

Begleitende Evaluierung der „Gesundheitsstraße“

Endbericht

Trude Hausegger, Christine Reidl unter Mitarbeit von Christian Scharinger

Prospect Unternehmensberatung GesmbH
1070 Wien, Siebensterngasse 21/4
Tel: +43/1/523 72 39-0
E-Mail: office@pro-spect.at
www.pro-spect.at

Wien, Oktober 2012

Im Auftrag des



bmask

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

INHALT

MANAGEMENT SUMMARY	4
1 AUSGANGSLAGE	7
2 BASIS DES VORLIEGENDEN BERICHTS	10
3 BEGUTACHTUNGSVERFAHREN IM RAHMEN DER GESUNDHEITSSTRAÙE	12
3.1 BEGUTACHTUNGSVERFAHREN IM BEOBACHTUNGSZEITRAUM	12
3.2 VERFAHRENSDAUER NACH BUNDESLAND DER ZUSTÄNDIGEN REGIONALEN GESCHÄFTSSTELLE DES AMS	14
3.3 BEGUTACHTUNGSVERFAHREN NACH ALTER	15
3.4 STATUS DER BEGUTACHTUNG	16
3.5 ARBEITSMARKTRELEVANTE STATUSPOSITIONEN NACH BEGUTACHTUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT DURCH DIE GESUNDHEITSSTRAÙE IM JAHR DAVOR UND DANACH	24
4 ERGEBNISSE DER TELEFONISCHEN BEFRAGUNG VON ARBEITSLOSEN, DEREN ARBEITSFÄHIGKEIT DURCH DIE GESUNDHEITSSTRAÙE BEGUTACHTET WURDE	27
4.1 KONTEXT DER ZUWEISUNG ZUR GESUNDHEITSSTRAÙE	30
4.2 ERWARTUNG AN UND BEWERTUNG DES ERGEBNISSES	33
4.3 BERUFLICHE PERSPEKTIVEN UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARFE DER ALS ARBEITSFÄHIG EINGESTUFTEN BEFRAGTEN	36
4.4 BESTEHENDE BELASTUNGEN	40
5 ERGEBNISSE DER TELEFONISCHEN BEFRAGUNG VON ARBEITSLOSEN, DIE EINEN ANTRAG AUF INVALIDITÄTS- BZW. BERUFSUNFÄHIGKEITS-PENSION GESTELLT HABEN	41
5.1 ZUM PROZESS DER ANTRAGSTELLUNG	43
5.2 BEKANNTHEITSGRAD DER GESUNDHEITSSTRAÙE	47
5.3 ERWARTETES ERGEBNIS DER BEANTRAGUNG, BERUFLICHE PERSPEKTIVEN UND UNTERSTÜTZUNGSBEDARFE 48	
5.4 BESTEHENDE BELASTUNGEN	51
5.5 ERFAHRUNGEN DER BEFRAGTEN MIT DEM PENSIONSVERFAHREN	52
6 ZUSAMMENFASSENDE INTERPRETATION DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE MIT BLICK AUF VERBESSERUNGSOPTIONEN	54
6.1 RESSOURCENPROFIL ALS ERGEBNIS DER ABKLÄRUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT IN DÄNEMARK	55
7 LITERATURVERZEICHNIS	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verfahrensdauer nach Bundesland	14
Abbildung 2:	Alter der Begutachteten	15
Abbildung 3:	Status der Begutachtung nach Geschlecht der Begutachteten	16
Abbildung 4:	Anzahl der abgeschlossenen Begutachtungen nach Diagnosegruppierungen (ICD-Hauptdiagnose)	17
Abbildung 5:	Ergebnis des Begutachtungsverfahrens nach Diagnosegruppierung (ICD-Hauptdiagnose)	18
Abbildung 6:	Ergebnis abgeschlossener Begutachtungsverfahren nach Bundesland	23
Abbildung 7:	Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „(befristete) BU-/IV-Pension“	24
Abbildung 8:	Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“	25
Abbildung 9:	Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „Sonstiges - Begutachtung konnte nicht abgeschlossen werden“	26
Abbildung 10:	Erstüberprüfung der Arbeitsfähigkeit oder wiederholte Abklärung nach Bundesland	31
Abbildung 11:	Zweifel an Arbeitsfähigkeit nach Bundesland	32
Abbildung 12:	Erwartetes Ergebnis des Abklärungsprozesses nach Bundesland	33
Abbildung 13:	Bewertung des Ergebnisses unmittelbar nach Erhalt und aus heutiger Sicht nach Art des Ergebnisses	34
Abbildung 14:	Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive differenziert nach Erstantrag/wiederholtem Antrag	37
Abbildung 15:	Inanspruchnahme einer Beratung und Art der Beratung in der Entscheidungsfindungsphase der Antragstellung durch Arzt/Ärztin nach Bundesland	45
Abbildung 16:	Inanspruchnahme einer Beratung und Art der Beratung in der Entscheidungsfindungsphase der Antragstellung durch AMS-BeraterIn nach Bundesland	46
Abbildung 17:	Bekanntheitsgrad der Gesundheitsstraße und Informationsquelle nach Bundesland	47
Abbildung 18:	Erwartetes Ergebnis des Antragsverfahrens nach Bundesland	48
Abbildung 19:	Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive nach Bundesland	49
Abbildung 20:	Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive nach Bundesland differenziert nach Erstantrag/wiederholtem Antrag	49
Abbildung 21:	Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach Bundesland	52
Abbildung 22:	Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach Häufigkeit der Antragstellung	53
Abbildung 23:	Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach erwartetem Begutachtungsergebnis	53

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der im Beobachtungszeitraum Juli 2010 bis Dezember 2011 monatlich initiierten Begutachtungsverfahren im Rahmen der Gesundheitsstraße nach Bundesland	13
Tabelle 2:	Durchschnittliche Verfahrensdauer je Bundesland in Tagen	14
Tabelle 3:	Durchschnittliches Alter der Begutachteten nach Bundesland	15
Tabelle 4:	Relative Bedeutung der einzelnen Diagnosegruppierungen innerhalb der Begutachtungen, die mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“ respektive „(Befristete) BU-/IV-Pension“ abgeschlossen wurden	19
Tabelle 5:	Ergebnis „Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt“ nach Diagnosegruppierung und Alter	21
Tabelle 6:	Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“ nach Diagnosegruppierung und Alter	22
Tabelle 7:	Soziodemografische Merkmale nach Ergebnis der Gesundheitsstraße und Bundesland	28
Tabelle 8:	Entwicklung einer beruflichen Perspektive	36
Tabelle 9:	Anteil der Befragten, die Unterstützungsangebote nicht genutzt haben, aber Interesse daran hätten nach Bundesland an allen Befragten	38
Tabelle 10:	Anteil der Befragten, die unterschiedliche Unterstützungsangebote genutzt haben, sowie Anteil derjenigen, die mit der Nutzung sehr bzw. eher zufrieden waren, nach Bundesland	39
Tabelle 11:	Anteil der zufriedenen NutzerInnen von Unterstützungsangebote nach Bundesland an allen Befragten	39
Tabelle 12:	Zutreffende Belastungen nach Ergebnis	40
Tabelle 13:	Zutreffende Belastungen nach Bundesland	40
Tabelle 14:	Soziodemografische Merkmale nach Bundesland	41
Tabelle 15:	Bekannte Unterstützungsangebote von Interesse nach Bundesland	50
Tabelle 16:	Unbekannte Unterstützungsangebote von Interesse nach Bundesland	50
Tabelle 17:	Zutreffende Belastungen nach Bundesland	51

Management Summary

Die Gesundheitsstraße wird seit April 2009 - zuerst im Rahmen von Pilotprojekten, seit 1.7.2010 österreichweit als Regelinstrument - in Kooperation von Arbeitsmarktservice (in der Folge AMS) und Pensionsversicherungsanstalt (in der Folge PVA) realisiert. Durch die Gesundheitsstraße sollten Mehrfachbegutachtungen im Zuge der Abklärung der Arbeitsfähigkeit obsolet und somit Verfahren verkürzt werden, dadurch kann eine mögliche Integrationsmaßnahme – wenn sinnvoll – rascher erfolgen.

Zwischen 1.7.2010 und 31.12.2011 wurden 6.258 Begutachtungsverfahren gestartet

Österreichweit wurden im Untersuchungszeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011 durch die Gesundheitsstraße insgesamt 6.258 Begutachtungsverfahren gestartet. 67% der Personen, die eine Begutachtung im Rahmen der Gesundheitsstraße begannen, waren maximal 50 Jahre alt. 81% oder 5.094 Begutachtungen waren zum Stichtag 31.12.2011 abgeschlossen, darunter 22% oder 1.110 mit dem Ergebnis „(befristete) Arbeitsunfähigkeit“. 85% der Begutachtungen konnten innerhalb eines Monats abgeschlossen werden.

ICD-Hauptdiagnose Psychische und Verhaltensstörungen: Höheres Risiko einer nicht bestätigten Arbeitsfähigkeit

Eine Analyse der abgeschlossenen Begutachtungsverfahren nach ICD-Hauptdiagnosegruppen zeigt, dass unter all jenen, die die Gesundheitsstraße bis 31.12.2011 durchliefen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen die größte Gruppe darstellen (2.200 Personen). 35% der Begutachtungen von Personen mit psychischen Erkrankungen wurden mit dem Ergebnis „nicht arbeitsfähig“ abgeschlossen. Die zweithöchste Anzahl an Begutachtungsverfahren entfiel auf die Diagnosegruppierung „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes“ (1.539), von diesen führten allerdings nur 7% zum Ergebnis „nicht arbeitsfähig“.

Während die Anteile der Begutachtungsverfahren mit dem Ergebnis „nicht arbeitsfähig“ in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit zunehmendem Alter sinken, zeigt sich für die Diagnosegruppe „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebes“ ein umgekehrter Trend.

Nach Bundesland betrachtet, zeigen sich die höchsten Anteile nicht bestätigter Arbeitsfähigkeit im Bundesland Steiermark (35%), gefolgt von jenen aus Kärnten (30%) und Oberösterreich (23%).

Nicht bestätigte Arbeitsfähigkeit: Anstieg der Zeiten in erwerbsfernen Statuspositionen

Die Analyse der Arbeitsmarktpositionierung jener Personen, deren Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt wurde, zeigt für das Jahr nach der Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße einen deutlichen Anstieg der Zeiten in erwerbsfernen Statuspositionen, was auf eine Pensionsbeantragung dieser Gruppe schließen lässt.

Bestätigte Arbeitsfähigkeit: Ohne entsprechende Maßnahmen kaum Arbeitsmarktintegration

Weiters zeigt sich, dass auch für Personen, deren Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde, Beschäftigung und AMS-Schulungen oder Qualifizierungen im Jahr nach Absolvierung der Gesundheitsstraße eine kaum wahrnehmbare Rolle spielen. Dies weist auf die hohe Bedeutung hin, die den geplanten Maßnahmen, von der Clearing- bzw. Orientierungsphase bis zur beruflichen Rehabilitation und Umschulung beikommt.

Die Abklärung der Arbeitsfähigkeit aus Sicht der Betroffenen

Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt 161 Personen, die ohne die Gesundheitsstraße zu durchlaufen, einen BU-/IV-Pensionsantrag stellten und 204 Personen, die die Gesundheitsstraße durchliefen, telefonisch befragt:

- Während nur 48% der Befragten, die um BU-/IV-Pension ansuchten, angeben, dass es sich dabei um einen Erstantrag handelt, beträgt der Anteil der Befragten, deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße erstmals überprüft wurde, 70%.
- In die Entscheidungsfindung im Vorfeld der Beantragung werden von den Befragten, die um BU-/IV-Pension angesucht haben, ÄrztInnen (68% der Befragten), AMS-BeraterInnen (52% der Befragten) und BeraterInnen der Arbeiterkammer (20%) sowie der Krankenkassen (14%) einbezogen.
- 88% der Befragten, die um BU-/IV-Pension angesucht haben, kannten die Gesundheitsstraße nicht. Der Großteil dieser Gruppe (75%) bewertet diese nach einer kurzen Erklärung als geeignete Alternative zu einer unmittelbaren Pensionsbeantragung.
- 69% der Interviewten, die um BU-/IV-Pension angesucht haben, geben an, dass sie sich nicht vorstellen können, eine berufliche Perspektive zu entwickeln, hingegen meinen nur 27% der Befragten, deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße bestätigt wurde, dass sie sich nicht vorstellen können, wieder zu arbeiten.
- Befragte der Gesundheitsstraße zeigen mehr Interesse an Unterstützungsangeboten. Das Interesse an den sechs abgefragten Unterstützungsangeboten (von Berufsberatung über Qualifizierung bis zu geförderter Beschäftigung) war unter jenen Befragten, die um BU-/IV-Pension angesucht haben, deutlich geringer als unter den Befragten, deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße festgestellt wurde.
- Von Belastungsfaktoren, wie etwa finanziellen oder familiären Herausforderungen, wird von beiden Befragtengruppen in ähnlich hohem Ausmaß berichtet. So geben zwischen 65% (Befragte BU-/IV-Pension) und 64% (Befragte Gesundheitsstraße) an, durch die finanzielle Situation belastet zu sein, 51% (Befragte BU-/IV-Pension) und 42% (Befragte Gesundheitsstraße) berichten von privaten/familiären Belastungsmomenten und 38% (Befragte BU-/IV-Pension) bzw. 33% (Befragte Gesundheitsstraße) haben den Eindruck, „alles allein durchstehen zu müssen“.
- Das Durchlaufen einer BU-/IV-Pensionsbeantragung bzw. die Abklärung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße werden als belastend beschrieben. Dies wird in der Beantwortung des Fragebogens aber auch in zusätzlichen Rückmeldungen der Betroffenen deutlich.

Ressourcenorientierte Gestaltung des Abklärungsprozesses

Um die Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven unter Berücksichtigung bestehender gesundheitlich bedingter Einschränkungen zu unterstützen, empfiehlt sich eine durchgängig ressourcenorientierte Gestaltung des Abklärungsprozesses. Ein diesbezügliches Good Practice Beispiel findet sich in Dänemark, wo der Abklärungsprozess mit der Erstellung eines so genannten Ressourcenprofils abgeschlossen wird. Der Fokus dieses Ressourcenprofils liegt auf einer ausgewogenen Berücksichtigung vorhandener Ressourcen wie Hindernisse, die die Basis für die berufliche Perspektivenentwicklung bilden.

Eine für den institutionellen und legistischen Kontext in Österreich adaptierte Form eines Ressourcenprofils könnte eine unmittelbar an die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit anschließende berufliche Rehabilitation unterstützen. Mit der Gesundheitsstraße in der bestehenden Form konnte die Klärung der Arbeitsfähigkeit beschleunigt werden, mit einer derartigen Weiterentwicklung könnte die Zeitspanne zwischen Begutachtung und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verkürzt werden.

Frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Es ist evident, dass arbeitslose Personen nicht nur einen schlechteren physischen und vor allem psychischen Gesundheitszustand als Erwerbstätige aufweisen, sondern auch ein ungünstigeres Gesundheits- und Suchtverhalten bei gleichzeitiger geringerer Inanspruchnahme von Leistungen der Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung zeigen (vgl. Statistik Austria 2008, S 69f.). Alle diese Dynamiken – auch dies zeigen einschlägige Studien – verstärken sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit, was letztlich dazu führt, dass Langzeitarbeitslosigkeit bestehende Krankheitszustände dramatisch verschlimmern kann. Dieser Umstand führt mit Blick auf die Tatsache, dass auch der Begutachtung im Rahmen der Gesundheitsstraße in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine längere Phase der Arbeitslosigkeit vorangeht, zur Empfehlung, Vorgangsweisen und Instrumente zu entwickeln, die es erlauben, gesundheitliche Einschränkungen von arbeitslosen Menschen möglichst bereits zu Beginn einer Arbeitslosigkeitsphase zu erkennen. Wesentlich erscheint dabei eine möglichst „ganzheitliche“ Wahrnehmung der Situation der Betroffenen, gehen doch gesundheitliche Einschränkungen, wie sich zeigte, sehr oft mit Belastungen in anderen Lebensbereichen einher.

1 Ausgangslage

Die Gesundheitsstraße wird seit April 2009 - zuerst im Rahmen von Pilotprojekten, seit 1.7.2010 österreichweit als Regelinstrument - in Kooperation von Arbeitsmarktservice (in der Folge AMS) und Pensionsversicherungsanstalt (in der Folge PVA) realisiert. Die Gesundheitsstraße ist ein Ergebnis unter mehreren, das auf das zwischen 2007 und 2008 umgesetzte Projekt „Invalidität im Wandel“¹ zurückgeht. Organisatorisch ist die Gesundheitsstraße bei der PVA angesiedelt. Die von der Gesundheitsstraße erstellten Gutachten sind im Hinblick auf die medizinische Einschätzung (= medizinisches Leistungskalkül) bezüglich Arbeitsfähigkeit verbindlich für AMS und PVA. Die Gutachten enthalten darüber hinaus unabhängig von der Kostenträgerschaft eine Rehabilitationsempfehlung. Durch das AMS-Begutachtungsverfahren wird ein verbindliches medizinisches Begutachtungsergebnis, das auch bei einer Pensionsantragstellung von der PVA verwendet würde, erstellt. Die Gültigkeit der im Rahmen dieses Verfahrens getroffenen medizinischen Entscheidung wurde mit sechs Monaten ab dem letzten Untersuchungstag festgelegt. D.h. langt ein Antrag auf Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension (in Folge BU-/IV-Pension) nach Ablauf dieser Frist ein, erfolgt neuerlich eine Untersuchung. Die Gesundheitsstraße ist Teil umfassender Reformbestrebungen, die auf eine Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters abzielen. Die in der Gesundheitsstraße neue Form der Zusammenarbeit von AMS und PVA wurde u.a. durch ein Verwaltungsübereinkommen ermöglicht. Durch die Gesundheitsstraße sollten Mehrfachbegutachtungen im Zuge der Abklärung der Arbeitsfähigkeit obsolet und so das Verfahren verkürzt werden. Einer Verkürzung des Begutachtungsverfahrens wurde vor allem auch deshalb besondere Aufmerksamkeit geschenkt, weil evident ist, dass Menschen, deren gesundheitliche Situation bereits problematisch ist, durch längere Abklärungsprozesse Gefahr laufen, zusätzliche Distanz zum Arbeitsmarkt aufzubauen, die es im Falle einer Nichtzuerkennung von Pensionsleistungen wieder abzubauen gilt.

Gesundheitsstraße als Baustein der Strategie zur Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters

Mit der Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters, der im so genannten Bad Ischler Dialog der Sozialpartnerorganisationen² ebenso breiter Raum gewidmet wurde wie im Stabilitätspakt der Bundesregierung, sind eine Reihe unterschiedlicher Maßnahmen und auch Gesetze verbunden. Die Maßnahmen reichen von stärker präventiven Angeboten wie etwa Beschäftigungsförderung für ältere Arbeitslose bis zu konkreten Angeboten der beruflichen Rehabilitation oder Integrationsmaßnahmen für arbeitsfähige Personen mit gesundheitlichen Problemen. Im Einzelnen sind im Stabilitätspakt folgende Maßnahmenschwerpunkte mit Bezugnahme auf BU-/IV-Pension festgelegt und budgetiert³:

- Schrittweise Anhebung des Tätigkeitsschutzes vom 57. auf das 60. Lebensjahr bei gleichzeitiger Arbeitsmarktoffensive für ältere ArbeitnehmerInnen
- Gemeinsame Begutachtung von Arbeitsfähigkeit durch ein standardisiertes und zentralisiertes Verfahren und Verlagerung der derzeit noch befristeten BU-/IV-Pension von unter 50-Jährigen in das AMS ab 2014

¹ BMASK: Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2007 - Juli 2008

² Vgl. <http://www.sozialpartner.at/>

³ Vgl. http://www.bmask.gv.at/site/Arbeit/News/Konsolidierung_Aeltere_Menschen_laenger_in_Beschaeftigung_halten, Abfrage 18.3.2012

- Berufliche Rehabilitation für Personen unter 50 Jahren anstelle einer befristeten BU-/IV-Pension und berufliche Rehabilitation für sonstige gesundheitlich beeinträchtigte Personen
- Integrationsmaßnahmen für arbeitsfähige Personen mit gesundheitlichen Problemen
- Weiterführung und Ausbau von fit2work
- Kein Pensionsvorschuss bis zur Entscheidung der Gesundheitsstraße

Für die Umsetzung der genannten Maßnahmen sind entsprechende budgetäre Mittel vorgesehen. Umrandet werden die Schwerpunktsetzungen durch die Neugestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Budgetbegleitgesetz 2011-2014, in dem u.a. im Artikel 103 des Behinderteneinstellungsgesetzes, im Artikel 109 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes sowie im Artikel 114 des so genannten Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes-AGG, und vor allem im Artikel 115 in der 75. Novelle zum ASVG ein Anspruch auf berufliche Rehabilitation sowohl für Personen, die die Voraussetzungen für Invaliditäts- als auch für Menschen, die die Voraussetzungen für Berufsunfähigkeitspension „erfüllen, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden“⁴ definiert wurden.

