher Potenziale während des Arbeitslebens Rücksicht nehmen, versucht diese Methode durch systematischen Belastungswechsel, den Erhalt der Arbeitsfähigkeit und der Gesundheit über das gesamte Berufsleben hinweg zu unterstützen.

Der Beratungsablauf in den Betrieben sah vor, die Arbeitsplätze der beteiligten Personen nach den beiden folgenden Kriterien einzuordnen:

1. Im Hinblick auf *alterskritische Tätigkeiten* wurde analysiert, ob die Tätigkeit aufgrund von bereits jetzt oder erst in Zukunft auftretenden körperlichen oder psychischen Beschwerden nur für eine begrenzte Dauer ausgeführt werden kann.

2. Im Hinblick auf *lernkritische Tätigkeiten* wurde untersucht, ob die Tätigkeit nach einer kurzen Einschulungsphase auch zusätzliche Entwicklungsmöglichkeiten bietet. Falls nach kurzer Einarbeitung keine neuen Inhalte, sondern lediglich monotone Alltagsroutine gefordert wird, ist der Arbeitsplatz als lernkritisch zu bezeichnen.

Ausgehend von den Ergebnissen der analysierten Tätigkeiten wurde nach gemeinsamen Lösungen *alter(n)sgerechterer Arbeitskarrieren* gesucht. Dabei stand die Frage im Mittelpunkt, welche Maßnahmen zu setzen sind, um potenziell gefährdete MitarbeiterInnen präventiv vor „Einbahnkarrieren“ zu bewahren. In den Unternehmen wurde entweder ein Workshop mit Ver-

treterInnen der Belegschaft zur Entwicklung von alternativen Karrieren durchgeführt, oder diese Thematik wurde aus Zeitmangel nur mit den GeschäftsführerInnen diskutiert. Ziel dabei war, einen Prototyp einer Arbeitsplatzlandkarte zu entwickeln, der alle Arbeitsplätze beinhaltet und Tätigkeiten, die lernkritische, alters- und alternskritische Aspekte aufweisen, besonders kennzeichnet. Des Öfteren finden sich in der Unternehmensgeschichte einige innerbetriebliche Berufsverläufe, die bereits Teil der Unternehmenskultur waren. Die befragten Betriebe sahen vor, erst bei plötzlichem Auftreten von Krankheiten oder Unfällen notwendige Maßnahmen für die Betroffenen zu setzen, um ihnen den Ausstieg aus ihrer lern- bzw. alterskritischen Tätigkeit zu ermöglichen. Das Management der Betriebe zeigte sich allerdings für präventive, strategisch gestaltete Vorschläge offen, um MitarbeiterInnen, die von lern- bzw. alterskritischen Tätigkeiten betroffen sind, zu unterstützen, und um gemeinsame Lösungen hinsichtlich alter(n)sgerechter Arbeitskarrieren zu entwickeln.

Bei wenigen sehr kleinen Betriebseinheiten gab es aufgrund der minimalen Anzahl an verschiedenen Tätigkeiten nur eingeschränkte Möglichkeiten zu einem internen Jobwechsel. Wirkliche „Ausstiegsarbeitsplätze“ für ältere MitarbeiterInnen, die weniger belastend sind und in denen das Erfahrungswissen Älterer eingesetzt werden kann, sind in kleineren Betriebseinheiten nur schwer etablierbar. Auch eine interaktionelle Personalentwicklung, die auf die notwendige Aus- und Weiterbildung der MitarbeiterInnen mit dem Ziel, auch andere Tätigkeiten zu übernehmen, setzt, wird oft durch die mangelnden zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen der Kleinbetriebe nicht forciert.

Ein weiteres Hinderniskriterium betrifft mitunter auch die mangelnde Veränderungsbereitschaft seitens der ArbeitnehmerInnen. Bei diesen sehr kleinen Unternehmen war es primäres Ziel, die GeschäftsführerInnen und MitarbeiterInnen dafür zu sensibilisieren, welche Vorteile die Personalentwicklung in konkreten innerbetrieblichen Berufsverläufen dem Unternehmen und seinen MitarbeiterInnen bringt.

Aus der Erkenntnis, dass innerbetriebliche Berufsverläufe aufgrund von finanziellen, zeitlichen und personellen Kapazitäten in Kleinbetrieben oft nur sehr schwer umsetzbar sind, entstand die Idee, dass sich Unternehmen aus der gleichen Region und der gleichen Branche zu Clustern zusammen finden könnten, um Strategien zu überbetrieblichen Karriereverläufen, zur Qualifizierung und zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln. Da dieser Schritt einer gemeinsamen überbetrieblichen Berufsverlaufsplanung für viele Betriebe aber noch mit zu viel Unsicherheit und Skepsis verbunden war, ist daraus „lediglich“ ein Qualifizierungsverbund der Hotellerie entstanden. Die Hotelbetriebe nutzten die Ergebnisse des Arbeitsbewältigungs-Coachings und erstellten, abgestimmt auf die Wünsche der MitarbeiterInnen, ein gemeinsames freiwilliges Bildungsangebot.

3. ZUSAMMENFASSUNG

Aus dem Projekt konnten folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

Mit Hilfe des Arbeitsbewältigungsindex ließ sich eine Gefährdungsbeurteilung von Erwerbspersonen erkennen. Das anschließende Coaching war ein wertvolles und praktikables Instru-

ment für kleine und mittlere Unternehmen, da es die Arbeitsabläufe nur minimal beeinflusste. Es eignete sich einerseits als „Empowerment-Instrument“ zur Aktivierung bzw. Sensibilisierung und stellte andererseits eine ideale Möglichkeit der Partizipation für MitarbeiterInnen dar. Während der Beratungen ließ sich bei vielen der einfachen Tätigkeitsprofile der MitarbeiterInnen ein großer „skill gap“, oft verbunden mit niedrigeren Arbeitsbewältigungsindexwerten, feststellen, die ein hohes Potenzial an „Einbahnkarrieren“ in sich trugen. Die von den Unternehmen gesetzten Maßnahmen waren eher reaktiv als präventiv und wurden daher ausschließlich erst nach einschneidenden Vorfällen gesetzt.

Damit horizontale Berufsverläufe und alternative Karrieren in Klein- und Mittelbetrieben implementiert werden können, bedarf es einiger Voraussetzungen. Für einen Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Tätigkeit braucht es eine Anzahl von mindestens 10 bis 15 unterschiedlichen Tätigkeiten im Unternehmen. Die „Betroffenen“ müssen dementsprechende Veränderungsbereitschaft zeigen und auch bereit sein, sich für ein höheres Qualifikationsprofil weiterzubilden. Von Seiten der Unternehmen bedeutet dies eine konsequente Personalplanung und -entwicklung sowie die Einsicht, dass präventive Laufbahngestaltung dem Betrieb im Sinne von Verringerung der Fluktuation, Qualitätsverbesserung und flexibler einsetzbaren MitarbeiterInnen selbst von Nutzen ist.

Das Pilotprojekt erwies sich als sehr erfolgreich und fand großen Anklang sowohl seitens der Geschäftsführungen als auch seitens der MitarbeiterInnen. Der große arbeitsmarktpolitische Erfolg dieses Projektes spiegelt sich in Folgeprojekten wider. In Wien läuft bereits seit Sommer 2007 das Nachfolgeprojekt „Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Wiener Tourismus“, welches auf Wunsch der Sozialpartner auf die Tourismusbranche fokussiert.

Das Pilotprojekt der ÖSB Consulting GmbH hat gezeigt, dass sowohl Unternehmen als auch MitarbeiterInnen von dem Ansatz der „Alter(n)sgerechten Arbeitskarrieren“ profitieren. Bessere Qualität und Produktivität sowie eine erhöhte MitarbeiterInnenzufriedenheit, ein verbessertes Unternehmensimage, mehr Freude an der Arbeit, verbesserte Arbeitsbedingungen, ein besseres Betriebsklima und ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein und mehr Motivation sind einige von vielen gewinnbringenden Chancen für die am Projekt beteiligten Betriebe und deren MitarbeiterInnen.

Weiterführende Informationen zum Projekt finden sich auf der Homepage der ÖSB Consulting GmbH: http://www.oesb.at/2324.0.html.

BIBLIOGRAPHIE

Hundstorfer, Rudolf und Christoph *Leitl* und Veit *Sorger* und Herbert *Tumpel* (2008), Aktionsplan für ältere ArbeitnehmerInnen – Ergebnis, Wien.

Ilmarinen, Juhani und Jürgen *Tempel* (2002), Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg.

Scoppetta, Anette und Wolfgang *Michalek* und Dirk *Maier* (2007), Active Ageing. Regionale Handlungsoptionen in Österreich, Wien.

Renate Czeskleba, Helmut Ivansits

INVALIDITÄT, PRÄVENTION UND RECHTLICHER RAHMEN

1. DEMOGRAFIE UND „UNFINANZIERBARKEIT" DES SOZIALSTAATES

Der sozialpolitische Diskurs steht seit Jahren „im Banne" des demografischen Wandels. Im Zentrum steht die These, dass die Alterung der Gesellschaft zu gravierenden Finanzierungsproblemen im System der sozialen Sicherheit führen würde, sodass letztlich nur mehr ein Rückbau des Sozialstaates die Unfinanzierbarkeit verhindern können würde. Diese Einstellung zum Sozialstaat, die in einem hohen Maße politikwirksam geworden ist, erleichtert die Argumentation gegen den Sozialstaat, weil es nunmehr „Sachzwänge" und nicht ideologisch unterschiedliche Sichtweisen sind, die eine Liberalisierung sozialer Daseinsvorsorge (Pensionsversicherung, Gesundheits- und Pflegesicherung) nahe legen.

2. DEMOGRAFISCHER WANDEL UND DIE GESETZLICHE PENSIONSVERSICHERUNG

Der demografische Wandel – die Verbindung aus sinkender Fertilität und längerer (Rest)-Lebenserwartung – wird zu einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung führen. Ein Drittel der Bevölkerung wird im Jahr 2030 älter als 60 sein, derzeit sind es 22%.

Die österreichische Bevölkerung wird von derzeit 8,31 Millionen auf 8,98 im Jahr 2030 und 9,51 Millionen im Jahr 2050 steigen. Die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 60 wird laut Statistik Austria bis 2030 von derzeit 5,16 auf 4,93 fallen, danach jedoch wieder auf 5 Millionen (2050) steigen, also annähernd gleich bleiben. Die Zahl der 60- und Mehrjährigen wächst aber von derzeit 1,85 auf 2,81 (2030) bzw. auf 3,26 Millionen Personen (2050) (vgl. Statistik Austria 2008, 1088f).

