

Zach, Martin

Research Report

Psychische Erkrankungen und Invalidität: Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2012 bis Juni 2013

Sozialpolitische Studienreihe, No. 16

Provided in Cooperation with:

Government of Austria, Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, Vienna

Suggested Citation: Zach, Martin (2014) : Psychische Erkrankungen und Invalidität: Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2012 bis Juni 2013, Sozialpolitische Studienreihe, No. 16, ISBN 978-3-99046-094-8, Verlag des ÖGB GmbH, Wien, <https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-407857>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/226677>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

SOZIALPOLITISCHE STUDIENREIHE

BAND 16

Psychische Erkrankungen und Invalidität

Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts
September 2012 bis Juni 2013

Inklusive E-Book

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
© 2014 by Verlag des ÖGB GmbH
Hersteller: Verlag des ÖGB GmbH
Verlags- und Herstellungsort: Wien
Printed in Austria
ISBN: 978-3-99046-094-8

Die Erarbeitung dieser Publikation erfolgte im Rahmen des Projekts
„Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“.

Projektleitung: Mag. Martin Zach (Sozialministerium)

Redaktion: IOS-Management

Fotos: Regina Aigner (Bundeskanzleramt)

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz zu
folgenden Bedingungen:

CC BY-NC-SA 3.0 AT



Namensnennung



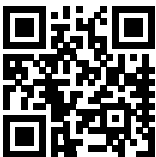
Nicht-kommerziell



Weitergabe unter gleichen Bedingungen

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/at/>

Für darüber hinausgehende Nutzungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des
Herausgebers erforderlich.



Die Sozialpolitische Studienreihe steht unter
www.studienreihe.at gratis zum Download zur Verfügung.

SOZIALPOLITISCHE STUDIENREIHE BAND 16

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND INVALIDITÄT

Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts
September 2012 bis Juni 2013

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	13
ZUSAMMENFASSUNG	19
EINLEITUNG	31
TEIL I – DARSTELLUNG DES STATUS QUO	33
ABSCHNITT A	35
Psychische Erkrankungen	37
1 Klassifikation psychischer Erkrankungen	41
2 Verbreitung psychischer Erkrankungen	47
3 Stigmatisierung	51
4 Volkswirtschaftliche Kosten	53
5 Gender-Dimension	57
5.1 Arbeitsunfähigkeit und Invalidität	57
5.2 Medikamentenvergabe und stationärer Aufenthalt	59
ABSCHNITT B	61
Psychische Erkrankungen im österreichischen Sozialrecht	63
1 Entwicklung des Invaliditätsrechts seit 2010	65
2 Rehabilitation in der Pensionsversicherung und der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“	67
3 Medizinische und berufliche Rehabilitation nach dem Sozialrechts- Änderungsgesetz 2012	71
4 Änderungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und des Arbeitsinspektionsgesetzes	75
ABSCHNITT C	79
Operative Praxis und Problemstellungen	81
1 Prävention – Cluster 1	83

1.1	Präventionsangebote	86
1.2	Case-Management	88
1.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	95
1.4	Arbeitsmedizin	102
1.5	Krankenstände	106
1.6	Hochrisikogruppen	112
1.6.1	Langzeitarbeitslose	112
1.6.2	Kinder psychisch kranker Elternteile	114
1.6.3	AlleinerzieherInnen und deren Kinder	115
1.6.4	SchulabbrecherInnen, Jugendliche mit nicht erfolgreichem Schulabschluss, Jugendliche ohne Berufsausbildung	117
1.7	AllgemeinmedizinerInnen	119
1.8	Psychotherapie	120
2	Rehabilitation – Cluster 1	123
2.1	Reha-Angebote	126
2.1.1	Ambulante psychiatrische Rehabilitation	127
2.1.2	Ganzheitliche ambulante Rehabilitation	129
2.1.3	Ausbau von Reha-Angeboten	129
2.2	Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Reha	132
2.3	Wiedereinstiegsmodelle	133
2.3.1	„Kombilohn Neu“	135
2.3.2	Teilpensionsmodelle	135
2.4	Integration in den Arbeitsmarkt	137
2.5	„Invaliditätspension Neu“	143
2.5.1	SRÄG 2012	145
2.5.2	Auswirkungen des SRÄG 2012	147
3	Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt – Cluster 2	151
3.1	Im Erwerbsleben – betriebliche Prävention	151
3.1.1	Evaluierungsverpflichtung nach dem ASchG	151
3.1.2	Vielzahl und Komplexität der Begriffe und Angebote	153
3.2	Im Krankenstand	153
3.3	Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit	156

3.4	Wiedereingliederung im Unternehmen	157
3.4.1	Begleitung durch innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure	157
3.4.2	Information über Leistungseinschränkungen	158
3.4.3	Flexibilisierung beim Wiedereinstieg	159
3.4.4	Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen	159
4	Begutachtung und Pension – Cluster 3	161
4.1	Begutachtungsverfahren	161
4.2	Versorgung im Akut- und niedergelassenen Bereich	163
4.3	Psychodiagnostik in der Begutachtung	166
4.4	Krankheitsbiografien	168
TEIL II – ERARBEITETE MASSNAHMEN UND VORSCHLÄGE		171
Erarbeitete Maßnahmen und Vorschläge		173
1	Identifizierte Problemfelder und diskutierte Lösungsansätze	175
1.1	Prävention – Cluster 1	175
1.1.1	Präventionsangebote	175
1.1.2	Case-Management	175
1.1.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	179
1.1.4	Arbeitsmedizin	179
1.1.5	Evaluierung von Krankenstandsdaten	179
1.1.6	Hochrisikogruppen	180
1.1.7	AllgemeinmedizinerInnen	180
1.1.8	Psychotherapie	181
1.2	Rehabilitation – Cluster 1	181
1.2.1	Reha-Angebote	181
1.2.2	Anschlussheilverfahren und regionale Versorgung	181
1.2.3	Subakute Therapieangebote	182
1.2.4	Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation	182
1.2.5	Wiedereinstiegsmodelle	182

	1.2.6	Integration in den Arbeitsmarkt	183
	1.2.7	„IP Neu“	184
1.3		Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt – Cluster 2	185
	1.3.1	Evaluierungsverpflichtung nach dem ASchG in KMU	185
	1.3.2	Bessere Übersicht für KMU – Qualitätskriterien für Gesundheitsleistungen	185
	1.3.3	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	185
	1.3.4	Flexibilisierung beim Wiedereinstieg	186
	1.3.5	Koordination der Unterstützungsangebote für die Wiedereingliederung im Unternehmen	187
	1.3.6	Begleitung durch innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure bei der Wiedereingliederung	187
	1.3.7	Information über Leistungseinschränkungen bei der Wiedereingliederung	188
	1.3.8	Sensibilisierung von Führungskräften	188
	1.3.9	Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen	189
	1.3.10	Qualifizierung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern bzw. Präventivfachkräften	189
1.4		Begutachtung und Pension – Cluster 3	190
	1.4.1	Defizite in der Aufklärung über das Begutachtungsverfahren	190
	1.4.2	Anwendung der Regelungen des AVG	191
	1.4.3	Zeitaufwand für die Begutachtung	191
	1.4.4	Zweiter Begutachtungstermin	191
	1.4.5	Diagnosen	192
	1.4.6	Restleistungskalkül	192
	1.4.7	Antragsablehnung	192
	1.4.8	Versorgung im Akut- und niedergelassenen Bereich	193
	1.4.9	Psychodiagnostik in der Begutachtung	193
	1.4.10	Krankheitsbiografien	194
2		Projektergebnisse	195
3		Anregung von Studien	199

TEIL III – DAS PROJEKT „INVALIDITÄT IM WANDEL 2 – PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND INVALIDITÄT“ – ORGANISATION UND PROZESS		201
1	<u>Ausgangslage</u>	<u>203</u>
1.1	<u>Grundlagen</u>	<u>203</u>
1.2	<u>Ziele des Projekts</u>	<u>204</u>
1.3	<u>Projektablauf</u>	<u>204</u>
1.4	<u>Auftrag</u>	<u>206</u>
2	<u>Projektorganisation</u>	<u>207</u>
2.1	<u>TeilnehmerInnen</u>	<u>207</u>
2.2	<u>Aufgabenverteilung</u>	<u>211</u>
2.2.1	<u>Projektleitung</u>	<u>211</u>
2.2.2	<u>Clustergruppenbetreuung</u>	<u>211</u>
2.2.3	<u>Projektbüro</u>	<u>212</u>
2.2.4	<u>Projektbegleitung</u>	<u>212</u>
2.3	<u>Projektkommunikation, Dokumentation und Medienberichte</u>	<u>212</u>
3	<u>Plenarveranstaltungen</u>	<u>215</u>
3.1	<u>Kick-off</u>	<u>215</u>
3.2	<u>Zwischenbericht</u>	<u>216</u>
3.3	<u>Abschlussveranstaltung</u>	<u>217</u>
4	<u>Arbeit in den Clustergruppen</u>	<u>219</u>
4.1	<u>Cluster 1: Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen</u>	<u>219</u>
4.1.1	<u>Aufgabenstellung</u>	<u>219</u>
4.1.2	<u>Vorgehen und Arbeitsbericht</u>	<u>219</u>
4.2	<u>Cluster 2: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt</u>	<u>220</u>
4.2.1	<u>Aufgabenstellung</u>	<u>220</u>
4.2.2	<u>Vorgehen und Arbeitsbericht</u>	<u>221</u>
4.3	<u>Cluster 3: Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)</u>	<u>223</u>
4.3.1	<u>Aufgabenstellung</u>	<u>223</u>
4.3.2	<u>Vorgehen und Arbeitsbericht</u>	<u>223</u>

LITERATUR	225
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	235
VORSITZENDE DER CLUSTERGRUPPEN	239
BISHER ERSCHIENEN IN DIESER REIHE	241
ANHANG	
Hauptverband/SGKK: Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht, Wien/Salzburg, Juni 2011.	251

VERZEICHNIS DER TABELLEN UND DIAGRAMME

TABELLEN

Tabelle 1:	ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	44
Tabelle 2:	Stand der Umsetzung von „fit2work“	92
Tabelle 3:	Zugangsarten zu „fit2work“	93
Tabelle 4:	BGF-Gütesiegel-Unternehmen in Österreich ab 2005	101
Tabelle 5:	Krankheitsgruppenstatistik	106
Tabelle 6:	Krankenstandsquoten nach Branchen	111
Tabelle 7:	Anzahl der IP-Zugänge 2000–2010	144
Tabelle 8:	IP-Zugänge nach Alter und Geschlecht 2013	144
Tabelle 9:	Einsparungen durch „IP Neu“	148
Tabelle 10:	IP-Zugänge nach Ausgangssituation 2013	168
Tabelle 11:	Ergebnis von „Invalidität im Wandel 2“	196

DIAGRAMME

Diagramm 1:	Ursachen für Invalidität 2011	48
Diagramm 2:	Entwicklung der Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen	53
Diagramm 3:	Alter bei Pensionsantritt 2009	56
Diagramm 4:	Psychische Beeinträchtigung	109

VORWORT

VORWORT

Im Rahmen des Projekts „Invalidität im Wandel“ hat sich in den Jahren 2007/2008 erstmals – organisiert vom Sozialministerium – eine breit aufgestellte Arbeitsgruppe von Expertinnen und Experten mit der Frage der Neugestaltung des Invaliditätsrechts umfassend auseinandergesetzt.

Die Ergebnisse dieser vom September 2007 bis Juli 2008 erfolgten Arbeiten waren Basis für verschiedenste praktische und legistische Umsetzungsschritte in diesem Rechtsbereich, der seither nichts an Aktualität verloren hat. So können etwa das Programm „fit2work“, aber auch die im Sozialversicherungsrecht der letzten Jahre erfolgten zahlreichen Novellierungen des Invaliditätsrechts bis hin zu dessen völliger Neugestaltung per 1. Jänner 2014 („IP Neu“) letztlich auf diese Arbeitsgespräche und deren Ergebnisse zurückgeführt werden.

Ein besonderes Problem, das bei den Umsetzungsarbeiten immer wieder auffällt, stellt die zunehmende Bedeutung psychischer Erkrankungen als Ursache für Invalidität dar.

Psychische Erkrankungen sind heute Ursache von rund einem Drittel aller Zuerkennungen von Invaliditätspension und damit – bei steigender Tendenz – bereits eindeutig die häufigsten Diagnosen. Dazu kommt, dass jene Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung in Pension gehen, dies um einiges früher tun als Menschen mit anderen Diagnosen. Das Zugangsalter zur Invaliditätspension aufgrund einer psychischen Erkrankung liegt bei etwa 48 Jahren gegenüber dem durchschnittlichen Zugangsalter zur Invaliditätspension von rund 53 Jahren. Frauen sind dabei besonders betroffen: Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Ursachen für Invalidität bei Frauen liegt bei über 40 % und deren Zugangsalter zur Invaliditätspension mit 47 Jahren noch eindeutig unter jenem der Männer.

Neben der persönlichen Problematik für die Betroffenen in jedem konkreten Einzelfall muss diese Tatsache klarerweise auch in der sozialpolitischen Diskussion ihren Niederschlag finden. Das war der Grund, warum Bundesminister Rudolf Hundstorfer der „Sektion II – Sozialversicherung“ den Auftrag gegeben hat, diese spezielle Fragestellung im Gesamtumfeld der Pensionsdiskussion in einer weiteren Arbeitsgruppe „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“ zu behandeln.

Ziel war neben der Aufbereitung und Darstellung des Status quo vor allem die Erarbeitung möglichst konkreter und praktisch umsetzbarer Vorschläge durch eine breite Einbindung von Expertinnen und Experten, allen relevanten Stakeholdern sowie von Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen. Wir konnten dabei organisatorisch auf das im ersten Projekt bereits bestens bewährte Arbeitsmodell zurückgreifen. Von September 2012 bis Juni 2013 wurde in drei thematischen Arbeitsgruppen (Clustergruppen) gearbeitet. Im Rahmen von drei Plenarveranstaltungen präsentierten die Clustergruppen ihre jeweiligen Diskussionsergebnisse der Gesamtheit aller ProjektteilnehmerInnen, und es gab Raum zum Austausch über die Arbeitsgruppen hinweg. Die Einladung zur Beteiligung am Projekt erfolgte auf breiter Basis, die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen stand allen Beteiligten jederzeit offen.

Für die Leitung der drei Clustergruppen konnten – mit tatkräftiger Unterstützung von Bundesminister Hundstorfer – drei hervorragende Expertinnen bzw. Experten gewonnen werden, die mit ihrer persönlichen Erfahrung und ihrem Einsatz das Projekt zu seinem letztlich erfolgreichen Abschluss geführt haben: Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer, der die Leitung der ersten Clustergruppe zum Thema „Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen“ übernahm, Dr.in Eva Höttl, die sich in der zweiten Clustergruppe dem Themenbereich „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt“ widmete, sowie Prof. Dr. Rudolf Müller, in dessen dritter Clustergruppe der Themenkreis „Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)“ behandelt wurde.

Insgesamt haben sich an diesem Projekt rund 275 Personen aus mehr als 100 Institutionen und Organisationen in unterschiedlichster Form und Intensität beteiligt; 170 Personen haben an der Arbeit in einer oder auch in mehreren Clustergruppen aktiv mitgewirkt. Ihnen allen gebührt unser ganz besonderer Dank. Nur durch ihre Arbeit konnte das Projekt die Breite, aber auch die erforderliche Tiefe in der Behandlung der uns gestellten Aufgabe erreichen.

Danken möchte ich auch meinen beiden Mitarbeitern in der Betreuung der Clustergruppenvorsitzenden bzw. der Arbeit in den Clustergruppen, Mag. Christoph Kathollnig und Mag. Walter Schreier, die für die notwendige enge Verbindung zwischen der Projektleitung und den Clustergruppenvorsitzenden bzw. der Arbeit in und zwischen den Clustergruppen sorgten, sowie meinen Mitarbeiterinnen im Organisationsbüro, Karin Nebenmeyer und Susanne Slovatsek, die umsichtig, unaufdringlich und doch bestimmt einen reibungslosen Ablauf der laufenden Organisation sicherstellten.

Das organisatorische „Backbone“ stellte in bewährter Weise IOS-Management: von der Begleitung im Projektmanagement über die Sicherstellung der Ergebnisdokumentation bis hin zur Konzeption und Redaktion des nun vorliegenden Endberichts – ohne IOS-Management, ausdrücklich nennen darf ich hier Mag.^a Helga Lackner und Mag.^a Eva Steinheimer, wäre unsere Arbeit kaum zu einem so erfolgreichen Ende gekommen.

Mein ganz persönlicher Dank gebührt schließlich dem eigentlichen Ideengeber und Initiator des Projekts, Sektionsleiter Dr. Walter Pöltner, der mir die Leitung dieses Projektes anvertraut und für die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen gesorgt hat – und der das Projekt als „Spiritus Rector“ stets auch aktiv begleitet hat. Ohne ihn und seine nachhaltige Unterstützung hätte es dieses Projekt nicht gegeben.

Ich darf Ihnen im Namen aller am Projekt Beteiligten eine interessante und herausfordernde Lektüre wünschen. Es ist uns bewusst, dass wir in vielen Punkten erst am Beginn

einer Umsetzung stehen – und dass hierfür bei dem einen oder anderen Vorschlag auch noch einiges an Aufwand und Diskussion erforderlich sein wird. Die positive Zusammenarbeit aller Beteiligten in diesem Projekt und erste konkrete Erfolge in der Umsetzung zeigen aber, dass wir auf einem guten Weg sind, im Sinne aller Betroffenen möglichst rasch tragfähige Lösungen für die aufgezeigten Probleme anbieten und umsetzen zu können.

Mag. Martin Zach

Projektleiter Sozialministerium, Sektion II – Sozialversicherung

ZUSAMMENFASSUNG

ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit, psychische Erkrankungen werden aber trotzdem immer noch anders wahrgenommen und behandelt als somatische Erkrankungen. Obwohl die Wahrnehmung des Themas psychische Gesundheit in den letzten Jahren einem Veränderungsprozess unterworfen war, ist der gesellschaftliche Zugang zu dieser Thematik immer noch von Unwissenheit, Vorurteilen und einer Stigmatisierung der von psychischen Erkrankungen Betroffenen gekennzeichnet. Die Folgen sind eine noch zu wenig weit reichende Auseinandersetzung mit diesem Thema, auch im politischen Diskurs und Handeln, vielfach unbefriedigende Rahmenbedingungen, eine unzureichende Versorgungslage und zu wenige adäquate Präventionsansätze.

Dies betrifft alle Lebensbereiche von Menschen, in besonderem Maße aber die Arbeitswelt, wo wenig flexible Rahmenbedingungen die Möglichkeit einer sozialen Teilhabe von Betroffenen stark erschweren. Nicht nur das persönliche Leid der Betroffenen, bei denen eine psychische Erkrankung eine (Re-)Integration in das Arbeitsleben erschwert oder verhindert, sondern auch die enormen volkswirtschaftlichen Kosten verweisen klar auf den bestehenden Handlungsbedarf.

Bereits in den Jahren 2007/2008 startete das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit dem Projekt „Invalidität im Wandel“ eine intensive Auseinandersetzung mit dem Themenkreis Invaliditätspensionen in Österreich. In der Folge kam es zu einer Reihe von Maßnahmen und Änderungen im österreichischen Sozialrecht. In den darauffolgenden Jahren zeigte sich immer deutlicher die steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen im Kontext der Ursachen für ein frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben bzw. für Invaliditätspensionen. Das Sozialministerium entschloss sich daher, nach dem Muster des Vorläuferprojekts dieses Thema unter dem Titel „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“ in einem breit aufgesetzten Prozess unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Stakeholder aufzuberei-

ten. In ExpertInnenrunden wurden unterschiedliche Aspekte des Themas diskutiert und Weiterentwicklungs- bzw. Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet.

Aufgabe der Expertinnen und Experten in der ersten Projektphase war die Beschreibung des Ist-Zustandes und die Identifikation von Problemfeldern hinsichtlich der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kontext von Arbeitswelt und Sozialsystem. Im Zuge dieser Überprüfung der Rahmenbedingungen auf ihre Adäquanz im Hinblick auf Prävention und Rehabilitation sowie Begutachtung und Pension bei psychischen Erkrankungen wurden von den Expertinnen und Experten Handlungsfelder geortet und in der zweiten Phase Vorschläge für Optimierungsmöglichkeiten erarbeitet.

Das Sozialministerium stellte den organisatorischen Rahmen und gab die Themenfelder vor. Der Themenkreis psychische Erkrankungen wurde in drei Cluster unterteilt, die jeweils von einer Arbeitsgruppe behandelt wurden: „Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen“ (Cluster 1), „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt“ (Cluster 2), „Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)“ (Cluster 3).

Der breiten Einladung an österreichische Fachleute folgten 170 Personen aus mehr als 100 entsendenden Institutionen und Organisationen, die aktiv in einer oder mehreren Clustergruppen mitarbeiteten. Der gesamte Prozess erstreckte sich über einen Zeitraum von beinahe einem Jahr, von September 2012 bis Juni 2013. Ergebnis dieses Prozesses war eine Reihe von Vorschlägen für Gesetzesänderungen und weitere konkrete Maßnahmen. Die vorliegende Publikation dokumentiert sowohl die Analyse des Status quo im Bereich psychische Erkrankungen und Invalidität als auch die Vorschläge der Expertinnen und Experten. Darüber hinausgehend bietet sie eine Zusammenschau bisher vorliegender Befunde und relevanter sozialrechtlicher Bestimmungen.

Aufgrund des unzureichenden bisher vorliegenden Datenmaterials, aber auch der vielfältigen Angebote und Akteurinnen und Akteure im Bereich psychische Gesundheit

war ein vollständiger Überblick über die aktuelle Situation in Österreich zwar nicht zu erreichen, mithilfe der Expertise der ProjektteilnehmerInnen gelang es aber, die relevanten Themen, Problembereiche und Handlungsfelder zu identifizieren und ein realitätsnahes Bild der Situation in Österreich zu entwerfen. Zusätzlich zu den Befunden der Expertinnen und Experten wurden für die bessere Darstellung in diesem Band bei einzelnen Themen Erkenntnisse aus Deutschland bzw. dem internationalen Umfeld berücksichtigt. Die inhaltliche Gliederung ergab sich aus der Projektstruktur und dem Diskussionsprozess.

Es mag zu einzelnen Teilbereichen bereits aktuellere Befunde geben, die bisher umfassendste wissenschaftliche Darstellung zur psychischen Gesundheit in Österreich findet sich aber in der gemeinsamen Studie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Salzburger Gebietskrankenkasse „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ aus dem Jahr 2011, die im Anhang abgedruckt ist. 900.000 ÖsterreicherInnen sind demnach von einer psychischen Krankheit betroffen, dies geht aus den Daten der österreichischen Sozialversicherung hervor. Neben den Kosten, die für Diagnostik und Therapie anfallen, verursachen Arbeitsausfall und Frühpensionierungen infolge psychischer Erkrankungen Ausgaben in Milliardenhöhe. Psychische Erkrankungen sind damit ein gewichtiger Kostenfaktor für Kranken- und Pensionsversicherung sowie für die gesamte Volkswirtschaft.

Im Bereich der Invaliditätspensionen – hier verstanden als Überbegriff für jede Pensionsleistung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit – ist die Bedeutung psychischer Erkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten stark gestiegen: Erfolgten im Jahr 1995 nur 10,75 % der Zuerkennungen aufgrund psychischer Erkrankungen, betrug deren Anteil 2011 bereits 32,1 %. Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten aufgrund psychischer Erkrankungen sind zudem bei der Neuzuerkennung jünger, nämlich im Schnitt rund 48 Jahre alt, während das Durchschnittsalter für alle Ursachen bei rund 52 Jahren liegt. 2011 betraf beinahe jeder zweite Neuzugang zur Invaliditätspension auf-

grund einer psychischen Erkrankung eine Frau, während die Frauenquote bei anderen Ursachen erheblich geringer war.

Diesen Zahlen stehen die im Projektverlauf konstatierten unbefriedigenden Rahmenbedingungen in Österreich gegenüber. Einige davon seien hier beispielhaft genannt:

- » Im Bereich Prävention wurden die bestehenden Angebote als regional und inhaltlich uneinheitlich beschrieben, und es wurde das Fehlen von Koordinationsansätzen, insbesondere von langfristigen und integrativen Primärpräventionsstrategien, kritisiert.
- » Unter dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ finden zwar unterschiedlichste präventive Maßnahmen statt, allerdings vielfach ohne Berücksichtigung der psychischen Gesundheit.
- » Bei „fit2work“, einem seit 2013 flächendeckend in Österreich angebotenen niederschweligen Beratungsangebot, das als eine Initiative der österreichischen Bundesregierung aus dem Projekt „Invalidität im Wandel“ hervorging und zur Vermeidung von frühzeitigem krankheitsbedingtem Ausscheiden von Menschen aus dem Erwerbsleben beitragen soll, wurde Potenzial für eine Weiterentwicklung festgestellt.
- » Für Personen, die zu einer der bekannten Risikogruppen für spätere psychische Erkrankungen und damit auch für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit gehören, wurde das weitgehende Fehlen spezieller Präventionsangebote, die auch die psychische Gesundheit einbeziehen, konstatiert.
- » Handlungsbedarf im Sinne einer Sensibilisierung bezüglich Sekundärprävention, Früherkennung und Frühintervention wurde bei den niedergelassenen Allgemein-

medizinerinnen und -medizinern, die überwiegend die Erstanlaufstelle bei psychischen Erkrankungen darstellen, ausgemacht.

- » In der Rehabilitation wurden Versorgungslücken festgestellt, und zwar sowohl im Bereich der psychotherapeutischen Frühintervention als auch bei den stationären und ambulanten Reha-Angeboten. Die Versorgung im niedergelassenen Bereich mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie wurde als unzureichend angesehen; kritisiert wurden unter anderem die langen Wartezeiten auf Termine bei niedergelassenen Vertragsfachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie sowie die kurzen Behandlungszeiten. Als Folge zu geringer psychotherapeutischer Versorgung im akut-stationären Bereich muss der Rehabilitationsbereich Aufgaben der Primärversorgung übernehmen. Und viele Patientinnen und Patienten finden nach einer ersten stationären Stabilisierung keine wohnortnahen ambulanten fachärztlichen oder psychotherapeutischen Angebote zur Weiterbehandlung vor. Daneben wurde ein Mangel an störungsspezifischen Reha-Angeboten kritisiert.

- » Im Spannungsfeld psychische Erkrankungen und Arbeitswelt wurde als besonders problematisch erkannt, nach welchen Kriterien derzeit Menschen nach einer Erkrankung arbeitsfähig geschrieben werden. Da derzeit nur zwischen „voll arbeitsfähig“ und „nicht arbeitsfähig“ unterschieden werden kann und keine genauere Arbeitsplatzanalyse stattfindet, fehlen auch die Voraussetzungen für einen flexiblen Wiedereinstieg, wie er besonders nach längerer psychischer Erkrankung sinnvoll wäre.

- » Übereinstimmend wurde festgestellt, dass es an einer Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation mangelt und entsprechende Initiativen und niederschwellige Wiedereinstiegsmodelle nach internationalen Vorbildern (z. B. MBOR, Hamburger Modell) in Österreich fehlen.

- » Die Evaluierungsverpflichtung nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), die seit der 2013 in Kraft getretenen Novelle auch eine Evaluierung psychischer Belastungen ausdrücklich mit einschließt, wurde von den Expertinnen und Experten zwar grundsätzlich begrüßt, allerdings werde den beschränkten Ressourcen kleinerer Unternehmen zu wenig Rechnung getragen.
- » Im Kontext der Pensionsantragstellung schließlich wurde u. a. darauf hingewiesen, dass für die Begutachtung von Personen durch die Pensionsversicherung und die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens nur begrenzte Zeitspannen zur Verfügung stehen. Da die Diagnose von hoher Relevanz ist, wurden der Einsatz treffsicherer standardisierter Methoden zur Erstellung des Restleistungskalküls und die Berücksichtigung des vorangegangenen Krankheitsverlaufs als besonders wichtig erachtet.

Zu allen im Projekt behandelten und über diese Aufzählung weit hinausgehenden Themen wurden auch Handlungsoptionen diskutiert und Vorschläge entwickelt, die sich vielfach bereits aus der kritischen Bewertung des Status quo während der Ist-Analyse ergaben. Nicht nur unter den letztlich als Projektergebnis akkordierten Empfehlungen, sondern auch unter den übrigen diskutierten Vorschlägen befinden sich wertvolle und verfolgenswerte Anregungen.

Von den in den Clustergruppen identifizierten Handlungsoptionen wurden folgende Maßnahmen aufgrund ihrer allgemeinen Zustimmung und Umsetzbarkeit als Projektergebnis herausgearbeitet:

1. Entwicklung von Modellen für einen flexiblen (Wieder-)Einstieg von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.
2. (Weiter-)Entwicklung von berufsrehabilitativen Leistungen bei psychischen Erkrankungen unter Einbeziehung der (fach)ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Angebote.

3. (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Evaluierungsmodellen für Frühintervention bei Langzeittherapien und Langzeitkrankenständen.
4. Quantitativer und qualitativer Ausbau der extramuralen medizinischen, psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung psychisch Erkrankter.
5. Qualifizierte Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in Bezug auf psychische Erkrankungen.
6. Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit von „fit2work“ im Bereich der niedergelassenen und der stationären Krankenbehandlung sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Betriebsberatung.
7. Stärkere Verknüpfung der medizinischen Rehabilitation mit einer beruflichen Rehabilitation.
8. Verstärkte Information und Unterstützung von kleinen und mittleren Unternehmen bei der Umsetzung der ASchG-Novelle betreffend die Arbeitsplatzevaluierung hinsichtlich psychischer Belastungen.
9. Verstärkte Sensibilisierung von Führungskräften im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Informationstransfer ins Unternehmen.
10. Umsetzungsorientierte Qualifizierung von Präventivfachkräften und sonstigen geeigneten Fachleuten gemäß ASchG im Bereich der Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen.
11. Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung von Gutachterinnen und Gutachtern im medizinischen sowie im Pflegebereich.

12. Bessere Aufklärung von Antragstellerinnen und Antragstellern auf Invaliditätspension über Inhalt und Ablauf des Begutachtungsverfahrens.
13. Standardisierung der Dokumentation des psychisch-geistigen Leistungsvermögens durch den Einsatz von MELBA (Merkmale zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit) in der Begutachtung durch die Pensionsversicherungsanstalt (PVA).
14. Gezielter Einsatz psychodiagnostischer Testverfahren in der Begutachtung.
15. Berücksichtigung der individuellen Situation psychisch Erkrankter bei der Begutachtung.
16. Schaffung einer Anlauf- bzw. Beratungsstelle nach ablehnendem Pensionsbescheid.
17. Verbesserung der Schnittstelle zwischen Pensionsversicherung und Krankenversicherung bei Rehabilitation und Krankenbehandlung.

Einige jener Maßnahmen, die keiner legislativen Anpassungen bedurften, wurden bereits realisiert, z. B. die vorgeschlagene Qualifizierung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern sowie von Präventivfachkräften.

In jenen Bereichen der Ist-Analyse, in denen das für die Entwicklung von Maßnahmen notwendige österreichbezogene Datenmaterial als Entscheidungsbasis fehlt, wurde die Erstellung von Studien angeregt. Dies betrifft insbesondere

- » Daten, die als Grundlage der Entwicklung einer langfristigen, integrativen Primärpräventionsstrategie dienen,

- » einen systematischen Überblick über Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich mit besonderem Fokus auf psychische Gesundheit,
- » Daten zu Lebens- und Erwerbsbiografien von Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten als Grundlage für die Entwicklung von Indikatoren und frühzeitigen Interventionsmöglichkeiten,
- » die Erhebung und in der Folge die laufende Evaluierung von Versorgungslücken bei psychiatrischen Therapieangeboten und
- » eine systematische Darstellung von Best-Practice-Modellen zur Zusammenarbeit medizinischer und beruflicher Rehabilitation als Grundlage für einen Ausbau solcher Angebote.

Als Ergebnis dieser umfassenden und engagierten Auseinandersetzung mit dem Thema psychische Erkrankungen und Invalidität liegt damit eine Reihe zukunftsweisender Empfehlungen an Gesetzgeber und Verwaltung vor, die für eine Weiterverfolgung durch die politischen EntscheidungsträgerInnen als Grundlage dienen können.

EINLEITUNG

Die vorliegende Publikation stellt den Endbericht des Projekts „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“ dar, das auf Initiative des Sozialministeriums die Thematik im Gesamtumfeld der Pensionsdiskussion im Zeitraum September 2012 bis Juni 2013 unter Einbeziehung vieler Expertinnen und Experten ausführlich behandelte. Dabei wurden folgende Ziele verfolgt:

- » Darstellung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt und im Sozialsystem
- » Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Sozialversicherungssystem auf ihre Adäquanz im Hinblick auf psychische Erkrankungen und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen
- » Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Prävention und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen
- » Überprüfung und Erarbeitung von Maßnahmen zur Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung (Prävention, Rehabilitation)
- » Überprüfung des Handelns sowie des Zusammenwirkens der unterschiedlichen Verwaltungsbereiche auf ihre Effektivität und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen

Der vorliegende Bericht dokumentiert sowohl den diskutierten Status quo im Bereich psychische Erkrankungen und Invalidität sowie die entwickelten Vorschläge der Arbeitsgruppen als auch den Ablauf des Projekts. Er folgt daher in seinem Aufbau weniger wissenschaftlichen Kriterien, sondern vielmehr der Projektstruktur mit ihren

Arbeitspaketen und der inhaltlichen Abfolge der Diskussion und der Arbeitsergebnisse.

Teil I gibt einleitend einen kurzen Überblick über die Thematik (Kapitel I A) und beschreibt dann die aktuelle Situation in Österreich und deren jüngste Entwicklung im Hinblick auf psychische Erkrankungen und Invalidität. Dabei wird zunächst in Kapitel I B die aktuelle rechtliche Situation dargelegt, wobei sich dieser Überblick als Ergänzung zur umfassenden Darstellung der geminderten Arbeitsfähigkeit im österreichischen Sozialrecht der Fachpublikation zum Vorgängerprojekt „Invalidität im Wandel“ (BMASK 2009) versteht. In Kapitel I C wird dann als Resultat der ersten Projektphase, deren Ziel eine Ist-Analyse der österreichischen Situation war, auf die operative Praxis und Problemstellung in den behandelten Themenfeldern eingegangen.

Ziel der zweiten Projektphase war die Erarbeitung möglichst konkreter und praktisch umsetzbarer Vorschläge. Beschrieben werden demgemäß in Teil II dieses Bandes sowohl die breite Palette von Handlungsfeldern und Problembereichen, die von den Expertinnen und Experten identifiziert wurden, als auch jene Weiterentwicklungs- bzw. Verbesserungsvorschläge, die als akkordiertes Ergebnis des Projekts vorliegen.

Teil III schließlich fasst Grundlagen und Organisation anschaulich zusammen und gibt Einblicke in den Ablauf des Projekts.

Hinweis: Der Begriff *Invalidität* wird in der vorliegenden Publikation aus Gründen der besseren Lesbarkeit als Überbegriff für Invalidität, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit verwendet. Dementsprechend versteht sich auch *Invaliditätspension* im Folgenden als Überbegriff für jede Pensionsleistung aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit, der auch Berufsunfähigkeitspension und Erwerbsunfähigkeitspension einschließt.

TEIL I

DARSTELLUNG DES STATUS QUO

ABSCHNITT A

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Der Anteil von psychischen Erkrankungen an den Ursachen von Invalidität nahm in den letzten Jahrzehnten drastisch zu. Auch im Hinblick auf Krankenstände zeigt sich ein Aufwärtstrend. Vor allem aber ist die Zunahme psychischer Erkrankungen verantwortlich für das sinkende Zugangsalter zur Invaliditätspension, da psychische Erkrankungen häufig bereits in jungen Jahren zu Arbeitsunfähigkeit führen. So lag 2008 das durchschnittliche Zugangsalter bei psychischen Erkrankungen mit 46 Jahren erheblich niedriger als bei anderen Ursachen (vgl. Leoni 2011, 90).

Als *psychische Erkrankung* wird eine erhebliche Abweichung von der Norm im Erleben oder Verhalten eines Menschen bezeichnet, die die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betrifft und mit seelischem Leiden der Betroffenen einhergeht. Die Wissenschaften, die sich primär mit Erkrankungen der Psyche beschäftigen, sind die Klinische Psychologie und die Psychiatrie. Heute wird häufig in der einschlägigen Literatur und Praxis dem Begriff *psychische Störung* der Vorzug gegeben; unter Bezug auf den Projekttitel und im Sinne der Durchgängigkeit der Begriffsverwendung wird in der vorliegenden Publikation jedoch der Ausdruck *psychische Erkrankung* verwendet. Auch wird auf den Begriff *psychiatrische Erkrankung* verzichtet, da dieser, aus dem medizinischen Bereich kommend, eher auf eine manifeste Erkrankung verweist und Umweltfaktoren unberücksichtigt lässt.

Eine Definition psychischer Erkrankungen birgt Gefahren im Bereich der Spannungsfelder Objektivität/Subjektivität und Norm/Abweichung in sich. Neben der objektiv feststellbaren Abweichung von einer zuvor definierten, also in ihrer Abgrenzung auch willkürlich festgelegten, Norm ist das individuelle und subjektiv erlebte Leiden für das Verständnis des Begriffs von Bedeutung. Daher ist die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit, z. B. am Beginn einer Erkrankung, bisweilen unscharf.

Weiters ist für die Beurteilung psychischer Erkrankungen der Begriff *Norm* problematisch, da hier die Gefahr der Stigmatisierung, z. B. eines ungewöhnlichen Verhaltens, besteht.

Die traditionelle Psychiatrie versuchte, psychische Symptome sowie ihr Abweichen von der Norm mit vorwiegend biologischen Ursachen zu erklären und unterschied Krankheitsgruppen nach biologischen bzw. nicht biologischen Ursachen. Diese Klassifizierung wurde zunehmend kritisch gesehen, da sich herausgestellt hat, dass einigen dem psychogenen Bereich zugeordneten Störungen biologische Risikofaktoren zugrunde liegen, andererseits aber auch scheinbar somatogene psychische Erkrankungen erheblich durch äußere Einflüsse verändert werden können. Heute geht man davon aus, dass psychische Erkrankungen keine Einzelursachen, sondern multifaktorielle Ursachen haben. Dieser Ansatz entspricht auch neueren Erkenntnissen von der Plastizität des Gehirns, das wesentlich stärker als ursprünglich angenommen auch noch im höheren Lebensalter auf äußere Einflüsse sensibel reagieren kann. Die multikonditionale Sichtweise wird auch dadurch untermauert, dass einerseits biologische Behandlungsmethoden wie Psychopharmaka auch bei scheinbar primär psychogen bedingten Störungen helfen können und andererseits Techniken wie die Psychotherapie zum Teil auch bei primär biologisch bedingten Störungen wirksam sind.

Psychische Störungen können alle Aspekte des menschlichen Erlebens, d. h. sowohl Emotionen, also Gefühle, als auch Kognitionen, also Denken, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, betreffen. Allerdings ist nicht jede Abweichung des emotionalen oder kognitiven Erlebens eine Störung bzw. Erkrankung. Stimmungsschwankungen oder depressive Episoden beispielsweise können nach kurzer Zeit von selbst vorbeigehen, und die betroffenen Personen können stabil weiterleben. Daraus wird bereits ersichtlich, dass neben einer objektiv feststellbaren Abweichung von einer zuvor definierten Norm das subjektive Erleben der betroffenen Personen eine wesentliche Rolle spielt. Zwar können viele charakteristische Symptome von Fachleuten festgestellt, objektiviert und psychopathologisch zugeordnet werden; das objektiv feststellbare psychische Verhalten

einer Person resultiert aber häufig aus einem subjektiven Erleben, über das nur die betroffene Person Kenntnis hat und Auskunft geben kann.

1 KLASSIFIKATION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Versuche einer Ordnung psychischer Erkrankungen sind immer auch Abbild der vorherrschenden Vorstellungen und geistigen Strömungen in der Forschung. So ist es wenig verwunderlich, dass die Klassifikation psychischer Erkrankungen lange Zeit länderspezifisch sehr unterschiedlich war und bis heute einzelne Aspekte der Klassifikationsansätze kontrovers diskutiert werden.

Heutzutage kommen im Wesentlichen zwei Diagnose- und Klassifikationsschemata zur Anwendung:

- » die weltweit in der klinischen Praxis verbreitete ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)
- » das besonders in der Forschung gebräuchliche DSM der American Psychiatric Association

Auf die in früheren Klassifikationen übliche Einteilung der psychischen Erkrankungen in *neurotische* und *psychotische* Störungen wird heute verzichtet. Das hängt u. a. mit den damit verbundenen Grundbegriffen zusammen, nach denen psychotische Störungen ursächlich als primär biologisch interpretiert, neurotische Störungen demgegenüber für psychogen gehalten wurden.

Insbesondere das DSM gibt durch sein multiaxiales System gestörter persönlicher Grundmerkmale (Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen), sozialer Rahmenbedingungen, körperlicher Einschränkungen und mit der psychischen Erkrankung einhergehender individueller Einschränkungen einem komplexen Krankheitsverständnis mehr Raum. Es beinhaltet speziellere und genauere diagnostische Kriterien, was es für die psychiatrische und psychologische Forschung interessant macht.

Die ICD-10 ist hingegen ein internationales Klassifikationssystem der WHO, das im Vergleich zum DSM-IV als nationalem Klassifikationssystem der USA Kompromisse berücksichtigen muss und seinen Schwerpunkt intensiver auf die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit vor allem auch in den Ländern der Dritten Welt setzt. Der Diagnoseschlüssel „ICD-10 BMG 2013“ ist die aktuelle für die Anwendung in Österreich adaptierte Version der von der WHO 1992 in englischer Sprache herausgegebenen „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ in der 10. Revision.

Seit 1. Jänner 1989 sind in Österreichs Krankenanstalten die Entlassungsdiagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten bundeseinheitlich nach der ICD-Klassifikation in der jeweils aktuellen Fassung des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums zu erfassen. Seit 1. Jänner 1997 findet sich die gesetzliche Grundlage für diese Dokumentation im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. Nr. 745/1996). Bund und Länder einigten sich im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 über die Grundsätze dieser Reform. Ein wesentlicher Punkt der Reform war die österreichweite Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung auf der Basis von leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen. Dieses Finanzierungssystem beruht auf der bundeseinheitlichen Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreichs Krankenanstalten.

Im Jahr 2000 wurde der Beschluss gefasst, den Diagnoseschlüssel ICD-10 österreichweit verbindlich mit 1. Jänner 2001 einzuführen. Die bundeseinheitliche Erfassung von nach ICD-10 kodierten Diagnosen ist nicht nur eine wesentliche Grundlage für die Abgeltung stationärer Krankenhausaufenthalte, die im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsberichte erhobenen Diagnosedaten stellen darüber hinaus eine wesentliche Datenquelle für statistische Analysen zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und zur Häu-

figkeit bestimmter Krankheiten dar und bilden eine wichtige Grundlage für die Versorgungsforschung und die regionale und überregionale Bedarfsplanung.

Nach über zehnjähriger Verwendung der Version ICD-10 BMSG 2001 in unveränderter Form wurde eine Aktualisierung des Diagnoseschlüssels erforderlich, wobei der bekannte Diagnoseschlüssel unter Berücksichtigung der seither erfolgten Aktualisierungen der WHO in möglichst unveränderter Form beibehalten wurde. Die ICD-10 BMG 2013 ersetzt die in den Jahren 2001 bis 2012 verwendete Version ICD-10 BMSG 2001 und ist seit 1. Jänner 2013 für die Diagnosedokumentation in österreichischen Krankenanstalten heranzuziehen.

Die ICD-10 ist ein hierarchisches Klassifikationssystem, wobei jeder ICD-Klasse ein bis zu fünfstelliger Schlüssel zugeordnet wird. Die ersten drei Stellen ergeben eine grobe Bezeichnung der Diagnose („Dreisteller“), die ersten vier Stellen eine ausführliche Systematik, hinzu kommen gelegentlich fünfstellige Verfeinerungen. Psychische und Verhaltensstörungen werden nach ICD-10 in der F-Klasse zusammengefasst.

Tabelle 1: ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19)	
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
F18	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20–F29)	
F20	Schizophrenie
F21	Schizotype Störung
F22	Anhaltende wahnhafte Störungen
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25	Schizoaffektive Störungen
F28	Sonstige nicht organische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose
Affektive Störungen (F30–F39)	
F30	Manische Episode
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34	Anhaltende affektive Störungen
F38	Andere affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48)	
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59)	
F50	Essstörungen
F51	Nicht organische Schlafstörungen

F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F55	Missbrauch von nicht Abhängigkeit erzeugenden Substanzen
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69)	
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F64	Störungen der Geschlechtsidentität
F65	Störungen der Sexualpräferenz
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
Intelligenzminderung (F70–F79)	
F70	Leichte Intelligenzminderung
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung
F72	Schwere Intelligenzminderung
F73	Schwerste Intelligenzminderung
F78	Andere Intelligenzminderung
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung
Entwicklungsstörungen (F80–F89)	
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen
F88	Andere Entwicklungsstörungen
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98)	
F90	Hyperkinetische Störungen
F91	Störungen des Sozialverhaltens
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F95	Ticstörungen
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99–F99)	
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe

Quelle: BMG 2012, 30 ff.

Weiters werden psychische Erkrankungen in den Gruppen G („Krankheiten des Nervensystems“) und Z („Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“) erfasst. So wird unter anderem Burnout in die Gruppe Z eingeordnet. Die Systeme ICD und DSM sind so weit kompatibel, dass eine Diagnose, die mit dem DSM erstellt worden ist, in der Regel umkodiert werden kann.

2 VERBREITUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Jeder fünfte Mensch erkrankt mindestens einmal im Leben an einem psychischen Leiden. Rund 900.000 Menschen erhielten in Österreich im Jahr 2009 wegen psychischer Erkrankungen Leistungen der Krankenversicherung, das sind rund 10 % der Bevölkerung. Und über 30 % der Neuzugänge bei den krankheitsbedingten Frühpensionen erfolgen aufgrund von psychischen Erkrankungen.

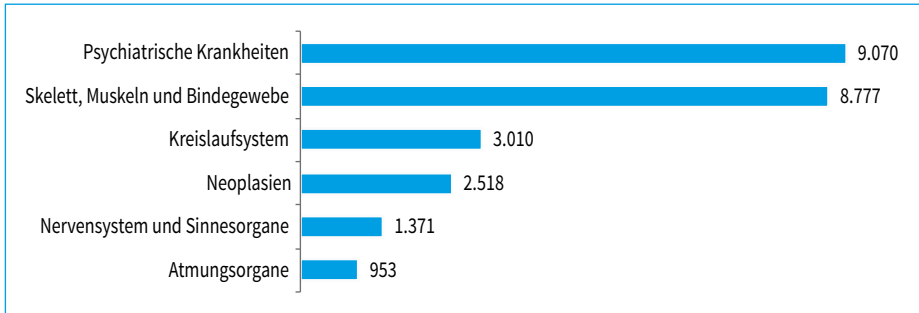
Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen sind nicht nur in Österreich weit verbreitet, sie betreffen einen großen Teil der Weltbevölkerung. Weltweit ist ein Viertel aller Personen, die eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchen, von psychischen Erkrankungen betroffen; psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in den Praxen der AllgemeinmedizinerInnen.

Laut einer europaweit durchgeführten Studie (Wittchen et al. 2011), die klinisch relevante Krankheitsbilder mit standardisierten diagnostischen Instrumenten erfasst und anhand offizieller Diagnoseklassifikationen bewertet hat, leidet jede/r Dritte in Europa an einer psychischen Erkrankung. Rund 14 % leiden an einer Angststörung, 7 % an schweren Depressionen und mehr als 6 % an spezifischen Phobien. Besonders stark betroffen sind Frauen; ihr Risiko, psychisch zu erkranken, ist deutlich höher als das von Männern. In einer 2005 veröffentlichten umfassenden Vorgängerstudie zur europaweiten Verbreitung psychischer Erkrankungen lag die Schätzung noch bei 27 % psychisch Erkrankten in Europa – gegenüber mehr als 38 % in der aktuellen Studie. Diese Differenz kommt durch die Ausweitung der einbezogenen Krankheiten und Altersgruppen zustande (vgl. Wittchen et al. 2011).

Zur Frage, ob psychische Erkrankungen im Zunehmen begriffen sind, gibt es unterschiedliche Befunde. In den Medien wird immer wieder auf angeblich hohe Steigerungsraten und steile Aufwärtstrends hingewiesen. Seit den 1990er-Jahren stieg die Zahl der

Krankheitstage aufgrund psychischer Erkrankungen um etwa 30 %. Dieser Trend bei psychischen Erkrankungen spiegelt sich auch in den Leistungen des Gesundheitssystems und den Ursachen für krankheitsbedingte Pensionen wider.

Diagramm 1: Ursachen für Invalidität 2011



Quelle: Hauptverband 2012, 125

Allerdings ergab eine von der Universität Münster durchgeführte Untersuchung, die 44 Studien aus Westeuropa, Nordamerika und Australien einbezog, dass es heute kaum mehr Betroffene als vor 50 Jahren gibt. Die Häufigkeit psychischer Erkrankungen hat demgemäß weder in der Allgemeinbevölkerung noch im Kindes- und Jugendalter zugenommen, nur im Bereich der Demenzen konnte infolge der steigenden Lebenserwartung in westlichen Gesellschaften eine Zunahme verzeichnet werden. Im Abstand von 30 Jahren sind dagegen die Anzahl von Suiziden sowie Alkohol- und Drogenkonsum rückläufig. Die Studie gelangt zu dem Schluss: „Weder die hier zusammengefassten epidemiologischen Studien noch die Befunde zu den indirekten Indikatoren stützen die Hypothese eine [sic!] Zunahme psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie böten sogar die Möglichkeit, über eine Abnahme eben dieser zu spekulieren“ (Richter et al. 2008, 327). Wie die Autoren folgerichtig feststellen, steht dieser Befund in auffallendem Widerspruch zu der heutzutage allgemein behaupteten und gefühlten zunehmenden Belastung durch psychische Probleme. Die Autoren führen dies auf die

veränderte Wahrnehmung und Funktion psychischer Belastungen zurück (Stichwort Psychiatrisierung) und eine in diesem Zusammenhang zu sehende Entstigmatisierung, die zu einer größeren Bereitschaft geführt habe, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig weisen sie darauf hin, dass die kausalen Zusammenhänge zwischen sozialem Wandel und psychischen Veränderungen noch zu wenig untersucht seien: „Die ‚gefühlte‘ Zunahme psychischer Störungen bildet offenbar etwas anderes ab, als eine tatsächliche Zunahme der Inzidenz und Prävalenz psychischer Störungen. Der interessanten Frage nachzugehen, was sich hinter diesem Gefühl verbirgt, ist eine lohnende sozialwissenschaftliche Fragestellung, für welche die Methodik der psychiatrischen Epidemiologie allein nicht ausreichen wird“ (ebd.). Unabhängig von diesen Ergebnissen sind jedoch psychische Erkrankungen angesichts der gestiegenen Diagnosehäufigkeit ein zu berücksichtigender Faktor für das Sozialsystem.

3 STIGMATISIERUNG

Trotz einer feststellbaren Veränderung der allgemeinen und auch öffentlichen Wahrnehmung in der jüngeren Vergangenheit und trotz der großen Anzahl an Betroffenen – so leiden z. B. gleich viele Menschen an Schizophrenie wie an Zuckerkrankheit – wird über das Thema psychische Gesundheit nicht offen gesprochen. Zwar gab es im therapeutischen Bereich positive Entwicklungen, im gesellschaftlichen Zugang zur Thematik aber kaum. Dies hat Unwissenheit und Ignoranz gegenüber den Betroffenen und ihren Problemlagen zur Folge, Vorurteile gegenüber therapeutischen Einrichtungen und Methoden sowie Gleichgültigkeit gegenüber unzureichender Versorgungslage und Rahmenbedingungen. Stigmatisierung führt unter anderem dazu, dass Betroffene mit dem Vorwurf der Simulation konfrontiert sind, frühzeitig aus dem Berufsleben gedrängt werden oder aus Scham keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und daher nicht die notwendige und adäquate Unterstützung erhalten. Denn im Gegensatz zu bestehenden Vorurteilen und Annahmen sind psychische Erkrankungen – etwa durch Psychotherapie und Psychopharmaka – gut behandelbar. Unter den Folge- und Begleiterscheinungen einer psychischen Erkrankung, wie offen geäußerte Vorurteile, soziale Ausgrenzung oder verminderte Berufschancen, leiden die Betroffenen oft ebenso sehr wie unter der Erkrankung selbst. Dies hat mitunter schwerwiegende Folgen: 1.286 Menschen starben im Jahr 2011 an Suizid, das sind immerhin doppelt so viele, wie im Straßenverkehr bei Unfällen sterben.

Psychische Gesundheit ist Teil der Gesamtgesundheit, psychische Erkrankungen werden aber trotzdem immer noch anders wahrgenommen und behandelt als somatische Erkrankungen. Dies betrifft alle Lebensbereiche: Die Hälfte aller von psychischen Erkrankungen Betroffenen sind im erwerbsfähigen Alter, Scham und Ausgrenzung finden daher auch ihren Weg in die Arbeitswelt. Die Möglichkeit einer sozialen Teilhabe im Arbeitsleben, die ein hohes Maß an Flexibilisierung der Arbeitsrahmenbedingungen voraussetzen würde, ist aber kaum gegeben.

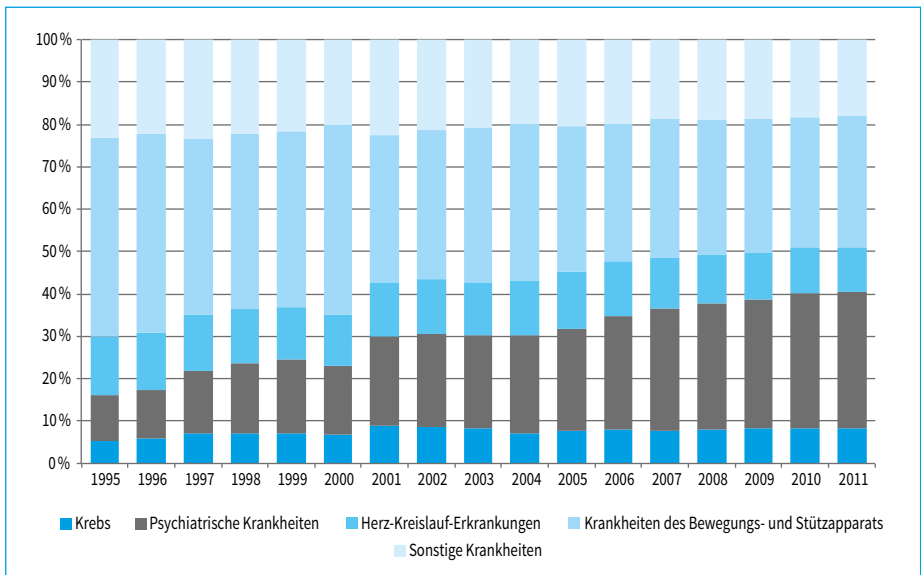
4 VOLKSWIRTSCHAFTLICHE KOSTEN

Nicht nur das enorme Leid, das durch diese Erkrankungen und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen verursacht wird, weist auf die zentrale Bedeutung psychischer Gesundheit hin, sondern auch der Aspekt der Ressourcen. Neben den Kosten, die für Diagnostik und Therapie anfallen, verursachen Arbeitsausfall und Frühpensionierungen Ausgaben in Milliardenhöhe, wobei der Großteil der volkswirtschaftlichen Belastung im Produktivitätsverlust liegt.

Psychische Erkrankungen sind immer häufiger Ursache für Arbeitsunfähigkeit und krankheitsbedingte Pensionierungen.

Diagramm 2: Entwicklung der Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen

Neuzuerkennungen von 1995 bis 2011



Quelle: BMASK 2012

900.000 ÖsterreicherInnen sind psychisch krank, d. h., jede/r Neunte ist betroffen. 840.000 Personen in Österreich nehmen Psychopharmaka, davon zwei Drittel Antidepressiva. Psychische Erkrankungen sind damit auch ein gewichtiger Kostenfaktor für Kranken- und Pensionsversicherung sowie die gesamte Volkswirtschaft. Die Krankenstände infolge psychischer Erkrankungen wirken sich wegen ihrer Dauer besonders stark aus: Während Krankenstände aufgrund körperlicher Ursachen im Schnitt 11 Tage dauern, dauern Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen durchschnittlich 40 Tage.

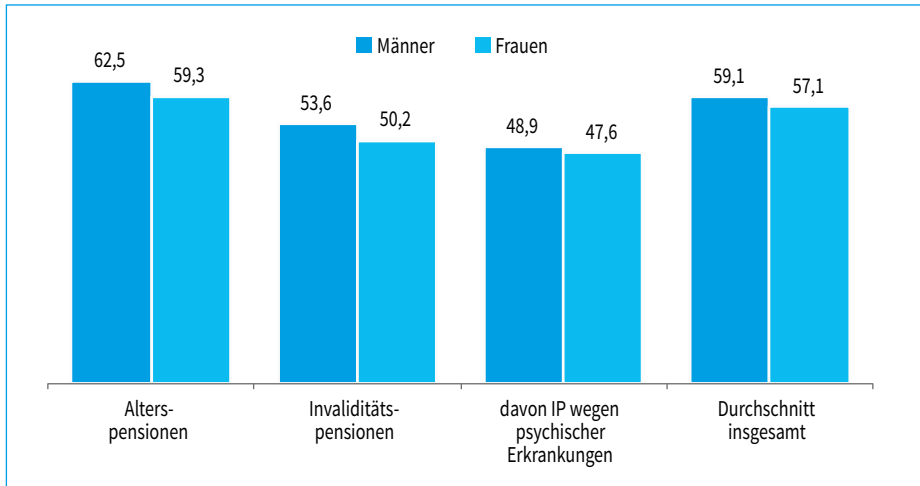
Laut der im Anhang zu dieser Publikation befindlichen Studie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Salzburger Gebietskrankenkasse liegen in Österreich die Ausgaben für psychische Erkrankungen der Krankenversicherung ohne Spitäler zwischen 510 und 560 Mio. Euro pro Jahr – mit steigender Tendenz. Fast die Hälfte dieser Summe sind Ausgaben für Medikamente: Rund 250 Mio. Euro werden für Psychopharmaka ausgegeben, 63 Mio. Euro für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin, 31 Mio. Euro für die Behandlung bei Psychiaterinnen und Psychiatern, ca. 100 bis 150 Mio. Euro für alle weiteren ärztlichen Leistungen und 5,4 Mio. Euro für psychologische Diagnostik. Hinzu treten Aufwendungen für Krankengeld von 70,6 Mio. Euro. Dazu kommen rund 280 Mio. Euro jährlich, die in den Spitälern für die Behandlung psychischer Erkrankungen aufgewendet werden. Das bedeutet, dass in Summe pro Jahr in Österreich zwischen 790 und 850 Mio. Euro für psychisch erkrankte Menschen ausgegeben werden (Krankenbehandlung, Anstaltspflege und Krankengeld) (vgl. Hauptverband 2011, 7). Weiters fallen noch Kosten der Pensionsversicherung für Berufsunfähigkeitspensionen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen an.

Im Bereich der Invaliditätspensionen ist die Bedeutung psychischer Erkrankungen in den letzten beiden Jahrzehnten stark gestiegen: Erfolgten im Jahr 1995 nur 10,75 % der Zuerkennungen aufgrund psychischer Erkrankungen, betrug deren Anteil 2011 bereits 32,1 %. Auffällig dabei ist auch, dass die Anzahl der Neuzugänge aufgrund psychischer

Erkrankungen meist auch in jenen Jahren stieg, in denen die Gesamtzahl an Neuzugängen stagnierte oder sogar sank. Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten aufgrund psychischer Erkrankungen sind zudem bei der Neuzuerkennung jünger, nämlich im Schnitt rund 48 Jahre alt, während das Durchschnittsalter für alle Ursachen bei rund 52 Jahren liegt. In der Gruppe der 15- bis 49-Jährigen sind psychische Erkrankungen mit 54 % (2010) die Hauptursache für Invalidität, bei der Gruppe der bis 39-Jährigen sind es sogar 61 %.

Diagramm 3: Alter bei Pensionsantritt 2009

Durchschnittsalter bei Neuzuerkennungen in der Pensionsversicherung



Quelle: Hauptverband, zit. nach BMASK 2010, 69–70

5 GENDER-DIMENSION

Die Unterschiede nach Geschlecht sind bei der Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen stark ausgeprägt, und es ist von großer Bedeutung, hier eine gendersensible Perspektive zu haben. Beispielsweise ist die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen an einer Depression erkranken, höher, als dies für Männer der Fall ist. Während die geringere Depressionsrate bei Männern auf eine Unterdiagnostizierung zurückgeführt werden kann, sind die Gründe für die höhere Rate bei Frauen auch in der sozialen Geschlechterrolle zu suchen (vgl. Möller-Leimkühler 2008). Psychische Erkrankungen treten im Allgemeinen bei Frauen deutlich häufiger auf: Im Jahr 2011 kamen auf 100 Männer durchschnittlich 1,9 Fälle von psychischen Erkrankungen, bei den Frauen waren es 3,7 Fälle. Eine Folge dieses Umstands ist, dass die Anzahl der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen bei Frauen doppelt so hoch ist wie bei Männern (vgl. Leoni 2012, 48).

5.1 Arbeitsunfähigkeit und Invalidität

Die Geschlechterdifferenz setzt sich demgemäß auch bei den medizinischen Ursachen von Invalidität fort. Beinahe die Hälfte der Neuzugänge zur Invaliditätspension aufgrund einer psychischen Erkrankung entfiel 2011 auf Frauen, während die Frauenquote bei anderen Ursachen erheblich geringer war (vgl. Leoni 2011, 88). Waren im Jahr 2008 bei Männern Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit (32,5 %), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (26,3 %) und Kreislauferkrankungen (13,6 %), entfiel bei den Frauen beinahe die Hälfte der Neuzugänge auf psychische und Verhaltensstörungen (47,6 %) und nur jeder fünfte Zugang auf Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparats (vgl. ebd., 74).

Auch die altersspezifische Verteilung der Neuzugänge zur Invaliditätspension zeigt große Unterschiede zwischen Männern und Frauen: Während sie sich bei Männern auf den

Altersbereich 57 bis 60 Jahre, also unmittelbar vor dem Alter, in dem die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer beginnt, konzentriert, sind die Neuzugänge von Frauen gleichmäßiger verteilt und betreffen stärker auch jüngere Altersgruppen. Ein deutlicher Anstieg ist bereits ab 50 Jahren zu verzeichnen, die höchste Konzentration an Zugängen entfällt auf die 54- bis 57-Jährigen (vgl. Leoni 2011, 71). Allerdings weist der Studienautor darauf hin, dass „die Inanspruchnahme von Invaliditätspension neben Gesundheit und Arbeitsmarktlage auch durch [...] die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Pensionssystem und im Sozialsystem geprägt wird“ (ebd.).

Die Daten der Studie „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ des Hauptverbands und der Salzburger Gebietskrankenkasse zeigen ebenfalls, dass in puncto Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und im Hinblick auf die Art und Weise, wie Frauen und Männer mit psychischen Erkrankungen im System leben (können), Geschlechterunterschiede bestehen. Von insgesamt 3.909.720 Fällen von Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2009 gründeten 96.143 Fälle (oder in PatientInnenzahlen gemessen 78.028 Personen) in psychischen Diagnosen. 39.446 Arbeitsunfähigkeitsfälle entfallen hier auf Männer und 56.697 auf Frauen. Dies entspricht einem Frauenanteil an Arbeitsunfähigkeitsfällen mit psychischen Diagnosen von rund 59 % und einem Männeranteil von 41 % (vgl. Hauptverband 2011, 30). Im Vergleich dazu ist bei den somatischen Diagnosen die Geschlechterverteilung umgekehrt: Auf 2.029.773 männliche Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund physischer Diagnosen kommen 1.785.897 weibliche, was 53 % bei den Männern und 47 % bei den Frauen entspricht (vgl. ebd.).

Betrachtet man die durchschnittliche Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen mit psychischer Diagnose, so liegt diese bei Frauen bei 41,2 Tagen und bei Männern bei 39,7 Tagen. Die Dauer ist damit bei den Frauen länger und das Verhältnis umgekehrt im Vergleich zu Arbeitsunfähigkeitsfällen mit somatischer Diagnose: „Männer sind mit durchschnittlich 11,7 Tagen pro Fall länger arbeitsunfähig als Frauen mit 10,9 Tagen pro Fall“ (ebd., 31).

5.2 Medikamentenvergabe und stationärer Aufenthalt

Auch was die Vergabep Praxis von Psychopharmaka an Männer und Frauen betrifft, gibt es erkennbare Unterschiede: 1.145.014 Personen erhielten im Jahr 2009 mindestens einmal Psychopharmaka verordnet und/oder hatten einen stationären Aufenthalt und/oder waren arbeitsunfähig aufgrund einer psychischen Diagnose (vgl. Hauptverband 2011, 15). Der Frauenanteil überwiegt in dieser Gesamtgruppe mit 66 % bei Weitem jenen der Männer mit 34 %. Die Altersgruppe der bis 10-Jährigen ist die einzige Gruppe, in der weit mehr männlichen Personen Psychopharmaka verordnet werden als weiblichen. Bereits in der nächsten Gruppe der 11- bis 20-Jährigen gleicht sich der Unterschied nahezu aus, und in der Gruppe der 21- bis 60-Jährigen kehrt sich das Verhältnis schließlich um (vgl. ebd., 18 ff.).

Differenziert man die Psychopharmaka genauer aus, zeigen sich weitere Unterschiede. Antidepressiva werden zu 31,8 % männlichen und zu 68,2 % weiblichen Personen verordnet, wobei die Zahlen zwischen den Versicherungsträgern vor allem bei den Frauen variieren (Hauptverband 2011, 15 f.). Auch bei Jugendlichen findet sich dieser Trend; es sind deutlich mehr weibliche Jugendliche betroffen als männliche. Tranquillizer werden Frauen doppelt so häufig verordnet wie Männern, wobei diese geschlechtsspezifische Differenz sich bei älteren Patientinnen bzw. Patienten verringert. Auch Antidementiva erhalten Frauen häufiger als Männer: 2009 wurden 2 % der männlichen Patienten und 4,1 % der weiblichen Patientinnen Antidementiva verschrieben (vgl. ebd., 17). Und verordnete Antipsychotika gehen zu 41 % an Männer und zu 59 % an Frauen (vgl. ebd., 13).

Die Gesamtzahl der Verordnungen pro Person ist geschlechterbezogen ausgewogen, jedoch liegen die Kosten der Medikationen für Frauen 15 % unter jenen für Männer (ebd.). Österreichweit lagen im Jahr 2009 die „jährlichen Psychopharmaka-Gesamtkosten pro Psychopharmakapatient [...] bei 251 Euro für Männer und 215 Euro für Frauen.

Die Kosten pro Patient liegen in allen Altersgruppen bei Männern deutlich höher als bei Frauen“ (ebd., 26).

Die Zahl der Frauen, die Antidepressiva erhalten, variiert zwischen den einzelnen Trägern. Wie die Autorinnen und Autoren der Studie vermerken, lassen sich diese Differenzen nicht alleine über die unterschiedliche Altersstruktur erklären (vgl. ebd., 16), weitere Forschung – zusätzlich zur quantitativen eventuell auch qualitativer Art – wäre angezeigt.

Daten zu den stationären psychiatrischen Aufenthalten aus dem Jahr 2007 belegen, dass unter den Hauptdiagnosen affektive Störungen bei Frauen dominieren, bei Männern die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (vgl. Hauptverband 2011, 55).

ABSCHNITT B

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM ÖSTERREICHISCHEN SOZIALRECHT

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM ÖSTERREICHISCHEN SOZIALRECHT

Dieser Abschnitt beschreibt die aktuelle rechtliche Situation in Österreich hinsichtlich psychischer Erkrankungen und Invalidität. Zunächst wird die umfassende Darstellung der Rechtslage im Bereich der geminderten Arbeitsfähigkeit, die in der vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im Jahr 2009 herausgegebenen Fachpublikation zum Vorgängerprojekt „Invalidität im Wandel – Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts“ (Sozialministerium 2009) enthalten ist, auf den aktuellen Stand gebracht. In Kapitel 1 werden dabei anhand der einschlägigen Novellen zu den Sozialversicherungsgesetzen die seit dem Jahr 2010 erfolgte Entwicklung im Invaliditätsrecht sowie deren konkrete Auswirkungen näher erläutert. Auf die Bedeutung und den Wandel des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ und die – insbesondere durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 – erfolgten Neuerungen im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wird dabei gesondert eingegangen (Kapitel 2 und 3).

Abschließend werden in Kapitel 4, der eigentlichen Überschrift dieses Abschnitts „Psychische Erkrankungen im österreichischen Sozialrecht“ entsprechend, einige Regelungen im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und des Arbeitsinspektionsgesetzes erörtert, die explizit auf psychische Belastungen im Arbeitsumfeld eingehen. Damit trägt die Gliederung dieses Abschnitts dem Umstand Rechnung, dass im österreichischen Sozialrecht für den Bereich der psychischen Erkrankungen grundsätzlich allgemeine Regelungen Anwendung finden und es nur punktuell explizite Bestimmungen gibt.

1 ENTWICKLUNG DES INVALIDITÄTSRECHTS SEIT 2010

Mit dem **Sozialrechts-Änderungsgesetz 2010, BGBl. I Nr. 62/2010 (SRÄG 2010)** wurde die Rechtsgrundlage für die Durchführung einer bundesweiten „Gesundheitsstraße“ geschaffen. In den Erläuterungen wird dazu Folgendes ausgeführt: „Aufbauend auf der Initiative ‚Invalidität im Wandel‘ wurde ein Pilotprojekt betreffend ‚Gesundheitsstraße‘ eingerichtet, welches im Herbst 2008 von den Landesstellen Wien und Niederösterreich der Pensionsversicherungsanstalt mit dem Arbeitsmarktservice gestartet wurde. Ab 1. Juli 2010 soll dieses Projekt auf ganz Österreich ausgedehnt werden. Durch diese Gesundheitsstraße soll eine einheitliche, standardisierte, zentrale und verbindliche Feststellung der Arbeitsfähigkeit erfolgen. Auf Ersuchen des Arbeitsmarktservice, der Länder oder einer anderen öffentlich-rechtlichen Einrichtung nimmt künftig eine bei der Pensionsversicherungsanstalt eingerichtete Begutachtungsstelle die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Personen [...] vor. Darunter ist die Feststellung des medizinischen Leistungskalküls zu verstehen. Die von den Begutachterärzt/inn/en der Pensionsversicherungsanstalt erstellten Gutachten sind im Hinblick auf das medizinische Leistungskalkül verbindlich [...]. Durch die vorgeschlagene Erweiterung des § 351b ASVG soll eine entsprechende gesetzliche Grundlage für den Abschluss von Verträgen zwischen der Pensionsversicherungsanstalt und den Gebietskörperschaften (etwa den Ländern) oder anderen öffentlich-rechtlichen Institutionen (wie dem Arbeitsmarktservice) über die Begutachtung von Personen zur Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit samt Kostenersatz (der auch durch vereinbarte pauschalierte Zahlungen geleistet werden kann) geschaffen werden“ (EB 785 der Beilagen XXIV. GP, 8).