Diese zweifache Regelung des Anspruches auf Rehabilitation – einmal für Personen, denen eine Invaliditätspension und das andere Mal für Personen, denen eine Berufsunfähigkeitspension zuzuerkennen wäre – ist deshalb notwendig, weil sich der Gesetzgeber im Fall der geminderten Arbeitsfähigkeit grundsätzlich an einem berufsständischen System orientiert. Je nachdem, ob es sich um ArbeiterInnen, Angestellte oder Selbständig Erwerbstätige handelt, wird zwischen Pensionsleistungen aufgrund von Invalidität, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit differenziert: Mit der zitierten 75. Novelle des ASVG wird die bis dahin bestehende Unterschiedlichkeit der Zugangsbedingungen zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation von ArbeiterInnen und Angestellten angeglichen.

Alles - oder - Nichts-Prinzip bleibt grundsätzlich

Neben der berufsständischen Gliederung der Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten ist für den Kontext der Pensionierung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit das „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ charakteristisch. Während in der Unfallversicherung Voll- oder Teilrenten entsprechend dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit gewährt werden, ist dies in der Pensionsversicherung nicht möglich. Demnach hat eine Person mit geminderter Arbeitsfähigkeit entweder den Anspruch auf Pension in voller Höhe oder aber dieser wird ihr zur Gänze verwehrt. Diese Besonderheit dürfte die (Re)Integration von Menschen mit geminderter Erwerbsfähigkeit in den Arbeitsmarkt erschweren.

⁴ Siehe Budgetbegleitgesetz 2011 ausgegeben am 30. Dezember 2010 – Nr. 111§270a(1)
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2010_I_111/BGBLA_2010_I_111.pdf, Abfrage 16.3.2012

Rehabilitation vor Pension

Seit 1996 gilt im österreichischen Pensionsversicherungsrecht der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“. §§ 361 Abs. 1 Z 1 letzter Satz ASVG samt Parallelbestimmungen besagen, dass jeder Antrag auf eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit gleichzeitig auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation zu werten ist. Bevor einer Person als Ausgleich der Folgen geminderter Arbeitsfähigkeit die frühzeitige Pension gewährt wird, soll mit Hilfe von Rehabilitationsmaßnahmen versucht werden, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Der Pensionsversicherungsträger prüft automatisch, ob die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen erreicht werden kann. Ist dies der Fall, so wird ein entsprechendes Rehabilitationsverfahren eingeleitet. Die Einholung der Zustimmung der betroffenen Personen seitens des Pensionsversicherungsträgers ist dazu nicht notwendig. Im Gegenteil, die Versicherten sind zur Mitwirkung an den Rehabilitationsmaßnahmen verpflichtet. Lediglich wenn diese Maßnahmen keine Aussicht auf gesundheitlichen Erfolg bieten, soll die Gewährung der Pensionsleistung in Betracht kommen. Trotz der gesetzlichen Verankerung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ werden Maßnahmen der Rehabilitation im Vergleich zu Geldleistungen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit seltener gewährt. Dieser Entwicklung soll durch die zusätzlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen im Budgetbegleitgesetz 2011 sowie die im Stabilitätspakt der Österreichischen Bundesregierung geplanten Maßnahmen entgegengewirkt werden.

Evaluation soll Rollout der Gesundheitsstraße begleiten

Vorliegender Forschungsbericht fasst die Ergebnisse der begleitenden Evaluation der Gesundheitsstraße, die Teil des gesamten Reformprozesses ist, zusammen. In der begleitenden Evaluation wurden folgende Fragestellungen und Themen bearbeitet:

- Aufbereitung der vorliegenden Daten zur Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße
- Analyse der Struktur der Gruppenzusammensetzung jener Arbeitslosen, die nach wie vor ohne Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße einen Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension stellten sowie Analyse der dahinterliegenden Motive und Prozesse
- Analyse der Erfahrungen mit der Gesundheitsstraße aus Sicht von Personen, die diese durchliefen
- Analyse des weiteren Verbleibs jener TeilnehmerInnen an der Gesundheitsstraße, deren Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde
- Analyse der Einbettung der Gesundheitsstraße in die bestehenden und in Pilotierung befindlichen Angebote der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention
- Erarbeitung von zukunftsorientierten Weiterentwicklungsoptionen im Sinne der Gesamtzielsetzung des Projektes „Invalidität im Wandel“ vor dem Hintergrund internationaler Good Practice Beispiele

2 Basis des vorliegenden Berichts

Der vorliegende Endbericht konnte auf folgender Datengrundlage erarbeitet werden:

Daten der Pensionsversicherungsanstalt

Für die Analyse der Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße stellte die Pensionsversicherungsanstalt anonymisierte Daten der NutzerInnen (Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011) zur Verfügung, anhand derer eine Beschreibung der Inanspruchnahme sowie der Begutachteten vorgenommen werden konnte.

Arbeitsmarktperformance von Personen, die die Gesundheitsstraße durchliefen

Für die Darstellung der arbeitsmarktrelevanten Statuspositionen von AbsolventInnen der Gesundheitsstraße ein Jahr vor und ein Jahr nach deren Inanspruchnahme wurde das Verbleibsmonitoring des Datawarehouse des Arbeitsmarktservice Österreich (ST573-Gesundheitsstr) ausgewertet. In diesem Verbleibsmonitoring wird auf einen Datensatz zurückgegriffen, der jeder sozialversicherten Person für jeden Tag eines beobachteten Zeitraums, jeweils 365 Tage vor und nach Absolvierung der Gesundheitsstraße einen (dominanten) Arbeitsmarktstatus zuweist. Auf diese Weise kann u.a. untersucht werden, in welchen Arbeitsmarktpositionen AbsolventInnen der Gesundheitsstraße das Jahr vor und nach der Überprüfung der Arbeitsfähigkeit verbringen.

Befragung von Personen, die einen BU-/IV-Pensionsantrag stellten

Nachdem nach wie vor ein erheblicher Anteil an arbeitslosen Menschen einen Antrag auf BU-/IV-Pension stellt ohne die Gesundheitsstraße zu absolvieren, wurden in einem ersten Durchgang 161 Personen dieser Zielgruppe telefonisch befragt. Die Befragungsergebnisse aus dieser Erhebung bilden eine weitere wesentliche Datenbasis für diesen Bericht. Die Befragung fand in fünf Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Oberösterreich und Salzburg) statt und wurde zwischen 13.01. und 17.02.2012 durchgeführt. Befragt wurden 161 Personen, die zwischen November und Dezember 2011 um BU-/IV-Pension ansuchten und zum Befragungszeitpunkt noch kein Ergebnis erhalten hatten. Die Stichprobenziehung erfolgte durch das AMS Österreich, Bundesgeschäftsstelle.

Befragung von Personen, deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße abgeklärt wurde

Für die Befragung standen Kontaktdaten von 600 Personen zur Verfügung, die die Gesundheitsstraße vor dem 1. 10. 2011 absolvierten, davon 480 mit dem Ergebnis „arbeitsfähig“ und 120 mit dem Ergebnis „nicht arbeitsfähig“. Erhebungsziel waren 200 Interviews, davon 40 mit Personen, die als arbeitsunfähig und 160 mit Personen, die als arbeitsfähig eingestuft wurden. Die Befragung fand in fünf Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Oberösterreich und Salzburg) statt und wurde zwischen 26.03. bis 17.04.2012 durchgeführt. Es konnten 204 Personen befragt werden, davon 39 mit dem Ergebnis arbeitsunfähig und 165 mit dem Ergebnis arbeitsfähig. Zum Befragungszeitpunkt lag die Bekanntgabe des Ergebnisses bereits einige Zeit zurück. Die Stichprobenziehung erfolgte durch das AMS Österreich, Bundesgeschäftsstelle.

Recherche internationaler Good Practice

Mit Blick auf Benennung von handlungsrelevanten Verbesserungsoptionen wurden internationale Good Practice Beispiele gesichtet. Nachdem sich die dänische Vorgangsweise im internationalen Vergleich durch ihre hohe „Ressourcenorientierung“ auszeichnet, wird auf diese in einem letzten Analyseschritt des Berichts kurz eingegangen.

3 Begutachtungsverfahren im Rahmen der Gesundheitsstraße

Insgesamt haben zwischen 1.7.2010 und 31.12.2011 6.258 Personen eine Feststellung ihrer Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße durchführen lassen. 62% der Begutachtungen entfielen auf Männer und 38% auf Frauen. 35% waren der Altersgruppe bis 40 Jahre zuzurechnen und 65% waren 41 Jahre und älter.

In den anschließenden Ausführungen zur Nutzung der Gesundheitsstraße im Untersuchungszeitraum wird auf folgende Themenbereiche eingegangen:

- Entwicklung der Begutachtungen im Untersuchungszeitraum nach Bundesland
- Verfahrensdauer nach Bundesland
- Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße nach Alter
- Status der Begutachtungen nach Geschlecht, Alter, Berufsstatus und Bundesland sowie ICD-Hauptdiagnose⁵ auf Ebene der Diagnosegruppierung nach Ergebnis und Alter

3.1 Begutachtungsverfahren im Beobachtungszeitraum

Zur Identifizierung eventueller zeitlicher Häufungen wurde die Anzahl der monatlich initiierten Begutachtungsverfahren im Beobachtungszeitraum nach Bundesland dargestellt. Diese sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

⁵ ICD steht für International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Es handelt sich dabei um das wichtigste, international anerkannte Diagnoseklassifikations- und Verschlüsselungssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

Tabelle 1: Anzahl der im Beobachtungszeitraum Juli 2010 bis Dezember 2011 monatlich initiierten Begutachtungsverfahren im Rahmen der Gesundheitsstraße nach Bundesland

Bundesland der RGS	Anträge 2. Halbjahr 2010						Anträge 1. Halbjahr 2011						Anträge 2. Halbjahr 2011						Gesamt	
	Jul.10	Aug.10	Sep.10	Okt.10	Nov.10	Dez.10	Jän.11	Feb.11	Mär.11	Apr.11	Mai.11	Jun.11	Jul.11	Aug.11	Sep.11	Okt.11	Nov.11	Dez.11		
Wien	Anzahl	137	57	88	76	98	96	104	94	126	122	144	118	85	118	114	141	151	117	1.986
	%	6,9%	2,9%	4,4%	3,8%	4,9%	4,8%	5,2%	4,7%	6,3%	6,1%	7,3%	5,9%	4,3%	5,9%	5,7%	7,1%	7,6%	5,9%	100,0%
NÖ	Anzahl	19	26	40	39	59	51	86	76	76	61	83	64	51	85	82	80	73	62	1.113
	%	1,7%	2,3%	3,6%	3,5%	5,3%	4,6%	7,7%	6,8%	6,8%	5,5%	7,5%	5,8%	4,6%	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	5,6%	100,0%
BGL	Anzahl	15	38	35	6	40	20	8	12	14	10	12	4	15	6	8	8	4	2	257
	%	5,8%	14,8%	13,6%	2,3%	15,6%	7,8%	3,1%	4,7%	5,4%	3,9%	4,7%	1,6%	5,8%	2,3%	3,1%	3,1%	1,6%	0,8%	100,0%
STMK	Anzahl	58	41	66	54	71	36	51	96	116	100	87	59	78	71	93	66	119	106	1.368
	%	4,2%	3,0%	4,8%	3,9%	5,2%	2,6%	3,7%	7,0%	8,5%	7,3%	6,4%	4,3%	5,7%	5,2%	6,8%	4,8%	8,7%	7,7%	100,0%
KTN	Anzahl	9	7	5	2	2	9	44	35	45	43	66	32	37	40	32	28	32	19	487
	%	1,8%	1,4%	1,0%	0,4%	0,4%	1,8%	9,0%	7,2%	9,2%	8,8%	13,6%	6,6%	7,6%	8,2%	6,6%	5,7%	6,6%	3,9%	100,0%
OÖ	Anzahl	31	18	24	29	30	15	14	24	42	26	45	22	20	22	16	26	19	7	430
	%	7,2%	4,2%	5,6%	6,7%	7,0%	3,5%	3,3%	5,6%	9,8%	6,0%	10,5%	5,1%	4,7%	5,1%	3,7%	6,0%	4,4%	1,6%	100,0%
SBG	Anzahl	4	10	11	4	10	4	8	8	8	4	4	11	7	7	4	3	6	5	118
	%	3,4%	8,5%	9,3%	3,4%	8,5%	3,4%	6,8%	6,8%	6,8%	3,4%	3,4%	9,3%	5,9%	5,9%	3,4%	2,5%	5,1%	4,2%	100,0%
Tirol	Anzahl	11	13	14	5	23	8	22	23	16	22	32	27	23	24	23	21	18	22	347
	%	3,2%	3,7%	4,0%	1,4%	6,6%	2,3%	6,3%	6,6%	4,6%	6,3%	9,2%	7,8%	6,6%	6,9%	6,6%	6,1%	5,2%	6,3%	100,0%
VBG	Anzahl	6	14	3	3	8	20	20	8	8	8	10	3	8	8	5	6	11	3	152
	%	3,9%	9,2%	2,0%	2,0%	5,3%	13,2%	13,2%	5,3%	5,3%	5,3%	6,6%	2,0%	5,3%	5,3%	3,3%	3,9%	7,2%	2,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	290	224	286	218	341	259	357	376	451	396	483	340	324	381	377	379	433	343	6.258
	%	4,6%	3,6%	4,6%	3,5%	5,4%	4,1%	5,7%	6,0%	7,2%	6,3%	7,7%	5,4%	5,2%	6,1%	6,0%	6,1%	6,9%	5,5%	100,0%

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

3.2 Verfahrensdauer nach Bundesland der zuständigen regionalen Geschäftsstelle des AMS

5.753 der 6.258 Begutachtungsverfahren wurden im Beobachtungszeitraum abgeschlossen. Im Durchschnitt dauerte ein Verfahren 37,5 Tage. Die durchschnittliche Verfahrensdauer variiert nach Bundesland. Während sich die durchschnittliche Verfahrensdauer in Oberösterreich auf 21,9 Tage beläuft, beträgt diese im Burgenland 50,3 Tage.

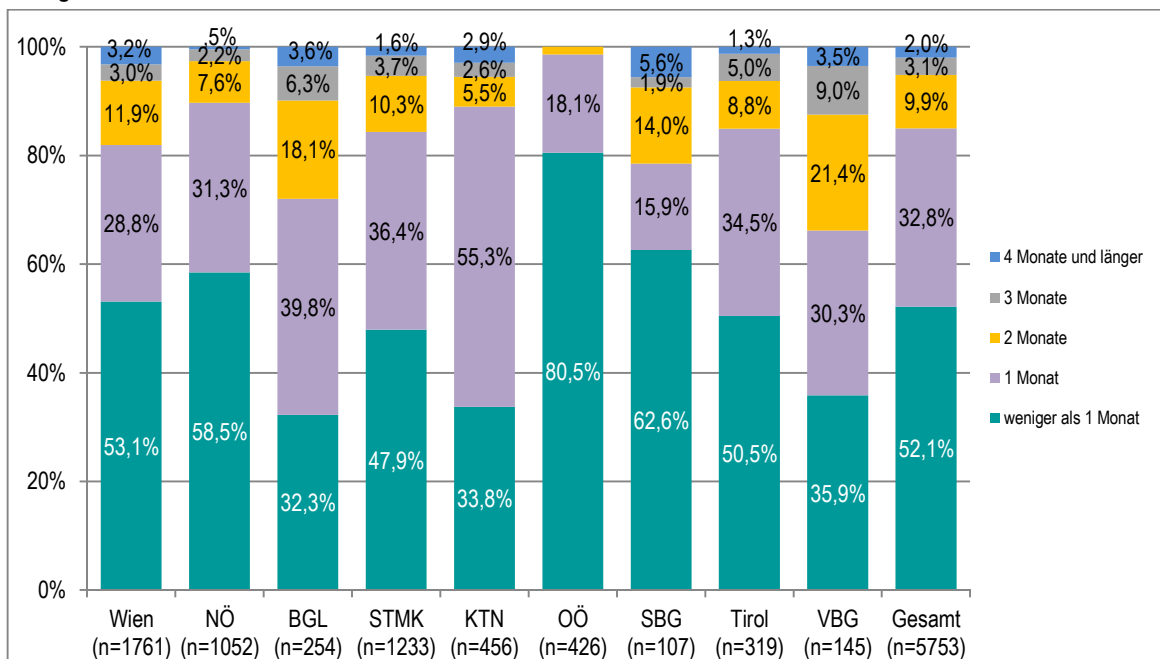
Tabelle 2: Durchschnittliche Verfahrensdauer je Bundesland in Tagen

Bundesland	Durchschnittliche Verfahrensdauer in Tagen (Beobachtungszeitraum: 7/2010 bis 12/2011)
Oberösterreich	21,9
Niederösterreich	32,6
Tirol	36,9
Salzburg	38,2
Steiermark	38,3
Wien	39,5
Kärnten	43,4
Vorarlberg	49,4
Burgenland	50,3

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

Abbildung 1 ist zu entnehmen, dass 81% der in Oberösterreich zwischen 1. Juli 2010 und 31. Dezember 2011 durchgeführten Begutachtungen innerhalb von einem Monat erledigt werden konnten. Im Burgenland trifft dies nur auf 32%, in Kärnten auf 34% und in Vorarlberg auf 36% zu.

Abbildung 1: Verfahrensdauer nach Bundesland



Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

3.3 Begutachtungsverfahren nach Alter

Das durchschnittliche Alter aller im Untersuchungszeitraum Begutachteten lag bei 43,9 Jahren. Das niedrigste durchschnittliche Alter mit 40,8 Jahren wird für AntragstellerInnen aus dem Bundesland Salzburg, das höchste, mit durchschnittlich 47,2 Jahren, für jene, aus Vorarlberg ausgewiesen.

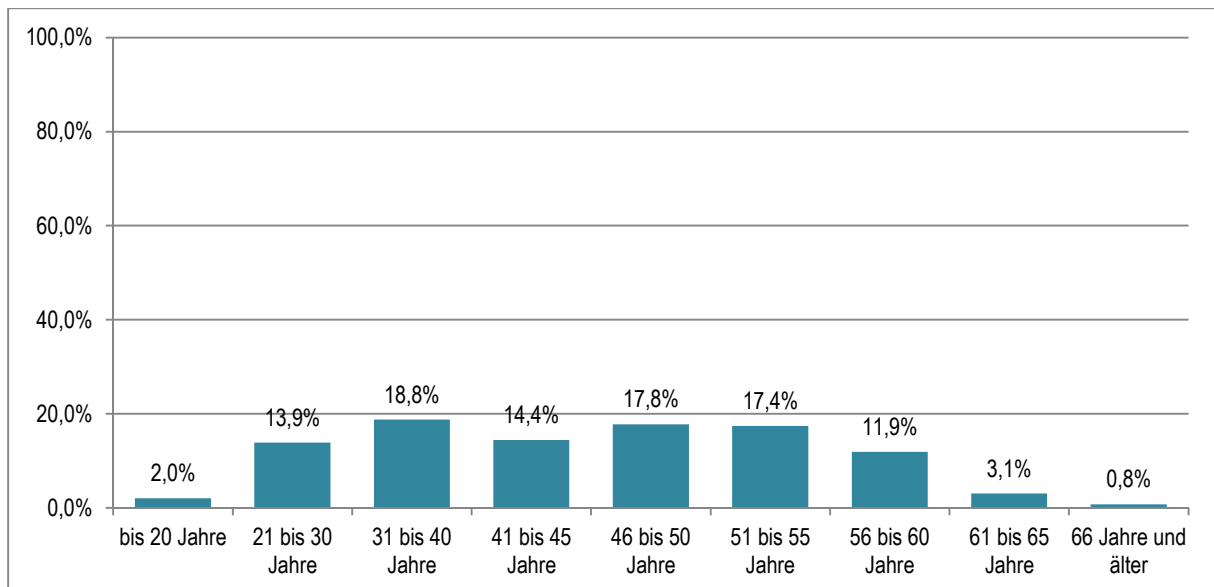
Tabelle 3: Durchschnittliches Alter der Begutachteten nach Bundesland

Bundesland	Durchschnittliches Alter der AntragstellerInnen (Beobachtungszeitraum: 7/2010 bis 12/2011)
Salzburg	40,8
Oberösterreich	42,0
Niederösterreich	43,1
Tirol	43,4
Wien	44,2
Steiermark	44,3
Kärnten	44,5
Burgenland	46,4
Vorarlberg	47,2

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

Betrachtet man alle Begutachtungen im Rahmen der Gesundheitsstraße für den Untersuchungszeitraum Juli 2010 bis Dezember 2011 nach Altersgruppe, so entfallen 16% auf die bis 30-Jährigen, 19% auf die 31- bis 40-Jährigen, 32% auf die 41-bis 50-Jährigen und 33% auf die über 50-Jährigen.