Vor diesem Hintergrund wird immer häufiger behauptet, der Sozialstaat sei langfristig unfinanzierbar. Nun ist Unfinanzierbarkeit weniger eine ökonomische als eine politische Kategorie. Ob der Sozialstaat auch noch in 30 oder 40 Jahren Bestand haben wird, ist somit in erster Linie eine politische Frage. Wenn aller „Überalterung" zum Trotz weiterhin auf gesellschaftlicher Ebene die Bereitschaft besteht, auch unter ungünstigeren demografischen Bedingungen für die Finanzierung des Sozialstaates einzustehen, sind Fragen wie jene nach dem finanziellen Mehrbedarf oder nach der Effizienz von Finanzierungssystemen von nachrangiger Bedeutung.

Was den Mehrbedarf an finanziellen Ressourcen betrifft, dürfte die zukünftige demografische Entwicklung in ihren Auswirkungen auf das System der sozialen Sicherheit überschätzt werden. Bezüglich der gesetzlichen Pensionsversicherung hängt die Frage, in welchem Umfang sich der Pensionsbestand tatsächlich erhöhen wird, nicht allein von der demografischen Entwicklung, sondern auch von der Ausgestaltung des zukünftigen Pensionsrechts (Pensions-

alter, Pensionsberechnung), also wiederum von politischen Faktoren, ab. Nicht zuletzt hängt der Umfang des Pensionsbestandes auch davon ab, ob die Zahl der Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit (wegen Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit, kurz: Invaliditätspensionen) durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten (und nicht nur durch die Veränderung des Invaliditätsbegriffs) verringert werden kann.

Entgegen bisherigen Annahmen wird nach der neuen Bevölkerungsprognose der Statistik Austria die Bevölkerung steigen, und zwar auch jene im erwerbsfähigen Alter bis 64. Geht man nun davon aus, dass auch in Zukunft – wie schon in den letzten 30 Jahren – mit dem Wirtschaftswachstum auch die Beschäftigung steigt, so wird es im Jahr 2030 rund 400.000 bis 500.000 Arbeitskräfte mehr geben als heute. Es wird also eine beträchtliche zusätzliche Nachfrage nach Arbeitskräften entstehen und die Arbeitsmarktlage sich allmählich verbessern. Unter der Annahme, dass die Erwerbsbeteiligung noch stärker (auf heute skandinavisches oder eidgenössisches Niveau) steigt, Arbeitskräftereserven durch Aktivierung bisher unterbeschäftigter Personengruppen (Arbeitslose, Frauen, Ältere) für den Arbeitsmarkt (re)aktiviert werden und die Immigration steigt, wird auch die Angebotslücke geschlossen werden können (vgl. Statistik Austria 2008a, 288-296).

Dafür müssen allerdings die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Insbesondere ist dafür zu sorgen, dass die Arbeitsbedingungen in Österreich zunehmend so gestaltet werden, dass Menschen nicht bzw. deutlich weniger oft arbeitsbedingt erkranken und frühzeitig wegen Invalidität aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden müssen. Gerade in Zeiten der Arbeitskräfteknappheit besteht darüber hinaus ein hohes gesamtwirtschaftliches Interesse an gesunden, auch älteren Arbeitskräften, die Beiträge in die Sozialversicherung leisten anstatt Pensionen zu beziehen.

Bei Knappheit am Arbeitsmarkt verbessern sich die Einkommenschancen der Erwerbstätigen. Dadurch steigen wiederum die Einnahmen der Pensionsversicherung. Steigt das BIP beispielsweise jährlich real um 2% und schlägt sich diese Steigerungsrate auch auf die Löhne nieder, werden sich die Realeinkommen in 30 Jahren verdoppelt haben (vgl. Hofer et alt). Selbst wenn die Pensionsquote stärker als angenommen steigen sollte, dürfte genügend Akzeptanz dafür vorhanden sein, einen kleinen Teil des Kaufkraftzuwachses zur Finanzierung der Alterssicherung abzuzweigen.

3. PRÄVENTIVE SOZIALPOLITIK ALS SCHLÜSSEL ZUR SOZIALSTAATSFINANZIERUNG

Voraussetzung für positive Effekte einer alternsgerechten Arbeitswelt auf unser soziales Sicherungssystem ist allerdings ein integrativer politischer Ansatz: Dazu zählt neben einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie, beruflicher Weiterbildung und flexiblen Übergängen in den Ruhestand vor allem auch eine präventive Ausrichtung der Gesundheitspolitik insgesamt.

Eine präventive Gesundheitspolitik setzt an allen Lebenswelten an (Wohnen, Arbeiten, Lernen, Freizeit/Sport). Der Schwerpunkt sollte dabei vor allem auf den Abbau von sozialer Ungleichheit gelegt werden.

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung bedeutet: Krankheit verhindern und Gesundheit generieren

Grundsätzlich fokussiert Prävention auf den Schutz der Gesundheit vor bestimmten Krankheiten. Gesundheitsförderung hingegen will Gesundheit generieren (Salutogenese) und zielt auf das Steigern des Wohlbefindens und auf das Investieren in Gesundheit. Beide Zugänge sind miteinander kommunizierende Gefäße, ergänzen einander und helfen Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhöhen und gleichzeitig Kosten für kurative Maßnahmen zu sparen. Prävention unterteilt sich in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Unter Primärprävention wird das Vorbeugen von – auf Grund der Lebens- oder Arbeitsumstände zu erwartenden – Krankheiten verstanden, bevor es noch erste Symptome gibt. Sekundärprävention setzt an ersten Symptomen an und versucht, das Fortschreiten von Krankheiten zu vermeiden. Tertiärprävention ist medizinische, psychische und berufliche Rehabilitation.

4. ALTERUNG VON BELEGSCHAFTEN

Die demografische Alterung führt zu einer Veränderung der Altersstruktur der Belegschaften, der Anteil der Älteren nimmt gegenüber jenem der Jüngeren zu. Vor diesem Hintergrund sollte auf die „Generationenbalance“ in Betrieben geachtet werden. Die körperliche Kraft nimmt bei Älteren zwar ab, hinsichtlich der geistigen Fähigkeiten bleiben ihre Kompetenzen jedoch erhalten, bei der sozialen Kompetenz haben sie gegenüber den Jüngeren einen deutlichen Vorteil. Um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Älteren zu fördern, bedarf es eines lebenslangen Prozesses der Gesundheitsförderung. Teil der Gesundheitsförderung sind persönliche und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und lebens- und arbeitsbegleitendes Lernen. Projekte zu alternsgerechtem Arbeiten wie beispielsweise das „LIFE-Programm“ der VOEST berücksichtigen dieses Prinzip durch eine kontinuierliche Gesundheitsförderung sowie durch Weiterbildungsmöglichkeiten und Bildungsfreistellung.

Invalidität kann nur dann nachhaltig verhindert werden, wenn vom Kindergarten an die Gesundheit von Menschen gefördert wird. Im Arbeitsleben werden langfristige Maßnahmen sowie mittel- und kurzfristig wirkende Maßnahmen einander ergänzen müssen. Es wird also darum gehen, in Unternehmen und Dienststellen die Gesundheit aller zu fördern. Ältere werden komplexere Tätigkeiten mit geringerer körperlicher Kraft leichter bewältigen, Jüngere werden ambitionierter quantitative Arbeitsziele erreichen und zur Arbeitssicherheit mehr Unterstützung und Beratung brauchen.

5. PRÄVENTION ALS HEBEL ZUR VERMEIDUNG VON INVALIDITÄT

Österreich wendet nur rund 1,9% der öffentlichen Gesundheitsausgaben (vgl. IHS 2007) für Prävention auf und liegt damit deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 2,6%. Deutschland und die Niederlande beispielsweise geben dafür immerhin 4% aus. Es überrascht, dass Österreich eher zu den Nachzüglern innerhalb der OECD gehört. Es stellt sich die Frage, ob die mangelhafte Präventionskultur in Österreich mit für die international relativ hohe Gesund-

heitsausgabenquote von 10,2% des BIP verantwortlich ist. Insofern könnte Prävention auch erhebliche Effizienzpotenziale aufweisen.

Die Ursache der nur rudimentär präventiven Ausrichtung des österreichischen Gesundheitswesens ist jedenfalls nicht spezifisch mit dem österreichischen Sozialversicherungssystem zu erklären, denn auch Deutschland verfügt über eine gesetzliche Krankenversicherung und weist dennoch höhere Präventionsausgaben auf. Darüber hinaus sind höhere Ausgaben für Prävention nicht gleich bedeutend mit höherer Effizienz (vgl. Sachverständigenrat 2000, 105).

Tatsache ist, dass durch die prekäre Finanzlage der österreichischen Krankenkassen der Blick auf die Möglichkeiten von präventiven Maßnahmen und Programmen verdeckt wird. Im Mittelpunkt steht vielmehr die Suche nach Einsparmöglichkeiten und nach der nachhaltigen Vermeidung von Doppelgleisigkeiten im kurativen Bereich. In Österreich ist in den Klein- und Mittelbetrieben Skepsis gegenüber der Wirtschaftlichkeit von Prävention weit verbreitet. Umso notwendiger ist es, Prävention und Gesundheitsförderung in den österreichischen Betrieben zu etablieren. Um das zu erreichen, muss die Effizienz der Prävention für das Gesundheitswesen und die Tauglichkeit von Prävention zur Vermeidung von Invalidität darstellbar sein. Besonders wichtig ist es aufzuzeigen, dass die Unternehmen von Gesundheitsförderung in den Betrieben profitieren können.

Durch Prävention können das Gesundheitssystem und die Pensionsversicherung Kosten einsparen. Eine präventive Maßnahme ist daher effizient, wenn bei vorgegebenem Ressourceneinsatz ein möglichst hohes Gesundheitsniveau mit einem möglichst geringen Ressourceneinsatz erreicht werden kann. Diese Aussage deckt sich mit dem ethischen Postulat, jede Verschwendung von finanziellen Ressourcen zu unterlassen, zumal Vergeudung in den anderen Versorgungsbereichen zu Mangelsituationen führen kann.