Mit dem **Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010**, wurde ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation als Pflichtleistung der Pensionsversicherung normiert (siehe dazu im Detail weiter unten Kapitel 2) und damit der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ verstärkt. Ein Anspruch auf Invaliditätspension war nur dann gegeben, wenn durch Maßnahmen der Rehabilitation das Rehabilitationsziel unter Bedachtnahme auf die

Zumutbarkeit nicht erreicht werden konnte bzw. im besonderen Fall Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig waren.

Mit dem **Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012, Novelle BGBl. I Nr. 3/2012** wurde das Invaliditätsrecht schließlich u. a. durch die Abschaffung der befristeten Invaliditätspension völlig neu gestaltet: Ein Anspruch auf Invaliditätspension besteht nur mehr bei dauernder Invalidität. Personen, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, soll lediglich dann eine Invaliditätspension gebühren, wenn dauerhafte Invalidität vorliegt. Anstelle einer befristeten Invaliditätspension sollen künftig Rehabilitationsgeld bzw. Umschulungsgeld ausgezahlt werden. Damit haben gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die an zweckmäßigen und zumutbaren Maßnahmen teilnehmen und so ihre Chance auf Beschäftigung steigern können, Anspruch auf eine Geldleistung, die ihren Unterhalt sichert.

Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang auch die Übergangsbestimmungen, die vorsehen, dass für jene Personen, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, die bisherigen gesetzlichen Regelungen betreffend Invalidität weiterhin gelten. Personen, die am 31. Dezember 2013 eine befristete Invaliditätspension bezogen haben, sollen diese Leistung bis zum Auslaufen der aktuellen Befristung unter den bisherigen Bedingungen weiter beziehen können.

Im Detail werden die durch das SRÄG 2012 bewirkten Änderungen betreffend die neuen Geldleistungen des Rehabilitations- und Umschulungsgeldes sowie betreffend medizinische und berufliche Rehabilitation in der gesetzlichen Pensionsversicherung in Kapitel 3 dargestellt.

2 REHABILITATION IN DER PENSIONSVERSICHERUNG UND DER GRUNDSATZ „REHABILITATION VOR PENSION“

Im Zuge der **ASVG-Novelle BGBl. Nr. 13/1962** wurde der Leistungskatalog der Pensionsversicherung um Maßnahmen der Rehabilitation erweitert. Der Begriff der Rehabilitation fand somit am 1. Jänner 1962 erstmals Eingang in den Gesetzestext. Entscheidend geprägt wurde das Rehabilitationsrecht durch die **32. Novelle zum ASVG (BGBl. Nr. 704/1976)**, in der die Rehabilitation zur „Pflichtaufgabe“ der Pensionsversicherung wurde. Dabei wurde zwischen medizinischen, beruflichen und sozialen Maßnahmen der Rehabilitation unterschieden.

Mit dem **Strukturanpassungsgesetz 1996 (BGBl. Nr. 201/1996)** – siehe dazu die ausführliche Darstellung und auch die Kritik im Kapitel „Der Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pension‘“ in der Publikation zum Vorgängerprojekt (BMASK 2009, 3) – wurde das Rehabilitationsrecht erneut grundlegend novelliert: Normiert wurde eine grundsätzliche zeitliche Befristung der Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ gesetzlich verankert und derart ausgestaltet, dass ein Antrag auf Pension wegen geminderter Arbeitsfähigkeit gleichzeitig und ohne Zustimmung des Betroffenen als Antrag auf Rehabilitation zu werten war. Eine Invaliditätspension sollte nur mehr dann anfallen, wenn zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen die Wiedereingliederung ins Berufsleben nicht bewirken konnten. Im Vordergrund stehen sollte nicht mehr die Gewährung von Pensionen, sondern der Einsatz medizinischer und vor allem beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, Pensionen zu vermeiden.

Mit dem **Budgetbegleitgesetz 2011 (BGBl. I Nr. 111/2010)** wurde ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation als Pflichtleistung der Pensionsversicherung normiert. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ wurde durch die Einführung der pensionsvermeidenden beruflichen Rehabilitation als neue Pflichtleistung aus dem Versicherungsfall der gemin-

dernten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit verstärkt. Ein Rechtsanspruch auf Rehabilitation bestand, wenn die betroffene Person die Voraussetzungen für eine Invaliditätspension zumindest „wahrscheinlich“ erfüllte. In allen anderen Fällen blieb Rehabilitation als Pflichtaufgabe der Pensionsversicherung – als freiwillige Leistung im Einzelfall ohne Rechtsanspruch – erhalten. Für die Dauer der Rehabilitation gebührte als Geldleistung das Übergangsgeld. Weiters wurden im Zuge des Budgetbegleitgesetzes 2011 die Anspruchsvoraussetzungen für die Invaliditätspension um ein vorangegangenes Rehabilitationsverfahren ergänzt. Es gab keinen eigenständigen Antrag auf eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit mehr, sondern der Antrag war ex lege immer mit einem Rehabilitationsantrag verbunden. Zuerst war sodann im Verfahren vor dem Pensionsversicherungsträger über die Frage der Rehabilitation und erst danach über eine allfällige Pensionszuerkennung zu entscheiden.

Ein Anspruch auf Invaliditätspension bestand nur dann, wenn – bei Erfüllung aller anderen Voraussetzungen – durch Maßnahmen der Rehabilitation das Rehabilitationsziel unter Bedachtnahme auf die Zumutbarkeit nicht erreicht werden kann oder – trotz entsprechender Mitwirkung der betroffenen Person – nicht erreicht werden konnte bzw. im besonderen Fall Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig waren.

Mit dem **Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012, Novelle BGBl. I Nr. 3/2012 (SRÄG 2012)** wurde die Rechtslage für Personen, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, neuerlich grundlegend umgestaltet. Der Grundsatz „Rehabilitation statt Pension“ fand durch die weiter oben erwähnte völlige Abschaffung der befristeten Invaliditätspension eine weitere Stärkung. Anstelle einer befristeten Invaliditätspension werden künftig Rehabilitations- bzw. Umschulungsgeld ausgezahlt. Es wurde in diesem Zusammenhang ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation eingeführt und der Rechtsanspruch auf berufliche Maßnahmen der Rehabilitation gegenüber dem Pensionsversicherungsträger, der erst mit dem Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I

Nr. 111/2010, eingeführt worden war, abgeschafft, da diese Leistungen für die genannte Personengruppe künftig vom Arbeitsmarktservice zu erbringen sind (siehe dazu nachstehend Kapitel 3).

3 MEDIZINISCHE UND BERUFLICHE REHABILITATION NACH DEM SOZIALRECHTS-ÄNDERUNGSGESETZ 2012

Folgende Regelungen wurden mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012, Novelle BGBl. I Nr. 3/2012 (SRÄG 2012) eingeführt:

- » **Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation.** Personen, für die bescheidmässig festgestellt wird, dass vorübergehende Invalidität im Ausmaß von zumindest sechs Monaten vorliegt, haben Anspruch auf die im jeweiligen Einzelfall notwendigen und zweckmäßigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.
- » **Regelungen betreffend Rehabilitationsgeld in Fällen medizinischer Rehabilitation.** Personen, deren Pensionsantrag mangels dauernder Invalidität abgelehnt wird, bei denen jedoch bescheidmässig das Vorliegen vorübergehender Invalidität im Ausmaß von mindestens sechs Monaten festgestellt wird, haben einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsgeld. Das Rehabilitationsgeld wird von der Krankenversicherung geleistet, wenn zwar befristete Invalidität vorliegt, jedoch vorerst keine beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation durchgeführt werden können, da noch eine Besserung des Gesundheitszustandes abzuwarten ist. Das Rehabilitationsgeld gebührt im Ausmaß des Krankengeldes und ab dem 43. Tag im Ausmaß des erhöhten Krankengeldes. Bei Zusammentreffen eines Rehabilitationsgeldanspruches mit einem Anspruch auf Erwerbseinkommen über der Geringfügigkeitsgrenze gebührt nur ein Teilrehabilitationsgeld. Die BezieherInnen von Rehabilitationsgeld unterliegen sowohl der Teilversicherung in der Krankenversicherung als auch der Teilversicherung in der Pensionsversicherung. Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation werden in diesen Fällen vom zuständigen Pensionsversicherungsträger erbracht. Verweigert die zu rehabilitierende Person die Mitwirkung an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die ihr zumutbar sind, soll das Rehabilitationsgeld für die Zeit der Verweigerung entzogen werden.

- » **Regelungen betreffend Umschulungsgeld in Fällen von beruflicher Rehabilitation.** Berufliche Maßnahmen der Rehabilitation sind solche, durch die mit hoher Wahrscheinlichkeit die Invalidität auf Dauer beseitigt oder vermieden werden kann und die geeignet sind, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt auf Dauer sicherzustellen. Sie müssen unter Berücksichtigung der physischen und psychischen Eignung der versicherten Personen, deren bisheriger Tätigkeit, der Dauer und des Umfangs der bisherigen Ausbildung (Qualifikationsniveau) sowie des Alters, des Gesundheitszustands und der Dauer eines Pensionsbezugs festgesetzt und durchgeführt werden (Zumutbarkeit). Maßnahmen, die eine Ausbildung zu einer Berufstätigkeit umfassen, durch deren Ausübung das bisherige Qualifikationsniveau wesentlich unterschritten wird, dürfen nur mit Zustimmung der versicherten Person durchgeführt werden. Hat eine Person z. B. einen Lehrabschluss, ist eine Rehabilitation auf Tätigkeiten, die keine gleichwertige Ausbildung vorsehen, jedenfalls unzulässig (Qualifikationsschutz). Das Umschulungsgeld soll eine adäquate Existenzsicherung für Personen mit Qualifikationsschutz gewährleisten, die zur Teilnahme an beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation bereit sind. Personen, die Umschulungsgeld beziehen, werden in der Pensionsversicherung wie BezieherInnen von Arbeitslosengeld behandelt (Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung).

- » **Verfahren.** Die Voraussetzungen für den Anspruch auf Umschulungsgeld werden durch einen entsprechenden Bescheid des Pensionsversicherungsträgers erlangt. Dieser stellt fest, ob berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar sind und ob die aktive Bereitschaft zur Teilnahme an der Auswahl, Planung und Durchführung der Maßnahmen besteht. Dem Pensionsbescheid soll zur Klärung der Frage der Zumutbarkeit von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation obligatorisch ein berufskundliches Gutachten zugrunde gelegt werden, wenn sich diese Frage nicht schon aufgrund der ärztlichen Untersuchung beantworten lässt. Bei der Erstellung des berufskundlichen Gutachtens wie auch bei der ärztlichen Untersu-

chung besteht eine persönliche Mitwirkungspflicht der Antragstellerin bzw. des Antragstellers.

- » **Schaffung einer ganzheitlichen Begutachtung.** Die Grundsätze für die berufskundliche Begutachtung und für das Zusammenwirken der Versicherungsträger mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen werden in Richtlinien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegt.¹ Es wurde jeweils eine einheitliche Begutachtungsstelle als „Kompetenzzentrum Begutachtung“ eingerichtet, deren Tätigkeit sowohl die Erstellung von medizinischen als auch von berufskundlichen und arbeitsmarktbezogenen Gutachten umfasst: für den Bereich der unselbstständig Erwerbstätigen bei der Pensionsversicherungsanstalt, für den Bereich der selbstständig Erwerbstätigen bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gemeinsam mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

In einem Ablehnungsbescheid der Pensionsversicherungsträger ist auch festzustellen, um welche Art von Invalidität es sich handelt (mit oder ohne Berufsschutz), ob die Invalidität voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird bzw. für welches Berufsfeld der oder die Versicherte durch berufliche Maßnahmen der Rehabilitation qualifiziert werden kann. Zur Prüfung der Durchführbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen wurde die Möglichkeit eines Feststellungsantrages der bzw. des Versicherten zur Klärung der Frage geschaffen, ob Invalidität voraussichtlich dauerhaft vorliegt. Flankierend dazu sieht das SRÄG 2012 noch Regelungen in Bezug auf die berufliche Rehabilitation (Streichung des Rechtsanspruchs auf berufliche Rehabilitation für Personen, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, da sie diese Leistung künftig vom Arbeitsmarktservice erhalten) und das

1) Richtlinien für die Grundsätze der Erstellung von Gutachten in Angelegenheiten der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation 2013, avsv Nr. 161/2013 (RBG 2013), bzw. Richtlinien für das Zusammenwirken der Versicherungsträger untereinander und mit dem Arbeitsmarktservice bei der Durchführung der medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit 2013, avsv Nr. 157/2013 (RZR 2013).

Übergangsgeld vor. Letzteres wird während einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme oder einer beruflichen Ausbildung nur dann geleistet, wenn kein Rehabilitations- oder Umschulungsgeld gebührt.

Für den Fall eines neuerlichen Antrags auf Feststellung der Invalidität vor Ablauf der 18-Monate-Frist wird dieser Antrag zurückgewiesen, wenn bereits festgestellt wurde, dass keine Invalidität vorliegt und keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Allerdings wird diese Frist in jenen Fällen durchbrochen, in denen durch den Krankenversicherungsträger die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde, sodass sich nunmehr die Frage ergibt, ob die Durchführung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar ist. Die 18-Monate-Frist kommt auch dann nicht zur Anwendung, wenn das Arbeitsmarktservice festgestellt hat, dass die Realisierbarkeit beruflicher Maßnahmen nicht (mehr) gegeben ist.

4 ÄNDERUNGEN DES ARBEITNEHMERINNENSCHUTZGESETZES UND DES ARBEITSINSPEKTIONSGESETZES

Die besondere Situation psychischer Belastungen am Arbeitsplatz fand explizit Berücksichtigung in der letzten Novelle zum ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG). Bei den meisten Änderungen dieser mit 1. Jänner 2013 in Kraft getretenen Novelle (BGBl. I Nr. 118/2012) handelt es sich um Klarstellungen.

Bereits bisher galt, dass die Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern umfassend vor Gefahren zu schützen ist. Die Mitwirkung sonstiger Fachleute (etwa aus dem Bereich der Chemie, Ergonomie, Arbeitspsychologie etc.) wurde bereits mit 1. Jänner 2002 durch das Arbeitnehmerschutz-Reformgesetz (BGBl. I 2001/159) in der Präventivdienstbetreuung als arbeitsschutzrelevant verankert. Schon bisher waren insbesondere Arbeitspsychologinnen und -psychologen als „sonstige geeignete Fachleute“ (§ 82b ASchG) der sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Präventivdienstbetreuung erforderlichenfalls hinzuzuziehen; so in Anlassfällen nach §§ 76 Abs. 3 und 81 Abs. 3 ASchG – also immer dann, wenn es die betriebliche Gefahrensituation erforderte und die Fachkunde der Präventivfachkräfte im Anlassfall nicht ausreichte.

Auch die Ermittlung und Beurteilung von Gefahren und Belastungen für Sicherheit und Gesundheit der ArbeitnehmerInnen sowie die Festlegung von Maßnahmen (§ 4 ASchG) erfordert seit jeher die Einbeziehung *aller* Gefahren und Belastungen – so auch psychischer Fehlbelastungen wie Stress, monotone Arbeitsabläufe oder Gewaltvorfälle am Arbeitsplatz. Das Sozialressort hat schon vor der gegenständlichen ASchG-Novelle 2012 zur Unterstützung der betrieblichen Umsetzung im Rahmen der österreichischen Arbeitsschutzstrategie 2007–2012 den „Leitfaden der Arbeitsinspektion zur Bewertung der Evaluierung arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen“ (BMASK 2013; erstmals 2011) publiziert. Diesem Leitfaden können nähere Informationen zu den Fragen, was arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen sind, wie Betriebe bei der Evaluierung

psychischer Fehlbelastungen vorgehen sollten, welche Analyseinstrumente und Methoden zur Verfügung stehen und welche Maßnahmen sinnvollerweise festgelegt werden können, entnommen werden. Die gegenständliche ASchG-Novelle 2012 stellt nun klar, dass unter Gefahren sowohl physische als auch psychische Belastungen gemeint sind (§ 2 ASchG). Diese Klarstellung dient der stärkeren Betonung arbeitsbedingter psychischer Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen – dies mit dem Ziel, den notwendigen Bewusstseinsbildungsprozess bei den Verantwortlichen in den Betrieben zu unterstützen und die Auseinandersetzung mit diesem Thema in den Betrieben zu intensivieren. Dass es sich bei diesen Änderungen in § 2 Abs. 7 und 7a ASchG um bloße Klarstellungen handelt und schon nach bisher geltender Rechtslage die angeführten Begrifflichkeiten so zu verstehen gewesen sind, wird in den diesbezüglichen Erläuterungen ausdrücklich festgehalten.

Kern der Neuerungen, die ab 2013 wirksam geworden sind, ist zweifellos die Erweiterung der Evaluierungsverpflichtung (Gefahrenevaluierung). Normiert wurde eine klare und eindeutige Verpflichtung der ArbeitgeberInnen, psychische Belastungen in der Arbeit zu erheben, zu beurteilen und geeignete Maßnahmen zur psychischen Gesundheit der ArbeitnehmerInnen festzulegen und umzusetzen. Bei der Arbeitsplatzevaluierung sind ausdrücklich auch „die Gestaltung der Arbeitsaufgaben und die Art der Tätigkeiten, der Arbeitsumgebung, der Arbeitsabläufe sowie der Arbeitsorganisation“ zu berücksichtigen (vgl. § 4 Abs. 1 Z 6 ASchG). Eine Überprüfung und erforderlichenfalls Anpassung der Evaluierung haben auch „nach Zwischenfällen mit erhöhter arbeitsbedingter psychischer Fehlbeanspruchung“ zu erfolgen (vgl. § 4 Abs. 5 Z 2a ASchG). Zur Unterstützung der ArbeitgeberInnen bei der Evaluierung des Arbeitsplatzes hinsichtlich psychischer Belastungen müssen dafür fachkundige Personen – insbesondere Arbeits- und Organisationspsychologinnen bzw. -psychologen – eingesetzt werden. Nicht nur Sicherheitsfachkräfte und ArbeitsmedizinerInnen können somit mit der Arbeitsplatzevaluierung beauftragt werden, sondern – nun ausdrücklich – auch sonstige geeignete Fachleute, wie insbesondere Arbeitspsychologinnen und -psychologen (vgl. § 4 Abs. 6 ASchG).

Letztere sind allerdings auch nach gegenständlicher ASchG-Novelle nach wie vor keine Präventivfachkräfte im Sinne des 7. Abschnitts des ASchG; dies sind weiterhin ausschließlich Sicherheitsfachkräfte und ArbeitsmedizinerInnen. Gestärkt wurde aber ihre Bedeutung als Fachleute des ArbeitnehmerInnenschutzes.

Die allgemeinen Bestimmungen über Arbeitsvorgänge in § 60 Abs. 2 ASchG wurden im Hinblick auf Zwangshaltungen und arbeitsbedingte psychische Fehlbelastungen ebenfalls ergänzt: „Arbeitsvorgänge sind so zu gestalten, dass Zwangshaltung möglichst vermieden wird und Belastungen durch monotone Arbeitsabläufe, einseitige Belastung, Belastungen durch taktgebundene Arbeiten und Zeitdruck sowie sonstige psychische Belastungen möglichst gering gehalten und ihre gesundheitsschädigenden Auswirkungen abgeschwächt werden.“

Künftig haben ArbeitgeberInnen im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht überdies explizit auf die Integrität und Würde der bei ihnen arbeitenden Menschen zu achten. Auch die Aufgaben der Arbeitsinspektion werden um den Schutz der Integrität und Würde der ArbeitnehmerInnen erweitert.

Eine wichtige Maßnahme stellt darüber hinaus die Verlängerung der Ausbildungsdauer der ArbeitsmedizinerInnen dar, die um 30 Stunden auf 390 Stunden angehoben wird, damit mehr Kenntnisse über altersgerechte Arbeitsplätze vermittelt werden können und über Grundlagen der Arbeits- und Organisationspsychologie besser informiert werden kann.

ABSCHNITT C

OPERATIVE PRAXIS UND PROBLEMSTELLUNGEN

OPERATIVE PRAXIS UND PROBLEMSTELLUNGEN

Bereits in den Jahren 2007/2008 begann das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit dem Projekt „Invalidität im Wandel“ eine intensive Auseinandersetzung mit dem Themenkreis Invaliditätspensionen in Österreich. In den darauffolgenden Jahren zeigte sich immer deutlicher die Bedeutung psychischer Erkrankungen auch im Bereich der Invaliditätspensionen, weshalb das Sozialministerium unter dem Titel „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen“ ein Folgeprojekt mit speziellem Fokus auf dieses Thema initiierte. In der ersten Projektphase ging es um die Beschreibung des Ist-Zustandes und die Identifikation von Problemfeldern. In der zweiten Phase wurden Vorschläge betreffend Handlungsfelder und Optimierungsmöglichkeiten erarbeitet.

Von Beginn der Arbeitsgespräche an war klar, dass eine Vollständigkeit bei der Darstellung des Status quo im Bereich der psychischen Erkrankungen nicht erreichbar sein würde – zu vielfältig sind die Aktivitäten bzw. Akteurinnen und Akteure, unzureichend dagegen das vorhandene Datenmaterial.

Es war aber zentrales Anliegen des Projekts, mithilfe der teilnehmenden Expertinnen und Experten die relevanten Themen, Problembereiche und Handlungsfelder zu identifizieren und offenzulegen. Wichtigste Quelle hierfür bildete die umfassende und praxisnahe Expertise der ProjektteilnehmerInnen, die aus ihrer täglichen Arbeit heraus mit unterschiedlichen Schwerpunkten innerhalb der Gesamtthematik befasst und bestens vertraut sind. Sie ermöglichten es durch ihre engagierte Beteiligung und Diskussionsbereitschaft, auch dort ein realitätsnahes Bild der Situation in Österreich zu zeichnen, wo mitunter harte Fakten im Sinne wissenschaftlich ermittelter Daten fehlten. Zusätzlich zu den Befunden der Expertinnen und Experten werden in manchen Abschnitten dieses Kapitels Zahlen aus Deutschland bzw. dem internationalen Umfeld herangezogen, sofern eine Vergleichbarkeit mit der österreichischen Situation angenommen werden kann.

Der Themenkreis der psychischen Erkrankungen wurde im Projekt „Invalidität im Wandel 2“ in drei Bereiche unterteilt, die jeweils von einer Clusterarbeitsgruppe behandelt wurden:

- » Cluster 1: „Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen“
- » Cluster 2: „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt“
- » Cluster 3: „Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)“

Die gegenständliche Darstellung der operativen Praxis und der identifizierten Problemfelder im Bereich psychischer Erkrankungen in Österreich folgt in ihrer inhaltlichen Abfolge den Arbeitspaketen der Clustergruppen und den Ergebnissen ihrer Arbeit in der ersten Projektphase, wobei die Themen Prävention und Rehabilitation in zwei getrennten Kapiteln behandelt werden.

1. PRÄVENTION – CLUSTER 1

Prävention meint die vor ausschauende Vermeidung eines Problems, eines unerwünschten Ereignisses oder einer unerwünschten Entwicklung. Gemäß diesem sprachlichen Ursprung zielt Prävention im medizinischen Kontext in erster Linie darauf ab, Krankheiten zu verhindern, und setzt im Gegensatz zur kurativen Medizin durch entsprechende Interventionsmaßnahmen bereits *vor* dem Auftreten einer Krankheit an, z. B. durch Aufklärung über Risikofaktoren, Früherkennung usw. Unter Prävention fallen damit alle Maßnahmen, die zu einer Vermeidung von Krankheit beitragen, „von Vorbeugung und früher Intervention bis zu therapeutischen Interventionen und Rückfallsverhütung“ (BMSK 2003, 7).

Prävention gewinnt heute im Bereich Gesundheit zunehmend an Bedeutung, weil beim Krankheitsspektrum eine Verschiebung von akuten hin zu chronischen Erkrankungen – Stichwort „Zivilisationskrankheiten“ wie Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes, Übergewicht – sowie von körperlichen hin zu psychischen Störungen zu beobachten ist. Aus präventivmedizinischer Sicht wird Gesundheit durch komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bestimmt. Dieses ganzheitliche Verständnis führt zur Ausweitung des Begriffs von medizinischen auch auf soziale und politische Zusammenhänge.

In der Wissenschaft werden unterschiedliche Konzepte und Methoden der Prävention diskutiert. Die von Caplan (1964) vorgenommene und bis heute verwendete Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheidet je nach Zeitpunkt und Interventionsmaßnahme verschiedene Präventionsphasen.

Primäre Prävention hat zum Ziel, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Maßnahmen der Primärprävention wie Aufklärung, Erziehung, Information, politische Aktionen usw. können sich an einzelne Personen, Gruppen oder die Gesamtbevölkerung

richten und sollen idealerweise in einer möglichst frühen Lebensphase einsetzen. Dabei geht es um die Beseitigung oder Vermeidung potenziell schädigender Bedingungen oder Faktoren sowie um die Verbesserung der Widerstandsfähigkeit von Menschen. Beispiele dafür sind die Vermeidung von Risikofaktoren wie Alkohol- und Nikotinkonsum, stressreduzierende Arbeitsgestaltung usw.

Sekundäre Prävention soll das Fortschreiten einer Krankheit verhindern und zielt auf das möglichst frühe Erkennen von Krankheitssymptomen im Frühstadium bzw. von Veränderungen, die zu Krankheiten führen, ab. Maßnahmen der Sekundärprävention sind u. a. Vorsorgeuntersuchungen oder Screeningmethoden, aber auch Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge, z. B. Kuraufenthalte. Zielgruppen sind Personen oder Gruppen mit einem erhöhten Risikopotenzial, bei denen erste Anzeichen für eine Erkrankung bereits vorhanden sind bzw. bei denen durch korrigierendes Eingreifen weitere Fehlentwicklungen verhindert werden sollen. Zur Sekundärprävention zählen auch Maßnahmen, die sich auf Risikogruppen beziehen, bei denen der Ausbruch oder das Wiederauftreten einer Krankheit verhütet werden soll.

Tertiäre Prävention setzt bei bereits manifesten Störungen oder Erkrankungen an, um Verschlimmerungen, Ausweitungen, Folgestörungen oder Rückfälle zu vermeiden, z. B. mittels Rehabilitationsmaßnahmen. Tertiäre Maßnahmen betreffen Menschen, die bereits an einer Krankheit in fortgeschrittenem Stadium leiden. Ziel ist, die Funktionsfähigkeit und Lebensqualität weitestgehend wiederherzustellen bzw. zu erhalten.

Während Prävention zum Ziel hat, Krankheit zu verhindern, liegt dem jüngeren Begriff der **Gesundheitsförderung** (WHO 1986) eine salutogenetische Perspektive zugrunde: Im Mittelpunkt steht nicht die Frage danach, was krank macht, sondern was gesund hält. Das schließt auch das psychische Wohlbefinden mit ein. Geht es bei der Prävention um die Verringerung und Vermeidung von Risikofaktoren, will die Gesundheitsförderung

gesundheitsdienliche Lebensbedingungen im wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen, hygienischen und Bildungsbereich herstellen. Gesundheitsförderung umfasst damit Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen der Menschen erreicht werden soll.

Der Begriff der Gesundheitsförderung wurde erstmals 1986 in der Ottawa-Charta, dem Ergebnispapier der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, eingeführt: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl [E]inzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor[,] sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO 1986). Neben dem Ziel der Selbstbestimmung von Menschen über ihre Gesundheit stellt die Förderung der Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit einen wichtigen Grundsatz dar. Soziale und physische Umweltbedingungen wurden als Voraussetzungen für Gesundheit erkannt. Damit wurde Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie definiert, die alle Politikbereiche betrifft, nicht nur das Gesundheitswesen. Der Gesundheitsbegriff insgesamt erfuhr in den 1980er-Jahren eine Wandlung vom allein körperlichen Wohlbefinden hin zu einer ganzheitlichen Sichtweise, der ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zugrunde liegt (vgl. BMASK 2009, 50 f.).

Prävention und Gesundheitsförderung sind aber nicht zwei voneinander abgegrenzte Felder, sondern ergänzen einander und haben als gemeinsame Zielsetzung die Erhaltung bzw. Verbesserung von Gesundheit. Präventive Ziele können durch die Verminderung belastender Faktoren erreicht werden, gleichzeitig ist es aber auch nötig, „die Vermehrung von gesundheitlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben (z. B. Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung), sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenzen für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. fortzusetzen“ (Sachverständigenrat o. J., 25).

Betrachtet man Invalidität als Folge einer langen, oft über Jahrzehnte andauernden negativen Entwicklung mit dem Ergebnis dauerhafter Arbeitsunfähigkeit, so muss Prävention, die erfolgreich Invalidität verhindern will, ebenfalls langfristig ausgerichtet sein. Im Rahmen des Projekts „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“ wurde daher – wie auch schon im Vorgängerprojekt „Invalidität im Wandel“ – von einer ganzheitlichen Betrachtungsweise von Prävention ausgegangen, die Menschen kontinuierlich in ihrem Leben begleitet.

1.1 Präventionsangebote

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention haben dieselben Ziele und können in allen Lebensbereichen ansetzen. Insbesondere die Primärprävention kann alle Lebenswelten – Einzelne und Familien, die Öffentlichkeit, Unternehmen, Kindergärten, Schulen, Vereine, das Gesundheitswesen (z. B. Mutter-Kind-Pass) etc. – umfassen.

Die in Österreich bestehenden Präventionsangebote im Bereich psychischer Erkrankungen sind sehr heterogen, das heißt sowohl regional als auch inhaltlich uneinheitlich. Es gibt keine überblicksmäßige Erfassung oder Koordinationsansätze primärpräventiver Strategien, ebenso keine Überprüfung der bestehenden Angebote im Hinblick auf deren gesamtpolitische Sinnhaftigkeit und Effektivität. Eine langfristige, integrative Primärpräventionsstrategie fehlt.

Präventionscharta Österreich²

Als Ausgangspunkt für ein konzertiertes Vorgehen in der Gesundheitswelt startete die AUVA eine Initiative, um die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung zur Diskussion zu stellen und eindeutig zu klären. Ziel war die Entwicklung eines einheitlichen nationalen Arbeitsverständnisses. Dieses gemeinsame Begriffsverständnis wurde zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern von Bund, Ländern, anderen Sozialversicherungsträgern, den Sozialpartnern und weiteren gesundheitspolitischen Stakeholdern im Rahmen der Gesundheitsgespräche in Alpbach 2013 erarbeitet. Mehr als 150 Personen nahmen an der Veranstaltungsreihe teil.

Das gemeinsame Begriffsverständnis diente als Basis für eine Erhebung des Ist-Standes, bei der jede Organisation, die Prävention oder Gesundheitsförderung betreibt, ihre Aktivitäten bis Sommer 2014 auf einer österreichweiten Präventionslandkarte eintragen sollte. Diese Aktivitäten werden grafisch aufgearbeitet und veröffentlicht. Die AUVA hat die Aufgabe übernommen, die Informationen zusammenzutragen und eine funktionierende Präventionslandkarte zu erstellen, die eine umfassende Übersicht

- 2) Informationen zur Präventionscharta unter <http://www.praeventions-charta.at/praeventions-landkarte.html> sowie hier: APA-Meldung, 17. August 2013: „Alpbacher Gesundheitsgespräche – Präventions-Charta gefordert: AUVA-Initiative soll alle Sozialversicherungsträger, Bund und Bundesländer zu besserer Koordination bei Prävention und Vorsorge bringen.“ AUVA: Presseinformation, Wien, 19. August 2013: „Meilenstein für die heimische Prävention: gemeinsames Verständnis geschaffen. AUVA-Obfrau Römer: Enormer Erfolg für alle.“ Präventions-Charta Österreich. 16.–19. August 2013 (Folder) AUVA: Presseinformation, Wien, 13. März 2014: „Präventionslandkarte: Fast 400 Projekte eingemeldet. AUVA-Obfrau Römer: Ein wichtiger Schritt hin zu mehr Transparenz.“

über alle Präventionsaktivitäten in Österreich bilden soll. Unterstützt wird sie dabei vom Kuratorium für Verkehrssicherheit.

Seit November 2013 wurden 389 Projekte gemeldet, diese kommen aus den vier Bereichen Gesundheitsförderung (201), Primärprävention (294), Sekundärprävention (71) und Tertiärprävention (26), wobei viele Projekte mehreren Kategorien zugeordnet wurden. Thematisch sind die Projekte den Schwerpunkten Pflege, Ernährung, Sucht, Gesundheit, Untersuchung, Verkehr, Bewegung, Wissensvermittlung und Arbeitsleben zugeordnet. 156 der bisher erfassten Projekte werden bundesweit durchgeführt, der Rest in einzelnen Bundesländern, wobei die Bundeshauptstadt mit 59 die meisten Projekte gemeldet hat.

In der Folge sollen Best-Practice-Modelle ausgewählt werden, die im Sinne der Gesundheitsreform in ganz Österreich zum Einsatz kommen können.

1.2 Case-Management

Das Konzept des Case-Managements fand in Deutschland und Österreich in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Interventionsstrategien im Sozial- und Gesundheitswesen. Case-Management (Einzelfallmanagement) ist eine Methode, die ihren Ursprung im Bereich der Sozialarbeit in den USA hat und eine organisierte und bedarfsgerechte Unterstützung von Klientinnen und Klienten meint, wobei in einem kooperativen Prozess vorhandene individuelle Ressourcen und Problemlagen erfasst werden und der jeweilige individuelle Versorgungsbedarf ermittelt sowie über Zuständigkeiten und Kompetenzen hinweg geplant, koordiniert, überwacht und evaluiert wird (vgl. Göckler o. J., 10).³ Case-Management ist neben der operativen und strategischen Steuerung sozialer Dienstleistungen vor allem Information, Beratung und umfassende Betreuung von

3) Weitere Informationen auf der Website der Case Management Society of America: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>.

Klientinnen und Klienten, während deren die Case-Managerin bzw. der Case-Manager durchgehende Fallverantwortung trägt und ein Vertrauensklima zu den Klientinnen und Klienten aufbaut. Der individuelle Versorgungsbedarf der einzelnen Klientinnen und Klienten wird im Hinblick auf das Ziel durch Beratung und Bereitstellung der verfügbaren Ressourcen abgedeckt und ihre Mitwirkung eingefordert.

Seitdem Case-Management-Ansätze stärker in den Blickpunkt gerückt sind, werden unter diesem Begriff auch immer wieder Konzepte diskutiert und implementiert, die aufgrund ihrer Zielsetzung davon abzugrenzen sind. Bei verschiedenen Institutionen in Österreich, u. a. bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), dem AMS und den Krankenversicherungsträgern, wurden und werden inzwischen Betreuungskonzepte etabliert, die – in Abgrenzung zum Case-Management im obigen Sinne – als Case-Work bezeichnet werden können. Dabei werden Klientinnen und Klienten innerhalb eines Leistungsträgers von einer für sie zuständigen Person besonders und längerfristig betreut, d. h., *ein* Berater bzw. *eine* Beraterin ist für einen Fall zuständig und begleitet diesen während der gesamten Interventionszeit dieser Institution. Case-Management liegt im Unterschied dazu dort vor, wo eine Betreuung das Zusammenwirken mehrerer Institutionen und ihrer Dienstleistungen nötig macht und die Case-Managerin bzw. der Case-Manager den Fall *unabhängig* und institutionenübergreifend behandelt. Case-ManagerInnen agieren als FürsprecherInnen für ihre Klientinnen und Klienten und verfolgen keine institutionsgeleiteten Interessen. Im Sinne dieser Definition bietet nur „fit2work“ in Österreich echtes Case-Management flächendeckend an. „fit2work“ versteht sich als Kompass im österreichweiten Leistungsangebot der Gesundheitsförderung, der aber auch mittels Case-Management Klientinnen und Klienten bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unterstützt. Es nutzt die bestehenden Angebote verschiedener Einrichtungen und bietet Orientierung, Beratung und Unterstützung, um Invalidisierungen und damit auch die Folgen von krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit, wie psychosoziale Probleme, Verschuldung, familiäre Krisen usw., zu verhindern. Menschen und Unternehmen sollen von der besseren Vernetzung der

vielen bereits bestehenden Angebote der Sozialversicherung, des AMS, des Bundessozialamtes sowie anderer Träger und dem verbesserten Zugang zu diesen Angeboten profitieren. Die Palette der von „fit2work“ angebotenen Beratungsleistungen reicht dabei – je nach Bedarf – von einer allgemeinen Basisinformation bis hin zu Case-Management-Maßnahmen. Zielgruppen von „fit2work“ sind sowohl erwerbstätige und arbeitslose Personen als auch Betriebe.

Für Betriebe stehen die nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen und dadurch die Sicherung der Produktivität im Mittelpunkt. Weitere positive Wirkungen sind eine Effizienzsteigerung durch weniger Krankenstände bzw. durch das Sinken der Abwesenheitszeiten, die Verhinderung eines frühzeitigen Ausscheidens von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie, damit verbunden, der Erhalt von wertvollem Know-how im Betrieb. Mit „fit2work“ wird einem Erfahrungsverlust vorgebeugt, die Betriebe ersparen sich die Suche nach bzw. den Einsatz und die Einarbeitung von Ersatzarbeitskräften.

Durch „fit2work“ soll mittelfristig einem systematischen Ausschluss von Betroffenen aus dem Erwerbsleben aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen entgegengewirkt und ein Beitrag zur Armutsvermeidung geleistet werden. „fit2work“ bietet überdies Hilfestellung für Menschen mit niedrigem Selbsthilfepotenzial durch die Eröffnung von Perspektiven und umfassende Unterstützung. Es setzt mit seinem Beratungsangebot frühzeitig an und ist eine adäquate Anlaufstelle auch für Personen mit psychischen Erkrankungen, die vor der Invalidisierung oft unbeachtet bleiben. Ziel ist eine nachhaltige Verbesserung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit betroffener Personen, die zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls sowie des Selbsthilfepotenzials und der sozialen Integration in die Arbeitswelt führt.

Volkswirtschaftlich gesehen erhöhen sich durch den längeren Verbleib von Menschen im Erwerbsleben die Steuer- und Beitragseinnahmen, zusätzlich werden die gesundheitsbedingten Ausgaben der Sozialversicherung gesenkt.

„fit2work“

„fit2work“ ist ein niederschwelliges Beratungsangebot, das zur Vermeidung von frühzeitigem krankheitsbedingtem Ausscheiden von Menschen aus dem Erwerbsleben beitragen soll. Als eine Initiative der österreichischen Bundesregierung wird „fit2work“ aus Mitteln der Gebarung Arbeitsmarktpolitik, der Gebietskrankenkassen (GKK), der Pensionsversicherung (PV), der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und des Bundessozialamts (BSB) finanziert und ist im Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) verankert. „fit2work“ wird von unabhängigen regionalen Umsetzungspartnern angeboten und läuft in Kooperation mit vielen Partnerorganisationen, wobei die Koordination durch das Bundessozialamt erfolgt.

„fit2work“ wurde schrittweise implementiert. Der Start erfolgte 2011 in den ersten drei Bundesländern, seit 2013 wird „fit2work“ flächendeckend in ganz Österreich angeboten und laufend hinsichtlich seiner Effektivität evaluiert. „fit2work“ kann mit seinen Angebotssäulen Personenberatung und Betriebsberatung den individuellen und den betrieblichen Bereich erfassen.

Personen mit mehr als 40 Krankenstandstagen in einem Kalenderjahr erhalten automatisch ein Schreiben der Gebietskrankenkasse, in dem auf die Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten durch „fit2work“ hingewiesen wird. Betont wird dabei ausdrücklich die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme. Zusätzlich wird versucht, durch gezielte Werbung und Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit Personen mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz sowie Betriebe anzusprechen und in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Stakeholdern auf das Beratungs-

angebot von „fit2work“ hinzuweisen, das grundsätzlich allen Menschen kostenlos offensteht.

Derzeit machen Personen, die sich aufgrund der Intervention der Gebietskrankenkassen an die Beratungsstellen wenden, den größten Teil der Klientinnen und Klienten aus. Die Inanspruchnahme des Angebots ist regional unterschiedlich.

Erste Auswertungen von „fit2work“ zeigen eine hohe BenutzerInnenzufriedenheit. Bis Ende Oktober 2013 wurden bereits 11.112 Erstberatungen durchgeführt, wovon 4.843 Klientinnen und Klienten ins Case-Management aufgenommen wurden.

Tabelle 2: Stand der Umsetzung von „fit2work“

Fallzahlen per 2. Mai 2014 nach Beratungsart und Bundesländern

	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	T	Vbg.	W	Gesamt
Basisinformation Personen	827	1.352	5.659	3.500	2.200	4.024	2.073	1.019	9.084	29.738
Basisinformation Betriebe	12	18	66	52	60	71	47	43	69	438
Basisinformation gesamt	839	1.370	5.725	3.552	2.260	4.095	2.120	1.062	9.153	30.176
Erstberatung gesamt	710	1.336	2.481	1.988	1.441	2.549	1.311	742	3.804	16.362
Case-Management gesamt	362	579	1.562	1.059	630	933	553	305	1.614	7.597

Quelle: BSB 2014

Tabelle 3: Zugangsarten zu „fit2work“

Stand per 2. Mai 2014

Erstberatung – Stufe 1		
Krankenkasse	8.314	51,4 %
AMS	2.239	13,8 %
Sonstige Einrichtung*	1.932	11,9 %
Selbstmelder**	3.687	22,8 %
Case-Management – Stufe 2		
Krankenkasse	3.842	50,6 %
AMS	1.136	14,9 %
Sonstige Einrichtung*	907	11,9 %
Selbstmelder**	1.715	22,6 %

* Beinhaltet Interessenvertretungen, andere Sozialversicherungsträger, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Vereine, Sozialpartner, Empfehlung Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Gesundheits- und Rehabilitationseinrichtungen.

** Beinhaltet Freundinnen/Freunde, Bekannte, Familie, Medienberichte, Messeveranstaltungen, Homepage, Sonstiges.

Quelle: BSB 2014

Die Case-ManagerInnen von „fit2work“ führen Beratungsgespräche durch und haben die Möglichkeit, Klientinnen und Klienten an Psychologinnen und Psychologen bzw. Fachärztinnen und Fachärzte weiterzuleiten. Ca. 50 % der Klientinnen und Klienten leiden unter psychischen Erkrankungen. Unter den Case-Managerinnen und -Managern gibt es zwar auch Psychologinnen und Psychologen, „fit2work“ bietet selbst jedoch keine medizinische oder psychologische Betreuung an, sondern fungiert lediglich als Drehscheibe.

Der Zugang zu kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen gestaltet sich aufgrund der Kontingentierungen für viele Betroffene schwierig, die Finanzierung eines privaten Therapieplatzes scheitert in den meisten Fällen trotz Zuzahlung der Krankenkassen an den damit verbundenen Kosten; es besteht somit eine echte Versorgungslücke. Betroffene werden aus diesem Grund in der Regel erst spät durch Maßnahmen erreicht, eine zumindest fortgeschrittene Psychotherapie ist jedoch in vielen Fällen Vorbedingung für

eine erfolgreiche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Um solche Verzögerungen in der Problemlösung zu vermeiden und raschere Heilungs- bzw. Integrationsprozesse anstoßen bzw. fördern zu können (vgl. Erläuterungen zum SRÄG 2012), wurde mit dem SRÄG 2012 dem § 6 AGG folgender Abs. 8 angefügt: „Soweit Dienstleistungen zur Lösung der gesundheitlichen Probleme der in die Beratung oder in ein Case Management übernommenen Personen nicht ausreichend vorhanden sind, kann der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Vorsorge treffen, dass solche Leistungen auf Grund vertraglicher Vereinbarungen, zB durch Förderung von Pilotprojekten, zur Verfügung gestellt werden. Die für diesen Zweck eingesetzten finanziellen Mittel sind bis zu einer Obergrenze von jeweils einer Million Euro aus der Gebarung Arbeitsmarktpolitik und aus der Pensionsversicherung zu bedecken [...]“ (EB 2000 der Beilagen XXIV. GP, 15).

Psychologische Betreuung – Pilotprojekt

Seit Mitte April 2013 stehen zusätzliche 2 Mio. Euro für die Versorgung von „fit2work“-Klientinnen und -Klienten mit klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Zusatzbetreuung zur Verfügung. Innerhalb eines Jahres sollen rund 900 Personen von diesem Angebot profitieren können. Die Psychotherapieleistungen bestehen subsidiär und kommen nur dann zum Tragen, wenn keine kassenfinanzierten Therapieplätze zeitnah und in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Die klinisch-psychologische Betreuung ist für die öffentliche Hand ein völlig neues und innovatives Angebot.

„fit2work“ kann durch Früherkennung prophylaktische Wirkung entfalten und mithelfen, längere Krankenstände, teure stationäre und Reha-Aufenthalte sowie erfolglose (Re-)Integrationsbemühungen in den Arbeitsmarkt zu verhindern.

1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung muss sich an der Frage orientieren, in welchen Lebenswelten (z. B. Familie, Stadt, Schule, Arbeit) Gesundheit hergestellt wird und wie die dort herrschenden organisatorischen Bedingungen entsprechend zu gestalten sind. Die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ definiert betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als eine Unternehmensstrategie mit dem Ziel, „Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen [...], Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (ENWHP 2007, 3). Sie ist im Wesentlichen eine ganzheitliche Organisationsentwicklungsstrategie, die Gesundheitsressourcen im Unternehmen aufbauen soll und an jenen Faktoren der Arbeitswelt anknüpft, die Krankheiten fördern oder auslösen können. Das Europäische Netzwerk der betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP) definiert als geeignete Ansätze zur Erreichung von besserer Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, die Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen. Betriebliche Gesundheitsförderung eruiert und analysiert gesundheitsbezogene betriebliche Handlungsfelder (z. B. Fehlzeiten, Betriebsklima, Fluktuation, Motivation) und versucht, mit einem partizipativen Ansatz Gesundheitsressourcen im Unternehmen aufzubauen.

Aus der Luxemburger Deklaration gehen folgende Leitlinien zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung hervor:

- » Partizipation: Einbeziehung aller MitarbeiterInnen.
- » Integration: Berücksichtigung von BGF bei allen wichtigen Entscheidungen im Unternehmen.
- » Projektmanagement: systematische Umsetzung aller Maßnahmen und Programme (Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse).

- » Ganzheitlichkeit: Anwendung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen, d. h. Risikoreduktion und Ausbau von Gesundheitspotenzialen.

Betriebliche Gesundheitsprojekte und -maßnahmen funktionieren nach dem Setting-Ansatz und streben ein Empowerment der Zielgruppe, also eine Förderung ihrer Selbstkompetenz, an.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Ansätze unterschieden. Während sich der **verhältnisorientierte Ansatz** mit den Strukturen und der Organisation der Arbeitswelt auseinandersetzt, richtet sich der **verhaltensorientierte Ansatz** auf das individuelle Verhalten der MitarbeiterInnen, z. B. auf die Aufdeckung von Risikoverhalten, Aufklärung und Implementierung von Präventionsmaßnahmen. In der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung liegt der Schwerpunkt der Maßnahmen im verhältnisfördernden Bereich.⁴ Ein Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung kann auch die Verhaltensförderung sein, da die Gesundheit von Beschäftigten auch mit deren persönlichem Lebensstil zusammenhängt.

Gegenwärtig wird gesundheitspolitisches Handeln noch von der Forderung nach ausreichender medizinischer Versorgung im Krankheitsfall sowie nach Verminderung der Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten beherrscht. Im ASVG findet sich beispielsweise keine Definition von Gesundheit, sondern nur von Krankheit. Die bisherigen Strategien der gewerkschaftlichen und, soweit überhaupt formuliert, politischen Forderungen im Zusammenhang mit der Gesundheit in der Arbeitswelt sind gleichfalls reaktiv definiert. In der Europäischen Union stand mit der Errichtung eines Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung das Bemühen im Vordergrund, das gesundheitliche Umfeld der Erwerbsarbeit aktiv zu gestalten.

4) Vgl. Netzwerk BGF: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64777&p_tabid=3.

Im Rahmen des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung definierten die VertreterInnen der Mitgliedsstaaten Qualitätsanforderungen an betriebliche Gesundheitsförderung. Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung zählt folgende Merkmale einer qualitativ hochwertigen betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit auf:⁵

- » Integration im Betrieb: Betriebliche Gesundheitsförderung muss auf unterschiedlichsten Ebenen in die betrieblichen Strukturen und Abläufe integriert werden. Ziel ist eine Übernahme des durch die Gesundheitsförderung entwickelten neuen Zugangs zur Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in die gesamte Betriebskultur.
- » Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit: Die Nutzung der Kompetenz von und die Kooperation mit allen im Unternehmen vertretenen Gruppen (Unternehmensleitung, Betriebsrat, betrieblichen Präventivdiensten) sind Voraussetzung für eine nachhaltige Gesundheitsförderung.
- » Durchführung einer Ist-Analyse: Basis gesundheitsfördernder Maßnahmen bildet eine Bestandsaufnahme der Einflussfaktoren und des gesundheitlichen Befindens der Beschäftigten.
- » Operationalisierbare Ziele: Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprojektes werden die betrieblichen gesundheitspolitischen Ziele festgelegt.
- » Kontinuität und Ganzheitlichkeit: Betriebliche Gesundheitsförderung spricht Menschen als physische, psychische und soziale Wesen an und ist als kontinuierlicher Prozess zu begreifen, der in die betriebliche Organisation und die Arbeitsabläufe eingebunden ist.

5) Vgl. ebd.

- » Offenheit und Partizipation: Entscheidungen sollen für alle am Prozess Beteiligten transparent gemacht werden. Beteiligung beginnt mit frühzeitiger und umfassender Information und reicht bis zur Einbindung der betroffenen Beschäftigten in die Umsetzung.
- » Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen: Betriebliche Gesundheitsförderung berücksichtigt die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen in einem Unternehmen. Die persönlichen Gesundheitskompetenzen des Einzelnen sollen gestärkt werden.
- » Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung: Die Arbeitsbedingungen im weitesten Sinne müssen in einer Weise gestaltet oder verändert werden, dass sie geeignet sind, die Gesundheit zu erhalten und gesundheitsgerechtes Verhalten zu fördern.
- » Nutzen für die Beschäftigten: Gesundheitsförderung soll den gesundheitlichen Nutzen für die Beschäftigten erhöhen und deren Wohlbefinden verbessern. Damit ist automatisch ein Nutzen für das Unternehmen durch eine Verbesserung betrieblicher Kennziffern verbunden.
- » Öffentlichkeitsarbeit: Gesundheitsförderung im Unternehmen muss sowohl innerhalb des Unternehmens als auch überbetrieblich ein Gesprächsthema sein.
- » Qualitätssicherung und Evaluation: Um den Nutzen sowohl für MitarbeiterInnen als auch für das Unternehmen beurteilen zu können, müssen Gesundheitsförderungsmaßnahmen laufend analysiert und ihre Auswirkungen bezüglich der vereinbarten Ziele sowie hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen überprüft werden.
- » Effizienzorientierung: Betriebswirtschaftliche Überlegungen im Sinne eines effizienten Einsatzes personeller und finanzieller Ressourcen spielen ebenfalls eine Rolle.

Ein wesentliches Merkmal erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte stellt die aktive Beteiligung der MitarbeiterInnen am Projektablauf dar. Damit erhalten Beschäftigte die Möglichkeit, Verbesserungspotenziale unmittelbar aufzuzeigen, Problemlösungen zu entwickeln und die Rolle von Expertinnen und Experten zu übernehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung bringt damit sowohl den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch den Unternehmen eine Reihe von Vorteilen.

Betriebliche Gesundheitsförderung stellt eine Win-win-Situation für alle involvierten Gruppen und Systeme – Unternehmen, ArbeitnehmerInnen, Sozialversicherungssystem, Expertinnen/Experten bzw. BeraterInnen, Wirtschaft – dar, wobei eine Bewertung des rein wirtschaftlichen Nutzens zu kurz greift und eine differenzierte Betrachtung qualitative Effekte berücksichtigen muss, um die Sinnhaftigkeit der Investition in das sogenannte Humankapital eines Unternehmens zu unterstreichen. Während für Unternehmen oft die Reduktion vermeidbarer Kosten durch krankheitsbedingte Ausfallzeiten oder eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen, eine geringere Fluktuation, eine Produktivitätssteigerung oder das attraktive öffentliche Image als Magnet für „High Potentials“ im Vordergrund stehen, sind es aufseiten der MitarbeiterInnen Faktoren wie die höhere Lebensqualität, die durch verbesserte Gesundheit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, Sicherheit und Motivation oder reduzierte Stressfaktoren erreicht wird, wie auch die Stärkung ihrer Eigenverantwortung oder die Verbesserung des Betriebsklimas, die ihren „Gewinn“ ausmachen. Das Sozialversicherungssystem profitiert von der Kostenreduktion durch die verbesserte Gesundheit der Versicherten und verlängerte Beitragszeiten.

Als volkswirtschaftlicher Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung wird immer noch vor allem die Reduktion von Invalidität und krankheitsbedingten Kosten gesehen. Bereits 2004 wiesen Helmenstein et al. in einer seither immer wieder zitierten IHS-Studie darauf hin, dass die betriebs- und volkswirtschaftlichen Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich bei bis zu 1,7 % des BIP liegen könnten. Analysiert wurden in der

Studie erstens die betrieblichen Einsparungseffekte aufgrund vermiedener Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall, zweitens auf volkswirtschaftlicher Ebene die Effekte, die sich durch die Reduktion von Krankengeld und Krankenstandstagen sowie durch die Verringerung von Todesfälle und die Vermeidung von Invaliditätspensionen ergeben, und schließlich wurden auch Einsparungen berücksichtigt, die durch reduzierte Ausgaben für Krankenbehandlungen entstehen. Die Autorinnen und Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass der genannte Einsparungseffekt nur unter der Annahme erreicht werden kann, „dass alle Erwerbstätigen durch betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme erreicht werden können und alle erwerbstätigen Personen den auf sie individuell zugeschnittenen Empfehlungen Folge leisten“ (Helmenstein et al. 2004, 54). Bei einer geringeren Beteiligungsquote als 100 % seien entsprechend niedrigere volks- und betriebswirtschaftliche Auswirkungen zu erwarten. Das Ergebnis der Studie muss auch insofern relativiert werden, als vor allem auf verhaltensorientierte Maßnahmen, wie Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, Ernährungsprogramme, Raucher- und Alkoholprogramme, Rückenschulen usw., abgestellt wurde (vgl. ebd., 53).

Eine rein ökonomische Betrachtung der Auswirkungen betrieblicher Gesundheitsförderung greift aber zu kurz, denn neben der Verbesserung der individuellen Gesundheit der Menschen und der Kernziele von Unternehmen kann betriebliche Gesundheitsförderung in einem größeren Zusammenhang betrachtet zur Erreichung ökonomischer, sozialer und ökologischer Ziele der Gesellschaft beitragen.

BGF-Charta

Um die Qualität von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich zu wahren, stellt das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) entsprechende Instrumente zur Verfügung – mit dem Ziel, ein im gesamten Bundesgebiet gleiches Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung zu schaffen. Das ÖNBGF hat einheitliche Erfolgskriterien entwickelt, die betriebliche Gesund-

heitsförderung bewert-, nachvollzieh- und evaluierbar machen. Seit 2005 wurde die BGF-Charta, die die grundlegende Orientierung eines Betriebes an den Qualitätskriterien des ÖNBGF darlegt, von Hunderten Betrieben in Österreich unterzeichnet. Mit ihrer Unterschrift bekunden sie, dass sie den Erhalt und die Förderung der Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen als Unternehmensaufgabe betrachten.

Betriebe, die ein Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgreich durchgeführt oder ein langfristiges betriebliches Gesundheitsmanagementsystem erfolgreich implementiert haben, zeichnet das ÖNBGF für jeweils drei Jahre mit dem BGF-Gütesiegel aus. Im Dezember 2013 trugen 441 österreichische Unternehmen das Gütesiegel.

Tabelle 4: BGF-Gütesiegel-Unternehmen in Österreich ab 2005

Anzahl und prozentuelle Verteilung, Stand: Dezember 2013

Bundesland	Anzahl	Prozent
Burgenland	1	0,26
Kärnten	23	6,28
Niederösterreich	75	19,90
Oberösterreich	87	22,77
Salzburg	47	12,57
Steiermark	64	19,63
Tirol	8	2,36
Vorarlberg	10	2,88
Wien	41	13,35
Gesamt	441	100,00

Allerdings steht auch die betriebliche Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit dem Anstieg psychischer Erkrankungen vor wachsenden Anforderungen, um bestehende psychische Belastungen zu reduzieren und entsprechende Krankheiten zu verhindern. Psychische Belastungen prägen bei vielen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern den Alltag. Ursachen sind vor allem Termindruck, hohes Arbeitstempo und hohe Komplexität der Arbeitsprozesse, die wesentlich höhere Anforderungen an Kommunikation und

Koordination stellen als früher. Die Zahl der Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen ist im Ansteigen begriffen, negative Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf körperliche Krankheiten wie Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems wurden nachgewiesen. Psychische Erkrankungen, wie z. B. Burnout, verursachen lange Fehlzeiten sowie hohe Folgekosten und stellen gleichzeitig aufgrund ihrer Multikausalität und Nichtsichtbarkeit eine große Herausforderung dar. Gesundheitsfördernde Maßnahmen erfordern eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Arbeitspsychologie.

Der „Anbietermarkt“ im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich ist groß und heterogen. Unter dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ finden in Österreich unterschiedlichste präventive Maßnahmen statt, psychische Gesundheit wird allerdings oft nicht mitgedacht. Noch ist es nicht selbstverständlich, dass sich betriebliche Akteurinnen und Akteure auch mit psychischer Gesundheit beschäftigen. Psychosozialer Arbeitsschutz ist schwieriger zu konzipieren, Erfolge sind oft nur über sozialwissenschaftliche Indikatoren, wie die Einschätzung des Betriebsklimas und andere subjektive Bewertungen, messbar. Themen wie ein wertschätzendes Miteinander oder betriebliche Maßnahmen zur Depressionsprävention sind noch nicht weit verbreitet.

1.4 Arbeitsmedizin

Seit Jänner 2013 ist die Novelle zum ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) in Kraft, die im Bereich der psychischen Belastungen wesentliche Neuerungen gebracht hat. Sie regelt erstmals die verbindliche Ermittlung und Beurteilung von psychischen Belastungen und Gefährdungen am Arbeitsplatz. Damit werden nun Betriebe durch das Arbeitsinspektorat auch im Hinblick auf eine Evaluierung psychischer Arbeitsbelastungen und gegebenenfalls eine entsprechende Maßnahmenplanung untersucht. Die Aufwertung der Arbeitspsychologie und die – anlassunabhängige – Evaluierungspflicht hinsichtlich

psychischer Belastungen werden begleitet von der verpflichtenden Anwendung validierter arbeitspsychologischer Verfahren auf gesetzlicher Basis.

Die ÖNORM EN ISO 10075-1⁶ definiert psychische Belastung als „alle Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“. Hier geht es um Fragen wie: Müssen ArbeitnehmerInnen oft lange auf Informationen warten, um die Arbeit fortsetzen zu können? Funktionieren erforderliche Arbeitsmittel schlecht, sodass sie die Ausführung der Arbeit behindern? Behindert große Lautstärke die Konzentration von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern? Ist für ArbeitnehmerInnen der Sinn von bestimmten Arbeitsanforderungen nicht klar? Gibt es zu wenig Unterstützung und Feedback? Sind die Arbeitsinhalte gleichförmig und wiederholen sich ständig? Diese und ähnliche Fragen dienen der Erhebung verschiedener Formen psychischer Belastung, die zu Fehlbeanspruchungen am Arbeitsplatz führen können. Die Antworten sind im Zuge der gesetzlich geforderten Arbeitsplatzevaluierung zu ermitteln und zu beurteilen, um dann entsprechende Verbesserungsmaßnahmen daraus abzuleiten.

Das neue ASchG verfolgt folgende Ziele:

- » Reduktion psychischer Belastungen
- » Klarstellung, vor allem hinsichtlich der Begriffe
- » stärkere Betonung der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen
- » Erhöhung des Bewusstseins und stärkere betriebliche Auseinandersetzung mit dem Thema
- » Hervorheben der Rolle der Arbeitspsychologinnen und -psychologen neben den Präventivfachkräften (ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte)

6) DIN EN ISO 10075-1:2000-11 (D): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991); deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000. Teil 1 der ÖNORM EN ISO 10075 definiert Begriffe im Bereich der physischen Arbeitsbelastung und -beanspruchung und zeigt Beziehungen zwischen den dazugehörigen Begriffen auf. Er gilt für die Gestaltung von Arbeitsbedingungen in Hinblick auf psychische Arbeitsbelastung und soll einen einheitlichen Sprachgebrauch zwischen Fachleuten und Praktikern auf dem Gebiet der Ergonomie sowie im Allgemeinen fördern. Für Teil 2 ist die Behandlung von Gestaltungsgrundlagen vorgesehen.

Die ASchG-Novelle stellt unter anderem klar, dass der Begriff „Gefahr“ im Sinne des ASchG neben physischen auch psychische Belastungen umfasst, und legt die Pflichten der ArbeitgeberInnen in diesem Zusammenhang fest: „Unter Gefahren im Sinne dieses Bundesgesetzes sind auch arbeitsbedingte physische und psychische Belastungen zu verstehen, die zu Fehlbeanspruchungen führen“ (§ 2 Abs. 7 ASchG). Dementsprechend wird auch der Gesundheitsbegriff nicht mehr nur auf das körperliche Wohlbefinden bezogen: „Unter Gesundheit im Sinne dieses Bundesgesetzes ist physische und psychische Gesundheit zu verstehen“ (§ 2 Z 7a ASchG), wobei die ÖNORM EN ISO 10075-1 den Begriff „psychisch“ auf „kognitive, informationsverarbeitende und emotionale Vorgänge im Menschen“ bezieht. In § 3 Abs. 1 und 2 des ASchG wird festgehalten: „Arbeitgeber haben die zum Schutz des Lebens, der Gesundheit sowie der Integrität und Würde erforderlichen Maßnahmen zu treffen [...]“, und „Arbeitgeber haben sich unter Berücksichtigung der bestehenden Gefahren/Belastungen über den neuesten Stand der Technik und der Erkenntnisse auf dem Gebiet der Arbeitsgestaltung entsprechend zu informieren“ (§ 3 Abs. 1 und 2 ASchG).

In den Erläuterungen zu § 2 Abs. 7 und 7a ASchG werden auch Ursachen arbeitsbedingter psychischer Fehlbeanspruchungen aufgezählt (vgl. EB 1983 der Beilagen XXIV. GP, 6):

- » widersprüchliche Arbeitsaufgaben
- » Arbeitsverdichtung, erhöhter Konzentrationsbedarf
- » ständige Erreichbarkeit
- » Zeit- und Termindruck
- » unangemessene Wiederholung immer gleicher Arbeitsvorgänge (monotone Arbeitsabläufe)
- » Informationsmangel oder Informationsüberflutung
- » fehlende Handlungsspielräume, mangelnde Beteiligungsmöglichkeiten

Menschengerechte Arbeitsgestaltung muss in verschiedenen Bereichen ansetzen. Das ASchG rückt – neben der Gestaltung der Arbeitsplätze und Verfahren – in den §§ 4 und

7 nun auch zusätzliche Dimensionen in den Fokus der Aufmerksamkeit: die Gestaltung der Arbeitstätigkeiten und -aufgaben, der Arbeitsabläufe und der Arbeitsumgebung. In den Erläuterungen zu § 4 Abs. 1 Z 6 ASchG heißt es: „Die Ergänzung orientiert sich am Leitfaden der Arbeitsinspektionen zu arbeitsbedingten psychischen Belastungen bzw. der ÖNORM EN ISO 10075, Teil 1-3 und stellt die grundlegenden Dimensionen arbeitsbedingter psychischer Belastungen dar, die [...] zu Fehlbeanspruchungen führen können. Bei der Arbeitsplatzevaluierung sind diese Dimensionen sowie deren Zusammen- und Wechselwirkung und die Schnittstelle Mensch-Technik-Organisation zu berücksichtigen“ (EB 1983 der Beilagen XXIV. GP, 7). Im Zuge der gesetzlich geforderten Arbeitsplatzevaluierung sind also auch psychische Belastungen zu eruieren und zu beurteilen, um dann entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten. Die Arbeitsplatzevaluierung umfasst nach dem ASchG eine Ermittlung der Arbeitsbedingungen mit standardisierten Messmethoden, die qualitätsgesicherte Beurteilung der Ergebnisse, die Ableitung und Umsetzung von konkreten Maßnahmen sowie die Überprüfung der Wirksamkeit derselben.

Ziel der Evaluierung physischer und psychischer Belastungen ist es, die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen zu wahren, indem ermittelt wird, ob physische und psychische Einflussfaktoren der Arbeitsbedingungen zu Beeinträchtigungen führen. Die Evaluierung muss mit standardisierten und geeigneten Messmethoden (§ 4 ASchG), die auch tatsächlich arbeitsbezogene psychische Belastungen erfassen, durchgeführt werden,⁷ wobei alle festgestellten psychischen Gefährdungen festzuhalten sind (§ 5 ASchG). Den Ergebnissen entsprechende ursachenbezogene und kollektiv wirksame Maßnahmen sind aus den Resultaten der Evaluierung abzuleiten (§ 7 ASchG) und umzusetzen. Schließlich muss die Wirksamkeit der Maßnahmen geprüft und die Arbeitsplatzevaluierung regelmäßig wiederholt werden.

7) Solche Methoden sind nach ÖNORM EN ISO 10075-3 geprüfte arbeitspsychologische Diagnoseverfahren, wie schriftliche Befragung, Einzel- oder Gruppeninterviews, Beobachtung.

Personen, die Evaluierungen psychischer Belastungen durchführen und Maßnahmen definieren, müssen über entsprechendes Fachwissen, also arbeits- und organisationspsychologische Fachkompetenz, verfügen. Erforderlichenfalls sind gemäß ASchG von den Unternehmen bei der Arbeitsplatzevaluierung sonstige Fachleute, insbesondere Arbeitspsychologinnen und -psychologen, hinzuzuziehen bzw. mit der Evaluierung und Beratung hinsichtlich geeigneter Maßnahmen zu beauftragen (vgl. § 4 Abs. 6 ASchG).

1.5 Krankenstände

Die überwiegende Anzahl der Krankenstände in Österreich lässt sich auf wenige Ursachen zurückführen. Laut Fehlzeitenreport des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) (vgl. Leoni 2012, 45 f.) gehen 82 % aller Krankenstandsfälle und fast 76 % aller Krankenstandstage auf die zehn häufigsten Diagnosegruppen zurück. Eine der Diagnosegruppen, die für häufige bzw. lange Krankenstände verantwortlich sind, bilden Erkrankungen der Psyche:

Tabelle 5: Krankheitsgruppenstatistik

Krankenstandsfälle und Krankenstandsdauer nach den häufigsten Krankheitsgruppen 2011

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle Anteile in Prozent	Krankenstandstage Anteile in Prozent	Dauer der Fälle Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	14,0	22,1	16,7
Krankheiten der oberen Luftwege	30,6	16,6	5,8
Psychiatrische Krankheiten	2,2	7,7	36,8
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,4	6,1	19,0
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,2	6,0	19,6
Darminfektionen	11,6	4,5	4,2
Symptome und schlecht bez. Affektionen	5,4	4,3	8,4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	5,7	4,1	7,6
Sportunfälle	1,3	2,6	21,6
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	2,8	2,5	9,6

Quelle: WIFO Fehlzeitenreport (Leoni 2012, 47)

Die einzelnen Diagnosegruppen unterscheiden sich stark, was die Dauer der Krankenstände betrifft. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die psychischen Krankheiten mit 36,8 Tagen weit über dem Gesamtdurchschnitt von knapp 11 Tagen (vgl. ebd., 48).

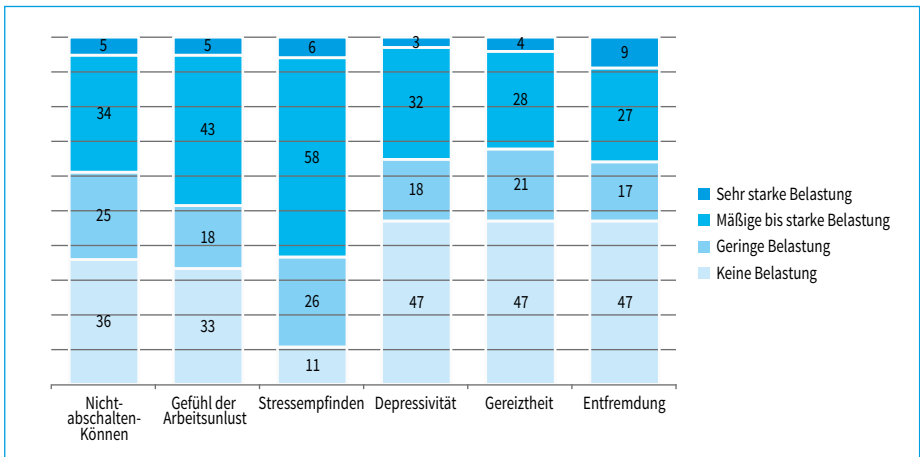
Wie das WIFO festhält, lässt sich in Österreich – ebenso wie in anderen Ländern – zudem aus den Krankenstandstagen ein Aufwärtstrend der psychischen Erkrankungen ablesen, der sich vor allem seit Mitte der 1990er-Jahre beschleunigt hat. „Erkrankungen der Psyche sind die einzige Krankheitsgruppe, die zwischen 1994 und 2011 (von einem niedrigen Niveau ausgehend) einen absoluten Zuwachs an Fehlzeiten je Beschäftigten verzeichnete“ (ebd., 51). Allerdings ist, wie das WIFO hervorhebt, „die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das Krankenstandsgeschehen [...] von diesen Zahlen nicht unmittelbar abzulesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der Ärzte, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben“ (ebd.). Viele körperliche Symptome, die infolge von psychischen Belastungen auftreten, münden in Krankenstände, ohne dass sie einer psychischen Ursache zugeschrieben werden.