Abbildung 2: Alter der Begutachteten

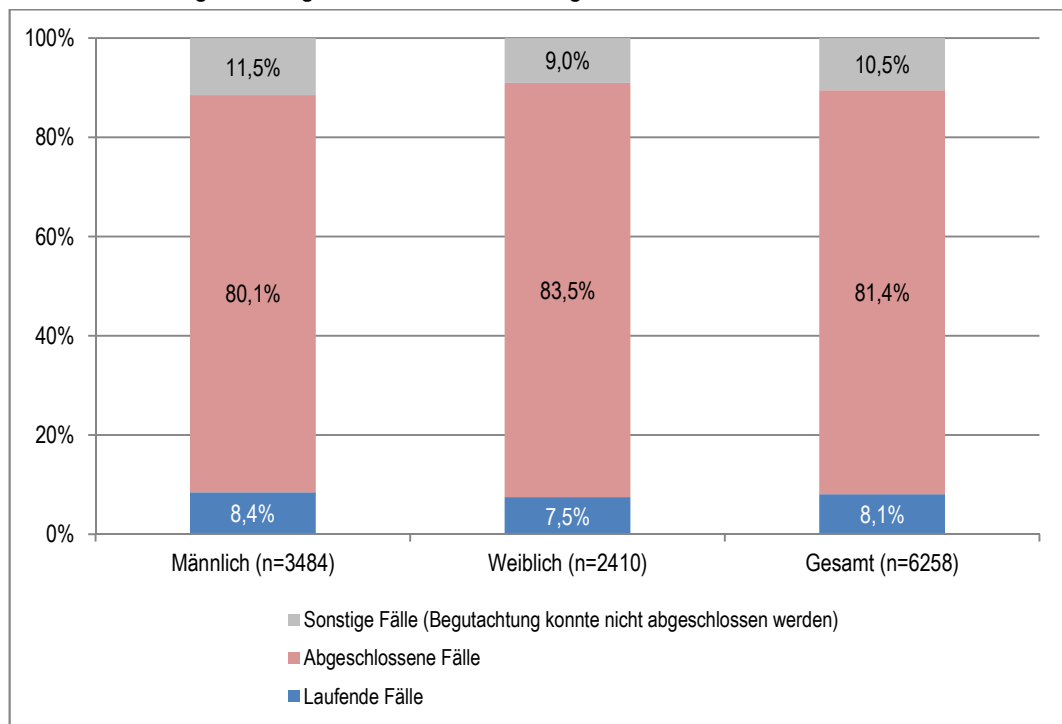


Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

3.4 Status der Begutachtung

Betrachtet man den Status der Begutachtungen, so sind 8% der Begutachtungsverfahren offen und 81% wurden bereits abgeschlossen. 11% der Begutachtungsverfahren sind der Kategorie „Sonstige Fälle“ zugeordnet, diese umfasst jene Fälle, bei denen eine Bearbeitung beispielsweise wegen Nichterscheinens zur Begutachtung unterblieb.

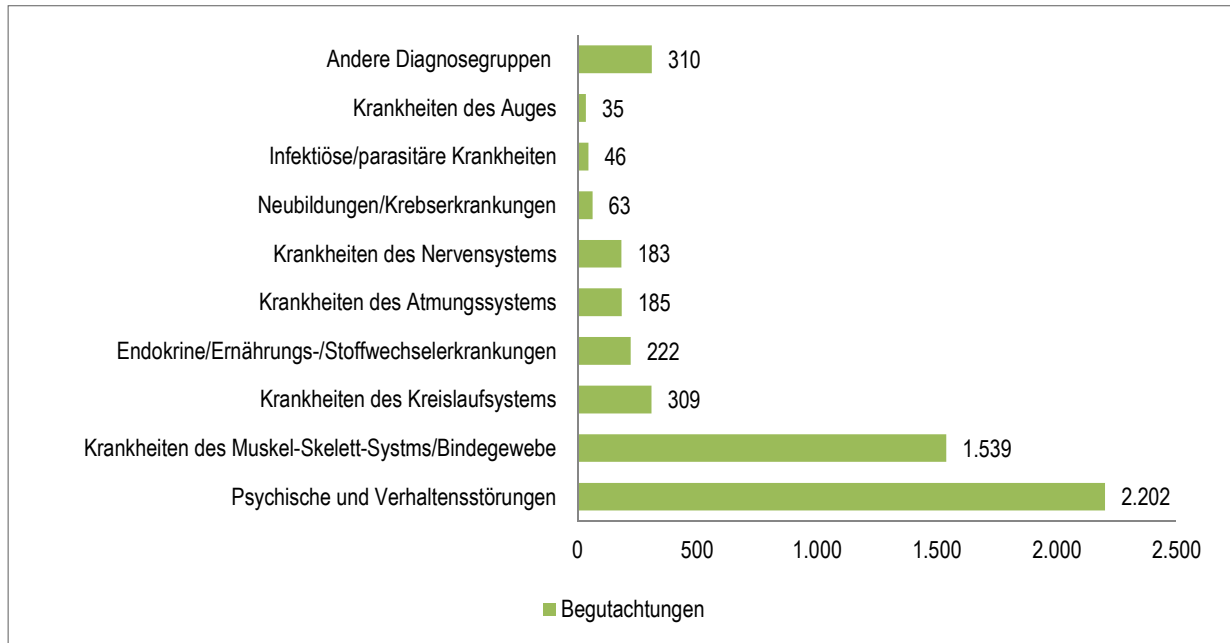
Abbildung 3: Status der Begutachtung nach Geschlecht der Begutachteten



Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

Von den insgesamt 6.258 Datensätzen enthielten 5.094 eine ICD-Hauptdiagnose, die einer Diagnosegruppe zugeordnet werden konnte. Eine zuordenbare ICD-Hauptdiagnose ist ausschließlich für abgeschlossene Begutachtungsverfahren dokumentiert: 43% entfallen auf die Diagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen, gefolgt von der Diagnosegruppe Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes (30%).

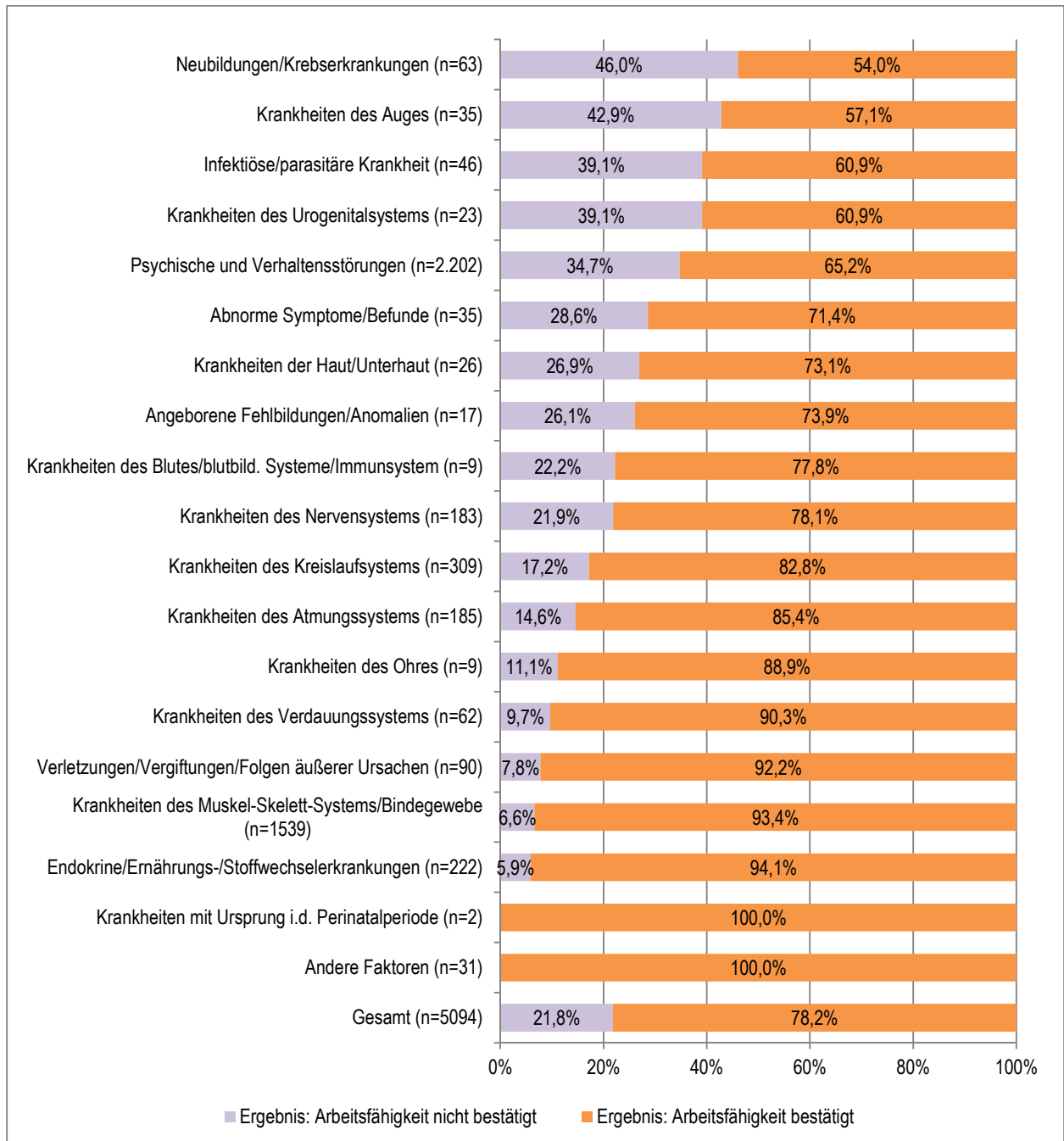
Abbildung 4: Anzahl der abgeschlossenen Begutachtungen nach Diagnosegruppierungen (ICD-Hauptdiagnose)



Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011

Nachfolgende Abbildung stellt die Anteile der Begutachtungen mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt“ und dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“ für jede Diagnosegruppierung im Untersuchungszeitraum dar. Die Diagnosegruppierungen wurden nach Anteil des Ergebnisses „Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt“ gereiht.

Abbildung 5: Ergebnis des Begutachtungsverfahrens nach Diagnosegruppierung (ICD-Hauptdiagnose)



Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011, abgeschlossene Fälle mit Angaben zur ICD-Hauptdiagnose, n=5.094

Die höchsten Anteile an Begutachtungsverfahren mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit **nicht** bestätigt“, sind mit 46% in den Diagnosegruppierungen Neubildungen/Krebserkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Auges (43%) und infektiösen/parasitären Krankheiten (39%) zu beobachten. Die Diagnosegruppierung Psychische und Verhaltensstörungen befindet sich mit einem Anteil von 35% von Begutachtungen mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit **nicht** bestätigt“ an fünfter Stelle.

Trotzdem erfolgt die Mehrheit der Begutachtungen mit dem Ergebnis „nicht arbeitsfähig“ bei Erkrankungen in der Diagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen. Dies weil es die Diagnosegruppe mit den meisten Begutachtungsverfahren ist: im Beobachtungszeitraum wurden 2.202 Begutachtungen, die dieser Diagnosegruppe zuzuordnen sind, durchgeführt. Am zweithäufigsten wurden Begutachtungsverfahren in der Diagnosegruppierung Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes realisiert (1.539 Fälle). Anders als in der zuvor beschriebenen Diagnosegruppe wurden bei Muskel- und Skeletterkrankungen jedoch nur 7% dieser Begutachtungen mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit **nicht** bestätigt“ beendet.

In weiterer Folge wurde die Verteilung der unterschiedlichen Diagnosegruppen innerhalb der Personengruppen mit bestätigter bzw. nicht bestätigter Arbeitsfähigkeit analysiert (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle 4: Relative Bedeutung der einzelnen Diagnosegruppierungen innerhalb der Begutachtungen, die mit dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“ respektive „(Befristete) BU-/IV-Pension“ abgeschlossen wurden

Diagnosegruppierungen	(Befristete) BU-/IV-Pension (n=1.110)	Arbeitsfähigkeit bestätigt (n=3.983)
Psychische und Verhaltensstörungen	68,9%	36,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebe	9,2%	36,1%
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,8%	6,4%
Krankheiten des Nervensystems	3,6%	3,6%
Neubildungen/Krebserkrankungen	2,6%	0,9%
Krankheiten des Atmungssystems	2,4%	4,0%
Infektiöse/parasitäre Krankheiten	1,6%	0,7%
Krankheiten des Auges	1,4%	0,5%
Endokrine/Ernährungs-/Stoffwechselerkrankungen	1,2%	5,2%
Andere Diagnosegruppierungen	4,3%	6,6%
Gesamt	100,0%	100,0%

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011, abgeschlossene Fälle mit Angaben zur ICD-Hauptdiagnose

Insgesamt zeigt sich damit, dass unter all jenen, die an die Gesundheitsstraße verwiesen wurden, Personen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen die größte Gruppe darstellen. Gleichzeitig drückt sich mit diesen Daten aber auch aus, dass Personen mit psychischen Erkrankungen – verglichen mit Personen mit anderen Erkrankungen – ein höheres Risiko tragen, (befristete) Arbeitsunfähigkeit attestiert zu erhalten.

Eine Analyse nach Geschlecht zeigte hier keine wesentlichen Differenzen, allerdings lassen sich altersspezifische Unterschiede beobachten.

Eine Betrachtung der Personen, deren Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt wurde, nach Diagnosegruppierung und Alter zeigt, dass die höchsten Anteile in allen Altersgruppen auf die Diagnosegruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen entfallen. Tendenziell nimmt der Anteil dieser Diagnosegruppe mit zunehmendem Alter ab. Ein umgekehrter Trend zeigt sich für die Diagnosegruppe Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes.

Tabelle 5: Ergebnis „Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt“ nach Diagnosegruppierung und Alter

Diagnosegruppierungen Ergebnis „Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt“	Alter									Gesamt
	bis 20 Jahre	21 bis 30 Jahre	31 bis 40 Jahre	41 bis 45 Jahre	46 bis 50 Jahre	51 bis 55 Jahre	56 bis 60 Jahre	61 bis 65 Jahre	66 Jahre und älter	
Psychische und Verhaltensstörungen	84,8%	83,2%	77,8%	66,7%	76,4%	61,6%	53,2%	33,9%	31,3%	68,9%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebe	0,0%	1,0%	5,1%	10,7%	7,3%	12,8%	17,5%	23,7%	25,0%	9,2%
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,0%	1,6%	3,0%	4,0%	4,8%	5,2%	7,9%	15,3%	12,5%	4,8%
Krankheiten des Nervensystems	6,1%	6,8%	2,5%	8,7%	2,4%	1,2%	,8%	0,0%	0,0%	3,6%
Neubildungen/Krebserkrankungen	0,0%	0,0%	1,0%	1,3%	3,0%	3,5%	2,4%	11,9%	25,0%	2,6%
Krankheiten des Atmungssystems	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,6%	5,2%	7,9%	8,5%	0,0%	2,4%
Infektiöse/parasitäre Krankheit	0,0%	0,5%	2,5%	3,3%	1,8%	1,2%	0,8%	1,7%	0,0%	1,6%
Krankheiten des Auges	0,0%	1,6%	2,0%	0,7%	0,0%	0,6%	2,4%	3,4%	6,3%	1,4%
Endokrine/Ernährungs-/Stoffwechselerkrankungen	0,0%	0,5%	0,0%	0,7%	1,2%	2,9%	2,4%	1,7%	0,0%	1,2%
Andere Diagnosegruppierungen	9,1%	4,7%	5,1%	4,0%	2,4%	5,8%	4,8%	,0%	0,0%	4,3%
Gesamt	33	191	198	150	165	172	126	59	16	1110
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011, abgeschlossene Fälle mit Angaben zur ICD-Hauptdiagnose

Ab dem 46. Lebensjahr liegen die Anteile der Bestätigungen der Arbeitsfähigkeit in der Diagnosegruppe Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes über jenen der Diagnosegruppe Psychische und Verhaltensstörungen.

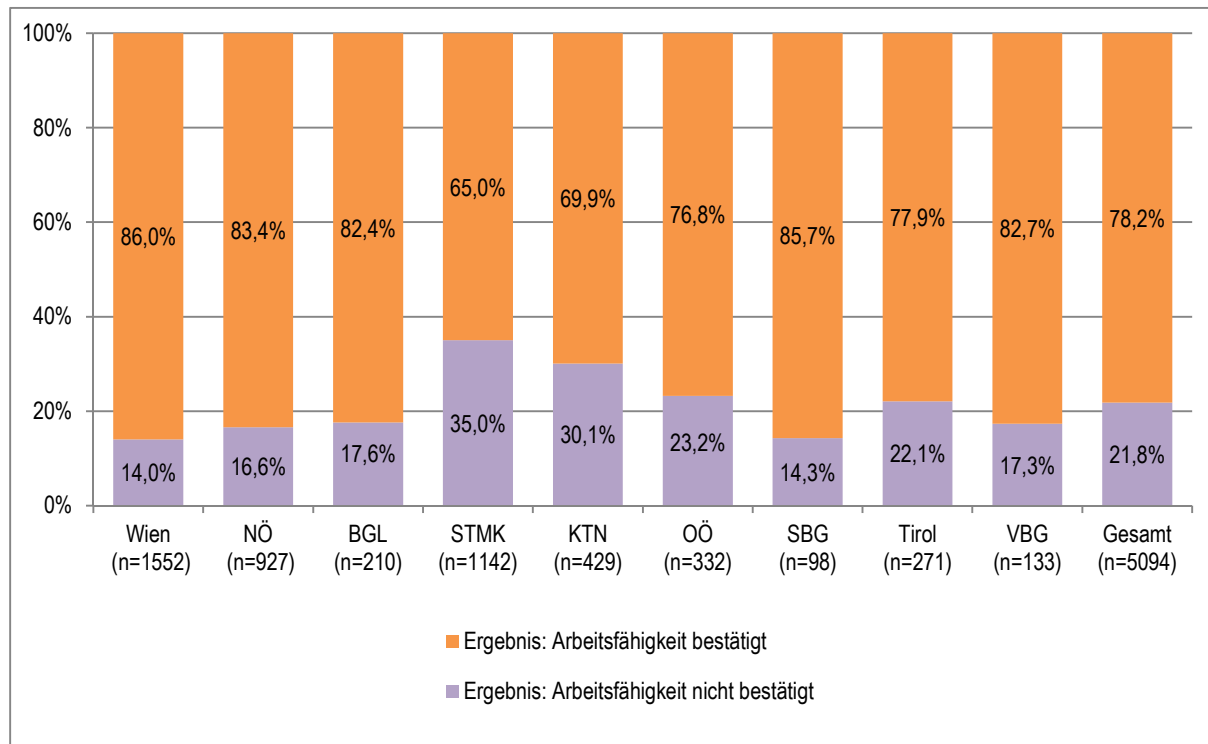
Tabelle 6: Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“ nach Diagnosegruppierung und Alter

Diagnosegruppierungen Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“	Alter									Gesamt
	bis 20 Jahre	21 bis 30 Jahre	31 bis 40 Jahre	41 bis 45 Jahre	46 bis 50 Jahre	51 bis 55 Jahre	56 bis 60 Jahre	61 bis 65 Jahre	66 Jahre und älter	
Psychische und Verhaltensstörungen	69,8%	63,8%	51,0%	38,2%	28,8%	23,6%	18,6%	11,9%	8,3%	36,1%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems/Bindegewebe	14,3%	15,5%	26,5%	34,6%	44,5%	43,8%	46,4%	43,1%	50,0%	36,1%
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,8%	1,9%	1,4%	4,4%	6,5%	10,6%	11,7%	13,8%	20,8%	6,4%
Krankheiten des Nervensystems	3,2%	4,7%	3,1%	4,6%	3,8%	2,8%	2,7%	5,5%	0,0%	3,6%
Neubildungen/Krebserkrankungen	0,0%	0,6%	0,7%	0,2%	0,9%	1,4%	1,2%	1,8%	0,0%	,9%
Krankheiten des Atmungssystems	1,6%	1,7%	2,3%	3,1%	3,6%	5,0%	7,6%	9,2%	4,2%	4,0%
Infektiöse/parasitäre Krankheit	0,0%	1,1%	1,1%	1,4%	,4%	0,4%	0,2%	0,0%	0,0%	,7%
Krankheiten des Auges	1,6%	0,6%	0,7%	0,7%	,8%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	,5%
Endokrine/Ernährungs-/Stoffwechselerkrankungen	0,0%	2,8%	4,0%	4,6%	4,5%	7,1%	7,6%	11,9%	8,3%	5,2%
Andere Diagnosegruppierungen	6,3%	6,6%	8,1%	8,2%	7,5%	8,3%	9,5%	10,1%	4,2%	8,0%
Gesamt	63	470	706	586	773	737	515	109	24	3.983
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011, abgeschlossene Fälle mit Angaben zur ICD-Hauptdiagnose

Die höchsten Anteile nicht bestätigter Arbeitsfähigkeit entfallen im Untersuchungszeitraum auf Personen, die im Bundesland Steiermark (35%) betreut wurden, gefolgt von jenen aus Kärnten (30%) und Oberösterreich (23%).