6. INVALIDITÄT ALS KOSTENFAKTOR

Ökonomisch gesehen werden Krankheit und Invalidität als Kostenfaktor, Prävention hingegen als Nutzenfaktor betrachtet. In den hierzu vorliegenden Studien werden die direkten und indirekten Kosten von (z.B. arbeitsbedingten) Erkrankungen erhoben und die betriebs- bzw. volkswirtschaftliche Kostenersparnis (Nutzen) ermittelt. So kosten 35 Millionen Krankenstandstage nach dem „Fehlzeitenreport“ (vgl. Leoni/Biffl/Guger 2008, 57) die Betriebe jährlich rund 6,5 Mrd. Euro (3,1% des BIP). Gelänge eine nur zehnprozentige Senkung der Krankenstände, könnte die österreichische Wirtschaft um bis zu 650 Millionen jährlich entlastet werden. Ähnlich sind die Schlussfolgerungen der neuen Studie zu den „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Invalidität“ (vgl. Biffl/Leoni 2007) und in der deutschen Studie über die „Kosten der Frühverrentung“ (vgl. Gesellschaft für Gesundheitsmanagement 2005). Die Gesundheit Österreich GmbH hat in einer neuen Studie (vgl. Wirl et al 2008) die internationalen Strategien und Erfahrungen bei der Prävention von Invaliditätspensionen analysiert.

Die ökonomische Analyse der Wirkung von Präventivmaßnahmen weist auf eine Reihe von methodischen Problemen hin, die mit der Monetarisierung von Kosten/Nutzen in Verbindung stehen (vgl. Sachverständigenrat 2000 bzw. Grossmann 1996).

Eine österreichische Studie „Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung“ (vgl. Helmenstein et al 2004,10-19) geht auf die Methoden der Nutzenmessung von betrieblicher Gesundheitsförderung ein. Darüber hinaus enthält sie eine Liste von internationalen Vergleichsstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Von Bedeutung sind demnach z.B. Programme zum Umgang mit Stress, zur körperlichen Aktivität, Ernährung etc. Hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen kommen diese Metastudien zum Ergebnis, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung rentiert (Senkung von Fehlzeiten und der direkten Krankheitskosten). Der Return of Investment liegt bei den meisten Programmen zwischen 1:2,5 und 1:5, d.h. für jeden investierten Dollar können für das Programm z.B. 2,5 Dollar eingespart werden.

Die Studie enthält auch eine Beurteilung der wirtschaftlichen Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich. Unter der Annahme, dass sämtliche Erwerbstätigen von Programmen betrieblicher Gesundheitsförderung erfasst werden und diese auch befolgen, liegt der Gesamteinspareffekt bei immerhin 3,638 Milliarden Euro (1,7% des BIP). Davon entfallen rund 1,4 Milliarden Euro auf den „vermiedenen Produktionsausfall infolge von Erwerbsunfähigkeit“ (gemessen als Differenz zwischen entgangenen Lebenseinkommen und Pensionen). Die methodischen Grundlagen für diese Berechnungen (mit weiteren Literaturhinweisen) werden in der Studie ausführlich dargelegt.

Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung zahlen sich demnach gleich dreifach aus:

- Kostenreduktion für die Betriebe durch verringerte Fehlzeiten und die Entgeltfortzahlung
- volkswirtschaftliche Einsparungen durch geringere Arztrechnungen, weniger Krankenhausaufenthalte, Krankengeld, Invaliditätspensionen, verringerte Produktionsausfälle etc. und vor allem
- durch mehr Lebensqualität für die AdressatInnen.

7. PRÄVENTIONS(GESUNDHEITSFÖRDERUNG)GESETZ

Für eine rationale, strategisch ausgerichtete Gesundheitspolitik sind Gesundheits- und Präventionsziele, die hinsichtlich der Zielerreichung messbar sein müssen, unerlässlich.

Nationale Präventionsziele könnten beispielsweise die Verminderung von Diabetes oder von Invalidität sein. Im Bereich der Invalidität wäre eine Reduktion von Invaliditätspensionen in den Bereichen Muskel- und Skeletterkrankungen und Stoffwechselerkrankungen um 10% innerhalb von fünf Jahren ein realistisches nationales Präventions- und Gesundheitsförderungsziel (derzeit sind 60% der Neuzugänge zur Invaliditätspension mit Muskel- und Skeletterkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen begründet (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2006, Tabelle 3.15). Auch gesunde Ernährung könnte ein nationales Präventionsziel sein – in Finnland gibt es diesbezüglich seit Jahrzehnten eine intensive Zusammenarbeit von staatlichen Institutionen und Betrieben mit der Nahrungsmittelindustrie.

Wie auch in Deutschland, wo ebenfalls an einem Präventionsgesetz gearbeitet wird, könnte Prävention in einem eigenen Bundesgesetz geregelt werden. Es entspräche aber eher der

österreichischen Rechtslage, die Grundsätze der Prävention zunächst in einer Artikel 15 a B-VG-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern festzulegen und diese in einem weiteren Schritt durch die Bundes- und Landesgesetzgeber zu transformieren. Beide Konzepte gehen von einer zentralen Rahmengesetzgebung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, aber von einer dezentralen Umsetzung aus. Ohne Bundeskoordination würden die derzeit im Bereich der Prävention bestehenden Defizite – nämlich: Unverbindlichkeit, Ziellosigkeit, mangelnde Koordination – erhalten bleiben. Ausschließlich auf appellativem Wege ist kaum eine wirksame Präventions- und Gesundheitsförderung realisierbar.

Die zukünftigen Rechtsgrundlagen für Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung sollten von folgenden Grundstruktur ausgehen:

- Festlegung von *Präventionszielen*

- Die Vorbereitung zur Festlegung von Präventionszielen sollte in der Bundesgesundheitskommission beim Bundespräventionsrat liegen, der sich aus den Präventionsträgern, d.h., aus der Sozialversicherung und den Gebietskörperschaften zusammensetzt. Die büromäßige Führung der Geschäfte könnte durch die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfolgen.

- *Verpflichtung* der Präventionsträger zur Prävention/BGF (Prävention als Pflichtaufgabe) im jeweiligen Wirkungsbereich.

- Formulierung der Ziele auf der Grundlage einer („kritischen") *Gesundheits- und Präventionsberichterstattung* durch die Gesundheit Österreich GmbH.

- Zentrale Festlegung von *Qualitätsvorgaben* (Bewilligungsvoraussetzungen: Bedarf, Bereitschaft, Projektmanagement, Projektziele, Übertragbarkeit) für Präventionsmaßnahmen durch den Präventionsrat.

- Der Präventionsrat ist auch für *Aufklärung und Information* zuständig.

- Sofern die Präventionsträger nicht selbst Präventionsmaßnahmen durchführen, können auf Antrag von Einrichtungen aus den betroffenen Lebensbereichen (insbesondere Betrieb, Sport, Schule) *Präventionsprojekte* bewilligt werden, wenn sie den Präventionszielen und Qualitätsanforderungen entsprechen

- Die *Finanzierung* erfolgt durch die Präventionsträger. Für die Sozialversicherung stellt der Bund einen Beitrag in der Höhe von 20 Millionen Euro zur Verfügung.

Die Organisation von Prävention/BGF sollte über den Fonds – Gesundes Österreich bei der GÖG laufen. Die Prävention von *arbeitsbedingten Erkrankungen* ist als Pflichtaufgabe der Unfallversicherung zu regeln. Arbeitsbedingte Erkrankungen machen bis zu 50% des Krankheitsgeschehens aus. Die AUVA ist daher gesetzlich zur Prävention von arbeitsbedingten Krankheiten und Gesundheitsgefahren zu verpflichten. Ebenso ist mit der Prävention von Arbeits- und Freizeitunfällen zu verfahren.

Ergänzend dazu sollten die Unfallversicherungsträger gemeinsam mit den Krankenkassen

(am besten im Rahmen eines Kompetenzzentrums) für die betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlich gemacht werden. Das hätte den Vorteil, dass betriebliche Gesundheitsförderung flächendeckend, bedarfsgerecht (betriebsbezogen) und standardisiert angeboten werden kann. Beratung und Moderation könnten bei entsprechender Dotation und Interesse von Betrieb und Betriebsrat kostenlos angeboten werden.

Grundsätzlich trägt jeder Rechtsträger (Sozialversicherung, Gebietskörperschaften) selbst die finanzielle Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung in seinem Zuständigkeitsbereich. Die Finanzierung sollte zweckgebunden erfolgen und gesetzlich geregelt werden. Diese Mittel dürfen nur für zusätzliche Prävention und Gesundheitsförderung verwendet werden.

8. PRÄVENTIONSGESETZGEBUNG UND BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF)

Eine neue Präventionsgesetzgebung muss sämtliche Settings der Prävention erfassen. Die erwerbstätige Bevölkerung erwirtschaftet den gesellschaftlichen Wohlstand und ist zugleich den hohen Beanspruchungen der Arbeitswelt ausgesetzt. So sind Berufskrankheiten direkt, arbeitsbedingte Erkrankungen oft erst über epidemiologische Studien auf arbeitsbedingte Belastungen zurückzuführen. Die „Beschleunigung“ der Arbeitsprozesse und die damit einhergehenden Veränderungen der Arbeit sind neben klassischen Belastungen wie die der Schwerarbeit zentrale Ursachen für das Krankheitsgeschehen.

Dies rechtfertigt es, in den gesetzlichen Bestimmungen dem Setting Arbeitsplatz eine besonders hohe Priorität zu geben. Der „klassische“ ArbeitnehmerInnenschutz und die BGF sind hier Instrumente, die es flächendeckend umzusetzen gilt. Grundsätzlich muss mit Prävention sehr früh begonnen werden und nicht erst dann, wenn der Schaden – Krankheit oder Invalidität – bereits eingetreten ist.

Eine Grundbedingung für die Effizienz von gesundheitsförderlichen Maßnahmen ist die Partizipation der Betroffenen selbst. Sie kennen die Verhältnisse in den Betrieben am besten und wissen, welche Gesundheitsrisiken – aber auch welche Gesundheitsförderungsmaßnahmen für sie die wichtigsten sind.