Psychische Belastungen und Erkrankungen haben große Bedeutung für die Arbeitswelt. Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zählen zu jenen gesundheitlichen Problemen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden. Aus dem Arbeitsklima-Index 2012 (AK OÖ 2012) geht hervor, dass psychische Erkrankungen einen höheren und umfassenderen Einfluss haben als körperliche Belastungen. Als wichtigste psychische Belastungen am Arbeitsplatz zählt der Index Probleme mit Vorgesetzten oder Arbeitskolleginnen und -kollegen, Zeitdruck, ständige Kontrolle und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten auf (vgl. AK OÖ 2012, 30). Von psychischen Belastungen werden Beschwerden wie hoher Blutdruck, Magen- und

Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen usw. beeinflusst, sie haben aber auch Auswirkungen auf stärker körperbezogene Beschwerden wie Rückenschmerzen und Verspannungen (vgl. ebd.). Bei den durch den Arbeitsklima-Index verzeichneten psychischen Beeinträchtigungen ist die Belastung der ArbeitnehmerInnen im Bereich des Stressempfindens am stärksten, gefolgt von Problemen bei der Arbeitsmotivation und beim Abschalten nach der Arbeit, einer empfundenen Sinnlosigkeit der eigenen Arbeit sowie einer Belastung durch depressive Symptome (vgl. ebd., 32).

Insgesamt ist die Bedeutung von psychischen Belastungen für die Beschäftigungsfähigkeit enorm. Wie das WIFO (vgl. Biffl et al. 2011, 107 ff.) ausführt, verdoppelten sich zwischen 1996 und 2009 die Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen, während der Anteil der Krankenstände aufgrund anderer Ursachen rückläufig war. Außerdem verursachen psychische Erkrankungen überdurchschnittlich lange Krankenstände: Sie waren beispielsweise im Jahr 2008 für nur 1,9 % der Krankenstandsfälle, aber für 6,3 % der Krankenstandstage verantwortlich. Hinzu kommt die Vermutung, dass Krankenstände, die auf eine psychische Ursache zurückgehen, in den Sozialversicherungsdaten wohl untererfasst sind, da sie bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen, wie beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufproblemen usw., zugerechnet werden.

Diagramm 4: Psychische Beeinträchtigung



Quelle: Arbeitsklima-Index (AK OÖ 2012, 33)

Die Kultur des Arbeitsumfeldes kann die Gesundheit der Beschäftigten sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Statistisch nachgewiesen ist ein Zusammenhang zwischen der Krankenstandsquote der Beschäftigten und Elementen der Unternehmenskultur wie Führungsqualität, soziale Unterstützung und Gratifikation. Grundsätzlich überwiegt zwar bei den Beschäftigten die positive Einschätzung der Unternehmenskultur, jene Gruppe von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die ihr betriebliches Umfeld negativ beurteilt, verzeichnet aber deutlich überdurchschnittliche Krankenstandsquoten. So sind beispielsweise in der EU Beschäftigte, die über die Qualität der Führung im Unternehmen negativ urteilen, im Jahr etwa 2,5 Tage mehr im Krankenstand als jene, die sehr gute Führungskräfte haben (bei durchschnittlich sieben Krankenstandstagen pro Jahr). Auch Beschäftigte, die sich bei der Arbeit nicht ausreichend unterstützt sehen, und solche, die nur wenig Gratifikation für ihre Leistung erhalten, weisen mehr Krankenstände auf (vgl. Leoni 2012, 82 f.). Die Untersuchungsergebnisse des WIFO bestätigen dieses Bild auch für Österreich: „Hohe Zufriedenheitswerte mit der Führungsqualität und ein ausreichendes Ausmaß an Unterstützung gehen demnach mit unterdurch-

schnittlichen Krankenstandswerten einher“ (ebd., VII). Das WIFO weist in diesem Zusammenhang folgerichtig auf den wichtigen Umstand hin, dass im Unternehmen „die Gesundheit der Beschäftigten auch dort mitbestimmt wird, wo sie nicht explizit angesprochen wird“ (ebd.).

Dass sich gesundheitliche Probleme nicht zwingend in höheren Fehlzeiten niederschlagen, zeigt das Phänomen des Präsentismus, also die Anwesenheit von Beschäftigten am Arbeitsplatz trotz Krankheit, z. B. aufgrund von Pflichtgefühl gegenüber den Arbeitskolleginnen und -kollegen oder aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. Erkrankungen können sich auch erst langfristig in Form eingeschränkter Beschäftigungsfähigkeit auswirken oder kurzfristig dazu führen, dass man aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung in einem nicht voll leistungsfähigen Zustand arbeiten geht. Die Auswertungen zeigen in diesem Zusammenhang, dass die Unternehmenskultur auch mit der Zahl der Präsentismustage zusammenhängt und ein hohes Ausmaß an Unterstützung und Gratifikation zu geringerem Präsentismus führt (vgl. ebd., 88 ff.).

Betrachtet man die Krankenstände nach Branchen, so werden deutliche Unterschiede erkennbar. Zwar hat je nach Art der Tätigkeit eine Krankheit unterschiedliche Auswirkungen, da die gleiche Krankheit in Abhängigkeit von den beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führt, in einem anderen aber nicht. Außerdem ergeben sich aus der Zusammenfassung der Unternehmen nach Tätigkeitsbereichen Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und Homogenität. Trotzdem können branchenspezifische Unterschiede festgestellt werden. Die Bereiche Verkehr, öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie Gesundheits- und Sozialwesen verzeichnen sehr hohe Krankenstandsquoten, eine niedrige Quote weist der Bereich Erziehung und Unterricht auf (vgl. Leoni 2012, 32 ff.).

Tabelle 6: Krankenstandsquoten nach Branchen

Österreich 2011

Wirtschaftsklassen ⁸	in Prozent
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	2,3
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	3,7
Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren	3,9
Energieversorgung	3,6
Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	4,3
Baugewerbe, Bau	3,8
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	3,4
Verkehr und Lagerei	4,4
Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie	3,1
Information und Kommunikation	2,3
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	2,7
Grundstücks- und Wohnungswesen	3,3
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	2,1
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	4,8
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,1
Erziehung und Unterricht	2,5
Gesundheits- und Sozialwesen	4,1
Kunst, Unterhaltung und Erholung	3,0
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,3
Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung v. Waren u. Erbringung v. Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	2,6
Gesamt	3,6

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen (zit. nach Leoni 2012, 32)

Ein Teil dieser Unterschiede kann durch Arbeitsunfälle erklärt werden; eine Bereinigung um die Arbeitsunfälle führt zwar zu einer Reduktion der Abstände zwischen dem Dienstleistungsbereich und dem Güter produzierenden Sektor, dennoch bleibt auch nach einer solchen Bereinigung ein Gefälle zwischen den Sektoren bestehen.

8) Die Branche „Extraterritoriale Organisationen und Körperschaften“ sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, sind nicht angeführt.

1.6 Hochrisikogruppen

Es gibt bekannte „Hochrisikogruppen“ für spätere psychische Erkrankungen. Diese Gruppen haben auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Als Beispiele für solche Personengruppen seien angeführt:

- » Langzeitarbeitslose
- » Kinder psychisch kranker Elternteile
- » AlleinerzieherInnen und deren Kinder
- » SchulabbrecherInnen
- » Jugendliche mit nicht erfolgreichem Schulabschluss
- » Jugendliche ohne Berufsausbildung

1.6.1 Langzeitarbeitslose

Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass in puncto psychischer Gesundheit signifikante Unterschiede zwischen Erwerbslosen und Erwerbstätigen bestehen. Die österreichischen Daten, auf denen die Studie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ aus dem Jahr 2011 beruht, verdeutlichen, dass Arbeitslose besonders stark von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betroffen sind (95 psychische Arbeitsunfähigkeitsfälle auf 1.000 Anspruchsberechtigte im Vergleich zu 23 Fällen bei Angestellten und 22 bei Arbeiterinnen und Arbeitern pro 1.000 Anspruchsberechtigte). Bei den somatischen Fällen von Arbeitsunfähigkeit dreht sich das Verhältnis um: Bei den Arbeiterinnen und Arbeitern kommen 1.317 Fälle auf 1.000 Anspruchsberechtigte, gefolgt von den Arbeitslosen (795/1.000) und den Angestellten (461/1.000) (vgl. Hauptverband 2011, 27).

Die Frage nach dem Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitslosigkeit brachte zwei konträre Erklärungsmodelle hervor: erstens die Kausalitätshypothese und zweitens die Selektivitätshypothese. Die Kausalitätshypothese besagt, dass die

psychischen Beeinträchtigungen eine Folge der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit sind. Dieser Kausalzusammenhang kann entweder direkt oder indirekt zum Tragen kommen, z. B. durch höheren Alkoholkonsum oder durch sozioökonomische Belastungen. Die Selektivitätshypothese hingegen besagt, dass Arbeitslosigkeit eine Folge des bereits vorher bestehenden schlechten Gesundheitszustands ist, dass also kranke Menschen eher arbeitslos werden und schwerer wieder einen adäquaten Arbeitsplatz finden. In den Ergebnissen einer Längsschnittstudie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit und Dauer der Arbeitslosigkeit und einem negativeren psychischen und physischen Befinden der TeilnehmerInnen (vgl. Berth et al. 2006).

Mohr und Richter betonen, dass „[u]nter den Erwerbslosen [...] der Anteil psychisch beeinträchtigter Personen doppelt so hoch [ist] wie in der Gruppe der Erwerbstätigen. Depressivität, Angstsymptome, psychosomatische Beschwerden und die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sind als psychische Folgen der Erwerbslosigkeit nachgewiesen“ (Mohr/Richter 2008, 26). Die negativen psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit, die sich etwa auf den Verlust von Struktur, produktiver sozialer Teilhabe und beruflichen wie außerberuflichen Perspektiven zurückführen lassen, können auch wieder verschwinden, sobald die Person wieder eine passende und gesellschaftlich akzeptierte Arbeit gefunden hat, wie empirisch belegt wurde (vgl. Frese 2008, 22). Dies spricht eher für die Kausalitätshypothese, da dieser Punkt darauf hinweist, dass Erwerbslosigkeit und die folgende Verschlechterung der psychischen Konstitution in einem Kausalzusammenhang stehen.

Das genaue Ausmaß der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ist noch von weiteren Faktoren abhängig, so verdoppeln sich etwa bei Langzeitarbeitslosigkeit negative Effekte (vgl. ebd., 23). Durch eine Vielzahl an Längsschnittstudien und Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass es zwei zentrale Faktoren für Unterschiede im Erleben und Bewältigen der Erwerbslosigkeit gibt: die Dauer der Erwerbslosigkeit und die finanzielle Situation der Person. Je länger die Erwerbslosigkeit andauert, desto

mehr nehmen die Gesundheitseinschränkungen zu. Im Fall von älteren Menschen kommt es nach einer Erwerbslosigkeit von mehr als zwölf Monaten zu Rückzugs- und Distanzierungstendenzen (vgl. Mohr/Richter 2008, 26 f.).

Berth et al. kommen anhand der Daten aus ihrer Studie zu dem Schluss, dass Kausal- und Selektionshypothese in gegenseitiger Wechselwirkung aktiv und relevant sind: „Personen, die (bereits als Jugendliche) psychisch belasteter sind, werden demnach eher arbeitslos und bleiben dies auch länger, [sic!] als weniger Belastete. Befragte mit einer hohen anfänglichen psychischen Belastung fühlen sich von den subjektiven Arbeitslosigkeitsfolgen, wenn eine solche eintritt, stärker belastet“ (Berth et al. 2006, 115). Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Belastungen sind in einer Negativspirale aneinandergelockt.

1.6.2 Kinder psychisch kranker Elternteile

Kinder psychisch kranker Elternteile sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Lenz 2005; Mattejat 2001; Downey/Coyne 1990). Ein Erklärungsmodell für die hohe Rate an Kindern in stationärer psychiatrischer Behandlung mit einem psychisch erkrankten Elternteil ist die genetische Prädisposition. Generell zeigt sich jedoch, dass genetische Faktoren nur zum Teil den Zusammenhang zwischen elterlicher und kindlicher Erkrankung erklären können und individuelle und psychosoziale Faktoren nicht nur ebenso wichtig sind, sondern insbesondere auch die Kombination bzw. Komplementarität genetischer und kontextueller Risikofaktoren beachtet werden muss (vgl. Downey/Coyne 1990; Tienari et al. 1987; Tienari et al. 2004).

Die Probleme, mit denen Kinder psychisch kranker Elternteile konfrontiert sind, sind mannigfaltig: Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung der Krankheit, Isolierung, Betreuungsdefizit, Zusatzbelastungen, Abwertungserlebnisse, Loyalitätskonflikte nach innen und nach außen (vgl. Mattejat 1996). Bei Weitem nicht alle Kinder mit Eltern, die

psychisch erkrankt sind, erkranken jedoch selbst. Ergebnisse aus der Resilienzforschung legen dar, dass es bestimmte Faktoren gibt, die das Risiko für Kinder klar verringern, wie beispielsweise die altersadäquate Aufklärung über die Krankheit des betroffenen Elternteils, ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament oder die emotional sichere Bindung an eine Bezugsperson und ein unterstützendes soziales Netzwerk (für eine genaue Übersicht siehe Lenz 2005, 17 ff.).

1.6.3 AlleinerzieherInnen und deren Kinder

Das traditionelle Modell der heterosexuellen Zweielternfamilie ist in Österreich nach wie vor quantitativ vorherrschend, es ist jedoch brüchig geworden. Schneider (2006) weist für Deutschland darauf hin, dass sich das aktuelle Verständnis von Familie von einem ehebasierten wegbewegt hin zu einem, das auf dem Vorhandensein von Kindern beruht. Ein Familienmodell, das seit den 1970er-Jahren an Häufigkeit zugelegt hat, ist die Einelternfamilie. Einelternfamilie ist jedoch nicht Einelternfamilie, denn die Gründe, warum Männer oder Frauen als Alleinerziehende mit ihren Kindern zusammenleben, sind vielfältig. Es kann sich hierbei um ein bewusstes Lebenskonzept handeln oder aber auch um „geglücktes Coping auf stark belastete vorausgehende Familienverhältnisse“ (Fegert 2001, 52), die psychisch stark nachwirken können, sodass die psychischen Dynamiken nicht nur auf die Tatsache des Alleinerziehens zurückzuführen sind. Das Leben als Alleinerziehende bzw. Alleinerziehender kann auch eine Folge des Todes des zweiten Elternteils oder von Trennung oder Scheidung und damit von einschneidenden und psychisch belastenden Erlebnisse sein. Besonders für jüngere und sehr junge Kinder ist eine Trennung psychisch besonders belastend, während generell aber lang andauernder Streit und Konflikte für Kinder belastender sind als die Trennung selbst (vgl. ebd., 52 f.).

In Österreich gab es im Jahresdurchschnitt 2012 168.000 Einelternfamilien mit erhaltenen Kindern unter 27 Jahren, davon 149.600 mit Müttern und 19.200 mit Vätern (vgl.

Statistik Austria 2013, 79). Alleinerziehende Frauen und ihre Kinder sind sozioökonomisch benachteiligter und psychisch stärker belastet als Frauen und Kinder, die in Zweielternfamilien leben. Alleinerzieherinnen sind einem größeren Risiko für psychische und somatische Erkrankungen, für Selbstmord, Unfälle und Alkoholismus ausgesetzt (vgl. Franz et al. 2003, 60). In der Düsseldorfer Alleinerzieherinnenstudie, in der über 500 alleinerziehende Mütter mit einer Kontrollgruppe verheirateter Mütter verglichen wurden, konnte gezeigt werden, dass die Alleinerzieherinnen einen geringeren sozioökonomischen Status – sowohl, was das Einkommen betrifft, als auch in Hinblick auf die höchste abgeschlossene Schulbildung – innehatten und unter größerer psychischer Belastung standen und dass Söhne alleinerziehender Frauen im Vergleich häufiger durch Verhaltensstörungen auffielen. Auch die Daten der Ontario Child Health Study (Blum et al. 1988) verweisen darauf, dass Kinder in Einelternfamilien einem erhöhten Risiko für psychische Störungen oder Schulleistungsprobleme ausgesetzt sind, die signifikanten Risikofaktoren jedoch weniger das Aufwachsen in einer Einelternfamilie sind, sondern vielmehr die soziale und ökonomische Not, in der die Familien leben. Alleinerziehen sollte nicht dämonisiert werden und an sich Thema präventiver Überlegungen sein. Aus seinem Literaturüberblick folgert Fegert, dass es zwar Hinweise auf erhöhte Schulleistungsprobleme und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern aus Einelternfamilien gibt, dass jedoch die „Qualität der Eltern-Kind-Beziehung, insbesondere das Risiko der Kindesvernachlässigung, der Misshandlung oder des sexuellen Missbrauchs“ (Fegert 2001, 49), eine viel stärkere Aussagekraft in Bezug auf psychische Risiken hat als der Umstand des Aufwachsens in einer Einelternfamilie an sich.

Das Leben in einer Einelternfamilie kann auch eine Reaktion auf vorhergehende familiäre Belastungen sein, und Unterschiede bei Kindern aus Einelternfamilien sollen daher nicht allein auf diesen Umstand zurückgeführt werden. Fegert unterstreicht die Wichtigkeit, zu erkennen, in welchen Fällen hinter dem Alleinerziehen Probleme stecken, die womöglich schon vor der Trennung bestanden, wie beispielsweise Sucht, Depression,

Gewalt in der Familie oder Bindungsstörungen etc., um sekundärpräventiv intervenieren zu können. Zur Frühintervention schlägt er Modelle vor, die „gezielte bindungsfördernde und Erziehungskompetenz steigernde Interventionen für sehr junge Mütter, für psychisch kranke Mütter und für Mütter mit Suchtproblemen“ (ebd., 57) beinhalten. In Einelternfamilien, in denen entweder das Kind oder der Elternteil unter psychischen Problemen leidet, hat das Kind weniger familieninterne Ressourcen zur Verfügung, die es zur eigenen Stärkung mobilisieren kann (vgl. ebd., 56), und braucht hier zusätzlich Unterstützung von außen.

1.6.4 SchulabbrecherInnen, Jugendliche mit nicht erfolgreichem Schulabschluss, Jugendliche ohne Berufsausbildung

SchulabbrecherInnen, Jugendliche mit nicht erfolgreichem Schulabschluss und Jugendliche ohne Berufsausbildung sind zwar drei distinktive Gruppen, die auch gruppenintern weiter ausdifferenziert sind, werden jedoch hier zusammengefasst, da es trotz ihrer Unterschiedlichkeit starke Gemeinsamkeiten gibt.

Eine Vielzahl an internationalen Studien verweist darauf, dass ein verfrühter Schulabgang individuell wie gesellschaftlich risikoreich sein kann (z. B. Liem et al. 2001; Eivers et al. 2000; Kaplan et al. 1994). Schulabbruch kann zu massiv einschränkenden Lebenssituationen führen, die psychisch stark belastend sind: „eingeschränkte soziale Kontakte, verringerte Kontrolle über das eigene Leben und die Lebensumstände, Stigmatisierungen durch Dritte, geschwälertes Selbstwertgefühl, Beschäftigungslosigkeit, geringeres Einkommen, höhere Krankheitsanfälligkeit und vor allem psychische Folgen, die mit Arbeitslosigkeit und Armut einhergehen“ (Nairz-Wirth et al. 2012, 7). Präventionsangebote sind hier also dringend erforderlich, und dies am besten so früh wie möglich. Stamm et al. (2011) zeigen in ihrer empirischen Längsschnittstudie zu Dropouts in der Schweiz, dass der Schulabbruch ein multifaktoriell bedingtes Phänomen ist und nicht aus dem Blauen heraus geschieht. Diesem Ereignis geht zumeist eine Kette anderer

Ereignisse voraus, und die „Abwärtsspirale“ ist häufig mit dem Schulabbruch nicht beendet (vgl. Stamm 2012). Andererseits muss ein Schulabbruch nicht automatisch psychisch belastend sein, es kann auch der gegenteilige Effekt eintreten, beispielsweise direkt nach dem Abbruch, wenn der/die Jugendliche die Schule aufgrund psychisch belastender Situationen (z. B. Mobbing, Probleme mit Lehrerinnen und Lehrern bzw. Mitschülerinnen und Mitschülern) verlassen hat und sich psychische Entspannung einstellen kann. Außerdem konnte durch die Schweizer Längsschnittstudie gezeigt werden, dass ein großer Teil der Dropouts nach einer kürzeren oder längeren Auszeit auch wieder ins Bildungssystem zurückkehrt, entweder in die Schule oder direkt in eine Ausbildung.

Bildungsferne Jugendliche wurden in einer Studie im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich (AK OÖ) definiert als „[...] Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren, die als abgeschlossen [sic!] Ausbildung höchstens über Pflichtschulabschluss verfügen und sich in keiner weiterführenden Ausbildung (also Ausbildung mit mindestens Lehrabschluss) befinden“ (Niederberger/Lentner 2010, 10). Sie haben größere Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, als besser ausgebildete Jugendliche. Wie Steiner betont, steigt Arbeitslosigkeit mit sinkendem Bildungsniveau (vgl. Steiner 2011, 72), und die Arbeitslosenquote von bildungsfernen Jugendlichen liegt folglich auch deutlich über jener besser ausgebildeter Jugendlicher (vgl. Klinglmair 2013, 7).

Wie im Kapitel „Langzeitarbeitslose“ bereits ausgeführt, haben die Dauer und die finanzielle Lage Auswirkungen auf das (auch gesundheitliche) Erleben und das Bewältigen von Erwerbslosigkeit. Die Stigmatisierung, die mit Arbeitslosigkeit durch verringerte Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe einhergehen kann, hat psychosoziale Auswirkungen. Außerdem gilt auch für junge Menschen, dass Erwerbsarbeit eng mit Identitätskonzeption und Selbstwert verbunden ist und als wichtiger Pfeiler für psychische Stabilität gelten kann (vgl. Niederberger/Lentner 2010, 10).

1.7 AllgemeinmedizinerInnen

Laut der Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“ (ICG 2012) sind die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen häufig die Erstanlaufstelle bei psychischen Belastungen oder Erkrankungen. Der Anteil der AllgemeinmedizinerInnen in der Versorgung psychisch Kranker ist in Österreich im Vergleich zu den Vergleichsländern am höchsten und die Dichte der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie am geringsten (ebd., 23). AllgemeinmedizinerInnen dominieren klar mit 68 % als ErstverschreiberInnen von Psychopharmaka (Hauptverband 2011, 13 f.).

Die Diagnose psychischer Erkrankungen selbst sollte von Fachärztinnen bzw. Fachärzten oder Allgemeinmedizinerinnen bzw. -medizinern mit Psy-3-Ausbildung gestellt werden; 874 Ärztinnen und Ärzte gibt es in Österreich, die „eine umfassende Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin haben (Psy-3-Ausbildungsmodul). Diese sind wichtige Anlaufstellen für psychisch Erkrankte, da sie durch ihre zusätzliche Ausbildung besonders geschulte Diagnostizierer und Therapiepersonen in allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen sind [...]“ (Hauptverband 2011, 71).

Die Studie des Hauptverbandes zeigt, dass „ca. 90 % aller PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, regelmäßigen Kontakt [...] zu einem/r AllgemeinmedizinerIn haben“ (ebd., 8). Als positiv ist hier die Niederschwelligkeit der medizinischen Versorgung festzuhalten, problematisch ist jedoch, dass es „keine Behandlungsmodelle oder -empfehlungen gibt“ und „[i]m Rahmen der Berufsausbildung von AllgemeinmedizinerInnen [...] wenig betreffend die Versorgung psychischer Erkrankungen angeboten wird“ (ebd.). In der Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“ (ICG 2012) wird die Bedeutung der Unterstützung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern durch Fort- und Weiterbildung in puncto psychischer und psychiatrischer Erkrankungen hervorgehoben.

1.8 Psychotherapie

Drei Prozent der österreichischen Bevölkerung sind von psychischen Erkrankungen schwer betroffen. Aus der im Anhang des vorliegenden Bandes befindlichen Studie des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Salzburger Gebietskrankenkasse zur Versorgung psychisch Erkrankter geht hervor, dass 2009 in Österreich rund 900.000 Personen aufgrund psychischer Diagnosen das Gesundheitssystem in Anspruch nahmen und Leistungen der Krankenversicherung erhielten. Davon bezogen 840.000 Psychopharmaka aus den Gruppen der Antidepressiva, der Antipsychotika oder der Tranquilizer, rund 78.000 Personen waren im Krankenstand, und 70.000 hatten einen stationären Aufenthalt, wobei die meisten Personen der beiden letztgenannten Gruppen auch Medikamente bekamen (vgl. Hauptverband 2011, 5).

In den letzten Jahren kam es zu einem außergewöhnlichen Anstieg bei psychischen Erkrankungen, vor allem bei den leichteren; die stationären Aufenthalte verringerten sich, die Verordnung von Psychopharmaka stieg aber im Vergleich zu den insgesamt verordneten Medikamenten stark an. Die Zunahme psychischer Erkrankungen geht auch aus den Krankenstandsdaten hervor. Zwar hat diese Gruppe mit 2,5 % aller Krankenstandsfälle im Jahr 2009 nur einen kleinen Anteil, dieser steigt aber im Zeitverlauf deutlich stärker als Krankenstände aufgrund körperlicher Diagnosen. Zudem ist auch die Dauer der Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen mit etwa 40 Tagen deutlich höher als jene aufgrund körperlicher Diagnosen mit durchschnittlich 11 Tagen. Auch bei den Kosten lassen sich deutliche Unterschiede zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen feststellen. Während 2009 die Krankengeldkosten bei psychischer Erkrankung im Durchschnitt 1.750 Euro pro Fall ausmachten, waren es bei den körperlichen Erkrankung durchschnittlich 730 Euro pro Fall. Insgesamt verursachten psychische Diagnosen damit Krankengeldkosten von rund 70 Mio. Euro, somatische Diagnosen dagegen 375 Mio. Euro. Das bedeutet, dass 2,5 % aller Krankenstandsfälle 15,7 % des gesamten Krankengeldvolumens ausmachen. Auf Basis der Versorgungsda-

ten zeigt sich auch, dass mit zunehmendem Alter ein starker Anstieg psychischer Erkrankungen zu bemerken ist (vgl. ebd., 6).

Von den 840.000 Personen, die 2009 aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchten, waren 120.000 bei Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Psychiatrie, die übrigen vor allem bei Allgemeinmedizinerinnen bzw. -medizinern. Rund 70.000 Personen mussten stationär behandelt werden. In öffentlichen Spitälern stehen 3.380 Betten zur Verfügung. Die Studie weist darauf hin, dass die kürzer werdenden stationären Aufenthalte eine intensive Nachbetreuung erfordern, die jedoch gegenwärtig nicht ausreichend gewährleistet ist. Der Schnittstellenbereich zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung wird als zentrales Problem bei der Versorgung psychisch Kranker angeprangert. Zentrale Anlaufstellen im niedergelassenen Bereich sind die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die zwar einen niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung darstellen, allerdings über zu wenig geeignete Behandlungsempfehlungen und mangelnde Ausbildung hinsichtlich psychischer Erkrankungen verfügen (vgl. ebd., 8 f.).

Da es keinen Gesamtvertrag für Psychotherapie gibt, erfolgt die Versorgung mit Psychotherapie in jedem Bundesland über eine Sachleistung („Psychotherapie auf Krankenschein“). Grundlage sind Einzelverträge der Träger mit elf großen psychotherapeutischen Versorgungsvereinen sowie anderen Institutionen, wodurch Stundenkontingente für Psychotherapie auf Kosten der Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Hinzu kommen eigene Psychotherapieambulatorien der Krankenkassen. Der Zugang zu dieser Sachleistung ist bei den Krankenversicherungsträgern unterschiedlich gestaltet, was die Beantragungs- und Bewilligungsverfahren sowie die Kostenbeiträge betrifft. Die Wartezeiten auf eine Psychotherapie schwanken zwischen null und fünf Monaten.

Rund 2.100 der ca. 7.000 berufsberechtigten Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreuen über diese Sachleistungsversorgung 35.000 Patientinnen und Patienten jähr-

lich in insgesamt 500.000 Therapiestunden, wobei die durchschnittliche Therapiedauer bei vier Monaten liegt; noch einmal etwa die gleiche Anzahl an Patientinnen und Patienten sowie Stunden wird im Wege des Kostenzuschusses (21,80 Euro pro Stunde als Zuzahlung der Krankenversicherung zu Psychotherapie bei privat aufgesuchten Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten) versorgt; das ergibt insgesamt 65.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr. Zählt man weitere AnbieterInnen psychotherapeutischer Leistungen (AllgemeinmedizinerInnen sowie Fachärztinnen und -ärzte mit Diplom für psychotherapeutische Medizin, Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie) hinzu, so erhalten insgesamt rund 130.000 Patientinnen und Patienten psychotherapeutische Versorgung von der sozialen Krankenversicherung (vgl. ebd., 9 f.).

Der Beirat für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat eine „Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit“ erarbeitet, deren Ziele in konkrete Aktionspläne und Umsetzungsstrategien einfließen sollen. Darin wird auch auf Ausbau und Verbesserung der Versorgung Bezug genommen, wobei die Bereitstellung einer fairen und angemessenen Finanzierung gefordert wird, die die Versorgung aller Menschen unabhängig von ihrem sozialen Status gewährleistet. „Diese ist im Bereich der Versorgung von psychisch kranken Menschen in Österreich nur teilweise gegeben, insbesondere im Vergleich zu anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen benachteiligt werden, ist durch aktuelle nationale und internationale Studien ganz klar belegt“ (BMG 2013, 2). Negative Auswirkungen, wie z. B. lange Krankenstände, Chronifizierung oder Berufsunfähigkeit, können nur durch ausreichende Versorgung vermieden werden.

2 REHABILITATION – CLUSTER 1

Es gibt unterschiedliche Definitionen von medizinischer Rehabilitation. Weit gefasst kann jede nicht mehr als Akutbehandlung eingestufte Maßnahme als Rehabilitation gesehen werden. Eine Abgrenzung zu den benachbarten Bereichen der Kurativmedizin und zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen ist nicht eindeutig zu ziehen.

Rehabilitation ist ein Prozess zur Verbesserung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes im besten zu erreichenden Ausmaß. Eine grundlegende Definition von Rehabilitation gibt es seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1981: „Rehabilitation includes all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions, and at enabling the disabled and handicapped to achieve social integration. Rehabilitation aims not only at training disabled and handicapped persons to adapt to their environment, but also at intervening in their immediate environment and society as a whole in order to facilitate their social integration“ (WHO 1981, 9). Rehabilitation hat also die Aufgabe, Personen gesundheitlich so wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben wie auch in der Gesellschaft wieder einen angemessenen Platz einzunehmen.

Die Verbesserung der Situation wird „bis zum höchsten, individuell erreichbaren Grad geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit“ angestrebt (BMAS 1992). Die gesetzten Maßnahmen zielen auf eine möglichst nachhaltige Verbesserung der zukünftigen Chancen, um „eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen oder zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren“ (Bengel/Koch 2000, 9). Krankheits- oder behinderungsbedingte Pensionierungen oder Pflegebedürftigkeit sollen vermieden oder zumindest verzögert werden. Die gesetzten Maßnahmen können medizinischer, beruflicher, pädagogischer oder sozialer Art sein:

Medizinische Rehabilitation: Auf eine medizinischen Akutversorgung, die auf Heilung oder Beseitigung von Krankheiten abzielt, können medizinische Rehabilitationsmaßnahmen folgen. Diese haben das Ziel, die Person in die Lage zu versetzen, am gewohnten Alltagsleben oder einem Arbeitsprozess (wieder) teilzunehmen.

Berufliche Rehabilitation: Diese Maßnahmen sollen behinderte Menschen dazu bringen, erstmals einen Beruf auszuüben, bzw. zum Erhalt oder zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit führen. Grundsätzlich kann man zwei Typen beruflicher Rehabilitation unterscheiden: das Prevocational Training, das dem Prinzip „train first, then place“ folgt, und das Supported Employment nach dem Prinzip „first place, then train“ (Hammel et al. 2013, 360).

Pädagogische Rehabilitation: Diese Maßnahmen zielen darauf ab, behinderten Kindern und Jugendlichen bestmögliche Erziehung und Bildung zu ermöglichen.

Soziale Rehabilitation: Soziale Maßnahmen fördern die Integration in die Gesellschaft und die aktive, eigenständige Teilhabe im alltäglichen Leben.

Für die Erbringung der Reha-Maßnahmen sind unterschiedliche Institutionen zuständig. Für die medizinische Rehabilitation sind die Zuständigkeiten vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger per Richtlinie geregelt:⁹

1. Die Unfallversicherungsträger treffen Vorsorge für die Rehabilitation, wenn der Grund für die Beeinträchtigung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.
2. Die Pensionsversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Beeinträchtigung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabili-

9) Vgl. <http://rehakompass.goeg.at>.

tation voraussichtlich zu Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.

3. Die Krankenversicherungsträger führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr Anspruchsberechtigten gesorgt werden sowie für mitversicherte Angehörige.

Am Beginn des Rehabilitationsprozesses ist es wichtig, die Faktoren Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose abzuklären. Im Österreichischen Rehabilitationskompass werden diese Faktoren wie folgt bestimmt:¹⁰

- » Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn bei Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden Fähigkeitsstörungen bzw. bei drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen über die kurative Versorgung hinaus ein multimodales Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten.
- » Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die körperliche und psychische Eignung der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden für die Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme (Motivation und Belastbarkeit).
- » Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials, der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller

10) Vgl. ebd.

Ressourcen einschließlich psychosozialer Faktoren (Rehabilitationspotenzial). Sie gibt Auskunft über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels in einem bestimmten Zeitraum.

In einem individuellen Rehabilitationsplan wird festgehalten, mit welchen Maßnahmen in welchem Zeitraum welche Ziele erreicht werden sollen. Der Reha-Plan ermöglicht eine laufende Überprüfung des Rehabilitationserfolges und macht Hindernisse schneller erkennbar.

2.1 Reha-Angebote

Medizinische Rehabilitation wird oft als „Anschlussheilverfahren“ nach akuten Erkrankungen angeboten, um die Funktionsfähigkeit wiederherzustellen. Anschlussheilverfahren finden, wie der Name schon sagt, unmittelbar im Anschluss an einen Spitalsaufenthalt statt. Sie sind bei psychisch erkrankten Personen dann notwendig, wenn die stationäre Krankenbehandlung abgeschlossen ist und bereits zu diesem Zeitpunkt feststeht, dass die Patientin bzw. der Patient rehabilitationsfähig, aber nach einer akuten Krankheitsphase noch nicht ausreichend stabilisiert ist.

Das zentrale Ziel, Reha-Maßnahmen so früh wie möglich anzubieten, wird auch durch die neuen gesetzlichen Regelungen des SRÄG 2012 unterstützt. „Durch die Intensivierung der institutionellen Bemühungen im Bereich der beruflichen und medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation wird ein längerer Verbleib der Menschen im Erwerbsleben angestrebt. Dadurch wird nicht nur die Einkommenssituation der Betroffenen verbessert und die Pensionsversicherung entlastet, sondern auch ein wesentlicher Beitrag zur Anhebung der Lebensqualität der Versicherten geleistet“ (Erläuterungen zum SRÄG 2012, EB 2000 der Beilagen XXIV. GP, 1).

Die bestehenden Reha-Angebote werden zur Qualitätssicherung laufend evaluiert und befinden sich in einem Entwicklungsprozess. Diese Entwicklung schließt auch neue Angebotsformen ein (mehrere kürzere Rehabilitationsphasen, Kombination stationär/ambulant usw.).

2.1.1 Ambulante psychiatrische Rehabilitation

Psychiatrische Rehabilitation hat in den vergangenen Jahren stark an Bedeutung gewonnen. 2002 starteten in Bad Hall und Klagenfurt die ersten stationären psychiatrischen Reha-Projekte, die flächendeckende Versorgung in ganz Österreich folgte. 2010 gründete die PVA in Kooperation mit dem BBRZ Linz das Zentrum für seelische Gesundheit in Wien-Leopoldau, die erste ambulant geführte psychiatrische Reha-Klinik in Österreich mit 80 Plätzen, in der Patientinnen und Patienten über sechs Wochen hinweg von einem multidisziplinären Team ambulant betreut werden (vgl. Eichhorn 2012, 39).

Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau (BBRZMed)¹¹

Das Zentrum bietet ambulante psychiatrische Reha an. Neben der Behandlung der Grunderkrankung durch medikamentöse, psychotherapeutische und soziotherapeutische Verfahren geht es in der Reha sowohl um die Arbeit an auslösenden Bedingungen (z. B. Stressreduktion bzw. Stressvermeidung oder Umgang mit Stress) als auch um die Förderung von Ressourcen und Kompetenzen. Als ganztags-ambulante Einrichtung bietet das Zentrum täglich Rehabilitationsbehandlungen an.

Die Behandlung dauert sechs Wochen in geschlossenen störungsspezifischen Gruppen von ca. zwölf Personen mit dem Ziel einer bestmöglichen (Re-)Integration in das berufliche und soziale Umfeld. Zielgruppen sind Menschen mit psychischer Beein-

.....
11) Weitere Informationen unter <http://www.bbrz-med.at>.

trächtigung, die im Arbeitsprozess stehen, bereits arbeitslos sind, sich im Langzeitkrankenstand befinden oder um eine Invaliditätspension angesucht haben. Indikationen für eine Behandlung sind Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (Ausnahme: Anorexie) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die Behandlung folgt einem individuellen Therapieprogramm unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf psychoedukativen und psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und medikamentösen Maßnahmen.

Die Vorteile einer ambulanten Rehabilitation liegen sowohl in der Wohnortnähe, die eine Aufrechterhaltung des sozialen Netzes sowie alltagsnahes Training und Belastungserprobungen ermöglicht, als auch in der Vernetzung mit weiterführenden Maßnahmen (Arbeitsplatz, berufliche Reha, weiterführende ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen).

Seit Anfang 2014 bietet das **Zentrum für seelische Gesundheit MULDEnstraße** in Linz 80 ambulante Reha-Plätze für Menschen mit psychischen Erkrankungen. 2015 ist die Eröffnung eines weiteren Zentrums in Wien-Simmering geplant.

Die erste Evaluation des Modellprojekts zeigt positive Ergebnisse. Während sich die klinisch relevante psychische Belastung bis zum Ende der Rehabilitation auf eine mittlere Belastung verringert und auch nach einem Jahr stabil ist, so lassen sich im Bereich der physischen und psychischen Lebensqualität deutliche Verbesserungen feststellen sowie eine Verringerung von Krankenständen innerhalb der ersten sechs Monate nach der Rehabilitation (vgl. Kimbauer et al. 2013).

2.1.2 Ganzheitliche ambulante Rehabilitation

In den letzten Jahren stiegen Mehrfachdiagnosen aus dem Bereich der somatischen und psychischen Erkrankungen deutlich an. Um mit dieser Herausforderung optimal umzugehen, werden in einem Modellprojekt für ambulante Rehabilitation an einem Standort jene sechs Fachbereiche vereint, denen die meisten Mehrfachdiagnosen zugeordnet werden können (Kardiologie, Pulmologie, Stoffwechselerkrankungen, Onkologie, Psychiatrie und Orthopädie).

Dies ermöglicht ein optimales Ineinandergreifen der unterschiedlichen fachspezifischen Rehabilitationsmöglichkeiten. Zusätzlich können unabhängig von der Diagnose indikationsübergreifende Maßnahmen in Anspruch genommen werden, unter anderem Diätologie, Physio- und Bewegungstherapie, Psychotherapie oder Sozialberatung (vgl. Eichhorn 2012, 40).

2.1.3 Ausbau von Reha-Angeboten

Die österreichischen Reha-Angebote wurden in den letzten Jahren – stationär und nun auch ambulant – rasch ausgebaut. Die Wartezeiten auf einen Platz werden laufend kürzer und sollen künftig noch kürzer werden.

Grundlage für den Ausbau der Reha-Angebote sowohl im Bereich der stationären als auch im Bereich der ambulanten Rehabilitation bildet der von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellte „Rehabilitationsplan 2012“. Ziel des Plans ist die Abschätzung des bundesweiten, nach Regionen dargestellten Versorgungsbedarfs für die Planungshorizonte 2015, 2020 und 2025. Seine Ergebnisse dienen als Basis für die Umsetzung durch das österreichische Sozial- und Gesundheitssystem. Daneben stellt der Rehabilitationsplan 2012 auch Qualitätsstandards in Bezug auf die geforderte Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen dar.

Ziel des Rehabilitationsplans ist die optimale Ausrichtung der mittel- und langfristigen Planung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten bei möglichst effizientem Mitteleinsatz. Er listet künftige Bedarfsentwicklungen nach Indikationen und Zonen auf. Allerdings wird bereits in der Präambel darauf hingewiesen, dass das Ergebnis dieser Bedarfsabschätzung „nicht immer ident mit den Anforderungen an die Sozialversicherung [ist], die damit GÖG-Ansätze weder 1:1 in ihre Pläne der Entwicklung eigener rehabilitativer Einrichtungen auf der einen Seite noch als Vorgaben für vertragliche Vereinbarungen mit privaten Rehabilitationsanbietern auf der anderen Seite übernehmen wird können. Die Ursachen dafür liegen im traditionell fragmentierten österreichischen Gesundheits- und Sozialwesen“ (GÖG 2012, III).

Im Rehabilitationsplan wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Voraussetzung für eine einheitliche Umsetzung seiner Ergebnisse eine zwischen allen beteiligten Institutionen koordinierte Vorgehensweise ist, und gleichzeitig konstatiert, dass es derzeit „für Patientinnen bzw. Patienten und Medizinerinnen bzw. Mediziner nahezu nicht nachvollziehbar [ist], ob und inwieweit im Zuge eines Erkrankungs-, Genesungs- und Rehabilitationsprozesses ein und derselben Patientin / desselben Patienten zum Teil deutlich verschiedene Rahmenbedingungen gegeben sind. So sind je nach Stadium eines Prozessverlaufes unterschiedliche Kompetenzen, unterschiedliche Financiers, unterschiedliche Leistungserbringer, unterschiedliche Methoden und Ziele beobachtbar, und die Abgrenzung untereinander ist – mit zum Teil gravierenden Konsequenzen in Bezug auf Finanzierung und Eigenverantwortung – aus Sicht der Patientinnen und Patienten bzw. der Medizinerinnen und Mediziner oft unverständlich“ (ebd.). Damit weisen die Autorinnen und Autoren auf eine wesentliche Schwäche der derzeitigen Leistungen und auf die Konsequenzen für Betroffene hin. Laut Rehabilitationsplan sind die bestehende Fragmentierung der Versorgungssysteme und deren mangelnde Vernetzung den diesen Systemen (Bund, Ländern, Sozialversicherungen) immanenten unterschiedlichen finanziellen Eigeninteressen und Anreizsystemen zuzuschreiben. Als Folge der forcierten Verlagerung von Kosten wächst u. a. auch der Druck auf die Reha-

bilitationseinrichtungen (vgl. ebd., IV). Der Reha-Plan fordert, die dargestellten Probleme künftig durch eine „Gesundheitsstrukturplanung, die die Beziehungen zwischen den Ebenen und Teilbereichen der Gesundheitsversorgung (stationärer Bereich, ambulanter Bereich, Rehabilitationsbereich sowie Pflegebereich, soweit dieser im Rahmen des Nahtstellenmanagements für die Gesundheitsversorgung von Bedeutung ist [...]) und angrenzender Versorgungsbereiche sowie Qualitätskriterien und das Nahtstellenmanagement entsprechend berücksichtigt [...]“ (ebd.), zu überwinden.

Es wird außerdem darauf hingewiesen, dass der Rehabilitationsplan 2012 weiterhin „auf der traditionellen, fachspezifischen Rehabilitation im stationären Bereich auf[setzt], so wie sie sich auch in der Ausrichtung der traditionellen Rehabilitationszentren äußert“ (ebd.). Zukunftsweisende Rehabilitation setze aber auf „Interdisziplinarität und fächerübergreifende Settings“ (ebd.).

Die Versorgung mit subakuten Therapieangeboten ist in Österreich derzeit nicht ausreichend. Die Aufenthaltsdauern in der akut-stationären Psychiatrie werden kürzer. Therapieangebot und Umgebung in der akut-stationären Versorgung führen oft dazu, dass Patientinnen und Patienten bereits nach einer ersten Stabilisierung die stationäre Behandlung beenden. In diesen Fällen werden dann oft Anschlussheilverfahren in Reha- Einrichtungen angestrebt (vgl. ÖBIG 2009).

Auch die ambulanten Therapieangebote zur subakuten Weiterbehandlung – sowohl fachärztlich als auch psychotherapeutisch – genügen noch nicht dem Bedarf. Dies kann zu erhöhten Rezidivraten, Therapieabbrüchen, Chronifizierungen, Krankenstandsverlängerungen etc. führen.

Tagesklinische Therapieangebote, sowohl nach stationärer Therapie als auch bei primär ambulant betreuten Menschen, können die Therapieeffizienz erhöhen, Krankenstände verkürzen und rehabilitativ wirken (vgl. ÖBIG 2007).

Die wohnortnahe Anschlussbehandlung nach stationärer oder ambulanter allgemeinmedizinischer, fachärztlicher und psychotherapeutischer Rehabilitation ist regional unterschiedlich und weist Lücken auf (vgl. ÖBIG 2010).

2.2 Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Von Expertinnen und Experten wird immer wieder festgehalten, dass es für medizinische und berufliche Rehabilitation einer engeren und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit bedarf. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Menschen mit multiplen Problemlagen oder mit größerem Unterstützungsbedarf. Hier wird es als sinnvoll erachtet, medizinische Rehabilitation, berufliche Rehabilitation und arbeitsmarktpolitische Interventionen aufeinander abzustimmen und etwa medizinische Rehabilitation und arbeitsmarktpolitische Intervention zu kombinieren. Diskutiert wird beispielsweise eine enge Kooperation zwischen AMS und Sozialversicherungsträgern, um eine optimale Rehabilitation als Voraussetzung für einen erfolgreichen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erreichen. Dabei können Elemente der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sinnvoll miteinander verknüpft werden (vgl. Operschall 2013).

Während das stärkere Ineinandergreifen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation in Österreich noch diskutiert wird, ist Deutschland mit dem Modell der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) schon einen Schritt weiter. MBOR zielt auf eine berufliche Wiedereingliederung ab. Die medizinische Rehabilitation hat als zusätzlichen Fokus die berufliche Situation und die Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. MBOR zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass psychische und psychosoziale Problemlagen früh abgefragt und in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden.

In Österreich gibt es eine Sonderkrankenanstalt der PVA (Gröbming), in der im Rahmen der stationären Rehabilitation auch die berufliche Belastbarkeit von Patientinnen und

Patienten im Fokus steht. Die sogenannte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit widmet sich derzeit ausschließlich Patientinnen und Patienten aus handwerklichen Berufen. Getestet werden während des stationären Aufenthalts die Bewältigung von alltags- und arbeitsrelevanten Aufgaben und somit die praktische Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten. Dies erlaubt die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit im derzeit ausgeübten Beruf, die Empfehlung passender Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und schlussendlich eine Steigerung der Wiedereingliederungschancen ins Berufsleben. Weiters kann im Fall von Arbeitslosigkeit ein besser geeigneter Beruf gewählt werden und über diverse Schnittstellen auch die Planung von erforderlichen Umschulungen erfolgen (vgl. Eichhorn 2012, 40 f.).

2.3 Wiedereinstiegsmodelle

Wiedereinstiegsmodelle nach längerem Krankenstand, nach Reha-Maßnahmen oder nach längerer Arbeitslosigkeit (z. B. Hamburger Modell), aber auch Wiedereinstiegsmodelle aus der Pension („Projekt Freibrief“) ermöglichen Personen, die einen längeren Krankenstand oder Reha-Maßnahmen hinter sich haben, länger arbeitslos waren oder sich in Invaliditätspension befinden, die schrittweise Rückkehr ins Arbeitsleben.

Hamburger Modell zur stufenweisen Wiedereingliederung

Das deutsche Modell der stufenweisen Wiedereingliederung, auch Hamburger Modell genannt, dient dazu, Menschen nach einer länger andauernden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung am alten Arbeitsplatz heranzuführen. ArbeitnehmerInnen erhalten während der stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin Kranken- oder Übergangsgeld und gelten in dieser Zeit als arbeitsunfähig. Voraussetzung ist nebst ausreichend vorhandener Belastbarkeit die günstige Prognose, dass die Arbeitsfähigkeit der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers durch die individuell gehaltene Steigerung von Arbeitszeit und Arbeitsbelastung

Schritt für Schritt wiederhergestellt werden kann. Weiters ist die Zustimmung der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers erforderlich.

Arbeitszeit und Arbeitsbelastung werden nach einem Stufenplan gesteigert, der individuell medizinisch, arbeitsphysiologisch und psychologisch abgestimmt und ärztlich überwacht wird. Der Stufenplan beinhaltet u. a. die Laufzeit der Maßnahme, Einzelheiten über die verschiedenen Stufen, die vereinbarte Stundenanzahl zu Beginn der Wiederaufnahme der Arbeit, die Art der Tätigkeit (gegebenenfalls mit Einschränkungen) sowie eine Prognose, wann mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Der Stufenplan kann auch während der Laufzeit den Bedürfnissen der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers angepasst werden; beispielsweise ist eine Rückstufung der vereinbarten Stundenanzahl, eine Änderung der Aufgaben oder auch eine Verlängerung oder Verkürzung der Maßnahme möglich. Auch das Abbrechen der stufenweisen Wiedereingliederung ist ohne negative Folgen für die ArbeitnehmerInnen möglich, sie gelten danach weiterhin als arbeitsunfähig.

Projekt Freibrief¹²

„Projekt Freibrief“ ist eine Initiative des Bundessozialamts und der Pensionsversicherungsanstalt, die am 1. Jänner 2012 österreichweit startete. Sie richtet sich an Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung befristet oder unbefristet Invaliditätspension beziehen und in den Arbeitsprozess wieder einsteigen möchten. Das Angebot ist kostenlos und freiwillig und kann von Personen im erwerbsfähigen Alter in Anspruch genommen werden, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben und in befristeter oder unbefristeter Invaliditätspension sind, und zwar aufgrund einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2 nach ICD-10) oder einer bipolaren Störung (F3 nach ICD-10).

12) Weitere Informationen unter <http://www.meinfreibrief.at>.

Der Anspruch auf Invaliditätspension bleibt bei einem Arbeitsversuch im „Projekt Freibrief“ weiterhin bestehen. Nimmt die Person eine geringfügige Beschäftigung auf, so wird die Pension weiterhin ausbezahlt. Im Fall einer Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung leben die Pensionsansprüche unmittelbar nach Wegfall der Anstellung oder nach Arbeitsplatzverlust ohne persönliche Nachuntersuchung wieder auf. Unterstützung erfahren die TeilnehmerInnen bei der Arbeitssuche, beim Arbeitseintritt und bei der Abwicklung der Formalitäten mit der Pensionsversicherungsanstalt durch die regionalen Träger der Arbeitsassistenten. Wenn erforderlich, erhalten sie auch vor Ort Unterstützung, etwa in Form eines Jobcoachings bzw. einer Arbeitsbegleitung.

2.3.1 „Kombilohn Neu“

Der Kombilohn ist eine staatliche Transferleistung, die zum Ziel hat, wettbewerbsschwächere Personen zu fördern und nachhaltig in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, indem durch zeitlich befristete Lohnsubventionen Beschäftigungs- und Arbeitsanreize geschaffen werden. Das Kombilohnmodell, das es in Österreich gibt, wird ab 2014 neu geregelt. Die Zielgruppen der Älteren ab 45 Jahren, der Behinderten und WiedereinsteigerInnen werden um jene Ältere und gesundheitlich Eingeschränkte erweitert, die eine Rehabilitationsmaßnahme absolviert haben. Sie sollen den „Kombilohn Neu“ künftig ohne Wartezeit für bis zu drei Jahre in Anspruch nehmen können. Auch arbeitslose Personen ab 59 Jahren können den Kombilohn bis zu drei Jahre beziehen. Im Gegensatz zu den vorherigen Fixbeträgen setzt der „Kombilohn Neu“ am individuellen Verdienst der Geförderten an. Er stellt sicher, dass das Einkommen nach Arbeitsaufnahme dem Arbeitslosengeld plus 30 % entspricht.

2.3.2 Teilpensionsmodelle

Teilpensionsmodelle, die es Personen ermöglichen, erwerbstätig zu sein, während sie eine Pension beziehen, gibt oder gab es bereits in verschiedenen europäischen Sozial-

systemen, etwa in Deutschland, Finnland und Schweden. Schweden erlaubte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, neben einer Alterspension in Teilzeit zu arbeiten – eine Regelung, die jedoch 2001 wieder abgeschafft wurde (vgl. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2012, 48).

In Deutschland können Personen, die das gesetzliche Rentenalter noch nicht erreicht haben, aber ihre Rente vorziehen möchten, ihre Altersrente als Teilrente in Anspruch nehmen. Sie verzichten dabei auf einen Teil der ihnen eigentlich bereits zustehenden Rente, dürfen jedoch in einem größeren Maß dazuverdienen. TeilrentnerInnen bleiben weiterhin in Beschäftigung und mit dem noch geleisteten Arbeitsanteil versicherungspflichtig. Ihre spätere volle Altersrente erhöht sich, da für die Teilzeiterwerbstätigkeit weitere Rentenbeiträge eingezahlt werden. Die Zuverdienstgrenzen werden individuell ermittelt, je nach persönlichem Verdienst in den letzten drei Kalenderjahren vor Rentenbeginn. Die Möglichkeit der Teilrente gilt auch für Renten aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (vgl. ebd.).

In Österreich gilt in puncto Teilpension derzeit Folgendes: Sind Personen neben dem Bezug einer Invaliditätspension (Stichtag 1. Jänner 2001) erwerbstätig und übersteigt das Erwerbseinkommen die Geringfügigkeitsgrenze, so wird eine Teilpension ausgezahlt. Bis zu einem monatlichen Gesamteinkommen (Bruttopension + Erwerbseinkommen) von 1.134,17 Euro gebührt sie in voller Höhe. Übersteigt das Gesamteinkommen diesen Betrag, wird die Leistung um einen Anrechnungsbetrag vermindert.

Dieser beträgt für Gesamteinkommensteile von

über 1.134,17 Euro bis 1.702,21 Euro	30 %
über 1.702,21 Euro bis 2.269,53 Euro	40 %
über 2.269,53 Euro	50 %

der jeweiligen Einkommensteile (Werte lt. § 254 Abs. 7 Z 2 und 3 ASVG i. V. m. Aufwertung/Anpassung für 2014).

Der Anrechnungsbetrag darf jedoch weder das Erwerbseinkommen noch 50 % des Steigerungsbetrages übersteigen.

Der Anrechnungsbetrag der Teilpension wird anlässlich der Pensionsanpassung, bei jeder Neuaufnahme einer Erwerbstätigkeit, über Antrag der Pensionistin bzw. des Pensionisten sowie bei Durchführung des Jahresausgleichs neu festgestellt.

2.4 Integration in den Arbeitsmarkt

Menschen mit Beeinträchtigungen durch schwere, chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankungen unterscheiden sich von Menschen mit anderen Beeinträchtigungen u. a. auch in ihren Fähigkeiten in der Arbeit.

Dabei ist Arbeit auch für diese Gruppe ein entscheidender Faktor im Rehabilitationsprozess: „Arbeit ist die verbreitetste, praktischste, bequemste und nützlichste Methode zur Strukturierung der Zeit im Umgang mit der Materie der äußeren Realität“ (Hoffmann 2004, 334). Doch die Krankheitsverläufe bei psychischen Erkrankungen sind oft weniger geradlinig und damit schlechter prognostizierbar als bei anderen Erkrankungen (vgl. ebd. und REINTEGRA 2012).

Möglichkeiten einer lebensstrukturegebenden Tätigkeit sind für psychisch erkrankte Personen besonders wichtig. Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation dieser Personengruppe sind Studien zufolge besonders erfolgreich, wenn die Arbeitsplatzsuche und die Platzierung am Arbeitsplatz möglichst früh erfolgen und eine langfristige Betreuung zur Verfügung steht. Auch spezielle soziale Kompetenztrainings erwiesen sich als nützlich (vgl. Hammel et al. 2013, 361).

Eine Wiedereingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist nicht immer möglich. Der Erfolg von Integrationsmaßnahmen

hängt zum einen von individuellen Faktoren der zu integrierenden Person ab, z. B. von sozialen Fertigkeiten oder der Haltung in Bezug auf die eigene Zukunft, zum anderen von kontextuellen Faktoren, z. B. der Bereitschaft von Betrieben, Menschen mit psychischen Vorerkrankungen einzustellen, was wiederum von einer Vielzahl von äußeren Faktoren, wie der Wirtschaftslage oder staatlichen Förderprogrammen, abhängig sein kann (vgl. Hoffmann 2004, 341 f.).

Die folgende Aufstellung gibt einen beispielhaften Überblick über berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten in Österreich und erhebt keinesfalls Anspruch auf Vollständigkeit.

Berufsorientierung am BBRZ

- » **Reha-Planung (alle Bundesländer außer Burgenland):** Entwicklung eines individuellen Rehabilitationsplans; Berufspotenzialanalyse mit Berufsorientierung und individueller Karriereplanung.
- » **IMBUS (in Wien, NÖ, OÖ, Tirol, Vbg., Ktn., Stmk.):** psychische Stabilisierung und Entwicklung eines individuellen Rehabilitationsplans; Orientierung an individuellen Problemen; Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild, Förderung der Konzentrationsfähigkeit sowie der Lern- und Merkfähigkeit, soziales Kompetenztraining, Erprobung in konkreter Arbeitsumgebung, berufsspezifische Grund- und Spezialabklärungen, berufliche Perspektivenentwicklung, Beratung und Begleitung bei persönlichen Problemstellungen.

Arbeitstraining am BBRZ

- » **Arbeitsintegrationstraining (AIT) (Wien):** Angebot für Personen mit psychosozialen Beeinträchtigungen oder psychischen Erkrankungen sowie kognitiven Defi-

ziten und/oder physischen Einschränkungen; Heranführung an die Anforderungen des Arbeitsalltags; Entwicklung beruflicher Perspektiven; Praktika.

- » **Arbeitstraining (AT) (Wien, NÖ, Stmk.):** Angebot für Personen mit evidenter psychischer Erkrankung, die IMBUS besucht haben und ein weiterführendes stabilisierendes Setting benötigen; individuelle Abstimmung der Zielsetzungen.

Arbeitstraining bei Laube

- » **ITS (Wien):** Unterstützung psychisch Erkrankter beim (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt; Arbeitstrainings und Schulungen, Reflexionen und Einzelcoachings; externe Praktika sind möglich.
- » **IT Arbeitsqualifizierung (Salzburg):** Unterstützung psychisch Erkrankter bei der Wiedererlangung einer stabilen Arbeitsfähigkeit; Erwerb und Aktualisierung von inhaltlichen Kenntnissen sowie Verbesserung sozialer Kompetenzen, Leistungsfähigkeit, Stressresistenz und Auseinandersetzung mit Berufszielen.

Qualifizierungsmaßnahmen am BBRZ

- » **BBRZ-Reha (Wien, NÖ, OÖ, Tirol, Ktn., Stmk.):** breit gefächertes Angebot beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen für Erwachsene; angebotene Bereiche: technischer Bereich, kaufmännischer Bereich, IT-Bereich, MAAB (maßgeschneiderte arbeitsplatznahe Maßnahme); außerdem weitere Maßnahmen wie z. B. BPQ (berufspraktische Qualifizierung).

Qualifizierungsmaßnahmen im Biku-Treff (Bildungs- und Kulturtreff) (Wien)

- » Soziale Qualifizierung und berufliche Integration für Jugendliche und junge Erwachsene (bis 24 Jahre) mit psychosozialen Förderbedarf; Persönlichkeitsstabilisierung und -entwicklung; (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt sowie Planung von Aus- und Weiterbildung; Praktika.

Ist die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich, gibt es unterschiedliche geschützte Arbeitsangebote auf dem sogenannten zweiten oder dritten Arbeitsmarkt, die für die Betroffenen eine Alternative zur Arbeitslosigkeit darstellen. Bei diesen arbeitsmarktpolitischen Beschäftigungsprojekten kann zwischen gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten (GBP) und sozialökonomischen Betrieben (SÖB) unterschieden werden. Erstere müssen keinerlei Gewinne aus ihren Leistungen erzielen, Letztere müssen 20 % des Gesamtaufwandes selbst erwirtschaften. Ziel dieser Projekte ist es, Transitarbeitsplätze für Personen zu schaffen, die (noch) nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt vermittelbar sind (vgl. Reschauer et al. 2013, 140).

Bundeschverband für Soziale Unternehmen (bdv austria)¹³

Im bdv austria sind rund 200 gemeinnützige soziale Unternehmen vernetzt, die das Ziel haben, arbeitsmarktferne Menschen Schritt für Schritt wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Unternehmen können drei Bereichen zugeordnet werden:

Beschäftigung in sozialen Integrationsunternehmen: Sozialökonomische Betriebe (SÖB), gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) oder Beschäftigungsgesellschaften (BG) bieten befristete und vom AMS geförderte Arbeitsplätze.

Beratung und Betreuung: Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE) bieten individuelle und maßgeschneiderte Leistungen für Menschen, die aufgrund verschiedenster Probleme keinen Zugang zum Arbeitsmarkt finden.

Qualifizierung: Durch Kurse und andere Qualifizierungsmaßnahmen werden arbeitsmarktferne Personen beim Wiedereinstieg unterstützt.

13) Weitere Informationen unter <http://www.bdv.at>.

Der bdv austria versteht sich als Dachorganisation der **neun Landesnetzwerke**: Wiener Dachverband für sozial-ökonomische Einrichtungen (DSE-Wien), NÖ Dachverband für Bildung, Beratung, Beschäftigung, Netzwerk der Beschäftigungsbetriebe Steiermark (BBS), Sozialplattform Oberösterreich, Verband der Sozialökonomischen Betriebe Tirols (tisöb), Plattform Salzburg, SocialCluster Kärnten, Verband der Vorarlberger Arbeitsprojekte, Burgenländisches Arbeitsforum (BAF).

Der **Wiener Dachverband für sozial-ökonomische Einrichtungen (DSE-Wien)** zum Beispiel vertritt verschiedene Organisationen, die sich der Beratung, Qualifizierung, Betreuung und Beschäftigung langzeitbeschäftigungsloser Menschen verschrieben haben. Auf Basis einer starken Vernetzung bietet der DSE-Wien fachliche Expertise in Belangen der aktiven Arbeitsmarktpolitik und ist mit seinen Mitgliedsorganisationen Ansprechpartner für Fördergeber, Politik, Wissenschaft, Medien und Betroffene.

Aktuell sind 29 gemeinnützige Wiener Organisationen mit 45 arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen Mitglieder im DSE-Wien. Die Maßnahmen gliedern sich in Beratungsstellen, sozialökonomische Betriebe, gemeinnützige Beschäftigungsprojekte, gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassungen und einige Qualifizierungsmaßnahmen.¹⁴

Projektbeispiele: Catering Max, pro mente Wien (SÖB); jobStart, Caritas Wien (GBP); Filino, pro mente OÖ (SÖB).

Bei Projekten, die auf erwerbsorientierte Tagesstruktur setzen, werden berufliche Rehabilitation und Integration in den Arbeitsmarkt angeboten. Die Kombination aus befristeter Beschäftigung (ein Jahr mit Option auf Verlängerung), Deckung der Lebenshaltungskosten durch das AMS und Unterstützung durch psychosoziale Beratung und

14) Vgl. <http://www.dse-wien.at>.

Arbeitsassistenten bietet die Möglichkeit eines längeren Arbeitstrainings und längerfristiger Betreuung (vgl. Reschauer et al. 2013, 141).

Projektbeispiele für erwerbsorientierte Tagesstruktur

Projekte bieten in Österreich z. B. **pro mente Wien** (KOMM24), **pro mente OÖ** mit der „Fähigkeitsorientierten Aktivität – Tagesstruktur“.

Ein weiterer wichtiger Anbieter in diesem Bereich ist **REiNTEGRA**¹⁵ als erfahrene Einrichtung in Fragen der beruflichen und sozialen Integration von psychisch Erkrankten in Wien.

- » **Beispiel iSi Gruppe:** Die iSi Gruppe mit Stammsitz in Wien ist Weltmarktführer für Druckgasbehälter. Das Unternehmen, das 1811 gegründet wurde, ist heute ein Global Player mit Niederlassungen in Deutschland, den USA und China und exportiert seine Produkte in über 80 Länder. Seit 2007 beschäftigt iSi MitarbeiterInnen der Gruppe „Industrie-Handwerk“ von REiNTEGRA. Nach anfänglichen 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind heute bereits 34 Arbeitskräfte von REiNTEGRA im Rahmen dieses Projektes für iSi tätig. Sie übernehmen unter der Anleitung von Rehabilitationspersonal am Stammsitz von iSi Arbeiten wie das Verpacken und die Prüfung von Druckgasbehältern sowie die Teil- und/oder Endmontage von Produktteilen.
- » **Beispiel Electroplast:** Die Electroplast GmbH in Wien-Simmering ist Produzentin von elektrotechnischen Produkten und Spritzgussteilen und kooperiert seit 2003 mit REiNTEGRA. Geschulte MitarbeiterInnen fertigen in den hauseigenen Werkstätten Grundplatten für Deckenleuchten und verpacken und etikettieren Artikel für den Elektrohersteller. Electroplast könnte nach eigenen Angaben viele Produkte

15) Weitere Informationen unter <http://www.reintegra.at>.

ohne Hilfe von REINTEGRA in Österreich nicht mehr zu wettbewerbsfähigen Preisen herstellen. Die MitarbeiterInnen von REINTEGRA fertigen für Electroplast monatlich rund 1.500 Grundplatten für Deckenleuchten und führen rund 45.000 Teilmontage- und Verpackungsarbeiten sowie 270.000 Aussortierarbeiten von Spritzgussteilen pro Monat durch.

2.5 „Invaliditätspension Neu“

Die Folgen von psychischen Problemen kommen besonders auf längere Sicht zum Tragen. Psychische Erkrankungen sind mittlerweile bei den österreichischen Männern die zweithäufigste und bei den Frauen die häufigste Ursache von Invaliditätspensionen.

Im tradierten Sozialstaat lag der Fokus auf der finanziellen Abgeltung gesundheitsbelastender Faktoren in den Betrieben sowie auf passiven Geldleistungen zur Abfederung von unverschuldeten Notlagen und deren sozialen Folgen. Diese reaktive Herangehensweise wird den Bedürfnissen der gegenwärtigen Gesellschaft nicht mehr gerecht. Durch rechtzeitige Interventionen und langfristig angelegte Maßnahmen soll das Ziel verfolgt werden, gesundheitliche und soziale Risiken erst gar nicht oder zumindest später eintreten zu lassen. Mit der Neuregelung der Invaliditätspension reagierte der österreichische Gesetzgeber auf die Herausforderung der Invaliditätspensionen und deren frühzeitige Inanspruchnahme.

Österreich weist ein im internationalen Vergleich niedriges Pensionszugangsalter auf, was in erster Linie auf die Invaliditätspensionen zurückzuführen ist. Vor allem die Zahl der unter 50-Jährigen nimmt bei den Neuzugängen zu. Durch die steigende Lebenserwartung ergeben sich daraus auch längere Bezugsdauern.

Tabelle 7: Anzahl der IP-Zugänge 2000–2010

Personen unter 50 Jahren, In- und Ausland

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Männer	2.895	2.939	2.938	2.528	3.915	3.987	4.048	4.029	4.107	4.201	3.953
Frauen	2.438	2.415	2.559	2.094	3.323	3.330	3.483	3.787	3.808	3.902	3.758
Gesamt	5.333	5.354	5.497	4.622	7.238	7.317	7.531	7.816	7.915	8.103	7.711

Quelle: Erläuterungen zum SRÄG 2012, EB 2000 der Beilagen XXIV. GP, 4

Tabelle 8: IP-Zugänge nach Alter und Geschlecht 2013

In absoluten Zahlen:

	PVA gesamt			Angestellte			ArbeiterInnen		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
Gesamt	13.094	7.886	20.980	3.050	3.726	6.776	10.044	4.160	14.204
Ab 50 Jahre	9.959	4.663	14.622	2.334	2.095	4.429	7.625	2.568	10.193
Unter 50 Jahre	3.135	3.223	6.358	716	1.631	2.347	2.419	1.592	4.011

In Prozent:

	PVA gesamt			Angestellte			ArbeiterInnen		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
Ab 50 Jahre	76,1	59,1	69,7	76,5	56,2	65,4	75,9	61,7	71,8
Unter 50 Jahre	23,9	40,9	30,3	23,5	43,8	34,6	24,1	38,3	28,2

Quelle: PVA

Bis einschließlich 2013 wurde das Krankengeld für maximal 52 Wochen ausbezahlt. Wenn jemand voraussichtlich länger als ein halbes Jahr arbeitsunfähig war, wurde eine befristete Invaliditätspension gewährt. Für Menschen, die dem Arbeitsmarkt jahrelang nicht zur Verfügung stehen und gesundheitliche Probleme haben, ist allerdings eine neuerliche Integration in den Arbeitsmarkt vielfach mit großen Schwierigkeiten verbunden. Befristete Invaliditätspensionen mündeten daher oft in dauerhafte; Personen mit Berufsschutz¹⁶ gingen, wenn sie ihren Beruf dauerhaft nicht mehr ausüben konnten, in der Vergangenheit häufig in Pension.

16) Unter Berufsschutz ist der Schutz vor Verweisung in einen anderen Beruf zu verstehen, wenn der bisherige Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausgeübt werden kann. Die gesetzlichen Regelungen sind für die einzelnen Berufsgruppen sehr unterschiedlich.

2.5.1 SRÄG 2012

Die „Arbeitsmarktoffensive zur Reintegration von gesundheitlich eingeschränkten Personen 2013–2016“ (Kurz-Arbeitstitel: „IP Neu“) der österreichischen Bundesregierung zielt darauf ab, gesundheitlich beeinträchtigte Menschen länger gesund im Erwerbsleben zu halten und damit das faktische Pensionsantrittsalter zu erhöhen. Mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012 (SRÄG 2012) versucht der Gesetzgeber, die Zahl frühzeitiger Pensionsantritte aus gesundheitlichen Gründen einzudämmen. Ziel ist es, Menschen zu aktivieren, statt passive Leistungen in Aussicht zu stellen; präventive Sozialpolitik und Reintegration in den Arbeitsmarkt sollen im Vordergrund stehen.

Durch aktivierende und integrierende Sachleistungen (medizinische und berufliche Rehabilitation) sollen seit 1. Jänner 2014 gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die einen Antrag auf Invaliditätspension stellen bzw. ohne eine Intervention stellen würden, zu Rehabilitation und Erwerbstätigkeit motiviert werden, um dadurch wieder in den Erwerbsprozess zu finden bzw. dort dauerhaft bleiben zu können. Als ökonomische Grundlage beziehen diese Personen Umschulungsgeld vom AMS oder Rehabilitationsgeld von der Gebietskrankenkasse.