Abbildung 6: Ergebnis abgeschlossener Begutachtungsverfahren nach Bundesland



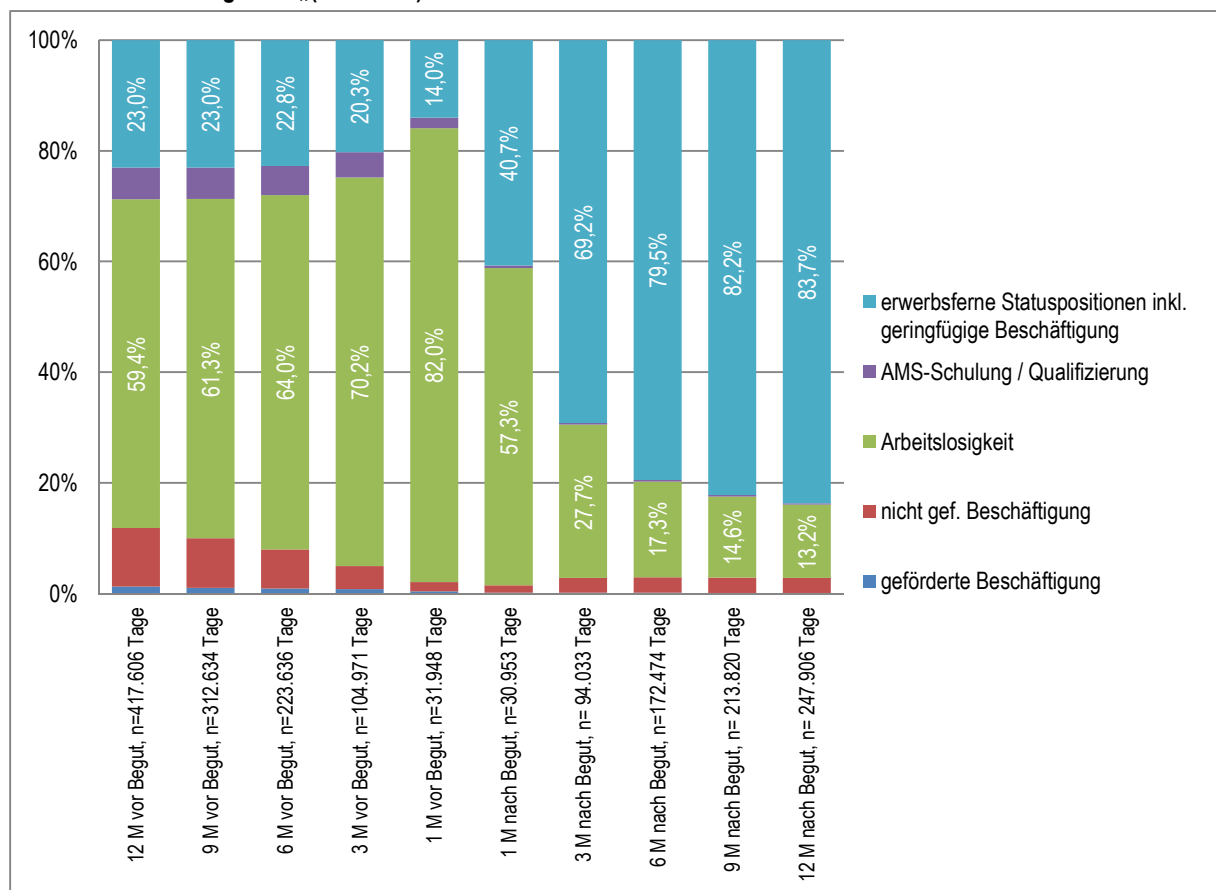
Basis: PVA, Verfahren im Rahmen der Antragstellungen der Gesundheitsstraße im Zeitraum 1.7.2010 bis 31.12.2011, abgeschlossene Fälle mit Angaben zur ICD-Hauptdiagnose

3.5 Arbeitsmarktrelevante Statuspositionen nach Begutachtung der Arbeitsfähigkeit durch die Gesundheitsstraße im Jahr davor und danach

In der Betrachtung der Arbeitsmarktpositionierung der Menschen, deren Arbeitsfähigkeit in der Gesundheitsstraße abgeklärt wurde, ein Jahr vor und nach dieser Abklärung zeigt sich, dass dem Abklärungsprozess in den meisten Fällen eine längere Phase der Arbeitslosigkeit oder in einer erwerbsfernen Statusposition⁶ voran geht.

Etwas mehr als 10% des Zeitvolumens im Jahr davor werden noch in Beschäftigung verbracht, ein Anteil, der sich mit sinkendem Abstand zur Gesundheitsstraße reduziert. Nach der Gesundheitsstraße steigen bei dieser Gruppe die Zeiten in erwerbsfernen Statuspositionen deutlich an – ein Hinweis, dass das die attestierte Arbeitsunfähigkeit von der überwiegenden Anzahl der Personen, aber ganz offensichtlich nicht von allen, zur Pensionsbeantragung genutzt wird. Sei es, dass diese Personen keinen Pensionsantrag stellen wollen, sei es, dass die Wartezeit auf eine Pension nicht erfüllt ist. Zeiten in AMS-finanzierter Schulung sind nach der Begutachtung gar nicht mehr erkennbar, vereinzelt lässt sich Beschäftigung beobachten.

Abbildung 7: Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „(befristete) BU-/IV-Pension“

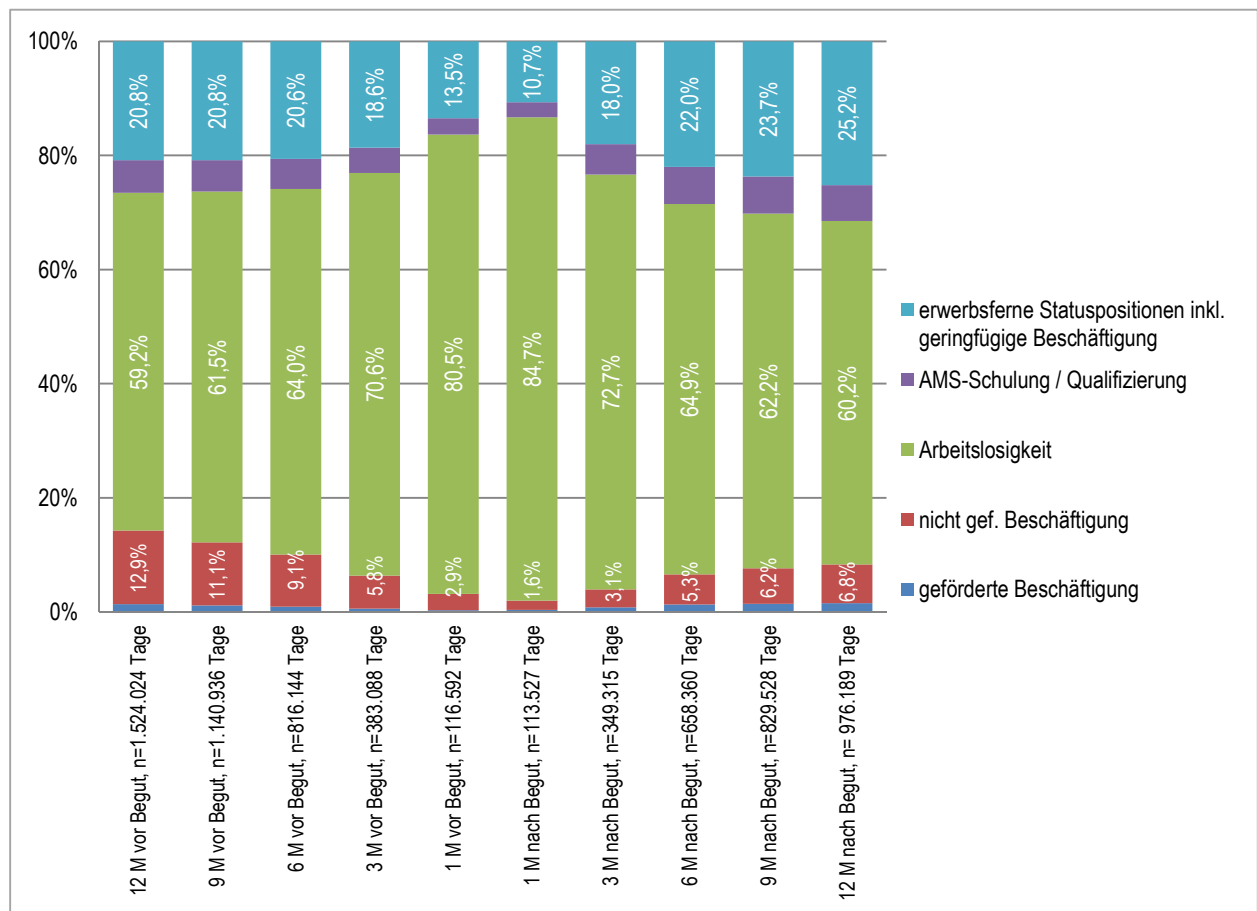


Quelle: DWH des AMS Österreich, Abfrage und Aufbereitung prospect, Abfrage 7.3.2012

⁶ Unter erwerbsfernen Statuspositionen werden Zeiten in Karenz, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld, Pension, Präsenz-/Zivildienst, sonstige Versicherungszeiten (z.B. Witwen-, Waisenpension), Ausbildung, Geringfügige Beschäftigung und Zeiten ohne Meldung bei den Sozialversicherungen definiert.

Vergleicht man nun die Situation derer, deren Arbeitsfähigkeit verneint wurde, mit jener, deren Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde, zeigt sich die hohe Bedeutung, die den geplanten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Umschulung etc. beikommt: Denn ohne derartige Angebote ist der Großteil dieser Gruppe nach der Bestätigung der Arbeitsfähigkeit durch die Gesundheitsstraße wieder arbeitslos oder in einem erwerbsfernen Status. Beschäftigung und vor allem auch AMS-Schulungen oder Qualifizierungen spielen eine kaum wahrnehmbare Rolle. Durchschnittlich ein Viertel des auf die Begutachtung folgenden Jahres wird von den TeilnehmerInnen in einer erwerbsfernen Position zugebracht.

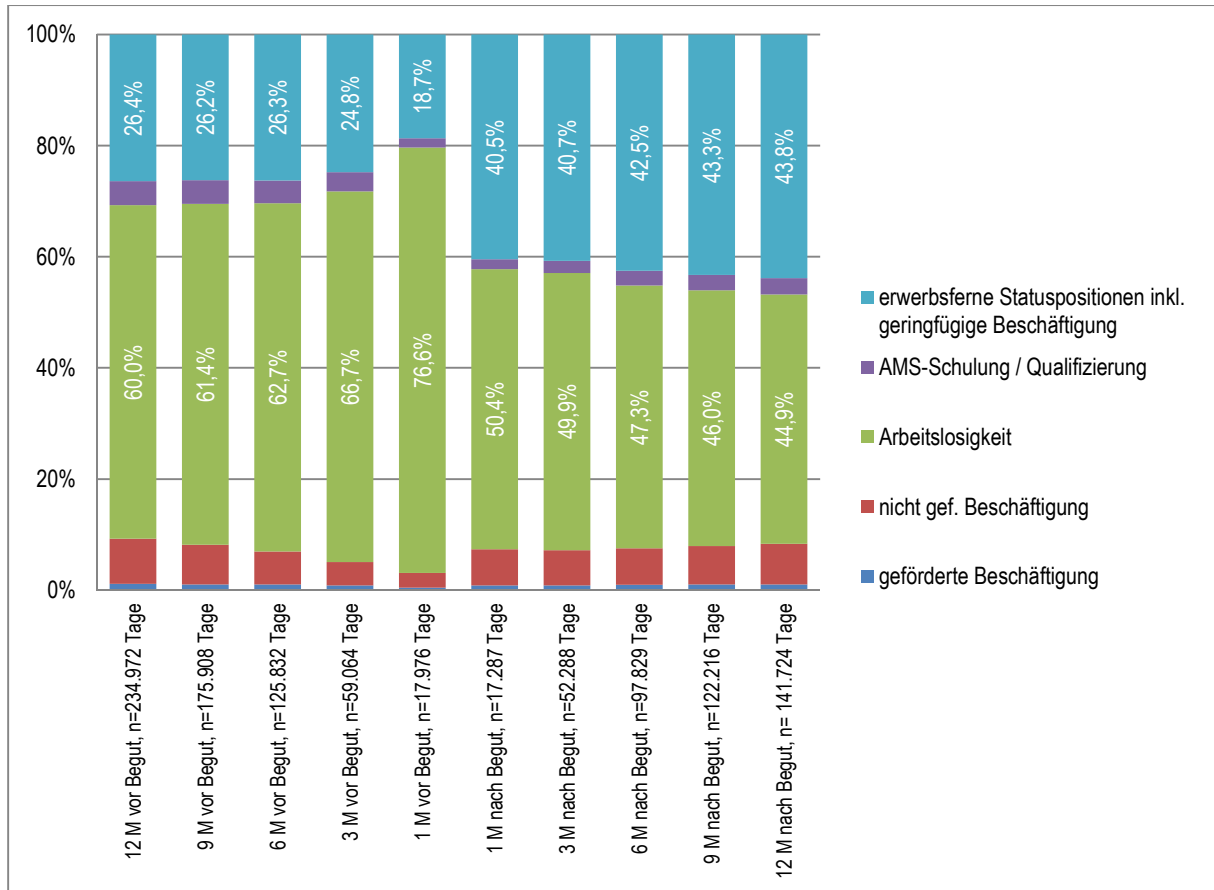
Abbildung 8: Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „Arbeitsfähigkeit bestätigt“



Quelle: DWH des AMS Österreich, Abfrage und Aufbereitung prospect, Abfrage 7.3.2012

Angesichts der Tatsache, dass auch jene Gruppe, die die Gesundheitsstraße mit dem Ergebnis „Sonstiges“⁷ beendete, nicht unerheblich ist – es sind immerhin 10,5% aller AbsolventInnen der Gesundheitsstraße – wird diese Gruppe im Folgenden näher betrachtet: Auch diese TeilnehmerInnen können offensichtlich im Jahr nach der Begutachtung so gut wie nicht in Qualifizierung oder Beschäftigung integriert werden. Sie verbringen weniger Zeit in Arbeitslosigkeit dafür vergleichsweise deutlich mehr Zeit in einer erwerbsfernen Position.

Abbildung 9: Arbeitsmarktperformance der AbsolventInnen der Gesundheitsstraße im Jahr vor und nach dem Ergebnis „Sonstiges - Begutachtung konnte nicht abgeschlossen werden“



Quelle: DWH des AMS Österreich, Abfrage und Aufbereitung prospect, Abfrage 7.3.2012

⁷ Dieses Ergebnis wird dann vermerkt, wenn die Begutachtung nicht abgeschlossen werden konnte.

4 Ergebnisse der telefonischen Befragung von Arbeitslosen, deren Arbeitsfähigkeit durch die Gesundheitsstraße begutachtet wurde

Um die Erfahrungen im Prozess der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit diskutierbar zu machen und auch, um nachzuzeichnen, wie das Ergebnis einer bestätigten Arbeitsfähigkeit oder (befristeten) Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße von den Betroffenen aufgenommen wird, wurden 204 AbsolventInnen der Gesundheitsstraße sechs bis neun Monate nach Abklärung der Arbeitsfähigkeit telefonisch befragt.⁸

In der Befragung ging es darum, auszuloten, mit welchen Erwartungen die Personen an die Begutachtung herangingen und wie sie das Untersuchungsergebnis bewerten.

Der zweite Befragungsschwerpunkt fokussiert auf angebotene Integrationsmaßnahmen bei jenen TeilnehmerInnen, die als arbeitsfähig eingestuft wurden und wie sie diese Unterstützungsangebote bewerten.

Die Befragung fand zwischen 26. März und 17. April 2012 statt und wurde entlang eines standardisierten Fragebogens realisiert. 204 Personen – davon 39 mit dem Ergebnis „Arbeitsunfähig“ und 165 mit dem Ergebnis „Arbeitsfähig“ konnten interviewt werden. Nachfolgender Tabelle sind die Verteilungen wesentlicher soziodemografischer Merkmale der Stichprobe nach Ergebnis und Bundesland sowie gesamt zu entnehmen.

⁸ In der Befragung kommen bei Bedarf InterviewerInnen, die türkisch respektive BKS sprechen zum Einsatz.

Tabelle 7: Soziodemografische Merkmale nach Ergebnis der Gesundheitsstraße und Bundesland

Soziodemografische Merkmale		Ergebnis der Begutachtung durch die Gesundheitsstraße		Bundesländer					
		arbeitsfähig (n=165-158)	arbeitsunfähig (n=39-38)	Wien (n=42-39)	NÖ (n=40-39)	STMK (n=40-39)	KTN (n=33-34)	BGL/OÖ/SBG/ Tirol/VBG (n=48-45)	Gesamt (n=204-196)
Geschlecht	Männer	55,8%	64,1%	54,8%	60,0%	47,5%	55,9%	66,7%	57,4%
	Frauen	44,2%	35,9%	45,2%	40,0%	52,5%	44,1%	33,3%	42,6%
Alter	21 bis 24 Jahre	0,0%	7,9%	2,4%	0,0%	2,6%	3,0%	0,0%	1,5%
	25 bis 44 Jahre	40,2%	42,1%	45,2%	35,0%	41,0%	30,3%	47,9%	40,6%
	45 bis 50 Jahre	23,8%	13,2%	35,7%	20,0%	17,9%	27,3%	10,4%	21,8%
	51 bis 55 Jahre	23,2%	15,8%	11,9%	30,0%	15,4%	24,2%	27,1%	21,8%
	56 Jahre und älter	12,8%	21,1%	4,8%	15,0%	23,1%	15,2%	14,6%	14,4%
Migrationshintergrund	Erstsprache Deutsch	82,4%	82,1%	76,2%	87,5%	75,0%	88,2%	85,4%	82,4%
	Andere Erstsprache	17,6%	17,9%	23,8%	12,5%	25,0%	11,8%	14,6%	17,6%
Höchste abgeschlossene Bildung	Keine Pflichtschule	6,7%	12,8%	4,8%	7,5%	7,5%	8,8%	10,4%	7,8%
	Pflichtschule	35,2%	38,5%	28,6%	32,5%	40,0%	41,2%	37,5%	35,8%
	Lehrabschluss	39,4%	33,3%	35,7%	47,5%	35,0%	38,2%	35,4%	38,2%
	Mittlere Schule	9,1%	5,1%	14,3%	7,5%	5,0%	8,8%	6,3%	8,3%
	Höhere Schule/Matura	7,9%	2,6%	11,9%	2,5%	10,0%	0,0%	8,3%	6,9%
	Universität/FH	1,8%	7,7%	4,8%	2,5%	2,5%	2,9%	2,1%	2,9%
Beruf	Angelernte/r ArbeiterIn	55,7%	60,5%	35,9%	51,3%	64,1%	70,6%	62,2%	56,6%
	FacharbeiterIn	12,0%	18,4%	10,3%	10,3%	5,1%	26,5%	15,6%	13,3%
	Angestellte/r ohne Leitungsfunktion	26,6%	10,5%	48,7%	25,6%	17,9%	0,0%	22,2%	23,5%
	Angestellte/r mit Leitungsfunktion	5,7%	10,5%	5,1%	12,8%	12,8%	2,9%	0,0%	6,6%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Insgesamt wurden etwas mehr Männer als Frauen befragt. Der Frauenanteil in der Gruppe der Personen, die als arbeitsfähig eingestuft wurden, beträgt 44%. Für die Gruppe der als arbeitsunfähig Eingestuften, wird mit 36% ein niedrigerer Frauenanteil ausgewiesen.

Die Hälfte mit Ergebnis „arbeitsunfähig“ ist unter 44 Jahre alt

Insgesamt sind 2% der Befragten jünger als 25 Jahre, 41% entfallen auf die Altersgruppe 25 bis 44 Jahre, 22% auf die Altersgruppe 45 bis 50 Jahre, ebenfalls 22% auf die Altersgruppe 51 bis 55 Jahre und 14% der Interviewten sind 56 Jahre und älter.

18% der Befragten geben eine andere Erstsprache als Deutsch an

82% der Interviewten geben als Erstsprache Deutsch an.