Der ArbeitnehmerInnenschutz ist im Gegensatz zur BGF gesetzlich verpflichtend, die Arbeitsinspektion kontrolliert seine Umsetzung. Das österreichische „Nationale Netzwerk für BGF“ entwickelt entsprechende Instrumente und zertifiziert Gesundheitsförderung in den Betrieben. Die beiden Zugänge weisen Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten auf. Beim ArbeitnehmerInnenschutz handelt es sich um Primärprävention – also um Gesundheitsschutz – und nicht um Gesundheitsförderung. BGF hingegen fokussiert explizit auf Salutogenese und verlangt nach einem nachhaltig wirkenden Managementsystem für BGF.

Eine aussagekräftige Ist-Analyse des Betriebes ist für BGF genauso notwendig wie die Gefahrenermittlung im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes. Krankenstandszahlen sind hier oft ein wichtiger Impetus für ArbeitgeberInnen für BGF.

Gesundheitszirkel sind das Instrument der BGF in den Betrieben. Im Rahmen von Gesundheitszirkeln werden arbeitsplatzbezogene Belastungen, aber auch persönliche Ressourcen der ArbeitnehmerInnen erfasst und darauf basierend gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt. Gesundheitszirkel sollten jedenfalls durch professionelle ModeratorInnen – beispielsweise aus den Krankenkassen – durchgeführt werden.

Der Arbeitsbewältigungsindex ist ein weiteres Instrument der Gesundheitsförderung, das sich für die Ist-Analyse in Bezug auf alternsgerechtes Arbeiten anbietet. Er misst die Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen im Unternehmen. Unter Berücksichtigung des Datenschutzes ist der Arbeitsbewältigungsindex ein gutes Instrument zur Messung von Gesundheit, Motivation und Arbeitsfähigkeit. Er sollte ein wichtiger Teil eines nachhaltigen Gesamtprogramms für alternsgerechtes Arbeiten sein.

Im Zentrum der BGF (nach der Luxemburger Deklaration) steht die gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, aber auch das gesundheitsförderliche Verhalten der ArbeitnehmerInnen selbst. Eigene „Ressourcen“ (wie Erfahrung, Motivation, Qualifikation, Fitness) müssen mobilisiert und Belastungen proaktiv bewältigt werden. Durch BGF können Anliegen der ArbeitnehmerInnen (wie die Senkung der Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit und Bewältigungskompetenzen) ebenso erreicht werden wie Arbeitgeberziele (höhere Produktivität, Steigerung der Produktqualität, verbesserte innerbetriebliche Kooperation etc.).

Grundvoraussetzungen für eine effiziente BGF sind ein positiver Zugang und eine ausreichende Information der Betriebsleitung und des Betriebsrates über BGF. In einer Befragung von Betriebsratvorsitzenden in Oberösterreich (zitiert nach Meggeneder et al 2005, XXI) fühlen sich zwei Drittel der Vorsitzenden gut informiert, 87% bezeichnen sich als BefürworterInnen einer verhältnispräventiven BGF (ergonomische Arbeitsplatzgestaltung aus, Verbesserung der Arbeitsorganisation, Verringerung der Arbeitsbelastung, Stressbewältigung etc.) und sprechen sich für Maßnahmen der BGF in ihren Betrieben aus. Sie erwarten sich davon mehr Arbeitszufriedenheit, Motivation und die Verringerung von Fehlzeiten. Weniger erfreulich ist, dass die oberösterreichischen UnternehmensleiterInnen in starker Abhängigkeit zur Unternehmensgröße deutlich weniger über BGF informiert sind als BetriebsrätInnen (vgl. Meggeneder et al 2005, XXII).

Nach Auffassung der Gewerkschaften funktioniert das Instrument der BGF nur dann, wenn die Betriebe dazu angehalten, dabei unterstützt und gefördert werden. Schlüsselfaktoren sind Überzeugungsarbeit, direktes Ansprechen von Betrieben, externe Moderation von betrieblichen Gesundheitsförderungsprozessen und die Bereitstellung von entsprechenden Tools. Die Erfahrung zeigt, dass erfolgreiche BGF fast immer vom Fonds-Gesundes Österreich unterstützt wurde. Dies ist insofern problematisch, als sich Prävention und Gesundheitsförderung auch ohne Förderung betriebswirtschaftlich rechnen. Was aber aus Gründen der Qualität der Maßnahmen sinnvoll erscheint, ist die Beratung oder die Moderation von Gesundheitszirkeln durch die Krankenkassen vornehmen zu lassen und von rein monetären Förderungen oder steuerlichen Zuschüssen abzusehen.

Im Präventionsgesetz sollte daher auch angeführt werden, unter welchen Voraussetzungen den Unternehmen seitens der Sozialversicherung unterstützende Maßnahmen der BGF gewährt werden können. Zu diesem Zweck sollen die Krankenkassen in Hinkunft verpflichtet werden, betriebliche Präventionsberatung zu gewähren. Darüber hinaus sollen die Kassen mit ihrem Beratungsangebot „in die Betriebe gehen“ können. Das Beratungsangebot sollte mit den in der Richtlinie des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger enthaltenen Zielen der BGF übereinstimmen und den darin angeführten wissenschaftlichen Methoden entsprechen. Damit sollen Zielkompatibilität und Qualitätssicherung erreicht werden. Die Wissenschaftlichkeit der Methoden muss durch das „Nationalen Netzwerks für BGF“ bestätigt werden. Zentral ist das gemeinsame Vorgehen von Geschäftsführung und Belegschaftsvertretung in der Planung und Umsetzung von BGF.

Wichtig ist auch die Sicherung von Standards in der BGF, die Kompatibilität mit wissenschaftlich fundierten Präventions- und Gesundheitsförderungszielen sowie Transparenz und Evaluierung der Wirkungen. Der Hauptverband könnte hier eine zentrale Rolle spielen und durch das „Nationale Netzwerk für BGF“ unterstützt werden. In einer neuen Studie der Gesundheit Österreich GmbH (vgl. Rohrauer et al 2008) wurden Richtlinien zur Förderung von Präventionsprojekten erhoben.

Die Lebensumwelt „Arbeit“ steht verständlicherweise im Zentrum des Interesses der ArbeitnehmerInnenvertretungen. Trotzdem ist auch klar, dass Settings wie jenes der Schule, aber auch Zielgruppen wie MigrantInnen, sozial benachteiligte Gruppen oder behinderte Menschen in besonderer Weise der Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen.

Wie angedeutet sollte der Anreiz zur Vornahme von betrieblichen Präventionsprogrammen vor allem in der Übernahme der Beratungs- und allenfalls der Personalkosten des Projektmanagements durch die Krankenkassen liegen. Die Zertifizierung soll nur möglich sein, wenn die Qualität der BGF durch die Krankenkassen gewährleistet ist. Da sich solcherart qualitätsgesicherte Maßnahmen der BGF ökonomisch rentieren (siehe oben) und sich gleichsam selbst finanzieren, erscheint eine weiter gehende Förderung durch die öffentliche Hand fragwürdig. Wenn sie angedacht wird, dann nur für bereits zertifizierte Projekte.

Folgende Instrumente können unter bestimmten Bedingungen den Projekten der BGF eine wichtige informationelle Hilfestellung bieten:

1. Krankenstandsanalysen

Die Praxis in zwei österreichischen Bundesländern (Oberösterreich und Steiermark) hat gezeigt, dass Krankenstandsanalysen, die einen Vergleich der betrieblichen Krankenstandstage mit dem Branchendurchschnitt ermöglichen, einen gewissen Anreiz (besonders für ArbeitgeberInnen) darstellen, Gesundheitsförderungsprojekte umzusetzen. Eine aussagekräftige Ist-Analyse für BGF sollte aber neben Krankenstandszahlen jedenfalls auch Fluktuationsdaten, Informationen über die Generationenverteilung im Betrieb, Kenndaten zur Arbeitsorganisation und betriebliche Analysen der Arbeitsbedingungen umfassen. Gesundheitszirkel sind ein Instrument, das eine genauere Erfassung von Belastungen und Ressourcen der ArbeitnehmerInnen ermöglicht, sollten aber durch professionelle ModeratorInnen durchgeführt werden.

2. Arbeitsbewältigungsindex

Eine der Möglichkeiten, die Leistungsfähigkeit im Hinblick auf konkrete Arbeitsaufgaben zu ermitteln, ist der Arbeitsbewältigungsindex. Im Rahmen von spezifischen Interviews mit den Beschäftigten wird die Arbeitsfähigkeit bewertet bzw. bepunktet. Die Interviews haben gezeigt, dass ohne geeignete betriebliche Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter abnimmt. Sie kann zwar durch betriebliche Gesundheitsförderung (z.B. durch Fitness-Programme) noch einige Jahre gesteigert werden, ohne dabei aber Nachhaltigkeit zu erzielen. Erst durch eine Kombination aus Fitness-Training, ergonomischen Verbesserungen und – vor allem – einem angemessenen Führungsverhalten lässt sich die Leistungsfähigkeit über längere Zeit (auch über das 60. Lebensjahr hinaus) auf dem Niveau von 40-Jährigen halten. Ein gutes Führungsverhalten von Vorgesetzten erweist sich als hoch signifikanter Faktor für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 51. und dem 62. Lebensjahr.

Dabei ist allerdings Vorsicht geboten. Auf den ersten Blick können die Vorteile des ABI oder spezifischer Untersuchungen (z.B. jährlich ab dem 45. Lebensjahr) zur Überprüfung des Gesundheitszustandes älterer MitarbeiterInnen vielleicht überzeugen, allerdings ist auch zu befürchten, dass solche Maßnahmen aufgrund der derzeitigen Arbeitsmarktlage den betroffenen ArbeitnehmerInnen eher zum Nachteilen gereichen können als zur Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze. So gesehen sollten die BetriebsrätInnen vor Ort beurteilen, ob Maßnahmen dieser Art der Belegschaft nützen oder eher schaden können.