Mit dem SRÄG 2012 werden eine einheitliche Begutachtungsstelle und einheitliche Standards in der Begutachtung von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen geschaffen. Die neuen Regelungen betreffen unter anderem folgende Bereiche:

- » Invaliditätspension: Die befristete Invaliditätspension wurde für Personen, die am 1. Jänner 2014 jünger als 50 Jahre waren, abgeschafft. Nur bei dauerhafter Invalidität oder wenn berufliche Rehabilitation nicht zweckmäßig oder zumutbar ist, wird weiterhin Invaliditätspension gewährt.

- » Kompetenzzentrum Begutachtung: Es wurde eine einheitliche Begutachtungsstelle für unselbstständige Beschäftigte bei der Pensionsversicherungsanstalt geschaffen. Für selbstständig Erwerbstätige (Bauern, Gewerbetreibende) wurde ebenfalls eine eigene Begutachtungsstelle eingerichtet.
- » Reha-Geld: Wer krank ist bzw. medizinische Reha braucht, erhält seit 2014 das sogenannte Rehabilitationsgeld in Höhe des Krankengeldes. Dabei handelt es sich um eine Art verlängerten Krankengeldanspruch.
- » Berufsschutz = Qualifikationsschutz: Wer den erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann, kann nicht mehr wie bisher in Pension gehen, sondern erhält eine qualitativ hochwertige Umschulung (berufliche Rehabilitation) vom AMS in einem Bereich, der hinsichtlich des Gesundheitszustandes sinnvoll ist, in dem es Beschäftigungschancen gibt und der gemeinsam mit der bzw. dem Betroffenen ausgesucht wird.
- » Umschulungsgeld: Während der Dauer der Umschulung erhalten Betroffene Umschulungsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes plus 22 %. Damit ist das durchschnittliche Umschulungsgeld so hoch wie früher die durchschnittliche Invaliditätspension.

Die Reform gilt für alle Personen, die nach dem 31. Dezember 1963 geboren sind. Die Regelungen gelten daher in wenigen Jahren für alle Versicherten im erwerbsfähigen Alter.

Zielgruppen sind Personen, für die die einheitliche Begutachtungsstelle aufgrund eines vorangegangenen Pensionsantrages eine berufliche Rehabilitation empfiehlt, wie auch Arbeitslose, die gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen aufweisen und bei denen eine Integration in den Arbeitsmarkt ohne medizinische bzw. berufliche Rehabilitation oder sonstige arbeitsmarktpolitische Intervention nicht oder nicht in absehbarer Zeit

möglich ist. Voraussetzung bei beiden Personengruppen ist, dass diese arbeits- und rehabilitationsfähig sowie in der Lage sind, in einem erforderlichen Ausmaß an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen teilzunehmen.

Konkret werden Maßnahmen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation für Arbeitskräfte mit Berufsschutz bereitgestellt. Ungelernte Arbeitskräfte werden nicht in berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, sondern in andere Fördermaßnahmen des AMS einbezogen.

Gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die nicht unmittelbar auf einen geeigneten Arbeitsplatz vermittelt werden können, sollen so rasch wie möglich geeignete Schulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen angeboten werden. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sollen durch Maßnahmen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation sowie arbeitsmarktpolitische Interventionen so weit integrationsfähig werden, dass sie in der Lage sind, zumindest eine Halbtagsbeschäftigung (gefördert/ungefördert) wiederaufzunehmen.

Für eine stärkere Anbindung von Menschen, die massive gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, an den Arbeitsmarkt ist eine intensive Betreuung erforderlich. Klare Zuständigkeiten zwischen den unterschiedlichen Akteuren, institutionenübergreifende Zusammenarbeit und die Bereitstellung zeitnaher und passgenauer Angebote sollen zu einem umfassenden Rehabilitationsangebot beitragen. Auch die Beratungs- und Betreuungsleistungen von „fit2work“ stehen für diese Personengruppe zur Verfügung.

2.5.2 Auswirkungen des SRÄG 2012

Durch den späteren Pensionsantritt ergeben sich höhere Pensionen für den Einzelnen, was zur Vermeidung von Altersarmut beiträgt. Das Wissen und die Erfahrung von älteren Beschäftigten können stärker und länger als bisher genutzt werden.

Im Zeitraum 2014 bis 2018 werden rund 14.700 Personen an einer beruflichen Rehabilitation teilnehmen und Umschulungsgeld beziehen. Die von der PVA zu tragenden Kosten für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen werden laut Schätzungen in diesem Zeitraum rund 300 Mio. Euro betragen. Der Aufwand für das Umschulungsgeld bei beruflicher Rehabilitation, das von der Arbeitslosenversicherung getragen wird, beträgt rund 250 Mio. Euro.

Pro Jahr wurde in der Vergangenheit rund 7.000 unter 50-Jährigen eine befristete Invaliditätspension zuerkannt. Fast 80 % dieser Gruppe (ca. 5.500 Personen) werden laut Erläuterungen zum SRÄG 2012 durch die Einführung des Umschulungs- und des Rehabilitationsgeldes in medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen. Ca. 33 % werden voraussichtlich berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen, der Rest medizinische Maßnahmen. Rund 20 % der Personen mit medizinischer Rehabilitation werden zusätzlich eine Maßnahme zur beruflichen Neuorientierung für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt benötigen.

Die Kosten für die „IP Neu“ sind gut investiertes Geld, denn volkswirtschaftlich betrachtet ist es sinnvoller, Beschäftigung zu fördern als dauerhaft Leistungen wie Arbeitslosengeld oder Pensionen zu zahlen. Der Gesamtsaldo bei beruflicher und medizinischer Rehabilitation ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 9: Einsparungen durch „IP Neu“

In Mio. Euro

Jahr	Berufliche Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation*	Gesamt
2014	-8,6	-14,8	-23,4
2015	2,1	31,7	33,8
2016	34,4	81,0	115,4
2017	76,1	134,3	210,4
2018	120,4	192,1	312,5

* Personen, die Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation nutzen.

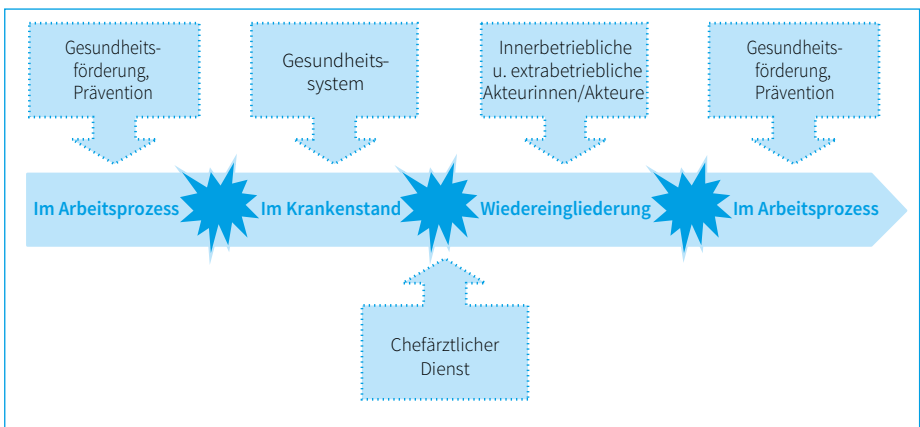
Quelle: Erläuterungen zum SRÄG 2012, EB 2000 der Beilagen XXIV. GP, 4

Den Mehrausgaben stehen Einsparungen in der Pensionsversicherung durch weniger Pensionszahlungen und Mehreinnahmen in der Arbeitslosen- und Pensionsversicherung durch die erhöhte Beschäftigung nach erfolgreicher Rehabilitation und Qualifizierung gegenüber. Für das AMS wird im Zeitraum 2014 bis 2018 insgesamt ein Mehraufwand von rund 280 Mio. Euro erwartet (Mehrausgaben minus Mehreinnahmen), der hauptsächlich die Arbeitslosenversicherungsleistungen betrifft. In der Pensionsversicherung ergeben sich in diesem Zeitraum Einsparungen von kumuliert über 700 Mio. Euro, weil mehr Menschen erwerbsaktiv sind und später in Pension gehen.

3 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IN DER ARBEITSWELT – CLUSTER 2

3.1 Im Erwerbsleben – betriebliche Prävention

Eine Ist-Analyse ist am leichtesten anhand eines typischen Ablaufs zu erstellen: Menschen befinden sich im Erwerbsleben, hier können sämtliche präventive Maßnahmen zur Verhinderung einer Erkrankung ansetzen; während der Erkrankung ist das Gesundheitssystem zuständig; schließlich kommt es zur Bestätigung der Arbeitsfähigkeit und zur betrieblichen Wiedereingliederung.



Quelle: Clustergruppe 2

An all diesen Schnittstellen gibt es eine Vielzahl von zuständigen Organisationen und Interventionsmöglichkeiten.

3.1.1 Evaluierungsverpflichtung nach dem ASchG

Zur innerbetrieblichen Prävention gehört die gesetzlich vorgeschriebene Evaluierung psychischer Belastungen. Wie bereits weiter oben in Kapitel 1.4 dieses Abschnitts ausführlich dargestellt, brachte die Novelle zum ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG),

die am 1. Jänner 2013 in Kraft trat, eine konkrete Ausweitung der Bestimmungen im Bereich psychischer Belastungen. Bereits in der alten Fassung war vorgesehen, dass ArbeitgeberInnen bei der Durchführung der gesetzlich verpflichtenden Arbeitsplatz-evaluierung auch Arbeitspsychologinnen und -psychologen beratend beiziehen können. In der Novelle wird die Ermittlung und Beurteilung von psychischen Belastungen und Gefährdungen nun verbindlich geregelt.

Mit der ASchG-Novelle wird das Ziel einer Reduktion psychischer Belastungen durch stärkere Betonung der Prävention verfolgt. Das Bewusstsein hinsichtlich psychischer Belastungen soll erhöht und eine vermehrte betriebliche Auseinandersetzung mit dem Thema erreicht werden. Damit verbunden wird auch die Rolle der Arbeitspsychologinnen und -psychologen neben den Präventivfachkräften hervorgehoben.

Die ASchG-Novelle stellt unter anderem klar, dass der Begriff *Gefahr* im Sinne des ASchG neben physischen auch psychische Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen, umfasst, und legt die Pflichten der ArbeitgeberInnen in diesem Zusammenhang fest. Fehlbeanspruchungen, wie beispielsweise widersprüchliche Arbeitsaufgaben, Arbeitsverdichtung, erhöhter Konzentrationsbedarf, ständige Erreichbarkeit, Zeit- und Termin-druck, monotone Arbeitsabläufe, Informationsmangel bzw. -überflutung oder fehlende Handlungsspielräume von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sind zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen daraus abzuleiten und umzusetzen, wobei auch die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zu überprüfen ist.

All diese Tätigkeiten sind durch kompetente Fachleute vorzunehmen; das ASchG hält fest, dass erforderlichenfalls von den Unternehmen für die Arbeitsplatzevaluierung z. B. Arbeitspsychologinnen bzw. -psychologen heranzuziehen sind.

3.1.2 Vielzahl und Komplexität der Begriffe und Angebote

Auf dem Gebiet der betrieblichen Prävention existiert eine unglaubliche Vielzahl und Komplexität der Begriffe, die es gerade kleineren Unternehmen erschwert, einen Überblick über Angebote wie „Evaluierung von psychischen Belastungen“, „betriebliche Gesundheitsförderung“, „Gesundheitsmanagement“ etc., zu behalten. Es gibt eine große Anzahl von Anbietern diverser Gesundheitsleistungen, deren Evidenz und Qualität für Laien schwer zu beurteilen sind. Der unterschiedlichen Größe von Unternehmen – ein Kleinbetrieb braucht natürlich andere Maßnahmen und hat nicht dieselben Ressourcen zur Verfügung wie ein großer Konzern – wird in diesem Zusammenhang zu wenig Rechnung getragen.

3.2 Im Krankenstand

Zu hinterfragen sind in diesem Kontext die zeitnahe, adäquate Therapie psychischer Erkrankungen sowie der Bezug zur Arbeitswelt bei der psychiatrischen Rehabilitation. In Deutschland gibt es bereits Erfahrungen mit einem Modell einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR).

Die Leistungen der MBOR werden im Rahmen der deutschen medizinischen Rehabilitation erbracht und sind im Kontext einer Trendwende von der rein medizinisch orientierten Rehabilitation hin zu einer beruflichen Orientierung der medizinischen Rehabilitation zu sehen. Diese Trendwende ist der Tatsache geschuldet, dass subjektive Einstellungen Auswirkungen auf die berufliche Wiedereingliederung haben und dass es nötig ist, gezielt an deren Bedingungen zu arbeiten (vgl. Buschmann-Steinhage/Röckelein 2010). Das Modell zeichnet sich besonders dadurch aus, dass die psychischen und psychosozialen Anforderungen, vor die sich Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihrem Arbeitsleben gestellt sehen, frühzeitig in Diagnostik und Therapie einbezogen und so besondere berufliche Problemlagen effektiv identifiziert und behandelt werden

können (vgl. DRV 2012, 5). Weiters soll der Übergang zwischen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nahtlos stattfinden.

MBOR ist in Deutschland als Stufenmodell konzipiert. Stufe A, das MBOR-Basisangebot, ist in allen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen verfügbar und zielt auf die Gesamtheit aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung ab. Die dauerhafte berufliche Wiedereingliederung ist durch diese Ausrichtung auf alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als umfassendes Thema und Ziel festgehalten. Um feststellen zu können, welche Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen konfrontiert sind, und um in der Folge berufliche Fragestellungen in der Rehabilitationsleistung zu thematisieren und die Therapie dementsprechend auszurichten, erfolgt auf Stufe A eine allgemeine berufsbezogene Diagnostik (vgl. ebd., 14). Zusätzlich und möglichst frühzeitig werden den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf dieser Stufe allgemeine sozialrechtliche Informationen vermittelt. Stufe B, die die MBOR-Kernangebote beinhaltet, kann in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunkt durchlaufen werden und steht Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit sogenannten besonderen beruflichen Problemlagen offen. Diese machen etwa 30 % aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung aus, wobei dieser Prozentsatz nicht in jedem Indikationsbereich gleich ist. In der Psychosomatik etwa oder in der Neurologie fällt die Quote höher aus als beispielsweise in der Kardiologie (vgl. ebd., 7).

Besondere berufliche Problemlagen umfassen folgende Merkmale (vgl. DRV 2012, 7):

- » problematische sozialmedizinische Verläufe, z. B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit
- » negative subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags)
- » aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung

Diese Kriterien sollen als Orientierung verstanden werden und auf mögliche Zielgruppen verweisen, nicht jedoch als vollständiger Kriterienkatalog gelesen werden, was Offenheit und Flexibilität ermöglicht.

Die MBOR-Kernangebote sollen „zentral erheblichen Einschränkungen der beruflichen Teilhabe [entgegenwirken], die durch funktionale Beeinträchtigungen einerseits und/oder problematische berufsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster andererseits hervorgerufen werden“ (DRV 2012, 16). Auf dieser Stufe geht es daher nicht nur um das Trainieren komplexer Bewegungsmuster, die am jeweiligen Arbeitsplatz gefordert sind, sondern auch um „die positive Veränderung von Kognition und Verhalten sowie die Stärkung von Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit im Kontext von Arbeitsausführung und -bedingungen“ (ebd., 17). Die diagnostischen und therapeutischen Angebote auf dieser Stufe sind breit aufgestellt. Sie umfassen (1) die berufsbezogene Diagnostik zur Einschätzung der individuellen physischen wie psychischen Belastungsfähigkeit; (2) soziale Arbeit bzw. erwerbsorientierte Sozialberatung zur kontinuierlichen Erarbeitung berufsbezogener und sozialrechtlicher Lösungsansätze für die individuelle Problemlage und Begleitung bei der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben; (3) arbeits- und berufsbezogene (Therapie- und/oder edukative) Gruppen zur Bewältigung belastender beruflicher Situationen und (4) Arbeitsplatztraining, ein Training der typischen arbeitsüblichen Bewegungsabläufe mit dem Ziel der Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit (vgl. ebd., 17 ff.).

Auch die einzelfallorientierte Stufe C, das spezifische MBOR-Angebot, wird in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunkt angeboten, betrifft aber maximal fünf Prozent aller Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung. Zentrales Merkmal dieser Gruppe ist, dass eine berufliche Veränderung im Raum steht, da trotz MBOR-Kernangeboten nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wieder an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren oder an einer ähnlichen Arbeitsstelle arbeiten werden können. In dieser

Phase soll daher im Rahmen der „Belastungserprobung MBOR“ der konkrete Rehabilitationsbedarf festgestellt sowie der weitere Weg bezüglich beruflicher Perspektive und folgender Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geplant werden. Die Einschätzung der individuellen psychischen und physischen Belastungsfähigkeit geschieht anhand möglichst realitätsnaher Arbeitsbedingungen, z. B. in der Reha-Einrichtung oder extern in Form eines Praktikums oder einer Hospitation, etwa auch mit zu Beginn reduzierter Arbeitszeit oder tageweise (vgl. DRV 2012, 25 ff.).

Ein Modell einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) mit dem deklarierten Ziel einer beruflichen Wiedereingliederung, wie etwa in Deutschland, existiert in Österreich derzeit nicht.

3.3 Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit

Eine bedeutsame Schnittstelle stellt der Übergang vom Krankenstand zurück ins Arbeitsleben dar. Dabei geht es um die Kriterien, nach denen Menschen nach längerer psychischer Erkrankung wieder arbeitsfähig geschrieben werden. Nach der derzeitigen Lage in Österreich ist man entweder „krank“, also im Krankenstand, oder „gesund“, also am Arbeitsplatz. Derzeit kann also von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt lediglich zwischen „voll arbeitsfähig“ und „nicht arbeitsfähig“ unterschieden werden, eine genauere Arbeitsplatzanalyse kann nicht stattfinden. Eine Konsequenz daraus ist derzeit, dass Betroffene so lang im Krankenstand bleiben müssen, bis eine volle Wiedereingliederung möglich ist. In vielen Fällen haben Menschen, die nach einem längeren Krankenstand ins Berufsleben zurückkehren, noch krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen, die auch tätigkeitsrelevant sind und im Arbeitsprozess sichtbar werden.

Insbesondere Personen mit psychischen Krankheiten sind häufig noch nicht wieder voll im Erwerbsleben einsetzbar, während in vielen Fällen gerade die gesellschaft-

liche Teilhabe, die die Integration in den Arbeitsprozess mit sich bringt, zu einer weiteren Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit entschieden beitragen würde (vgl. Hoffmann 2004, 334). Den Betroffenen könnte ein flexibler Wiedereinstieg ins Berufsleben helfen. Voraussetzung dafür sind geeignete Messinstrumente für Arbeitsfähigkeit auch bei psychischen Erkrankungen. Derzeit ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei physischen Erkrankungen viel genauer und treffsicherer möglich als bei psychischen.

3.4 Wiedereingliederung im Unternehmen

Neben den formellen Kriterien der Definition der Arbeitsfähigkeit sind aber auch die Unternehmen gefordert, mit der Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen umzugehen und Arbeitsplätze so zu gestalten, dass der Wiedereinstieg gelingt. Eine Vielzahl verschiedener Organisationen hält entsprechende Angebote bereit, eine Koordination dieser Angebote erfolgt derzeit allerdings nicht.

3.4.1 Begleitung durch innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure

Die Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt führt aufgrund der oben beschriebenen Umstände zum Teil Menschen zurück in den Arbeitsprozess, die noch unter – passageren, länger dauernden oder auch permanenten – Leistungseinschränkungen leiden. Es gibt zahlreiche Unterstützungsangebote, wie etwa „fit2work“, Arbeitsassistenzen, aber auch finanzielle Unterstützung, etwa durch das Bundessozialamt. Innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure (ArbeitsmedizinerInnen, Arbeitspsychologinnen und -psychologen) sollten diesen Prozess begleiten, die gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu sind allerdings zum Teil unklar, es gibt keine Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich oder Rehabilitationseinrichtungen.

3.4.2 Information über Leistungseinschränkungen

Das Ziel der Rehabilitation, die soziale Teilhabe bzw. Reintegration, kann oft nicht umgesetzt werden, da Unternehmen keinerlei Informationen darüber erhalten, welche Rahmenbedingungen im Zuge des Wiedereinstiegs für die betroffene Mitarbeiterin bzw. den betroffenen Mitarbeiter passend wären. Ohne diese Empfehlung und Unterstützung ist es für Führungskräfte mitunter äußerst schwierig, ihrer Verpflichtung nachzukommen, ArbeitnehmerInnen nach ihren körperlichen und psychischen Fähigkeiten einzusetzen.

In Deutschland etwa erhält jede Rehabilitandin bzw. jeder Rehabilitand nach abgeschlossener psychosomatischer Rehabilitation einen detaillierten Wiedereinstiegsplan, der empfohlene Arbeitszeiten und Tätigkeiten für die ersten Monate des Wiedereinstiegs enthält. Darin sind ausschließlich empfohlene Rahmenbedingungen und keine Diagnosen ersichtlich. Die Unternehmen erhalten von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zahlreiche Unterstützungsangebote bei der Wiedereingliederung der betroffenen MitarbeiterInnen.

In Österreich ist die Situation für ArbeitnehmerInnen, die nach langem Krankenstand bemerken, dass sie ihren Aufgaben (noch) nicht gewachsen sind, belastend. Auch für die ArbeitgeberInnen ist die Situation äußerst unbefriedigend: Wenn eine langjährige (teure) Mitarbeiterin bzw. ein solcher Mitarbeiter über einen längeren und vor allem unbestimmten Zeitraum nur noch einen Bruchteil der ursprünglichen Leistung erbringen kann, beginnt oft eine Allianz zwischen ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn mit dem Ziel, aus Mangel an Alternativen den Weg in die Invaliditätspension zu beschreiten. Dem Unternehmen geht damit jedoch zunehmend knapper werdendes Fachwissen verloren, und die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer verliert die soziale Integration mit all ihren positiven Effekten auf die psychische Gesundheit, wie Strukturierung des Tages, soziale Kontakte, Sinnstiftung und auch Einkommen.

3.4.3 Flexibilisierung beim Wiedereinstieg

Psychische Erkrankungen sind meist sehr lang dauernde Erkrankungen, und ein Warten auf eine völlige Wiederherstellung der Einsetzbarkeit kann mitunter Monate, wenn nicht Jahre dauern. Laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betrug die Dauer von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Krankheiten im Jahr 2009 durchschnittlich 40 Tage, also deutlich länger als bei somatischen Erkrankungen mit durchschnittlich 11 Tagen Arbeitsunfähigkeit. Frauen mit psychischen Erkrankungen sind mit durchschnittlich 41,2 Tagen etwas länger arbeitsunfähig als Männer mit 39,7 Tagen. Am längsten dauern die Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen in der Gruppe der 51- bis 60-Jährigen mit 50,7 Tagen, am kürzesten bei den 15- bis 20-Jährigen mit 20,5 Tagen. Bei Arbeitslosen ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen mit 49,3 Tagen höher als bei Angestellten (39,2 Tage) und Arbeiterinnen und Arbeitern (34 Tage) (vgl. Hauptverband 2011, 29 ff.).

Ein „niederschwelliges Arbeiten“ für eine bestimmte Zeit ist in Österreich – im Gegensatz etwa zu Deutschland (Hamburger Modell) – nicht möglich, das Ansuchen um eine Invaliditätspension dadurch oft der einzige Ausweg.

3.4.4 Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen

Von den aktuell ca. 850.000 Personen, die zumindest einmal im Kalenderjahr von Arbeitslosigkeit betroffen sind, sind rund 25 % Langzeitarbeitslose. Als langzeitarbeitslos werden Personen angesehen, die ein Jahr hindurch arbeitslos gemeldet sind; bei Jugendlichen sind es sechs Monate. Mit einem Anteil von rund einem Viertel aller Arbeitslosen ist die Langzeitarbeitslosenrate in Österreich im EU-Vergleich eher gering.¹⁷

17) Vgl. <http://dnet.at/elis/Arbeitsmarkt.aspx> sowie <http://dnet.at/elis/ArbeitsmarktInternational.aspx>.

Es ist möglich, dass bei einem Teil der Langzeitarbeitslosen eine – undiagnostizierte und unbehandelte – psychische Erkrankung mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit ist. Für jene Gruppe der Langzeitarbeitslosen, bei denen eine noch nicht (ausreichend) diagnostizierte und behandelte Erkrankung einen Wiedereinstieg verhindert, bestehen derzeit keine spezifischen Angebote zur gezielten Stärkung von Gesundheitsressourcen.

4 BEGUTACHTUNG UND PENSION – CLUSTER 3

4.1 Begutachtungsverfahren

Die Begutachtungssituation wie auch eine Antragsablehnung stellen große psychische Belastungen für die AntragstellerInnen dar. Laut Allgemeinem Verwaltungsverfahrensgesetz (AVG) besteht für AntragstellerInnen ein starkes Aufklärungsrecht, Zwischenschritte könnten beansprucht, Vorbescheide erstellt werden. In Leistungsangelegenheiten des ASVG, wie z. B. bei Anträgen auf Invaliditätspension, die ein Massenverfahren darstellen, sind diese jedoch nicht umsetzbar. Es gilt, Versichertenrechte versus Verfahrensdauer abzuwägen.

In der Begutachtung besteht derzeit ein Zeitaufwand von durchschnittlich 60 Minuten für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens, inklusive Gutachtensabschluss werden 70 Minuten veranschlagt. Die Diagnose zum Begutachtungszeitpunkt stellt die relevante Diagnose dar.

Beim Restleistungskalkül werden gegenwärtig im Wesentlichen nur zwei Punkte bewertet, nämlich die psychische Belastbarkeit und das geistige Leistungsvermögen. Für eine standardisierte objektive und nachvollziehbare Erstellung des Restleistungskalküls wurde in der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ein Pilotprojekt gestartet:

MELBA (Merkmale zur Eingliederung Listungsgeminderter und Behinderter in Arbeit)

MELBA wurde von der Miro GmbH in den 1990er-Jahren im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales in Deutschland in Kooperation mit der Universität Siegen entwickelt und wird seither auch durch diese Gesellschaft vertrieben. Es handelt

sich dabei um ein Instrument zur Dokumentation von Arbeitsanforderungen und Arbeitsfähigkeiten.

MELBA besitzt drei zentrale Bestandteile:

- » In einem **Fähigkeitsprofil** werden die Schlüsselqualifikationen eines Menschen dokumentiert.
- » In einem **Anforderungsprofil** werden die Anforderungen an die Schlüsselqualifikationen eines Menschen durch eine bestimmte Tätigkeit dokumentiert.
- » Im **Profilvergleich** können das Fähigkeits- und das Anforderungsprofil einander gegenübergestellt werden.

Fähigkeits- und Anforderungsprofile sind ident aufgebaut und können so schnell hinsichtlich der psychischen und der geistigen Leistungsfähigkeit verglichen werden. Die Profile dokumentieren insgesamt 29 Schlüsselqualifikationen aus fünf verschiedenen Bereichen:

- » kognitive Fähigkeiten
- » soziale Fähigkeiten
- » Fähigkeiten zur Art der Arbeitsausführung
- » psychomotorische Fähigkeiten
- » Kulturtechniken/Kommunikation

Die Ausprägung wird in einer fünfstufigen Skala beurteilt. Im Profilvergleich werden Übereinstimmungen zwischen Anforderungen und Fähigkeiten ebenso sichtbar wie Über- und Unterforderungen.

Die Anwendung von MELBA setzt eine MELBA-Grundqualifizierung der AnwenderInnen voraus. Seitens der Pensionsversicherungsanstalt soll dieses Instrumentarium in den nächsten Jahren angepasst und eingesetzt werden.

Die PVA plant einen flächendeckenden Einsatz von MELBA für psychiatrische Gutachten, sofern das Pilotprojekt erfolgreich verläuft.

4.2 Versorgung im Akut- und niedergelassenen Bereich

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger stellt Schwierigkeiten bei der Erfassung von ärztlicher Hilfe und sonstigen außerstationären Versorgungsangeboten fest. Insbesondere im Bereich der ärztlichen Hilfe gestalten sich exakte Darstellungen schwierig. Beispielsweise können die im Rahmen einer „normalen“ Ordination abgerechneten Leistungen nicht dem Bereich der „psychischen Krankheiten“ zugeordnet werden, da Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich nicht verpflichtet sind, bei ihrer Abrechnung codierte und damit auswertbare Diagnosen zu liefern.

AllgemeinmedizinerInnen könnten das umfassendste Bild der Krankheitslast in der Bevölkerung liefern: Mehr als 90 % aller Patientinnen und Patienten, die im Untersuchungszeitraum das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, hatten regelmäßig auch Kontakt zu ihrer Allgemeinmedizinerin bzw. ihrem Allgemeinmediziner (vgl. Hauptverband 2011, 34).

Die Hauptverbandsstudie (2011) unterscheidet vier Unterstützungstypen:

- » fachärztliche Hilfe
- » Kinder- und Jugendpsychiatrie
- » Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin
- » außerstationäre Versorgungsangebote

Die Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie im niedergelassenen Bereich wird von Expertinnen und Experten als unzureichend angesehen. Es bestehen hier lange Wartezeiten auf Termine, und wenn man einen Termin bekommen hat, sind die Behandlungszeiten relativ kurz. Der Rehabilitationsbereich übernimmt zum Teil

Aufgaben der Primärversorgung, da eine zu geringe psychotherapeutische Versorgung im akut-stationären Bereich besteht. Ebenso finden sich Defizite im Bereich der Psychosomatik.

2012 veröffentlichte das Institut für Höhere Studien (IHS) eine Studie zur Versorgung Österreichs mit Psychiaterinnen und Psychiatern. Im Jahr 2010 gab es in Österreich laut IHS 1.062 PsychiaterInnen¹⁸ – im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist dies, gemessen an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte, eine geringe Zahl. Laut den Modellrechnungen wird sich der Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten zukünftig noch verschärfen und die Nachfrage im intra- und extramuralen Bereich das Angebot bereits 2018 übersteigen. Während einerseits die Inanspruchnahme von psychiatrischen Gesundheitsleistungen im Steigen begriffen ist – die Gründe hierfür sind zu einem gewissen Grad demografischer Natur, aber auch in der steigenden Akzeptanz von und dem Wissen über psychische Erkrankungen zu suchen –, ist die Prognose hinsichtlich des Angebots durch die Entwicklung der Studienabbrüche, der Emigration nach dem Studium sowie der Entwicklung des Frauenanteils im psychiatrischen Ärztebestand beeinflusst (vgl. IHS 2012, 4).

Was die psychotherapeutische Versorgung betrifft, so gab es 2011 in Österreich 7.180 Psychotherapeutinnen und -therapeuten – dies entspricht einem Versorgungsverhältnis von 1.161 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern pro PsychotherapeutIn. Die Bedarfsgerechtigkeit psychotherapeutischer Versorgung lässt sich durch folgende Indikatoren evaluieren:

.....

18) Es liegen verschiedene, zumeist nicht oder nur schwer vergleichbare Datenquellen für die Beurteilung der Versorgungsdichte vor. Die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) weist für 2010 325 Vertragsfachärztinnen und -fachärzte (Psychiatrie, Psychiatrie/Neurologie, Neurologie/Psychiatrie, Neurologie) nach Bundesländern laut Ständemeldung der ÖÄK aus (vgl. Hauptverband 2011, Anhang, Tabelle 14). Entsprechend der Liste der Ärztinnen und Ärzte der GÖG gab es 2010 1.891 Fachärztinnen und Fachärzte aus dem psychiatrischen Bereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin) (vgl. Hauptverband 2011, Anhang, Tabelle 15). Die Statistik Austria gibt für 2012 – basierend auf den Daten der ÖÄK – 1.732 berufsausübende Fachärztinnen und Fachärzte an (Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie), wobei hier Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin mit Fachrichtung einberechnet sind, ebenso wie Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Fachrichtungen den jeweiligen Fächern zugeordnet wurden (vgl. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen).

- » „Das quantitative Angebot an psychotherapeutischer Behandlung entspricht dem Bedarf, das heißt, dass jede Person mit Bedarf an Psychotherapie Zugang zur Behandlung hat, die Dauer der Behandlung und der Stundenumfang dem jeweiligen Bedarf entsprechend gewährleistet [sic!] werden und keine unangemessenen Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn bestehen.
- » Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut ist geografisch leicht erreichbar.
- » Die psychotherapeutische Behandlung entspricht den Qualitätsstandards.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich der Psychotherapiemethode.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich des Settings.“ (ÖBIG 2010, 35 f.)

Die Autorinnen und Autoren der Ist-Stand-Erhebung der Versorgung mit Psychotherapie 2009 halten fest, dass aufgrund der Datenlage eine genaue Einschätzung der tatsächlichen Versorgungslage von Personen mit Bedarf schwer möglich ist und wichtige Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme fehlen (vgl. ÖBIG 2010, 36). Der Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie ist nicht sehr niederschwellig, und es ist für Patientinnen und Patienten oftmals schwierig und mit großem Aufwand verbunden, Informationen über freie Kassenplätze zu erhalten. Weichen Patientinnen und Patienten zu Therapeutinnen und Therapeuten aus, die keinen Kassenplatz frei haben, kann zwar vonseiten der Versicherungsträger ein Kostenzuschuss geleistet werden, dieser wurde jedoch seit Jahren nicht erhöht und deckt nur einen Teil der tatsächlichen Therapiekosten ab (vgl. ebd., 37). Die private Finanzierung von Psychotherapie stellt für viele Patientinnen und Patienten eine Herausforderung und somit eine Barriere dar. Die Autorinnen und Autoren der Studie verweisen zwar darauf, dass das vorhandene Angebot eine Basisversorgung sicherstellt, die Kontingentierung und die teilweise langen Wartezeiten stellen jedoch ein Problem dar. Patientinnen und Patienten warten zwischen acht und 32 Wochen auf einen Kassenplatz.

4.3 Psychodiagnostik in der Begutachtung

Die fachärztliche Begutachtung von Antragstellerinnen und Antragstellern mit psychischen Störungen bzw. körperlichen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität kann zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit den Einsatz von psychologischen Mess- bzw. Testverfahren erforderlich machen. Folgende gutachterlich relevante Fragestellungen können sich für die Psychodiagnostik ergeben:

a) Allgemein:

- » Persönlichkeitsfaktoren/-struktur
- » Krankheitsverarbeitung/Bewältigungsprozesse
- » kognitive Basisfähigkeiten
- » Gedächtnisfunktionen
- » Kontrollüberzeugung
- » Ressourcen
- » Selbstmanagement
- » Leistungskonzept/Leistungsmotivation
- » Veränderungsmotivation
- » Belastbarkeit im Hinblick auf Zeitdruck
- » Beschwerdevalidierung/Konsistenzprüfung

b) Berufsbezogen:

- » Arbeitsplanung
- » Auffassung
- » Aufmerksamkeit
- » Konzentration
- » Lernen/Merken
- » Problemlösen
- » Umstellung

- » Vorstellung
- » Durchsetzung
- » Führungsfähigkeit
- » Kontaktfähigkeit
- » Kritikfähigkeit
- » Kritisierbarkeit
- » Teamarbeit
- » Ausdauer
- » kritische Kontrolle
- » Misserfolgstoleranz
- » Ordnungsbereitschaft
- » Pünktlichkeit
- » Selbstständigkeit
- » Sorgfalt
- » Verantwortung
- » Reaktionsgeschwindigkeit

AntragstellerInnen können sich noch im Berufsleben befinden oder bereits arbeitslos sein. Knapp die Hälfte der Personen, denen Invaliditätspension gewährt wird, kommt aus der Arbeitslosigkeit, wobei ein deutlicher Unterschied zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern mit 51,4 % und Angestellten mit 39,9 % besteht.

Tabelle 10: IP-Zugänge nach Ausgangssituation 2013

Ohne im Ausland wohnhafte Personen, in Prozent

	Arbeitslosigkeit	Erwerbslosigkeit ¹⁹	Erwerbstätigkeit	Krankengeld
Gesamt	51,1	5,9	23,9	19,1
Angestellte	41,3	6,9	27,8	24,0
ArbeiterInnen	55,9	5,4	21,9	16,8

Krankengeldbezug während des Bezugs von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe wurde bei Arbeitslosigkeit berücksichtigt.

Quelle: PVA

4.4 Krankheitsbiografien

Im Vorfeld krankheitsbedingter Pensionierungen liegt häufig ein mehrjähriges Krankheitsgeschehen. Für die Entwicklung wirksamer präventiver Maßnahmen ist es daher besonders wichtig, gesundheitliche Probleme, die zu Invalidität führen können, früh zu erkennen.

Krankheitsbiografien können anhand verschiedener Daten beschrieben werden, wie z. B.:

- » Krankenstandstage
- » Krankenhausaufenthalte, Aufenthaltsdauer
- » ICD-10-Diagnosen
- » Konsultationen von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie (Neurologie)
- » Rehabilitationsaufenthalte
- » Medikamentenverordnungen (Zahl der Verordnungen von Psychopharmaka, Packungsgrößen, erste Verschreibung)

Signifikante Abweichungen im Krankenstandsgeschehen zwischen späteren Invaliditätspensionistinnen bzw. -pensionisten und durchschnittlicher Erwerbsbevölkerung legen nahe, dass die Krankenstandsentwicklung als Vorlaufindikator von Invalidität dienen kann.

19) In diese Gruppe fallen für die PVA all jene Menschen, die eine Invaliditätspension antreten und für die keine Qualifikation („arbeitslos“, „erwerbstätig“, „Krankengeldbezug“) gespeichert ist. In der Praxis sind das diejenigen, die zuletzt weder erwerbstätig waren noch arbeitslos gemeldet sind (z. B. die Gruppe der zuletzt freiwillig Versicherten).

Dass Menschen unmittelbar vor dem Antritt einer Invaliditätspension häufig bzw. lange krank sind, liegt auf der Hand. Allerdings lassen sich schon Jahre vor einem Invaliditätspensionsantritt deutliche gesundheitliche Unterschiede zwischen dieser Gruppe und dem Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung feststellen (vgl. Leoni 2012, 82). „Eine Betrachtung der Krankenstandsquote bestätigt, dass Personen, die später Invaliditätsleistungen beziehen, schon sechs bis sieben Jahre vorher durch eine deutlich höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit gekennzeichnet sind als Erwerbspersonen mit vergleichbaren soziodemographischen Merkmalen, die nicht Invaliditätspension beziehen werden“ (ebd., 85). Sieben Jahre vor dem Invaliditätspensionsantritt weist diese Personengruppe bereits sowohl häufigere Krankenstände auf als auch längere Krankenstandszeiten, die auf schwerere Erkrankungen hinweisen. Dieser Unterschied verstärkt sich stark, je näher der Pensionierungszeitpunkt rückt. Betrachtet man BezieherInnen von Invaliditätspensionen infolge einer psychischen Erkrankung, so ist festzustellen, dass auch diese in den sieben Jahren vor der Pensionierung eine besonders hohe Zahl von Krankenstandstagen aufweisen (vgl. ebd., 90). Allerdings lässt sich nur eine schwache Übereinstimmung zwischen der die Invalidität begründenden medizinischen Diagnose und den Diagnosen der in der Vergangenheit angefallenen Krankenstände feststellen. Im Median entfallen nur neun Prozent der Fehlzeiten von Invaliditätspensionistinnen bzw. -pensionisten aufgrund psychischer Erkrankungen in den sieben Jahren vor ihrem Pensionsantritt ebenfalls auf psychische Erkrankungen (vgl. ebd., 91 f.).

Es konnte aber ein signifikanter Zusammenhang zwischen Langzeitkrankenständen aufgrund einer psychischen Erkrankung und dem Invalidisierungsrisiko festgestellt werden: Für Personen mit einem Langzeitkrankenstand (von sechs Wochen oder mehr), der durch eine psychische Erkrankung verursacht wurde, war die Wahrscheinlichkeit einer Invalidisierung sieben Jahre später fast dreimal so hoch wie bei der Referenzgruppe, deren Krankenstand durch eine andere Erkrankung verursacht wurde (vgl. ebd., 97). Bereits frühere Studien zeigen, dass „psychisch bedingte Krankenstände mit besonders

starken negativen Effekten auf die Beschäftigungsstabilität der Betroffenen verknüpft sind. Krankenstände mit psychischen Krankheitsdiagnosen liefern demnach ein besonders starkes Signal in Richtung Invaliditätsrisiko“ (ebd.).

Eine weitere wichtige Indikatorfunktion kommt der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu. Wie sich gezeigt hat, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Nachfrageverhalten hinsichtlich solcher Leistungen und einem dauerhaften krankheitsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben. Eine WIFO-Studie aus dem Jahr 2011, die auf einer Auswertung oberösterreichischer Daten beruht und Krankheitsbiografien von Invaliditätspensionistinnen bzw. -pensionisten mit einer Kontrollgruppe vergleicht, kommt zu dem Schluss, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in den Jahren vor einem krankheitsbedingten Erwerbsaustritt von jener anderer Beschäftigter abweicht und damit geeignet ist, die Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingter Pensionierungen frühzeitig anzuzeigen. Es zeigt sich, dass Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten bereits viele Jahre vor ihrer Pensionierung deutlich andere Gesundheitsleistungsbio- grafien haben als vergleichbare Personen. Sowohl bei der durchschnittlichen Anzahl der Arztbesuche als auch bei der Anzahl der Medikamentenverordnungen liegen schon sieben Jahre vor dem Pensionsantritt deutliche Unterschiede vor, auch Häufigkeit und Dauer der Krankenhausaufenthalte sind bereits fünf Jahre vor dem Pensionsantritt signifikant höher als bei vergleichbaren Personen. Diese – sowohl in der Häufigkeit als auch im Ausmaß – überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen steigt im Zeitverlauf beständig an, unmittelbar vor der Pensionierung weist ein sprunghafter Anstieg auf eine nochmals deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin (vgl. Mayrhuber/Tockner 2011, 38).

Insgesamt bedeutet dies, dass Krankenhausaufenthalte, Medikamentenverordnungen und Arztbesuche als Vorlaufindikatoren für krankheitsbedingte Pensionierungen in einem Zeitfenster von mehreren Jahren genutzt werden können, um präventiv Invaliditätspensionen entgegenzuwirken (vgl. ebd., 40 f.).

TEIL II

ERARBEITETE MASSNAHMEN UND VORSCHLÄGE

ERARBEITETE MASSNAHMEN UND VORSCHLÄGE

Die ersten beiden Aufgabenstellungen des Projekts – die Beschreibung des Ist-Zustandes sowie seine kritische Bewertung hinsichtlich Effizienz, Kompatibilität usw. – wurden von allen drei Clustergruppen in der ersten Projektphase (September bis Dezember 2012) in ihren jeweiligen Themenbereichen erfüllt und mit der Vorlage eines Zwischenberichts abgeschlossen. Im Zuge dieser kritischen Bewertung wurde in der ersten Projektphase von allen drei Clustergruppen (Cluster 1: „Prävention und Rehabilitation“; Cluster 2: „Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt“; Cluster 3: „Begutachtung und Pension“) eine ganze Reihe von Handlungsfeldern und Problembereichen identifiziert und auch bereits der eine oder andere Lösungsansatz diskutiert; diese Ansätze wiesen allerdings oft noch einen geringen Grad der Konkretisierung auf. Sie sind im folgenden Kapitel „Identifizierte Problemfelder und diskutierte Lösungsansätze“ für jeden einzelnen Cluster dargestellt.

In der weiteren Projektlaufzeit von Jänner bis Mai 2013 wurden dann insgesamt 17 Weiterentwicklungsbzw. Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet, die schließlich als konkrete Umsetzungsvorschläge mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie den Clustergruppenvorsitzenden akkordiert wurden und das Projektergebnis darstellen. Sie sind im Kapitel „Projektergebnisse“ (Tabelle 11) aufgelistet. Damit liegt ein Bündel von Vorschlägen aus dem Projekt „Invalidität im Wandel 2“ vor, die entweder unmittelbar umsetzbar oder als Empfehlung an den Gesetzgeber zu verstehen sind. Es liegt an den politischen Entscheidungsträgerinnen bzw. Entscheidungsträgern, auf Grundlage dieser Vorschläge zukunftsweisende Schritte zu setzen.

Das Gesamtprojekt wurde von der breiten Beteiligung und dem Engagement der Expertinnen und Experten getragen, deren Interesse an positiven Veränderungen im Sinne aller Betroffenen klar zum Ausdruck gekommen ist. Hohe Kommunikations- und Diskussionsbereitschaft, aber auch ein konsensuales Gesprächsklima im Sinne der Ziel-

setzungen des Projekts kennzeichneten die Arbeitsatmosphäre. Der großen Mitwirkungsbereitschaft aller Beteiligten ist dieses Projektergebnis zu danken.

1 IDENTIFIZIERTE PROBLEMFELDER UND DISKUTIERTER LÖSUNGSANSÄTZE

1.1 Prävention – Cluster 1

1.1.1 Präventionsangebote

Aufgrund der konstatierten regionalen wie auch inhaltlichen Uneinheitlichkeit der Präventionsangebote im Bereich psychischer Erkrankungen in Österreich regte die Clustergruppe 1 an, eine geeignete Organisation damit zu beauftragen, primärpräventive Strategien im Hinblick auf die gesamtpolitische Sinnhaftigkeit und Effektivität zu prüfen, bestehende Angebote zu dokumentieren und eine langfristige, integrative Primärpräventionsstrategie zu entwickeln.

Diskutiert wurden auch Screening-Maßnahmen hinsichtlich psychiatrischer Problemstellungen, wobei diese an die bestehenden Strukturen wie Untersuchungen durch Schulärztinnen und -ärzte, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen anschließen könnten.

1.1.2 Case-Management

„fit2work“ hat als zentrale Koordinationsplattform im Präventionsbereich Potenzial. Es bietet eine Grundstruktur, für deren Weiterentwicklung von Clustergruppe 1 Vorschläge und Ideen formuliert wurden.

- » „IP Neu“: Zu den großen Herausforderungen für die Zukunft zählt die Fragestellung, welchen Beitrag Case-Management für die „Invaliditätspension Neu“ leisten kann. Das „fit2work“-Konzept muss künftig einer intensiven Betreuung von Menschen mit massiv eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, bei denen eine Reintegration in den Arbeitsmarkt schwierig ist und einer engen Vernetzung der Case-ManagerInnen mit

anderen Einrichtungen bzw. Akteurinnen und Akteuren bedarf, gerecht werden. Im Hinblick auf die durch das SRÄG 2012 vorgenommenen erweiterten Dienstleistungen von „fit2work“ – Case-Management im Rahmen der „IP Neu“ – ist besonderes Augenmerk auf die Abstimmung der „fit2work“-Case-ManagerInnen mit den Reha-Beraterinnen und -Beratern der Pensionsversicherungsträger und des AMS zu richten.

- » Zielgruppenerreichung in der Öffentlichkeitsarbeit, regionale Akzeptanz: Da sich derzeit Betroffene vor allem aufgrund der Intervention der Gebietskrankenkassen an die Beratungsstellen wenden und die Inanspruchnahme des Angebots regional unterschiedlich ist, schlägt die Clustergruppe 1 vor, die Zielgenauigkeit zu prüfen und den Zugang für noch nicht erkrankte Personen sowie die regionale Akzeptanz zu verbessern. Weiters wird vorgeschlagen, die Ärztinnen und Ärzte besser über „fit2work“ zu informieren, z. B. durch einen entsprechenden Folder. Kontrollärztinnen und -ärzte sollen – grundsätzlich und in Einzelfällen – in den Informationsfluss durch die Krankenkassen eingebunden werden.

- » Anforderungen an fachliche Qualifikationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Qualitätssicherung: Innerhalb der Clustergruppe 1 wurde auch diskutiert, dass der Ausbau von Gesundheitsangeboten Aufgabe des Gesundheitswesens sein sollte und dass bei einer Vergabe dieser Aufgabe im Rahmen von Ausschreibungen an private Anbieter, wie dies bei „fit2work“ erfolgt, der Fokus verstärkt auf die Qualität der Anbieter im Vergleich zu den Kosten zu legen sei. Schon die Ausschreibungsunterlagen für die regionalen „fit2work“-Umsetzungspartner aus der ersten Vergabebetrache enthielten Mindeststandards für die Ausbildung und das Erfahrungswissen von Case-Managerinnen und -Managern. Sämtliche im Zeitraum nach der Erstausschreibung gewonnenen Erfahrungen sollen bei Folgeausschreibungen auf ihre Relevanz geprüft und bei der Erstellung künftiger Ausschreibungsunterlagen berücksichtigt werden.

Auf Qualitätssicherung ist besonderes Augenmerk zu legen. „fit2work“ ist von seiner Grundkonzeption ein Vernetzungsprogramm für alle Akteurinnen und Akteure im Bereich Arbeit und Gesundheit, dazu dienen auch die regelmäßig abgehaltenen Vernetzungs- und Koordinierungstreffen zwischen den Auftragnehmern und den Partnerorganisationen von „fit2work“. Die Aus- und Weiterbildungserfordernisse der im Rahmen von „fit2work“ bei den Umsetzungspartnern beschäftigten Personen sind einer laufenden Qualitätskontrolle unterworfen. Zur Qualitätssicherung wurde zudem auch ein Beschwerdemanagement aufgebaut.

- » Instrumente des Case-Managements und psychologische Betreuung – Pilotprojekt: Erörtert wurde auch, welche Instrumentarien den Case-Managerinnen und -Managern zur Verfügung stehen. Die Case-ManagerInnen führen Beratungsgespräche durch und haben die Möglichkeit, Klientinnen bzw. Klienten an Psychologinnen und Psychologen bzw. an Fachärztinnen und Fachärzte weiterzuleiten. Mehr als 40 % der Klientinnen und Klienten leiden unter psychischen Erkrankungen. Unter den Case-Managerinnen und -Managern gibt es zwar auch Psychologinnen und Psychologen, „fit2work“ bietet jedoch selbst keine medizinische oder psychologische Betreuung an, sondern fungiert lediglich als Drehscheibe. Es könnte aber gerade hier seine Wirkung als sekundärpräventives Beratungsprogramm voll entfalten.

Der Zugang zu kassenfinanzierten Psychotherapieplätzen gestaltet sich aufgrund der Kontingentierungen für viele Betroffene schwierig, die Finanzierung eines privaten Therapieplatzes scheitert in den meisten Fällen trotz Zuzahlung der Krankenkassen an den damit verbundenen Kosten; es besteht somit eine echte Versorgungslücke. Betroffene werden aus diesem Grund in der Regel erst spät durch Maßnahmen erreicht. Eine zumindest fortgeschrittene Psychotherapie ist jedoch in vielen Fällen Vorbedingung für eine erfolgreiche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Um solche Verzögerungen in der Problemlösung zu vermeiden und raschere Heilungs- bzw. Integrationsprozesse anstoßen bzw. fördern zu können (vgl. Erläuterungen zum

SRÄG 2012, EB 2000 der Beilagen XXIV. GP, 15 f.), wurde mit dem SRÄG 2012 dem § 6 AGG folgender Abs. 8 angefügt: „Soweit Dienstleistungen zur Lösung der gesundheitlichen Probleme der in die Beratung oder in ein Case Management übernommenen Personen nicht ausreichend vorhanden sind, kann der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Vorsorge treffen, dass solche Leistungen auf Grund vertraglicher Vereinbarungen, zB durch Förderung von Pilotprojekten, zur Verfügung gestellt werden. Die für diesen Zweck eingesetzten finanziellen Mittel sind bis zu einer Obergrenze von jeweils einer Million Euro aus der Gebarung Arbeitsmarktpolitik und aus der Pensionsversicherung zu bedecken [. . .].“ Damit stehen seit Mitte April 2013 zusätzliche zwei Mio. Euro für die Versorgung von „fit2work“-Klientinnen und -klienten mit klinisch-psychologischem und psychotherapeutischem Betreuungsbedarf zur Verfügung. Innerhalb eines Jahres sollen rund 900 Personen von diesem Angebot profitieren können. Die Leistungen kommen subsidiär zum Einsatz und kommen nur dann zum Tragen, wenn kassenfinanzierte Therapieplätze nicht zeitnah bzw. in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen. Die klinisch-psychologische Betreuung ist für die öffentliche Hand ein völlig neues und innovatives Angebot. „fit2work“ könnte durch Früherkennung prophylaktische Wirkung entfalten und mithelfen, längere Krankenstände und teurere stationäre und Reha-Aufenthalte zu verhindern sowie erfolgreiche Reintegrationsschritte in den Arbeitsmarkt unterstützen. Damit könnte man sowohl persönliches Leid verringern als auch vermeidbare Kosten für die Systeme der sozialen Sicherheit einsparen.

Zu überlegen ist, dieses Angebot in das Standardprofil von „fit2work“ zu übernehmen. Dazu wird es notwendig sein, eine im Vergleich zum Pilotprojekt höhere Anzahl an Therapieplätzen zur Verfügung zu stellen. Zielgruppe für derartige Leistungen sind Versicherte im Erwerbsalter, die Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung oder auf Rehabilitation haben. Die Leistungszuerkennung könnte durch die Krankenversicherung oder Pensionsversicherung über Antrag auf Empfehlung der „fit2work“-Case-ManagerInnen erfolgen. Zwischen 2.000 und 4.000 Personen sollten

jährlich von diesen Leistungen profitieren, die geschätzten Kosten dafür betragen vier bis acht Mio. Euro pro Jahr.

1.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Unter dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung“ finden in Österreich verschiedene präventive Maßnahmen statt, bei denen psychische Gesundheit oft keine oder zu wenig Berücksichtigung findet. Betriebliche Akteurinnen und Akteure beschäftigen sich oft noch nicht mit psychischer Gesundheit. Eine vermehrte Bedachtnahme auf psychische Faktoren bei BGF-Maßnahmen wurde von Clustergruppe 1 als wichtiges Ziel formuliert.

Weiters konstatierte die Clustergruppe 1 einen großen und heterogenen „Anbietermarkt“ im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich und schlägt daher eine ausdrückliche und gezielte Berücksichtigung der psychischen Gesundheit bei einer Zertifizierung (Gütesiegel) von BGF-Maßnahmen und -Anbietern vor.

1.1.4 Arbeitsmedizin

Die im Rahmen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes laufenden arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Evaluierungen arbeitsbedingter psychischer Belastungen leisten einen wesentlichen präventiven Beitrag und sollten weiter gefördert werden. Verbindliche Kriterien dazu müssen noch erarbeitet und Informationsmöglichkeiten verbessert werden.

1.1.5 Evaluierung von Krankenstandsdaten

Informationen über branchenspezifische Krankenstandsdaten können und sollen in der Entwicklung und Anwendung von Präventionsmaßnahmen genutzt werden. Laut Erläuterungen zum AGG sind eine Zielgruppe des mit dem AGG geschaffenen Beratungs-

angebotes „fit2work“ unter anderen auch „Betriebe, deren Beschäftigte im Branchenvergleich überdurchschnittliche Krankenstände aufweisen“ (EB 981 der Beilagen XXIV. GP, 186). Wenn zukünftig branchenbezogene und diagnosespezifische Krankenstandsdaten ausgewertet werden sollten, ist darauf zu achten, dass es weder zu einer Stigmatisierung des/der Einzelnen noch zu nicht beabsichtigten Konsequenzen auf dem Arbeitsmarkt kommt.

1.1.6 Hochrisikogruppen

Für die bekannten „Hochrisikogruppen“ für spätere psychische Erkrankungen und damit auch für krankheitsbedingte Berufsunfähigkeit sollten spezielle Präventionsangebote, die auch die psychische Gesundheit einbeziehen, geschaffen werden. Je früher Unterstützungsangebote für diese Menschen dort ankommen, wo sie gebraucht werden, desto größer ist ihr Nutzen. Es gibt gute Ansätze (siehe die Richtlinie Jugendcoaching²⁰ des Sozialministeriums), der gesamte Bereich ist jedoch ausbaufähig.

1.1.7 AllgemeinmedizinerInnen

Da die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen häufig die Erstanlaufstelle bei psychischen Belastungen oder Erkrankungen sind, sollten diese im Sinne einer Verbesserung der Sekundärprävention für Früherkennung und Frühintervention verstärkt sensibilisiert werden. Entsprechende Maßnahmen könnten u. a. die Bereiche Sensibilisierung und laufende Information, verbesserte Ausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie, Anreize für PSY-Diplomausbildungen, Fort- und Weiterbildung zum Thema psychische und psychiatrische Erkrankungen betreffen.

20) Richtlinie Jugendcoaching des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Durchführung der Maßnahmen Jugendcoaching, GZ BMASK-44101/0013-IV/A/6/2012, in Kraft getreten am 1. Jänner 2012, abrufbar unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/8/CH2217/CMS1220346918410/rl_jugendcoaching.pdf.

1.1.8 Psychotherapie

Die Frühintervention mit psychologischen bzw. psychotherapeutischen Methoden kann einen Beitrag zur Verhinderung des Entstehens von psychischen Erkrankungen, zur Verkürzung der Krankenstandsdauer und zur Vermeidung von Chronifizierung leisten und sollte daher gefördert werden.

1.2 Rehabilitation – Cluster 1

1.2.1 Reha-Angebote

Die bestehenden Reha-Angebote werden zur Qualitätssicherung regelmäßig evaluiert und befinden sich in einem Entwicklungsprozess. Diese Entwicklung schließt auch neue Angebotsformen ein, wie z. B. mehrere kürzere Rehabilitationsphasen, Kombination stationär/ambulant usw. Für bestimmte Erkrankungsgruppen sollten nach Ansicht der Clustergruppe 1 störungsspezifische Reha-Angebote entwickelt werden, unter anderem für Zwangserkrankungen, Traumatisierungen und Suchterkrankungen.

1.2.2 Anschlussheilverfahren und regionale Versorgung

Das zentrale Ziel, Reha-Maßnahmen so früh wie möglich anzubieten, wurde von der Clustergruppe 1 als richtig bewertet und das Anschlussheilverfahren unmittelbar oder kurz nach einer stationärer Behandlung als wichtiger Schritt in diese Richtung identifiziert. Die wohnortnahe – allgemeinmedizinische, fachärztliche und psychotherapeutische – Anschlussbehandlung nach einer stationären oder ambulanten Rehabilitation sollte verbessert (Verringerung der Wartezeiten im fachärztlichen Bereich, Schließung regionaler Versorgungslücken, Vermehrung der qualitätsgesicherten psychotherapeutischen Angebote, Bedarfserhebung hinsichtlich Facharztausbildung im Erwachsenen- sowie im Kinder- und Jugendbereich), die Anschlussheilverfahren weiter ausgebaut werden.

1.2.3 Subakute Therapieangebote

Von der Clustergruppe wurde bei den subakuten Therapieangeboten in Österreich eine Versorgungslücke geortet. Einerseits werden die Aufenthaltsdauern in der akut-stationären Psychiatrie kürzer, andererseits sind die Möglichkeiten für Anschlussheilverfahren in Reha-Einrichtungen bzw. ambulante Therapieangebote zur subakuten Weiterbehandlung (sowohl fachärztlich als auch psychotherapeutisch) nicht ausreichend. Auch tagesklinische Therapieangebote (sowohl nach stationärer Therapie als auch bei primär ambulant betreuten Menschen) können die Therapieeffizienz erhöhen, Krankenstandsdauern verkürzen und rehabilitativ wirken. Ein Ausbau ist daher anzustreben.

1.2.4 Zusammenarbeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Medizinische und berufliche Rehabilitation brauchen engste Zusammenarbeit. Ein Ausbau der Angebote gerade auch für Personen mit Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen zu einer umfassenden Rehabilitation wäre wünschenswert. Die Clustergruppe 1 schlägt vor, Best-Practice-Modelle und neue Initiativen zu sammeln und aufzuzeigen.

1.2.5 Wiedereinstiegsmodelle

Wiedereinstiegsmodelle nach längerem Krankenstand, nach Reha-Maßnahmen oder nach längerer Arbeitslosigkeit sowie Kombilohnmodelle, Teilpensionsmodelle u. Ä. wurden in der Clustergruppe 1 diskutiert, und die Erarbeitung von Vorschlägen zu deren Einsatz in Österreich wurde angeregt. Wiedereinstiegsmodelle können Personen, die einen längeren Krankenstand oder Reha-Maßnahmen hinter sich haben, die länger arbeitslos waren oder sich in Invaliditätspension befinden, schrittweise die Rückkehr ins Arbeitsleben ermöglichen.

Internationale Beispiele und Initiativen einzelner Unternehmen zeigen langfristig dann große Erfolge bei der (Re-)Integration psychisch Erkrankter, wenn diese stufenweise erfolgt – also z. B. kurze Arbeitsversuche im fortgeschrittenen Therapiestadium, stark reduzierte Anzahl an Arbeitsstunden am neuerlichen Beginn einer Beschäftigung mit kontinuierlicher Steigerung usw. Die finanzielle Absicherung der Betroffenen in dieser Wiedereingliederungsphase muss mit noch zu entwickelnden Beihilfenmodellen sichergestellt werden. Den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sollten die Mehrkosten für die verminderte Produktivität ersetzt werden. Generell müssten rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Betroffenen „gefahrlose“ – das heißt rechtlich und finanziell folgenlose – Wiedereinstiegsversuche ermöglichen.

1.2.6 Integration in den Arbeitsmarkt

Im Rahmen von „Invalidität im Wandel 2“ (liW2) ging es vor allem um Zielgruppen, bei denen eine weitere Berufstätigkeit und zumindest eine teilweise Integration in den Arbeitsmarkt möglich sind. Zur Frage der Angebote für Personen, bei denen dies nicht möglich ist, regten die TeilnehmerInnen der Clustergruppe die Schaffung einer eigenen Arbeitsgruppe an. Für diese Personengruppen sollten die Möglichkeiten von lebensstrukturgebenden Tätigkeiten ausgebaut werden.

Der zweite und dritte Arbeitsmarkt braucht Modelle zur Schaffung von dauerhaften Arbeitsplätzen mit langfristig planbaren finanziellen Rahmenbedingungen für die Betreiber.

Zur Integration von Personen nach dauerhafter „unterschwelliger“ Arbeitsfähigkeit wurden zur Vorbereitung der Umsetzung des SRÄG 2012 durch das AMS bereits Pilotprojekte eingerichtet, um die daraus gewonnenen Erfahrungen ab 2014 in größerem Maßstab zu nutzen. Für die Zielgruppe der Personen mit negativem Pensionsbescheid und gesundheitlichen (physischen und/oder psychischen) Beeinträchtigungen werden

Neuerungen im Bereich des zweiten Arbeitsmarktes, z. B. eine Ausdehnung der Verbleibszeiten in bestimmten Maßnahmen, Arbeitstrainings mit reduzierten bzw. variablen Anwesenheitszeiten und Beratungs- und Betreuungseinrichtungen speziell auch für psychisch Erkrankte erprobt. Neuartig dabei ist auch die Kombination verschiedener Förderinstrumente, z. B. stundenreduzierte Beschäftigung in einem sozialökonomischen Betrieb und Ausgleich des Verdienstentgangs durch den Einsatz einer Kombilohnförderung. Die Überführung dieser Modelle in den Regelbetrieb des AMS ist abhängig von den Ergebnissen der geplanten Evaluierung.

Für Fälle dauerhaft geminderter Arbeitsfähigkeit wären durchlässige Modelle zwischen erstem und zweitem Arbeitsmarkt anzudenken, bei denen Ausmaß der Beschäftigung und Betreuungsaufwand auf die spezifische Situation der betroffenen Person ausgerichtet sind, wobei v. a. bei psychisch kranken Menschen ein dauerhaft einheitlicher Status eher die Ausnahme denn die Regel ist.

1.2.7 „IP Neu“

Die Zielsetzungen der mit dem SRÄG 2012 geschaffenen neuen gesetzlichen Regelungen (Rehabilitation statt Pension, Rehabilitationsgeld und Umschulungsgeld mit jeweils damit verbundenen Maßnahmen) wurden von der Clustergruppe 1 begrüßt. Die dafür notwendigen Maßnahmen sollten rasch ausgebaut und laufend auf ihre Zielerreichung hin evaluiert werden. Weiters wurde vorgeschlagen, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen auf allen Qualitäts- bzw. Intensitätsebenen anzubieten. Wichtig war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Feststellung, dass die neuen gesetzlichen Regelungen für besonders schwer bzw. chronisch Kranke keine Verschlechterungen, unnötige bürokratische Hindernisse oder psychische Belastungen bewirken dürfen. Auch dies sollte durch die laufende Evaluierung sichergestellt werden.

1.3 Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt – Cluster 2

1.3.1 Evaluierungsverpflichtung nach dem ASchG in KMU

Infolge der letzten ASchG-Novelle, die mit 1. Jänner 2013 in Kraft getreten ist und eine verpflichtende Arbeitsplatzevaluierung hinsichtlich psychischer Belastungen für alle Unternehmen ausdrücklich vorsieht, ist zwar ein ausreichendes Regelwerk vorhanden, allerdings müssen kleine Betriebe nach Ansicht der Clustergruppe 2 stärker „von außen“ unterstützt und auch besser überbetrieblich vernetzt werden.

1.3.2 Bessere Übersicht für KMU – Qualitätskriterien für Gesundheitsleistungen

Gefordert wurde in der Clustergruppe 2 auch mehr Übersicht und Klarheit über die Vielzahl an Begriffen und Anbietern diverser Gesundheitsleistungen. Auch der völlig unterschiedlichen Größe der Unternehmen werde zu wenig Rechnung getragen – ein Kleinbetrieb brauche andere Maßnahmen und habe andere Ressourcen als ein großer Konzern. Bessere Qualitätskriterien würden vor allem auch kleineren Unternehmen dabei helfen, die Qualität von Anbietern besser beurteilen zu können, und damit eine höhere Bereitschaft zur Durchführung von wichtigen Maßnahmen bewirken.

1.3.3 Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Clustergruppe wurden die zeitnahe, adäquate Therapie psychischer Erkrankungen und der Bezug zur Arbeitswelt bei der psychiatrischen Rehabilitation thematisiert. Kritisiert wurde, dass ein Modell einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) mit dem deklarierten Ziel einer beruflichen Wiedereingliederung, wie etwa in Deutschland, in Österreich derzeit nicht existiert.

Rehabilitation sollte funktionelle Gesichtspunkte in den Vordergrund stellen und nicht so sehr Heilbehandlung. Das deklarierte Ziel der psychiatrischen Rehabilitation ist die soziale Teilhabe und damit eine Integration ins Berufsleben. Derzeit gibt es in Österreich jedoch keine berufliche Orientierung in der Rehabilitation, weder in der Diagnostik noch in der Therapie. Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation in Deutschland zeigt, dass dieses Modell hinsichtlich der Wiedereingliederung insbesondere psychisch erkrankter Menschen sehr erfolgreich ist.

Die TeilnehmerInnen der Clustergruppe regten daher die Implementierung einer medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation nach dem Vorbild der deutschen MBOR-Modelle (Unterstützung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beim Verbleib im Erwerbsleben, Implementierung arbeitsplatzbezogener Ausrichtungen der Leistungen) auch in Österreich an. Von Vertreterinnen und Vertretern der Gebietskrankenkassen wurde zudem angemerkt, dass es dazu einer besseren Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten, Reha-Einrichtungen und Unternehmen bedürfe. Derzeit gebe es massive Informationsdefizite, die es zu beseitigen gilt.

1.3.4 Flexibilisierung beim Wiedereinstieg

In den Diskussionen wurde die Frage aufgeworfen, nach welchen Kriterien Menschen nach längerer psychischer Erkrankung arbeitsfähig geschrieben werden. Die derzeitige Situation, in der nur zwischen „voll arbeitsfähig“ und „nicht arbeitsfähig“ unterschieden werden kann, wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als unbefriedigend beurteilt. Von der Clustergruppe 2 als sinnvoll und wünschenswert erachtet wurde ein flexibler Wiedereinstieg besonders nach psychischen Erkrankungen, um Menschen wieder nachhaltig in den Arbeitsprozess zu integrieren. Modelle eines stufenweisen Wiedereinstiegs sollten erarbeitet werden, wobei der finanzielle Aufwand („Übergangsgeld“) geklärt werden muss.

Bei psychischen Erkrankungen handelt es sich meist um sehr lang andauernde Erkrankungen, ein Warten auf völlige Wiederherstellung der Einsetzbarkeit kann mitunter Monate, wenn nicht Jahre dauern. Ein „niederschwelliges Arbeiten“ für einen bestimmten Zeitraum ist in Österreich, im Gegensatz etwa zu Deutschland („Hamburger Modell zur Wiedereingliederung“²¹), nicht möglich, das Ansuchen um eine Invaliditätspension dadurch oft der einzige Ausweg. Von verschiedenen in der Clustergruppe 2 vertretenen Institutionen wurden Anregungen, die auf die Möglichkeit einer Flexibilisierung beim Wiedereinstieg abzielen, eingebracht.

1.3.5 Koordination der Unterstützungsangebote für die Wiedereingliederung im Unternehmen

Neben den formellen Kriterien der Definition der Arbeitsfähigkeit sind auch die Unternehmen gefordert, mit der Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen umzugehen. Im Projekt „liW2“ wurde konstatiert, dass es zu wenig Modelle oder Konzepte gibt, Arbeitsplätze so zu gestalten, dass der Wiedereinstieg leicht gelingt. Dieses Thema wurde ausführlich diskutiert. Eine Vielzahl verschiedener Organisationen hält Angebote für die Unterstützung der Wiedereingliederung bereit, eine Verbesserung der Koordination dieser Angebote ist nach Ansicht von Clustergruppe 2 notwendig.

1.3.6 Begleitung durch innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure bei der Wiedereingliederung

Die Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit führt aufgrund der oben beschriebenen Umstände zum Teil Menschen zurück in den Arbeitsprozess, die noch unter passageren, länger andauernden oder permanenten Leistungseinschränkungen leiden. Als notwendig

21) Im Hamburger Modell zur Wiedereingliederung werden Menschen nach einer länger andauernden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit schrittweise wieder an die volle Arbeitsbelastung an ihrem alten Arbeitsplatz herangeführt. Sie erhalten während der stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin Kranken- oder Übergangsgeld und gelten in dieser Zeit als arbeitsunfähig (vgl. Teil I, Abschnitt C, Kapitel 2.4).

erachtet wurde die Unterstützung von Unternehmen bei der Implementierung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). Dadurch könnte die soziale Teilhabe auch für Menschen mit Leistungseinschränkungen ermöglicht und eine längere Verweildauer im Arbeitsprozess erreicht werden.

Neben den zahlreichen Unterstützungsangeboten von außen, wie beispielsweise „fit2work“, Arbeitsassistenzen, finanzieller Unterstützung des Bundessozialamts, sollten innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure (ArbeitsmedizinerInnen, Arbeitspsychologinnen und -psychologen) den Prozess der Wiedereingliederung begleiten. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dazu sind allerdings zum Teil unklar, es gibt keinerlei Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich oder mit Rehabilitationseinrichtungen.