Befragte verfügen überwiegend über Pflichtschul- oder Lehrabschluss

Knapp drei Viertel der Befragten geben einen Pflichtschul- oder Lehrabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung an. 8% verfügen über keinen Pflichtschulabschluss.

Befragte sind überwiegend angelernte ArbeiterInnen oder FacharbeiterInnen

70% der Befragten sind nach eigenen Angaben angelernte ArbeiterInnen oder FacharbeiterInnen.

4.1 Kontext der Zuweisung zur Gesundheitsstraße

Grundsätzlich werden arbeitslose Personen von den zuständigen AMS-BeraterInnen an die Gesundheitsstraße überwiesen. Um den Prozess im Vorfeld dieser „Überweisung“ zu erfassen, wurden die InterviewpartnerInnen danach gefragt, ob der/die AMS-BeraterIn oder ob sie selbst Zweifel an ihrer Arbeitsfähigkeit äußerten.

78% der Befragten geben an, dass der/die AMS-BeraterIn Zweifel an ihrer Arbeitsfähigkeit hatte, nur 22% geben an, dass sie selbst Zweifel an ihrer Arbeitsfähigkeit hatten. Es zeigt sich kein wesentlicher Unterschied nach Ergebnis der Abklärung: Der Anteil derjenigen, die angeben, dass das AMS ihre Arbeitsfähigkeit bezweifelte, beträgt bei Befragten mit bestätigter Arbeitsfähigkeit 79%, bei Befragten mit bestätigter Arbeitsunfähigkeit ist dieser etwas geringer mit 74%.

Nur fünf der 34 Befragten, deren Arbeitsunfähigkeit bestätigt wurde, berichten von Irritationen in Bezug auf geäußerte Zweifel des/der AMS-Beraters/-in hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit. Zwei fühlten sich noch zu jung für die Pension, einer wollte eigentlich noch arbeiten und zwei fühlten sich von der Zuweisung überrumpelt („*war komisch, hatte zuerst Angst gehabt*“). Einem weiteren war nicht klar, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße die Abklärung der Arbeitsfähigkeit zum Ziel hatte.

Von den 128 Interviewten, deren Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße bestätigt wurde, äußerten 30 (23%) negative Reaktionen auf die Zuweisung zu dieser durch die AMS-BeraterInnen, 80 (63%) konnten die Zweifel an ihrer Arbeitsfähigkeit und den Abklärungsbedarf nachvollziehen und bewerteten die Intervention des/der AMS-BeraterIn positiv und weitere 18 (14%) akzeptierten die Zuweisung des/der AMS-BeraterIn ohne diese zu hinterfragen oder weiter darüber nachzudenken.

Negative Rückmeldungen auf die Zuweisung zur Gesundheitsstraße äußerten Befragte, ...

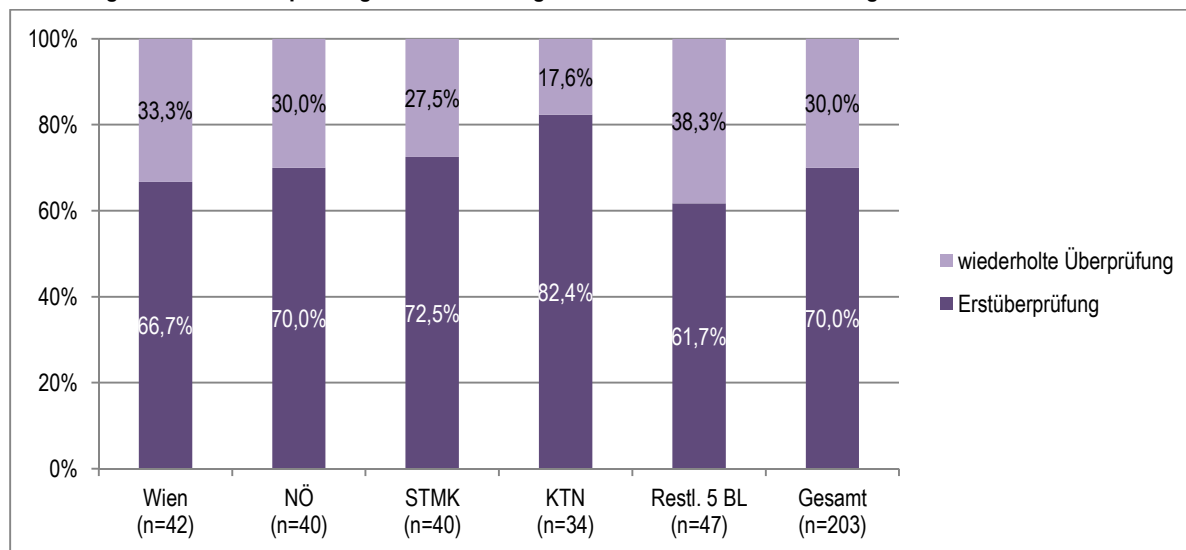
- die selbst nicht an ihrer Arbeitsfähigkeit zweifelten (13 Befragte).
- die sich bevormundet fühlten, da die Zuweisung nicht in Absprache oder ohne ihre Zustimmung erfolgte (5 Befragte).
- denen die Konfrontation mit dem Zweifel an ihrer Arbeitsfähigkeit schwer fiel (5 Befragte).
- denen das Ziel der Gesundheitsstraße nicht klar war (4 Befragte).
- die den Eindruck hatten, nur deshalb zur Gesundheitsstraße geschickt zu werden, weil der/die AMS-BeraterIn namhaft gemachte gesundheitliche Probleme einer Überprüfung unterziehen wollte, also den Berichten des/der KundIn misstrauete (3 Befragte).

70% der Befragten: Erstmalige Überprüfung der Arbeitsfähigkeit

70% der Befragten teilen mit, dass es sich bei der aktuellen Überprüfung der Arbeitsfähigkeit um eine erstmalige Überprüfung handelte. 27% der Interviewten unterzogen sich zum zweiten Mal einer Überprüfung der Arbeitsfähigkeit und 3% haben bereits drei und mehr Abklärungsverfahren durchlaufen.

Befragte mit bestätigter Arbeitsunfähigkeit geben häufiger eine Erstüberprüfung an (80%) als jene mit bestätigter Arbeitsfähigkeit (68%).

Abbildung 10: Erstüberprüfung der Arbeitsfähigkeit oder wiederholte Abklärung nach Bundesland



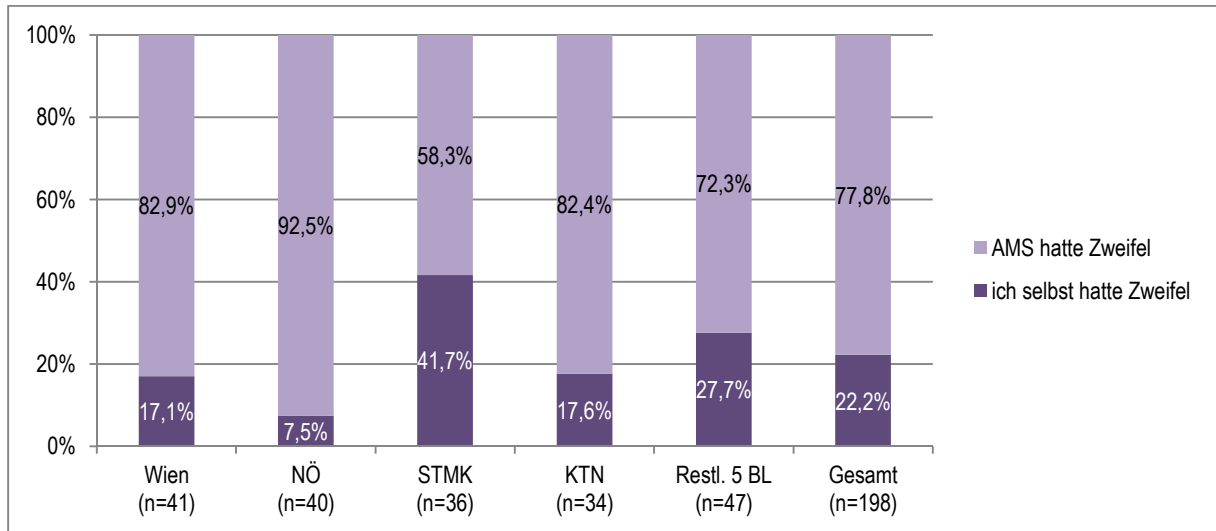
Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

11 Personen geben an, dass sie bereits früher eine befristete Pension erhalten haben, davon wurden 10 aktuell als arbeitsfähig eingestuft. Der überwiegende Teil dieser Bewilligungen wird für die Jahre 2007 und 2008 angegeben, zumeist waren bewilligte Pensionen auf ein Jahr befristet (7 von 11).

Insgesamt geben 22% der Interviewten an, dass sie selbst an ihrer Arbeitsfähigkeit zweifelten, es zeigen sich hier keine wesentlichen Unterschiede nach Abklärungsergebnis: 26% der Befragten mit bestätigter Arbeitsunfähigkeit und 22% der Befragten mit bestätigter Arbeitsfähigkeit äußerten Selbstzweifel in diesem Zusammenhang.

Deutliche Unterschiede sind hier nach Bundesland zu beobachten: Der Anteil der Befragten, die selbst an ihrer Arbeitsfähigkeit zweifelten, ist mit 42% in der Steiermark am höchsten und mit 8% in Niederösterreich am geringsten.

Abbildung 11: Zweifel an Arbeitsfähigkeit nach Bundesland



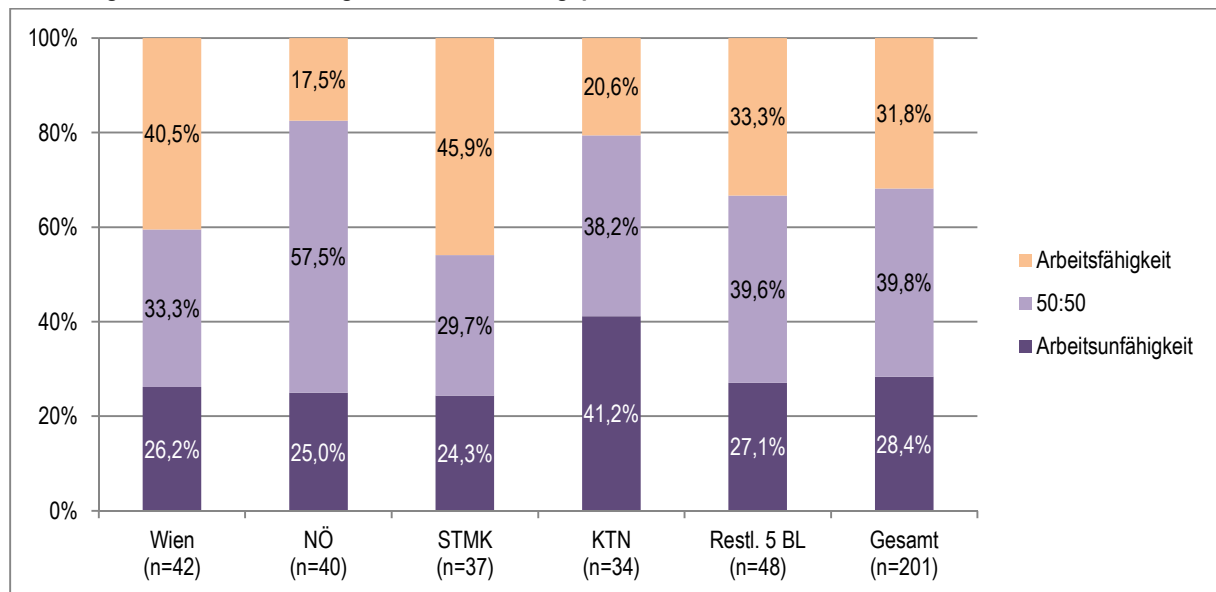
Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

4.2 Erwartung an und Bewertung des Ergebnisses

In nachfolgenden Fragenblock ging es darum, auszuloten, welches Ergebnis die interviewten Personen im Vorfeld der Überprüfung der Arbeitsfähigkeit erwarteten.

Insgesamt gingen 28% der Interviewten von der Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit aus. Der Anteil fällt innerhalb der Gruppe der Befragten, denen eine (befristete) Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, mit 47% tendenziell höher aus, als für jene Befragten mit festgestellter Arbeitsfähigkeit (24%). Letztere gingen häufiger von einer 50:50 Situation aus (44%). 29% der als arbeitsunfähig und 33% der als arbeitsfähig eingestuft Befragten erwarteten die Bestätigung ihrer Arbeitsfähigkeit als Ergebnis.

Abbildung 12: Erwartetes Ergebnis des Abklärungsprozesses nach Bundesland

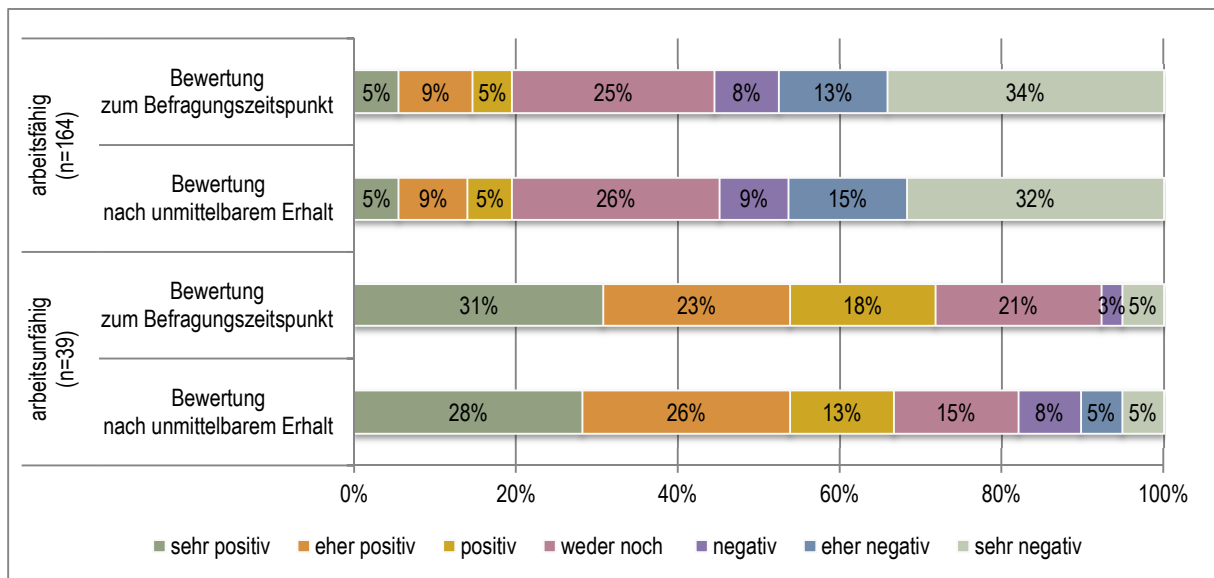


Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Eine bestätigte Arbeitsfähigkeit (n=164) wurde zum Zeitpunkt der Ergebnisbekanntgabe nur von 19% positiv und von 55% negativ bewertet und an dieser Beurteilung änderte sich im Zeitverlauf auch nichts. Die Betroffenen bewerten das Ergebnis aus heutiger Sicht in nahezu gleicher Weise.

Eine durch die Gesundheitsstraße bestätigte Arbeitsunfähigkeit (n=39) wurde zum Zeitpunkt der Bekanntgabe hingegen von 67% der betroffenen Befragten positiv und von 18% negativ beurteilt. Im Zeitverlauf ist sogar eine Erhöhung des Anteils der positiven Bewertung dieses Ergebnisses auf 72% und eine Reduktion des Anteils der negativen Bewertung auf 8% zu beobachten.

Abbildung 13: Bewertung des Ergebnisses unmittelbar nach Erhalt und aus heutiger Sicht nach Art des Ergebnisses



Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen

Eine bestätigte Arbeitsunfähigkeit wird überwiegend positiv bewertet

Unter jenen, denen Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (n=39), überwiegen wie bereits beschrieben positive Bewertungen. Die Begründungen dafür enthalten vor allem Anmerkungen zu der damit einhergehenden Erleichterung und Entlastung. Beispielsweise können notwendige Therapien absolviert werden. Als Wermutstropfen werden aber auch von dieser Gruppe finanzielle Einbußen und psychische Belastungen durch eine zeitliche Befristung des Pensionsanspruches angeführt.

Nur wenige Personen bewerten die attestierte Arbeitsunfähigkeit negativ. Grund dafür ist, dass die Betroffenen eigentlich noch gerne einer Arbeit nachgehen würden, dies aber (derzeit) nicht können.

Bestätigte Arbeitsfähigkeit bei Übereinstimmung mit eigener Wahrnehmung positiv

31 Befragte oder 19% dieser Gruppe bewerten die bestätigte Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Befragung positiv.

- 20 Betroffene begründen dies damit, dass das Ergebnis mit ihrer Wahrnehmung übereinstimmt und sie arbeiten wollen bzw. das Ergebnis ihnen Ansporn gegeben hat, sich anzustrengen.
- Weitere fünf haben im Rahmen der Gesundheitsstraße Klarheit über ihre gesundheitliche Situation erfahren und wissen nun besser, welche Arbeitstätigkeiten sie ausüben können.
- Bei zwei Betroffenen kam es im Zeitraum zwischen Ergebnisübermittlung und Befragung zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation, sodass sie sich einer Auseinandersetzung mit einem beruflichen Wiedereinstieg gewachsen sehen.
- Weitere drei Befragte bewerten das Ergebnis zwar eher positiv, kritisieren aber die Untersuchungsdurchführung, wobei in einem Fall die Feststellung der vollständigen Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden kann.
- In einem Fall übt sich der/die Betroffene in Optimismus und will versuchen das Beste aus dem Ergebnis zu machen.

Kritik an Feststellungsverfahren gepaart mit Unverständnis für das Ergebnis

92 Befragte bewerten das Ergebnis „arbeitsfähig“ zum Zeitpunkt der Befragung negativ. Folgende drei Begründungen werden am häufigsten genannt:

- mangelhafte Untersuchungsdurchführung (51 Nennungen)
- bestehende Diskrepanz zwischen der Einstufung „arbeitsfähig“ und der persönlichen Wahrnehmung als nicht arbeitsfähig (18 Nennungen)
- Chancenlosigkeit am Arbeitsmarkt mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (17 Nennungen)

Befragte mit bestätigter Arbeitsfähigkeit wurden auch gebeten, kurz zu berichten, wie es nach der Ergebnisübermittlung weiterging. In diesem Zusammenhang wird folgendes genannt:

- 91 Befragte geben eine erneute Betreuung durch das AMS, eine Teilnahme an einer AMS-Maßnahme oder - in einigen wenigen Fällen - die Beantragung von bedarfsorientierter Mindestsicherung an.
- 31 Befragte erwähnen neben der Betreuung des AMS auch eine medizinische Betreuung.
- 14 Personen erwähnen eine zumindest kurzfristige Beschäftigungsaufnahme in unterschiedlichem Ausmaß.
- Weitere 14 Personen haben nach Erhalt des Ergebnisses dieses beeinsprucht und erneut um Abklärung der Arbeitsfähigkeit bzw. um BU- oder IV-Pension eingereicht.
- 5 Befragte erwähnen ausschließlich die Teilnahme an medizinisch-therapeutischen Interventionen und
- 10 Befragte machen keine näheren Angaben dazu.

4.3 Berufliche Perspektiven und Unterstützungsbedarfe der als arbeitsfähig eingestuften Befragten

Für jene Befragten, deren Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde, stellte sich die aktuelle berufsbezogene Situation zum Zeitpunkt der Befragung folgendermaßen dar:

- 6% geben an, in Beschäftigung zu sein,
- 14% befanden sich in einer Schulungsmaßnahme,
- 70% geben an, arbeitslos zu sein bzw. Notstandshilfe mit oder ohne geringfügiger Beschäftigung oder die Bedarfsorientierte Mindestsicherung zu beziehen.
- 7% befanden sich im Krankenstand,
- 3% beziehen andere Transferleistungen (drei Befragte erhalten Pensionsvorschuss und eine Befragte befindet sich im Mutterschutz).

11% der arbeitsfähigen Befragten haben eine umsetzbare berufliche Perspektive

Der Frage, ob bereits berufliche Perspektiven entwickelt wurden und die InterviewpartnerInnen auch wissen, wie sie diese umsetzen werden, stimmen nur 11% der als arbeitsfähig eingestuften zu, weitere 20% haben zwar eine berufliche Perspektive vor Augen, wissen aber noch nicht, wie sie diese umsetzen können, 42% fehlt die berufliche Perspektive, sie möchten aber wieder arbeiten und 27% können sich nicht vorstellen wieder zu arbeiten.