3. Morbiditätsanalysen

Morbiditätsanalysen wären ein durchaus brauchbares Instrument für die Sozialversicherung (z.B. nach Branchen, Regionen, Betrieben, Zielgruppen ausgewertete Krankenstandsdaten), um Zielgruppen gezielt anzusprechen und in weiterer Folge präventive Maßnahmen bewirken zu können. Die Auswertung könnte in betrieblichen Gesundheitszirkeln erfolgen. Sinnvollerweise sollten diese Zirkel extern moderiert werden und einer einheitlichen Grundstruktur („Standards“, Leitlinien) folgen. Diese Gesundheitszirkel sollten gemeinsam vom Betrieb und von der Belegschaft organisiert werden. Der Betrieb stellt die Ressourcen zur Verfügung, der Betriebsrat sorgt für eine hohen Teilnahme. Gesundheitszirkel können auch nur Teile des Betriebes bzw. der Belegschaft erfasst oder eben breitflächiger angelegt sein. Sie können Teil eines betrieblichen Frühwarnsystems sein (was besonders sinnvoll ist) oder erst nach einem umfassenden Krankheitsgeschehen eingerichtet werden. Die Sozialversicherung hat die entsprechenden ExpertInnen auszubilden und den Betrieben zur Verfügung zu stellen. Das Ziel sind standardisierte BGF-Programme, die verstärkt („flächendeckend“) zum Einsatz kommen sollen.

Selbst wenn (betriebliche) Prävention verstärkt und erfolgreich ist, werden auch in Zukunft ArbeitnehmerInnen erkranken, selbst wenn – im Idealfall – die Krankheiten nicht mehr überwiegend durch Arbeitsbedingungen verursacht werden. Daher ist es vernünftig, schon auf erste Anzeichen für arbeitbedingte Erkrankungen in den Betrieben zu achten. Schon bei Auftreten geringerer Befindlichkeitsstörungen oder bei nachhaltiger Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen sollte auf der Grundlage von einem auf Beschwerden und auf andere Warnzeichen aufgebauten betrieblichen „Frühwarnsystem“ (beispielsweise im Rahmen von Gesundheitszirkeln) gegengesteuert werden.

Eine besondere Rolle bei der Erhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit insbesondere älterer ArbeitnehmerInnen kommt damit der Unternehmenskultur zu. Hier geht es vor allem um die „Wertschätzung“, die älteren MitarbeiterInnen entgegengebracht wird. Förderung von „Wertschätzung“ bedeutet letztlich auch die Verankerung einer altersgerechten Arbeits- und Personalpolitik im Leitbild eines Unternehmens und setzt einen oft gravierenden Einstellungswandel bei Führungskräften voraus. Es ist daher besonders wichtig, das Personalmanagement eines Betriebes auf die demografische Langzeitentwicklung auszurichten („Personalmanagement mit langem Atem“).

10. GESUNDHEITSSCHUTZ VON ÄLTEREN ARBEITNEHMER/INNEN

Ziel einer alternsgerechten Gesundheitspolitik ist die Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen und die Erhaltung des Arbeitsplatzes. Dabei müssen Maßnahmen des (klassischen) ArbeitnehmerInnenschutzes, wie sie im ArbeitnehmerInnenschutzrecht vor allem zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten geregelt sind, durch Maßnahmen zur Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen ergänzt werden. Dazu kommen Maßnahmen zur Integration gesundheitlich beeinträchtigter älterer ArbeitnehmerInnen (Gesundheitsstiftung, betriebliches Eingliederungsmanagement, Adaptierung des Arbeitsplatzes etc.).

Anzumerken ist, dass arbeitsschutzrechtliche Maßnahmen für ältere ArbeitnehmerInnen mitunter eine der Zielsetzung diametral entgegen gesetzte negative Wirkung entfalten, wenn ältere ArbeitnehmerInnen beispielsweise nicht mehr mit Arbeiten, die mit Zeit- und Termindruck oder mit Nachtarbeit verbunden sind, betraut werden dürfen. Sie können zu Altersdiskriminierung führen, sobald ältere ArbeitnehmerInnen gekündigt werden oder wenn dadurch das Erwerbseinkommen (Zulagen) vermindert wird. Dieses Problem kann auch nicht durch Kündigungsverbote für Ältere oder durch Sanktionen gelöst werden.

Dieser Widerspruch, der sich daraus ergibt, dass ArbeitgeberInnen zur Vermeidung höherer Kosten für Ältere eher eine jüngere Belegschaft beschäftigen, während die Gesellschaft aus sozialen Gründen auch älteren Menschen Beschäftigung ermöglichen will, ist im Prinzip unlösbar. Allerdings ist ArbeitnehmerInnenschutz insbesondere dort, wo der Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und Arbeitsbedingung evident ist, kaum anders möglich als auf normativem Wege. Solange sich aus Sicht der Betriebe Gesundheitsschutz für Ältere nicht rentiert, sind Schutznormen unerlässlich. Dieser Wertungswiderspruch wird immer die Diskussion um einen effektiven Gesundheitsschutz für Ältere begleiten. Das bedeutet nicht, dass ArbeitgeberInnen überhaupt keine gesetzlichen Pflichten auferlegt werden sollen. Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe sind vielmehr so zu gestalten, dass für ArbeitnehmerInnen in jedem Lebensalter eine beanspruchungsoptimale Ausführung der Arbeit gewährleistet ist.

11. „EXPERIENCE RATING“

Beim „Experience rating“ geht es darum, ArbeitgeberInnen über flexible Sozialversicherungsbeiträge zur Bereitstellung besserer Arbeitsbedingungen zu veranlassen. Betriebe mit „gesünderen“ Arbeitsbedingungen (messbar z.B. an niedrigeren Morbiditäts- und Invalidisierungsraten oder geringerer Unfallhäufigkeit in einer Branche) zahlen einen niedrigeren Dienstgeberbeitrag als Betriebe, die schlechter abschneiden. Wenn sich die entsprechenden Kennzahlen verändern, besteht die Möglichkeit einer Revision des Beitragssatzes (nach oben und unten). Das Grundproblem des „Experience rating“ besteht darin, dass die Betriebe statt ältere jüngere ArbeitnehmerInnen beschäftigen würden, weil diese weniger krank werden.

12. BETRIEBLICHE MASSNAHMEN IM ERKRANKUNGSFALL

Solche Maßnahmen reichen von der rechtzeitigen Rehabilitation, die letztlich auch zu einer Umschulung und beruflichen Neuorientierung führen kann, bis hin zu an der Restleistungsfähigkeit ausgerichteten Arbeitsmöglichkeiten, die oft mit erheblichen organisatorischen Anforderungen im Betrieb verbunden sind. Selbstverständlich dürfen sie nicht zu gravierenden materiellen Verschlechterung für die Betroffenen führen (z.B. bei Schonarbeitsplätzen). Ein wichtiges Instrument zur Integration vor allem von rekonvaleszenten oder behinderten ArbeitnehmerInnen könnten Gesundheitsstiftungen und ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ sein.

§ 84 Abs des deutschen SGB IX sieht ein „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ für Beschäftigte vor, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. In diesem Fall hat der/die DienstgeberIn mit dem Betriebsrat und mit Zustimmung der betroffenen Person Möglichkeiten zu prüfen, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.

ArbeitnehmerInnen können schon derzeit (z.B. im BBRZ) ihre gesundheitliche Eignung für ihre Erwerbstätigkeit bewerten lassen. Die Frage ist, welche Rechte sie erhalten sollen, wenn ihnen bescheinigt wird, dass sie nur mehr partiell arbeitsfähig sind. Gehen sie damit zum/r DienstgeberIn, um für sich Erleichterungen zu erwirken, droht ihnen die Auflösung des Dienstverhältnisses (siehe oben). Hätten DienstnehmerInnen in diesen Fällen jedoch ein Recht auf Teilzeitarbeit – verbunden mit einer Teilinvaliditätspension – und vor allem: mit Kündigungsschutz, würde sich ihre Position beträchtlich verbessern. Das aber wäre mit der Abschaffung des Berufsschutzes in der gesetzlichen Pensionsversicherung verbunden, was wiederum auf ArbeitnehmerInnenseite nicht mehrheitsfähig ist.

Der Gedanke, der/die ArbeitgeberIn sollte Restleistungsfähigkeit und Arbeitsbewältigungsgrad erheben und danach entsprechende Dispositionen zu Gunsten der ArbeitnehmerInnen (bis hin zur Rehabilitation mit umfassendem Kündigungsschutz) treffen, ist nachvollziehbar und reizvoll, es bestehen jedoch auch erhebliche Bedenken. Solche Maßnahmen sind vielfach selektive Instrumente für negative personalpolitische Entscheidungen. Betriebswirtschaftlich

gelten derzeit Kündigungen und die Invalidisierung als probate Reaktionen von DienstgeberInnen und der Gesellschaft auf gesundheitliche Probleme.

Das bedeutet jedoch keineswegs, dass es nicht DienstgeberInnen gibt, die nicht zu seriösen Vereinbarungen auf Betriebsebene bereit sein könnten. So könnten auf betrieblicher Ebene Vereinbarungen geschlossen werden, die erkrankte MitarbeiterInnen im Betrieb „auffangen" und sie mit einem leistungsgerechten Arbeitsplatz und/oder Arbeitszeitreduktion unterstützen könnten.

BIBLIOGRAPHIE

Gesellschaft für Gesundheitsmanagement (2005), Kosten der Frühverrentung, in Schriftenreihe der BA für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Darmstadt.

Grossmann, Robert (1996), Gesundheitsförderung und Public Health, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2006), Statistisches Jahrbuch der österreichischen Sozialversicherung 2006, Wien.

Helmenstein, Christian, Maria M. *Hofmarcher,* Anna *Kleissner,* Monika *Riedel,* Gerald *Röhrling* und Alexander *Schnabl* (2004), Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung (= IHS-Projektbericht Nr. 739/2004).

Hofer, Helmut and Serguei *Kaniovski a*nd Ulrich *Schuh* and Thomas *Url* (2007), A Long-run Macroeconomic Model of the Austrian Economy (=IHS Projektbericht Nr. 862), Wien.

Institut für Höhere Studien (2007), Presseunterlage zum Thema: Effizienz im Gesundheitswesen, Wien.

Leoni, Thomas und Gudrun *Biffl* und Alois *Guger* (2008), Fehlzeitenreport 2007: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien.

Meggeneder, Oskar und Helmut *Hirtenlehner* und Sarah *Sebinger (*2005), Betriebliche Gesundheitsförderung und der Faktor „Unternehmensgröße", in: Soziale Sicherheit 12/2005, XIX-XXIII.

Rohrauer, Gerlinde und Gabriele *Sax* und Bettina *Schmickl* und Charlotte *Wirl* und Esra *Erdogan (*2008), Prävention von Invaliditätspension – Analyse von internationalen Strategien und Erfahrungen (=Studie von GÖG/ÖBIG), Wien.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000), Prävention und Gesundheitsförderung, Band III, Baden-Baden.