1.3.7 Information über Leistungseinschränkungen bei der Wiedereingliederung

Das Ziel der Rehabilitation, nämlich die soziale Teilhabe bzw. Reintegration, kann oft nicht umgesetzt werden, da Unternehmen keinerlei Hinweise auf mögliche Leistungseinschränkungen erhalten und so ihrer Verpflichtung, ArbeitnehmerInnen nach ihren körperlichen und psychischen Fähigkeiten einzusetzen, nur rudimentär nachkommen können. Eine verbesserte Information des Unternehmens über vorhandene Leistungseinschränkungen kann die Wiedereingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unterstützen und somit vermeiden, dass aus Mangel an Alternativen der Weg in die Invaliditätspension beschritten wird.

1.3.8 Sensibilisierung von Führungskräften

Führungskräfte haben im Unternehmen eine Schlüsselrolle inne, was das Erkennen psychischer Erkrankungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betrifft. Rechtzeitiges

adäquates Reagieren und die Adaption von Arbeitsrahmenbedingungen könnten nach Ansicht von Clustergruppe 2 einen großen Beitrag zur Verbesserung der Abläufe leisten. Angeregt wurde eine gezielte Schulung von Führungskräften durch geeignete Fachleute, wie ArbeitsmedizinerInnen, Präventivfachkräfte, „fit2work“-MitarbeiterInnen.

1.3.9 Langzeitarbeitslose mit psychischen Erkrankungen

Von den mit Arbeitslosigkeit befassten Expertinnen und Experten aus AMS, Sozialministerium und AK wird vermutet, dass bei einem großen Teil der Langzeitarbeitslosen eine (undiagnostizierte und unbehandelte) psychische Erkrankung mit ein Grund für die Arbeitslosigkeit sein könnte. Kritisiert wird, dass das AMS keine Informationen über die Gründe der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses hat. Eine gezielte Stärkung von Gesundheitsressourcen wäre vor allem bei jener Gruppe der Langzeitarbeitslosen sinnvoll, bei der eine noch nicht (ausreichend) diagnostizierte und behandelte Erkrankung einen Wiedereinstieg verhindert.

1.3.10 Qualifizierung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern bzw. Präventivfachkräften

In Bezug auf die letzte ASchG-Novelle ist es notwendig, im Unternehmen tätige ArbeitsmedizinerInnen und Präventivfachkräfte verstärkt hinsichtlich spezieller Themen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Schnittstellenmanagement, Adaptierung von Arbeitsplätzen, Institutionen und Instrumente, zu sensibilisieren und auch zu schulen. Von der Clustergruppe wird ein diesbezüglicher Know-how-Transfer in die Unternehmen – Implementierung von Lehrgängen und gezielte Schulung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern bzw. Präventivfachkräften – vorgeschlagen. Dabei handelt es sich um Fachleute, die bereits in den Unternehmen tätig sind und mit relativ geringem Schulungsaufwand einen deutlichen Beitrag zur Verbesserung der derzeitigen Situation leisten könnten.

1.4 Begutachtung und Pension – Cluster 3

Die Ergebnisse der Clustergruppe 3 konnten in weitgehender Übereinstimmung aller Beteiligten erarbeitet werden. Zu einigen Themenbereichen fanden intensive Diskussionen statt. Hervorgehoben wurde unter anderem die Notwendigkeit einer wertschätzenden Behandlung und Beschreibung von Personen mit psychischen Erkrankungen. Die Wahl des Wording wurde am Beispiel des Begriffs der „psychisch-geistigen Leistungsfähigkeit“ im Zuge der Erarbeitung einer Informationsbroschüre zu Begutachtungsverfahren besprochen. Unterschiedlich war anfänglich auch der Zugang zur Anwendung psychodiagnostischer Testverfahren. Nach einer intensiven Diskussion des Einsatzbereiches und der Verfälschungssicherheit dieser Verfahren konnte man sich aber auch hier auf ein konkretes Einsatzszenario einigen. Angeregt diskutiert wurde weiters der Vorschlag einer vollständigen Anwendbarkeit des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes (AVG) vor dem Hintergrund der von der PVA durchzuführenden Massenverfahren. Zum heiklen Thema Krankheitsbiografien und Datenschutz bestand letztlich Einigkeit darüber, dass der Faktor der Freiwilligkeit eine ganz besondere Rolle spielt. Ein intensiver Diskurs – bei grundsätzlich positiver Resonanz – fand schließlich zum beabsichtigten Einsatz neuer Dokumentationsinstrumente in der PVA statt. Tatsache ist, dass an MELBA (siehe weiter unten, Kapitel 1.4.6) große Erwartungen gestellt werden, wenn es sich auch derzeit erst in der Testphase befindet.

1.4.1 Defizite in der Aufklärung über das Begutachtungsverfahren

Die Begutachtungssituation stellt eine starke psychische Belastung für AntragstellerInnen dar, weswegen ihnen bestehende Unsicherheiten und Ängste genommen werden sollen. Als sinnvoll wurde von der Clustergruppe die Erstellung einer Broschüre für alle Begutachtungsfachrichtungen erachtet. In dieser sollten der Verfahrensablauf, der zeitliche Ablauf, der Ablauf der Untersuchung inklusive der durchgeführten Diagnostik,

der medizinische Fragebogen (Anamnese, Medikamente usw.), mitzubringende Befunde und Informationen zu Ausbildung und Berufsverlauf sowie eine Information über Ein- und Beschwerdemöglichkeiten dargestellt werden.

1.4.2 Anwendung der Regelungen des AVG

Laut AVG besteht für AntragstellerInnen ein starkes Aufklärungsrecht; Zwischenschritte könnten beeinträchtigt, Vorbescheide erstellt werden. In Leistungsangelegenheiten des ASVG, wie z. B. bei Anträgen auf Invaliditätspension, die ein Massenverfahren darstellen, sind diese Rechte jedoch nicht umsetzbar. Es gilt, Versichertenrechte versus Verfahrensdauer abzuwägen.

In der Clustergruppe 3 wurden auch Akteneinsicht bezüglich der medizinischen Einschätzung sowie die Möglichkeit einer Stellungnahme zum Begutachtungsergebnis diskutiert.

1.4.3 Zeitaufwand für die Begutachtung

Derzeit besteht ein Zeitaufwand von durchschnittlich 60 Minuten für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens, inklusive Gutachtensabschluss werden 70 Minuten veranschlagt. Es sollte jedoch zwischen leichteren und schwereren Fällen, die kürzere oder längere Begutachtungszeiten erforderlich machen, differenziert werden. Zu beachten sind auch die Erfahrung der Gutachterärztin bzw. des Gutachterarztes sowie die Frage, ob es sich um eine Erst- oder eine Wiederholungsbegutachtung handelt.

1.4.4 Zweiter Begutachtungstermin

Von der Clustergruppe wurde bei Notwendigkeit sowie nach Durchführung einer Psychodiagnostik ein zweiter Begutachtungstermin für wünschenswert gehalten.

1.4.5 Diagnosen

Gegenwärtig stellt die Diagnose zum Begutachtungszeitpunkt die relevante Diagnose dar; aus der Verlaufsbeobachtung können sich jedoch auch diskrepante Diagnosen ergeben, die im Gutachten entsprechend zu begründen sind. Auf den Verlauf der Erkrankung ist einzugehen.

1.4.6 Restleistungskalkül

Derzeit werden beim Restleistungskalkül im Wesentlichen nur zwei Punkte bewertet, nämlich die psychische Belastbarkeit und das geistige Leistungsvermögen.

Eine objektive und nachvollziehbare Erstellung des Restleistungskalküls ist wichtig. Zukünftig sollte eine Standardisierung erfolgen, wie z. B. mit MELBA. MELBA (Merkmale zur Eingliederung Listungsgeminderter und Behinderter in Arbeit) ist ein in Deutschland entwickeltes Instrument zur Dokumentation von Arbeitsanforderungen und -fähigkeiten, mit dessen Hilfe insgesamt 29 Schlüsselqualifikationen hinsichtlich Fähigkeits- und Anforderungsprofil verglichen werden können.

Diskutiert wurde auch die Frage, ob es sinnvoll ist, den Rehabilitationsprozess laufend mit MELBA zu dokumentieren.

1.4.7 Antragsablehnung

Die Ablehnung des Pensionsantrags stellt für die Betroffenen eine Krisensituation dar, weswegen Hinweise auf weiterführende Maßnahmen im Bescheid oder in einem Beiblatt erfolgen sollten, wie z. B. Hinweise auf medizinische oder berufliche Rehabilitation, auf Kontaktaufnahme mit den Rehabilitationsberaterinnen und -beratern usw.

1.4.8 Versorgung im Akut- und niedergelassenen Bereich

Die Clustergruppe kritisierte die Versorgung mit Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie im niedergelassenen Bereich als unzureichend. Es bestehen lange Wartezeiten auf Termine und dann, wenn man einen Termin bekommen hat, relativ kurze Behandlungszeiten. Der Rehabilitationsbereich übernimmt zum Teil Aufgaben der Primärversorgung, da eine zu geringe psychotherapeutische Versorgung im akut-stationären Bereich besteht. Ebenso finden sich Defizite im Bereich der Psychosomatik. Ein Ausbau der Versorgung wurde von Clustergruppe 3 als wünschenswert erachtet.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger stellte zudem Schwierigkeiten bei der Erfassung von ärztlicher Hilfe und sonstigen außerstationären Versorgungsangeboten fest, insbesondere im Bereich der ärztlichen Hilfe würden sich exakte Darstellungen schwierig gestalten. So könnten beispielsweise die im Rahmen einer normalen Ordination abgerechneten Leistungen nicht dem Bereich der psychischen Krankheiten zugeordnet werden, da Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich nicht verpflichtet sind, bei ihrer Abrechnung codierte und damit auswertbare Diagnosen zu liefern. Mit der Einführung einer verbindlichen Codierung könnte eine bedeutende Steigerung der Qualität der Datenlage bewirkt werden.

1.4.9 Psychodiagnostik in der Begutachtung

Bei seiner Entscheidung über das Testverfahren muss die Gutachterärztin bzw. der Gutachterarzt unterscheiden, ob sich eine Antragstellerin bzw. ein Antragsteller noch im Berufsleben befindet oder bereits arbeitslos ist; liegt Arbeitslosigkeit länger als sechs Monate vor, so sollten eigene Testverfahren für Nichterwerbstätige zum Einsatz kommen.²² Weiters erfordern spezielle Krankheitsbilder von den Gutachterärztinnen und

22) In der Regel sind ca. 50 % der AntragstellerInnen auf Invaliditätspension in Arbeitslosigkeit.

-ärzten bzw. Psychologinnen und Psychologen spezielle Fragestellungen hinsichtlich der auszuwählenden Testverfahren.

1.4.10 Krankheitsbiografien

Krankheitsbiografien können anhand verschiedener Datensätze beschrieben werden, wie z. B.:

- » Krankenstandstage
- » Krankenhausaufenthalte, Aufenthaltsdauer
- » ICD-10-Diagnosen
- » Konsultationen von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin sowie Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie (Neurologie)
- » Rehabilitationsaufenthalte
- » Medikamentenverordnungen: Anzahl der Verordnungen von Psychopharmaka, Packungsgrößen, erste Verschreibung

Seitens der Clustergruppe wurde bei den Indikatoren der Schwerpunkt auf die (erstmalige) Medikamentenverordnung von Psychopharmaka sowie auf die Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen gelegt. Als wichtig erachtet wurde die frühzeitige Erkennung von Abweichungen bei diesen Indikatoren im Vergleich zu einem gesunden Kollektiv – hierfür ist ein Datenaustausch zwischen Krankenversicherung und Pensionsversicherung erforderlich.

Vorgeschlagen wurde von Clustergruppe 3 ein proaktives Herausfiltern gefährdeter Patientinnen und Patienten, die dann den notwendigen Maßnahmen im Gesundheitssystem zugeführt werden sollen.

2 PROJEKTERGEBNISSE

Hier werden jene Lösungsvorschläge und Maßnahmen aufgelistet und beschrieben, die aufgrund ihrer allgemeinen Zustimmung und Umsetzbarkeit von den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern und den Clustergruppenvorsitzenden als Projektergebnis herausgearbeitet und akkordiert wurden. Aber auch unter den im vorhergehenden Kapitel dargestellten Vorschlägen befinden sich verfolgenswerte Ansätze, die einer näheren Beschäftigung und Ausarbeitung zuzuführen wären, und es ist der umfangreichen Sachkenntnis der teilnehmenden Expertinnen und Experten zu danken, dass eine umfassende Betrachtung und Diskussion des Projektthemas möglich und fruchtbar war, wie die Vielfalt der angedachten Lösungen beweist.

Trotz des Versuchs, das Gesamtthema für die Bearbeitung in den drei Clustergruppen in abgegrenzte Bereiche aufzugliedern, kam es bei manchen Themen zu Überschneidungen, sodass sie parallel in zwei Clustergruppen diskutiert und bearbeitet wurden. Es darf nicht verwundern und spricht für die Qualität der erarbeiteten Vorschläge, dass die beteiligten Expertinnen und Experten in diesen Fällen auch zu denselben Ergebnissen gelangt sind. So kommt es, dass die Urheberschaft mancher Vorschläge in der nachfolgenden Tabelle zwei Clustergruppen zugeordnet ist.

Und schließlich ist als besonders erfreulich zu vermerken, dass es bei einigen jener erarbeiteten Maßnahmen, die keiner legislativen Anpassungen bedürfen, vom Rat zur Tat ein kurzer Weg war und diese sich dank engagierter und umsetzungsorientierter Beteiligter bereits in der Realisierungsphase befinden, z. B. die vorgeschlagene Qualifizierung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern sowie von Präventivfachkräften. Im Rahmen der Clustergruppe 2 wurde in einer Kooperation der PVA mit der Akademie für Arbeitsmedizin ein solcher Lehrgang bereits entworfen; er wird seit Herbst 2013 umgesetzt. Ein weiteres Beispiel ist die von Clustergruppe 2 vorgeschlagene Erstellung eines Merkblatts zur Unterstützung der Betriebe bei der Umsetzung der ASchG-Novelle

betreffend die Evaluierung psychischer Belastungen der ArbeitnehmerInnen. Dieses Merkblatt wurde in einer Kooperation von Arbeitsinspektion, Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung ebenfalls bereits erarbeitet. Auch die Grundkonzeption der von Clustergruppe 3 geforderten Informationsbroschüre für IP-AntragstellerInnen zur Aufklärung über Inhalt und Ablauf des Begutachtungsverfahrens wurde im Projekt bereits entwickelt.

Tabelle 11: Ergebnis von „Invalidität im Wandel 2“

C 1, C 2, C 3 = Clustergruppe, die den Vorschlag entwickelt hat

L = Für die Umsetzung sind legislative Änderungen notwendig.

V = Eine Umsetzung ist durch Verwaltungsmaßnahmen möglich, Gesetzesänderungen sind nicht erforderlich.

Akkordierte Maßnahmen und Vorschläge	
<p>1. Wiedereingliederung Entwicklung von Modellen für einen flexiblen (Wieder-)Einstieg von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Arbeitsrecht, Sozialversicherung, Arbeitslosenversicherung und Arbeitsmarktpolitik und unter Berücksichtigung von KMU. Damit soll einem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, besonders aber von Menschen mit psychischen Erkrankungen, entgegengewirkt werden. Entwicklung von verschiedenen Modellen, die an individuelle Bedarfslagen bzw. Zielgruppen angepasst sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Personen mit aufrechtem Arbeitsverhältnis: Wiedereinstieg nach langem Krankenstand und/oder Rehabilitation » Langzeitarbeitslose » Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten mit befristeter Pension oder Dauerpension » dauerhaft gesundheitlich belastete Personen mit Restarbeitsfähigkeit <p>Berücksichtigung bestehender Wiedereingliederungsbeihilfen (z. B. Entgeltbeihilfe des BSB).</p>	<p>C 1, C 2 L</p>
<p>2. Berufsrehabilitative Leistungen (Weiter-)Entwicklung von berufsrehabilitativen Leistungen bei psychischen Erkrankungen unter Einbeziehung der (fach)ärztlichen, psychotherapeutischen und psychologischen Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Zuständigkeiten » Finanzierung » Qualitätsstandards 	<p>C 1 L</p>
<p>3. Evaluierungsmodelle für Frühintervention (Weiter-)Entwicklung von medizinischen Evaluierungsmodellen bei Langzeittherapien und Langzeitkrankenständen. Nutzung des vorhandenen Datenmaterials zur Frühintervention, Entwicklung von Kriterien.</p>	<p>C 1, C 3 L</p>
<p>4. Ausbau der medizinisch-psychologischen Versorgung Quantitativer und qualitativer Ausbau der extramuralen medizinischen, psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung psychisch Erkrankter (Ambulatorien, VertragspartnerInnen).</p>	<p>C 1, C 3 L + V</p>
<p>5. Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern Qualifizierte Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern in Bezug auf psychische Erkrankungen.</p>	<p>C 1 V</p>

Akkordierte Maßnahmen und Vorschläge	
<p>6. Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit von „fit2work“ Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit von „fit2work“ im Bereich der niedergelassenen und der stationären Krankenbehandlung sowie im Bereich der Gesundheitsförderung und Betriebsberatung.</p>	C1 V
<p>7. Verknüpfung medizinischer und beruflicher Reha Stärkere Verknüpfung der medizinischen Reha mit einer beruflichen Reha.</p>	C2 V
<p>8. Verstärkte Information und Unterstützung von KMU Erstellung eines Merkblatts zur Unterstützung der Betriebe bei der Umsetzung der ASchG-Novelle betreffend die Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. Erstellung eines Überblicks über Anforderungen und Angebote im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (Anbieter, Gütesiegel usw.) zur Unterstützung von KMU.</p>	C2 V
<p>9. Sensibilisierung von Führungskräften Verstärkte Sensibilisierung von Führungskräften im Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Informationstransfer ins Unternehmen mittels geeigneter Fachleute (ArbeitsmedizinerInnen, Arbeitspsychologinnen und -psychologen etc.) und/oder geförderter Unterstützungsprojekte.</p>	C2 V
<p>10. Qualifizierung von Präventivfachkräften und sonstigen geeigneten Fachleuten gemäß ASchG Umsetzungsorientierte Qualifizierung im Bereich der Wiedereingliederung psychisch erkrankter MitarbeiterInnen. Inhalte u. a.: » Schnittstellenmanagement » Wissen um Institutionen und Instrumente (Förderungen usw.) » Adaptierung von Arbeitsplätzen im Unternehmen</p>	C2 V
<p>11. Weiterentwicklung der Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung der PVA Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Ausbildung medizinischer GutachterInnen bzw. GutachterInnen im Pflegebereich.</p>	C3 V
<p>12. Bessere Information der AntragstellerInnen auf Invaliditätspension Erarbeitung einer Informationsbroschüre für AntragstellerInnen auf Invaliditätspension zur Aufklärung über Inhalt und Ablauf des Begutachtungsverfahrens.</p>	C3 V
<p>13. Standardisierung der Dokumentation des psychisch-geistigen Leistungsvermögens durch den Einsatz von MELBA Einsatz von MELBA in der Begutachtung durch die PVA zur standardisierten Dokumentation von Arbeitsanforderungen und Arbeitsfähigkeiten.</p>	C3 V
<p>14. Gezielter Einsatz psychodiagnostischer Testverfahren in der Begutachtung Feststellung des Bedarfs durch eine Gutachterärztin bzw. einen Gutachterarzt und Formulierung konkreter Fragestellungen an die Psychologin bzw. den Psychologen. Diese bzw. dieser hat eine individuelle Auswahl an geeigneten Testverfahren zu treffen.</p>	C3 V
<p>15. Berücksichtigung der individuellen Situation psychisch Erkrankter bei der Begutachtung » Zeitdauer » persönliches Gespräch » zweiter Begutachtungstermin</p>	C3 V
<p>16. Schaffung einer Anlaufstelle nach ablehnendem Pensionsbescheid Schaffung einer „neutralen“ bzw. institutionenübergreifenden Anlauf- bzw. Beratungsstelle für Personen, die einen negativen Invaliditätspensionsbescheid erhalten haben.</p>	C3 L
<p>17. Verbesserung der Schnittstelle zwischen PV und KV Verbesserung der Schnittstelle zwischen PV und KV bei Rehabilitation und Krankenbehandlung.</p>	C3 L+V

3 ANREGUNG VON STUDIEN

In mehreren Bereichen hat sich bei der Ist-Analyse im Zuge dieses Projekts herausgestellt oder bestätigt, dass die vorhandene Datenlage zu wünschen übrig lässt und für die Entwicklung von Maßnahmen notwendiges Datenmaterial hinsichtlich wichtiger Fragen als Entscheidungsbasis fehlt. So war man auf Befunde aus anderen europäischen Ländern, allen voran Deutschland, sowie auf qualifizierte Vermutungen der Expertinnen und Experten, basierend auf deren täglicher Praxis, angewiesen. Die wichtigsten konstatierten Lücken werden hier aufgelistet, und die Erstellung entsprechender Studien wird angeregt.

- » **Prüfung primärpräventiver Strategien** im Bereich psychischer Erkrankungen im Hinblick auf deren gesamtpolitische Sinnhaftigkeit und Effektivität sowie **Dokumentation bestehender Angebote** als Grundlage der Entwicklung einer langfristigen, integrativen Primärpräventionsstrategie.
- » **Systematischer Überblick über den „Anbietermarkt“** im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich (was bietet wer in welcher Qualität?) als Grundlage für eine Zertifizierung (Gütesiegel) – unter Betonung des Kriteriums Berücksichtigung der psychischen Gesundheit.
- » **Untersuchung von Lebens- und Erwerbsbiografien** von Invaliditätspensionistinnen und -pensionisten und deren Überprüfung auf Gemeinsamkeiten als Grundlage zur Entwicklung von Indikatoren und Erarbeitung frühzeitiger Interventionsmöglichkeiten. Zur Eingrenzung des optimalen Interventionszeitpunkts Vergleich der retrograden Erwerbsbiografien von krankheitsbedingt pensionierten Personen mit der retrograden medizinischen Anamnese (Erstdiagnosen, Diagnoseentwicklung, Therapie, Krankenstände, Kuren, Rehabilitationen usw.) bis zur Pensionierung.

- » **Erhebung von Versorgungslücken bei psychiatrischen Therapieangeboten** und damit Verifizierung der von den Expertinnen und Experten übereinstimmend festgestellten regionalen und spezifischen Mängel in der Versorgungslage sowie in der Folge laufende Evaluation der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung.
- » **Erhebung und systematische Darstellung von Best-Practice-Modellen** und neuer Initiativen zur Zusammenarbeit medizinischer und beruflicher Rehabilitation als Grundlage für einen Ausbau solcher Angebote im Bereich psychischer Erkrankungen und Suchtproblematiken.

TEIL III

DAS PROJEKT „INVALIDITÄT IM WANDEL 2 – PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN UND INVALIDITÄT“ – ORGANISATION UND PROZESS

1 AUSGANGSLAGE

1.1 Grundlagen

Durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz wurde mit der Initiative „Invalidität im Wandel“ (2007/2008) der Grundstein dafür gelegt, dass der Zugang zu Invaliditätspensionen näher untersucht wurde. In der Folge kam es zu einer Reihe von Maßnahmen und Änderungen im Sozialrecht. Unter anderem wurde als Konsequenz das Programm „fit2work“ ins Leben gerufen.

In den einschlägigen Diskussionen und Studien wird immer wieder darauf hingewiesen, dass der Bereich der psychischen Erkrankungen eine steigende Bedeutung im Kontext der Ursachen für frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben erlangt. Das Sozialministerium entschloss sich daher, nach dem Muster des Vorläuferprojekts „Invalidität im Wandel“ das Thema psychische Erkrankungen und Arbeitswelt in einem breit aufgesetzten Prozess unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Stakeholder einer generellen Problemaufbereitung zuzuführen. In ExpertInnenrunden wurden unterschiedliche Aspekte des Themas diskutiert und Weiterentwicklungs- bzw. Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet. Am Ende dieses Prozesses stand schließlich eine Reihe von Vorschlägen für Gesetzesänderungen und weitere konkrete Maßnahmen.

Ein Projektbericht, der sowohl den diskutierten Status quo im Bereich psychische Erkrankungen und Invalidität als auch die Ergebnisse der Expertinnen und Experten darstellt, sollte das Projekt dokumentieren und liegt nun mit dieser Publikation vor.

1.2 Ziele des Projekts

In Zusammenarbeit aller beteiligungswilligen Expertinnen und Experten sollten folgende Aufgaben durch das Projekt behandelt werden:

- » Darstellung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arbeitswelt und im Sozialsystem
- » Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Sozialversicherungssystem auf ihre Adäquanz im Hinblick auf psychische Erkrankungen und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen
- » Überprüfung der rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Prävention und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen
- » Überprüfung und Erarbeitung von Maßnahmen zur Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung (Prävention, Rehabilitation)
- » Überprüfung des Handelns sowie des Zusammenwirkens der unterschiedlichen Verwaltungsbereiche hinsichtlich Effektivität und Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen

1.3 Projektablauf

Das Sozialministerium sorgte für den organisatorischen Rahmen für „Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität“ (liW2) und gab die Themenfelder vor. Das Gesamtthema wurde in drei Bereiche (Cluster) untergliedert, jeder Themenkreis sollte von je einer Clustergruppe behandelt werden. Durch die Auswahl von drei fachlich versierten und bestens vernetzten Clustergruppenvorsitzenden wurde die Qualität der Arbeit in den Clustergruppen gewährleistet:

» Cluster 1:

Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Vorsitz: Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer

Psychiatriekoordinator für das Burgenland, Konsulent des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, stv. Obmann der Vereine pro mente Wien, Burgenland, Austria

» Cluster 2:

Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Vorsitz: Dr.ⁱⁿ Eva Höttl

Leiterin des Health Center der Erste Bank AG, Referentin an der Akademie für Arbeitsmedizin, Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Präventivmedizin

» Cluster 3:

Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)

Vorsitz: Prof. Dr. Rudolf Müller

Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt, Leiter des Arbeitskreises Medizinische Rehabilitation im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Clustergruppen setzten sich aus Expertinnen und Experten zusammen, die ihr Thema in Diskussionen behandelten und dem Plenum über die Ergebnisse berichteten. Die LeiterInnen der drei Clustergruppen wurden vom Sozialministerium nominiert und arbeiteten ehrenamtlich.

Der Zeitrahmen für den Gesamtprozess wurde mit August 2012 (Projektvorbereitung) bis Juni 2013 (Ergebnisse) abgesteckt. Eine erste Plenarsitzung, die gleichzeitig den Kick-off für das Projekt darstellte, fand am 11. September 2012 statt. Am 22. Jänner 2013 wurden bei einem zweiten Plenartermin die Zwischenberichte präsentiert. Das Abschlussplenum fand schließlich am 4. Juni 2013 statt.

1.4 Auftrag

Jede Clustergruppe sollte in ihrem Themenbereich folgende Aufgabenstellungen bewältigen:

» Phase 1:

Beschreibung des Ist-Zustandes und Bewertung hinsichtlich Effizienz u. a.

» Phase 2:

Vorschläge betreffend Handlungsfelder und Optimierungsmöglichkeiten

Die Phase 1 wurde für alle Themenkreise noch 2012 abgeschlossen, sodass für die Erarbeitung von Vorschlägen mehr als drei Monate zur Verfügung standen. Im Jänner 2013 wurden Ist-Analyse und (Grob-)Vorschläge der Clustergruppen in einer Plenarveranstaltung den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgestellt. Beim abschließenden Plenum im Juni 2013 wurden schließlich die Ergebnisse des Projekts, also die in den drei Clustergruppen erarbeiteten Maßnahmen und Vorschläge, allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern präsentiert.

2 PROJEKTORGANISATION

2.1 TeilnehmerInnen

Insgesamt haben sich 275 ProjektteilnehmerInnen angemeldet, wobei der Großteil von ihnen, nämlich 170 Personen, aktiv in einer oder mehreren Clustergruppen mitarbeitete. Das Spektrum der mehr als 100 entsendenden Institutionen und Organisationen war vielfältig und reichte von Ministerien, Sozialpartnern und Sozialversicherungsträgern über Ärztekammer und Universitäten bis hin zu Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und Behindertenverbänden. Von den Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern waren 156 Männer und 119 Frauen.

An „IiW2“ nahmen VertreterInnen folgender Organisationen teil:

- » Agilitas Consulting GmbH
- » Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
- » AMECO HEALTH PROFESSIONALS GMBH
- » AMZ Mödling
- » Ananda Consulting
- » ANMA
- » Arbeiterkammer NÖ (AKNÖ)
- » Arbeiterkammer OÖ (AKOÖ)
- » Arbeiterkammer Wien (AK Wien)
- » Arbeits- und Sozialgericht Wien (ASG)
- » Arbeitsmarktservice (AMS)
- » Arbeitsmarktservice Niederösterreich (AMS NÖ)
- » Ärztekammer Wien
- » Astellas Pharma
- » Barmherzige Brüder Krankenhaus Eisenstadt
- » BBRZ Med GmbH

- » BBRZ Reha GmbH
- » Behindertenanwaltschaft
- » Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ)
- » Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
- » Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (BSB)
- » Bundeskanzleramt (BKA)
- » Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- » Bundesministerium für Finanzen (BMF)
- » Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- » Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (BMWFJ)
- » Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK)
- » BZÖ
- » Christian-Doppler-Klinik – Universitätsklinikum Salzburg
- » Diakonie Österreich
- » Die Netzwerker
- » Donau-Universität Krems
- » Erste Group Bank AG
- » Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung
- » Gemeinde Wien
- » Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)
- » Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier (GPA-djp)
- » Hartinger-Klein Consulting GmbH
- » Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- » HPE Österreich – Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
- » HSSG – Hilfe zur Selbsthilfe für seelische Gesundheit
- » IfGP – Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
- » Institut für Höhere Studien (IHS)
- » Institut zur beruflichen Integration – ibi Wien
- » IOS-Management

- » Jugend am Werk
- » Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)
- » Kriegsofer- und Behindertenverband Österreich (KOBV)
- » Landesgericht Linz
- » Landesgericht Salzburg
- » Landesklinik Hall in Tirol
- » Landesklinik St. Veit
- » Landwirtschaftskammer Österreich (LKÖ)
- » Medizinische Universität Graz
- » Medizinische Universität Innsbruck
- » Medizinische Universität Wien
- » Mentor GmbH & Co OG
- » Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK)
- » Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)
- » Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
- » Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR)
- » Österreichische Ärztekammer
- » Österreichische Balintgesellschaft (ÖBG)
- » Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP)
- » Österreichische Industriellenvereinigung (IV)
- » Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB)
- » Österreichischer Landarbeiterkammertag (LAK)
- » Österreichischer Seniorenbund
- » Österreichischer Seniorenrat
- » Österreichischer Seniorenring
- » Österreichischer Zivilinvalidenverband (ÖZIV) Burgenland
- » Österreichisches Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeits-Zentrum (ÖPWZ)
- » ÖVP-Parlamentsklub
- » Pensionistenverband Österreichs (PVÖ)

- » Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
- » pro mente Burgenland
- » pro mente Oberösterreich
- » pro mente Reha GmbH
- » pro mente Steiermark
- » pro mente Wien
- » Psychosoziale Dienste Wien
- » REINTEGRA GmbH
- » Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)
- » Sonnepark Bad Hall
- » SoPrevent AG
- » Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
- » Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- » Steiermärkische Landesregierung
- » Universität Salzburg
- » Unternehmensberatung & Mediation Ruppi-Lang
- » Verein ABO
- » Verein für Psychotherapie
- » Vereinigung Österreichischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VÖPP)
- » Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
- » Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
- » Viktor Frankl Zentrum Wien
- » Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)
- » Wiener Hilfswerk
- » Wiener Rotes Kreuz
- » Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO)
- » Wirtschaftskammer Österreich (WKO)
- » Wirtschaftsuniversität (WU) Wien
- » Zentrum Jugendpsychiatrie

2.2 Aufgabenverteilung

Das Projektorganisationsbüro wurde bei der Sektion II im Sozialministerium angesiedelt, die Firma IOS-Management begleitete und unterstützte als externer Partner das Projekt durch Beratung, Informations- und Kommunikationsmanagement sowie Projektcontrolling.

2.2.1 Projektleitung

Die Projektleitung erfolgte durch Mag. Martin Zach, Sozialministerium. Er übernahm im Projekt folgende Aufgaben:

- » fachliche Begleitung des Projekts
- » Vorsitz im Plenum
- » Moderation und Koordination des Projektablaufs
- » Zuständigkeit für Rechts- und grundlegende Organisationsfragen hinsichtlich Projektaufbau und -ablauf
- » Informationsfluss zwischen Sektions- und Projektleitung

2.2.2 Clustergruppenbetreuung

Die Betreuung der einzelnen Clustergruppen wurde vom Sozialministerium durch Mag. Christoph Katholnig (Clustergruppe 1), Mag. Walter Schreier (Clustergruppe 2) und Mag. Martin Zach (Clustergruppe 3) übernommen.

Sie erfüllten vor allem nachstehende Aufgaben:

- » fachliche Begleitung und Protokollführung in den Sitzungen
- » Schnittstelle zur Projektbegleitung und Projektleitung
- » Protokollerstellung
- » Medienbeobachtung

2.2.3 Projektbüro

Die administrative Projektorganisation wurde vom Sozialministerium durch Karin Nebenmeyer und Susanne Slovatsek durchgeführt. Sie übernahmen das Organisations- und Terminmanagement.

2.2.4 Projektbegleitung

IOS-Management unterstützte die Kommunikation und Koordination zwischen den beteiligten Gremien. Die Tätigkeit der Projektbegleitung umfasste im Wesentlichen die Bereiche inhaltliche Beratung, Informationsmanagement, Projektkommunikation (Webplattform, Berichterstellung) und Projektcontrolling. Im Detail erbrachte die Projektbegleitung folgende Leistungen:

- » Koordination des Informationsaustausches zwischen allen Projektbeteiligten
- » Unterstützung der Vernetzung aller Beteiligten
- » Einrichtung und Wartung einer internetbasierten Informationsplattform für das Projekt (Web-Plattform) inkl. Content-Management-System
- » Mediendatenbank: Integration in die Web-Plattform und laufende Einpflege
- » Beratung der Projektleitung
- » Projektcontrolling
- » Unterstützung bei der Organisation und Durchführung der Plenarveranstaltungen
- » visuelle Aufbereitung des Projektauftritts (Projektplattform, -präsentationen und -dokumente)
- » Berichterstellung (Zwischenbericht, Abschlussbericht und Projektpublikation)

2.3 Projektkommunikation, Dokumente und Medienberichte

Die gesamte Projektkommunikation erfolgte über die webbasierte Projektplattform www.iiv2.at. Alle angemeldeten ProjektteilnehmerInnen erhielten persönliche Zugangs-

daten, die ihnen einen zeitlich und örtlich unabhängigen Zugriff auf alle projekt- und themenrelevanten Informationen erlaubten.

Alle Informationen und Dokumente zum Projekt wurden auf der Plattform in strukturierter Form abgelegt und waren dezentral abrufbar. Berichte, Protokolle, Präsentationen, Studien, Gesetzestexte usw. wurden in Form einer Datenbank aufbereitet und waren via Internet zugänglich. Dort standen zum Stichtag 4. Juni 2013 insgesamt 110 Dokumente, die im Zuge des Projekts entstanden sind oder behandelt wurden, zum Download bereit. Gleichzeitig enthielt die Projektplattform aktuelle Mitteilungen der Projektleitung, Veranstaltungshinweise, alle Sitzungstermine sowie die Kontaktdaten aller ProjektteilnehmerInnen und unterstützte so die Information und Kommunikation der TeilnehmerInnen und Gremien.

In einem eigenen Bereich innerhalb der Projektplattform wurden in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium während der Projektlaufzeit (August 2012 bis Juni 2013) aktuelle Pressemeldungen und Presseaussendungen zum Projektthema in Form einer webbasierten Datenbank aufbereitet. Neben der Verfügbarkeit aktueller Medienartikel wurde mit der Mediendatenbank ein Medienarchiv zum Thema psychische Erkrankungen und Invalidität aufgebaut, das während des Projekts online zur Verfügung stand. Dieses Medienarchiv ermöglichte es, rasch nach bestimmten Kriterien – bspw. nach Proponentinnen und Proponenten, Daten und anderen Textteilen – zu suchen. Die Beschlagwortung und Kategorisierung der Meldungen sowie die Gestaltung einer entsprechenden Systematik wurde von der Projektbegleitung gemeinsam mit der Projektleitung entwickelt und definiert. Dabei wurde die Systematik bewusst einfach gehalten, um Zuordnungskonflikte zu vermeiden: *Krankheitsformen, Sozialpolitik, Wirtschaft, International, Sonstiges*. Weiters sorgte eine differenzierte Beschlagwortung für genaue und relevante Suchergebnisse: *Active Aging, ältere Arbeitnehmer, Angststörung, Arbeitnehmerschutz, Arbeitsassistentz, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsinspektorat, Arbeitslosigkeit, Arbeitsmarkt, Arbeitsmedizin, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitszeitgesetz, Armut, Ärztekammer,*

ASchG, Behandlungskosten, Behinderte, Belastungen im Job, Berufskrankheiten, betriebliche Gesundheitsförderung, Burnout, Depression, Diskriminierung, Erreichbarkeit, Fachkräfte, Flexibilität, Frauen, Frühpension, Gesundheit, Invalidität, Jugendliche, Kinder, Krankenkassen, Krankenstand, Kündigung, Männer, MigrantInnen, Mindestsicherung, Mobbing, Pension, Pflege, Pflegegeld, Prävention, psychische Erkrankung, Psychologie, Psychotherapie/Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Rehabilitation, Schizophrenie, Schlafstörung, soziale Arbeit, Stress, Studie, Sucht, Suizid/Selbstmord, Unternehmen, Versorgung. In der liW2-Mediendatenbank befanden sich zu Projektende mehr als 600 Medienmeldungen aus dem Themenkreis des Projekts.

3 PLENARVERANSTALTUNGEN

Insgesamt fanden drei Plenarveranstaltungen statt, zu denen alle ProjektteilnehmerInnen eingeladen waren:

- » 11. September 2012: Plenum 1 – Kick-off
- » 22. Jänner 2013: Plenum 2 – Zwischenbericht
- » 4. Juni 2013: Plenum 3 – Abschlussveranstaltung, Präsentation der Ergebnisse

3.1 Kick-off

Am 11. September 2012 fand im Sozialministerium eine Kick-off-Veranstaltung zum Projekt statt. Eingeladen waren Expertinnen und Experten aus relevanten Institutionen und Organisationen. Ziel der Veranstaltung war die Einführung in das Thema des Projektes, die Vorstellung der Clustergruppenvorsitzenden sowie die Gewinnung von Expertinnen und Experten zur Mitarbeit in den Clustergruppen.

Programm:

- » Begrüßung
Dr. Walter Pöltner, Sozialministerium
- » Vorstellung des Projektes „Psychische Erkrankungen und Invalidität“
Mag. Martin Zach, Sozialministerium, Projektleiter „JiW2“
- » Vorstellung der Online-Projektplattform
Dr. Roland Lengauer und Mag.^a Helga Lackner, IOS-Management
- » Inhaltlicher Einstieg in die Arbeit der Clustergruppen – Kurzvorstellung durch die Clustergruppenvorsitzenden:

Cluster 1: Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen
Vorsitz: Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer

Cluster 2: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Vorsitz: Dr.ⁱⁿ Eva Hörtl

Cluster 3: Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)

Vorsitz: Prof. Dr. Rudolf Müller

Moderation: *Dr. Walter Pöltner*

3.2 Zwischenbericht

Am 22. Jänner 2013 fand eine zweite Plenarveranstaltung statt, in deren Rahmen die Zwischenergebnisse der Clustergruppen präsentiert wurden. Mit diesem Zwischenbericht über den Verlauf des Projektes und insbesondere die Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitsgruppen war zugleich auch der im Projekt gesetzte Meilenstein (Ist-Analyse im Jänner 2013) erreicht.

Das Plenum bot die Gelegenheit, die Zwischenergebnisse in der Gesamtrunde nochmals zu reflektieren und zu diskutieren, bevor es an die Ausarbeitung von konkreten Lösungsvorschlägen ging.

Programm:

- » Begrüßung
Dr. Walter Pöltner, Sozialministerium
- » Stand des Projektes „Psychische Erkrankungen und Invalidität“
Mag. Martin Zach, Sozialministerium, Projektleiter „JiW2“
- » Vortrag: „Neuerungen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – Prävention psychischer Belastungen“, *Dr.ⁱⁿ Elsbeth Huber, Sektion VII des Sozialministeriums*
- » Zwischenbilanz der Arbeit in den drei Clustergruppen – Präsentation durch die Vorsitzenden:

Cluster 1: Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

Vorsitz: Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer

Cluster 2: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Vorsitz: Dr.ⁱⁿ Eva Hörtl

Cluster 3: Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)

Vorsitz: Prof. Dr. Rudolf Müller

» Diskussion

Moderation: *Dr. Roland Lengauer, IOS-Management*

3.3 Abschlussveranstaltung

Am 4. Juni 2013 fand das Projekt sein offizielles Ende in einer Abschlussveranstaltung, die in den Räumlichkeiten des Sozialministeriums stattfand. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden die zusammengefassten Ergebnisse des Projekts dem TeilnehmerInnen-Plenum präsentiert. Für die Abschlussveranstaltung wurde bewusst ein Setting gewählt, das sich von ähnlichen Veranstaltungen unterscheidet. Eine Frontalpräsentation sollte vermieden und der offene und diskursive Charakter, von dem das ganze Projekt getragen wurde, fortgeführt werden.

Sowohl die Projektergebnisse als auch ein Blick auf zukunftsweisende Ansätze im Bereich psychische Erkrankungen und Invalidität wurden in moderierten Gesprächen präsentiert, und das Publikum wurde zur Beteiligung aufgefordert. Mit Werner Brix wurde ein Moderator gewählt, der durch seinen „unverbrauchten“ Zugang die anwesenden Expertinnen und Experten zu Statements anregen sollte. Werner Brix ist Schauspieler und Kabarettist und hat als solcher Programme zum Themenbereich psychische Belastung verfasst, z. B. „Mit Vollgas zum Burnout“.

Auf eine Saalbestuhlung wurde verzichtet, für die VeranstaltungsteilnehmerInnen wie auch für die Gäste auf dem Podium wurden Stehtische bereitgestellt, die mehr Bewegungsfreiheit und Kommunikation der TeilnehmerInnen untereinander ermöglichen.

Zur Abschlussveranstaltung wurden alle ProjektteilnehmerInnen eingeladen.

Programm:

- » Begrüßung
Dr. Walter Pöltner, Sozialministerium
- » Einleitung: „Das Projekt ‚Invalidität im Wandel 2 – Psychische Erkrankungen und Invalidität‘ im Rückblick“
Mag. Martin Zach, Sozialministerium, Projektleiter „JiW2“
- » Moderierte Präsentation: „Ergebnisse der Arbeit in den drei Clustergruppen“
Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer
Dr.ⁱⁿ Eva Höttl
Prof. Dr. Rudolf Müller

Moderation: Werner Brix

- » „Die Zukunft hat begonnen.“ Moderierte Diskussion zu Konzepten im Bereich psychische Erkrankungen und Invalidität unter Beteiligung des Publikums
HR Dr. Günther Schuster, Leiter des Bundessozialamtes
Dr. Christian Operschall, Leiter der Abteilung Schnittstelle Beschäftigung, Gesundheit, Alterssicherung im Sozialministerium

Moderation: Werner Brix

- » Resümee
Dr. Walter Pöltner, Sozialministerium

4 ARBEIT IN DEN CLUSTERGRUPPEN

4.1 Cluster 1: Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen

4.1.1 Aufgabenstellung

Um den breiten Themenkomplex Prävention und Rehabilitation im Rahmen von „Invalidität im Wandel 2“ bearbeitbar zu machen, einigten sich die TeilnehmerInnen darauf, den Fokus auf die Sekundär- und Tertiärprävention zu legen, während das weitreichende Thema Primärprävention, das alle Lebensbereiche umfassen kann und bei dem es bis dato keine überblicksmäßige Erfassung oder Koordinationsansätze gibt, in Zukunft durch eine geeignete Organisation im Rahmen eines eigenen Projekts behandelt werden sollte.

Die Zielgruppe wurde insofern eingeschränkt, als sich die Clustergruppe bereits zu Beginn darauf festlegte, dass es um Personen gehen soll, bei denen eine Chance auf weitere Berufstätigkeit, (Re-)Integration oder Teilintegration in den Arbeitsmarkt besteht. Für Menschen mit Beeinträchtigungen durch schwere, chronisch verlaufende psychiatrische Erkrankungen, bei denen diese Chance mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht besteht, sollte die Möglichkeiten einer lebensstrukturegebenden Tätigkeit ausgebaut werden. Der zweite und dritte Arbeitsmarkt braucht dazu Modelle zur Schaffung von dauerhaften Arbeitsplätzen mit langfristig planbaren finanziellen Rahmenbedingungen für die Betreiber. Zu diesem Thema regte die Clustergruppe die Schaffung einer eigenen Arbeitsgruppe an.

4.1.2 Vorgehen und Arbeitsbericht

Entsprechend den Vorgaben der Projektleitung an die Clustergruppenvorsitzenden wurde in der ersten Phase des Projekts von Clustergruppe 1 eine Analyse des Ist-

Zustandes vorgenommen, in dessen Verlauf die Identifizierung von Defiziten und Verbesserungsmöglichkeiten erfolgte. Die zweite Phase war der Erarbeitung konkreter Verbesserungsvorschläge gewidmet.

Die Clustergruppe 1 tagte im Zeitraum von Oktober 2012 bis Mai 2013 fünfmal:

- » 8. Oktober 2012
- » 7. November 2012
- » 5. Dezember 2012
- » 20. März 2013
- » 29. Mai 2013

Die Analyse des Ist-Zustandes konnte wie geplant noch im Jahr 2012 nach drei Sitzungen abgeschlossen werden, die Ergebnisse wurden im Rahmen eines Zwischenberichtes im Jänner 2013 dem Plenum präsentiert. Bereits bei dieser Präsentation wurden erste (Grob-)Vorschläge für Verbesserungsmöglichkeiten formuliert.

Darauf aufbauend wurden bei zwei weiteren Sitzungen der Clustergruppe im März und Mai 2013 die Vorschläge konkretisiert und ausformuliert. Parallel dazu führte der Clustergruppenvorsitzende vertiefende Gespräche mit den Expertinnen und Experten sowie Stakeholdern und tauschte sich mit den Vorsitzenden der beiden anderen Clustergruppen aus.

4.2 Cluster 2: Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt

4.2.1 Aufgabenstellung

Bereits in der konstituierenden Sitzung der Clustergruppe 2 konnte Einigkeit über jene Themenfelder erzielt werden, bei denen – trotz teils funktionierender Lösungen und mitunter vielversprechender Ansätze – Verbesserungsbedarf geortet wurde. Als erste

Themenkomplexe, die näher analysiert und zu denen Lösungen skizziert sowie detaillierte Lösungswege formuliert werden sollten, wurden die folgenden festgelegt:

- » Gesundheitsbegriff und Vernetzung der Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereiches
- » Unternehmen
- » innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure
- » psychische Erkrankungen in der Arbeitslosigkeit

Es zeigte sich rasch, dass eine Ist-Analyse am leichtesten anhand eines typischen Ablaufs zu erstellen ist: Menschen befinden sich im Erwerbsleben – hier können sämtliche präventiven Maßnahmen zur Verhinderung einer Erkrankung ansetzen; während der Erkrankung ist das Gesundheitssystem „zuständig“; schließlich kommt es zur Bestätigung der Arbeitsfähigkeit und zur betrieblichen Wiedereingliederung. An all diesen Schnittstellen gibt es eine Vielzahl von zuständigen Organisationen und Interventionen, deren Angebote analysiert wurden.

4.2.2 Vorgehen und Arbeitsbericht

Clustergruppe 2 plante ihr Arbeitsvorgehen nach folgenden Schritten:

- » Erhebung des Ist-Zustandes betreffend die derzeit relevanten Themen in Bezug auf psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt
- » Problemdefinition
- » Zwischenbericht
- » Diskussion
- » Lösungsmodelle bzw. -vorschläge
- » Schlussbericht

In der ersten Sitzung der Clustergruppe 2 wurde beschlossen, aufgrund der enormen Komplexität und Themenvielfalt innerhalb des Schwerpunktes „Psychische Erkrankun-

gen in der Arbeitswelt“ in Untergruppen zu arbeiten. In diese Untergruppen wurden die wesentlichen Institutionen für die jeweiligen Themen eingeladen. Die dort bearbeiteten Themenkomplexe wurden in weiterer Folge im Plenum der Clustergruppe 2 präsentiert und diskutiert.

Insgesamt wurden von der Clustergruppe 2 neun Sitzungen abgehalten. Als Plenum hat Clustergruppe 2 viermal getagt, die übrigen Termine waren spezifischen Themen gewidmet:

Plenarsitzungen der Clustergruppe 2:

- » 1. Oktober 2012
- » 20. November 2012
- » 12. Februar 2013
- » 22. Mai 2013

Sitzungen der Unterarbeitsgruppen zu Cluster 2:

- » 16. Oktober 2012 Thema: „Gesundheitsakteure“
- » 18. Oktober 2012 Thema: „Unternehmen“
- » 22. Oktober 2012 Thema: „Innerbetriebliche Akteurinnen und Akteure“
- » 19. März 2013 Thema: „Präventionsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen im Unternehmen“
- » 10. April 2013 Thema: „Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess nach längerer psychischer Erkrankung“

Die vorgeschlagenen Lösungen wiesen anfangs noch einen unterschiedlichen Konkretisierungsgrad und auch einen unterschiedlichen Grad an Lösungskonsens auf, bei keinem der Themen aber erschienen die Sichtweisen und Lösungsansätze unvereinbar. In einzelnen Bereichen gab es von Anfang an hohe Einigkeit über die Stoßrichtung und das Ziel.

4.3 Cluster 3: Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung)

4.3.1 Aufgabenstellung

Beim Kick-off-Meeting zum Gesamtprojekt am 11. September 2012 wurden für die Arbeit in der Clustergruppe 3 folgende Bereiche zur Bearbeitung festgelegt:

- » Krankheitsprävention
- » Beschreibung von Krankheitsbiografien
- » Evaluierung der Begutachtung inklusive geeigneter psychodiagnostischer Testverfahren

Diese Zielsetzungen wurden in der ersten Clustergruppensitzung einvernehmlich insofern abgeändert, als das Thema „Evaluierung der Begutachtung inklusive geeigneter psychodiagnostischer Testverfahren“ zum Schwerpunkt erklärt wurde und als zweites Thema die „Beschreibung von Krankheitsbiografien“ abgearbeitet werden sollte, während das Thema „Krankheitsprävention“ wegen Überschneidung mit Cluster 1 weitgehend ausgeklammert wurde.

4.3.2 Vorgehen und Arbeitsbericht

Gemäß Projektauftrag wurde zunächst in der ersten Arbeitsphase (September 2012 bis Jänner 2013) der Ist-Stand erhoben und eine entsprechende Analyse erstellt. In der zweiten Projektphase (Jänner bis Juni 2013) galt es, für die daraus gewonnenen Problemstellungen gemeinsam Lösungsmodelle zur erarbeiten. Den Abschluss der ersten Phase bildete ein Zwischenbericht, den Abschluss der zweiten Phase ein akkordierter Beitrag zum Maßnahmenkatalog.

In der ersten wie in der zweiten Phase fanden je drei Sitzungstermine, insgesamt also sechs Sitzungen statt:

- » 28. September 2012
- » 14. November 2012
- » 3. Dezember 2012
- » 19. Februar 2013
- » 12. April 2013
- » 14. Mai 2013

Zu zwei spezifischen Fragestellungen (Erarbeitung eines Entwurfs einer Informationsbroschüre zum Begutachtungsverfahren sowie Abklärung der datenschutzrechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit der möglichen Auswertung von Krankheitsbiografien) wurden Vorschläge durch je eine kleine Arbeitsgruppe erarbeitet und dem Plenum der Clustergruppe 3 zur Abnahme präsentiert.

Primäres Arbeitsmittel war die Diskussion in der Clustergruppe, wobei einzelne Themenblöcke vom Clustergruppenvorsitzenden bzw. den Teilnehmerinnen und Teilnehmern vorbereitet wurden. Sowohl die Feststellungen zum Ist-Stand als auch die Erarbeitung und Diskussion konkreter Lösungsvorschläge – oft nach ausführlicher Debatte – waren von weitgehender Übereinstimmung aller teilnehmenden Expertinnen und Experten geprägt.

LITERATUR

AK OÖ (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich)(Hg.): Arbeitsklima Index. Band 2: Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor – Grundlagen, Ziele und Ergebnisse. Schriftenreihe Österreichischer Arbeitsklima Index 2. Linz 2012. Abrufbar unter: http://media.arbeiterkammer.at/ooe/publikationen/arbeitsklimaindex/AKI_Schriftenreihe_Band_2.pdf.

Bengel, Jürgen/Koch, Uwe: Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel, Jürgen/Koch, Uwe (Hg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin 2000, 3–18.

Berth, Hendrik/Förster, Peter/Stöbel-Richter, Yve/Balck, Friedrich/Brähler, Elmar: Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Vol. 15, 2006, 111–116.

Biffel, Gudrun/Faustmann, Anna/Leoni, Thomas/Mayrhuber, Christine/Rückert, Eva: Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht. Donau-Universität Krems, WIFO Wien 2011.

Blum, Heather Munroe/Boyle, Michael H./Offord, David R.: Single-Parent Families: Child Psychiatric Disorder and School Performance. In: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 27, No. 2, 1988, 214–219.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales): Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung. Beschlossen am 22. Dezember 1992. Abrufbar unter: <http://www.oear.or.at/ihr-recht/behindertenkonzept/das-behindertenkonzept-der-osterreichischen-bundesregierung/1992BehindertenkonzeptderBundesregierung.pdf>.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)(Hg.): Invalidität im Wandel. Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts. September 2007–Juli 2008. Wien 2009.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (Hg.): Sozialbericht 2009–2010. Ressortaktivitäten und Sozialpolitische Analysen. 1. Auflage, Wien, September 2010.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz): Richtlinie Jugendcoaching des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Durchführung der Maßnahmen Jugendcoaching, GZ BMASK-44101/0013-IV/A/6/2012, in Kraft getreten am 1. Jänner 2012. Abrufbar unter: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/8/CH2217/CMS1220346918410/rl_jugendcoaching.pdf.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)(Hg.): Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit. Leitfaden für die Arbeitsinspektion. Eine Schwerpunktaktion im Rahmen der Arbeitsschutzstrategie. Wien, August 2013.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): ICD-10 BMG 2013. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – BMG-Version 2013: Systematisches Verzeichnis. Wien 2012.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit. 2. Auflage. Wien 2013. Abrufbar unter: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/1/4/CH1167/CMS1262851509545/strategie_psychischegesundheit_20130624.pdf.

BMSK (Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz) (Hg.): 4. Bericht zur Lage der Jugend in Österreich. Teil B: Prävention in der außerschulischen Jugendarbeit. Wien 2003.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 8. Frankfurt am Main 2004. Abrufbar unter: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/psyGA/Arbeitshilfe_Wiedereingliederung_222.pdf.

Buschmann-Steinhage, Rolf/Röckelein, Elisabeth: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation – Umsetzung in die Praxis. Präsentation. Dissemination MBOR, Berlin, 7. 6. 2010.

Caplan, Gerald: Principles of Preventive Psychiatry. New York (Basic Books) 1964.

Downey, Geraldine/Coyne, James C.: Children of Depressed Parents: An Integrative Review. In: Psychological Bulletin, Vol. 108, No. 1, 1990, 50–76.

DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (Hg.): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. Berlin 2012.

Eichhorn, Gabriele: Innovative Ansätze in der medizinisch-beruflichen Reha. In: WISO 4/2012, Linz 2012, 29–45.

Eivers, Eemer/Ryan, Eoin/Brinkley, Aoife: Characteristics of early school leavers: results of the research strand of the 8- to 15-year old early school leavers initiative. Educational Research Centre, St. Patrick's College, Dublin 2000. Abrufbar unter: <http://www.drugsandalcohol.ie/13467/1/CharofESL.pdf>.

ENWHP (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung): Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. 2007. Abrufbar unter: <http://www.enwhp.org/publications.html>.

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung: Maßnahmen zur Belebung des Arbeitsmarktes für ältere ArbeitnehmerInnen. Endbericht. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien 2012.

Fegert, Jörg M.: Entwicklungschancen und Entwicklungsrisiken in Einelternfamilien. Soziale und entwicklungspsychopathologische Aspekte. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Dokumentation der Fachtagung Alleinerziehen in Deutschland. Ressourcen und Risiken einer Lebensform. Berlin 2001, 45–60.

Franz, Matthias/Lensche, Herbert/Schmitz, Norbert: Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Vol. 38, No. 2, 2003, 59–68.

Frese, Michael: Arbeitslosigkeit: Was wir aus psychologischer Perspektive wissen und was wir tun können. Essay. In: Bundeszentrale für politische Bildung: Aus Politik und Zeitgeschichte 40–41. Bonn 2008, 21–25.

Göckler, Rainer (Hg.): Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II“. Abschlussfassung des Arbeitskreises. Vorgelegt von einem Autorenteam aus Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Fachhochschule Frankfurt, der Fachhochschule des Bundes – FB Arbeitsverwaltung. O. O. und J.

GÖG (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH): Rehabilitationsplan 2012. Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien, September 2012.

Hammel, Yvonne/Kilian, Heiko/Schäfer, Frank: Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker. Ein Überblick. In: Nervenheilkunde 6/2013, 358–362.

Hauptverband (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)/SGKK (Salzburger Gebietskrankenkasse): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht. Wien/Salzburg, Juni 2011. Abrufbar unter: <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693706&action=2>.

Hauptverband (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger): Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012. Wien 2012.

Helmenstein, Christian/Hofmarcher, Maria/Kleissner, Anna/Riedel, Monika/Röhring, Gerald/Schnabl, Alexander: Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung: Endbericht. Studie im Auftrag des Bundeskanzleramts, Sektion Sport, Mai 2004. Abrufbar unter: http://www.sportministerium.at/files/doc/Studien/FitforBusiness_Endbericht1.pdf.

Hoffmann, Holger: Berufliche Rehabilitation. In: Rössler, Wulf (Hg.): Psychiatrische Rehabilitation. Unter Mitarbeit von Ch. Lauber. Berlin 2004, 333–346.

Huber, Elsbeth: Neuerungen im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz. Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen. Vortrag und Präsentation im Rahmen des liW2-Plenums am 22. Jänner 2013 im BMASK. Abrufbar unter: http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Pensionen/Invaliditaet_im_Wandel_2/.

ICG (Integrated Consulting Group): Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“. In Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und der Pensionsversicherungsanstalt. Präsentation am 8. Oktober 2012. Abruf-

bar unter: http://integratedconsulting.at/fileadmin/user_upload/pdf-Dateien/News/ICG_Studie_Seelische_Gesundheit_in_Oesterreich.pdf.

IHS (Institut für Höhere Studien): Versorgung mit Psychiatern in Österreich: Engpässe bereits ab dem Jahr 2018. Presseinformation, Wien 26.01.2012.

Kaplan, Diane S./Dampousse, Kelly R./Kaplan, Howard B.: Mental health implications of not graduating from high school. In: Journal of Experimental Education, Vol. 62, No. 2, 1994, 105–123.

Kirnbauer, Vivian/Lenz, Gerhard/Osterkorn, Maria/Pintzinger, Nina/Rabenstein, Rafael/Schmatz, Thomas/Schosser-Haupt, Alexandra: Qualitätsbericht der ambulanten Reha-Klinik. Zentrum für seelische Gesundheit Leopoldau der BBRZMED. Wien 2013. Abrufbar unter: http://www.bbrz-med.at/f_service/a_downloads/Evaluation_LEO_Pilot.pdf.

Klinglmair, Robert: Bildungsarmut – Gefahr für Kärnten? IHS Kärnten Working Paper 01/2013. Klagenfurt 2013. Abrufbar unter: <http://www.carinthia.ihs.ac.at/studien/bildungsarmut2013.pdf>.

Lenz, Albert: Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen u. a. 2005.

Leoni, Thomas: Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO Wien 2011.

Leoni, Thomas: Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO Wien 2012.

Liem, Joan H./Dillon, Colleen O'Neill/Gore, Susan: Mental Health Consequences Associated with Dropping out of High School. 2001. Abrufbar unter: <http://eric.ed.gov/?id=ED457502>.

Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern – eine aktuelle Standortbestimmung. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (Hg.): Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung. Bonn 1996, 9–39.

Mattejat, Fritz: Kinder psychisch kranker Eltern im Bewußtsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Vol. 50, No. 7, 2001, 491–497.

Mayrhuber, Christine/Tockner, Lukas: Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hg.) im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien 2011.

Mohr, Gisela/Richter, Peter: Psychosoziale Folgen von Erwerbslosigkeit – Interventionsmöglichkeiten. In: Bundeszentrale für politische Bildung: Aus Politik und Zeitgeschichte 40–41. Bonn 2008, 25–32.

Möller-Leimkühler, Anne Maria: Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? In: Der Gynäkologe, Vol. 41, No. 5, 2008, 381–388.

Nairz-Wirth, Erna/Feldmann, Klaus/Diexer, Barbara: Handlungsempfehlungen für Lehrende, Schulleitung und Eltern zur erfolgreichen Prävention von Schulabsentismus und Schulabbruch. Aufbruch zu einer neuen Schulkultur. Wirtschaftsuniversität Wien 2012.

Neuwirth, Norbert (Hg.): Familienformen in Österreich. Stand und Entwicklung von Patchwork- und Ein-Eltern-Familien in der Struktur der Familienformen in Österreich. Forschungsbericht, Österreichisches Institut für Familienforschung an der Universität Wien 2001.

Niederberger, Karl/Lentner, Marlene: Bildungsferne Jugendliche. Endbericht. Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz 2010.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien 2007.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Planung Psychiatrie 2009. Evaluierung der Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur. Wien 2009.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Eine Iststand-Erhebung mit einem Sonderkapitel zu Psychopharmaka. Wien 2010.

Operschall, Christian: Invaliditätspension Neu – Innovative Wege sind gefragt! Präsentation Wien, 19. Juni 2013.

PVA (Pensionsversicherungsanstalt): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Stand 1.1.2013. Abrufbar unter: http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/03%20-%20IV_BU_Pension.pdf.

REINTEGRA: Chancen zur Verbesserung der Berufsrehabilitation psychisch erkrankter Menschen. Positionen zur Reform der Invaliditätspension. Wien, Dezember 2012.

Reschauer, Gerda/Morais, Larissa/Wilflingseder, Gertraud/Plessner, Eva: Berufliche (Re-)Integration von psychisch erkrankten Menschen. Ihre Bedeutung sowie strukturelle Angebote – Schwerpunkt Wien. In: Lenz, Gerhard/Rabenstein, Rafael/Reschauer,

Gerda (Hg.): Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation. Wien 2013, 135–147.

Richter, Dirk/Berger, Klaus/Reker, Thomas: Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: Psychiatrische Praxis 35/2008, 321–330.

Sachverständigenrat (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001, Kurzfassung. O. O. u. J.

Schneider, Norbert F.: Zum Wandel der Familie in Deutschland – soziologische Betrachtungen. In: Schmidt, Nora (Hg.): Handbuch Kommunale Familienpolitik. Berlin 2006, 21–35.

Stamm, Margrit/Holzinger-Neulinger, Melani/Suter, Peter/Stroezel, Holger: Die Zukunft verlieren? Schulabbrecher in der Schweiz. Eine Schweizer Längsschnittstudie. Universität Freiburg/Erziehungswissenschaften 2011.

Stamm, Margrit: Schulabbrecher in unserem Bildungssystem. Wiesbaden 2012.

Statistik Austria (Hg.): Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Wien 2013.

Steiner, Mario: Zusammenhänge zwischen Bildungsarmut und Beschäftigungschancen. Eine empirische Analyse. In: WISO 2/2011, Linz 2011, 65–76.

Tienari, Pekka/Sorri, Anneli/Naarala, Mikko/Wahlberg, Karl-Erik/Moring, Juha/Pohjola, Jukka/Lahti, Ilpo/Wynne, Lyman C.: Genetic and Psychosocial Factors in

Schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. In: Schizophrenia Bulletin, Vol. 13, No. 3, 1987, 477–484.

Tienari, Pekka/Wynne, Lyman C./Sorri, Anneli/ Lahti, Ilpo/Läksy, Kristian/Moring, Juha/Naarala, Mikko/Nieminen, Pentti/Wahlberg, Karl-Erik: Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. In: The British Journal of Psychiatry, Vol. 184, 2004, 216–222.

WHO (Weltgesundheitsorganisation): Disability prevention and rehabilitation. Technical Report Series 668, Genf 1981. Abrufbar unter: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf.

WHO (Weltgesundheitsorganisation): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Autorisierte deutsche Übersetzung. O. O., ohne Seitenzahlen. Abrufbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

Wittchen, Hans-Ulrich et al.: The size and the burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21/2011, 655–679.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abkürzung	Bedeutung
AGG	Bundesgesetz, mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird (Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz)
AI	Arbeitsinspektorat
AIT	Arbeitsintegrationstraining
AK	Arbeiterkammer
AK OÖ	Arbeiterkammer OÖ
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	Austria Presse Agentur
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
avsv	Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung
AT	Arbeitstraining
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz
BAF	Burgenländisches Arbeitsforum
BBE	Beratungs- und Betreuungseinrichtung
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BBS	Netzwerk der Beschäftigungsbetriebe Steiermark
bdv Austria	Bundesdachverband für Soziale Unternehmen
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BG	Beschäftigungsgesellschaft
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
Biku-Treff	Bildungs- und Kulturtreff
BIP	Bruttinlandsprodukt

BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMSG	Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BSB	Bundessozialamt
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSE-Wien	Wiener Dachverband für sozial-ökonomische Einrichtungen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen), Ausgabe IV
ENWHP	Europäisches Netzwerk der betrieblichen Gesundheitsförderung
EU	Europäische Union
GBP	Gemeinnütziges Beschäftigungsprojekt
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICG	Integrated Consulting Group
IHS	Institut für Höhere Studien
IMBUS	Individualisierte Maßnahme zur Berufsvorbereitung und Stabilisierung
IP	Invaliditätspension
IP Neu	Invaliditätspension Neu (Arbeitsmarktoffensive zur Reintegration von gesundheitlich eingeschränkten Personen 2013–2016)

IV	Industriellenvereinigung
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
KV	Krankenversicherung
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MELBA	Merkmale zur Eingliederung Leistungsgeminderter und Behinderter in Arbeit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
PV	Pensionsversicherung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SÖB	Sozialökonomischer Betrieb
SRÄG	Sozialrechts-Änderungsgesetz
SVP	Sicherheitsvertrauensperson
tisöb	Verband der Sozialökonomischen Betriebe Tirols
WHO	Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich

VORSITZENDE DER CLUSTERGRUPPEN



Univ.-Doz. Dr. Karl Dantendorfer

Vorsitzender der Clustergruppe 1: *Prävention und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen.*

Psychiatriekoordinator für das Burgenland, Konsulent des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, stv. Obmann der Vereine pro mente Wien, Burgenland, Austria.



Dr.ⁱⁿ Eva Höttl

Vorsitzende der Clustergruppe 2: *Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt.*

Leiterin des Health Center der Erste Bank AG, Referentin an der Akademie für Arbeitsmedizin, Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Präventivmedizin.



Prof. Dr. Rudolf Müller

Vorsitzender der Clustergruppe 3: *Psychische Erkrankungen und Pension (inkl. Begutachtung).*

Chefarzt der Pensionsversicherungsanstalt, Leiter des Arbeitskreises Medizinische Rehabilitation im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

BISHER ERSCHIENEN IN DIESER REIHE

Band 1: Umverteilung im Wohlfahrtsstaat

Wien, Oktober 2009, 324 Seiten, 25 Euro, ISBN: 978-3-7035-1639-9

Autorinnen und Autoren:

Alois Guger (Projektleitung), Martina Agwi, Adolf Buxbaum, Eva Festl, Käthe Knittler, Verena Halsmayer, Simon Sturn, Michael Wüger

Der erste Band der Sozialpolitischen Studienreihe stellt eine gekürzte Fassung der WIFO-Studie „Umverteilung durch den Staat in Österreich“ dar. Die zentralen Fragestellungen der auf einem Entschließungsantrag des Nationalrats beruhenden Studie sind: Wie wird durch die Staatseinnahmen und Staatsausgaben die Verteilung der Einkommen bzw. die Wohlfahrt der Haushalte beeinflusst? Wer profitiert von bestimmten Ausgaben des Staates bzw. wer leistet welchen Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Haushalte?

Band 2: Armutsgefährdung in Österreich

EU-SILC 2008, Eingliederungsindikatoren

Wien, Dezember 2009, 304 Seiten, 25 Euro, ISBN: 978-3-7035-1640-5

Ergebnisse aus EU-SILC 2008

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung), Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina, Matthias Till

Indikatoren für das Monitoring sozialer Eingliederung in Österreich

Matthias Till (Projektleitung), Franz F. Eiffe, Georg Datler, Justus Henke, Karin Schrittwieser, Ursula Till-Tentschert

Die jährlich in allen EU-Mitgliedsstaaten durchgeführten EU-SILC-Erhebungen (Statistics on Income and Living Conditions) zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen privater Haushalte in Europa sind eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die österreichische Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Band 2 der Sozialpolitischen Studienreihe fasst zwei Studien der Statistik Austria zur sozialen Lage in Österreich zusammen: In der EU-SILC-Studie wird in Anlehnung an die EU-Armutsdefinition im stärkeren Ausmaß der Blickwinkel auf die Verteilung der Einkommen und der finanziellen Teilhabemöglichkeiten gelegt. In der Studie „Eingliederungsindikatoren“ wurde der Schwerpunkt auf nicht monetäre Teilhabemöglichkeiten gelegt.

Band 3: Finanzierung der Pflegevorsorge

Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge

Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge

Wien, März 2010, 212 Seiten, 23 Euro, ISBN: 978-3-99046-000-9

Autorinnen und Autoren:

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger, Margit Schratzenstaller

Wissenschaftliche Assistenz:

Stefan Fuchs, Andrea Sutrich

Band 3 der Sozialpolitischen Studienreihe umfasst zwei Studien des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung, die sich mit unterschiedlichen Fragen und Problemstellungen zur Finanzierung des österreichischen Pflegesystems auseinandersetzen. Die erste Studie der vorliegenden Publikation beschäftigt sich mit der Analyse der Finanzströme der österreichischen Pflegevorsorge, mit dem Ziel, eine Bestandsaufnahme und eine Prognose der Kostenentwicklung der Langzeitpflege in Österreich zu präsentieren.

Die zweite Studie diskutiert unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsformen der Pflegevorsorge sowie deren ökonomische Auswirkungen.