Tabelle 8: Entwicklung einer beruflichen Perspektive

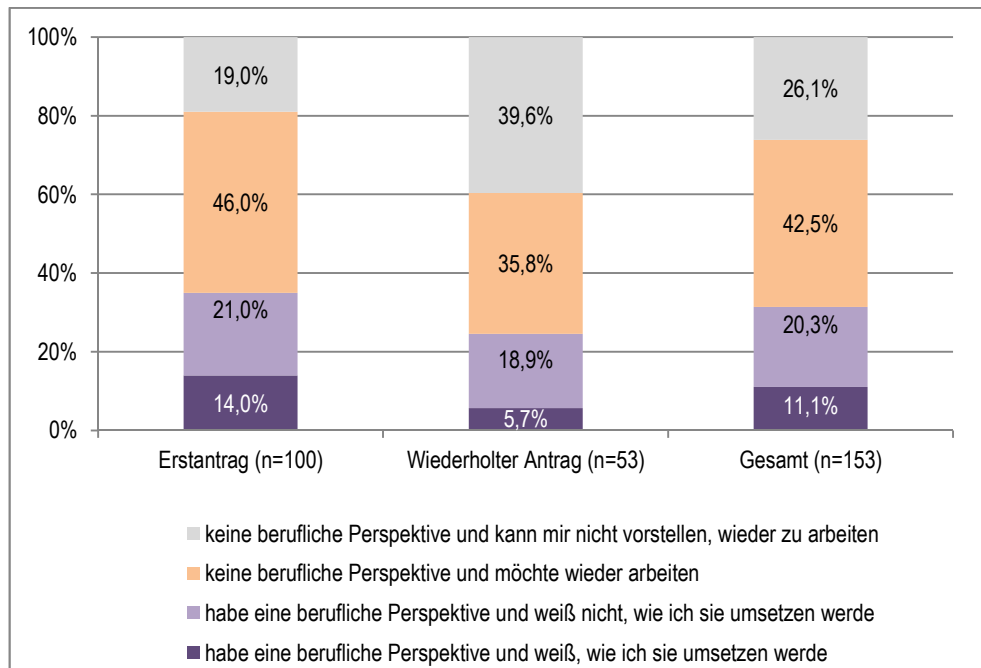
Wissen Sie, wie es beruflich für Sie weitergeht?	Gesamt (n=154)
Habe berufliche Perspektive und weiß, wie ich sie umsetzen werde	11,0%
Habe berufliche Perspektive und weiß nicht, ob/wie ich sie umsetzen werde	20,1%
Habe keine berufliche Perspektive und möchte wieder arbeiten	42,2%
Habe keine berufliche Perspektive und kann mir nicht vorstellen, wieder zu arbeiten	26,6%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen

40% mit wiederholter Abklärung der Arbeitsfähigkeit können sich nicht vorstellen wieder zu arbeiten

35% der Befragten, die zum ersten Mal eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit durchliefen, verfügen über eine berufliche Perspektive, darunter jene 14%, die auch wissen, wie sie diese umsetzen können. Bei den Befragten, deren Arbeitsfähigkeit zum wiederholten Mal überprüft wurde, beträgt dieser Anteil nur mehr 25%, darunter lediglich 6% mit konkreten Umsetzungsvorstellungen.

Abbildung 14: Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive differenziert nach Erstantrag/wiederholtem Antrag



Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen

Gefragt, welche Unterstützungsangebote für die Befragten von Interesse wären, äußern diese vor allem Interesse an Umschulungen bzw. längeren Ausbildungen (46%) sowie geförderter Beschäftigung (42%), gefolgt von einer Unterstützung bei der Entwicklung realistischer Berufsziele und beruflichen Rehabilitationsangeboten (jeweils 30%).

Tabelle 9: Anteil der Befragten, die Unterstützungsangebote nicht genutzt haben, aber Interesse daran hätten nach Bundesland an allen Befragten

Nicht genutzte Unterstützungsangebote, die von Interesse wären	Wien (n=34-35)	NÖ (n=33)	STMK (n=25-26)	KTN (n=24-25)	Restl. 5 BL (n=46-45)	Gesamt (n=163-165)
Berufsberatung	22,9%	33,3%	24,3%	8,0%	22,2%	24,4%
Entwicklung realistischer Berufsziele	22,9%	33,3%	38,5%	20,0%	34,8%	30,3%
Umschulung/längere Ausbildung	57,1%	39,4%	50,0%	32,0%	45,7%	45,5%
Geförderte Beschäftigung	45,7%	57,6%	60,0%	0,0%	39,1%	41,5%
Begleitung im Bewerbungsprozess	22,9%	18,2%	20,0%	8,3%	26,1%	20,2%
Berufliche Rehabilitation	37,1%	42,4%	28,0%	8,0%	28,3%	29,9%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Insgesamt gibt jeweils etwa ein Viertel der Befragten an, dass sie Angebote wie Berufsberatung, Entwicklung realistischer Berufsziele oder eine Unterstützung bzw. Begleitung im Bewerbungsprozess genutzt haben und ebenfalls jeweils etwa 80% derjenigen, die diese Angebote in Anspruch genommen haben, waren sehr bzw. eher zufrieden damit.

Ein Nutzung von Angeboten wie Umschulung, Geförderte Beschäftigung oder Berufliche Rehabilitation wurden nur vereinzelt angegeben.

Tabelle 10: Anteil der Befragten, die unterschiedliche Unterstützungsangebote genutzt haben, sowie Anteil derjenigen, die mit der Nutzung sehr bzw. eher zufrieden waren, nach Bundesland

Nutzung und Zufriedenheit mit Unterstützungsangeboten	Gesamt (n=163-165)
Berufsberatung genutzt	26,1%
<i>davon mit Berufsberatung sehr bzw. eher zufrieden</i>	81,4%
Entwicklung realistischer Berufsziele	24,2%
<i>davon mit Entwicklung realistischer Berufsziele sehr bzw. eher zufrieden</i>	82,5%
Umschulung / längere Ausbildung genutzt	6,1%
<i>davon mit Umschulung / längerer Ausbildung sehr bzw. eher zufrieden</i>	80,0%
Geförderte Beschäftigung genutzt	3,0%
<i>davon mit Geförderter Beschäftigung sehr bzw. eher zufrieden</i>	80,0%
Begleitung im Bewerbungsprozess genutzt	28,2%
<i>davon mit Begleitung im Bewerbungsprozess sehr bzw. eher zufrieden</i>	80,4%
Berufliche Rehabilitation genutzt	8,5%
<i>davon mit Beruflicher Rehabilitation sehr bzw. eher zufrieden</i>	64,3%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen

Zufriedenheit mit genutzten Unterstützungsangeboten wird von jeweils etwa einem Fünftel der Befragten für die Angebote Begleitung im Bewerbungsprozess, Berufsberatung und Entwicklung realistischer Berufsziele angegeben.

Tabelle 11: Anteil der zufriedenen NutzerInnen von Unterstützungsangebote nach Bundesland an allen Befragten

Unterstützungsangebote, mit deren Nutzung die Befragten sehr bzw. eher zufrieden waren	Wien (n=34-35)	NÖ (n=33)	STMK (n=25-26)	KTN (n=24-25)	Restl. 5 BL (n=46-45)	Gesamt (n=163-165)
Berufsberatung	40,0%	6,1%	34,6%	8,0%	17,8%	21,4%
Entwicklung realistischer Berufsziele	40,0%	6,1%	26,9%	8,0%	17,3%	20,0%
Umschulung/längere Ausbildung	5,8%	6,0%	3,8%	4,0%	4,3%	4,8%
Geförderte Beschäftigung	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	6,5%	2,4%
Begleitung im Bewerbungsprozess	28,6%	24,3%	42,0%	4,2%	15,2%	22,7%
Berufliche Rehabilitation	2,9%	6,1%	16,0%	0,0%	4,4%	5,5%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

4.4 Bestehende Belastungen

Die Interviewten wurden auch gebeten, anzugeben, in welchem Ausmaß sie von Belastungen in anderen Lebensbereichen betroffen sind. 64% geben eine angespannte finanzielle Situation als belastend an und 42% eine angespannte private bzw. familiäre Situation. 33% fühlen sich mit ihren Problemen alleine gelassen, 13% sind durch ihre aktuelle Wohnsituation belastet und 11% durch bestehende Betreuungsaufgaben.

Die hohe Belastung der Befragten durch Probleme abseits der gesundheitlichen Beeinträchtigungen verweist auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Unterstützung, die unterschiedliche Lebensbereiche berücksichtigt.

Finanzielle Belastungen nennen Befragte mit bestätigter Arbeitsunfähigkeit in ähnlich hohem Ausmaß wie Befragte, die als arbeitsfähig eingestuft worden sind. In allen anderen Bereichen geben Arbeitsfähige etwas häufiger Belastungen an als Befragte, deren Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt wurde.

Tabelle 12: Zutreffende Belastungen nach Ergebnis

Zutreffende Belastungen	arbeitsunfähig (n=38-39)	arbeitsfähig (n=164-165)	Gesamt (n=204-203)
Betreuungsaufgaben	5,1%	12,1%	10,8%
Probleme im Bereich Wohnen	7,7%	14,6%	13,3%
Finanzielle Situation	64,1%	63,6%	63,7%
Private/familiäre Situation	35,9%	43,0%	41,7%
Gefühl allein gelassen zu sein	28,9%	33,3%	32,5%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen

Tabelle 13: Zutreffende Belastungen nach Bundesland

Zutreffende Belastungen	Wien (n=42)	NÖ (n=40)	STMK (n=40)	KTN (n=33-34)	Restl. 5 BL (n=48)	Gesamt (n=203-204)
Betreuungsaufgaben	9,5%	10,0%	5,0%	8,8%	18,8%	10,8%
Probleme im Bereich Wohnen	23,8%	5,0%	2,5%	5,9%	25,5%	13,3%
Finanzielle Situation	59,5%	60,0%	55,0%	70,6%	72,9%	63,7%
private/familiäre Situation	64,3%	35,0%	30,0%	20,6%	52,1%	41,7%
Gefühl allein gelassen zu sein	42,9%	22,5%	30,0%	15,2%	45,8%	32,5%

Basis: Telefonbefragung März/April 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

5 Ergebnisse der telefonischen Befragung von Arbeitslosen, die einen Antrag auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gestellt haben

Neben jenen KundInnen des Arbeitsmarktservice, deren Arbeitsfähigkeit in der Gesundheitsstraße überprüft wurde, sollten in dieser Untersuchung auch arbeitslose Menschen, die trotz Vorhandensein der Gesundheitsstraße einen Antrag auf BU- oder IV-Pension stellten, befragt werden. Dies um mehr über den Kontext der Pensionsbeantragung zu erfahren und so überlegen zu können, ob die Gesundheitsstraße auch für diesen Personenkreis eine geeignete Alternative wäre. Die folgenden Aussagen fassen die Ergebnisse einer telefonischen Befragung von Personen, die um BU- oder IV-Pension ansuchten und zum Befragungszeitpunkt das Ergebnis der Pensionsbeantragung noch nicht kannten, zusammen. Befragt wurden Personen aus fünf Bundesländern (Wien, Niederösterreich, Steiermark, Oberösterreich und Salzburg).

Die Befragung fand zwischen 13. Jänner und 17. Februar 2012 statt und wurde entlang eines standardisierten Fragebogens realisiert. 161 Personen konnten interviewt werden. Nachfolgender Tabelle sind die Verteilungen wesentlicher soziodemografischer Merkmale der Stichprobe nach Bundesland sowie gesamt zu entnehmen.

Tabelle 14: Soziodemografische Merkmale nach Bundesland

Soziodemografische Merkmale		Wien (n=30-29)	NÖ (n=30-27)	Stmk (n=30-29)	OÖ (n=41-40)	SBG (n=30)	Gesamt (n=161-156)
Geschlecht	Männer	50,0%	46,7%	60,0%	58,5%	43,3%	52,2 %
	Frauen	50,0%	53,3%	40,0%	41,5%	56,7%	47,8%
Alter	21 bis 24 Jahre	0,0%	3,3%	0,0%	7,5%	3,3%	3,1%
	25 bis 44 Jahre	6,7%	23,3%	16,7%	22,5%	30,0%	20,0%
	45 bis 50 Jahre	30,0%	23,3%	16,7%	27,5%	10,0%	21,9%
	51 bis 55 Jahre	23,3%	26,7%	26,7%	20,0%	23,3%	23,8%
	56 Jahre und älter	40,0%	23,3%	40,0%	22,5%	33,3%	31,3%
Migrationshintergrund	Erstsprache Deutsch	70,0%	96,7%	96,7%	87,8%	53,3%	81,4%
	Andere Erstsprache	30,0%	3,3%	3,3%	12,2%	46,7%	18,6%
Höchste abgeschlossene Bildung	Pflichtschule	3,3%	3,3%	6,7%	2,4%	10,0%	5,0%
	Lehrabschluss	20,0%	16,7%	23,3%	17,1%	43,3%	23,6%
	Mittlere Schule	36,7%	56,7%	50,0%	65,9%	26,7%	48,4%
	Höhere Schule/Matura	16,7%	10,0%	10,0%	4,9%	13,3%	10,6%
	Universität/FH	23,3%	13,3%	10,0%	9,8%	6,6%	12,4%
Beruf	Angelernte/r ArbeiterIn	31,0%	22,2%	48,3%	41,5%	53,3%	39,5%
	FacharbeiterIn	0,0%	18,5%	13,8%	22,0%	0,0%	11,5%
	Angestellte/r ohne Leitungsfunktion	55,2%	33,3%	20,7%	29,3%	36,7%	34,6%
	Angestellte/r mit Leitungsfunktion	13,8%	25,9%	17,2%	7,3%	10,0%	14,1%

Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Insgesamt wurden etwas mehr Männer als Frauen befragt.

3% der Befragten sind jünger als 25 Jahre, ein Fünftel entfällt auf die Altersgruppe 25 bis 44 Jahre, 22% sind 45 bis 50 Jahre alt, knapp ein Viertel 51 bis 55 Jahre und 31% sind 56 Jahre und älter.

81% der Interviewten haben keinen Migrationshintergrund, sie geben als Erstsprache Deutsch an.

48% der Befragten geben einen mittleren Schulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung an.

50% der Befragten sind nach eigenen Angaben angelernte ArbeiterInnen oder FacharbeiterInnen.

5.1 Zum Prozess der Antragstellung

42% der Interviewten geben an, vor weniger als einem Jahr das erste Mal an die Beantragung einer Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gedacht zu haben. Bei gut einem Viertel liegt dies bereits über drei Jahre zurück.

52% der Befragten beantragten nicht zum ersten Mal

Entsprechend geben auch 48% an, dass es sich bei der aktuellen Beantragung um einen Erstantrag handelt, 27% der Interviewten suchen zum zweiten Mal an und ein weiteres Viertel hat bereits drei und mehr Antragsverfahren initiiert.

14% geben an, dass sie bereits einmal eine befristete Pension erhalten haben. Der Großteil dieser befristeten Pensionen wurde zwischen 2009 und 2012 bewilligt (19 von 23 befristeten Pensionen). In einem Fall wird eine Dauer von einem halben Jahr angegeben, in 10 Fällen von einem Jahr, in 11 Fällen von zwei Jahren und wiederum in einem Fall von drei Jahren.

Die Interviewten wurden gefragt, was letztlich dafür ausschlaggebend war, dass sie um Pensionierung ansuchten. Der überwiegende Teil der Befragten (149 von 161) nannte hier Erkrankungen, wobei 15 Personen angaben, dass diese unmittelbar mit ihrer Arbeitstätigkeit in Verbindung zu bringen sind, in fünf Fällen wird ein Arbeitsunfall erwähnt und in 10 Fällen arbeitsbedingte Erkrankungen.

Andere Begleitumstände, die von den Befragten im Zusammenhang mit der Entscheidung einen Pensionsantrag zu stellen angeführt werden, sind eine Krankheitsdauer von einem Jahr (9 Personen), fortgeschrittenes Alter (10 Personen), lange Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsplatzverlust (12 Personen) oder ein Behinderungsgrad zwischen 50% bis 80% (7 Personen).

In einigen wenigen Fällen werden auch Institutionen bzw. dort beratend tätige MitarbeiterInnen genannt, die für die Antragstellung initiiierend waren, wie Krankenkassen (3), PVA (1), medizinische Einrichtungen bzw. ÄrztInnen oder TherapeutInnen (5) sowie AMS-BeraterInnen (6).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und schwierige Arbeitsmarktposition

Gefragt nach Argumenten, die für die Beantragung einer krankheitsbedingten Pension sprachen, geben 142 von 161 Befragten an, dass sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten können und somit nicht mehr vermittelbar sind. 10 Personen grenzen dies auf ihren ursprünglichen Tätigkeitsbereich ein, den sie aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr ausüben können. In 9 Fällen dient die Pensionsbeantragung der Genesung und Umorientierung, von diesen Personen wird eine momentane, aber zeitlich begrenzte Arbeitsunfähigkeit angegeben.

Die aktuelle Arbeitsmarktsituation und das erfolglose Bemühen, Arbeit zu finden - sei es aufgrund des Alters, der gesundheitlichen Einschränkungen oder fehlender Arbeitsplätze - werden häufig angeführt. Insgesamt entfallen 55 Nennungen auf einen dieser Bereiche.

Die Interviewten sollten auch angeben, was aus ihrer Sicht gegen eine Beantragung einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension spricht. Viele Befragte betonen, dass sie unter dem Umstand nicht mehr arbeiten zu können, leiden – Gefühle der Nutzlosigkeit, auch Beschämung werden geäußert, ebenso werden die mit dem Verfahren einhergehenden psychischen Belastungen als Argument gegen eine Antragstellung angeführt.

ÄrztInnen und AMS-BeraterInnen am ehesten einbezogen

Alle 161 Befragten wurden gebeten, anzugeben, ob sie in der Entscheidungsfindungsphase hinsichtlich der Beantragung einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension eine Beratung durch folgende ExpertInnen bzw. Institutionen für sich in Anspruch genommen haben und wie deren Reaktion auf ihr Anliegen war⁹. 145 Befragte gaben an, Beratung eingeholt zu haben (90%).

Am häufigsten wurde eine Beratung durch:

- ÄrztInnen (68% aller Befragten)
- AMS-BeraterInnen (52% aller Befragten)
- BeraterInnen der Arbeiterkammer (20% aller Befragten) und der
- Krankenkassen (14% aller Befragten) angegeben.

Andere Beratungsmöglichkeiten, die in diesem Zusammenhang erwähnt wurden, waren:

- Pensionsversicherungsanstalt (5% aller Befragten)
- Arbeitsmarktintegrative Maßnahme (5% aller Befragten)
- Soziale Beratungseinrichtungen wie Caritas, etc. (5% aller Befragten)
- RechtsanwältInnen/Gerichte (4% aller Befragten)
- Bundessozialamt (2% aller Befragten)
- Beratungseinrichtungen für Personen mit Behinderung (1% aller Befragten)
- Sonstiges (ArbeitgeberInnen, Frauengruppe, FreundInnen/Bekannte/Familie - 6% aller Befragten)

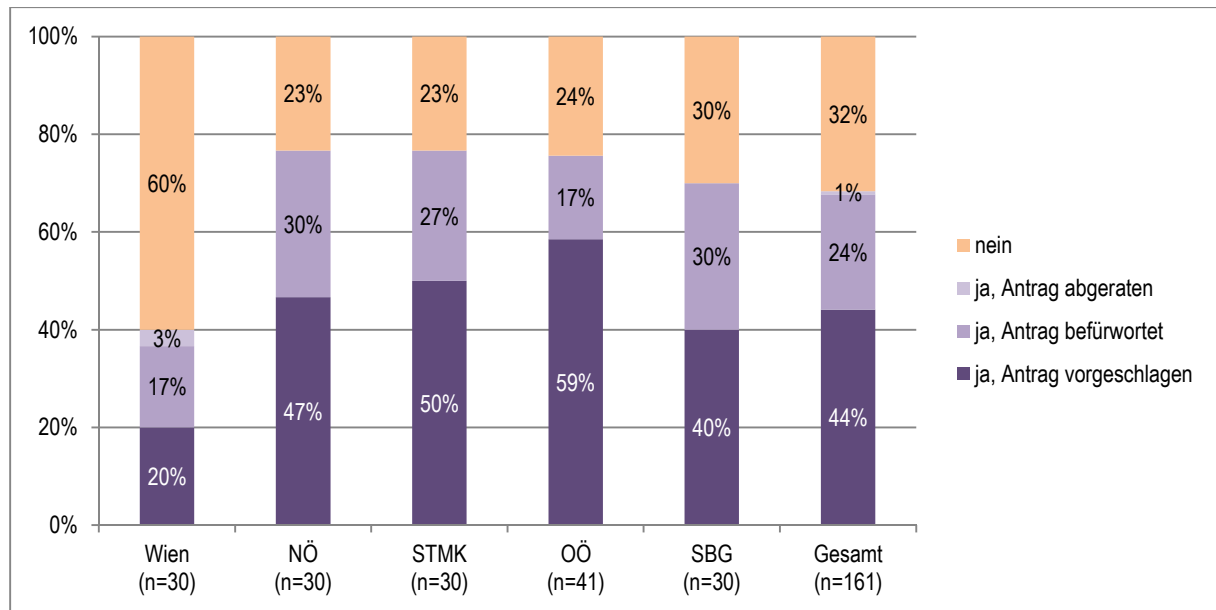
Für 44% der Befragten gaben ÄrztInnen den Impuls zur Pensionsbeantragung

Nachfolgenden Abbildungen ist zu entnehmen, welche Rolle ÄrztInnen und AMS-BeraterInnen im Zuge dieser Beratungsgespräche eingenommen haben. Dargestellt wird, ob eine Beratung stattgefunden hat, und ob die Beantragung des Pensionsverfahrens von dem Arzt/der Ärztin bzw. dem/der AMS-BeraterIn vorgeschlagen wurde oder ob der/die Befragte den Vorschlag einbrachte und dieser von den beratenden ExpertInnen befürwortet bzw. davon abgeraten wurde.