Statistik Austria (2008), Zukünftige Bevölkerungsprognose Österreichs, in: Statistische Nachrichten 5/2008, 288-296.

Statistik Austria (2008a), Statistisches Jahrbuch Österreichs 2008, Wien.

Wirl, Charlotte und Christiane *Knaller* und Rainer *Christ* (2008), Erhebung und Analyse von Richtlinien zur Förderung von Projekten im Bereich Gesundheitsförderung/Primärprävention (= Studie von GÖG/ÖBIG), Wien.

Biffl, Gudrun und Thomas *Leoni* (2007), Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Invalidität, Wien.

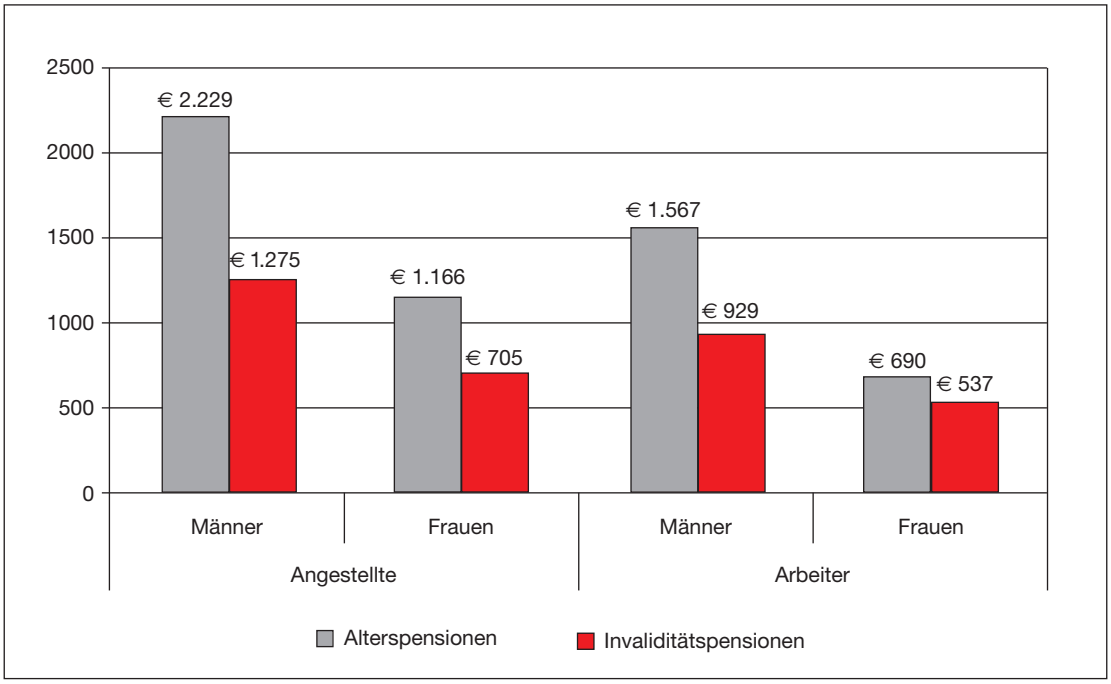
Erik Türk

DIE MÄR VON INVALIDITÄTSPENSIONEN ALS „ATTRAKTIVES SCHLUPFLOCH“. STATISTISCHE INFORMATIONEN ZU DEN INVALIDITÄTS-PENSIONEN

1. HÖHE DER INVALIDITÄTSPENSIONEN

Die materielle Absicherung im Falle von Invalidität ist im Allgemeinen alles andere als großzügig. Der Großteil der InvaliditätspensionistInnen muss mit sehr niedrigen Pensionen das Auslangen finden.

Grafik 1: Mittlere neuzuerkannte Eigenpensionen 2006 – PV der Unselbständigen*

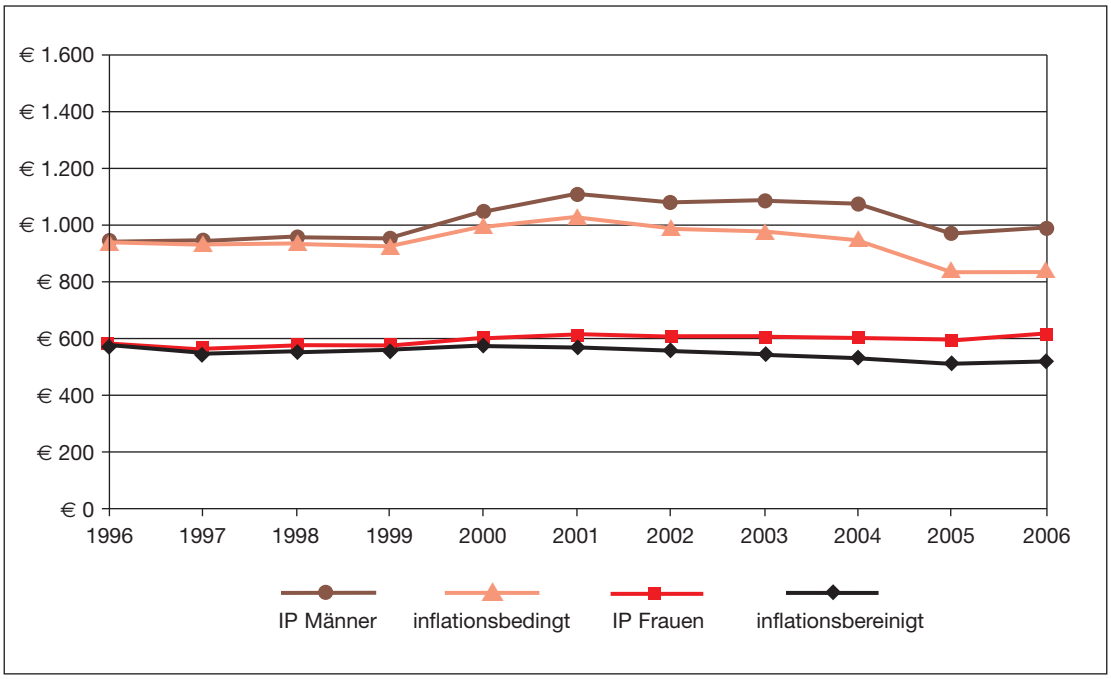


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Verteilung des monatlichen Pensionseinkommens, Erstmalige Neuzuerkennungen 2006.

* Ohne zwischenstaatliche Teilleistungen.

Die Medianwerte (50% der Pensionen liegen darüber, 50% der Pensionen darunter) bei neuzuerkannten Invaliditätspensionen sind wesentlich niedriger als jene bei den Alterspensionen. Die materielle Absicherung bei Invalidität ist in der Regel wesentlich schlechter als bei einem Pensionsantritt ohne Invalidität.

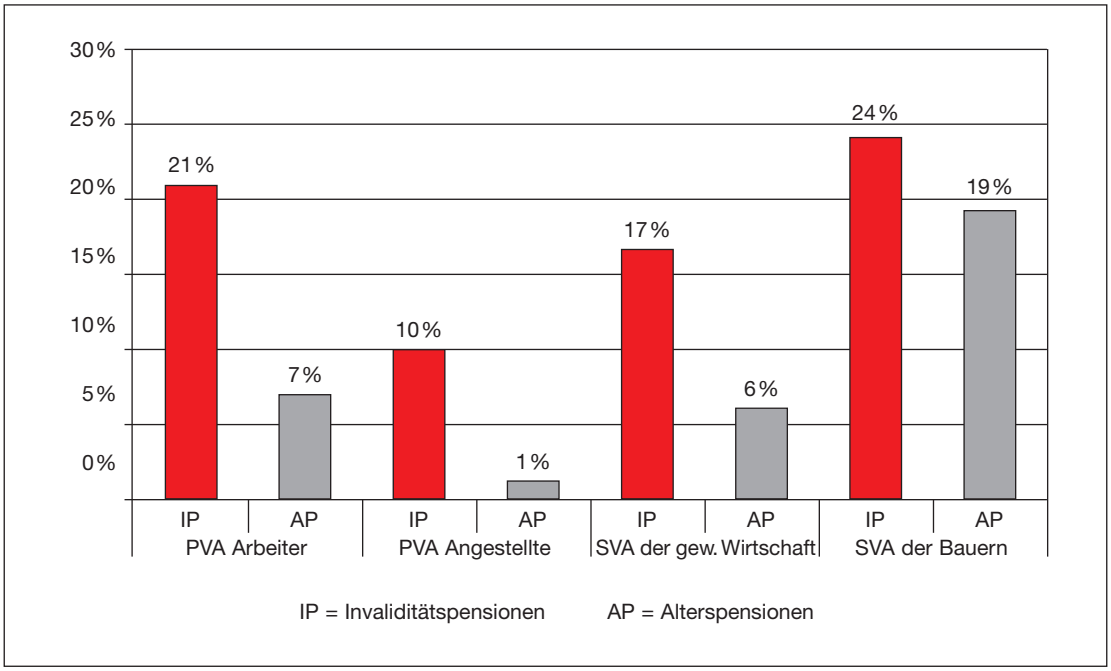
Grafik 2: Mittlere neuzuerkannte Invaliditätspensionen seit 1996 in der PV des Unselbständigen*



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Verteilung des monatlichen Pensionseinkommens, Erstmalige Neuzuerkennungen, Berichtsjahre 1996–2006; Statistik Austria, VPI 1996, in: AK-Wien (2008), Statistische Informationen, Verbraucherpreisindex Dezember/Jahresdurchschnitt 2007.

* Ohne zwischenstaatliche Teilleistungen.