Band 4: Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich

Wien, September 2010, 260 Seiten, 24 Euro, ISBN: 978-3-99046-001-6

Autorinnen und Autoren:

Hubert Eichmann, Jörg Flecker, Alfons Bauernfeind, Bernhard Saupe, Marion Vogt

Die Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) präsentiert differenzierte Darstellungen zu Beschäftigungsformen, Arbeitszeiten, Einkommen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Weiterbildung sowie zur Arbeitszufriedenheit. Außerdem werden europäische Vergleichsdaten zur Einordnung Österreichs im EU-Kontext angeführt. Auf Basis der gesammelten Ergebnisse gibt die Studie einen kurzen Ausblick auf folgende Frage: In welche Richtung müssen sich Rahmenbedingungen für Erwerbsarbeit in Österreich ändern, um das Beschäftigungssystem angesichts struktureller Herausforderungen zukunftssicher zu machen?

Band 5: Armutsgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich

Ergebnisse aus EU-SILC 2009

Wien, Jänner 2011, 228 Seiten, 23 Euro, ISBN: 978-3-99046-002-3

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung EU-SILC), Matthias Till (Eingliederungsindikatoren), Franz Eiffe, Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamej, Magdalena Skina-Tabue

Im Juni 2010 haben sich die Europäischen Regierungen auf eine neue Wachstumsstrategie bis zum Jahr 2020 geeinigt, die erstmals und ausdrücklich einen Schwerpunkt zur Verringerung von Armut und sozialer Ausgrenzung mit konkreten Zielgrößen formuliert. Die vorliegende Publikation der Statistik Austria präsentiert aktuelle Ergebnisse aus EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) 2009 zu Einkommen, Armutsgefährdung und Lebensbedingungen österreichischer Privathaushalte in Österreich.

Band 6: Betriebliche und private Altersvorsorge in Österreich

Durchführungswege und Kosten für die öffentliche Hand

Wien, März 2011, 120 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-003-0

Autor:

Thomas Url

Personen mit einem erwarteten Einkommensrückgang im Ruhestand können den Unterschied zwischen der erwarteten gesetzlichen Pension und dem gewünschten Einkommensniveau im Alter durch zusätzliche private Altersvorsorge ausgleichen. Daneben können Arbeitgeber für ihre Beschäftigten im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge ein Zusatzeinkommen im Alter aufbauen. Die vorliegende Studie vergleicht die wichtigsten betrieblichen und privaten Altersvorsorgeformen nach ihren steuerlichen Anreizen und führt erstmals eine Schätzung der direkten und indirekten Kosten der steuerlichen Förderung in Österreich durch. Sie wurde durch das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag des BMASK durchgeführt.

Band 7: Alleinerziehende in Österreich

Lebensbedingungen und Armutsrisiken

Wien, April 2011, 284 Seiten, 24 Euro, ISBN: 978-3-99046-004-7

Autorinnen und Autoren:

Ulrike Zartler, Martina Beham, Ingrid Kromer, Heinz Leitgöb, Christoph Weber, Petra Friedl

Die in Kooperation zwischen den Instituten für Soziologie der Universität Wien und der Universität Linz erstellte Studie „Alleinerziehende in Österreich“ verfolgt das Ziel, die Lebenssituation Alleinerziehender und deren spezifische Herausforderungen darzustellen und zu analysieren und dabei besonders auf die Situation alleinerziehender Mütter einzugehen. Darüber hinaus werden Armuts- und Deprivationsrisiken von Alleinerzie-

herinnen und ihren Kindern aufgezeigt sowie unterschiedliche Interventionen zur Bekämpfung der Armut-gefährdung in Ein-Eltern-Familien skizziert.

Band 8: Armut- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich

Ergebnisse aus EU-SILC 2010

Wien, Dezember 2011, 176 Seiten, 21 Euro, ISBN: 978-3-99046-005-4

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung EU-SILC), Matthias Till (Eingliederungsindikatoren), Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina-Tabue

Die vorliegende Publikation widmet sich erstmals ausführlich Gefährdungslagen sozialer Ausgrenzung im Sinne der Europa-2020-Strategie. Grundlage des vorliegenden Berichts sind Daten aus der EU-SILC-Erhebung 2010 zu Einkommen und Lebensbedingungen. Diese wird seit 2003 jährlich von Statistik Austria im Auftrag des BMASK durchgeführt. Präsentiert wird die Zusammenfassung und zahlenmäßige Entwicklung der Gruppe von Ausgrenzungsgefährdeten in Österreich.

Band 9: Geringfügige Beschäftigung in Österreich

Wien, November 2011, 416 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-99046-006-1

Autorinnen und Autoren:

Andreas Riesenfelder, Susi Schelepa, Petra Wetzel

L&R Sozialforschung führte im Jahr 2002 in Kooperation mit dem Institut für Staatswissenschaften der Universität Wien eine umfassende Grundlagenstudie zur Beschäftigungssituation und sozialen und materiellen Absicherung von geringfügig Beschäftigten in Österreich durch. In der Studie finden sich detaillierte Erhebungen zur Frage der Arbeitszufriedenheit und zur Arbeitsbelastung. Zusätzlich wurde auch auf eine Darstellung der

Branchen und Wirtschaftsbereiche der Arbeitsplätze geringfügig Beschäftigter im Jahresvergleich geachtet. Des Weiteren ist auch eine Erhebung zu arbeitsrechtlichen Problemen im Zusammenhang mit geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und zum Stand der Information der geringfügig Beschäftigten über ihre rechtlichen Ansprüche enthalten.

Band 10: Evaluierung des Behindertengleichstellungsrechts

Wien, März 2012, 390 Seiten, 27 Euro, ISBN: 978-3-99046-007-8

Autorinnen und Autoren:

Christian Schober, Selma Sprajcer (NPO-Institut der WU Wien) und Christian Horak, Thomas M. Klein, Bojan Djukic, Julia Soriat (Contrast Management-Consulting) Walter J. Pfeil, Susanne Mayer (Universität Salzburg)

Band 10 der Sozialpolitischen Studienreihe befasst sich mit zwei umfassenden Evaluierungsstudien Behindertengleichstellungsrecht. Die sozialwissenschaftliche Studie befasst sich in erster Linie mit einer wirkungsorientierten Evaluierung des Behindertengleichstellungspaketes. Des Weiteren wird auf die verfassungsrechtliche Anerkennung der Gebärdensprache und des Bundes-Behindertengleichstellungsbegleitgesetzes eingegangen. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wurde von Univ. Prof. Walter Pfeil und Dr. Susanne Mayer von der Universität Salzburg erarbeitet. Der Bericht setzt sich mit diversen rechtlichen Fragestellungen zum Behindertengleichstellungsrecht auseinander und analysiert die bestehende Rechtslage.

Band 11: Soziale Lage älterer Menschen in Österreich

Wien, Juli 2012, 188 Seiten, 27 Euro, ISBN: 978-3-99046-007-8

Autorinnen und Autoren:

Franz Ferdinand Eiffe (Projektleitung), Matthias Till, Georg Datler, Richard Heuberger, Thomas Glaser, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina, Ursula Till-Tentschert

Basis der Studie über die soziale Lage älterer Menschen ist eine EU-SILC-Erhebung aus dem Jahr 2008. Der Bericht befasst sich mit konzeptionellen und empirischen Aspekten der Armut im Alter und der Identifikation von Armutsgefährdungsschwellen, führt empirische Analysen zu zentralen Lebensbereichen älterer Menschen aus und erörtert technische Aspekte der Armutsmessung. Band 11 der Sozialpolitischen Studienreihe zeichnet ein umfassendes Bild der Lebenssituation älterer Menschen in Österreich und diskutiert relevante konzeptuelle Fragen, die für die zukünftige Forschung in diesem Bereich, aber auch für die amtliche Statistik von großer Relevanz sind.

Band 12: Arbeitsmarktöffnung 2011

Monitoring der Arbeitsmarktauswirkungen der Zuwanderung aus den neuen EU-Mitgliedsländern im Regime der Freizügigkeit – Begleitende Beratung und Analyse

Monitoring der Arbeitsmarktöffnung – Auswirkungen auf Beschäftigungsformen und auf Lohndumping

Wien, Dezember 2012, 480 Seiten, 29 Euro, ISBN: 978-3-99046-009-2

Autorinnen und Autoren:

WIFO im Auftrag des BMASK

L&R Sozialforschung im Auftrag des BMASK und der AK Wien

Seit 1. Mai 2011 ist der österreichische Arbeitsmarkt für acht der 2004 zur EU beigetretenen Staaten – Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Polen, Estland, Lettland und Litauen – geöffnet. In Band 12 der Sozialpolitischen Studienreihe werden zwei Studien behandelt, die ein umfassendes Bild der Auswirkungen der Arbeitsmarktöffnung hinsichtlich quantitativer und qualitativer Aspekte liefern. Neben dem Ausmaß der Immigration seit dem 1. Mai 2011 untersuchte das WIFO auch die Struktur und Mobilität der zugewanderten Arbeitskräfte. L&R Sozialforschung analysierte qualitative Veränderungen am österreichischen Arbeitsmarkt, Entsendungen nach Österreich sowie das Phänomen und die Bekämpfung des Lohndumpings.

Band 13: Monitoring des effektiven Pensionsantrittsalters 2011

Bericht 2012 des Büros der Kommission zur langfristigen Pensionssicherung

Beschluss der Sitzung am 29. Oktober 2012

Wien, September 2013, 404 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-7035-1637-5

Autorinnen und Autoren:

Johann Stefanits, Irene Sassik, Roman Freitag, Ursula Obermayer,
Michaela Mayer-Schulz

Die umlagefinanzierte gesetzliche Pensionsversicherung stellt weiterhin die größte Säule der Pensionsvorsorge in Österreich dar, wobei sie aufgrund geänderter Rahmenbedingungen so angepasst werden muss, dass ihre langfristige Finanzierbarkeit erhalten bleibt. Ziel des vorliegenden Berichts ist die Darstellung des Pensionsantrittsverhaltens im Jahr 2011 und insbesondere die gezielte Analyse des effektiven Pensionsantrittsalters, wobei ein Konnex zur demografischen Entwicklung und zur Erwerbsbeteiligung hergestellt wird.

Band 14: Die Langzeitwirkung von Qualifikationsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice

Wien, November 2013, 126 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-012-2

Autorinnen und Autoren:

Jürgen Holl, Günter Kernbeiß, Karin Städtner, Michael Wagner-Pinter

Die verschiedenen Schulungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice Österreich stehen nicht zuletzt wegen der Frage nach ihrer nachhaltigen Wirkung zur Arbeitsmarktintegration im besonderen öffentlichen Interesse. Im aktuellen Band 14 der Sozialpolitischen Studienreihe werden die Forschungsergebnisse der Firma Synthesis-Forschung zur Langzeitwirkung dieser Qualifikationsmaßnahmen einer breiten Öffentlichkeit vorge-

stellt. Sie untermauern einmal mehr empirisch die in der arbeitsmarktpolitischen Zielsetzung verfolgte Ausrichtung, via spezifische Qualifizierungsmaßnahmen die nachhaltige Arbeitsmarktintegration zu fördern.

Band 15: Überblick Arbeitsbedingungen in Österreich

Wien, Juni 2014, 400 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-99046-038-2

Autorinnen und Autoren:

Hubert Eichmann, Bernhard Saupe

Auf Basis einer breit angelegten Literaturanalyse u. a. mit Sekundäranalysen aus Repräsentativdatensätzen wird ein aktueller Überblick über Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in Österreich erarbeitet. Das abzudeckende Themenspektrum reicht von Beschäftigungsformen, Arbeitszeiten, Einkommen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Weiterbildung bis hin zu subjektiven Einschätzungen der Arbeitsqualität. Darüber hinaus erfolgt eine Einordnung Österreichs im europäischen Vergleich. Die Studie ist als Follow-up des 2010 publizierten Bandes 4 der Sozialpolitischen Studienreihe des BMASK angelegt. Im besonderen Fokus stehen die Entwicklung seit Ausbruch der Finanz- und Wirtschaftskrise und damit einhergehende Veränderungen bei Arbeitsbedingungen.

ANHANG

Hauptverband/SGKK: Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. Abschlussbericht Wien – Salzburg, Juni 2011

Hinweis: Den nachstehend abgedruckten Bericht samt den hier nicht aufgenommenen beiden Anhängen finden Sie auch unter <http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693706&action=2>.



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter

Projekt „Psychische Gesundheit“

Abschlussbericht

Wien/Salzburg, Juni 2011



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1 Kurzfassung	5
2 Einleitung	11
3 Medikamente	13
3.1 Zentrale Ergebnisse	13
3.2 Psychopharmaka–Verbrauch Allgemein	14
3.3 Psychopharmaka–Verbrauch nach Gruppen	15
3.3.1 Antidepressiva: Patienten & Verordnungen	15
3.3.2 Antipsychotika: Patienten & Verordnungen	16
3.3.3 Tranquilizer: Patienten & Verordnungen	16
3.3.4 Antidementiva: Patienten & Verordnungen	17
3.4 Psychopharmakaverbrauch nach Altersgruppen	18
3.4.1 Kinder bis 10 Jahre	18
3.4.2 Jugendliche von 11 bis 20 Jahren	19
3.4.3 Die Gruppe der Erwerbsfähigen: 21 bis 60 Jahre	20
3.4.4 Ältere Menschen	21
3.5 Medizinische Daten zur Verschreibung	22
3.5.1 Erstverschreibung	22
3.5.2 Dauer der Verschreibung:	23
3.5.3 Erstverschreiber und Dauer der Verschreibung	24
3.5.4 Patienten mit EINER Verordnung	24
3.6 Psychopharmaka–Verbrauch in Österreich: Versuch einer Landkarte	24
3.7 Psychopharmaka: Kosten im Detail	25
4 Arbeitsfähigkeit	27
4.1 Zentrale Ergebnisse	27
4.2 Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen/ Allgemeine Darstellung	29
4.3 Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Geschlecht	30
4.4 Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Alter	31
4.5 Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Erwerbsstatus	32
4.6 Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen – Versuch einer Landkarte	33
5 Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote	34
5.1 Vorbemerkung	34
5.2 Methodischer Ansatz	34
5.3 Wichtige Trends	34
5.4 Grundsätzliches zur ärztlichen Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen	35
5.5 Fachärztliche Hilfe	36
5.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie	36



5.7	Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin	37
5.8	Außerstationäre Versorgungsangebote	37
5.8.1	Einleitung	37
5.8.2	Außerstationäre Versorgungsangebote	37
6	Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin.....	38
6.1	Vorbemerkung	38
6.2	Einleitung	38
6.3	Ausgaben für Psychotherapie	39
6.4	Ausgaben für Sachleistungen	40
6.4.1	Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen	40
6.4.2	Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „Psychotherapeutische Leistungen“ („Psychotherapeutische Medizin“)	40
6.4.3	Zur Versorgungswirksamkeit der psychotherapeutischen Medizin	40
6.4.4	Kostenzuschüsse für Psychotherapie in der freien Praxis	41
6.4.5	Kasseneigene Einrichtungen	41
6.4.6	Gesamtentwicklung	41
6.5	Expertenmeinungen	41
6.6	Regionale Verteilung	42
6.7	Versorgungsvereine	43
7	Klinisch-psychologische Diagnostik	53
7.1	Leistungsanbieter	53
7.2	Versorgung und Ausgaben der Sozialversicherung	54
7.3	Anforderungen der Sozialversicherung an die PsychologInnen	54
8	Stationäre Versorgung in Krankenanstalten.....	55
8.1	Stationäre psychiatrische Versorgung	55
8.1.1	Allgemeinpsychiatrie	56
8.1.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	56
8.1.3	Abhängigkeitserkrankungen	56
8.1.4	Stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Abteilungen	57
8.1.5	Stationäre Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen	57
8.1.6	Stationäre Aufenthalte an nicht-psychiatrischen Abteilungen	58
8.1.7	Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt	58
8.2	Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Akutversorgung	59
8.3	Tagesklinische Angebote in der Psychiatrie	59
8.3.1	Überblick	59
8.4	Stationäre psychosomatische Versorgung	60
8.4.1	Einleitung	60
8.4.2	Stationäre PSO-Angebote für Erwachsene	61
8.4.3	Probleme der akutstationären PSO-Versorgung in den Bundesländern	61
8.4.4	Stationäre PSO-Angebote für Kinder und Jugendliche	61
8.4.5	Psychosozialer Konsiliar- und Liaisondienst	62



9	Rehabilitation und Frühpensionierung	64
9.1	Rehabilitation	64
9.2	Frühpensionierung	64
10	Prävention / Gesundheitsförderung	67
11	Abgrenzungs- und Grundsatzfragen	68
11.1	Krankheit und Krankenbehandlung im Sinne des ASVG in Abgrenzung zu nicht krankheitswertigen Störungen, die keinen Leistungsanspruch der gesetzlichen KV auslösen	68
11.1.1	Krankheitsbegriff dem Grunde nach	68
11.1.2	Krankheitsbegriff nach der Leistungszuständigkeit	69
11.2	Ergebnisse, Empfehlungen und Anregungen für eine weiterführende Projektarbeit	70



1 KURZFASSUNG

Aufgabenstellung für den vorliegenden Bericht zur psychischen Gesundheit war es, eine Ist-Analyse zu erstellen, die auf den eigenen SV-Daten basiert. Im Zentrum dieser Ist-Analyse stehen Ausmaß und Art der Problemlage sowie die vorhandenen Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen.

Psychische Erkrankungen: Die österreichische Dimension

Im Jahr 2009 erhielten in Österreich rund 900.000 Menschen wegen psychischer Leiden Leistungen der Krankenversicherung. Basis für diese Zahl ist die Auswertung der gesamten Medikamentendaten, der Daten zu stationären Aufenthalten und zu Krankenständen aufgrund psychischer Diagnosen.¹

Rund 840.000 ÖsterreicherInnen bekamen im Jahr 2009 Psychopharmaka aus den Gruppen der Antidepressiva, der Antipsychotika oder der Tranquilizer verschrieben. Wegen psychischer Diagnosen waren rund 78.000 ÖsterreicherInnen im Krankenstand und 70.000 hatten deshalb einen stationären Aufenthalt. Ein Großteil dieser beiden Gruppen bezog auch Medikamente. In Summe waren daher rund 900.000 Menschen in Österreich von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen, das zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führte.

Auf Basis der Kombination von Daten zu stationären Aufenthalten, Krankenständen und Dauermedikation kann geschlossen werden, dass zwischen 200.000 und 250.000 ÖsterreicherInnen (ca. 3 % der Bevölkerung) in einem schweren Ausmaß betroffen waren.

Altersgliederung

Knapp mehr als die Hälfte aller Betroffenen ist älter als 60 Jahre, obwohl der Anteil dieser Altersgruppe an allen Versicherten nur rund 23 Prozent beträgt². Dies ist insofern bemerkenswert, als der öffentliche Diskurs über psychische Erkrankungen von Problemen der Arbeitswelt sowie der Kindheit und Jugend dominiert wird.

Rund 8.100 Kinder unter 10 Jahren und 26.000 Jugendliche bis 19 Jahre erhielten Psychopharmaka (damit entfallen 3 % der Betroffenen auf diese Altersgruppe). Bei den Kindern dominieren Stimulanzien (Ritalin) und Anxiolytika (Angstlöser). Bereits bei den Jugendlichen steigt allerdings der Anteil der Antidepressiva und Antipsychotika.

Rund 400.000 Betroffene waren im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 60 Jahren (46 % aller PatientInnen). Bereits ab 20 Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Erkrankungen festzustellen, in der Altersgruppe ab 40 Jahren eine drastische Steigerung.

¹ In die Gesamtmenge der 900.000 PatientInnen wurden zusätzlich per Hochrechnung die PsychotherapiepatientInnen ohne Medikation auf Basis von Schätzungen eingerechnet.

² Altersverteilung aller Anspruchsberechtigten in der KV (2009): 0–9 J.: 9,30 %; 10–19 J.: 11,47 %; 20–29 J.: 12,55 %; 30–39 J.: 13,50 %; 40–49 J.: 16,74 %; 50–59 J.: 12,96 %; 60–69 J.: 10,97 %; 70–79 J.: 7,46 %; 80–89 J.: 4,45 %; 90 J.: und älter: 0,61 %.



Bemerkenswert ist, dass die Anzahl der psychisch Kranken aber nach dem Erreichen des Pensionsalters noch einmal deutlich ansteigt. Sowohl in der Medikamentengruppe der Antidepressiva als auch der Antipsychotika beträgt ihr Anteil knapp über 50 % aller PatientInnen. Zudem ist der Anteil der Dauermedikation hier deutlich höher als bei den jüngeren Altersgruppen.

Der Zusammenhang zwischen Alter und psychischen Erkrankungen wird auch durch die „Österreich-Landkarte“ bestätigt, die einen Zusammenhang zwischen Bezirken mit älterer Durchschnittsbevölkerung und Menge der psychisch Erkrankten zeigt.

Starke Wachstumsdynamik

Grundsätzlich muss für die letzten Jahre ein außergewöhnlicher Anstieg bei psychischen Erkrankungen festgestellt werden. Es dürfte sich allerdings zu einem überwiegenden Teil um einen Anstieg bei leichteren Erkrankungen gehandelt haben: Während die stationären Aufenthalte um 1,5 % mehr wurden, stieg die Medikamentenverschreibung um 17 % in einem Zeitraum von zwei Jahren. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum (2007 bis 2009) wuchs die Zahl der auf Rechnung der sozialen Krankenversicherung insgesamt verordneten Medikamente um 6,3 % – die Steigerung der Psychopharmaka-Verordnungen betrug also fast das Dreifache.

Die Zunahme psychischer Erkrankungen zeigt sich auch in den Krankenstandsdaten. Im Jahr 2009 waren insgesamt 78.028 Versicherte der Gebietskrankenkassen aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig. Diese Krankenstände sind mit 2,5 % aller Fälle nur eine kleine Gruppe, die aber im Zeitverlauf deutlich stärker steigt als Krankenstände mit rein körperlichen Diagnosen (die psychischen Krankenstände stiegen um 22 %, die aufgrund körperlicher Diagnosen um 10 % innerhalb von zwei Jahren). Die durchschnittliche Dauer der psychischen Krankenstände ist zudem mit etwa 40 Tagen erheblich höher als jene mit körperlichen Diagnosen, die durchschnittlich 11 Tage dauern. Innerhalb der Gruppe der psychischen Krankenstände hatten rund 42 % einen Anspruch auf Krankengeld, während es in der Gruppe der körperlichen Erkrankungen nur knapp 14 % waren. Die durchschnittlichen Krankengeldkosten pro Krankengeld-Fall beliefen sich bei den psychischen Krankenständen auf 1.750 Euro, bei den körperlichen auf durchschnittlich 730 Euro. Insgesamt beliefen sich die Krankengeldkosten auf Grund von psychischen Diagnosen auf rund 70 Mio. Euro (somatische Diagnosen: 375 Mio. Euro). Damit machen mit den psychisch bedingten Krankenständen 2,5 % aller Krankenstandsfälle 15,7 % des Krankengeldvolumens aus.

Der größte Anteil der Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen entfällt mit 56 % auf die Gruppe der Versicherten „mittleren Alters“ (31–50jährige), 16 % fallen auf die Gruppe der über 50jährigen und bei den 15–30jährigen sind es 28 %. Im Vergleich dazu haben bei den körperlichen Erkrankungen mit etwa einem Viertel aller Fälle die 21–30jährigen den größten Anteil.³

Sehr deutlich geht aus den Zahlen hervor, dass bei den Arbeitslosen der Anteil der Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen besonders hoch ist. Arbeitslose sind viermal so häufig betroffen wie

³ Altersverteilung aller beitragsleistenden Anspruchsberechtigten in der KV (nur GKKs; 2009): 0–9 J.: 0,17%; 10–19 J.: 3,89%; 20–29 J.: 16,36%; 30–39 J.: 17,91%; 40–49 J.: 20,53%; 50–59 J.: 14,76%; 60–69 J.: 12,72%; 70–79 J.: 8,10%; 80–89 J.: 4,88%; 90 J. und älter: 0,68%



Angestellte und Arbeiter. Der Anteil an körperlichen Krankenständen bei den Arbeitern ist hingegen deutlich höher als bei den Arbeitslosen.

Bei 78.000 psychisch bedingten Krankenständen jährlich mit stark steigender Tendenz erstaunt auch nicht, dass mittlerweile rund 32 % der Neuzugänge in krankheitsbedingte Frühpensionen aus psychischen Gründen erfolgen. Im Jahr 2005 war der Anteil noch bei 24 % gelegen. Interessantes Detail ist, dass im Bundesland Salzburg – einem Bundesland mit vergleichsweise hohem Mitteleinsatz bei Psychotherapie und niedergelassener psychiatrischer Versorgung – eine mit rund 25 % relativ geringe Rate an psychisch bedingten Pensionsanträgen gegenübersteht.

Psychische Erkrankungen: Die Kosten

Im Jahr 2009 wurden österreichweit rund 250 Mio. Euro für Psychopharmaka ausgegeben, 63 Mio. Euro für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin, 31 Mio. für die Behandlung bei PsychiaterInnen, ca. 100 – 150 Mio. Euro für alle weiteren ärztlichen Leistungen und 5,4 Mio. für psychologische Diagnostik.

Dazu kommen noch die bereits erwähnten Aufwendungen für Krankengeld in Höhe von 70,6 Mio. Euro. Die Ausgaben der Krankenversicherung ohne Spitäler bewegen sich damit zwischen 510 und 560 Mio. Euro jährlich, mit steigender Tendenz. Fast die Hälfte dieser Summe wird für Medikamente ausgegeben.

Dazu kommen rund 280 Mio. jährlich, die in den Spitälern für die Behandlung psychischer Erkrankungen aufgewendet werden müssen. In Summe bedeutet dies, dass jährlich in Österreich zwischen 790 und 850 Mio. Euro für psychisch erkrankte Menschen ausgegeben werden (Krankenbehandlung, Anstaltspflege und Krankengeld).

Hinzu kommen noch die Kosten der Pensionsversicherung für Berufsunfähigkeitspensionen bzw. Rehabilitationsmaßnahmen.

Psychische Erkrankungen: Dimension Medikamente

Rund 840.000 Personen erhielten im Jahr 2009 Antidepressiva, Antipsychotika oder Tranquilizer (ca. 2/3 davon macht die Gruppe der Antidepressiva aus, 22 % Tranquilizer und 18 % Antipsychotika).

Knapp mehr als die Hälfte dieser PatientInnen ist älter als 60 Jahre und zwei Drittel sind weiblich. Dieser Überhang von Frauen zeigt sich in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen.

Mit 68 % der Erstverschreiber von Psychopharmaka dominieren Allgemeinmediziner sowohl bei der Diagnostik als auch bei der Behandlung. 10 % der Medikamente werden von einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie erstverschrieben, 22 % von einem sonstigen Facharzt. Diese Verteilung zieht sich mit relativ geringen Unterschieden durch alle Psychopharmaka-Gruppen.

Der Anteil der sehr langfristigen (inklusive Dauer-)Medikationen liegt zwischen 50 % und 60 %. Gleichzeitig endet aber bei Neuverschreibungen jede zweite innerhalb von drei Monaten, was auffällig ist, da bei den meist verwendeten Antidepressiva eine darüber hinausgehende Verschreibedauer erforderlich ist, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Auf Basis der vorhandenen Zahlen kann die Frage nicht



beantwortet werden, inwieweit die Ursache für den hohen Anteil an sehr kurzen Verschreibungen in mangelnder Compliance der Patienten oder in einer zu hinterfragenden Verschreibepaxis liegt. Es bietet sich an, dieser Frage weiter nachzugehen, da es hier sowohl um Qualitätsaspekte in der Betreuung von Patienten als auch um einen kostenbewussten Umgang mit Medikamenten geht.

Antidementiva zählen zwar grundsätzlich zur Gruppe der Psychopharmaka. Zusätzlich zu den rund 840.000 bisher erwähnten PsychopharmakapatientInnen erhielten rund 263.000 Personen Antidementiva. Diese wurden jedoch nicht in die Prävalenz „Psychischer Erkrankungen“ aufgenommen, da eine Demenzerkrankung bezogen auf die Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit nicht mit dem sonstigen Krankheitsspektrum aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen vergleichbar ist.

Psychische Erkrankungen: Die Versorgungsstrukturen

Rund 840.000 Menschen waren 2009 bei einem Arzt/einer Ärztin und erhielten Psychopharmaka verschrieben. Ca. 120.000 waren bei einem Facharzt oder –ärztin für Psychiatrie. Die Übrigen konsultierten überwiegend AllgemeinmedizinerInnen. Die zentrale Rolle der AllgemeinmedizinerInnen spiegelt sich auch bei der schon oben erläuterten Erstverschreibung von Medikamenten wieder: 68 % der Psychopharmaka werden von AllgemeinmedizinerInnen erst-verschrieben. Das bedeutet, dass die Diagnose psychischer Erkrankungen zu einem sehr großen Anteil bei den Hausärzten/ärztinnen liegt.

Rund 70.000 PatientInnen waren so schwer erkrankt, dass sie stationär behandelt werden mussten. In Österreich stehen 3.380 Betten an öffentlichen Spitätern zur Verfügung. Immer kürzer werdende Aufenthalte auf den Stationen bedingen eine intensive außerstationäre Nachbetreuung, die derzeit zu wenig gewährleistet ist. Es fehlen verbindlich durchzuführende Behandlungspläne sowie eine entsprechende Vernetzungsstruktur im außerstationären Bereich. Der Schnittstellenbereich zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung stellt ein zentrales Problem bei der Versorgung psychisch Kranker dar.

Im niedergelassenen Bereich ist der Hauptansprechpartner die allgemeinmedizinische Praxis. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass ca. 90 % aller PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, regelmäßigen Kontakt (e-Card in allen vier Quartalen gesteckt) zu einem/r AllgemeinmedizinerIn haben. Positiv an dieser Situation ist, dass der Zugang zur medizinischen Behandlung damit sehr niederschwellig ist. Problematisch ist jedoch, dass es keine Behandlungsmodelle oder –empfehlungen gibt. Im Rahmen der Berufsausbildung von AllgemeinmedizinerInnen wird auch wenig betreffend die Versorgung psychisch Kranker angeboten.

Psychische Erkrankungen: Dimension Psychotherapie

Es gibt keinen Gesamtvertrag für Psychotherapie, aber in jedem Bundesland eine solide Sachleistungsversorgung (= Psychotherapie „auf Krankenschein“), die die Träger kontinuierlich ausbauen. Dazu haben die Träger mit elf großen psychotherapeutischen Versorgungsvereinen sowie anderen Institutionen (sozialpsychiatrische Zentren, psychiatrische Not- und Krisendienste, spezialisierte Ambulatorien) Einzelverträge abgeschlossen, in deren Rahmen in der Regel definierte Stundenkontingente



für die Erbringung von Psychotherapie auf Rechnung der Krankenversicherung zur Verfügung stehen; dazu kommt die Behandlung in eigenen Psychotherapieambulatorien einiger großer Krankenkassen.

Die Aufwendungen dafür haben sich seit 2001 mehr als verdoppelt. Wie bei einer Stellenplanung wird eine möglichst ausgewogene Verteilung durch die Krankenversicherungsträger angestrebt.

Im Rahmen der Sachleistungsversorgung sind rund 2.100 der ca. 7.000 berufsberechtigten PsychotherapeutInnen tätig. Dabei werden rund 35.000 PatientInnen jährlich in insgesamt 500.000 Therapiestunden betreut. Die durchschnittliche Therapiedauer beträgt etwa 4 Monate (bei einer Einheit pro Woche).

Im Wege des Kostenzuschusses (21,80 Euro pro Stunde als Zuzahlung der Krankenversicherung zu Psychotherapie bei privat aufgesuchten PsychotherapeutInnen) kommt noch einmal etwa die gleiche PatientInnenanzahl und Stundenanzahl dazu, sodass insgesamt rund 65.000 Versicherte jährlich über die Sachleistungsversorgung oder den Kostenzuschuss eine Psychotherapie bei PsychotherapeutInnen absolvieren.

Neben den PsychotherapeutInnen sind auch AllgemeinmedizinerInnen und allgemeine Fachärztinnen/Fachärzte (mit dem Diplom der Österreichischen Ärztekammer für psychotherapeutische Medizin) sowie Fachärztinnen/Fachärzte für Psychiatrie AnbieterInnen psychotherapeutischer Leistungen für die soziale Krankenversicherung. Mit psychotherapeutischer Medizin werden weitere 65.000 PatientInnen erreicht – insgesamt erhalten damit 130.000 PatientInnen psychotherapeutische Versorgung im weiteren Sinne von der sozialen Krankenversicherung.

Der Kostenzuschuss für Psychotherapie wurde seit 1992 nicht erhöht, da die Priorität der Krankenversicherungsträger im Auf- und Ausbau der Psychotherapie „auf Krankenschein“ – also als Sachleistungsversorgung – liegt. Im Falle einer Erhöhung gibt es auch keinen Mechanismus, der sicherstellt, dass damit die von den PatientInnen zu tragenden Kosten sinken: Im Rahmen der rein privatrechtlichen Behandlungsverträge sind die Honorare nicht reguliert und könnten daher auch um die Erhöhung des Kostenzuschusses angehoben werden – ein Nullsummenspiel für die PatientInnen.

Der Zugang zur Psychotherapie als Sachleistungsversorgung ist zwischen den Krankenversicherungsträgern durchaus unterschiedlich gestaltet. Zwar gibt es bei allen Trägern definierte Verfahren zur Beantragung der Psychotherapie und deren Bewilligung durch den Versicherungsträger, die Träger gehen dabei jedoch nach verschiedenen Ansätzen vor. Die Unterschiede liegen einmal im quantitativen Umfang der Bewilligung (zB Anzahl der bewilligungsfreien Stunden, Zeitpunkt der neuerlichen Beantragung); zum anderen auch darin, ob beim Zugang qualitativ gezielt gesteuert wird (Screening durch klinisch-psychologische Diagnostik oder psychiatrische Begutachtung; Priorisierung nach Dringlichkeit, Schwere der Erkrankung, sozialer Bedürftigkeit) oder etwa den Versorgungsvereinen die Vergabe eines Kontingents an Psychotherapiestunden überlassen wird. Auch ein Kostenbeitrag wird bei manchen Trägern gar nicht, bei anderen in unterschiedlicher Höhe eingehoben.



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Steuerung des Zuganges differieren die Wartezeiten vor einer Psychotherapie im Regelfall zwischen praktisch null und 5 Monaten.

Die meisten Träger bieten spezielle Angebote für besondere Zielgruppen an (Gewaltopfer, Jugendliche mit Essstörungen usw). Bestimmte Qualifikationen, die über die reine berufsrechtliche Berechtigung zur Ausübung der Psychotherapie hinausgehen (zB Erfahrung in Krankenbehandlung), verlangen einige Träger von ihren Vertragspartnern.



2 Einleitung

Der Themenbereich der psychischen Gesundheit wird gesellschaftlich immer stärker thematisiert. Die österreichische Sozialversicherung setzte sich zum Ziel, das Thema ‚Psychische Gesundheit‘ auf Basis der eigenen Daten umfassend zu analysieren. Die Sozialversicherung ist als einer der zentralen Akteure gefordert, sich diesen Diskussionen zu stellen und eigene Positionen zu entwickeln.

Im Herbst 2009 erfolgte im Rahmen der BSC-Ziele 2010 der Arbeitsauftrag durch die Trägerkonferenz, den Bereich psychische Gesundheit umfassend und basierend auf allen in der Sozialversicherung vorhandenen Daten zu analysieren.

Das Projekt ‚Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter‘ wurde von Hauptverband und der Salzburger Gebietskrankenkasse partnerschaftlich geleitet und unter Mitarbeit weiterer SV-Träger (NÖGKK, OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK, VAEB, SVA, PVA) durchgeführt.

Für die Analyse des Themenbereichs psychische Gesundheit wurde das Thema in neun ‚Dimensionen‘ unterteilt, die alle Bereiche widerspiegeln sollten, in denen die Sozialversicherung mit psychischer Gesundheit zu tun hat. Ziel der Erhebung war es, das in der Sozialversicherung vorhandene Datenmaterial zusammenzutragen und zu analysieren. Die Kombination der Auswertung der Medikamentendaten in Verbindung mit Daten zur ärztlichen Versorgung, zu Spitalsaufenthalten und Arbeitsunfähigkeit (kurz: die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch psychisch Erkrankte) ermöglicht eine exaktere und fakten-gestützte Abschätzung des Ausmaßes von psychischen Erkrankungen in Österreich. In weiterer Folge können Trends besser erkannt und möglicherweise notwendige strukturelle Gestaltungen für die zukünftige angemessene Versorgung konzipiert werden.

Da den Krankenversicherungsträgern im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Hilfe keine auswertbaren Diagnosen zur Verfügung stehen, wird vor allem anhand der ersten zwei Dimensionen ‚Medikamente‘ und ‚Arbeitsunfähigkeiten‘ Art und Ausmaß des Problems beleuchtet. Die Dimensionen ‚Psychotherapie‘, ‚ärztliche Hilfe‘, ‚stationäre Aufenthalte‘ und ‚klinisch-psychologische Diagnostik‘ zeigen die Situation in den jeweiligen Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte auf. In den Dimensionen ‚Berufsunfähigkeit/Rehabilitation‘ sowie ‚Prävention‘ werden weitere wichtige Aspekte zum Thema psychische Gesundheit näher erläutert. Abgerundet wird der Bericht durch eine ‚Grundsatz-Dimension‘, in der grundlegende Begriffsklärungen und Abgrenzungen sowohl aus rechtlicher wie aus medizinischer Sicht diskutiert und Empfehlungen daraus abgeleitet werden.

Methodisch wurde auf zwei Ebenen gearbeitet. Zum einen wurden die quantitativen Daten der Krankenversicherung in den Dimensionen Medikamente, Ärztliche Hilfe, psychologische Diagnostik, Arbeitsunfähigkeit statistisch erhoben und ausgewertet. Zum anderen wurden zahlreiche qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen geführt, um zusätzlich zum Datenmaterial Einschätzungen aus verschiedenen Blickwinkeln für die Interpretation der Daten verwenden zu können.

Die Dimension Spitäler wurde vom ÖBIG auf Basis diverser statistischer Daten beschrieben. Für die Dimensionen Rehabilitation und Berufsunfähigkeits-Pension lieferte die Pensionsversicherung Beiträge.



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Standardprodukts LEICON, das Zahlenmaterial aus FOKO, LGKK und BIG verarbeitete. Die Datenerhebung erfolgte zwischen Mai und Oktober 2010.

Organisatorisch setzt sich das Projekt aus einer Steuerungsgruppe, einem ständigen Arbeitsteam, einem Fachberater und dem so genannten Plenum zusammen.

Die Steuerungsgruppe besteht auf Seiten des Hauptverbandes aus GD-Stv. Dr. Christoph Klein und dem Leiter der Abteilung für EBM und HTA Dr. Gottfried Endel. Die Salzburger Gebietskrankenkasse ist mit Dir. Dr. Harald Seiss und dem leitenden Arzt der SGKK Dr. Norbert Muß in der Steuerungsgruppe vertreten.

Das Arbeits- und Autorenteam setzt sich für den Hauptverband aus Dr. Johannes Gregoritsch (Jurist), Mag. Andreas Vranek (Jurist) und den GÖG/ÖBIG-MitarbeiterInnen Mag. Joy Ladurner, Mag. Joachim Hagleitner und Mag. Alexander Eggerth sowie für die Salzburger Gebietskrankenkasse aus Mag. Karin Hofer (Sozialwissenschaftlerin), Mag. Elisabeth Wallner (Juristin) und Mag. Susanne Wein (Sozialwissenschaftlerin) zusammen.

Als fachlicher Berater begleitete Univ.Prof. Dr. Karl Dantendorfer (Psychiater und Psychotherapeut) das Projekt.

Im Plenum waren folgende Sozialversicherungsträger vertreten: NÖGKK, OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK, VAEB, SVA, PVA.

Die ‚Grundsatz-Dimension‘ wurde im Rahmen einer SV-internen Arbeitsgruppe bearbeitet, bestehend aus folgenden Personen: **SGKK**: Dr. Markus Kletter, Mag. Karin Hofer, Mag. Elisabeth Wallner, Mag. Susanne Wein; **HVB**: Univ.Prof. Dr. Karl Dantendorfer (Konsulent), Dr. Johannes Gregoritsch; Dr. Eva-Maria Hollerer (pensioniert; ehemals NÖGKK).

Im LEICON-Team arbeiteten folgende Personen an den umfassenden Datenauswertungen für das Projekt: **NÖGKK**: Mag. Bernadette Schogger, Mag. (FH) Martin Robausch; **OÖGKK**: Mag. Stefanie Karner, Ing. Mag. Udo Feyerl, Mag. Thomas Rossgatterer; **VAEB**: Martin Ehrlich.

3 Medikamente

Mag. Karin Hofer (SGKK), Mag. Susanne Wein (SGKK)

3.1 Zentrale Ergebnisse

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems:

Die Analyse der Medikamentendaten in Verbindung mit Daten zu stationären Aufenthalten und Arbeitsunfähigkeit ergibt, dass in Österreich jährlich rund 800.000 bis 900.000 Personen wegen psychischer Probleme das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Rund die Hälfte davon ist über 60 Jahre alt.

Zusätzlich gibt es rund 260.000 Patienten, die Medikamente aus der Gruppe der Antidementiva erhalten. Rund 880.000 Personen erhielten Antidepressiva, Antipsychotika, Tranquilizer oder hatten stationäre Aufenthalte und/oder Krankenstände wegen psychischer Erkrankungen. Bei 102.000 Erstverschreibungen von Medikamenten im Jahr 2009 handelte es sich allerdings um Einmalverschreibungen. Dieser relativ hohe Anteil an Einmalverschreibungen relativiert die Zahl 880.000 wahrscheinlich leicht nach unten, da es sich hier zu einem Teil vermutlich um sehr leichte und vorübergehende Probleme handelte.⁴

Thema: Alter

Entgegen den öffentlichen Diskussionsschwerpunkten scheinen psychische Erkrankungen in einem hohen Ausmaß ein Problem des Alters – und nicht primär nur der Arbeitswelt – zu sein. Knapp mehr als die Hälfte der Psychopharmaka-Patienten (auch ohne Antidementiva!) ist älter als 60 Jahre. Hier wären Detailuntersuchungen über die Ausprägungen der Krankheiten sinnvoll und Überlegungen in Richtung möglicher Maßnahmen über reine Medikamentenverordnung hinaus angebracht.

Thema: Geschlecht

Rund zwei Drittel der Personen, an die Psychopharmaka verschrieben werden, sind weiblich. Im Bereich der Antidepressiva und Tranquilizer sind es 80 %, bei den Antipsychotika allerdings nur 59 %. Dieser Überhang von Frauen zeigt sich in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen, bei denen mehr Burschen betroffen sind.

Frauen erhalten im Durchschnitt in etwa gleich viele Verordnungen pro Person, allerdings die deutlich günstigeren Verordnungen (15 % geringere Kosten als bei Männern). Die Trägerunterschiede bezogen auf 1000 ASP sind bei Frauen viel stärker ausgeprägt als bei Männern.

Thema: Verschreibender Arzt und Dauer der Verschreibung

Mit 68 % der Erstverschreiber von Psychopharmaka dominieren Allgemeinmediziner. 10 % der Medikamente werden von einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie erstverschrieben, 22 % von einem

⁴ Es wäre interessant zu untersuchen, in welchem Ausmaß diese Patienten mit Einmalverschreibungen in den folgenden Jahren erneut zu Psychopharmaka-Patienten wurden.

sonstigen Facharzt. Diese Verteilung zieht sich mit relativ geringen Unterschieden durch alle Psychopharmaka-Gruppen.

Der Anteil der sehr langfristigen (inklusive Dauer-)Medikationen liegt zwischen 50% und 60%. Gleichzeitig endet aber bei Neuverschreibungen jede zweite innerhalb von drei Monaten.

Den höchsten prozentualen Anteil an Kurzverschreibungen unter drei Monaten bzw. an Einmalverschreibungen weisen in der Relation die sonstigen Fachärzte auf; den geringsten Anteil an den Kurzverschreibungen haben die Allgemeinmediziner.

Sonderfall Demenz

Antidementiva zählen zur Gruppe der Psychopharmaka. Rund 263.000 Patienten erhielten Präparate, die in diese Gruppe fallen. Diese Personen wurden nicht in die Prävalenz ‚Psychischer Erkrankungen‘ aufgenommen, da eine Demenzerkrankung bezogen auf die Behandlung der Krankheit nicht mit dem sonstigen Krankheitsspektrum aus dem Bereich der F-Diagnosen vergleichbar ist.

Im Bereich der Antidementiva werden zu 80% Gingko-Präparate verschrieben, zu 20% Antidementiva. Der Unterschied zwischen den Trägern bezogen auf 1000 ASP ist bei der Gesamtzahl der Antidementiva äußerst stark ausgeprägt.

3.2 Psychopharmaka-Verbrauch Allgemein

Das Hauptziel in der Dimension Medikamente ist es, das tatsächliche Ausmaß psychischer Erkrankungen in Österreich anhand von validen Daten einschätzen zu können. Der Bezug sämtlicher verschreibungspflichtiger Medikamente, deren Preis über der Rezeptgebühr liegt, ist vollständig dokumentiert. Damit kann sehr genau beschrieben werden, wer welche Art von Psychopharmaka über welchen Zeitraum verordnet bekommt. Das tatsächliche Ausmaß von psychischen Erkrankungen kann so exakter eingeschätzt werden als es auf Basis anderer Schätzungen möglich ist.⁵

Diagnosen sind in Österreich grundsätzlich nicht bekannt. Um den Umfang eines Krankheitsbildes abschätzen zu können, müssen Ersatz-Parameter ausgewertet werden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen wurden folgende drei Parameter herangezogen: Stationärer Aufenthalt mit der Hauptdiagnose aus der F-Gruppe nach ICD-10⁶, Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose, Verordnung von Medikamenten aus dem ATC-Code N („Psychopharmaka“)⁷. Psychopharmaka wurden entsprechend der Gruppierung im ATC-Code in die Gruppe der Antidementiva, der Antipsychotika, der Tranquilizer, der Antidementiva, der Kombinationspräparate und der Stimulanzen eingeteilt. Bei Kombinationspräparaten und Stimulanzen wurde aufgrund der geringen Fallzahlen auf Detailbeschreibungen verzichtet (Ausnahme: Kinder/Jugendliche).

⁵ Ausgewertet wurden die Medikamentendaten aller Krankenversicherungsträger in den Jahren 2006-2009. Ab dem Jahr 2006 waren qualitativ gesicherte Daten bei allen Trägern vorhanden. Mit Hilfe des Standardprodukts LEICON konnte auf die FOKO-Daten aller KV-Träger zugegriffen werden.

⁶ Psychische Krankheitsbilder sind im ICD-10-Klassifikationssystem in den F-Diagnosen zu finden.

⁷ Die Auflistung der ATC-Gruppen, die ausgewertet wurden, ist im Anhang.

Grundsätzlich fielen im Jahr 2009 1,145.014 Personen in die definierte Gruppe, die Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka mindestens einmal verordnet bekamen und/oder einen stationären Aufenthalt wegen einer psychischen Diagnose und/oder eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose hatten. In dieser Gruppe waren 34% Männer und 66% Frauen (Tab. 1 im Anhang). Im Österreichschnitt bedeutet dies, dass 93 Männer und 169 Frauen von 1000 geschlechtsbezogenen ASP betroffen waren⁸. Von 2006 bis 2009 wuchs diese Gruppe um 13,2 Prozentpunkte.

Die Gruppe der reinen *Psychopharmaka-Patienten* belief sich im Jahr 2009 auf 1,099.638 Personen, davon ebenfalls 34% Männer und 66% Frauen (Tab. 2 im Anhang). Dies bedeutet, dass es österreichweit rund 45.000 Personen gibt, die zwar einen stationären Aufenthalt und/oder eine AU wegen einer F-Diagnose hatten, aber keine Medikamente verschrieben bekamen.

Ohne die Patientengruppe der Demenzerkrankten erhielten 836.687 Versicherte Medikamente wegen psychischer Erkrankungen verschrieben. Zählt man die Gruppe derer dazu, die keine Medikamente erhielten, aber wegen einer F-Diagnose stationär behandelt wurden oder in AU waren, kann man von rund 880.000 Österreichern ausgehen, die im Jahr 2009 wegen eines psychischen Problems das Gesundheitssystem in Anspruch nahmen.

3.3 Psychopharmaka-Verbrauch nach Gruppen

2009 machen Antidepressiva mit 46,8 % den größten Anteil in der Gruppe der Psychopharmaka aus, gefolgt von Tranquilizern mit 17,7 %, Antidementiva mit 17,2 % und Antipsychotika mit 13,9 % (4 % entfallen auf Kombinationspräparate und 0,5 % auf Stimulanzien) (Abb. 4 im Anhang).⁹

Betrachtet man die Psychopharmaka ohne Antidementiva so entfallen rund 51% auf Antidepressiva, 18% auf Antipsychotika und 28% auf Tranquilizer (Rest: Stimulanzien, Kombinationspräparate).

ACHTUNG: Viele Patienten erhalten Medikamente aus mehreren Gruppen und wurden für die Erhebung der Gesamtzahl an Patienten in Summe natürlich nur einmal gezählt. Die Addition der Antidepressiva-, Antipsychotika-, usw. Patienten ist daher nicht gleich der Gesamtzahl an Patienten.

3.3.1 Antidepressiva: Patienten & Verordnungen

715.554 Patienten bekamen im Jahr 2009 ein Antidepressivum verschrieben. Das waren um 15,5 Prozentpunkte mehr als noch drei Jahre zuvor (zu den geschlechtsspezifischen Steigerungsquoten siehe Abb. 5 im Anhang). In dieser Gruppe sind 31,8 % der Patienten männlich, 68,2 % weiblich.

Österreichweit erhielten im Jahr 2009 rund 80 von 1.000 Anspruchsberechtigten ein Antidepressivum verschrieben. Auffällig sind Unterschiede zwischen den Trägern. Während im Jahr 2009 lediglich 58 SVA Anspruchsberechtigte ein Antidepressivum erhalten, sind es bei der VAEB 100, bei der BVA 81 und bei den § 2-Kassen zwischen 79 und 97 (siehe dazu Abb. 6 im Anhang).

⁸ ASP: Anspruchsberechtigte. Zur Vergleichbarkeit wurden alle Zahlen immer auf Grundlage der Anspruchsberechtigten der jeweiligen Träger berechnet (geschlechtsbezogen und/oder nach Altersgruppen).

⁹ Antidepressiva: N06AA, N06AB, N06AG, N06AX (nur nicht-pflanzlich); Antipsychotika: N05A, Tranquilizer: N05B, N05C; Antidementiva: N06DA, N06DX; Kombinationsp.: N06CA, N06CB; Psychostimulanzien: N06BA, +BC, +BX;

Bezogen auf die geschlechtsbezogenen Anspruchsberechtigten erhalten im Jahr 2009 von 1.000 weiblichen Anspruchsberechtigten 110 Patientinnen ein Antidepressivum, bei den Männern sind es 54 (Abb. 7 im Anhang).

Die Zahlen variieren zwischen den Trägern vor allem bei den weiblichen Antidepressivum-Patientinnen (2009: zwischen 76 auf 1.000 Anspruchsberechtigte bei der SVA und 137 bei der VAEB; die GKK's liegen zwischen 105 und 131). Bei den Männern gibt es deutlich geringere Unterschiede zwischen den Trägern. Die Unterschiede zwischen den Trägern sind nur teilweise mit der unterschiedlichen Altersstruktur zu erklären – wie im Kapitel Psychopharmaka nach Altersgruppen dargestellt wird.

In Summe wurden im Jahr 2009 rund 5 Mio. Verordnungen an Antidepressiva ausgestellt (5.045.302). Das waren im Durchschnitt 7,05 Verordnungen pro Patient, der ein Antidepressivum erhielt.

Die Kosten für Antidepressiva betragen im Jahr 2009 im Durchschnitt rund 18,3 Euro pro Verordnung und sind damit – pro Verordnung – in den letzten beiden Jahren leicht gesunken (18,7 Euro pro Verordnung im Jahr 2006).

Von 2006 bis 2009 stiegen die Anzahl der Verordnungen (um 23,5 Prozentpunkte), die Kosten (17,3 Prozentpunkte) und die Anzahl der Antidepressiva Patienten (15,5 Prozentpunkte). Entsprechend sind die Kosten für Antidepressiva pro Patient, der sie verschrieben bekommt, gestiegen (von 123,3 Euro im Jahr 2006 auf 125,1 Euro im Jahr 2009) (zum Verlauf der Kosten/Verordnung, der Kosten/Patient sowie der Verordnungen/Patient siehe Abb. 8 im Anhang).

3.3.2 Antipsychotika: Patienten & Verordnungen

211.938 Patienten bekamen im Jahr 2009 ein Antipsychotikum verschrieben. Das waren um 9,9 Prozentpunkte mehr als noch drei Jahre zuvor (zu den geschlechtsspezifischen Steigerungsquoten siehe Abb. 9 im Anhang). In dieser Gruppe sind rund 41 Prozent der Patienten männlich, 59 Prozent weiblich.

25 von 1.000 Anspruchsberechtigten erhalten ein Antipsychotikum. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Trägern (Abb. 10 im Anhang).

Bezogen auf die Geschlechter erhalten 21 Männer und 28 Frauen von 1.000 ein Antipsychotikum. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind damit bei weitem nicht so stark wie in der Gruppe der Antidepressiva (Abb. 11 im Anhang).

Im Jahr 2009 wurden in Summe 1.815.102 Verordnungen an Antipsychotika ausgestellt. Das waren im Durchschnitt 8,6 Verordnungen pro Patient in dieser Medikamentengruppe.

Die Kosten pro Verordnung waren bei den Antipsychotika deutlich höher als in der Gruppe der Antidepressiva und betragen im Jahr 2009 österreichweit rund 51 Euro pro Verordnung. Die Unterschiede zwischen den Trägern sind hier beachtlich.

Die Kosten für Antipsychotika pro Antipsychotika-Patient liegen mit 438 Euro im Jahr 2009 mehr als dreimal so hoch wie bei den Antidepressiva-Patienten. Analog zu den Unterschieden bei den Kosten pro Verordnung variieren die Kosten zwischen den Trägern zwischen 300 Euro und 550 Euro jährlich pro Patient (Tab. 4 und Abb. 12 im Anhang).

3.3.3 Tranquilizer: Patienten & Verordnungen

31 von 1000 Anspruchsberechtigten erhielten im Jahr 2009 Tranquilizer – in Summe 270.603 Personen (Abb. 13 im Anhang).

Insgesamt ist in der Gruppe der Tranquilizer kein Rückgang der Patienten feststellbar – nach einem leichten Rückgang im Jahr 2007 stieg die Patientenzahl ab 2008 wieder an. Frauen erhalten mit 40 von 1000 ASP doppelt so häufig Tranquilizer verordnet wie Männer (Abb. 14/15 im Anhang).

Kostenmäßig verursachen Tranquilizer 30 Euro pro Patient im Jahr. Kritisch zu sehen ist, dass es sich um Dauermedikation handelt – durchschnittlich erhält jeder Patient 10 Verordnungen mit jährlichen Steigerungen (Tab. 5 und Abb. 16 im Anhang).

Innerhalb der Gruppe der Tranquilizer wird zwischen Anxiolytika („Angstlöser“) und Hypnotika/Sedativa („Schlafmittel“) unterschieden. Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der Tranquilizer-Patienten 62 % Anxiolytika und 38 % Hypnotika/Sedativa abgegeben werden (zu den trägerspezifischen Unterschieden auf 1000 ASP siehe Abb. 16a im Anhang). Werden die beiden Gruppen addiert, so ergibt das für das Jahr 2009 insgesamt 305.220 Patienten – das sind im Vergleich zur Gesamtzahl der Tranquilizer-Patienten fast 35.000 Patienten mehr. Dies zeigt, dass ein beträchtlicher Anteil an Patienten Präparate aus beiden Medikamentenuntergruppen einnimmt.

Grundsätzlich bilden diese Zahlen im Bereich der Tranquilizer die reale Medikationssituation nicht ab. Da insbesondere in der Gruppe der Hypnotika/Sedativa die meisten Produkte unter der Rezeptgebühr liegen (der durchschnittliche Preis pro Tranquilizer-Verordnung lag bei 3 Euro), muss davon ausgegangen werden, dass die Zahlen vor allem bei Hypnotika/Sedativa von rezeptgebührenbefreiten Personen stammen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Dunkelziffer derer, die ein Schlafmittel nehmen, um ein Vielfaches höher ist.

3.3.4 Antidementiva: Patienten & Verordnungen

2009 erhalten österreichweit bereits 20 Männer von 1000 männlichen Anspruchsberechtigten und 41 Frauen Antidementiva (Abb. 17 im Anhang) – dies sind in Summe 262.951 Patienten. Bezüglich der Patientenzahlen war die Tendenz der letzten drei Jahre steigend – um 25 Prozentpunkte von 2006 bis 2009 (Abb. 18 im Anhang).

Die Patientenzahlen variieren zwischen den Trägern (14 auf 1000 Anspruchsberechtigte bei der VGKK, 55 auf 1000 Anspruchsberechtigte bei der VAEB – Abb. 19 im Anhang) wie auch die Kosten pro Verordnung: sie lagen im Jahr 2009 zwischen 27 Euro (SGKK) und 39 Euro (BGKK). Pro Patient verursacht dies Unterschiede um 100 Euro im Jahr für Antidementiva. Die Anzahl der Verordnungen pro Antidementiva-Patient ist österreichweit relativ einheitlich, die Kostenunterschiede sind daher auf die Kosten pro Verordnung zurückzuführen (siehe Tab. 6 und Abb. 20 im Anhang).

Eine Aufspaltung der Antidementiva in Ginkgo-Präparate und „echte“ Antidementiva zeigt folgendes Bild: Knapp 82 % aller Antidementiva-Patienten erhalten im Jahr 2009 NUR Ginkgo-Medikamente, das sind 76 % aller in diesem Jahr getätigten Verordnungen. Von den insgesamt 262.951 Antidementiva-Patienten erhalten somit 214.623 Patienten nur Ginkgo-Produkte, anteilige geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht feststellbar. In Bezug auf die Verordnungszunahmen zeigt sich innerhalb der Antidementiva eine vergleichsweise starke Zunahme der „echten“ Antidementiva während bei Ginkgo eher eine Stagnation stattgefunden hat (Abb. 20a im Anhang).

Die Verordnungen pro Patient liegen bei den Ginkgo-Präparaten im Jahr 2009 durchschnittlich bei 6, bei den „echten“ Antidementiva bei 8,3 Verordnungen pro Patient. Die Differenzen in den Kosten/Verordnung sind enorm: Während eine Ginkgo-Verordnung durchschnittlich 11,6 Euro kostet betragen die Kosten für eine Verordnung der „echten“ Antidementiva etwa 96 Euro im Jahr 2009.

3.4 Psychopharmakaverbrauch nach Altersgruppen

Von den 1.145.014 Millionen Menschen in der Gesamtgruppe waren im Jahr 2009 52,7 % der Patienten über 60 Jahre. 44,3 Prozent im erwerbstätigen Alter zwischen 21 und 60 Jahren und 3 Prozent jünger als 21 Jahre. (Abb. 21–24 im Anhang).

3.4.1 Kinder bis 10 Jahre

Die gesamtösterreichische Prävalenz im Jahr 2009 beträgt elf Burschen und sechs Mädchen auf jeweils 1.000 Anspruchsberechtigte. Die Gesamtzahl der Betroffenen in dieser Altersgruppe beträgt 5.329 Burschen und 2.814 Mädchen, in Summe also 8.143 Kinder.¹⁰

3.740 Kinder erhalten Tranquilizer, 2.175 Stimulanzien, 590 Antipsychotika und 312 Antidepressiva. 1.326 Kinder weisen stationäre Aufenthalte, aber keine Medikation auf.

Ein sehr interessanter Unterschied besteht zwischen den Kindern der SVA- und SVB-Versicherten und allen anderen: Erstere sind deutlich seltener in der Prävalenzgruppe anzutreffen (Abb. 25 im Anhang). Nur fünf (SVA) bzw. drei (SVB) Buben und zwei (SVA, SVB) Mädchen sind als psychisch erkrankt zu werten (die GKK's liegen zwischen neun und 20 Buben und fünf und zehn Mädchen). Dieser Unterschied zieht sich durch alle drei relevanten Psychopharmakagruppen. Der Frage, warum die Kinder von Selbständigen und Landwirten deutlich seltener medikamentös behandlungsbedürftig sind (bzw. gesehen werden), sollte nachgegangen werden, da der Unterschied bei den Kindern nicht auf unterschiedliche Arbeitswelten rückführbar ist. Grundsätzlich ist kein „Großstadtfaktor“ feststellbar. Im Gegenteil weisen die VGKK, die KGKK und die SGKK deutlich höhere Fallzahlen auf als die WGKK.

Antidepressiva erhalten 0,4 Buben und 0,3 Mädchen von 1.000 Anspruchsberechtigten (in Summe 312 Kinder). Auffällig ist, dass sowohl die Anzahl der Verordnungen pro Patient als auch die Patienten pro 1000 ASP zwischen den Trägern stark variieren (Abb. 26–27 im Anhang). Zudem scheint es einen vergleichsweise hohen Anteil an Kindern in dieser Gruppe zu geben, die lediglich einmal ein Antidepressivum verordnet bekommen. Nachdem diese Präparate erst nach einiger Zeit ihre Wirkung entfalten, stellt sich hier die Frage der Sinnhaftigkeit der Verschreibung.

Antipsychotika werden in dieser Altersgruppe häufiger verschrieben als Antidepressiva – 0,95 Buben und 0,3 Mädchen auf 1000 ASP erhielten diese Präparate (in Summe 590 Kinder in Österreich). Die Verordnungen sind hier – im Vergleich zu den Antidepressiva – deutlich längerfristig – im Durchschnitt 3,8 pro betroffenem Kind im Jahr (Abb. 28–29 im Anhang).

In der Gruppe der *Tranquilizer* scheinen im Jahr 2009 4,3 Buben und 3,6 Mädchen auf 1000 ASP auf, im Durchschnitt mit 1,5 Verordnungen. Auch hier liegen SVA und SVB mit rund 2 betroffenen Kindern am niedrigsten. Ausreißer ist die VGKK mit 8,2 Buben und 6,3 Mädchen auf 1000 ASP, dicht gefolgt von der KGKK mit 7,7 Buben und 5,8 Mädchen auf 1000 ASP. Die Gruppe der Tranquilizer umfasst angstlösende, beruhigende Präparate und Schlafmittel. (Abb. 30–31

¹⁰ Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahren ist die einzige Altersgruppe, in der mehr männliche als weibliche Versicherte betroffen sind.

im Anhang). In der Gruppe der 0–10jährigen erhalten von insgesamt 3.740 Kindern 3522 Anxiolytika und 218 Kinder Hypnotika/Sedativa (also Schlafmittel). Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Hypnotika/Sedativa-Patienten bei der VGKK: hier kommen durchschnittlich 2,9 Kinder (3,2 Buben und 2,7 Mädchen) auf 1000 ASP (Abb 31a im Anhang). Die Differenz zwischen den Tranquilizer-Patienten und den Patienten mit Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa beträgt im Jahr 2009 für ganz Österreich 21 Kinder – auch hier gibt es somit Kinder, die Medikamente aus beiden Gruppen erhalten.

69 % aller Psychopharmaka-Verordnungen, die im Jahr 2009 in der Altersgruppe der 0–10jährigen getätigt wurden, entfallen auf *Stimulanzien* (2.175 betroffene Kinder). Im Durchschnitt erhalten 2,4 von 1000 ASP (3,9 Buben und 0,7 Mädchen) mindestens ein Präparat aus dieser Medikamentengruppe (Abb. 31b im Anhang). Bezogen auf die Verordnungen entfallen auf jeden männlichen Patienten 9,1 Verordnungen, bei Mädchen sind es 7,6 Verordnungen pro Patient im Jahr 2009.

3.4.2 Jugendliche von 11 bis 20 Jahren

In dieser Altersgruppe sind bereits 25.935 Personen betroffen. Der Unterschied zwischen Mädchen und Buben gleicht sich annähernd aus – im Jahr 2009 waren es 24 Burschen und 23 Mädchen auf 1000 ASP.

Auch in dieser Altersgruppe ist kein so genannter Großstadtfaktor feststellbar – vielmehr haben KGKK, SGKK, VGKK, OÖGKK und StGKK die höchsten Werte.

SVA und SVB weisen erneut deutlich niedrigere Wert auf – nur durchschnittlich 9 Jugendliche bei der SVA und 8 bei der SVB auf 1000 ASP sind betroffen – und damit weniger als die Hälfte als im Österreichschnitt und weniger als ein Drittel als beim Träger mit den meisten Betroffenen (SGKK mit etwa 36 Jugendlichen auf 1000) (Abb. 32 im Anhang).

In Summe erhielten 10.578 Jugendliche in Österreich *Antidepressiva*. Mit 11,8 auf 1000 ASP sind deutlich mehr weibliche Jugendliche betroffen als männliche mit 7,4 auf 1000 ASP. Mit durchschnittlich 4,1 Verordnungen erhalten die Jugendlichen längere Antidepressiva-Therapien als die Gruppe der Kinder (Abb. 33–34 im Anhang).

4.608 Jugendliche erhielten im Jahr 2009 *Antipsychotika*. Hier dominierten die männlichen Jugendlichen mit 4,9 Patienten auf 1000 ASP (weibliche: 3,4 auf 1000 ASP). Interessant ist, dass auch in dieser Gruppe die jugendlichen Versicherten von SVA und SVB deutlich weniger betroffen zu sein scheinen (Abb. 35 im Anhang). Die durchschnittliche Verordnungszahl pro Patient lag bei rund 6 Verordnungen – hier handelt es sich deutlich um längerfristige Therapien (Abb. 36 im Anhang).

Rund 2,3 männliche sowie weibliche Patienten von 1000 ASP erhielten in dieser Altersgruppe *Tranquilizer* – in Summe 2.561 Personen. Wie bei den anderen Psychopharmakagruppen sind es bei SVA und SVB deutlich weniger – nämlich zwischen 0,7 und 1,0 Patienten auf 1000 ASP (Abb. 37 im Anhang). Durchschnittlich wurden rund 4,5 Verordnungen verschrieben (Abb. 38 im Anhang). Die Mehrzahl – nämlich 2.110 Personen – erhielten *Anxiolytika*. Bei den *Hypnotika/Sedativa* sind es 592 Personen (Abb. 38a im Anhang). In beiden Medikamentengruppen ist der Anteil an Burschen und Mädchen etwa gleich hoch. Wie schon bei den Kindern erhalten manche Jugendliche sowohl Anxiolytika als auch Hypnotika/Sedativa – die Differenz zu den Gesamt-Tranquilizerpatienten beträgt 141 Jugendliche.

Stimulanzien erhalten 4.047 PatientInnen, (davon nur 558 Mädchen). Auffallend ist der wesentlich höhere Anteil von männlichen Patienten: während nur 1,0 Mädchen auf 1000 ASP ein Stimulans erhalten, sind es 6,2 Buben auf 1000 ASP (Abb. 38b im Anhang). In dieser Altersgruppe entfallen 30 % aller Verordnungen

auf Stimulanzen. Die Anzahl der Verordnungen pro Patient sind zwischen den Geschlechtern etwa gleich hoch und liegen durchschnittlich bei 8,9.

3.4.3 Die Gruppe der Erwerbsfähigen: 21 bis 60 Jahre

In dieser Altersgruppe ist – im Vergleich zu den vorhergehenden Altersgruppen – ein starker Anstieg der Medikamentenverschreibung festzustellen. Bei den bis zu 40jährigen sind im Jahr 2009 bereits 57 Männer und 89 Frauen auf 1000 ASP betroffen (Abb. 39). Bei den 40–60jährigen steigt die Zahl auf 103 Männer und 179 Frauen an (Abb. 40).

In der Altersgruppe der jüngeren Erwerbstätigen bis 40 Jahre bedeutet dies eine Verdreifachung gegenüber den männlichen Jugendlichen und eine Vervielfachung gegenüber den weiblichen Jugendlichen. Bei den älteren Erwerbstätigen über 40 Jahre tritt nochmals eine Verdoppelung auf.

Wie bereits bei den Kindern und Jugendlichen sind die Versicherten der SVA und SVB in einem deutlich geringeren Ausmaß betroffen – ein Drittel bzw. die Hälfte weniger als im österreichischen Durchschnitt. Auch die VAEB und die BVA liegen bei den jüngeren Erwerbstätigen unter den Werten der GKK's, allerdings nähern sie sich in der Gruppe der älteren Erwerbstätigen den Werten der GKK's an. SVA und SVB bleiben aber auch in der Altersgruppe bis 60 Jahre um ein Drittel unter dem Österreich-Durchschnitt.

Auch in der Gruppe der Erwerbstätigen ist kein „Großstadtfaktor“ festzustellen. Die WGKK und die VGKK liegen in etwa gleich hoch, gefolgt von der BGKK und der StGKK.

Ein Großteil des Anstiegs der Psychopharmakaverschreibungen nach dem Jugendlichenalter geht auf das Konto der *Antidepressiva*. Hier kommt es zu einer Verfünffachung. Bei den 21–40jährigen Frauen nehmen bereits 68 von 1000 ASP Antidepressiva. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind es 37 von 1000 ASP im Jahr 2009. Damit nehmen doppelt so viele Frauen Antidepressiva wie Männer (Abb. 41). In der darauffolgenden Altersgruppe bis 60 Jahre steigt die Zahl auf 71 Männer und 139 Frauen an (Abb. 42). In diesen Altersgruppen erhalten im Jahr 2009 Männer im Durchschnitt rund 6,3 Verordnungen, Frauen 6,4 (Tab. 7 im Anhang).

Auch die *Antipsychotikapatienten* verdreifachen sich nach dem Jugendlichenalter – rund 14 von 1000 ASP erhalten österreichweit im Jahr 2009 in der Gruppe der 21–40jährigen Antipsychotika. Männer und Frauen liegen in etwa gleich (Abb. 43). Bei den 41–60jährigen steigt die Zahl auf 24 Männer und 28 Frauen auf 1000 ASP (Abb. 44).

Wie bei den Antidepressiva liegen die SVA und die SVB – und auch die BVA – signifikant unter diesem Wert – nur rund 8 (21–40jährige) bzw. 15 (41–60jährige) von 1000 ASP erhalten diese Medikamente.

Durchschnittlich erhalten die 21–40jährigen Antipsychotika-Patienten 10 Verordnungen pro Person. Dies verweist auf eine Langzeitmedikation (Tab. 8).