Insgesamt geben 44% der Befragten an, dass die Einreichung um Pension von einem Arzt/einer Ärztin vorgeschlagen wurde.

⁹ Es bestand Mehrfachantwortmöglichkeit.

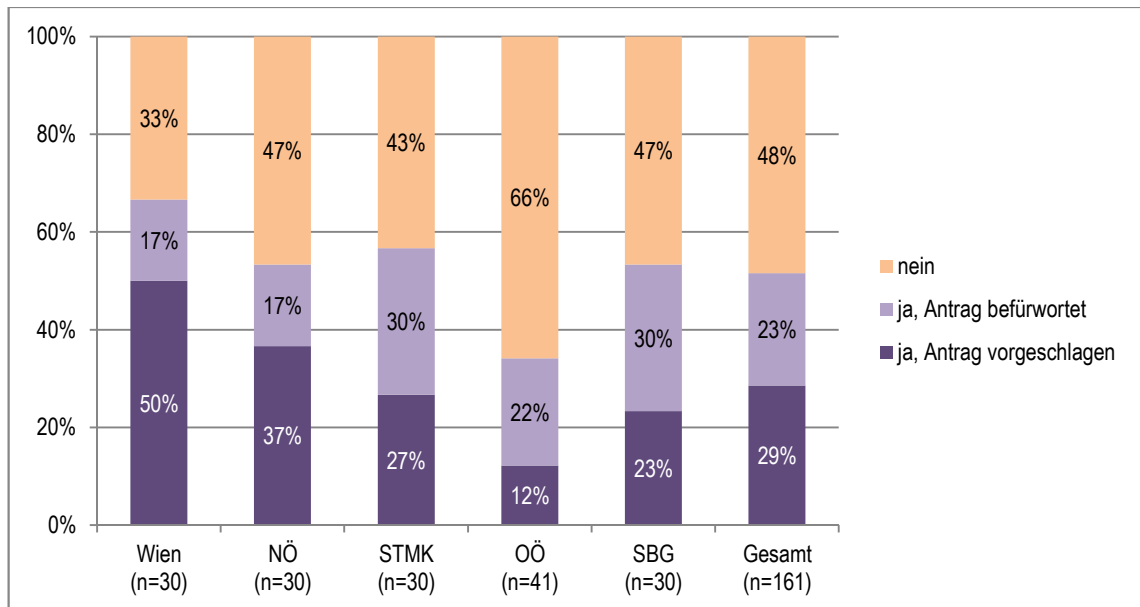
Abbildung 15: Inanspruchnahme einer Beratung und Art der Beratung in der Entscheidungsfindungsphase der Antragstellung durch Arzt/Ärztin nach Bundesland



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Erwähnten bei der offenen Fragestellung nach den ausschlaggebenden Gründen für die Pensionsbeantragung nur sechs Personen das AMS oder eine/n AMS-BeraterIn, so erwähnen bei definitiver Nachfrage hinsichtlich einer Beratung mit dem/der AMS-BeraterIn im Rahmen des Pensionsantragsverfahren 52% eine diesbezügliche Kontaktaufnahme. Betrachtet man die Reaktionen der AMS-BeraterInnen, so betonten insgesamt 29% der Befragten, dass der Vorschlag, um Pension anzusuchen von dem/der AMS-BeraterIn unterbreitet wurde. 23% der Befragten brachten von sich aus den Vorschlag ein, ein Pensionsverfahren zu initiieren und dieser wurde durch den/die AMS-BeraterIn, der/die im Vorfeld über die Pensionsbeantragung informiert wurde, befürwortet. Kein/e AMS-BeraterIn äußerte sich nach Erinnerung der Befragten ablehnend gegenüber diesem Vorhaben.

Abbildung 16: Inanspruchnahme einer Beratung und Art der Beratung in der Entscheidungsfindungsphase der Antragstellung durch AMS-BeraterInn nach Bundesland



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Bei Inanspruchnahme einer Beratung wurde nachgefragt, ob im Zuge dieses Gespräches auch Alternativen zum Pensionsantrag besprochen wurden. Dies wird bei ärztlichen Beratungsgesprächen nur in drei Fällen angegeben, dabei handelte es sich einmal um den Vorschlag einer Arbeitszeitreduktion, deren Umsetzung an den damit verbundenen finanziellen Einbußen scheiterte, ein weiteres Mal, um das Ausloten der bestehenden Möglichkeiten einer Reintegration in den Arbeitsmarkt sowie gesundheitspräventive Verhaltensweisen und die Beantragung einer Rehabilitation, die dann allerdings abgelehnt wurde.

AMS-BeraterInnen nennen am ehesten Alternativen

Alternativen, die von AMS-BeraterInnen angeboten wurden, werden häufiger genannt, dabei handelt es sich um folgende Angebote:

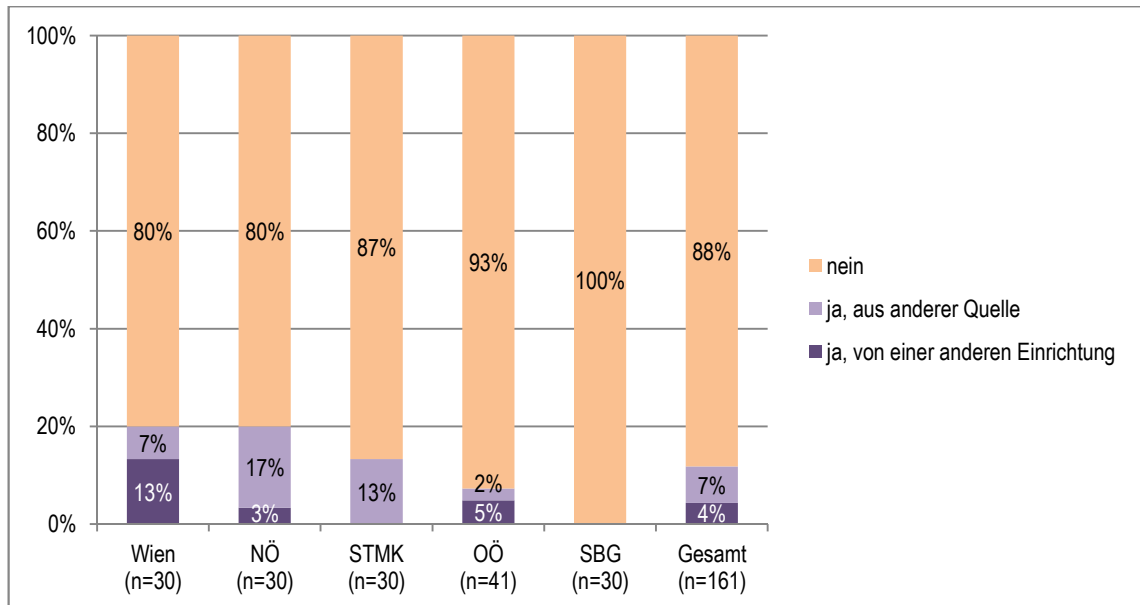
- Überprüfung der Arbeitsfelder, die noch möglich sind
- Umschulung
- Berufsorientierung
- Vermittlung zur aktiven Arbeitssuche an das BFI
- Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle, diese ist allerdings entweder aufgrund des Alters und/oder der gesundheitlichen Einschränkungen erfolglos verlaufen.
- Vermittlung in Kurs- bzw. Weiterbildungsangebote
- Vermittlung an BBRZ

Nennungen, die im Zuge eines Beratungsgespräches an der Arbeiterkammer angegeben wurden, beziehen sich nicht auf Alternativen sondern beinhalten zumeist Informationen zum Antragsverfahren, juristische Auskünfte und Unterstützung bei der Beeinspruchung einer Antragsablehnung.

5.2 Bekanntheitsgrad der Gesundheitsstraße

88% der Befragten kennen die Gesundheitsstraße nicht. Sieben Personen haben durch eine Institution (AMS 4 Nennungen, PVA 1 Nennung und SVA 2 Nennungen) davon gehört und weitere 12 aus anderen Quellen.

Abbildung 17: Bekanntheitsgrad der Gesundheitsstraße und Informationsquelle nach Bundesland



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Genannte Gründe, die aus Sicht der Befragten gegen eine Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße sprachen, waren:

- Fehlende Detailinformation (11 Nennungen)
- In zwei Fällen war die Gesundheitsstraße bereits genutzt worden. In einem Fall hatte sie nicht das gewünschte Ergebnis gebracht.
- In weiteren zwei Fällen wurde das Beschreiten eines bereits bekannten Weges einer Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße vorgezogen.
- In einem Fall wird die leichtere Erreichbarkeit der regionalen Gutachterstelle als Grund für die Beantragung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension angegeben. Bei Inanspruchnahme der Gesundheitsstraße hätte die Zentrale aufgesucht werden müssen.

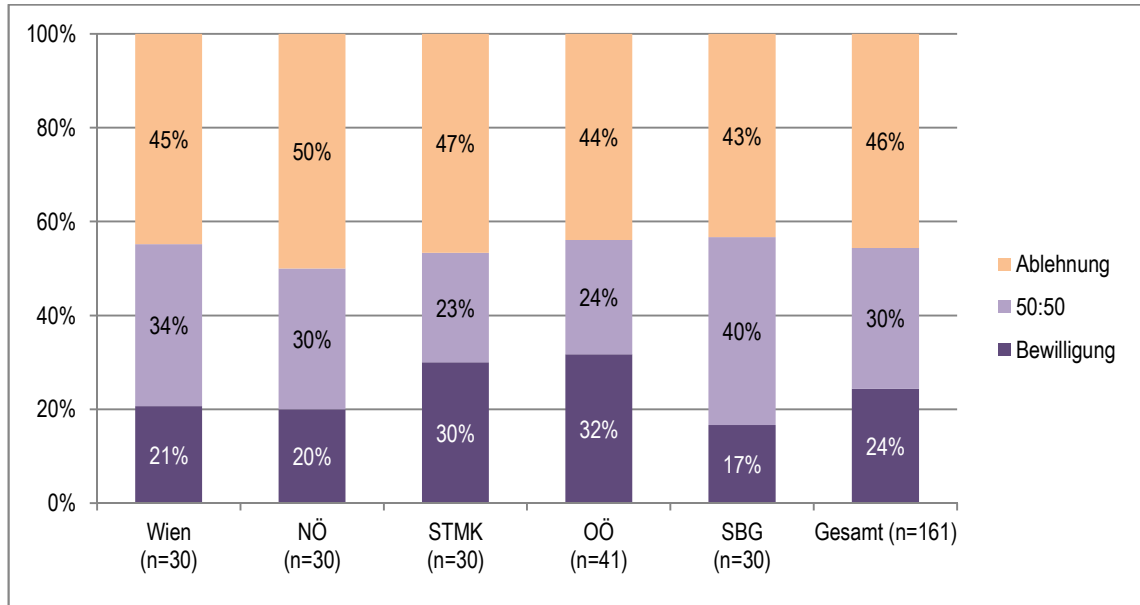
75% derer, die die Gesundheitsstraße nicht kannten, bewerten diese als geeignete Alternative

Nachdem den Interviewten, die die Gesundheitsstraße nicht kannten, deren Zielsetzungen kurz erläutert wurden, sind 75% der Meinung, dass dieses Angebot für ihr Anliegen geeignet gewesen wäre. Ein Viertel der Befragten ist nicht dieser Ansicht.

5.3 Erwartetes Ergebnis der Beantragung, berufliche Perspektiven und Unterstützungsbedarfe

24% der Interviewten erwarten eine Bewilligung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, 30% schätzen ihre diesbezüglichen Chancen mit 50:50 ein und 46% rechnen mit einer Ablehnung.

Abbildung 18: Erwartetes Ergebnis des Antragsverfahrens nach Bundesland



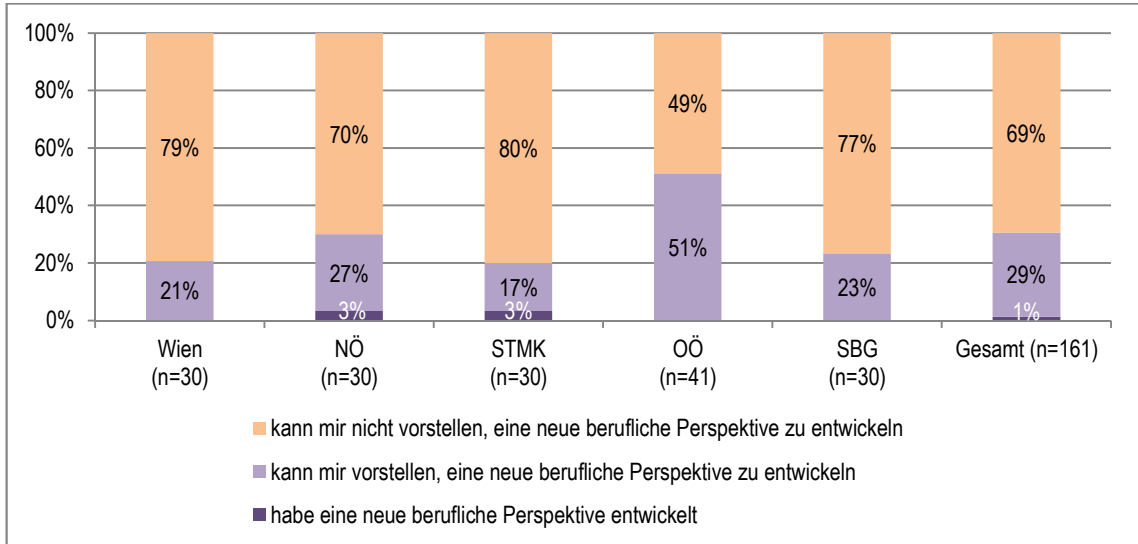
Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

3 von 4 Befragten können sich nicht vorstellen, wieder berufliche Perspektiven zu entwickeln

Gefragt, ob sie für den Fall einer Ablehnung bereits berufliche Perspektiven entwickelt haben, stimmen dem nur 1% zu, weitere 29% haben zwar noch keine konkrete berufliche Perspektive vor Augen, können sich aber vorstellen diese zu entwickeln, 69% können sich dies allerdings nicht vorstellen.

Diese Aussagen deuten darauf hin, dass die Ausrichtung der Gesundheitsstraße, möglichst rasch zu einem von den beteiligten Stellen akzeptierten Gutachten zu kommen, hohe Bedeutung hat. Gleichzeitig wird dadurch aber auch die bereits beschriebene Bedeutung einer möglichst raschen und vor allem möglichst ganzheitlichen Unterstützung betont.

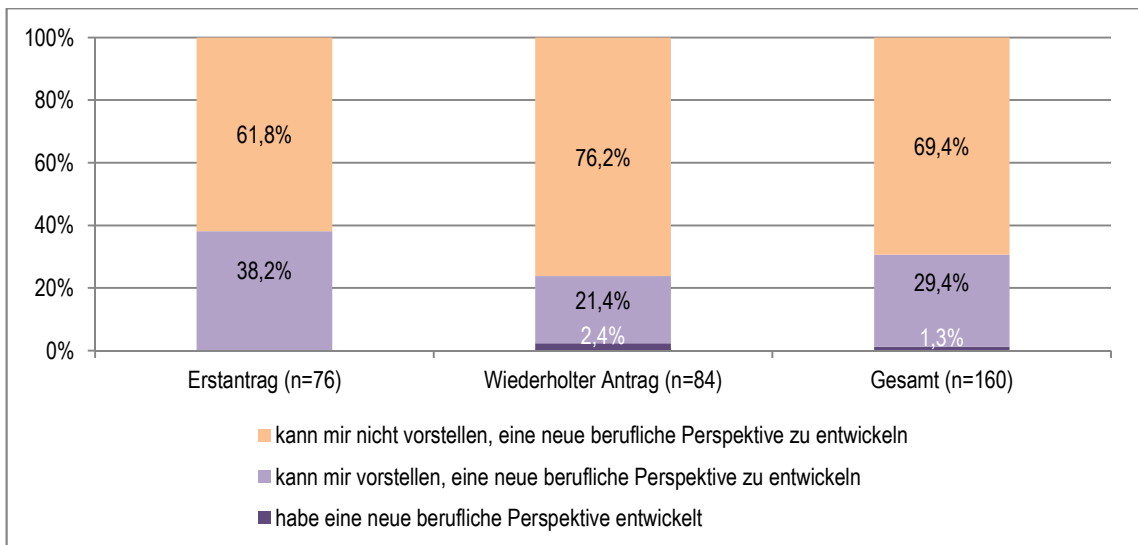
Abbildung 19: Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive nach Bundesland



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

38% der Befragten, die angeben, dass sie zum ersten Mal einen Pensionsantrag stellen, können sich vorstellen, eine neue berufliche Perspektive zu entwickeln, bei den Befragten, die dies zum wiederholten Mal tun, beträgt dieser Anteil lediglich 21%. Interessanterweise geben in dieser Gruppe aber auch einige wenige an (2%), dass sie bereits eine berufliche Perspektive entwickelt haben.

Abbildung 20: Angaben zur Entwicklung einer beruflichen Perspektive nach Bundesland differenziert nach Erstantrag/wiederholtem Antrag



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen

Gefragt, welche Unterstützungsangebote bekannt sind, sowie als interessant bzw. uninteressant eingestuft werden, zeigen die Befragten vor allem Interesse an Berufsberatung (34%), Entwicklung realistischer Berufsziele (33%), sowie Umschulung (31%).

Tabelle 15: Bekannte Unterstützungsangebote von Interesse nach Bundesland

Bekanntes Unterstützungsangebot, die gerne genutzt werden würden	Wien (n=30)	NÖ (n=30)	STMK (n=30)	OÖ (n=41)	SBG (n=30)	Gesamt (n=161)
Berufsberatung	34,5%	40,0%	23,3%	41,5%	26,7%	33,8%
Entwicklung realistischer Berufsziele	31,0%	36,7%	23,3%	43,9%	26,7%	33,1%
Umschulung/längere Ausbildung	27,6%	40,0%	13,3%	48,8%	16,7%	30,6%
Geförderte Beschäftigung	27,6%	40,0%	16,7%	34,1%	13,3%	26,9%
Begleitung im Bewerbungsprozess	27,6%	33,3%	16,7%	39,0%	20,0%	28,1%
Berufliche Rehabilitation	27,6%	30,0%	13,3%	26,8%	16,7%	23,1%

Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Lediglich die Angebote geförderte Beschäftigung, Begleitung im Bewerbungsprozess und berufliche Rehabilitation werden von einigen wenigen als unbekannt aber interessant, im Hinblick auf eine zukünftige Nutzung, angeführt.

Tabelle 16: Unbekannte Unterstützungsangebote von Interesse nach Bundesland

Unbekanntes Unterstützungsangebot, die gerne genutzt werden würden	Wien (n=30)	NÖ (n=30)	STMK (n=30)	OÖ (n=41)	SBG (n=30)	Gesamt (n=161)
Geförderte Beschäftigung	6,9%	13,3%	3,3%	14,6%	13,3%	10,6%
Begleitung im Bewerbungsprozess	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Berufliche Rehabilitation	6,9%	10,0%	10,0%	19,5%	10,0%	11,9%

Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

5.4 Bestehende Belastungen

Die Interviewten wurden auch gebeten, anzugeben, in welchem Ausmaß sie von Belastungen betroffen sind. 65% geben hier eine angespannte finanzielle Situation als belastend an und 51% eine angespannte private bzw. familiäre Situation. 38% fühlen sich mit ihren Problemen alleine gelassen, 15% sind durch ihre aktuelle Wohnsituation belastet und 6% durch bestehende Betreuungsaufgaben.

Die hohe Belastung der Befragten durch Probleme abseits der gesundheitlichen Beeinträchtigungen verweist auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Unterstützung, die unterschiedliche Lebensbereiche berücksichtigt.