Grafik 3: Anteil der AusgleichzulagenbezieherInnen am Pensionsstand nach Pensionsart und -träger, Jahresdurchschnitt 2007



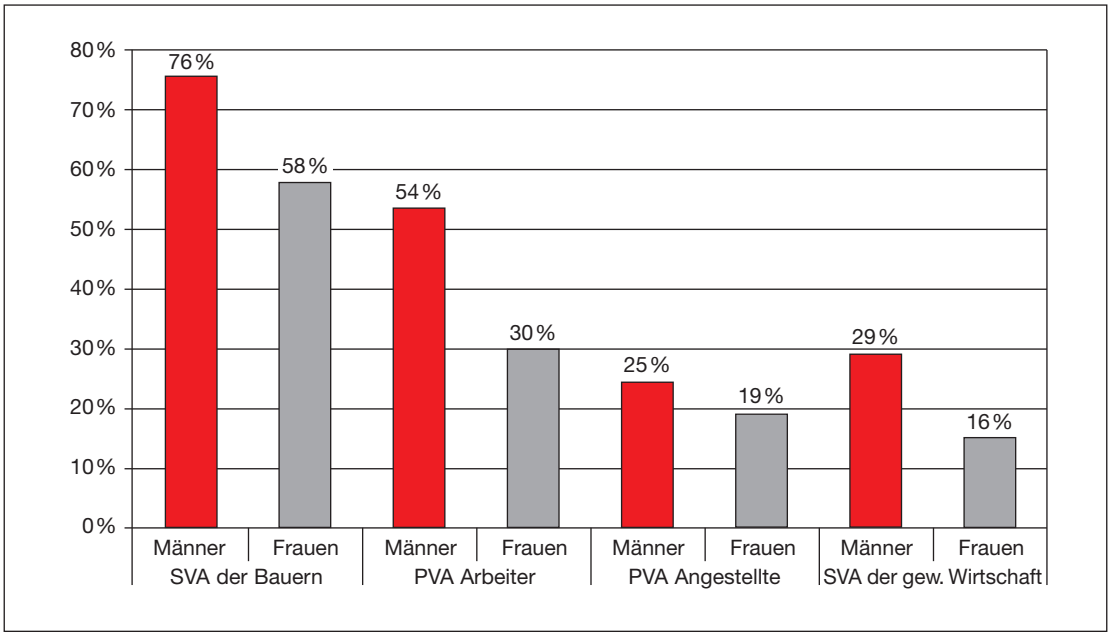
Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Versicherte Pensionen Renten, Jahresergebnisse 2007, Tab. 23.

In den letzten Jahren hat sich das Sicherungsniveau bei Invalidität weiter verschlechtert. Die mittlere neuzuerkannte Invaliditätspension (Medianwert) 2006 war sowohl bei Männern als auch bei Frauen nur geringfügig höher als im Jahr 1996. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlichen Geldentwertung (Verbraucherpreisindex 1996) lagen die entsprechenden Werte des Jahres 2006 sogar deutlich unter jenen des Jahres 1996.

Dementsprechend hoch ist der jeweilige Anteil der InvaliditätspensionistInnen, die auf eine Ausgleichszulage angewiesen sind. Die Anteile der AusgleichszulagenbezieherInnen betragen bei BezieherInnen von Invaliditätspensionen in der Regel ein Vielfaches des jeweiligen Wertes bei Alterspensionen.

2. VERBREITUNG UND ZUGANG ZU INVALIDITÄTSPENSIONEN

Grafik 4: Anteil der Invaliditätspensionen an neuzuerkannten Eigenpensionen 2007

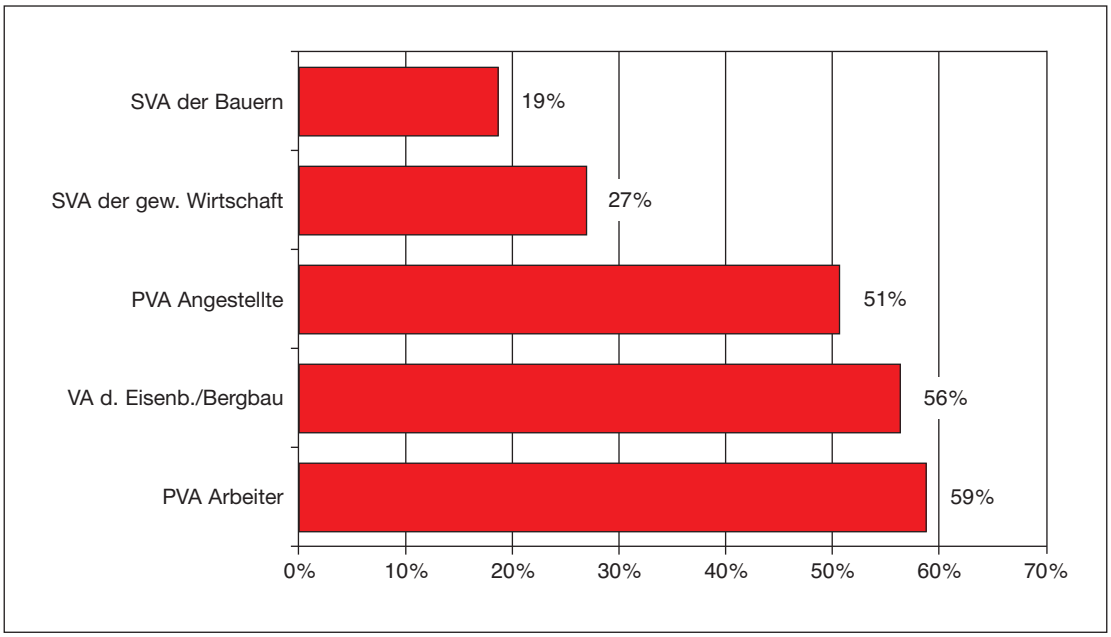


Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Versicherte Pensionen Renten, Jahresergebnisse 2007, Tab. 32 und 33; eigene Berechnungen.

Invalidität kommt vor allem im bäuerlichen Bereich und bei den ArbeiterInnen eine erhebliche Bedeutung zu. Diese Fakten deuten darauf hin, dass unterschiedliche Belastungen im Arbeitsleben die Invalidisierungsquoten und damit auch den Pensionierungszeitpunkt stark beeinflussen.

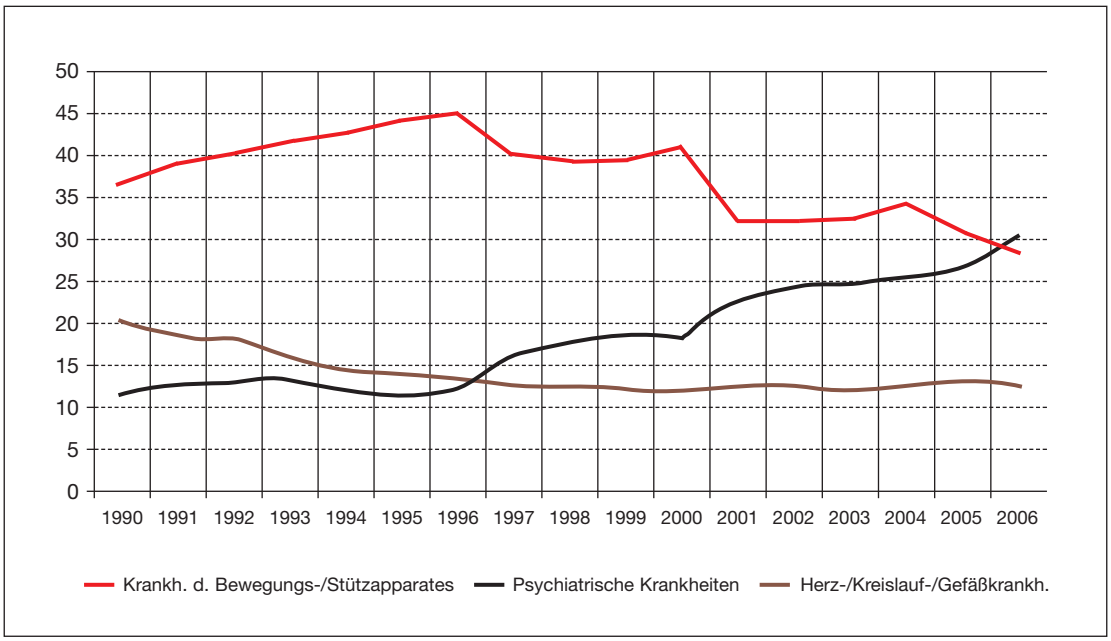
Dass der Zugang in eine Invaliditätspension alles andere als einfach ist, zeigen die hohen Ablehnungsquoten im Bereich der unselbständig Beschäftigten. Die gesetzlichen Bestimmungen, ab wann jemand als nicht mehr arbeitsfähig anzusehen ist, weichen offensichtlich erheblich von den persönlichen Erfahrungen der Betroffenen ab.

Grafik 5: Prozent der Anträge auf Invaliditätspension wurden im Jahr 2006 vom PV-Träger abgewiesen



Quelle: Wörister/Marischka 2008, 208.

Grafik 6: Anteil der drei bedeutendsten Krankheitsgruppen bei neuen Pensionen aus Gesundheitsgründen PV der Unselbstständigen 1990–2006



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung, Pensionsversicherung, Berichtsjahre 1990 bis 2006, eigene Berechnungen.

Psychiatrische Krankheiten haben im letzten Jahrzehnt als Invaliditätsursache merklich an Bedeutung gewonnen. Im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen kommt psychiatrischen Krankheiten bereits in etwa die gleiche Bedeutung zu wie jenen des Bewegungs- und Stützapparates.

BIBLIOGRAPHIE

Arbeiterkammer Wien (2008), Statistische Informationen, Verbraucherpreisindex, Dezember/Jahresdurchschnitt 2007.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistische Daten aus der Sozialversicherung:

- Verteilung des monatlichen Pensionseinkommens, Erstmalige Neuzuerkennungen, Berichtsjahre 1996 bis 2006.
- Pensionsversicherung, Berichtsjahre 1990 bis 2006.
- Versicherte Pensionen Renten, Jahresergebnisse 2007.

Wörister, Karl und Christa *Marischka* (2008), Was heißt „invalid"? – Zur bedeutendsten Frage in den Sozialrechtsverfahren, in: Soziale Sicherheit 4/2008, 207-215.

AUTOR/INNEN

Renate Czeskleba ist Leiterin des Referats Gesundheitspolitik im Österreichischen Gewerkschaftsbund.

Helmut Ivansits ist Leiter der Abteilung Sozialversicherung, AK Wien.

Michael Lenert ist Mitarbeiter der Abteilung Sicherheit, Gesundheit und Arbeit, AK Wien.

Julia Nedjelik-Lischka ist Mitarbeiterin der Abteilung Sicherheit, Gesundheit und Arbeit, AK Wien.

Gernot Mitter ist Mitarbeiter der Abteilung Arbeitsmarkt, AK Wien.

Wolfgang Panhölzl ist Mitarbeiter der Abteilung Sozialversicherung, AK Wien.

Erik Türk ist Mitarbeiter der Abteilung Sozialpolitik, AK Wien.