Auch bei den *Tranquilizern* ist ein massiver Anstieg bei den Erwerbstätigen zu sehen. Bei den 21–40jährigen sind noch ungefähr gleich viele Männer und Frauen betroffen (10 bzw. 11 auf 1000 ASP), bei den 41–60jährigen sind es deutlich mehr Frauen als Männer (21 und 31) (Abb. 45–46).

Rund 70% der Tranquilizer-Patienten erhalten Anxiolytika und 30% Hypnotika/Sedativa.

Bezüglich der Verordnungen pro Patient liegen die Männer (24,8 bei den 21–40jährigen und 13,9 bei den 41–60jährigen) über den Frauen (11,7 bzw. 9,9 Verordnungen pro Patientin). Besonders auffallend sind

die trägerspezifischen Unterschiede – absoluter Spitzenreiter ist die WGKK mit fast 41 Verordnungen pro männlichem Patient bei den 21–40jährigen, gefolgt von der TGKK mit 31,7 Verordnungen in derselben Gruppe (Tab. 9). Aufgrund dieser enormen Unterschiede der TGKK und der WGKK wurden die Zahlen mehrmals auf ihre Validität geprüft: die Daten sind korrekt. Medizinisches Fachpersonal ist zur Ursachenforschung nötig.

In der Altersgruppe bis 40 Jahre werden bereits *Antidementiva* verschrieben – allerdings in geringem Ausmaß mit 1,7 Männern und 2,5 Frauen auf 1000 ASP im Jahr 2009. In der Altersgruppe bis 50 Jahre steigt die Zahl der Betroffenen bereits auf 6,3 Männer und 10,5 Frauen. Ein deutlicherer Anstieg zeichnet sich zwischen 50 und 60 Jahren ab – auf 15 Männer und 26 Frauen (Abb. 47–49). Auch hier stellt sich die Frage, warum bei manchen Trägern signifikant weniger Menschen wegen Demenz medikamentös behandelt werden. Aufgrund des insgesamt hohen Anteils der Verordnungen von Ginkgo-Präparaten besteht hier die Vermutung, dass die Trägerunterschiede auf diese Medikamente zurück zu führen sind.

Die Verordnungszahlen pro Patient steigen bei den Antidementiva mit zunehmendem Alter an und liegen im Jahr 2009 bei 1,68 in der Gruppe der bis 40jährigen und 3,9 bei den 51–60jährigen (Tab. 10).

3.4.4 Ältere Menschen

In der Altersgruppe der über-60jährigen erhielten im Jahr 2009 in Summe 601.570 Personen Medikamente. Davon waren 404.416 Personen zwischen 61 und 80 und 197.154 Personen über 80 Jahre alt. Damit war im Jahr 2009 knapp mehr als die Hälfte aller Psychopharmaka-Patienten über 60 Jahre alt (52,5 %).

Bezogen auf die Anspruchsberechtigten bedeutet dies, dass bei den 61–80jährigen 194 Männer und 321 Frauen von 1000 ASP Psychopharmaka nahmen. Bei den über 80jährigen waren es 366 Männer und 493 Frauen von 1000 ASP (Abb. 50–51). Die Unterschiede zwischen den Trägern fallen geringer aus als bei allen anderen Altersgruppen.

In Summe nahmen im Jahr 2009 329.866 Menschen über 60 Jahre *Antidepressiva*, ihr Anteil an allen Antidepressiva-Patienten betrug damit 46,1 Prozent.

Die *Antidepressiva* steigen bei den 61–80jährigen auf 104 Männer und 191 Frauen, bei den über-80jährigen auf 162 Männer und 251 Frauen von 1000 ASP an (Abb. 52–53). Die Verordnungen pro betroffenen Patienten steigen auf rund 7,5 – ein Zeichen, dass die Medikamente stärker als bei den Jüngeren als Dauermedikation genommen werden (Tab. 11). Ein Großstadtfaktor bei der Verschreibung von Antidepressiva ist auch bei den Älteren nicht feststellbar.

In der Gesamtbetrachtung nehmen 112.121 Menschen über 60 Jahre *Antipsychotika*, ihr Anteil an allen Antipsychotika-Patienten beträgt damit 52,9 Prozent. Der Anstieg bei den *Antipsychotika* in der älteren Alterskohorte fällt geringer aus als bei den Antidepressiva (Abb. 54–55).

Da im Durchschnitt bei den 61–80jährigen 8,3 und bei den über-80jährigen 6,3 Verordnungen pro Patient anfallen, dürfte es sich zu einem großen Teil um Dauermedikation handeln (Tab. 12).

Tranquilizer werden – nach eingelösten Rezepten – von 50 Männern und 94 Frauen in der Alterskohorte der 61–80jährigen und von 96 Männern und 169 Frauen bei den über–80jährigen genommen (Abb. 56–57). Die durchschnittlichen Verordnungen pro Patient sind sowohl bei den 61–80jährigen (8,8) als auch bei den über–80jährigen (9,1) wesentlich niedriger als in der Gruppe der Erwerbstätigen – auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei den älteren Patienten kleiner (Tab. 13). Die Gründe für diese niedrigere Anzahl an Verordnungen pro Patient im Vergleich zu jüngeren Gruppen müssten untersucht werden.

Bei den älteren Menschen werden bei den Tranquilizern mehr Schlafmittel verschrieben als bei den jüngeren Alterskohorten: Rund 115.000 (57%) erhalten Anxiolytika, rund 85.000 (43%) Hypnotika/Sedativa. Die Dunkelziffer ist aufgrund vieler Medikamentenpreise unter der Rezeptgebühr zweifellos um ein Vielfaches höher.

Die *Antidementiva* verdreifachen sich in der Alterskohorte der 61–70jährigen, um sich bei den 71–80jährigen nochmals zu verdoppeln. Bei den über–80jährigen kommt es nur mehr zu einer Steigerung um rund 30%.

In Summe nehmen 219.988 Personen über 60 Jahren Antidementiva. Die Zahl der Verordnungen pro Antidementiva-Patient liegt im Jahr 2009 zwischen 6 und 8 pro Person (je nach Altersgruppe). Erstaunlicherweise gibt es bei den Antidementiva gravierende Unterschiede zwischen den Trägern (Abb. 58–60 bzw. zu den Verordnungen/Patient Tab. 14 im Anhang). Die Ursache für die Trägerunterschiede ist vermutlich in der stark unterschiedlichen Verschreibeweise der Gingko-Präparate zu suchen als bei den ‚echten‘ Antidementiva, deren Verschreibung üblicherweise ein neurologisches Gutachten vorangeht (s. Kapitel Antidementiva).

3.5 Medizinische Daten zur Verschreibung

Für die medizinischen Daten zur Verschreibung wurden alle Erstverschreibungen ab dem Jahr 2006 untersucht, die auch beendet wurden. Es wurden nur die beendeten Verschreibungen in die Stichprobe genommen, um die Länge der Verschreibung bestimmen zu können¹¹. Diese wurde unterschieden in ‚unter 3 Monate‘, ‚länger als 6 Monate‘ und ‚zwischen 3 und 6 Monaten‘.

Unterschieden wurde nach Erstverschreibung durch Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, durch Allgemeinmediziner und durch „sonstige Fachärzte“. Der Anteil der Spitäler an den Erstverschreibungen konnte aus datentechnischen Gründen nicht erfasst werden.

3.5.1 Erstverschreibung

Rund 68% aller beendeten Erstverschreibungen stammten im Jahr 2009 von Allgemeinmedizinerinnen, 10% von Fachärzten für Psychiatrie bzw. Neurologie und 22% von „sonstigen Fachärzten“.

Der Anteil der Allgemeinmediziner ist seit 2006 um 4% gesunken, der Anteil der „sonstigen Fachärzte“ um 4% gestiegen; der Anteil der Psychiater an den Erstverschreibungen blieb unverändert.

Es ist möglich, dass einige der scheinbaren Erstverschreibungen durch Allgemeinmediziner Folgeverschreibungen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sind. Da aber insgesamt nur rund

¹¹ Zur Detailbeschreibung dieser Daten s. Anhang Teil „Datengrundlagen“, Punkt 1.3.1 „Heilmittelkennzahlen“.

61.000 Personen einen stationären Aufenthalt und Psychopharmaka-Verschreibungen hatten (also 5,4% der gesamten Psychopharmaka-Patienten), kann dieser Anteil die hohe Quote der Allgemeinmediziner nicht wirklich senken. Selbst wenn man die stationären Patienten von der Erstverschreiberquote der Allgemeinmediziner abzieht, bliebe diese noch immer bei rund 63%.

Die Anteile der Erstverschreiber variieren bei den Psychopharmakagruppen nur wenig: So sind bei Antidepressiva 66% Allgemeinmediziner, bei den Antipsychotika 65%, bei den Antidementiva u 62% und bei den Tranquilizern 80%.

Der Anteil der Psychiater an den Antidepressiva-Erstverschreibungen beträgt 14%, bei den Antipsychotika-Erstverschreibungen 12%, bei den Antidementiva 8% und bei den Tranquilizern 5%.

Die „sonstigen Fachärzte“ verschreiben in einem hohen Ausmaß Antidepressiva – ihr Anteil an den Erstverschreibungen liegt bei 20% – und Antipsychotika mit 23%. Antidementiva gehen zu 30% auf die Erstverschreibung von sonstigen Fachärzten zurück. Eine detaillierte Auswertung der Fachgruppen bei den „sonstigen Fachärzten“ liegt nicht vor.

3.5.2 Dauer der Verschreibung:

Im Jahr 2009 gab es insgesamt 235.178 beendete Erstverschreibungen und 372.328 nicht beendete Erstverschreibungen. Es gab also in Summe 607.506 Erstverschreibungen, von denen 38% beendet wurden.

50,5% dieser beendeten Erstverschreibungen endeten nach spätestens drei Monaten (also rund 119.000 Erstverschreibungen). Das heißt, dass bei den im Jahr 2009 neu hinzugekommenen Patienten 19,5% nur eine „Kurzzeitverschreibung“ erhielten (rd. 119.000 Patienten von insgesamt rd. 607.000).

Bei den neu hinzugekommenen Antidepressiva-Verschreibungen endeten 53% der beendeten Erstverschreibungen nach spätestens drei Monaten; bei den Antipsychotika-Verschreibungen waren es 46%.

Umgekehrt dauerten 39% aller im Jahr 2009 beendeten Erstverschreibungen länger als 6 Monate. Bei den Antidepressiva betrug der Anteil der Langzeitmedikation 36%, bei den Antipsychotika 45%.

372.328 Erstverschreibungen aus dem Jahr 2009 liefen weiter; das waren 62% der Erstverschreibungen.

Grundsätzlich kann aus diesen Zahlen geschlossen werden, dass der Anteil der Dauermedikation relativ hoch ist: Von 1,1 Mio. Psychopharmaka-Patienten im Jahr 2009 waren 492.132 oder 45% bereits bestehende Patienten. Von den 607.506 oder 55%, die neu hinzukamen, beendeten lediglich 38% die Pharmakotherapie noch im gleichen Jahr. Diese beiden Zahlen zeigen, dass es sich bei mindestens der Hälfte der Patienten um eine längerfristige medikamentöse Therapie und nicht um vorübergehende Interventionen handelt.¹²

Zum anderen zeigt die Analyse der Erstverschreibungen aber auch einen relativ hohen Anteil an Kurzzeitverschreibungen, die speziell im Bereich der Antidepressiva medizinisch fragwürdig sind.¹³ Da einige Antidepressiva auch bei Schlafstörungen verschrieben werden (können) und ein kurzfristiger Einsatz damit sinnvoll sein könnte, wurden die Werte für diese Medikamente herausgerechnet. Personen, die diese Präparate (Amitriptylin bzw. Trazodon) verordnet bekamen, belaufen sich auf ca. 15%

¹² Wie viele aus der Gruppe der Patienten, die bereits vor 2009 mit Psychopharmaka behandelt wurden, diese Therapie beendeten, konnte aus datentechnischen Gründen nicht berechnet werden.

¹³ Die meisten Antidepressiva wirken erst nach 6-8 Wochen.

aller Antidepressiva-Patienten. Die häufige kurze Verschreibedauer in dieser Medikamentengruppe kann somit nicht nur auf den Einsatz von Antidepressiva als Schlafmittel zurückgeführt werden.

Auf Basis der vorhandenen Zahlen kann die Frage nicht beantwortet werden, ob die Ursache für den hohen Anteil an sehr kurzen Verschreibungen primär in einer mangelnden Compliance der Patienten oder primär in einer nicht-indizierten Verschreibung durch den Arzt liegt. Es wäre sinnvoll, dieser Frage anhand einer Stichprobenuntersuchung weiter nachzugehen, da es hier sowohl um Qualitätsaspekte in der Betreuung von Patienten als auch um einen kostenbewussten Umgang mit Medikamenten geht.

3.5.3 Erstverschreiber und Dauer der Verschreibung

Der Anteil der Allgemeinmediziner an den Kurzzeitverschreibungen (unter 3 Monate) lag mit 63% unter ihrem allgemeinen Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie entsprach mit 10% exakt ihrem Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der „sonstigen Fachärzte“ an den Kurzzeitverschreibungen lag mit 27% deutlich höher als ihr Anteil an den Erstverschreibungen (22%).

Der relativ hohe Anteil der „sonstigen Fachärzte“ an den Kurzzeitverschreibungen zeigt sich auch bei den Antipsychotika (29%, obwohl ihr Anteil an allen Antipsychotika-Erstverschreibungen nur 23% beträgt).

Der Anteil der Allgemeinmediziner an den Langzeitverschreibungen (über 6 Monate) beträgt 73% – und damit deutlich mehr als ihr gesamter Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie liegt mit 11% bei ihrem Anteil an den Erstverschreibungen (10%); der Anteil der „sonstigen Fachärzte“ liegt mit 16% deutlich unter ihrem Anteil an den gesamten Erstverschreibungen (22%).

Insgesamt zeigen die Zahlen, dass Langzeit- oder Dauermedikation in einem deutlich höheren Ausmaß bei den AllgemeinmedizinerInnen stattfindet, während v.a. „sonstige Fachärzte“ bei den Kurzfristverschreibungen auffallen. Erklärungen dafür könnten in den Rolle des Hausarztes zu finden sein, der den Patienten laufend betreut.

3.5.4 Patienten mit EINER Verordnung

9,4% aller Psychopharmaka-Patienten erhielten im Jahr 2009 nur eine Verordnung (das waren 102.909 Personen). Das bedeutet, dass in der Gruppe, die Kurzzeitverschreibungen erhält (119.000 Personen) rund 85% überhaupt nur einmal eine Verordnung erhalten.

Der höchste Anteil an Patienten mit nur einer Verordnung findet sich bei den Antidementiva (9,5% aller Antidementiva-Patienten), gefolgt von Tranquilizern und Antidepressiva mit jeweils etwa 8% der Patienten. Bei den Antipsychotika beträgt dieser Anteil 4,3% im Jahr 2009.

3.6 Psychopharmaka–Verbrauch in Österreich: Versuch einer Landkarte

Ziel der Untersuchung war auch die Frage, ob psychische Erkrankungen in bestimmten Bundesländern bzw. Regionen (Bezirken) stärker vorkommen als in anderen. Auf Basis der vorhandenen Daten wurden

„Österreichskarten“ gezeichnet, die die Verteilung psychischer Erkrankungen in Relation zur Gesamtbevölkerung darstellen (s. Anhang).

Das Durchschnittsalter der Bezirke ist auf der Alterslandkarte ersichtlich (Abb. 61 im Anhang). Die Gliederung umfasst fünf Kategorien: Durchschnittsalter über 43 Jahre, von 42–43, von 41–42, von 40–41 und von kleiner/gleich 40 Jahren.

Alle Bezirke mit einem Durchschnittsalter bis 41 Jahre wurden in der Interpretation als ‚jung‘ geclustert, alle mit einem Durchschnittsalter ab 43 Jahren als ‚alt‘, die mit einem Durchschnittsalter von 42–43 als ‚mittel‘.

Die Einteilung der Prävalenz wurde aufgrund der statistischen Daten bezogen auf die Einwohner wie folgt getroffen: 7.32–8.63 %; 8.68–9.61 %; 9.65–10.37 % und 10.39–12,19 %. Die Prävalenz in den Bezirken wurde als ‚schwach ausgeprägt‘ geclustert, wenn unter 9,61 % betroffen sind und als ‚stark ausgeprägt‘, wenn mehr als 9,65 % betroffen sind.

Die ‚jungen‘ Bundesländer

In den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich sind 29 Bezirke von insgesamt 37 als ‚jung‘ einzustufen, vier als ‚mittel‘ und vier als ‚alt‘ – darunter die Städte Salzburg und Linz (Abb. 61 im Anhang).

In 30 Bezirken ist die Prävalenz ‚schwach ausgeprägt‘. In sieben Bezirken, darunter die drei Statutarstädte Linz, Salzburg und Innsbruck, ist sie ‚stark ausgeprägt‘ – allerdings ‚mäßig stark‘, da sie nicht in der stärksten Kategorie mit über 10,39 % der Bevölkerung liegen (Prävalenz – Heilmittel siehe Abb. 62 im Anhang).

Die ‚alten‘ Bundesländer

In den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Steiermark und Niederösterreich sind insgesamt fünf von 61 Bezirken als ‚jung‘ und 13 als ‚mittel‘ einzustufen; 43 Bezirke sind ‚alt‘ (s. Alterslandkarte im Anhang).

In 24 Bezirken ist die Prävalenz ‚schwach ausgeprägt‘, in 37 ist sie ‚stark ausgeprägt‘.

Von den 21 ‚sehr alten‘ Bezirken (Durchschnittsalter über 43) ist in 17 die Prävalenz ‚stark ausgeprägt‘. Wien ist mit ‚mittlerem Alter‘ definiert, die Prävalenz ist ‚schwach ausgeprägt‘ (8,68–9,61 %).

Schlussfolgerung

Die Landkarte zeigt sehr klar einen Zusammenhang zwischen höherem Durchschnittsalter und steigender Prävalenz. Der Zusammenhang kann nicht zu 100% auf jeden Bezirk angewendet werden. Dies war aber aufgrund der Mobilität der Bevölkerung und der unterschiedlichen Versorgungsangebote auch nicht zu erwarten.

3.7 Psychopharmaka: Kosten im Detail

Die Gesamtkosten für Psychopharmaka lagen im Jahr 2009 bei 249 Mio. Euro. Die Steigerung von 2006 bis 2009 betrug nahezu 30 Prozentpunkte.

Die Kosten pro Verordnung lagen im Jahr 2009 bei rund 21,5 Euro. Die Kosten pro Verordnung variierten allerdings stark nach dem Geschlecht: Bei Männern betragen sie rund 24 Euro, bei Frauen 20 Euro. Auch die Kosten pro Verordnung stiegen an, allerdings nur um 3% zwischen 2006 und 2009. Der Anstieg bei den Gesamtkosten ist damit stark auf den Anstieg der Verordnungen von rund 10% jährlich zurückzuführen (26 % Verordnungsanstieg von 2006 auf 2009, der Anstieg bei den Patienten betrug dagegen nur 12 %) (zu den jeweiligen Veränderungen siehe Abb. 63 im Anhang).

Die jährlichen Psychopharmaka-Gesamtkosten pro Psychopharmakapatient lagen im Jahr 2009 bei 251 Euro für Männer und 215 Euro für Frauen. Die Kosten pro Patient liegen in allen Altersgruppen bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Dieser Kostenunterschied erscheint erklärungsbedürftig.

Die Kosten pro Verordnung variieren stark zwischen den Trägern: Die Bandbreite liegt zwischen 19 und 27 Euro pro Verordnung. Bezogen auf die Kosten pro Patient liegen die Unterschiede in Folge zwischen 195 und 286 Euro jährlich bei Männern und 93 und 228 Euro jährlich bei Frauen (zum Trägervergleich siehe Tab. 15 im Anhang).

Die Kosten pro Patient sind in den mittleren Altersgruppen der 21–60jährigen am höchsten, am geringsten in der Gruppe der unter-10jährigen.

In Summe wurden 89,5 Mio. Euro im Jahr 2009 für *Antidepressiva* ausgegeben. Bei den Antidepressiva liegen die durchschnittlichen Kosten pro Patient im Österreich-Durchschnitt bei 120 Euro bei Männern und 128 Euro bei Frauen. Die Kosten pro Patient sind in der Gruppe der 41–60jährigen gleich hoch wie bei den Älteren. In der Gruppe der Antidepressiva liegen die Kosten pro Patient bei Frauen leicht über denen der Männer.

Die Unterschiede zwischen den Trägern reichen von 117 Euro pro Patient (WGKK) hin zu 139 pro Patient (TGKK) im Jahr 2009.

Für *Antipsychotika* wurden in Summe 92,9 Mio. Euro im Jahr 2009 ausgegeben. Bei den Antipsychotika liegen die durchschnittlichen Kosten bei 502 Euro pro Patient bei Männern und 407 Euro bei Frauen. Die Kosten pro Patient sind in der Alterskohorte der 21–40jährigen am höchsten.

Tranquilizer verursachen jährliche Kosten von 8,4 Mio. Euro. Pro Patient werden 46 Euro jährlich für Männer und 28 Euro für Frauen ausgegeben. Am höchsten sind die Ausgaben pro Patient in der Alterskohorte der 21–40jährigen.

Für *Antidementiva* werden 53,6 Mio. Euro im Jahr 2009 ausgegeben. Pro Patient verursachten sie jährliche Kosten von 215 Euro pro Mann und 205 Euro pro Frau. Beachtenswert ist, dass Ginkgo-Produkte zwar 76 % aller Verordnungen betragen, jedoch aufgrund ihrer niedrigen Preise nur für 20 % aller Kosten bei den Antidementiva verantwortlich sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 80 % der Gesamtkosten für Antidementiva auf 20 % der Verordnungen entfallen. In Anbetracht der demographischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass mit einer starken Kostenzunahme im Bereich der Antidementiva gerechnet werden muss.

4 Arbeitsunfähigkeit

Mag. Elisabeth Wallner (SGKK), Mag. Susanne Wein (SGKK)

Die Dimension Arbeitsunfähigkeit hat zum Ziel, das Thema Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Diagnosen möglichst umfassend in Zahlen darzustellen. Verwendet wurden die Daten der Gebietskrankenkassen für die Jahre 2007 bis 2009, da seit dem flächendeckenden Einsatz des Standardprodukts LGKK den Gebietskrankenkassen AU-Daten in guter Qualität zur Verfügung stehen. Die Auswertung der Daten erfolgte durch LEICON auf Basis von FOKO-Daten, die im Bereich der AU aus dem Standardprodukt LGKK stammen.

4.1 Zentrale Ergebnisse

Im Jahr 2009 waren insgesamt 78.028 Versicherte der Gebietskrankenkassen aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig (96.143 AU-Fälle). AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen sind mit 2,5% aller AU-Fälle nur eine kleine Gruppe innerhalb der AU-Fälle, die aber im Zeitverlauf deutlich stärker steigt als AU-Fälle mit somatischen Diagnosen. Während die somatischen AU-Fälle in den Jahren von 2007 – 2009 um rund 10% gestiegen sind, beträgt die Steigerungsrate der psychischen AU-Fälle im selben Zeitraum rund 22%. Die durchschnittliche Dauer der AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen ist zudem mit etwa 40 Tagen erheblich höher als jene mit somatischen Diagnosen, die durchschnittlich 11 Tage dauern. Innerhalb der Gruppe der psychischen AU-Fälle hatten rund 42% der Fälle einen Anspruch auf Krankengeld, während es in der Gruppe der somatischen AU-Fälle nur knapp 14% waren. Die durchschnittlichen Krankengeldkosten pro Krankengeld-Fall beliefen sich bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen auf 1.750 Euro, bei den somatischen AU-Fällen sind es durchschnittlich 730 Euro pro Krankengeld-Fall. Insgesamt beliefen sich die Krankengeldkosten auf Grund von psychischen Diagnosen auf rund 70 Millionen Euro (somatische Diagnosen: 375 Millionen Euro).

Bei den psychischen AU-Fällen ist der Frauenanteil mit rund 59% höher als derjenige der Männer mit rund 41%, bei den somatischen AU-Fällen ist hingegen der Männeranteil mit 53% höher als derjenigen der Frauen mit 47%.

Der größte Anteil der AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen entfällt mit 56% auf die Gruppe der Versicherten „mittleren Alters“ (31–50jährige), 16 % aller AU-Fälle fallen auf die Gruppe der über 50jährigen und bei den 15–30jährigen sind es 28 %. Im Vergleich dazu haben bei den somatischen Erkrankungen mit etwa einem Viertel aller Fälle die 21–30jährigen den größten Anteil.

Sehr deutlich geht aus den Zahlen hervor, dass Arbeitslose besonders stark von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betroffen sind: Gerechnet auf 1000 Anspruchsberechtigte sind Arbeitslose mit 95 psychischen AU-Fällen rund viermal so häufig betroffen als Angestellte mit 23 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Arbeiter mit 22 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte. Bei den somatischen AU-Fällen sind es hingegen bei den Arbeitern 1.317 Fälle auf 1000 ASP, bei den Arbeitslosen 795 Fälle auf 1000 ASP und bei den Angestellten 461 Fälle auf 1000 ASP. Zudem unterscheidet sich die Verteilung der einzelnen psychischen Diagnosen bei den Arbeitslosen, Angestellten und Arbeitern erheblich voneinander.

Erläuterung zur inhaltlichen Aussagekraft der Daten:

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass es bei Arbeitsunfähigkeitsmeldungen wegen psychischer Diagnosen ein großes Dunkelfeld gibt. Ob und in wie vielen Fällen somatische Diagnosen angeführt werden, in denen eigentlich eine psychische Diagnose vorliegt oder zumindest im Vordergrund steht, kann nicht abgeschätzt werden. Ebenso ist schwer zu beurteilen, ob die Fallzahlensteigerungen bei den AUs wegen psychischer Diagnosen auf eine tatsächliche Steigerung von psychischen Erkrankungen zurückzuführen sind oder (zumindest teilweise) durch eine stärkere Enttabuisierung des Themas erklärbar ist, die unter Umständen dazu geführt hat, dass psychische Diagnosen öfter auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen angegeben werden. Ob darüber hinaus das Thema psychische Erkrankungen in manchen Bundesländern bereits stärker enttabuisiert ist als in anderen oder es diesbezüglich eine gewisse Stadt/Land - Gefälle gibt, das sich unter Umständen auf die Diagnoseangaben der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auswirkt, kann ebenfalls nicht beurteilt werden. Auch wenn diese Punkte nicht wirklich abgeschätzt oder tatsächlich beurteilt werden können, sollten sie bei der Betrachtung der Zahlen mitbedacht werden.

Im Standardprodukt LGKK kann nur eine Diagnose in Form eines ICD-10 Codes ins System eingegeben werden. Auch wenn auf einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung ursprünglich vom Arzt mehrere Diagnosen angeführt wurden, scheint in der Auswertung trotzdem nur eine auf.

Die Verschlüsselung der Diagnosen in ICD-10 Codes erfolgt durch Sachbearbeiter in den Gebietskrankenkassen. Aufgrund dessen kann es sein, dass es bei manchen Diagnosen, die unter Umständen nicht eindeutig einem einzigen ICD-10 Code zugeordnet werden können, eine unterschiedliche Vorgehensweise bei der Verschlüsselung in den einzelnen Trägern gibt (zu denken ist dabei etwa an die Diagnose „Burn Out“).

Kurze Krankenstände von drei oder weniger Tagen sind in den Daten nur teilweise erfasst, je nachdem ob für diese eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung an die Gebietskrankenkassen übermittelt wurde und diese in Folge ins System eingegeben wurden.

Erläuterung zur Auswertung:

Unter dem Begriff „psychische Diagnosen“ werden im Folgenden alle F-Diagnosen sowie die Diagnosen Z 73 (Neurasthenie) und Z 76 (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen) subsumiert.

Die Unterteilung der psychischen Erkrankungen erfolgt gemäß ICD-Klassifikation wie folgt:

F00 – F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10 – F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20 – F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30 – F39: Affektive Störungen

F40 – F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50 – F59: diese wurden als „sonstige psychische Störungen“ zusammengefasst

Z73 (Neurasthenie) und Z76 (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen). Unter diesen beiden ICD-Codes wird auch die Diagnose „Burn Out“ verschlüsselt. Es ist jedoch zu beachten, dass die Diagnose „Burn-out“ auch mit anderen ICD-10 Codes verschlüsselt werden kann und dies in der Praxis auch geschieht (z.B.: F48.0).

Wenn nicht anders bezeichnet handelt es sich um Daten aus dem Jahr 2009.

4.2 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen/ Allgemeine Darstellung

Im Jahr 2009 verzeichneten die Gebietskrankenkassen insgesamt 3.909.720 AU-Fälle. Dies bedeutet eine Steigerung von rund 9,7 % im Vergleich zum Jahr 2007, in dem es insgesamt 3.558.926 AU-Fälle waren.

Von den 3.909.720 AU-Fällen im Jahr 2009 waren 96.143 AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen, im Jahr 2007 waren es insgesamt 78.853 psychische AU-Fälle

Bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte sind dies 579 AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen und 15 AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen im Jahr 2009.

Werden die Fälle nach Patienten erfasst, so hatten im Jahr 2009 insgesamt 78.028 Patienten, davon 31.489 Männer und 46.539 Frauen aufgrund einer psychischen Diagnose eine AU zu verzeichnen. Bezogen auf die somatischen Diagnosen bei den AU-Fällen aller Anspruchsberechtigten waren es im selben Beobachtungsjahr 1.848.647 Patienten (1.001.335 Männer und 847.312 Frauen, das Geschlechterverhältnis ist hier somit umgekehrt) (zu den Patienten auf 1000 ASP siehe Abb. 1–2 im Anhang).

Die AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen sind von 2007 bis 2009 um rund 22 % gestiegen. Die Steigerung der AU-Fälle mit somatischen Diagnosen betrug im selben Zeitraum 9,6 %. (Abb. 3 im Anhang) Der Anteil der psychischen AU-Fälle an allen AU-Fällen betrug 2009 2,5 %, im Jahr 2007 waren es 2,2 % aller AU-Fälle.

Die durchschnittliche Dauer aller AU-Fälle beträgt 12,06 Tage (2009). Die durchschnittliche Dauer der AU-Fälle mit psychischen Diagnosen ist mit 40,23 Tagen signifikant höher als jene der AU-Fälle aufgrund von somatischen Diagnosen, die 11,35 Tage beträgt (2009). Auch die Unterschiede zwischen den Trägern sind bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen höher als dies bei den somatischen Diagnosen der Fall ist (Abb. 4 im Anhang).

Innerhalb der psychischen AU-Fälle ist die durchschnittliche Dauer pro AU-Fall am höchsten bei der Gruppe F20 – F29 (Schizophrenie) mit 54 Tagen, gefolgt von den Diagnosen Z73 und Z76 mit knapp 50 Tagen pro Fall. Fälle von affektiven Störungen (F30–F39) sowie „sonstigen psychischen Diagnosen“ (F50–F99) weisen eine durchschnittliche AU-Dauer von 44 Tagen auf; Diagnosen aus F00–F09, F40–F49 und F10–F19 haben in den beobachteten Gruppen die kürzeste Falldauer mit etwa 33 Tagen (Abb. 5 im Anhang).

Im Jahr 2009 haben insgesamt 554.952 AU-Fälle einen Anspruch auf Krankengeld ausgelöst. Davon waren 40.306 Fälle aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig, 514.646 aufgrund einer somatischen Diagnose. Innerhalb der psychischen AU-Fälle hatten 41,9 % Anspruch auf Krankengeld, bei den somatischen AU-Fällen waren es hingegen nur 13,5 %.

Die Krankengeld-Kosten pro AU-Fall mit psychischer Diagnose ist mit durchschnittlich 1.752 Euro pro Fall deutlich höher als bei den AU-Fällen mit somatischen Diagnosen, die durchschnittlich Kosten von 729 Euro pro AU-Fall verursachten. Ist eine psychisch erkrankte Person („Personen die Leistungen der Krankenversicherung auf Grund psychischer Erkrankungen erhalten haben“¹⁴) aufgrund einer somatischen

¹⁴ Die „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ bildet sich wie folgt: Grundgesamtheit sind alle Personen/Fälle, die im jeweiligen Jahr entweder ein Psychopharmakum verordnet bekamen, einen stationären Aufenthalt aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10 hatten oder

Diagnose arbeitsunfähig, so sind die Kosten pro AU-Fall mit 846 Euro etwas höher als bei der Gruppe der nicht psychisch Erkrankten (2009; für die Berechnung der durchschnittlichen Kosten pro Fall wurden nur jene AU-Fälle herangezogen, die tatsächlich Krankengeld-Kosten verursachten).

Innerhalb der AU-Fälle mit psychischen Diagnosen stellt die Gruppe der affektiven Störungen die Größte dar (53,1 %), gefolgt von den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (27,4 %). Drittstärkste Gruppe sind Verhaltensauffälligkeiten durch psychotrope Substanzen (10,2 %), es folgen Schizophrenien (3,4 %). Die Gruppen F00-09, F50-99, Z73 und Z76 ergeben zusammen 5,8 % aller Fälle. (Abb. 6 im Anhang; eine Gesamtdarstellung aller psychischen Diagnosen im Trägervergleich sowie die Darstellungen der einzelnen Diagnosen im Trägervergleich finden sich in den Abb. 7-12 im Anhang).

Eine Betrachtung jener Gruppe von Versicherten, die das Gesundheitssystem auf Grund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben¹⁵ zeigt, dass diese aufgrund somatischer Erkrankungen im Schnitt 3,1 AU-Fälle pro Patient mit 16,6 AU-Tagen aufweist. Im Gegensatz dazu sind es bei Personen, die nicht zu dieser Gruppe gehören (Betrachtung aller anderen ASP) im jährlichen Durchschnitt (2009) 2,1 AU-Fälle pro Patient mit 11,4 Tagen. Das bedeutet, dass die Gruppe von Versicherten, die das Gesundheitssystem auf Grund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben, nicht nur aufgrund psychischer, sondern auch aufgrund somatischer Diagnosen durchschnittlich sowohl mehr als auch längere AUs im Vergleich zu den anderen Anspruchsberechtigten aufweisen.

4.3 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Geschlecht

Von den insgesamt 96.143 identifizierten AU-Fällen mit psychischen Diagnosen waren 39.446 AU-Fälle von Männern (das sind durchschnittlich 12,6 männliche Patienten pro 1000 ASP) und 56.697 AU-Fälle von Frauen (16,3 weibliche Patienten auf 1000 ASP). Der Frauenanteil ist bei AU-Fällen mit psychischen Diagnosen mit rund 59% höher als derjenige der Männer mit rund 41%.

Bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen ist folgende Verteilung zwischen den Geschlechtern feststellbar: im Jahr 2009 waren bei den GKKs insgesamt 2.029.773 männliche Fälle (53 %) und 1.785.897 weibliche Fälle (47 %) von Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen. Das Verhältnis Männer-Frauen ist somit bei den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund somatischer Diagnosen ausgeglichener als dies bei den psychischen Diagnosen der Fall ist (Fälle pro 1000 ASP siehe Abb. 13 und 14 im Anhang).

Die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls mit psychischer Diagnose ist bei Frauen mit 41,2 Tagen leicht höher als bei Männern mit 39,7 Tagen. Dies ist bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen

aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig waren. Überschneidungen (bspw. Patienten mit Psychopharmaka und stationärer Aufenthalt) wurden nicht doppelt erfasst.

¹⁵ Die „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ bildet sich wie folgt: Grundgesamtheit sind alle Personen/Fälle, die im jeweiligen Jahr entweder ein Psychopharmakum verordnet bekamen, einen stationären Aufenthalt aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10 hatten oder aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig waren. Überschneidungen (bspw. Patienten mit Psychopharmaka und stationärer Aufenthalt) wurden nicht doppelt erfasst.

umgekehrt: Männer sind mit durchschnittlich 11,7 Tagen pro Fall länger arbeitsunfähig als Frauen mit 10,9 Tagen pro Fall. (Tab. 1 im Anhang).

Die prozentuelle Verteilung der AU-Fälle zwischen Männern und Frauen innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen sieht folgendermaßen aus (alle Gebietskrankenkassen) (Abb. 15 im Anhang): F00 – F09: Männer 48,1 %, Frauen 51,9 %; F10 – F19: Männer 75,4 %, Frauen 24,6 %; F20 – F29: Männer 51,4 %, Frauen 48,6 %; F30 – F39: Männer 36,3 %, Frauen 63,7 %; F40 – F48: Männer 35,3 %, Frauen 64,7 %; F50 – F99 „Männer 43,1 %, Frauen 56,9 %; Z73 und Z76: Männer 36,9 %, Frauen 63,1 %.

Auffällig ist, dass der jeweilige Frauen- und Männeranteil bei den einzelnen Diagnosegruppen zwischen den Gebietskrankenkassen zum Teil unterschiedlich ist. (siehe Abb. 16 bis 22 im Anhang)

4.4 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Alter

Die Verteilung der psychischen AU-Fälle auf die Altersgruppen zeigt, dass den größten Anteil die 41–50jährigen mit 30,7 % aller psychischen AU-Fälle einnehmen, gefolgt von der Gruppe der 31–40jährigen mit 25,2 % Anteil. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen in der Gruppe der Versicherten „mittleren Alters“ auftreten. Die verbleibenden 45 % sind auf die über 50jährigen (16 %) sowie auf Personen verteilt, die zum Teil erst kürzlich ins Erwerbsleben eingetreten sind (15–30 Jahre, 28 %) (Abb. 23 im Anhang). Bezogen auf die Geschlechter variiert die Verteilung der Altersgruppen bei den psychischen Diagnosen nur geringfügig.

Bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen findet sich der höchste Anteil in der Altersgruppe der 21–30jährigen mit 25,3 %, gefolgt von den 41–50jährigen (23,1 %) und 31–40jährigen (22,2 %). Der Anteil der 15–20jährigen sowie der 51–60jährigen macht zusammen fast 29 % aller somatischen AU-Fälle aus. (Abb. 24 im Anhang). Aus den Daten ist ersichtlich, dass innerhalb der somatischen Diagnosen der prozentuelle Schwerpunkt der AU-Fälle bei den unter 40jährigen liegt (fast 63 % aller AU-Fälle), während dies bei den psychischen Diagnosen zwischen den unter 40jährigen (53 %) und über 40jährigen (47 %) eher ausgeglichen ist.

Die durchschnittliche Dauer pro AU-Fall wegen psychischer Diagnosen ist in der Gruppe der 51 – 60jährigen mit 50,7 Tagen am höchsten. Am zweithöchsten ist die durchschnittliche Dauer bei den 41–50jährigen mit 46,2 Tagen, gefolgt von den 31–40jährigen mit 40,4 Tagen, den 61–70jährigen mit 37,6 Tagen, den 21–30jährigen mit 31,9 Tagen und schließlich den 15–20jährigen mit 20,5 Tagen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Dauer pro AU-Fall sind erst ab der Altersgruppe der 31–40jährigen bemerkbar: während die Frauen in der Gruppe der 31–40jährigen und 41–50jährigen länger als die Männer in AU sind, dreht sich dieses Verhältnis ab der Gruppe der 51–60jährigen um. (Abb. 25 im Anhang)

4.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Erwerbsstatus

Insgesamt gab es im Jahr 2009 in der Gruppe der Angestellten 37.910 AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen, in der Gruppe der Arbeitslosen waren es 29.810 und bei den Arbeitern 27.564 psychische AU-Fälle.

Wenn die psychischen AU-Fälle von Angestellten, Arbeitern und Arbeitslosen auf 1000 Anspruchsberechtigte berechnet werden, zeigt sich, dass die Arbeitslosen mit 94,9 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte rund viermal so häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betroffen sind als Angestellte mit 23,1 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Arbeiter mit 22,3 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte¹⁶ (Abb. 26 im Anhang).

Im Vergleich dazu sind es bei den somatischen Diagnosen bei den Arbeitern 1.317 Fälle auf 1000 ASP, bei den Arbeitslosen 795 auf 1000 ASP und bei den Angestellten beläuft sich die Zahl auf 461 AU-Fälle pro 1000 ASP aufgrund einer somatischen Diagnose (Abb. 27 im Anhang).

Die Anteile der einzelnen psychischen Diagnosegruppen an den AU-Fällen wegen psychischer Erkrankung sind bei den Angestellten, Arbeitern und Arbeitslosen zum Teil sehr unterschiedlich (Abb. 28-30 im Anhang):

Angestellte: 45,1 % affektive Störungen (F30 – F39); 28,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 15,9 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 4,6 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76); 3 % Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 2,1 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09)

Arbeiter: 52 % affektive Störungen (F30 – F39); 30 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 9,4 % psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 4,1 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 1,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09); 0,4 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76)

Arbeitslose: 55,0 % affektive Störungen (F30 – F39); 19,4 % psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 17,2 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 3,8 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 2,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09); 0,1 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76)

Besonders augenscheinlich ist hierbei, dass bei den Arbeitslosen die Gruppe „Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit 19,4 % die zweitstärkste Gruppe darstellt, diese hingegen bei den Arbeitern nur eine weitaus geringere (9,4 %) und bei den Angestellten kaum eine Rolle (3 %) spielt. Ebenso auffällig

¹⁶ Für die Gesamtzahl der ASP nach Erwerbstätigkeit (Arbeiter, Angestellte) wurden die Daten aus den statistischen Handbüchern der österreichischen Sozialversicherung (HVB, 2008 – 2010) herangezogen; für die Gesamtzahl der ASP innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen wurden Daten vom FTP-Server des HVB (Statistikdatenbank) verwendet.

ist, dass bei den Angestellten die „sonstigen psychischen Störungen“ (dies beinhaltet „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, „Intelligenzstörung“, „Entwicklungsstörungen“, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ und „Nicht näher bezeichnete psychische Störungen“) mit 29 % eine große Gruppe darstellt, diese hingegen bei den Arbeitslosen nur 2,9 % und bei den Arbeitern nur 1,9 % aller AU-Fälle ausmacht.

Während die durchschnittliche AU-Dauer bei somatischen Diagnosen bei Arbeitslosen mit 7,3 Tagen niedriger ist als bei Angestellten (10,9 Tage) und Arbeitern (11,7 Tage), ist sie bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen bei Arbeitslosen mit 49,3 Tagen deutlich höher als bei Angestellten (39,2 Tage) und Arbeitern (34 Tage). (Tab. 2 im Anhang)

4.6 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen – Versuch einer Landkarte

Im Bereich der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen stellt sich abschließend die Frage der Verteilung innerhalb Österreichs. Aus diesem Grund wurde eine Landkarte mit den prozentuellen Anteilen der Patienten, die aufgrund einer F-Diagnose arbeitsunfähig waren, an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (Einteilung nach politischen Bezirken) gezeichnet (Abb. 31 im Anhang). Die Einteilung wurde wie folgt festgelegt:

- „geringer Anteil“: 0,34 % bis 0,66 % Anteil an der Bevölkerung
- „mittlerer Anteil“: 0,67 % bis 0,91 % Anteil an der Bevölkerung
- „hoher Anteil“: 0,91 % bis 1,62 % Anteil an der Bevölkerung

Anhand der Landkarte können folgende Feststellungen getroffen werden:

Von insgesamt 99 politischen Bezirken sind 24 Bezirke mit einem „geringen Anteil“, 51 Bezirke mit einem „mittleren Anteil“ und weitere 24 Bezirke mit einem „hohen Anteil“ an Patienten, die aufgrund einer psychischen Diagnose als arbeitsunfähig galten, zu zählen.

Auffallend ist, dass alle neun Landeshauptstädte der Gruppe mit einem „hohen Anteil“ der AU aufgrund psychischer Diagnose an der Bevölkerung einzustufen sind – auch 13 von insgesamt 15 Statutarstädten (mit Ausnahme Waidhofen an der Ybbs/NÖ und Rust/B) fallen in diese Kategorie.

Hohe Anteile außerhalb der Landeshauptstädte finden sich zudem in Vorarlberg, den Bezirken rund um die Stadt Salzburg (Salzburg-Umgebung, Hallein, Braunau und Vöcklabruck) sowie im südöstlichen Niederösterreich. Die geringsten Anteile sind im nördlichen Niederösterreich (Waldviertel, Wachau), in der östlichen Steiermark sowie in einem Großteil Kärntens zu finden.

Die Korrelation der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen mit verfügbaren Arbeitsplätzen (Beschäftigungsvolumen) sowie dem Bevölkerungsalter scheint aufgrund der getätigten Beobachtungen nahe liegend, kann jedoch aufgrund der Datenlage derzeit nicht untermauert werden und bedarf zur Hypothesenüberprüfung einer näheren Untersuchung.



5 Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

5.1 Vorbemerkung

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

Mit der Einführung einer verbindlichen Codierung (besser als ICD-10 wäre der von der Sozialversicherung angedachte RC-Code) könnte eine bedeutende Steigerung der Qualität der Datenlage bewirkt werden.

Hier sei gleich vorweggenommen, dass uns die AllgemeinmedizinerInnen das wohl umfassendste Bild der Krankheitslast in der Bevölkerung liefern könnten: Mehr als 90% aller PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, haben regelmäßig auch Kontakt zu ihrer Allgemeinmedizinerin/ihrem Allgemeinmediziner.

5.2 Methodischer Ansatz

Für die hier vorgenommenen Bewertungen, Schätzungen und Aussagen wurde derart vorgegangen, dass die in der Sozialversicherung bestehenden Instrumente – je nach Fragestellung unterschiedlich – eingesetzt wurden. Besonders hervorzuheben ist die gute Kooperation mit LEICON (Projekt der Sozialversicherung, betreut von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse).

5.3 Wichtige Trends

Zugrundegelegt wird die anhand von Medikamentenverordnungen, stationären Aufenthalten und AU-Meldungen festgemachte Höchstzahl an PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, von ca. 900.000.

Diese Patientinnen und Patienten haben – im Vergleich zu solchen mit anderen Krankheiten – eine sehr hohe Kontaktrate zu den AllgemeinmedizinerInnen; bei allen Versicherungsträgern liegt diese über 90%.

Die Kontaktrate mit einschlägigen Fachärztinnen und Fachärzten (der Fachgruppen 11, 19 und 20 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie Fachärzte für Psychiatrie) beträgt – bei doch signifikanten Trägerunterschieden – ca. 20%.

Rechnerisch ergibt dies eine Zahl von mehr als 200.000 Patientinnen und Patienten, die zu einem der relevanten Fachärztinnen und Fachärzte Kontakt gehabt haben.

Wie unten näher ausgeführt wird, ist diese Zahl aber keineswegs aussagekräftig dafür, dass derart viele Patientinnen und Patienten tatsächlich in psychiatrischer Facharztbehandlung stehen.

Die überwiegende Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ist im Doppelfach ausgebildet.



Die Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger verstärken diesen Effekt; außer im Bereich der Salzburger Gebietskrankenkasse existieren keine separaten Honorarkataloge für psychiatrische Leistungen.

60% aller psychiatrischen Leistungen sind diagnostische Leistungen, 40% Behandlungsleistungen.¹⁷ Die Zahl reiner psychiatrischer Patientinnen und Patienten liegt hochgerechnet bei ca. 120.000 (Basis der Hochrechnung sind Zahlen der SGK).

5.4 Grundsätzliches zur ärztlichen Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen

AllgemeinmedizinerInnen und Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und/oder Neurologie (mit PSY-Diplom/en) sind neben PsychotherapeutInnen AnbieterInnen psychotherapeutischer Leistungen für die soziale Krankenversicherung. Die quantitative Darstellung dieser Leistungen befindet sich unter dem Berichtsteil „Dimension 1 – Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin“.

Mit dem ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin (PSY3) erlangen Ärztinnen/Ärzte die volle psychotherapeutische Kompetenz zur selbständigen Ausübung von psychotherapeutischer Medizin. Ärztinnen/Ärzte mit PSY3-Diplom können somit Psychotherapie vor dem Hintergrund ihres ärztlichen Fachwissens und ihrer ärztlichen Berufsidentität auf einem hohen Qualitätsstandard durchführen.

Der Hintergrund für diese umfassenden Zusatzausbildungen für Ärztinnen/Ärzte im psychotherapeutischen Bereich liegt darin, eine begründete Basis für eine Verrechnungsmöglichkeit zu erhalten. Das Angebot von „Psychotherapie“ bleibt den Psychotherapeut/innen vorbehalten, Ärztinnen/Ärzte dürfen psychotherapeutische Leistungen separat nur im Bereich der psychotherapeutischen Medizin verrechnen..

Die vom ärztlichen Berufsstand erbrachten Leistungen betreffend psychische Gesundheit werden vor allem von folgenden Fachgruppen erbracht:

- 01–Arzt für Allgemeinmedizin, 08–Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,
- 11–Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie,
- 19–Facharzt für Neurologie, 20–Facharzt für Psychiatrie,
- 32– Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schwer abzuschätzen sind die Aufwendungen der Krankenversicherung für andere ärztliche Leistungen als psychotherapeutische Medizin (vgl. „Dimension Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin“) und psychiatrische Hilfe (vgl. gleich unten 4.5.). Angesprochen sind etwa die Kosten für Allgemeinmediziner, welche im Zuge der Medikamentenverordnung anfallen. Diese werden auf Basis der Ärztekostenstatistik im HV, Daten aus Leicon, und eigener Berechnung mit 100 – 150 Mio. Euro pro Jahr geschätzt.

¹⁷ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010) Prävalenzstudie zu psychiatrischen Erkrankungen in Österreich. Nicht publiziert



5.5 Fachärztliche Hilfe

Es gibt noch immer überwiegend niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit den „alten“ Doppelfächern Psychiatrie und Neurologie.

Gesprächsleistungen nehmen einen geringen Anteil am Leistungsgeschehen ein.

Die im Rahmen der Zuordnung der psychotherapeutischen Medizin zur Psychotherapie zusammengeführten Honorarordnungspositionen lauten:

Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung (mind. 50 Minuten)

Psychotherapeutische Medizin (mind. 20, 25 oder 30 Minuten)

Psychotherapeutische Medizin (mind. 50 oder 60 Minuten)

Psychotherapie/Gruppe (50–90 Minuten)

Der Gesamtumsatz der genannten Meta-Tarifpositionen betrug für alle genannten Fachärztinnen und Fachärzte im Jahr 2008 ca. 4,4 Mio. Euro, das ist weniger als 10% des Gesamtaufwandes laut Ärztekostenstatistik für Neurologie und Psychiatrie.

Die Schwerpunkte der reinen Psychiatrietätigkeit liegen mit ca. 60% bei den Diagnostikleistungen.

Schätzungsweise gibt es 6% Aufwand zusätzlich für Wahlarztkosten im Facharztbereich, wobei dieser bei den rein psychotherapeutischen Gesprächsleistungen höher sein dürfte (dies wird durch die Zahlen zur Dimension Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin bestätigt).

Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung erwartet man sich mit der Etablierung des Sonderfachs „Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin“.

Österreichweit hochgerechnet (auf Basis von Daten der SGKK und Leicon) werden für alle anderen psychiatrischen Leistungen ca. 31 Mio. Euro (2009) aufgewendet.

5.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mittlerweile sind einige Absolventinnen und Absolventen dieses jungen Sonderfachs niedergelassen. Die Österreichische Ärztekammer fordert vehement die Schaffung von Planstellen.

Die Sozialversicherung hat sich hier vorläufig sehr zurückgehalten. Im Wesentlichen gibt es nur zwei Modellversuche im ambulanten Bereich, nämlich das Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nordburgenland mit Sitz in Eisenstadt, sowie ein Pilotprojekt mit zwei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten in Niederösterreich.

Nimmt schon der diagnostische Anteil bei den Psychiatern etwa 60% ein, wird dieser Anteil von unseren Experten im Kinder- und Jugendlichenpsychiatriebereich noch höher angesetzt.

Für die Behandlung der jungen Patientinnen und Patienten ist nach Expertenmeinung eine gezielte, möglichst institutionalisierte, interdisziplinäre und multimodale Vorgehensweise notwendig. Hier sei noch viel stärker ein verbindlicher Behandlungsplan einzuhalten und der Behandlungsbedarf kontinuierlich abzustimmen.

5.7 Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin

Diese tragen unbestritten die Hauptlast der Versorgung der psychisch Kranken, und genau über diese Hauptlast wissen wir am wenigsten (mit Ausnahme der Medikamentenverordnung, hinsichtlich der in Dimension 3 nachgewiesen wird, dass 68% über die AllgemeinmedizinerInnen erfolgt).

Hier scheint Optimierungsbedarf gegeben zu sein. In diesem Berichtsteil kann noch Folgendes zur Erhellung der Problematik beigetragen werden: AllgemeinmedizinerInnen, welche das Weiterbildungsprogramm bis zum PSY3 Diplom absolviert haben, leisten zusätzlich zur Medikation auch psychotherapeutische Medizin.

Leider ist es aber so – und dies wird von den Experten auch als kritisch angesehen – dass die Psychiatrie in der klinischen Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner kein Pflichtfach ist.

5.8 Außerstationäre Versorgungsangebote

5.8.1 Einleitung

Laut ÖSG 2006 ist eine ausreichende Anzahl von ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen vorzuhalten. Der ÖSG 2006 sah eine Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten und komplementären Versorgung vor, die im Jahr 2008 durch die GÖG/ÖBIG erfolgte (GÖG/ÖBIG 2008b). Im Rahmen der Evaluierung wurden die folgenden Bereiche berücksichtigt: Psychosoziale Beratung, Psychosoziale Notdienste, Wohnangebote, tagesstrukturierende Angebote, Klubeinrichtungen, Berufliche Integration, Selbsthilfegruppen (Betroffene und Angehörige), Laienhilfe.

5.8.2 Außerstationäre Versorgungsangebote

Zu diesen vielfältigen Angeboten leisten die Krankenversicherungsträger pauschale Zuzahlungen auf individueller Vertragsbasis, z.B. Sozialpsychiatrisches Zentrum in Spittal/Kärnten (berufliche Rehabilitation, umfassende Betreuung usw.). Kostenaufteilung: 1/3 KGKK, 2/3 Land Kärnten.

Am wichtigsten erscheinen in diesem Zusammenhang die psychosozialen Notdienste.

Eigene Notdienste haben Kärnten, Oberösterreich und Salzburg eingerichtet. Dieses Angebot wird stark in Anspruch angenommen. In Salzburg (zwei Einrichtungen) gab es im vergangenen Jahr 586 ambulante und 7.580 telefonische Kontakte. In O.Ö. wurden von sechs Einrichtungen 7.948 Interventionen geleistet, wobei nicht zwischen persönlichem und telefonischem Kontakt unterschieden werden kann. Kärnten betreibt zwei Einrichtungen, die 189 Personen betreuten. Der PSD Wien betreibt einen Not- und Krisendienst, der aufgrund der geringen Personalbesetzung den Bedarf nicht decken kann und nur selten Patientinnen und Patienten in Krisen aufsuchen kann. Eine Sonderstellung nimmt das Burgenland ein, wo der Not- und Krisendienst vom allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst wahrgenommen wird, in dem 29 burgenländische Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Die Idee der Versorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner steht unter dem Motto „Psychiatrischer Notfall ist medizinischer Notfall“. Ein eigener Not- und Krisendienst ist im Burgenland derzeit aus finanziellen Gründen nicht geplant, außerdem wäre der flächendeckende Betrieb bei vergleichsweise geringen Fallzahlen ineffizient. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sind zu einer spezifischen Ausbildung verpflichtet.



6 Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

6.1 Vorbemerkung

Ursprünglich war im Projekt angedacht, dass die Dimensionen der Betrachtung der Versorgung psychisch Kranker die Anbieterstrukturen abbilden sollen.

Aus folgenden Gründen wird hier von dieser Systematik teilweise abgegangen: Die Bereiche der psychotherapeutischen Medizin und der Psychotherapie sind nur mit verhältnismäßig großem Aufwand und selbst dann nicht klar und durchgängig abgrenzbar. Kennzahlen der Krankenversicherungsträger weisen immer beide Bereiche aus. Die Darstellung des Leistungsgeschehens lässt sich nur über beide Bereiche gemeinsam vernünftig sichtbar machen. Die berufsrechtliche Abtrennung in Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin ist für die Patientinnen und Patienten auch nicht erkennbar.

6.2 Einleitung¹⁸

Ziel einer Psychotherapie ist es, seelisches Leid zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, problematische Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern.

Die Ausübung der Psychotherapie ist seit 1991 gesetzlich geregelt (Psychotherapiegesetz, BGBl 1990/361).

Bis zu diesem Zeitpunkt besaßen lediglich ausgebildete Ärztinnen und Ärzte die „Lizenz“ zum Eingriff in die geistige und seelische Integrität der Patientinnen und Patienten. In der Folge hat die Ärzteschaft eigene Weiterbildungsinstrumentarien entwickelt, um „Psychotherapie“ weiterhin, aber eben als „psychotherapeutische Medizin“ ausüben und mit den Krankenversicherungsträgern verrechnen zu können. Nähere Beschreibungen zu dieser Thematik finden sich im Berichtsteil zur Dimension „Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote“.

Im Jahr 1991 wurde mit der 50. Novelle zum ASVG (in Geltung ab 1.1.1992) Psychotherapie im Leistungsrecht der ärztlichen Hilfe gleichgestellt, so sie Krankenbehandlung ist und durch Personen erbracht wird, die gemäß dem Psychotherapiegesetz zur selbständigen Ausübung dieser Therapieform berechtigt sind. Die Einbeziehung der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ins Leistungsrecht erfolgte durch Anfügung der gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen in die Liste jener Berufsgruppen, die gemäß § 135 Abs 1 ASVG betreffend der Erbringung ärztlicher Hilfe den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt sind.

Am 31. 12. 2009 waren 6.908 Personen in der entsprechenden Liste des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingetragen und damit zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt.

¹⁸ BMG (Hg.) 2006b: Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht. Informationsbroschüre. Bundesministerium für Gesundheit. Wien



Dies entspricht einer Dichte von 8,3 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner.

Psychotherapie nach dem Berufsgesetz ist ein derart weites Feld, dass zur näheren Bestimmung der Gegenstand für die Zwecke der Sozialversicherung abgegrenzt werden muss. Psychotherapie wird zweckmäßigerweise als normierte, lehr- und lernbare, zielorientierte, theoriegestützte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Krankenbehandlung interpretiert. Die Definition des Begriffs Psychotherapie in § 1 Psychotherapiegesetz orientiert sich am Gesundheitsbegriff der WHO und geht weit über den Begriff der Krankenbehandlung in § 133 ASVG hinaus.

Demzufolge können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur insoweit Leistungserbringer in der Krankenversicherung sein, als ihre Tätigkeit sich in die Grenzen der Leistungspflicht und die Verfahrensregeln der Krankenversicherung einfügt.

Im Zuge der 50. ASVG-Novelle wurde auch § 131b ASVG eingeführt, wonach die Satzung des Krankenversicherungsträgers solange Kostenzuschüsse vorzusehen hat, als keine Verträge bestehen. Es gibt keinen Gesamtvertrag für Psychotherapie, jedoch solide Sachleistungsversorgungen, welche die Krankenversicherungsträger in den letzten Jahren kontinuierlich aufgebaut haben. Mit Vereinen oder ähnlichen Institutionen wurden diesbezügliche vertragliche Regelungen abgeschlossen.

Mitzudenken ist jedenfalls, dass auch Ärztinnen und Ärzte psychotherapeutische Leistungen erbringen (siehe auch Dimension „Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote“.

6.3 Ausgaben für Psychotherapie

Bei Ausgaben für Psychotherapie kann zwischen Ausgaben für Sachleistungen, Ausgaben für Kostenzuschüsse und Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen unterschieden werden. Die Ausgaben für Sachleistungen umfassen kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen sowie Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse beziehen sich auf Ausgaben für Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen beziehen sich auf Psychotherapie in entsprechenden Einrichtungen der WGKK, der OÖGKK und der STGKK.¹⁹

Die Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie erhöhten sich von 29 Mio. Euro im Jahr 2001 auf 45 Mio. Euro im Jahr 2004 und betrugen 54,8 Mio. Euro im Jahr 2007²⁰. Im Jahr 2009 wurden 62,7 Mio. Euro für Psychotherapie ausgegeben.

Mit 34,4 Mio. Euro entfällt der größte Anteil der Ausgaben auf die von Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachte Psychotherapie als Sachleistung. Unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ wurden von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten rund 14,9 Mio. Euro abgerechnet. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse beliefen sich auf rund 12,4 Mio. Euro. Die Ausgaben für Psychotherapie in

¹⁹ GÖG/ÖBIG 2009a: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien. GÖG/ÖBIG FP, 2010 eigene Berechnung

²⁰ Die tatsächliche Summe der Ausgaben ist jedoch höher, da folgende Daten nicht zur Verfügung standen und daher in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden:

- Die Ausgaben der Betriebskrankenkassen
- Ausgaben für durch WahlärztInnen erbrachte Leistungen der BGKK, der STGKK und TGKK
- Ausgaben der SVB für ärztliche psychotherapeutische Leistungen



kasseneigenen Einrichtungen betragen rund 1 Mio. Euro. Die Verteilung zwischen Sachleistungen und Kostenzuschüssen hat sich in den letzten Jahren wesentlich in Richtung Sachleistungen verschoben. Das Angebot ist im Bundesländervergleich unterschiedlich gewachsen, in Abhängigkeit von den Versicherungsträgern, deren Ausgaben sich prozentuell unterschiedlich auf die einzelnen Angebotsformen verteilen. Die jeweiligen Versicherungsträger setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Versorgung, die Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person variieren stark und die Steuerungsmechanismen der Versicherungsträger sind ebenfalls unterschiedlich ausgestaltet.

6.4 Ausgaben für Sachleistungen

6.4.1 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen

Die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für „kassenfinanzierte“ Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen betragen im Jahr 2009 insgesamt rund 34,4 Mio. Euro und sind von 2007–2009 um 13,6 Prozent gestiegen. Die höchsten prozentuellen Steigerungen in diesem Zeitraum weisen die OÖGKK (30,5 %) und die SVB (36,2 %) auf. Zu beachten ist, dass Selbstbehalte für „Besserverdienende“ (Bandbreite 5–20 Euro pro Therapieeinheit) bei den Sachleistungsmodellen in Vorarlberg, Tirol und Salzburg vorgesehen sind.

6.4.2 Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „Psychotherapeutische Leistungen“ („Psychotherapeutische Medizin“)

Hierbei handelt es sich ebenso um Sachleistungen der Krankenversicherungen. Diese werden sowohl von (Fach-)Ärztinnen/–Ärzten mit einer Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz als auch von Fachärztinnen/–ärzten für Psychiatrie ohne diese Ausbildung bzw. von Ärztinnen/Ärzten mit dem ÖAK–Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) erbracht. Im Jahr 2009 betragen die Aufwendungen der Krankenversicherungen für diesen Bereich insgesamt mindestens 14,9 Mio. Euro. Diese Summe entspricht nicht völlig den tatsächlichen Ausgaben²¹, die tatsächlichen Aufwendungen sind höher. Die gesamten Aufwendungen der Krankenversicherungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ sind demnach von 2007–2009 um 4,1 Prozent angestiegen.

6.4.3 Zur Versorgungswirksamkeit der psychotherapeutischen Medizin

Psychotherapeutische Medizin zeichnet sich durch einen ziemlich niederschweligen Zugang aus. Sie ist oftmals bewilligungsfrei (in der Regel ist ab der 11. Sitzung eine ausführliche medizinische Begründung notwendig; die Leistungen sind für AllgemeinmedizinerInnen teilweise streng limitiert). Eine erstaunlich hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten (65.500 im Jahr 2009; 56.800 im Jahr 2006 – die tatsächliche Zahl ist vermutlich sogar noch höher) wird damit erreicht. Die Dauer der Interventionen ist relativ kurz und liegt durchschnittlich bei 3 bis 4 Behandlungen pro PatientIn im Vertrags(facharzt)bereich – wesentlich darüber bei PSY3 ÄrztInnen insbesondere im Wahlbereich (Näheres wäre mit Detailauswertungen auf Basis 2010 Zahlen [Verbesserungen in LEICON] zu erheben).

²¹ da Angaben der SVB fehlen. Von der BGKK, der STGKK und der TGKK sind die Aufwendungen für Wahlärzte nicht enthalten



6.4.4 Kostenzuschüsse für Psychotherapie in der freien Praxis

Die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in freier Praxis sind bundesweit einheitlich geregelt. Um einen Zuschuss in Anspruch nehmen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ist in die Psychotherapeutenliste des BMG eingetragen
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung
- Schriftlicher Nachweis der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung vor der zweiten Behandlungsstunde

Die Bewilligung des Zuschusses hat in der Regel vor der fünften Behandlung zu erfolgen, sie wird für eine bestimmte Anzahl an Stunden in einem bestimmten Zeitraum erteilt. Der Kostenzuschuss beträgt 21,80 Euro pro Einzelsitzung (eine Stunde). Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss 7,27 Euro. Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, die Zuschüsse sind seit 1992 nicht erhöht worden.

Im Jahr 2009 wurden von den Krankenversicherungsträgern insgesamt rund 12,4 Mio. Euro für Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung aufgewendet. Damit werden ca. 550.000 Therapieeinheiten mitfinanziert. Verglichen mit dem Jahr 2007 sind bei den meisten Versicherungsträgern Steigerungen zu verzeichnen. Die größten Steigerungen gibt es bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit 17,7 Prozent.

Derzeitige Linie der Sozialversicherung ist es, nicht den Kostenzuschuss, sondern die Erbringung von Sachleistungen im Psychotherapiebereich zu priorisieren.

6.4.5 Kasseneigene Einrichtungen

Die Höhe der Aufwendungen der WGKK für kassenfinanzierte Psychotherapie in den eigenen Gesundheitszentren belief sich im Jahr 2009 auf 479.042 Euro, jene der OÖGKK auf 392.871 Euro und jene der STGKK auf 162.221 Euro. Insgesamt sind die Aufwendungen für Psychotherapie in eigenen Einrichtungen von 2007-2009 um 5,3 Prozent gesunken.

6.4.6 Gesamtentwicklung

Im Zeitraum zwischen 2007 und 2009 sind die gesamten Aufwendungen der Versicherungsträger für psychotherapeutische Leistungen um 9,3 Prozent angestiegen. Die Verteilung zwischen Sachleistungen und Kostenzuschüssen hat sich im Untersuchungszeitraum in Richtung Sachleistungen verschoben.

6.4.7 Expertenmeinungen

Zur gesamten Thematik wurden Stakeholder und Experteninterviews geführt. Erwartungsgemäß wurde von den PsychotherapievertreterInnen eine Erhöhung des Angebotes für Psychotherapie durch die Sozialversicherung gefordert.

Interessant ist jedoch, dass von ihnen dezidiert angegeben wurde, dass die psychotherapeutischen Methoden bei der Behandlung schwerer psychischer Krankheiten keine großen Stärken aufweisen, jedoch als Co-Therapie zusätzlich zur Medikation geeignet sind.

Die Stärken der Psychotherapie werden bei der Behandlung von leichten bis mittelschweren Krankheiten, insbesondere der Depression, angesehen. Abermals wurde auf Studien verwiesen, wonach Psychotherapie im Gegensatz zur Medikationstherapie bei der leichten Depression effektiver und kostengünstiger sei.



Wiederholt kritisiert wurde die von Sozialversicherungsseite aufgrund begrenzter Mittel betonte Schwerpunktsetzung auf die Behandlung schwerer Erkrankter. Gerade im Sinne einer Hintanhaltung von Verschlechterung der psychischen Situation sei Psychotherapie bereits in einem frühen Stadium der Krankheit zu gewähren – gerade hier hätten kurze Interventionen gute Resultate.

Von Ärzteseite her wird mit Kritik an der Psychotherapie – insbesondere ausgeübt durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – nicht gespart. Im Zentrum der Kritik steht hier die als mangelhaft angesehene Diagnostik von psychischen Krankheiten. Die Interventionsschwerpunkte betrafen sehr leichte Störungen bis unterhalb der Krankheitsgrenze.

Daneben würden „verdeckte“ Störungen durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten manchmal nicht erkannt, und dadurch verschlechtere sich die Situation der Betroffenen. Nichtsdestotrotz wird Psychotherapie insbesondere bei schwerer Erkrankten als Co-Therapie zur Medikation als sinnvoll erachtet. Wichtig sei dabei jedoch ein stringenter Behandlungsplan.

6.5 Regionale Verteilung

Ein Problem der psychotherapeutischen Versorgung ist die regionale Ungleichverteilung des Angebotes sowohl zwischen den Bundesländern, als auch zwischen Stadt und Land. 1996 waren 70 Prozent der berufsberechtigten Personen in den Städten bzw. in einigen Bundesländern auch in den Stadt-Umland-Bezirken angesiedelt (ÖBIG 1997). Dagegen waren die ländlichen Gebiete weitgehend unterversorgt: In fast der Hälfte der politischen Bezirke gab es, bezogen auf 10.000 Einwohner, maximal eine berufsberechtigte Person. Zudem bestand – die am besten versorgte Bundeshauptstadt ausgenommen – ein West-Ost- und Nord-Süd-Gefälle, mit einem hohen Angebot in Vorarlberg, Salzburg und Tirol und einem vergleichsweise geringen Angebot in Oberösterreich, Niederösterreich, Kärnten, der Steiermark und im Burgenland.²²

Die regionale Ungleichverteilung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen den Bundesländern ist seit 1991 fast unverändert aufrecht. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sehr ausgeprägt: Wien hat mit derzeit 17,03 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner die höchste Versorgungsdichte, das Burgenland die geringste. Auch diese Unterschiede sind im Wesentlichen seit 1991 unverändert geblieben.²³

Eine ähnliche Situation zeigt sich bei Betrachtung der Unterschiede zwischen Stadt und Land. Psychotherapie ist traditionell ein eher städtisches Phänomen, da Barrieren wie Informationsdefizite, soziale Kontrolle und fehlende oder weit entfernte Angebote im ländlichen Bereich stärker ausgeprägt sind. Auch diese Situation ist unverändert aufrecht: Obwohl die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Bereich etwas stärker gestiegen ist als im städtischen und sich daher im Vergleich der Jahre eine kontinuierliche Erhöhung des Angebotes in ländlichen Regionen zeigt, ist der Großteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch immer in den Landeshauptstädten konzentriert.²⁴

²² GÖG/ÖBIG 2009b: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie Berufsgruppen 1991–2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

²³ *ibid*

²⁴ GÖG/ÖBIG 2009b: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie Berufsgruppen 1991–2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien



Die sehr auf die regionale Versorgungsgerechtigkeit Rücksicht nehmende SGK hat erhoben²⁵, dass an und für sich zur Verfügung stehende Mittel für Psychotherapie im ländlichen Raum („Innergebirg“) schlicht nicht ausgegeben werden können, da nicht genügend Psychotherapeutinnen/-therapeuten für eine Tätigkeit in diesem Gebiet gewonnen werden können (man ist daher um Alternativen bemüht).