Tabelle 17: Zutreffende Belastungen nach Bundesland

Zutreffende Belastungen	Wien (n=30)	NÖ (n=30)	STMK (n=30)	OÖ (n=41)	SBG (n=30)	Gesamt (n=161)
Betreuungsaufgaben	6,7%	3,3%	3,3%	14,6%	,0%	6,2%
Probleme im Bereich Wohnen	30,0%	13,3%	10,0%	7,3%	16,7%	14,9%
Finanzielle Situation	70,0%	70,0%	53,3%	68,3%	60,0%	64,6%
Private/familiäre Situation	60,0%	50,0%	20,0%	61,0%	60,0%	50,9%
Gefühl allein gelassen zu sein	53,3%	30,0%	30,0%	41,5%	33,3%	37,9%

Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Auch diese Aussagen betonen die besondere Bedeutung rascher und umfassender, an einem breiten Gesundheitsbegriff orientierter Hilfestellungen.

5.5 Erfahrungen der Befragten mit dem Pensionsverfahren

Abgeschlossen wurde die Befragung mit der offenen Frage „Wenn Sie an Ihre bisherigen Erfahrungen im Zuge der Pensionsbeantragung denken, gibt es da noch etwas, das Sie uns gerne mitteilen möchten?“. Von den 161 Befragten äußern sich 18 Personen ausschließlich positiv zu den Erfahrungen, die sie im Rahmen der Antragstellung gemacht haben, und 6 Personen geben sowohl positive als auch negative Erfahrungen an. 90 Interviewte (56%) äußern sich ausschließlich negativ. Die verbleibenden 47 Personen beantworteten diese Frage nicht.

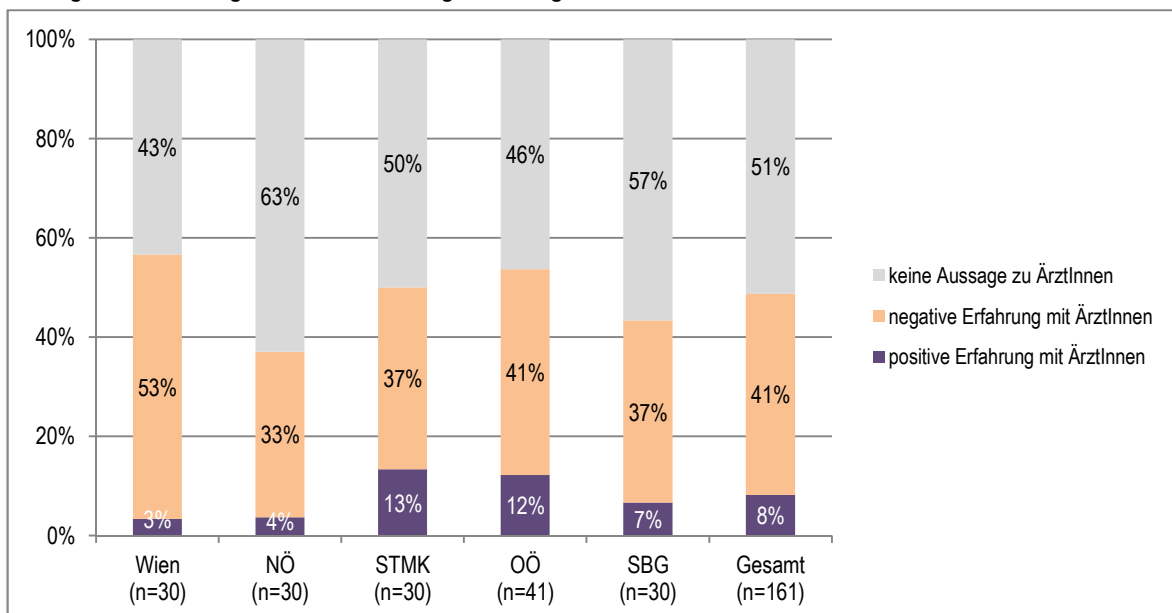
28% kritisieren Verfahren oder Ergebnis...

45 Nennungen enthalten Kritik am Verfahren und Ergebnis, für 5 Personen ist das Ergebnis des Begutachtungsverfahrens nicht nachvollziehbar, 40 Nennungen beziehen sich auf die Verfahrensabwicklung, genannt werden in diesem Zusammenhang fehlende Informationen, langwierige und intransparente Behördenwege, nicht nachvollziehbare wiederholt zu durchlaufende Untersuchungen sowie verlangte Befunderstellungen (z.B. MRT), deren Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

... 41% Ärzte und Ärztinnen

66 Nennungen enthalten Kritik an den begutachtenden ÄrztInnen, die Äußerungen beziehen sich vor allem auf eine wahrgenommene desinteressierte Haltung. Die Befragten bewerten die Untersuchungen als oberflächlich, die ÄrztInnen fragen aus Sicht der Interviewten zu wenig nach und/oder beachteten Befunde und Unterlagen nicht. Vermisst wird ein Eingehen auf die Situation des zu Begutachtenden in einem dafür geeigneten Rahmen, der neben Zuhören auch ausreichende zeitliche Ressourcen und im Bedarfsfall Erklärungen zu Befunden und Verfahrensablauf beinhalten sollte.

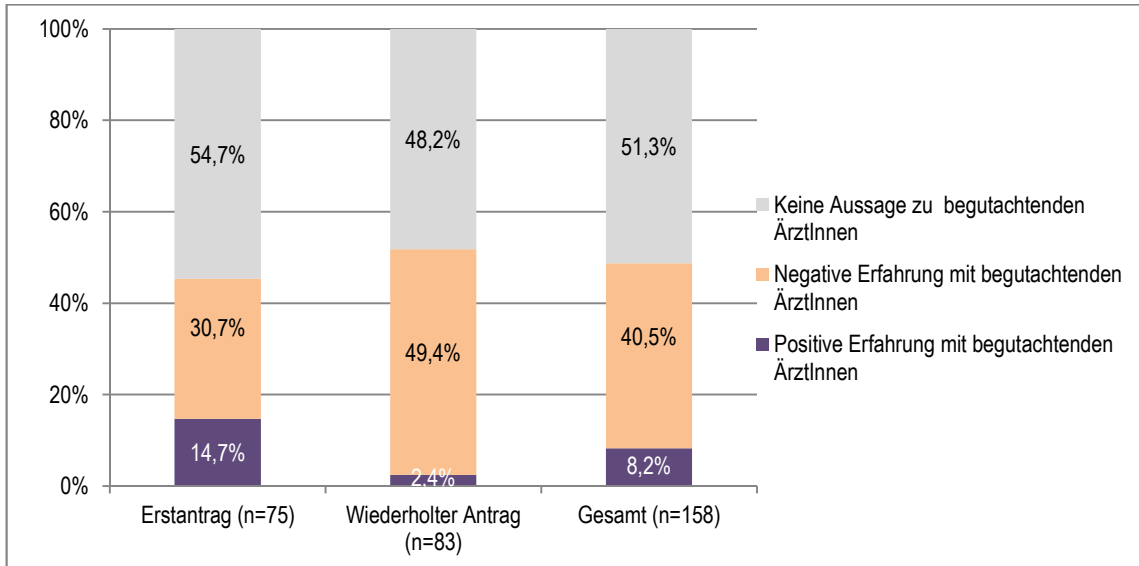
Abbildung 21: Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach Bundesland



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen. Achtung: Niedrige Fallzahlen bei Bundesländern!

Positive Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen werden von 15% der Befragten, die einen Erstantrag gestellt haben, berichtet, bei jenen, die bereits wiederholt Anträge gestellt haben, äußern sich nur 2% entsprechend.

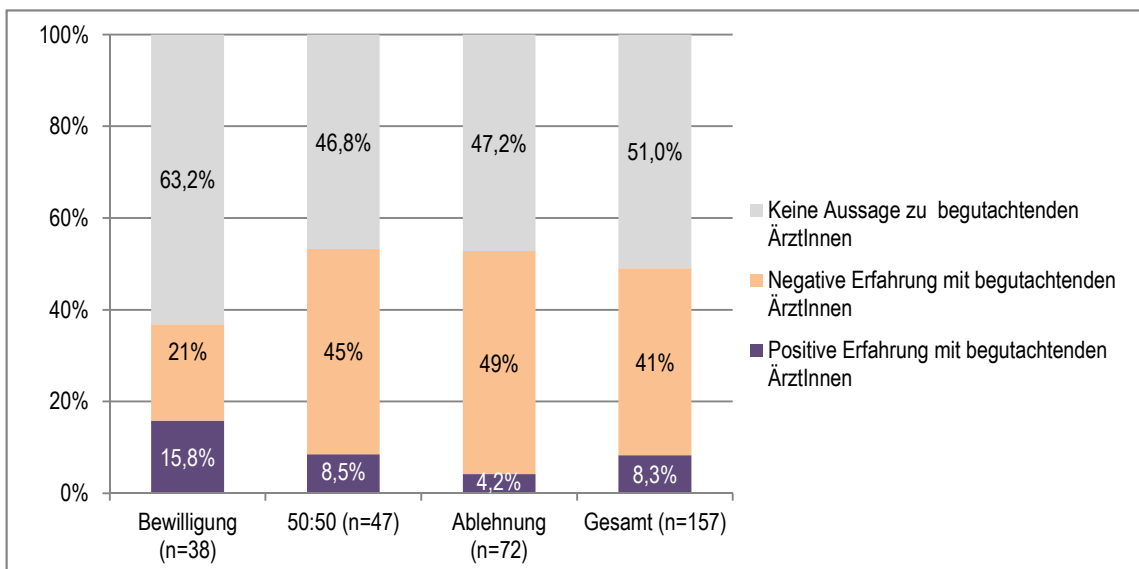
Abbildung 22: Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach Häufigkeit der Antragstellung



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen

Befragte, die eine Bewilligung einer befristeten oder unbefristeten Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erwarten, berichten etwas häufiger von positiven und deutlich seltener von negativen Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen als jene, die ihre Chancen auf Bewilligung mit 50:50 bewerten oder eine Ablehnung erwarten.

Abbildung 23: Aussagen zu den Erfahrungen mit begutachtenden ÄrztInnen nach erwartetem Begutachtungsergebnis



Basis: Telefonbefragung Jänner/Februar 2012, eigene Berechnungen

6 Zusammenfassende Interpretation der Befragungsergebnisse mit Blick auf Verbesserungsoptionen

Die Gesundheitsstraße ist eingebettet in eine Gesamtstrategie, deren Ziel die „Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters“ ist. Betrachtet man die vorliegenden Evaluationsergebnisse, so wird deutlich, dass die Gesundheitsstraße ein maßgeblicher erster Schritt ist, in dem Verfahren abgekürzt werden und Menschen schneller mit gezielten Angeboten erreicht werden können.

Die Tatsache, dass auch der Begutachtung im Rahmen der Gesundheitsstraße in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine längere Phase der Arbeitslosigkeit vorangeht, führt zur Empfehlung, die Aufmerksamkeit dahin zu lenken, gesundheitliche Einschränkungen von arbeitslosen Menschen möglichst frühzeitig zu erkennen, um so rasch wie möglich gezielt intervenieren zu können.

Die Evaluierung zeigt weiters, dass die Gesundheitsstraße ohne die im Stabilitätspakt der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahmen zur Rehabilitation, Umschulung und Beschäftigung nur sehr begrenzte Effekte haben kann. Weiters kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden, dass die geplanten Rehabilitations- und Reintegrationsmaßnahmen umso wirksamer sein werden, je unmittelbarer sie an den Prozess der Abklärung der Arbeitsfähigkeit angebunden sind.

Frühzeitiges Erkennen gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Es ist evident, dass arbeitslose Personen nicht nur einen schlechteren physischen und vor allem psychischen Gesundheitszustand als Erwerbstätige aufweisen, sondern auch ein ungünstigeres Gesundheits- und Suchtverhalten bei gleichzeitiger geringerer Inanspruchnahme von Leistungen der Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung zeigen (vgl. Statistik Austria 2008, S 69f.). Alle diese Dynamiken – auch dies zeigen einschlägige Studien – verstärken sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit, was letztlich dazu führt, dass Langzeitarbeitslosigkeit bestehende Krankheitszustände dramatisch verschlimmern kann. Dieser Umstand führt mit Blick auf die Tatsache, dass auch der Begutachtung im Rahmen der Gesundheitsstraße in der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine längere Phase der Arbeitslosigkeit vorangeht, zur Empfehlung, Vorgangsweisen und Instrumente zu entwickeln, die es erlauben, gesundheitliche Einschränkungen von arbeitslosen Menschen möglichst bereits zu Beginn einer Arbeitslosigkeitsphase zu erkennen. Wesentlich erscheint dabei eine möglichst „ganzheitliche“ Wahrnehmung der Situation der Betroffenen, gehen doch gesundheitliche Einschränkungen, wie sich zeigte, sehr oft mit Belastungen in anderen Lebensbereichen einher.

Ressourcenorientierung bereits in der Abklärung der Arbeitsfähigkeit

Um mit gezielten Reintegrationsmaßnahmen möglichst unmittelbar an den Prozess der Abklärung der Arbeitsfähigkeit anschließen zu können, sollte das Abklärungsergebnis eine fundiertere Basis als bisher für weitere berufliche Schwerpunktsetzungen bilden.

Um eine derartige Konzeption der Gesundheitsstraße diskutierbar zu machen, fand im Anschluss an die Befragungen eine Recherche nach diesbezüglichen Good Practice Beispielen statt. In dieser Recherche konnten wir in Dänemark eine Vorgangsweise finden, die in diese Richtung weist.

6.1 Ressourcenprofil als Ergebnis der Abklärung der Arbeitsfähigkeit in Dänemark

Nach dänischem Recht wird der Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente nach Kriterien bemessen, die auf einer umfassenden Beurteilung einer „allgemeinen Arbeitsfähigkeit“ beruhen. Eine Erwerbsunfähigkeitsrente wird nur dann gewährt, wenn eine dauerhafte, auch durch Rehabilitations- und Unterstützungsleistungen nicht verbesserbare Verminderung der Erwerbsfähigkeit in allen Berufen vorliegt. Im Rahmen der Bearbeitung eines Antrags erstellen die dänischen Behörden auf Basis eines umfassenden Fragebogens sowie auf Grundlage vorhandener medizinischer Befunde ein so genanntes Ressourcenprofil¹⁰. Inhalt dieses Ressourcenprofils sind vorhandene Ressourcen, vorhandene Einschränkungen sowie darauf aufbauend individuelle berufliche Entwicklungsmöglichkeiten des/der Antragstellers/in.

Ressourcenprofil stellt auf unterschiedlichen Ebenen Ressourcen und Hindernisse gegenüber

Dieses Ressourcenprofil geht auf folgende Themenstellungen ein und beschreibt je Themenstellung die individuellen Ressourcen und Hindernisse:

- Fachliche und praktische arbeitsmarktbezogene Kompetenzen
- Persönliche arbeitsmarktbezogene Kompetenzen
- Materielle Situation
- Gesundheitliche Situation
- Arbeitsmarktperspektiven
- Gesamtbewertung

Umfassender Fragebogen als Basis für die Erstellung des Ressourcenprofils

Pensionsbeantragende müssen in der Phase der Antragstellung einen umfassenden Fragebogen ausfüllen, der die Grundlage für die Erstellung des Ressourcenprofils durch die begutachtende Stelle bildet. Folgende Themenstellungen werden in diesem Fragebogen erhoben:

- Dauer und Art des Schulbesuchs
- Anzahl und Art der abgeschlossenen Ausbildungen
- Anzahl und Art abgebrochener Ausbildungen sowie Abbruchsgründe
- Anzahl und Art absolvierter Aus- und Weiterbildungen
- Detaillierte Informationen zum Beschäftigungsverlauf (Anstellungszeiträume, Tätigkeiten/ausgeübte Berufe, Arbeitsaufgaben, Wochenstundenanzahl, Ursache für die Beendigungen von Dienstverhältnissen)
- Bisherige Rehabilitations- und Umschulungs- sowie Arbeitserprobungserfahrungen (Dauer, Art der Umschulungen, Aufgabenstellungen bei Arbeitserprobungen sowie Gründe für nicht absolvierte Unterstützungsleistungen)
- Arbeitswünsche der Person
- Alltägliche Tätigkeiten der Person („Bitte beschreiben Sie, was Sie tagsüber machen?“)
- Freizeitaktivitäten und Mitgliedschaften in Vereinen
- Soziale Erfahrungen im bisherigen und Erwartungen an das zukünftige Arbeitsleben (Erfahrungen mit ArbeitskollegInnen, mit dem Wechsel von Arbeitsaufgaben, sowie während der Teilnahme an Weiterbildungsangeboten)

¹⁰ Vgl. <http://uk.penst.dk/Deutsch/Themen/Danische-Fruhirente-im-Ausland.aspx>. Abfrage 21.9.2012

- Gesundheitszustand - bezüglich des Gesundheitszustandes wird ausgehend von einer offenen Frage nach der gesundheitlichen Situation nach den Auswirkungen derselben auf den Arbeitsalltag sowie auf die private Situation gefragt.
- Soziale Netzwerke
- Wohnsituation
- Abschließend werden konkrete Fragen zu verwendeten Hilfsmittel und zur aktuellen Behandlungssituation erhoben.

Diese umfassende Erhebung, die sich auf die gesamte Lebenssituation der Antragstellenden bezieht, und unverkennbar auf formell, nonformal und informell erworbene Kompetenzen abhebt, ist vermutlich angesichts der österreichischen Datenerfassungsermächtigungen nur schwer oder gar nicht vorstellbar.

Breite Abklärung von Ressourcen und Fähigkeiten in Österreich?

Eine wesentlich breitere Erhebung und in der Folge auch in die Begutachtung einbeziehende Erfassung der beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Rahmenbedingungen, scheint jedoch auch im aktuellen österreichischen Gesetzesentwurf¹¹ vorgesehen zu sein. Eine umfassendere Begutachtung könnte – die dänische Vorgangsweise, die österreichischen institutionellen und legislativen Rahmenbedingungen sowie die Ergebnisse dieser Studie berücksichtigend – folgende Eckpunkte aufweisen:

- Sie könnte so angelegt sein, dass die Betroffenen systematisch dazu angeregt werden, ihre Arbeitsfähigkeit – unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen – zu fokussieren und ähnlich wie in Dänemark die vorhandenen beruflichen Erfahrungen und Kompetenzen in den Begutachtungsprozess differenziert einbeziehen.
- Ein etwaiger Fragebogen, der bereits im Vorfeld einer Begutachtung von den Betroffenen auszufüllen wäre, müsste auch für Menschen mit niedrigem Formalqualifikationsniveau sowie für Menschen mit weniger ausdifferenzierten Deutschkenntnissen ausfüllbar sein respektive müssten Unterstützungsangebote für die Erarbeitung dieser Grundlagen vorgesehen werden.
- Ergebnis des Begutachtungsprozesses könnte ein an den österreichischen Kontext angepasstes „Ressourcenprofil“ sein.
- Hintergrundfolie für ein derartiges, zu entwickelndes Ressourcenprofil könnte ähnlich wie in Dänemark ein breiter Begriff von Arbeitsfähigkeit sein, der angesichts der hohen Bedeutung von psychischen Erkrankungen unbedingt auch gezielt auf psychische und soziale Arbeitsanforderungen eingehen müsste. Damit wäre es möglich, in der Abklärung von Ressourcen und Fähigkeiten eine breite Annäherung zu finden, und so die verschiedenen vorhandenen beruflich relevanten Ressourcen möglichst vollständig zu erfassen. In der diesen Prozess abschließenden gesamthaften Betrachtung der Ressourcen und Hindernisse der Person, die in die Entwicklung beruflicher Perspektiven mündet, wären schließlich nur noch jene Möglichkeiten in die engere Wahl zu ziehen, die dem österreichischen Berufs- respektive Qualifikationsschutz (Vgl. §253e ASVG) entsprechen.

¹¹ Vgl. Bundesgesetz-Entwurf, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz, das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz sowie das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2012 – SVÄG 2012)

7 Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York, 2003

Bundesgesetz-Entwurf, mit dem das Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz, das Arbeit- und-Gesundheit-Gesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz sowie das Bundespflegegeldgesetz geändert werden (Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2012 – SVÄG 2012)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz BMASK (Hg.): Invaliderität im Wandel. Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2007 - Juli 2008.

Grossmann, Ralph; Scala, Klaus: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim, München, 2001.

IOS Management: Bericht für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) – Sozialstaatsfinanzierung und Verteilungswirkung unter Berücksichtigung der Gebarung Arbeitsmarktpolitik. Wien, 20.12.2011

Journal of European Social Policy: Welfare to work and the inclusive labour market: a comparative study of activation policies for disability and long-term sickness benefit claimants in the UK and Denmark.
online unter <http://esp.sagepub.com/content/22/1/30>

OECD: Sickness, Disability and Work. Breaking the barriers. Paris 2010

Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1986

Statistik Austria: Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung. Wien 2008