Bernhard Wolf ist Bereichsleiter bei der ÖSB Consulting GmbH im Bereich Productive Ageing und Workplace Health Promotion.

Arthur Zoglauer ist Berater bei der ÖSB Consulting GmbH im Bereich Productive Ageing und Workplace Health Promotion.

Impressum:
Herausgeber und Verleger: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22.
Redaktion: Dr. Ursula Filipič und Sandra Emerling, AK Wien, Abteilung Sozialpolitik.
Printmarketing: Johann Polonyi, 1180 Wien.
Druck: Druckerei Hans Jentzsch & Co GmbH, 1210 Wien.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Erik Türk:

- Das häufig gezeichnete Bild einer Massenflucht in die Invaliditätspension entspricht ganz und gar nicht der Realität und resultiert aus einer fehlerhaften Betrachtung
- Die Entwicklung der gesundheitsbedingten Pensionsneuzuerkennungen ist seit 1999 trotz Anhebung des Pensionsantrittsalters durch die letzten Pensionsreformen stabil bzw. sogar leicht rückläufig
- Bei den 57- bis 59-jährigen Männern zeigt sich sogar ein deutlicher Rückgang. Für sie wurde mit den pensionsrechtlichen Änderungen des Jahres 2000 der Zugang zu einer gesundheitsbedingten Pension merklich erschwert
- Die Zunahme bei gesundheitsbedingten Neuzuerkennungen bei den Männer im Alter ab 60 ist Folge der Anhebung des Pensionsalters für vorzeitige Alterspensionen. Dadurch erhöht sich die Relevanz gesundheitsbedingter Pensionen zwangsläufig auch für diese Altersgruppe

Helmut Ivansits:

- Die Zahl der Invaliditätspensionen in Österreich ist rückläufig, auch die Pensionszugänge gehen tendenziell zurück
- Nach internationaler Zählweise (als Invaliditätspensionen zählen sie nur bis zum Regelpensionsalter) ist die Zahl der Invaliditätspensionen um mehr als die Hälfte niedriger als in Österreich statistisch ausgewiesen
- Die Gesundheitsreformen der letzten 15 Jahre zielten v.a. auf Kostensenkung. Kosteneinsparungen wurden v.a. durch Strukturreformen, zentrale Steuerung und eine bessere Auslastung realisiert. Ein leistungsorientiertes Abrechnungssystem wurde eingeführt. Die Einführung von Wettbewerb war die Ausnahme
- Im europäischen Vergleich (EU) nimmt Österreich bei den Rentenausgaben wegen Invalidität einen Platz im „Mittelfeld“ ein

Michael Lenert:

- Gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen und betriebliche Belastungsstrukturen haben arbeitsbedingte Invalidität und massive gesamtwirtschaftliche Kosten zur Folge
- Dabei kommt psychomentalen und organisationalen Belastungen eine größere kostenverursachende Wirkung zu als Belastungen durch schwere körperliche Arbeit
- Psychiatrische Erkrankungen stehen nach Erkrankungen des Skeletts und der Muskulatur sowie des Kreislaufsystems an dritter Stelle der kostenverursachenden, arbeitsbedingten und invaliditätsbegründenden Erkrankungen
- Zur Vorbeugung arbeitsbedingter Invalidität und zur Verringerung der gesamtwirtschaftlichen Folgekosten bedarf es Maßnahmen, die auf betrieblicher wie auch auf überbetrieblicher Ebene ansetzen

Wolfgang Panhölzl:

- Bei Invaliditätspensionen gibt es oft extrem lange Übergangsphasen zwischen Erwerbsaustritt und Pensionseintritt. Sie betragen bei einem Viertel der Zuerkennungen vier Jahre und mehr und werden überwiegend im Status der Arbeitslosigkeit verbracht
- Die langen Übergangsphasen belegen ein ineffizientes Zugangsverfahren bei Invaliditätspensionen: Zum einen „pendeln“ arbeitslose und kranke Menschen jahrelang zwischen dem AMS, der PVA und dem Arbeits- und Sozialgericht, zum anderen werden Indikatoren nicht zum Verhindern einer drohenden Invalidität genütz
- Die Stigmatisierungen „alt“, „krank“ und „langzeitarbeitslos“ bedeuten eine massive Belastung: sie führen zur Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes und tragen dazu bei, dass die Betroffenen „pensionsreif“ werden
- Vorgeschlagen wird eine „Gesundheitsstraße“ als Kompetenzzentrum, mit dem das Zugangsverfahren zu Invaliditätspensionen effizienter und effektiver organisiert werden kann

Julia Nedjelik-Lischka:

- Je besser die Arbeitsbedingungen, desto seltener tritt Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlich bedingte Frühverrentung auf. Zur Vermeidung von Invalidität sollten Unfallversicherungen auch arbeitsbedingten Erkrankungen vorbeugen,

Kompetenzzentren der AUVA könnten AkteurInnen im ArbeitnehmerInnenschutz in der Prävention beraten

- Besonders wichtig wäre, dass ArbeitgeberInnen bei Vorliegen psychischer Arbeitsbelastungen zumindest ein Viertel der Präventionszeit für arbeitspsychologische Betreuung vorsehen, damit Zusammenhänge von Arbeitsbelastung und Krankheit erkannt werden können

- Arbeitsplätze mit optimaler altersgerechter Beanspruchung bieten u.a. die Möglichkeit auf Zusatzurlaub, Begrenzung von Überstunden und eine jährliche Gesundheitswoche unter Entgeltfortzahlung; bei langen Arbeitszeiten muss besonders auf ausreichende Pausen geachtet werden

Gernot Mitter:

- In Österreich besteht ein erhebliches institutionelles Defizit bei der Früherkennung und -vermeidung von Invalidisierungsgefahren. Einem (arbeitsbedingten) Verlust der Arbeitsfähigkeit geht eine im Durchschnitt 10-jährige Krankheitsgeschichte voraus

- Weder die Betroffenen, noch die Betriebe, noch die Institutionen der sozialen Sicherheit setzen entsprechende Maßnahmen, um Invalidität und damit individuelles Leid sowie individuelle und volkswirtschaftliche Kosten zu vermeiden

- Im Rahmen von Pilotprojekten wurde in den letzten Jahren versucht, über individuelle Beratung und in Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern und Beschäftigungsfähigkeit zu sichern

- Die Ergebnisse sind sehr ermutigend: Bei mehr als 50% der TeilnehmerInnen konnte eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt gesichert werden. Den anderen konnte eine klare Perspektive für weitere Schritte vermittelt werden

Arthur Zoglauer, Bernhard Wolf:

- Befragungen im Rahmen des Pilotprojekts „Alternsgerechte Arbeitskarrieren in Kleinbetrieben“ ergaben, dass für MitarbeiterInnen „Führung und Arbeitsorganisation“ die wichtigsten arbeitsbezogenen Themen sind

- Horizontale Berufsverläufe in Kleinbetrieben erfordern unterschiedliche Tätigkeitsprofile, eine stetige Personalentwicklung, Veränderungsbereitschaft seitens der Betroffenen sowie eine Laufbahngestaltung, die auf lernkritische und alterskritische Tätigkeiten Rücksicht nimmt

- Ist ein Interesse der Geschäftsführung vorhanden, gibt es gerade in KMU eine gelebte Praxis von Berufs- und Belastungswechsel. Die Betriebe setzen jedoch keine Präventivmaßnahmen, sondern handeln erst im Ernstfall
- Das AB-Coaching ist ein praktikables Empowerment-Instrument für MitarbeiterInnen und Betriebe und kann deren Handlungskompetenz stärken. Der Betrieb erhält zudem ein Bild der Stimmungslage und Lösungsvorschläge

Renate Czeskleba, Helmut Ivansits:

- Prävention und Gesundheitsförderung sind in Österreich unterentwickelt und unstrukturiert („Wildwuchs"). Studien zeigen, dass sich Investitionen in betriebliche Gesundheitsförderung volks- und betriebswirtschaftlich rentieren
- Es bedarf einer Stärkung der Prävention. Ziel ist die Schaffung eines „Präventionsgesetzes" mit Präventionszielen, Qualitätssicherung und einer ausreichenden Dotierung
- Nicht gesetzliche Einschränkung beim Pensionszugang oder Pensionskürzungen, sondern die Vermeidung von (Invaliditäts)Pensionen durch Prävention und medizinische und berufliche Rehabilitation sollten im Zentrum der Invaliditätspolitik stehen. Personen mit geminderter Arbeitsfähigkeit sollen in das Erwerbsleben reintegriert, statt invalidisiert werden

Erik Türk:

- Die materielle Absicherung bei Invalidität ist in der Regel alles andere als großzügig: Die Medianwerte neuzuerkannter Invaliditätspensionen sind wesentlich niedriger als jene der Alterspensionen
- Dementsprechend hoch ist der Anteil jener InvaliditätspensionistInnen, die auf Ausgleichszulagen angewiesen sind
- Invalidisierungsquoten werden durch die unterschiedlichen Belastungen im Arbeitsleben stark beeinflusst. Dies spiegelt sich in der weit überdurchschnittlichen Bedeutung von Invaliditätspensionen im bäuerlichen Bereich und bei den ArbeiterInnen wider
- Die hohen Ablehnungsquoten insbesondere im Bereich der unselbständig Beschäftigten belegen, wie schwierig der Zugang zu einer Invaliditätspension im Allgemeinen ist

Bisher erschienen

1 Ulrich Schönbauer, Ältere im Betrieb (Februar 2006)

2 Ursula Filipič (Hg.), Neoliberalismus und Globalisierung (September 2006)

3 Ursula Filipič (Hg.), Arbeitsmarktpolitik in Europa (März 2007)

4 Kai Biehl und Norbert Templ (Hg.), Europa altert – na und? (August 2007)

5 Helmut Ivansits und Ursula Filipič (Hg.),
Privatisierung von Gesundheit – Blick über die Grenzen (November 2007)

6 Ursula Filipič (Hg.), Soziale Gerechtigkeit versus Eigenverantwortung (Dezember 2007)

7 Josef Wallner (Hg.), Gestaltung und Finanzierung von Arbeitsmarktpolitik: Ein internationaler Vergleich (Jänner 2008)

ISBN 978-3-7063-0362-0

Publikationen aus dieser Reihe bestellen Sie bitte unter Tel. (01) 501 65 401
AK Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22

Artikelnummer: 229

AK WIEN

wien.arbeiterkammer.at