6.6 Versorgungsvereine

In den letzten Jahren haben die Krankenversicherungsträger im Auftrag der Trägerkonferenz des HVB – alternativ zu den Verhandlungen um einen Gesamtvertrag – mit „psychotherapeutischen Vereinen“ (Anm.: gemeint sind nicht nur „Vereine“ im Sinne des Vereinsrechts, einige Anbieter haben eine andere Form der Rechtspersönlichkeit) zur Bereitstellung von Psychotherapie als Sachleistung eigene Verträge abgeschlossen. Sogenannte „Vereinslösungen“ bestehen mittlerweile in allen Bundesländern mit Ausnahme von Kärnten und Vorarlberg. In Kärnten wird das Angebot über Institutionen (Ambulatorien) bereitgestellt, in Vorarlberg leistet die VGKK einen bestimmten Betrag für kassenfinanzierte Psychotherapie an das Land, welches sich wiederum einer Institution bedient. 2009 gab es 11 (große) psychotherapeutische Versorgungsvereine. Sonderversicherungsträger haben sich (Ausnahme: VAEB, die ein eigenes Modell führt) überwiegend den durch die GKKs aufgebauten Strukturen angeschlossen.

Insgesamt standen in Österreich im Jahr 2009 2.067 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen von „großen“ Versorgungsvereinen für die Erbringung „kassenfinanzierter psychotherapeutischer Leistungen“ zur Verfügung, das entspricht einem Anteil von annähernd einem Drittel der derzeit berufsberechtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Im Folgenden werden anhand von Fragen nochmals und zusammenfassend wichtige Parameter der aktuellen psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung dargestellt (Quellen: GÖG/ÖBIG-Erhebungen; ergänzende Interviews und Recherchen vor Ort bei den Versorgungsvereinen durch die Teams der SGK und des HVB):

1. Wieviele Stunden werden im Rahmen der Sachleistungsversorgung über Versorgungsvereine oder vergleichbare Vertragspartner erbracht?

Im Jahr 2009 wurden rund 500.000 Psychotherapieeinheiten von den großen Versorgungsvereinen erbracht, wovon die überwiegende Mehrheit auf Einzelstunden entfiel. Gruppen- und Familiensettings machten zusammen einen Anteil von nur rund 4% aus. Neben den Vereinslösungen haben die Krankenversicherungsträger zahlreiche Verträge mit teilweise hochspezialisierten Institutionen (darunter kleinste Einrichtungen mit 50 Therapieeinheiten/Jahr) abgeschlossen, die zusätzliche psychotherapeutische Leistungen erbringen (laut GÖG/ÖBIG 2009 Quellen geschätzte 70.000 Psychotherapieeinheiten gesamt – Beispiel OÖ.: 4 psychosoziale Einrichtungen und eine Flüchtlingsbetreuungstelle, etwa 8.000 Einheiten; Kärnten: die größeren Institutionen leisteten insgesamt etwa 20.000 Psychotherapieeinheiten).

2. Wieviele PatientInnen werden dabei behandelt?

²⁵ Vergleiche Kletter, M. in Soziale Sicherheit vom Mai 2008, Schwerpunktnummer „Psychotherapie und Sozialversicherung“



Die großen Versorgungsvereine behandelten 2009 mehr als 31.000 PatientInnen. Von den größeren Institutionen in Kärnten und Vorarlberg wurden zusätzlich mindestens 2.000 Patientinnen/Patienten erreicht.

Nach GÖG/ÖBIG Quellen hochgerechnet wurden mindestens 2.500 weitere Personen durch die kleinen Einrichtungen betreut.

3. Lässt sich eine Übersicht über Behandlungsdauern erstellen?

Es liegen nur auf Basis der Meldungen der Vereine ermittelte durchschnittliche Therapieeinheiten im Jahre 2009 vor – das sind 16 Therapieeinheiten pro Patientin/Patienten; die Werte zwischen den Vereinen streuen zwischen 10 und 30. Unberücksichtigt bleiben hochfrequente psychoanalytische Behandlungen (dafür gibt es z.B. eigene Kontingente bei der WGKK); ein möglicher „Ausreißer“ nach unten sind 3,1 Einheiten beim OÖGP (*Achtung: Das ist womöglich eine falsche Zahl; der GÖG/ÖBIG wurde auf **mehrmaliges** Nachfragen diese Zahl genannt – den KollegInnen der SGKK aber – eher nachvollziehbare – 13 Einheiten*). Studien hinsichtlich tatsächlicher Behandlungsdauern (über Kalenderjahreswechsel hinaus) sind in Salzburg geplant und werden – nach Abschluss entsprechender Vereinbarungen zwischen Vereinen und Trägern – zukünftig auch in Wien und NÖ durchgeführt. Im Tiroler Modell beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer rund 16 – 17 Monate.

4. Beantwortung der drei obigen Fragen auch in Hinblick auf den Kostenzuschuss.

Rund 550.000 Psychotherapieeinheiten durch niedergelassene Therapeutinnen/Therapeuten wurden 2009 insgesamt bezuschusst. In etwa konnte die gleiche Anzahl von PatientInnen wie durch die Sachleistungsversorgung erreicht werden.



5. Welche großen Versorgungsvereine gibt es, wo haben sie ihren Sitz, wo sitzen die zugehörigen TherapeutInnen? (Bild der geografischen Zugänglichkeit)

Bundesland	Sitz	Verein; Anzahl der TherapeutInnen (2009)
B	Eisenstadt	Institut für Psychotherapie im ländlichen Raum (IPR); 44 TherapeutInnen
NÖ	Wien	Niederöstrerr. Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NGPV); 130 TherapeutInnen
NÖ	Wien	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP); 53 TherapeutInnen
OÖ	Linz	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA); 105 TherapeutInnen – Anm.: diese TherapeutInnen sind vom PGA angestellt
OÖ	Linz	Oberöstrerr. Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP); 175 TherapeutInnen
S	Salzburg	ARGE Psychotherapie; 264 TherapeutInnen (275 Anfang 2011)
St	Graz	Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark; 180 TherapeutInnen
St	Graz	Verein für ambulante psychologische Psychotherapie; 45 TherapeutInnen
T	Innsbruck	Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols (P.V.T.); hier gibt es keine „Einzelvertragsverhältnisse“; Angaben schwanken zwischen 268 und 349
W	Wien	Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPV); 552 TherapeutInnen
W	Wien	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP); 170 TherapeutInnen

Der Anspruch geografischer Erreichbarkeit ist weitgehend erfüllt, in allen österreichischen Bezirken sind PsychotherapeutInnen in der Sachleistungsversorgung tätig.

In allen Bundesländern wird auf regionale Ausgewogenheit der Sachleistungsversorgung Bedacht genommen. In Niederösterreich etwa wurde der Stellenplan des Gesamtvertragsentwurfs in die Praxis umgesetzt (in der Steiermark will die GKK ähnliches erreichen). In Kärnten wird bei speziellem regionalem Bedarf derart flexibel reagiert, dass Kontingente bei PsychotherapeutInnen außerhalb der für die Sachleistungserbringung bestimmten Institutsstandorte zugekauft werden. Beispielhaft sei die konkrete Verteilung der 175 TherapeutInnen in einer der Oberösterreichischen Vereinslösungen (OÖGP) angeführt: 62 Linz-Stadt, 51 Grossraum Wels-Linz-Steyr, 6 Mühlviertel, 23 Innviertel, 32 Traunviertel.

In Salzburg wurde festgestellt, dass „Innergebirg“, obwohl dort ein Drittel der Landesbevölkerung lebt, nur 7% der Psychotherapeuten tätig ist, sodass auch das Sachleistungsangebot regional unausgewogen ist. Der Versuch, durch Schaffung einer Vertragseinrichtung im Verbund mit dem Krankenhaus Schwarzach dem Rechnung zu tragen, hat noch nicht den gewünschten Ausgleich geschafft, nicht zuletzt deshalb, weil es der Einrichtung nicht gelingt, ausreichend Psychotherapeuten zu gewinnen.



Es gibt die Tendenz, dass die in größeren Städten tätigen TherapeutInnen aufgrund der dort vorherrschenden größeren Anonymität das Umland teilweise mitversorgen.

6. Beispielhafte Darstellung kleinerer Vereine.

Oberösterreich – Flüchtlingsbetreuung OASIS (Volkshilfe)

Einrichtung für Flüchtlinge, die psychologisch und psychotherapeutisch betreut werden. Psychotherapie erfolgt nach klinisch-psychologischer Diagnostik, jährlich etwa 100 PatientInnen (1600 Therapieeinheiten).

Wien – Betreuung teils schwerst erkrankter TraumapatientInnen (Verein ESRA)

Es gibt aufgrund der wenigen Fälle und der sehr gezielten Zuweisung kein vereinbartes Stundenkontingent mit dem KV-Träger. Der Erstkontakt mit den therapiesuchenden PatientInnen erfolgt überwiegend über ein ausführliches ärztliches Gespräch; erst dann erfolgt möglicherweise Entscheidung zur Psychotherapie. Schwer(st) Erkrankte und sozial Bedürftige werden jedenfalls bevorzugt behandelt (Vorreihung).

Salzburg: Vereinsverträge mit Einrichtungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern, Patienten nach stationären Aufenthalten, Behinderten und Flüchtlingen.

7. Gibt es sonstige Vertragspartner für die Sachleistungsversorgung?

Neben Ärztinnen und Ärzten (PSY 3), welche „psychotherapeutische Medizin“ erbringen, gibt es zahlreiche Institutionen (Sozialpsychiatrische Zentren, psychiatrische Not- und Krisendienste, spezialisierte Ambulatorien), die unter einem breiten, multiprofessionellen Behandlungsangebot auch Psychotherapie leisten. Aufgrund der in der Regel für diese Versorgungsangebote vereinbarten Pauschalfinanzierung können für die meisten dieser Institutionen keine genauen Stundenkontingente für reine psychotherapeutische Leistungen ermittelt werden.

Beispiel einer derartigen Einrichtung: Kärnten – Sozialpsychiatrisches Zentrum Spittal/Millstättersee

Das Ambulatorium bietet (musterhaft für psychosoziale Betreuungseinrichtungen) multiprofessionelle Grundversorgung an, damit psychisch (schwer) Erkrankte den Alltag bewältigen können. Es erfolgt eine Anamnese durch PsychiaterInnen, anschließend klinisch-psychologische Diagnostik und Psychotherapie sowie Krisenintervention. Schwerpunkte bilden die Rehabilitation und die umfassende soziale Betreuung. Pro Jahr werden etwa 450 PatientInnen betreut; die Kostenteilung erfolgt (auch „klassisch“ für derartige Einrichtungen) im Verhältnis 1/3 KGKK, 2/3 Land Kärnten.

8. Wieviele PsychotherapeutInnen sind im Rahmen der Vereine tätig?

Im Jahr 2009: 2.067 in den großen Versorgungsvereinen (siehe Tabelle zu Frage 5). In dieser Zahl nicht enthalten sind die im Rahmen von Institutionen tätigen PsychotherapeutInnen.



9. Welche Stundenkontingente haben sie typischer Weise, und sind sie zusätzlich auch mit Kostenzuschuss tätig?

Die Schwankungsbreite der Durchschnittswerte bei den einzelnen Vereinen beträgt zwischen 120 und 400 Stunden pro Jahr (österreichweiter Durchschnitt 240 Stunden/Jahr). In Einzelfällen werden Spitzenwerte von 1000 Stunden erreicht. Im Burgenland beträgt die Maximalzuteilung 300 Stunden, in Niederösterreich gibt es eine Mindeststundenanzahl von 200. In Tirol verteilen sich die Stunden in Abhängigkeit vom Ausmaß der unselbständigen Beschäftigung der TherapeutInnen. In Salzburg gibt es keine Stundenverteilung pro Therapeut; sondern es erfolgt die Zuteilung der Therapieplätze patientenbezogen. Die TherapeutInnen erbringen in der Regel auch bezuschusste Leistungen (vgl. die bei Frage 11 behandelte Problematik).

10. Wie kommen die PsychotherapeutInnen in die Versorgungsvereine?

Im Regelfall durch Bewerbung beim Verein selbst. Anforderungen an PsychotherapeutInnen, die über den Nachweis einer abgeschlossenen Psychotherapieausbildung hinausgehen, werden prinzipiell von allen Trägern festgelegt, die sich dabei in der Regel am Gesamtvertragsentwurf orientieren.

Ausnahmen bilden Salzburg mit allgemein (für die Behandlung der schwerer Erkrankten) und speziell (für Gruppen- und Familientherapie) höheren Qualifikationserfordernissen und das Burgenland mit der Forderung nach speziellen Nachweisen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Tirol verzichtet auf weitere Erfahrungsnachweise – eine Voraussetzung für die Teilnahme am Tiroler Modell ist jedoch die Absolvierung eines „EinsteigerInnenseminars“.

Salzburg und Tirol haben prinzipiell „offenen“ Zugang, wenn auch unter völlig anderen Auspizien: wer die qualitativ hohen Anforderungen erfüllt (Erfahrungsnachweis), kann an der Salzburger Versorgung für die schwer Erkrankten teilnehmen, an dem für die Zielgruppe der wirtschaftlich Schwachen (die in erheblichem Ausmaß vom Land Salzburg mitfinanziert wird) eingerichteten Sachleistungsmodell können auf Wunsch des Landes alle in die Psychotherapeutenliste eingetragenen PsychotherapeutInnen teilnehmen..

In Tirol bekommen „NeueinsteigerInnen“ vorerst 2 Wochenstunden zugeteilt (dieses erste Stundenkontingent kann – abhängig vom unselbstständigen Beschäftigungsausmaß der PsychotherapeutInnen – über die Jahre auf 6 Wochenstunden anwachsen; die Stundenkontingente der TherapeutInnen im Modell werden im Übrigen nur zu ca. 50% ausgeschöpft (Durchschnittsergebnis über die letzten Jahre). *(Anm.: Hier schaut der- im Übrigen als einziger vom ÖBVP „anerkannte“ und diesem auch nahestehende – Versorgungsverein darauf, dass prinzipiell alle berufsberechtigten TherapeutInnen eine Abrechnungsmöglichkeit haben bzw. hätten).*

Tendenziell ist die Fluktuation bei den anderen Vereinen gering, es gibt Wartelisten für die Aufnahme. Meist nur bei Stundenkontingenterhöhungen bzw. wenn ein (z.B. für die Behandlung von Kindern) spezialisierter Therapeut gesucht wird, kommen neue TherapeutInnen in die Versorgungsvereine. Zumindest ein weiterer Verein (Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung) möchte möglichst viele TherapeutInnen teilhaben lassen.



11. Wie sehen die Vertragsbedingungen zwischen KV-Trägern und Vereinen aus, wie die Vertragsbedingungen zwischen Vereinen und PsychotherapeutInnen?

Die Verträge zwischen den KV-Trägern und den Vereinen enthalten in der Regel einen Leistungskatalog, Bestimmungen über die vorgesehenen Behandlungsformen und die Vergabe der vorhandenen Therapieplätze sowie sonstige gegenseitige Rechte und Pflichten. Statistische Auswertungen, generelle Rückmeldungen usw. werden in der Regel nur für den Bedarfsfall vereinbart (Ausnahme ist das Salzburger Modell, welches durch äußerst detaillierte Ablaufprozesse eine präzise Datenbetrachtung ermöglicht).

Freie Sachleistungsplätze sollen in allen Bundesländern bevorzugt schwer Erkrankten (Ausnahme Tirol: ausschließlich schwer Erkrankten) und Erkrankten mit geringer Finanzkraft zukommen.

Hinsichtlich der Institutionalisierung dieser Zugangsregelungen gibt es wesentliche Unterschiede bei den Sachleistungsversorgungen.

Naturgemäß einfach zeigt sich die Praxis der Zuteilung bei Instituts- und Ambulatoriumslösungen wie in Kärnten und Vorarlberg. Beispiel Ambulatorium für Psychotherapie der *pro mente* in Klagenfurt: hier erfolgt nach einer ausführlichen Anamnese der PatientInnen in Gruppenbesprechungen unter den angestellten TherapeutInnen eine Triage nach Dringlichkeit, Therapiefähigkeit usw.

Steuerungsmechanismen hinsichtlich PatientInnen, die freiberufliche TherapeutInnen konsultieren sind schwieriger zu bewerkstelligen.

Einem „Clearing“ werden die potentiellen Fälle nur im Burgenland, Salzburg, Tirol und in naher Zukunft auch in Oberösterreich unterzogen.

In den anderen Bundesländern gibt es wenig bis gar kein „Clearing“. Bei der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung etwa bleibt es letztlich dem einzelnen Therapeuten überlassen, im Rahmen seiner Kontingente die Sachleistung bevorzugt bedürftigeren Patienten zukommen zu lassen. Der andere Wiener Verein VAP (auch für NÖ zuständig) steuert auf eine eigene Weise (siehe gleich nächste Frage).

Zum Burgenland: hier entscheiden Intervisionsgruppen mit sechs bis acht TherapeutInnen über die Aufnahme der PatientInnen in die Sachleistung.

In Salzburg und Tirol gibt es explizite Auswahlkriterien, die institutionalisiert umgesetzt werden. Im Tiroler Modell wird ausschließlich für schwer und schwersterkrankte PatientInnen Sachleistung gewährt (Antrag an die Gesellschaft). In Salzburg erfolgt die Zuteilung aller Sachleistungsplätze bedarfsorientiert durch die Kasse und nicht durch den Verein. Sie ist auf zwei Zielgruppen eingeschränkt:

1. Sachleistung für schwer Erkrankte: 2009 wurden monatlich 100 Kontingentplätze für schwer Erkrankte auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung (Diagnose, psychischer Befund, GAF-Wert), Dringlichkeit und soziale Lage zugeteilt. Dies hat – im Unterschied zu anderen Modellen – den Vorteil, dass über das ganze Jahr hinweg Sachleistungsplätze zur Verfügung stehen und nicht bereits nach einigen Monaten für das ganze Kalenderjahr aufgebraucht werden
2. Sachleistung für wirtschaftlich Schwache werden – unter Mitverwendung von Sozialmitteln des Landes, die von der SGK verwaltet werden – all jenen zugeteilt, die unter die ökonomischen Kriterien der Sozialhilfe (bzw Mindestsicherung) fallen.



Die Vertragsbeziehungen zwischen den Vereinen und den PsychotherapeutInnen sehen in der Regel nähere Bestimmungen über das zur Verfügung gestellte Stundenkontingent und die Überbindung der Beachtung von Zugangskriterien vor – je institutionalisierter der Zugang, desto detaillierter sind auch die dementsprechenden Vertragsregelungen. Es gibt Fälle, die sich auf mündliche Absprachen beschränken. Im Verein für ambulante psychologische Psychotherapie Steiermark können nur PsychologInnen Mitglied werden. Im Tiroler Modell bestehen überhaupt keine „Einzelvertragsbeziehungen“.

Es kann gesagt werden, dass – mit Ausnahme einiger angestellter TherapeutInnen – in der Regel die anderen auch auf Kostenzuschussbasis tätig werden.

Dass bei einem einzelnen Therapiefall eine Mischung aus Sachleistung und Kostenzuschuss erfolgt, kann – trotz der in der Regel vertraglich normierten Untersagung dieser Konstellation – nach unseren Recherchen (Aussagen von Vereinsadministratoren) in der Praxis nicht immer ausgeschlossen werden. Je „institutionalisierter“ das Zugangsverfahren gestaltet wird, desto unwahrscheinlicher ist diese Konstellation.

12. Wie gestaltet sich der Erstkontakt zwischen therapiesuchenden PatientInnen und den Versorgungsvereinen (systematische Schienen der Kontaktaufnahme; Ansprechpartner beim KV-Träger, beim Verein)?

Dabei gibt es ebenfalls wesentliche Unterschiede; erwähnt sei allerdings, dass alle Träger und Vereine entsprechende Infofolder, Internetveröffentlichungen usw. anbieten.

Die Kontaktaufnahme mit einer bestimmten Stelle ist bei den Lösungen in Kärnten und Vorarlberg vorgesehen (z.B. Ambulatorium Klagenfurt).

Im Burgenland wird (verpflichtend) ein Eingangsgespräch der PatientInnen mit einem Therapeuten des Vereins (in den Dienststellen der BGKK) geführt.

Wien und NÖ: Die Kontaktaufnahme erfolgt *grosso modo* in einem Verhältnis von etwa 50:50 direkt beim Psychotherapeuten oder eben über den Verein. Alle Vereine betreiben Telefonhotlines und Internetseiten. Etwa 1/3 bis zur Hälfte der Fälle aller Kontakte erfolgt auf Veranlassung von Zuweisern (Krankenhaus, Arzt für Allgemeinmedizin usw.). Die Hotlines geben in der Regel Informationen über freie Therapieplätze (so sie dem Verein gemeldet werden) weiter. Beim VAP besteht die Möglichkeit, schon beim ersten Telefonat ein strukturiertes Beratungsgespräch und gezieltere Informationen über TherapeutInnen zu erhalten.

Steiermark: Die Kontaktaufnahme erfolgt ähnlich wie in Wien und NÖ. Allerdings wird hier derzeit aktuell eine Systematisierung der Meldung und des Abrufs freier Sachleistungsplätze über Internet angestrebt.

Salzburg: Es besteht kein obligater Kontakt zwischen PatientInnen und der ARGE Psychotherapie, da die Zuteilung von Sachleistungskontingenten durch die Kasse erfolgt. PatientInnen haben freie Wahl unter den am Modell teilnehmenden TherapeutInnen. Ansprechpartner gibt es sowohl bei den KV-Trägern wie auch bei den Sachbearbeiterinnen der ARGE Psychotherapie; Informationen erhalten die Versicherten über einen Folder zur Psychotherapie, diverse Infoblätter, Listen der Sachleistungsvertragstherapeuten, sowie die Homepage der ARGE Psychotherapie und auch der SGKK, entsprechende Infoveranstaltungen, wie auch über die PsychotherapeutInnen selbst.

Tirol: AnsprechpartnerInnen für Versicherte gibt es sowohl bei der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols als auch bei den KV-Trägern. Die Gesellschaft betreibt zudem ein automationsunterstütztes System, welches die Suche nach freien Sachleistungsplätzen bei PsychotherapeutInnen ermöglicht („Dynamisches Bedarfserhebungssystem“). In dieses können alle



PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, Ambulanzen etc. einen Behandlungsbedarf für PatientInnen anmelden. PsychotherapeutInnen auf der anderen Seite können im System Behandlungsplätze ausschreiben. Im ersten Halbjahr 2011 ist geplant, umfassende Beratungsmöglichkeiten in der TGKK Zentrale und deren Außenstellen anzubieten.

Oberösterreich: Das Kontaktaufnahmeprozeder, welches über die Vereine abgewickelt wurde, wird derzeit umgestellt. Es ist eine Clearingstelle als zentraler Kontaktpunkt eingerichtet – Hauptaufgaben sind die Verwaltung von Wartelisten und die gezieltere Zuweisung.

13. Wie funktioniert der Zugang der PatientInnen zur Therapie?

In Kärnten und Vorarlberg ist eine direkte Kontaktaufnahme mit einer den Behandlern „vorgeschalteten“ Institution zwingend vorgesehen. In den übrigen Bundesländern gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Sofortige Konsultation des ausgewählten Behandlers oder vorangehender Kontakt mit einem das Sachleistungskontingent bewirtschaftenden Verein. Für die näheren Zugangsbestimmungen siehe Fragen 11, 14 und 15.

14. Gibt es eine Systematik des Zugangs/der Zuweisung nach Schweregrad, sozialer Bedürftigkeit, differenzierter Diagnostik?

Es gibt vor jeder psychotherapeutischen Behandlung definierte Verfahren der Beantragung (durch die PatientInnen bzw. durch die PsychotherapeutInnen) und Bewilligung der Behandlung, wobei sich diese für die Gewährung von Sachleistung im Wesentlichen an den Vorgaben zum Erhalt eines Kostenzuschusses des jeweiligen Trägers orientieren – ausgenommen Burgenland, Tirol und Salzburg. In jedem Fall ist die Beantragung und die Bewilligung der Behandlung durch die KV vorgesehen, wobei die Anzahl der bewilligungsfreien Stunden, der Zeitpunkt der neuerlichen Beantragung und die erforderlichen Begutachtungen in Abhängigkeit vom Träger variieren (etwa vorherige psychiatrische Begutachtung oder klinisch-psychologische Diagnostik usw.).

Eine völlig andere Vorgangsweise besteht im Tiroler und im Salzburger Modell. In Tirol spricht eine Gutachterkommission der Gesellschaft eine Empfehlung an den KV-Träger aus (Behandlung ausschließlich für Schwer- und Schwerstkranke). In Salzburg erfolgt die Bewilligung im Rahmen eines im Vergleich zu den sonst üblichen Antragsformularen weit ausführlicheren, standardisierten, dafür aber auch anonymisierten Antragsverfahrens für die beiden Zielgruppen der Sachleistungsversorgung. Auch im Burgenland ist eine Priorisierung schwerer Erkrankter – hier weniger institutionalisiert durch die sog. Interventionsgruppen – vorgesehen.

In Oberösterreich soll die Clearingsstelle zukünftig nach Dringlichkeit und sozialer Bedürftigkeit Sachleistung vergeben, In Kärnten und Vorarlberg erfolgen Priorisierungs/Triagierungsentscheidungen durch die Institutionen nach Konsultation und Anamnese.

In den übrigen Bundesländern werden die Kontingente von Psychotherapieeinheiten als Sachleistung auf die mitarbeitenden PsychotherapeutInnen je nach deren freien Kapazitäten und der Verfügbarkeit von Stunden (in den Regionen) aufgeteilt. Es bleibt in der Regel ihnen selbst überlassen, vertraglich vorgesehene Priorisierungen – nach Schwere der Erkrankung und sozialer Bedürftigkeit – durchzuführen (Anm. Ein steiermärkischer Verein legt Wert darauf zu betonen, dass die Praxis der Handhabung dieser Bestimmungen in regelmäßigen „Teambesprechungen“ supervidiert wird.



15. Wie gut ist der Anspruch Kranker auf die Sachleistung verwirklicht (Ausmaß von Wartezeiten, Staffellung von Wartezeiten nach Dringlichkeit, sonstige Systeme der Berücksichtigung von Dringlichkeit)?

Bei der Psychotherapie sind bei der Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes Kriterien wie angewandte Methoden, Setting, und insbesondere die behandelnde Person (notwendige therapeutische Beziehung) viel stärker zu berücksichtigen als bei der ärztlichen Behandlung.

Kritischer Punkt ist dabei die Wahlfreiheit der PatientInnen – wie ausführlich dargestellt wurde, besteht z.B. nach wie vor eine geringere TherapeutInnendichte in den ländlichen Regionen.

Es kann daher keine „standardisierte“ Wartezeitendarstellung geben. Im Übrigen gibt es hier durchaus schwer verständliche Konstellationen. Ein Beispiel: Gruppentherapieplätze im Ambulatorium Klagenfurt können praktisch sofort vergeben werden – die an einer leichten Angststörung leidende, sofort therapiewillige und –fähige Patientin hat so unter Umständen überhaupt keine Wartezeit, während die schwer traumatisierte, nicht gruppentherapiefähige PatientIn trotz Vorreihung einige Wochen auf die Einzeltherapie (durch eine Frau als Therapeutin) warten muss (*Anm.: Im Ambulatorium ist allerdings jedenfalls die erste Hilfe in Form von krisenintervenierendem Erstgespräch und ärztlicher Betreuung sichergestellt*).

Grundsätzlich gesprochen sind dort längere Wartezeiten gegeben, wo die Behandlung beim Therapeuten/der Therapeutin der Wahl stattfinden soll.

Das Ausmaß der Wartezeiten differiert im Regelfall zwischen 0 und 5 Monaten. Die meisten Vereine achten darauf, dass binnen weniger Tage zumindest ein Erstgespräch geführt werden kann.

In Salzburg kommt es praktisch zu keinen Wartezeiten – die Therapie bei einem/einer am Modell teilnehmenden TherapeutIn wird begonnen, die Entscheidung bei schwerer Erkrankten ob die Aufnahme in die Sachleistung erfolgt, wird durch die monatliche Zuteilung von Sachleistungsplätzen getroffen.

In Tirol beträgt die Wartezeit derzeit rund drei Monate für die im automationsunterstützten „dynamischen Bedarfserhebungssystem“ aufgenommenen PatientInnen (jene PatientInnen, die noch keinen Therapieplatz gefunden haben).

In der Steiermark werden grundsätzlich für die vergangenen Jahre 1–2 Monate Wartezeit angegeben – ganz aktuell (Anfang 2011) hat sich die Wartezeit auf bis zu 5 Monate erhöht, da eine Kontingentüberschreitung 2010 gegenwärtig ausgeglichen werden muss. Als dringend eingestufte Fälle werden etwa an die Psychiatrieambulanz verwiesen.

Im Burgenland gibt es eine Wartezeit von 2–4 Wochen. Dringende Fälle können innerhalb weniger Tage vermittelt werden.

In Wien und N.Ö. beträgt die Wartezeit zwischen 8 Wochen (VAP) und 16 Wochen (WGPV). Dazu ist allerdings anzumerken, dass für alle Vereine mit den Trägern ein Notfallkontingent (bis zu 1000 Einheiten) vereinbart worden ist. Es liegt im Ermessen der Vereine, diese Stunden zuzuteilen. Beim VAP erfolgt dies direkt über die Hotline des Vereins – nach einem strukturierten Beratungsgespräch wird direkt an geeignete TherapeutInnen verwiesen (*Anm.: Überdurchschnittlich viele als „sehr dringend“ gemeldete Fälle – darunter auch durch Ombudsleute der Träger vermittelte PatientInnen – nahmen eine durch die Hotline vermittelte Therapie aus dem Notfallkontingent nicht in Anspruch*).

In Oberösterreich werden regional sehr unterschiedliche Wartezeiten gemeldet (zwischen 3 und 6 Wochen, in Einzelfällen aber ein Jahr). Die eben erst etablierte zentrale Clearingsstelle soll diesbezüglich Abhilfe



schaffen. In Kärnten ist die Wartezeit stark vom Setting abhängig – Gruppentherapieplätze sind sofort verfügbar; auf Einzeltherapien besteht je nach Konstellation bis zu 3 Monate Wartezeit. In Vorarlberg kommt es je nach Standort in Einzelfällen zu Wartezeiten bis zu 3 Monaten, es gibt das Angebot von „Überbrückungsterminen“.

Generell ist zu sagen, dass bei jenen Modellen, die dem Verein Stundenkontingente zur Verteilung überlassen und nicht durch die Kasse gesteuert wird, in der Praxis das Problem entsteht, dass unter Umständen bereits vor Jahresablauf die Kontingente aufgebraucht sind.



7 Klinisch–psychologische Diagnostik

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

Die Klinische Psychologie ist ein Teilgebiet der Psychologie. Zwischen 1990 und 1993 wurden mit dem Psychologengesetz (BGBl 1990/360) und der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl 1993/801) die ersten legislativen Grundlagen für die klinisch–psychologische Versorgung in Österreich gelegt. In der 50. ASVG–Novelle (BGBl 1991/676) wurde die klinisch–psychologische Diagnostik, nicht jedoch die klinisch–psychologische Behandlung in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.²⁶

Der Beruf der klinischen Psychologin/des klinischen Psychologen ist ein freier Gesundheits– und Heilberuf. Seit 1991 sind Ausbildung, Berufspflichten und Rechte der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen im Psychologengesetz geregelt.²⁷ Die Berufsbezeichnung „klinische Psychologin“ oder „klinischer Psychologe“ ist gesetzlich geschützt.

Die klinisch–psychologische Diagnostik ist die Untersuchung von Menschen, die unter einer körperlichen Erkrankung, bei der psychische Faktoren eine Rolle spielen, oder unter psychischen Störungen leiden. Die Diagnostik wird auch eingesetzt, wenn der Verdacht auf eine krankheitswertige Störung besteht. Dabei werden mit wissenschaftlichen Methoden die Persönlichkeitsstruktur, die psychische Befindlichkeit sowie Art und Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung und Leistungsfähigkeit bzw. deren Einschränkung untersucht. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse berät die klinische Psychologin bzw. der klinische Psychologe über eventuell erforderliche Behandlungsmaßnahmen und erstellt Befunde für die Zuweiser.

7.1 Leistungsanbieter

Mit Stand 31. 12. 2009 sind in Österreich 6.477 Personen in der Liste der selbständig berufsberechtigten klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen beim BMG eingetragen. Rund 97 Prozent der klinischen Psychologinnen und Psychologen sind auch als Gesundheitspsychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen in der Liste eingetragen, d. h., die beiden Berufsgruppen sind annähernd deckungsgleich. Etwas weniger als ein Drittel der klinischen Psychologinnen und Psychologen verfügt über die Berufsberechtigung zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie.

Klinische Psychologinnen und Psychologen sind auf den städtischen Bereich konzentriert. Noch immer arbeiten etwa zwei Drittel der berufsberechtigten Personen in Wien bzw. in den Landeshauptstädten. Annähernd 80% der klinischen Psychologinnen und Psychologen sind – bezogen auf den Stichtag 31.12.2008 – weiblich. Der Frauenanteil ist seit 1991 generell angestiegen.

Mit Stand Anfang 2010 gab es in Österreich 92 VertragspsychologInnen und 477 WahlpsychologInnen der sozialen Krankenversicherung.

²⁶ GÖG/ÖBIG 2007a: Klinisch-psychologische Versorgung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien. GÖG/ÖBIG, 2010 – eigene Darstellung

²⁷ BMG (Hg.) 2005: Klinische Psychologie. Wenn's allein nicht weiter geht. Informationsbroschüre. Bundesministerium für Gesundheit. Wien



Wahlpsychologinnen und -psychologen müssen eine den Vertragspsychologinnen und -psychologen entsprechende Qualifikation in psychologischer Diagnostik aufweisen.

Es besteht in Österreich ein bundesweit einheitlich geltender Gesamtvertrag für die klinisch-psychologische Diagnostik (ausgenommen Vorarlberg).

Von den Krankenversicherungsträgern werden bei Wahlpsychologinnen und -psychologen 80% der Honorarkosten (des Kassensatzes) zurückerstattet.

7.2 Versorgung und Ausgaben der Sozialversicherung

Seit 1995 ist klinisch-psychologische Diagnostik eine Dienstleistung des Gesundheitswesens, deren Kosten von den Versicherungsträgern übernommen werden.

Als Meilenstein in der Entwicklung der Diagnostik und Behandlung der PatientInnen ist anzusehen, dass, nachdem es ausschließlich den Ärzten/ den Ärztinnen vorbehalten war, in die körperliche und geistige Integrität eines Patienten/einer Patientin einzuwirken, nun auch ein neuer Berufszweig die "Erlaubnis" zu einem Eingriff in die psychische Integrität erhielt.

Konsequenterweise wurde auch das ASVG angepasst, und ein Gesamtvertrag zwischen den Trägern der KV und dem Berufsverband österreichischen Psychologinnen und Psychologen (BÖP) abgeschlossen.

Seit Beginn der Vertragsbeziehungen zeigte sich, dass die VertragspsychologInnen eine sehr verlässliche, korrekte Gruppe von VertragspartnerInnen sind. Der im Vertrag vorgesehene Bundesschlichtungsausschuss musste nur einmal tätig werden. Streitigkeiten bezüglich der Einzelverträge sind äußerst selten.

Wichtig: Die klinisch-psychologische Diagnostik kann grundsätzlich von einem Patienten/einer Patientin einmal pro Jahr in Anspruch genommen werden.

Die Aufwendungen für VertragspsychologInnen betragen im Jahr 2009 4.686.899 Euro, grob geschätzt haben 15.000 Personen, davon rund zwei Drittel Kinder und Jugendliche, klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen).

Für die WahlpsychologInnen gab es einen Aufwand in der Höhe von 680.409 Euro.

Somit beträgt der Gesamtaufwand im Jahr 2009 für die klinisch-psychologische Diagnostik 5.367.308 Euro.

7.3 Anforderungen der Sozialversicherung an die PsychologInnen

Die Bestimmungen des Gesamtvertrages hinsichtlich der Auswahl der VertragspartnerInnen beinhalten Qualitätskriterien.

Um Erfahrung in der Diagnostik von Krankheiten sicherzustellen, ist eine zumindest einjährige Tätigkeit in einer einschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens nach Eintragung in die Psychologenliste erforderlich. Abhängig von der Dauer der nachgewiesenen Tätigkeit sind 100 bis 300 eigendiagnostizierte Fälle zu belegen.



8 Stationäre Versorgung in Krankenanstalten

ÖG/ÖBIG; unter Mitarbeit von Dr. Johannes Gregoritsch (HVB)

8.1 Stationäre psychiatrische Versorgung

Im Jahr 2007 (auf das sich die detaillierten Auswertungen in diesem Bericht beziehen) wurden 68.781 Patientinnen und Patienten oder 0,8 Prozent der Versicherten aufgrund einer F-Hauptdiagnose nach ICD-10 stationär in einem österreichischen Krankenhaus aufgenommen, d. h. sowohl in nicht-psychiatrischen als auch in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Die Anzahl der Aufnahmen steigt in den letzten Jahren an (Anm.: Im Jahre 2009 wurden knapp mehr als 70.000 Patientinnen und Patienten stationär betreut). Die Anzahl der zwangsweisen Unterbringungen ist im Übrigen stark abnehmend.

Die Kosten betragen pro Patient pro Aufenthalt knapp unter 4000 Euro, gesamt werden daher für die schwer Erkrankten, die einen stationären Aufenthalt brauchen, die im Vergleich zu anderen Dimensionen höchste Summe, nämlich fast 280 Mio. Euro (Summe 2009, ohne Demenzkranke) aufgewendet.

Rund 70 Prozent der Aufenthalte wegen F-Hauptdiagnosen wurden auf psychiatrischen Abteilungen verzeichnet, rund 19 Prozent auf Abteilungen für Innere Medizin. Auffällig ist, dass es je nach Hauptdiagnose Unterschiede hinsichtlich der behandelnden Abteilungen gibt. Beispielsweise werden 40 Prozent der Aufenthalte wegen depressiver Episoden und 27 Prozent der Aufenthalte wegen Verhaltensstörungen durch Alkohol auf nichtpsychiatrischen Abteilungen (hauptsächlich internen Abteilungen) verzeichnet.

Von den genannten Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2007 insgesamt 112.907 Aufenthalte und rund 1,7 Mio. Belagstage registriert. Die Aufenthalte aufgrund einer F-Hauptdiagnose machten insgesamt in diesem Jahr fünf Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus. Es wurden mehr Patientinnen als Patienten behandelt, der Frauenanteil betrug 56 Prozent. Pro Aufenthalt waren 15 Belagstage zu verzeichnen. Bedingt durch Mehrfachaufnahmen bei einem Teil der behandelten Personen, ergibt dies durchschnittlich 24 Belagstage pro Patientin bzw. Patient.

Am häufigsten wurden Hauptdiagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30–F39) gestellt, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48). Bei Frauen stehen die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Männern die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Die meisten Belagstage pro Patientin bzw. Patient und Jahr werden bei der Schizophrenie (F20) vor Essstörungen (F50) und schizoaffektiven Störungen (F25) verzeichnet. Bei einer detaillierteren Betrachtung der Hauptdiagnosen zeigt sich, dass bei Frauen die meisten Aufenthalte auf eine depressive Episode (F32) zurückzuführen sind, gefolgt von rezidivierender depressiver Störung (F33) und psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10). Bei den Männern werden die meisten Aufenthalte wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor depressiven Episoden (F32) und Schizophrenie (F20) gezählt.

Der Hauptverband führt gerade eine Studie über „Drehtürpatienten“ durch, deren Ergebnisse hier noch nicht einfließen können.



Die zu dieser Dimension durchgeführten Experteninterviews zeigen folgendes Bild: Immer kürzer werdende Aufenthalte auf den Stationen bedingen eine intensive außerstationäre Nachbetreuung, die derzeit zu wenig gewährleistet ist. Es fehlen offensichtlich verbindlich durchzuführende Betreuungspläne. Die psychosozialen Dienste tragen offensichtlich die Hauptlast der Nachversorgung – eine daneben existierende vielfältige Betreuungslandschaft „sucht sich ihre zu Betreuenden aus“. Mit verursacht durch gesplittete Kompetenzverteilung bzw. Finanzierungszuordnung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich finden die Patientinnen und Patienten oft nicht die richtige Betreuung. Die Krankenanstalten erbringen auch tagesklinische und ambulante Leistungen für psychisch Erkrankte.

8.1.1 Allgemeinpsychiatrie

Mit Stand November 2009 wurden insgesamt rund 3.380 Betten in Österreich für die (allgemein)psychiatrische Versorgung vorgehalten. Dies entspricht einer Bettenmessziffer von 0,41 tatsächlichen PSY-Betten pro 1.000 EW und liegt damit etwa im Mittel des definierten Rahmens von 0,3 bis 0,5 Betten pro 1.000 EW. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen Anstieg von rund 0,01 Betten pro 1.000 EW, wobei sich dieser vor allem durch die Neu-Zuordnung von Kostenstellen des psychiatrischen Langzeitbereichs oder der Forensik ergibt.

Für die Psychiatrie (PSY) sind im ÖSG Bedarfsrichtwerte in Form von Mindest- und Höchst-Bettenmessziffern sowie in Form von Erreichbarkeitskriterien festgelegt. Demnach wird ein Bedarf von 0,3 bis 0,5 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (EW) als Rahmen definiert. Dieser Planungsrichtwert umfasst nicht die Versorgung von chronisch psychisch Kranken, die langfristige gerontopsychiatrische Versorgung, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Psychosomatik, die forensische Psychiatrie sowie die Abhängigkeitserkrankungen (der akute Entzug ist jedoch der PSY zuzurechnen) (GÖG/ÖBIG 2009).

8.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich gibt es mit Stand November 2009 insgesamt rund 388 Kinder- und Jugendpsychiatrie-Betten; dies entspricht einer bundesweiten Bettenmessziffer von 0,05 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und liegt somit unterhalb der unteren Grenze des BMZ-Sollintervalls.

Bezogen auf den aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich aus den Bettenrichtwerten ein Bedarf von 500 bis 833 KJP-Behandlungsplätzen in Österreich. Im Vergleich mit dem Ist- Stand sind derzeit etwas mehr als drei Viertel des definierten Mindestbedarfs verwirklicht. Demnach wären künftig mindestens noch 112 weitere KJP-Betten einzurichten.

8.1.3 Abhängigkeitserkrankungen

Insgesamt werden rund 988 Betten in Österreich für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt; auf Österreich-Ebene entspricht dies 0,12 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW.

Für die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen (ABH) wird im ÖSG 2008 insbesondere darauf hingewiesen, dass die Planungsgrundlage für diesen psychiatrischen Spezialbereich eine breite interdisziplinäre Sichtweise sein muss, die die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung sowie den Sozialbereich berücksichtigt.

Insgesamt werden rund 988 Betten in Österreich für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt;

8.1.4 Stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Abteilungen

Die meisten Belagstage pro Patientin bzw. Patient und Jahr werden bei der Schizophrenie (F20) vor Essstörungen (F50) und schizoaffektiven Störungen (F25) verzeichnet. Bei einer detaillierteren Betrachtung der Hauptdiagnosen zeigt sich, dass bei Frauen die meisten Aufenthalte auf eine depressive Episode (F32) zurückzuführen sind, gefolgt von rezidivierender depressiver Störung (F33) und psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10).

Bei den Männern werden die meisten Aufenthalte wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor depressiven Episoden (F32) und Schizophrenie (F20) gezählt.

8.1.5 Stationäre Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen

Der folgende Abschnitt behandelt Auswertungen, für die ausschließlich Daten aus dem psychiatrischen Bereich herangezogen wurden, nämlich aus den LKF-Abteilungsgruppen Psychiatrie und Neurologie (61), Psychiatrie (62) und Kinder-Neuropsychiatrie (64). Diese Abteilungsgruppen werden im Text unter dem Begriff „PSY-Abteilungen“ zusammengefasst.

Im Jahr 2007 wurden in Österreich 51.885 Patientinnen und Patienten oder 0,6 Prozent der Versicherten, in PSY-Abteilungen stationär behandelt. 53 Prozent davon waren weiblich und 47 Prozent männlich. 86 Prozent wurden wegen F-Hauptdiagnosen nach ICD-102 behandelt, bei den restlichen 14 Prozent wurden somatische Hauptdiagnosen dokumentiert.

Für die 44.440 Patientinnen und Patienten mit F-Hauptdiagnosen wurden im Jahr 2007 insgesamt 79.055 Aufenthalte und 1.391.246 Belagstage verzeichnet. Das entspricht rund 31 Belagstagen pro Patientin bzw. Patient und rund 18 Tagen pro Aufenthalt.

Bei folgenden Hauptdiagnosen wird ein Anteil von zumindest 75 Prozent der Aufenthalte an PSY-Abteilungen dokumentiert: Schizophrenie (F20), Schizoaffektive Störung (F25), Bipolare affektive Störung (F31), Rezidivierende depressive Störung (F33), Spezifische Persönlichkeitsstörung (F60) und Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Bei einer detaillierteren Betrachtung zeigt sich, dass bei Aufenthalten von Frauen wegen F-Hauptdiagnosen die häufigsten Hauptdiagnosen die depressive Episode (F32) vor der rezidivierenden depressiven Störung (F33), den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) waren. Bei Aufenthalten von Männern wegen F-Hauptdiagnosen waren es hingegen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor Schizophrenie (F20), depressiver Episode (F32) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Die meisten Belagstage pro Patientin/Patient und Jahr (unter Berücksichtigung von Mehrfachaufnahmen) werden verzeichnet bei Schizophrenie (F20) mit rund 53 Tagen vor Essstörungen (F50) mit rund 47 Tagen, schizoaffektiven Störungen (F25) mit rund 41 Tagen und bipolaren affektiven Störungen (F31) mit rund 36 Tagen. Die jährliche Wiederaufnahmerate beträgt bei Essstörungen 2,5, bei Schizophrenie 2,0, bei schizoaffektiven und bipolaren Störungen jeweils 1,8. Das heißt, dass beispielsweise bei der Diagnose Schizophrenie die Patientinnen und Patienten im Schnitt zweimal im Jahr stationär aufgenommen wurden.

Patientinnen und Patienten mit somatischen Hauptdiagnosen an PSY-Abteilungen

Bei den 7.445 Patientinnen und Patienten mit somatischen Hauptdiagnosen waren die häufigsten Hauptdiagnosen episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40–G47) mit rund 15 Prozent der Aufenthalte vor zerebrovaskulären Krankheiten (I60–I69) mit rund 14 Prozent, sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54) mit rund 12 Prozent, sonstigen degenerativen Krankheiten des Nervensystems (G30–G32) mit rund neun Prozent und extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20–G26) mit rund sieben Prozent der Aufenthalte.

Altersgruppen

Bei der Betrachtung der Personengruppe mit F–Hauptdiagnosen ist bei Männern und Frauen die Gruppe der 45– bis 49-jährigen Personen am stärksten vertreten. Während bis zum 59. Lebensjahr mehr Männer wegen F–Hauptdiagnosen behandelt werden, ist der Frauenanteil in den Gruppen über 60 Jahren höher als der Männeranteil.

8.1.6 Stationäre Aufenthalte an nicht-psychiatrischen Abteilungen

Rund 70 Prozent aller Aufenthalte wurden auf PSY-Abteilungen (Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Kinder–Neuropsychiatrie) registriert, 19 Prozent der Aufenthalte entfielen auf Abteilungen für Innere Medizin, gefolgt von Abteilungen für Kinderheilkunde und Abteilungen für Neurologie. Bei den auf nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelten Personen liegt die Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F30–F39) an erster Stelle, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) und organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09).

Auffällig ist, dass es je nach Hauptdiagnose Unterschiede hinsichtlich der behandelnden Abteilungen gibt. Während rund 95 Prozent der Aufenthalte wegen der Hauptdiagnose Schizophrenie (F20) in PSY-Abteilungen verzeichnet werden, sind dies beispielsweise bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) rund 73 Prozent, bei depressiven Episoden (F32) nur 60 Prozent und bei psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) nur 49 Prozent. Mit Ausnahme der Essstörungen, bei denen Abteilungen für Kinderheilkunde ebenfalls eine Rolle spielen, sind es vor allem interne Abteilungen, die häufig Patientinnen und Patienten mit F–Hauptdiagnosen behandeln.

8.1.7 Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt

Die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt zumeist durch den Hausarzt, gefolgt von Fachärzten für Psychiatrie. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass es bei dieser Form der Nachbetreuung vor allem um die Medikamentenverschreibung geht und nicht um Gesprächsleistungen und auch nicht um psychosoziale Betreuung. Der Hausarzt nimmt auch deshalb einen quantitativ so hohen Stellenwert ein, weil in den meisten Regionen zu wenig niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie vorhanden sind und daher keine nahtlose Weiterbetreuung stattfinden kann, wenn die Terminvergabe beim Facharzt erst in einigen Wochen nach der Entlassung möglich ist. Die Spitalsambulanzen und die sozialpsychiatrischen Dienste spielen je nach Region bzw. Standort eine unterschiedliche Rolle.

Von mehreren Experten wird gesagt, dass die Nachbetreuung nach einer stationären Behandlung verbesserungsbedürftig ist, insbesondere fehlt ein verbindlich einzuhaltender Behandlungsplan. Viele



Institutionen würden sich die Patienten aussuchen, der PSD betreue dann den Rest (und ist in der Regel finanziell unterdotiert).

8.2 Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Akutversorgung

Seit Beginn der Dezentralisierung im Jahre 1987 (KFJ-Spital, Wien) wurden 14 von derzeit 20 im Rahmen der RSG geplanten Fachabteilungen umgesetzt. In Vorarlberg und im Burgenland ist derzeit keine Dezentralisierung vorgesehen. In den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg ist die Dezentralisierung weitgehend abgeschlossen. In Tirol und Wien sind noch nicht alle geplanten Standorte umgesetzt, in der Steiermark und in Kärnten ist die Dezentralisierung nach wie vor im Planungsstadium.

Die psychiatrischen Abteilungen werden sehr gut angenommen und stoßen zum Teil bereits an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Konsiliar-Angebote der psychiatrischen Abteilungen werden an allen Standorten ebenfalls sehr gut angenommen. Die Anbindung der psychiatrischen Abteilung an ein allgemeines Krankenhaus und damit die Möglichkeit zur interdisziplinären Arbeit werden in der Praxis als der größte Vorteil der Dezentralisierung erachtet. Dass die Dezentralisierung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheit beiträgt und die Vernetzung mit den außerstationären Leistungsanbietern ermöglicht, wird als weiterer Vorteil gesehen.

Die Dezentralisierung ist nach wie vor nicht abgeschlossen, die geplanten Standorte sollten möglichst rasch realisiert werden. Als größte Herausforderungen neben dem weiteren Ausbau der Dezentralisierung sind für die zukünftige erfolgreiche Weiterentwicklung der Versorgung die folgenden Bereiche zu nennen: Lösung des Problems eines sich abzeichnenden Personalmangels in den Bereichen ärztliches Personal und psychiatrisches Pflegepersonal, Konzentration von Spezialangeboten an einzelne Standorte, adäquater Ausbau ambulanter Einrichtungen und Dienste, Forcieren von Vernetzungstätigkeiten.

Die Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung stellt ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel dar und ist im ÖSG festgelegt. Sie soll durch Einrichtung von Abteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Akutkrankenhäusern erreicht werden.

8.3 Tagesklinische Angebote in der Psychiatrie

8.3.1 Überblick

Die Tagesklinik wird als ein Bereich zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung definiert mit einer wichtigen Nahtstellenfunktion zwischen diesen Versorgungsbereichen. Die Frage, ob die Tagesklinik eine stationäre Behandlung ersetzt oder erst im Anschluss an eine stationäre Behandlung erfolgt oder im Übergang zu einer ambulanten Behandlung indiziert ist, kann nicht eindeutig einer Möglichkeit zugeordnet werden. Nach den vorliegenden Rückmeldungen kann die psychiatrische Tagesklinik grundsätzlich alle drei genannten Funktionen bzw. Ausrichtungen annehmen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

Die tagesklinische Behandlung wird nur zum Teil anstelle des stationären Behandlungsangebots eingesetzt. Dies ist beispielsweise bei jenen Personen der Fall, die von sich aus früh genug Hilfe



aufsuchen, bevor also die Krankheitssymptome so akut sind, dass eine stationäre Aufnahme unvermeidlich ist, oder wenn es sich um leichtere Erkrankungsformen handelt.

Die Tagesklinik wird hauptsächlich als Nachbehandlungseinrichtung nach einem stationären Aufenthalt oder bei leichter erkrankten Personen als Übergang zu einer ambulanten Behandlung betrachtet. Die Patientinnen und Patienten können durch das Angebot der Tagesklinik zum Teil rascher aus der stationären Behandlung entlassen werden.

Der Anteil der Tagesklinik-Plätze an den gesamten allgemeipsychiatrischen Bettenkapazitäten liegt bei elf Prozent.

Derzeit sind in Österreich 24 allgemeipsychiatrische Tageskliniken mit insgesamt 303 Plätzen eingerichtet (inkl. drei Tageskliniken des PSD und vier Tageskliniken im OWS). Tageskliniken stellen mittlerweile einen integrierten Bestandteil der allgemeipsychiatrischen Versorgung dar. Dies wird u. a. daran deutlich, dass bei Einrichtung von neuen dezentralen psychiatrischen Abteilungen in den letzten Jahren zumeist auch psychiatrische Tageskliniken eingerichtet bzw. konkret geplant wurden (vgl. LK Thermenregion Baden, KH SSR Braunau, LKH Steyr, LKH Vöcklabruck, KH Schwarzach). Derzeit wird nur in den Bundesländern Burgenland und Vorarlberg keine tagesklinische psychiatrische Behandlung angeboten. Die meisten Tagesklinik-Plätze sind in Wien und Oberösterreich vorhanden. Die Größe der Tageskliniken schwankt zwischen sechs und 20 Behandlungsplätzen, die durchschnittliche Größe beträgt rund 13 Behandlungsplätze.

In Teilbereichen gibt es Überschneidungen zwischen den Funktionen der stationären, tagesklinischen und außerstationären (ambulanten) Versorgungsangebote, was durchaus sinnvoll ist.

8.4 Stationäre psychosomatische Versorgung²⁸

8.4.1 Einleitung

Für die psychosomatische Versorgung von Erwachsenen gibt es mit Stand 2009 insgesamt acht bettenführende und sieben nicht-bettenführende Einheiten, die mit entsprechendem Funktionscode gemeldet sind. Für Kinder und Jugendliche werden insgesamt an neun Abteilungen für KI PSO-Schwerpunkte bzw. -Departments angeboten.

Das psychosomatische Versorgungsangebot im stationären Akutbereich umfasst folgende Strukturen, die einen dem psychosomatischen Leistungsbereich entsprechenden Funktionscode tragen:

- bettenführende Einheiten
- an acht Standorten für Erwachsene und
- an neun Standorten und für Kinder und Jugendliche,
- nichtbettenführende Einheiten wie Ambulanzen und CL-Dienste
- an sieben Standorten für Erwachsene und
- an fünf Standorten für Kinder und Jugendliche.

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich somit die Anzahl der PSO-Einheiten für Erwachsene verringert, die für Kinder und Jugendliche ist gewachsen. In keinem der beiden Versorgungsbereiche

²⁸ GÖG/ÖBIG 2009e: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

sind bisher die im ÖSG 2008 angegebenen Mindesttrichtwerte bezüglich der stationären Kapazitäten erreicht.

8.4.2 Stationäre PSO-Angebote für Erwachsene

Mit Ausnahme des Burgenlandes und von Salzburg gibt es in jedem Bundesland eine bettenführende PSO-Einheit mit entsprechendem Funktionscode für die Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten.

Zielgruppen und Behandlungsangebote haben sich bei den Einheiten, die bereits 2006 bzw. 2007 bestanden, bis auf wenige Ausnahmen, nicht verändert. Mit Ausnahme der PSO-Einheiten in Waiern/Feldkirchen, Villach und im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien, ist das Angebot ausschließlich auf die mehrwöchige multimodale (psycho)therapeutische Behandlung konzentriert. Die Aufenthaltsdauern betragen im Durchschnitt mindestens vier Wochen.

8.4.3 Probleme der akutstationären PSO-Versorgung in den Bundesländern

Schwerpunkt der psychosomatischen Versorgung bildet die mehrwöchige multimodale psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit somatoformen Störungen und stabiler Therapiemotivation und -eignung. Der Großteil wird vom niedergelassenen Bereich überwiesen. Überweisungen von somatischen Abteilungen (z. B. Innere Medizin) sind eher die Ausnahme. Gründe dafür dürften im nach wie vor mangelnden Bekanntheitsgrad und/oder der geringen Akzeptanz der Psychosomatik innerhalb der somatischen Medizin zu suchen sein, aber auch Bestandssicherung könnte eine Rolle spielen. Es wäre zu diskutieren, inwieweit entsprechende Behandlungspfade das Hinzuziehen von psychosomatischem Fachpersonal garantieren und somit Kosten sparen könnten.

8.4.4 Stationäre PSO-Angebote für Kinder und Jugendliche

Derzeit sind in fünf Bundesländern PSO-Schwerpunkte und ein -Department mit entsprechenden Funktionscodes für Kinder und Jugendliche eingerichtet (siehe Tabelle 32 im Anhang). PSO-Behandlungsangebote gibt es auch in den Abteilungen für KI im KH der BBR in Eisenstadt und im Thermenklinikum Mödling. Diese wurden jedoch bislang nicht als PSO-Struktur mit entsprechendem Funktionscode gemeldet. Auf Basis der GÖG/ÖBIG-eigenen Erhebungen 2009 ist insgesamt erst etwas mehr als die Hälfte des erforderlichen Mindestbedarfs an stationären Kapazitäten gedeckt. Im Vergleich mit der letzten Erhebung des Ist-Standes 2004 (ÖBIG 2004) sind in Oberösterreich drei PSO-Schwerpunkte (LKH Steyr, LKH Vöcklabruck und Klinikum Wels-Grieskirchen), in Salzburg ein PSO-Department (LKH Salzburg) und in der Steiermark ein PSO-Schwerpunkt (LKH Leoben) neu eingerichtet worden.

Darüber hinaus wird in Niederösterreich im Landesklinikum St. Pölten, an der Universitätsklinik Innsbruck und im AKH Wien eine Ambulanz für Kinder und Jugendliche auch mit psychosomatischem Behandlungsbedarf angeboten (Kostenstellstatistik 2008). Auch die Ambulanzen des PSO-Schwerpunktes für Säuglinge sowie des für Jugendliche in der Abteilung für KI im Wilhelminenspital sind in der Kostenstellenstatistik 2008 erfasst.

Die Zielgruppen der PSO-Einheiten sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Die spezielle Problematik im Säuglingsalter wird insbesondere in den Universitätskliniken für KI in Salzburg und in Graz sowie im Wilhelminenspital behandelt: Im PSO-Department der Universitätsklinik für KI im LKH Graz werden frühe Ess- und Fütterungsstörungen behandelt.

Die häufigsten Problemstellungen bei Kindern und Jugendlichen sind körperliche und neurotische Entwicklungsstörungen, (chronische) somatische Erkrankungen mit erheblicher Beteiligung von psychosozialen Faktoren (z. B. Asthma, Dermatitiden, Ulcus, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Colon irritabile, rezidivierende Infektionen), somatische Beschwerden ohne organpathologischen Befund (wie z. B. Bauch-, Kopf-, Glieder-, Rücken- und Herzschmerzen, Schlafstörungen, Obstipation, Einnässen, Einkoten) sowie Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas). Dazu kommen Verhaltensprobleme (z. B. Schulverweigerer), Depressionen, Angststörungen und Zwänge.

Das Behandlungsangebot umfasst Diagnostik und Triagierung (stationäre Aufnahme in der PSO, Zuweisung in die KJP, zu niedergelassenen Ärztinnen, zu niedergelassenen Psychotherapeutinnen, einschlägigen Institutionen etc.) medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung, Angehörigenarbeit und Elterngespräche, tagesstrukturierende Angebote sowie die Einleitung und Vermittlung weiterführender Betreuung und die damit einhergehende Vernetzung mit den entsprechenden Jugendämtern, Beratungszentren, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten etc..

Sämtliche PSO-Schwerpunkte und -Departments verfügen über Ambulanzen, je nach Größe der Einheit werden hier auch zielgruppenspezifische Angebote vorgehalten (z. B. eigene Ambulanzen für Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen).

Die personelle Ausstattung besteht meist aus multiprofessionellen Teams mit FÄ für KI mit den ÖÄKDiplomen für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, FÄ für KJP, diplomiertes Pflegepersonal, Personal der Klinischen Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Pädagogik sowie fallweise auch therapeutisches Personal aus den Bereichen Musik, Kunst und Bewegung. In einigen PSO-KJ-Schwerpunkten kann in Bezug auf die zeitlichen Kapazitäten v. a. des therapeutischen Personals (z. B. Ergo- und Physiotherapeutinnen, Logopädinnen) oftmals zwischen dem zeitlichen Einsatz in der Abteilung oder dem Krankenhaus insgesamt und dem in der PSO-Einheit nicht genau differenziert werden. Daher wurden keine Angaben gemacht oder Schätzungen in Bezug auf die Wochenstunden angegeben.

8.4.5 Psychosozialer Konsiliar- und Liaisondienst

Der Entwurf zu den Qualitätskriterien für den Konsiliar- und Liaisondienst (GÖG/ÖBIG 2008) zielt auf die CL-Versorgung sämtlicher Zielgruppen im Allgemeinkrankenhaus ab. Das sind Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern mit Ausnahme von Fachabteilungen für Psychiatrie und solchen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- mit „klassischen“ psychiatrischen Erkrankungen und Hauptdiagnosen wie z. B. mit Alkoholabhängigkeit, gerontopsychiatrischen Erkrankungen, „Major Depression“;
- mit somatoformen Störungen, wie z. B. funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen, funktionelle Atembeschwerden, funktionelle Oberbauchbeschwerden, Colon irritabile, psychogenes Erbrechen, Kopfschmerz und chronischer Tinnitus;
- mit Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen mit körperlichen Auswirkungen, wie z. B. Anorexie, Bulimie, Adipositas, artifizielle Störungen (Selbstverletzung);
- mit organpathologischer Diagnose und massiven psychosozialen Belastungen bzw. psychischer Komorbidität: Komplexe Patientinnen und Patienten z. B. mit onkologischen Erkrankungen, chronischen Schmerzkrankheiten, Diabetes, Behinderung, Herzinfarkt und solche,
- die unter psychosozialen Konflikten und Problemen im Zusammenhang mit bestimmten medizinischen Untersuchungen und Behandlungen leiden, wie z. B. bei chirurgischen Eingriffen,



Dialysepflicht, intensivmedizinischer Behandlung, Transplantation, Amputation, In-vitro-Fertilisation und genetischer Beratung.

Abschließende Anmerkung

Der von den ExpertInnen oftmals als problematisch bezeichnete „Schnittstellenbereich“ zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung sollte genauer untersucht werden. Ausgangsbasis könnte dabei eine neue, Anfang 2011 abgeschlossene Studie über einschlägige „Heavy User“ im Gesundheitssystem sein. Diese Studie enthält Daten über die Anzahl von repetitiven Entlassungen von PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen aus Krankenanstalten hinsichtlich der Bundesländer Wien, NÖ, Burgenland und Oberösterreich sowie z.B. Korrelationen mit einem Krankenstandbeginn nach den Entlassungen.



9 Rehabilitation und Frühpensionierung

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB), unter Mitarbeit von GÖG/OBIG

9.1 Rehabilitation

Im österreichischen Pensionsversicherungsrecht gilt der Grundsatz: „Rehabilitation vor Pension“. Derzeit stehen über 400 stationäre Rehabilitationsbetten für den psychischen Bereich zur Verfügung. Der Regelaufenthalt beträgt 6 Wochen, jährlich können mindestens 3500 Personen betreut werden. Der Bereich wird in den folgenden Jahren konsequent ausgebaut werden.

Angst- und Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten Krankheitsbilder in der psychiatrischen Rehabilitation.

Die Wartezeit auf einen Rehabilitationsplatz beträgt rund 6 Monate.

Das psychiatrische Rehabilitationskonzept versteht sich als Bindeglied zwischen psychiatrischer Akutversorgung und beruflicher Rehabilitation.

Da Rehabilitationsmaßnahmen oft isoliert erfolgen, sollte eine Gesamtkonzeption der Betreuung psychisch Kranker sichergestellt werden. Es sollte vor allem im Anschluss an den stationären Aufenthalt in Zukunft ein verstärktes Augenmerk auf das Schnittstellenmanagement zwischen Rehabilitations-Einrichtung, dem Sozialversicherungsträger, dem Arbeitsmarktservice und dem niedergelassenen Bereich gelegt werden. Das Angebot der derzeitigen Einrichtungen besteht in einer Kombination von fachärztlichen Interventionen, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, sozialem Training bis hin zur Ayurveda-Massage. Je früher man mit Maßnahmen beginnt, desto wahrscheinlicher ist ihr Erfolg. Gegenwärtig wird, besonders im Bereich der Selbständigen, hierbei zu spät angesetzt.

Die medizinische Notwendigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die „Krankheitskarriere“ sind die entscheidenden Bewilligungskriterien.

Die Betreuungskosten pro Patient pro Tag (Unterbringung, Verpflegung und komplettes therapeutisches Angebot) betragen zwischen € 162.- und € 167.-.

In der Psychiatrie macht im Übrigen vor allem die Rehabilitation Sinn, im Gegensatz zu Kuren oder sonstigen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit.

Leider gilt auch für diese Dimension, dass die Datenqualität stark verbesserungsbedürftig ist.

9.2 Frühpensionierung

Die Problematik ständig steigender Frühpensionierungen birgt einen gesellschaftspolitisch hochbrisanten Sprengstoff in sich. Sie kann aber sicher nicht alleine wegen steigender Krankheitslast der psychischen Krankheiten erklärt werden. Von Experten wird diesbezüglich manchmal die Unsicherheit oder die mangelnde Präzision im Rahmen der Diagnostik, aber auch der Umstand, dass die psychische Dimension ein „Schlupfloch“ darstellt, angesprochen.

Die Zahl der Frühpensionisten betrug im Jahr 2008 450.644, davon sind 86.600 Frühpensionierungen auf psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen, das heißt 19,2% aller Frühpensionen entfallen auf diese Krankheitsgruppe.



Die Neuzugänge steigerten sich stark von 2006 auf 2009, nämlich von 7.562 auf 9.144 Personen. Die geringeren Werte in den unten angeführten Tabellen sind auf die noch nicht vorhandenen Angaben der Sonderversicherungsträger zurückzuführen. Das Durchschnittsalter der Frühpensionierungen bei psychischen Erkrankungen liegt zwischen 40 und 50 Lebensjahren.

Im Übrigen ist seit Beginn der 1990er Jahre ist ein kontinuierlicher Anstieg bei den psychischen Erkrankungen zu beobachten. Seit 2007 sind die psychiatrischen Erkrankungen die Hauptursache für Neuzuerkennungen. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich fortsetzen.

Bei der Zuerkennung einer Frühpension ist immer auch der Berufsschutz (Zumutbarkeit einer alternativen Beschäftigung) zu berücksichtigen. Die Daten bei Zuerkennungen sind dadurch nicht 1:1 mit der Verteilung der Erkrankungen zu vergleichen.

Es gibt keine bestimmten Krankheitsparameter, die vorliegen müssen, bevor eine BU / IV / EUP zugestanden wird. Es findet eine individuelle Begutachtung statt.

Die Krankheitsbilder waren in den letzten 15–20 Jahren vorrangig orthopädische Diagnosen. Diese haben „treppenförmig“ abgenommen und psychische Erkrankungen haben zugenommen. Von 2003 auf 2009 handelt es sich um 5 Prozentpunkte minus bei orthopädischen, bei psychischen Erkrankungen um plus 9%. Es gibt keine Daten über die Häufung bestimmter Krankheitsbilder bzw. Änderungen im Patientenkollektiv. Modediagnosen („Burn-Out“) spielen keine Rolle, da bei der Begutachtung auf Störungen der Funktionsfähigkeit der Menschen eingegangen wird. Eventuelle Komorbiditäten, die im Zusammenhang mit einer vorzeitigen Pensionierung aufgrund eines psychiatrischen Leidens auftreten, werden nicht statistisch erfasst.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Behandlern (niedergelassener Bereich, Krankenhäuser), Gutachtern und den Pensionsversicherungsträgern wäre wünschenswert. Ein Datenaustausch wird zwar versucht, dieser wird jedoch durch Datenschutzbestimmungen behindert.

Zur Erarbeitung erfolgreicher Strategien im Umgang mit dem Themenkomplex *„Invaliditätspension und Berufsunfähigkeitspension bzw. Erwerbsunfähigkeitspension in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen“* bedarf es einer fundierten Ursachenforschung, des Herausfilterns von gefährdeten Gruppen und der Beantwortung der Frage, welche Interventionen man zur Vermeidung von Frühpensionen setzen könnte.

Übersicht :Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Bundesländern 2010

Bundesland / GKK	Gesamtzahl der Invaliditäts- bzw. BU-Pensionen wegen psychiatrischer Erkrankungen*	Anteil an gesamten I-/BU-Pensionen (in %)
Burgenland	158	20,7%
Kärnten	674	32,0%
Niederösterreich	1.025	30,5%
Oberösterreich	1.425	38,7%
Salzburg	294	27,16%
Steiermark	2.116	47,4%
Tirol	730	35,0%
Vorarlberg	369	34,7%
Wien	1.423	33,5%
Österreich**	8.561	35,5%



* Ohne Sondersicherungsträger ** Die Österreich-Zahlen sind inklusive Pensionen aus dem Ausland, daher ist die Gesamtsumme höher als die Summe der Trägerzahlen.

Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Altersgruppen (absolute Anzahl) 2010

Bundesland	Summe	Altersgruppe					
		bis 29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 u.älter
Österreich GESAMT	8.561	517	1.039	2.450	4.157	388	10
Niederösterreich	1.025	72	136	311	459	47	-
Burgenland	158	5	27	36	77	13	-
Kärnten	674	42	68	184	352	28	-
Salzburg	294	14	26	89	152	13	-
Oberösterreich	1.425	90	181	391	715	48	-
Steiermark	2.116	112	218	613	1.126	47	-
Tirol	730	51	102	217	339	21	-
Vorarlberg	369	31	46	100	173	19	-
Wien	1.423	94	209	459	595	64	2
Auslandspensionen	347	6	26	50	169	88	8

Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Altersgruppen (in Prozent) 2010

Bundesland	Summe	Altersgruppe					
		bis 29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 u.älter
Österreich GESAMT	100,0%	6,0%	12,1%	28,6%	48,6%	4,5%	0,1%
Niederösterreich	100,0%	7,0%	13,3%	30,3%	44,8%	4,6%	0,0%
Burgenland	100,0%	3,2%	17,1%	22,8%	48,7%	8,2%	0,0%
Kärnten	100,0%	6,2%	10,1%	27,3%	52,2%	4,2%	0,0%
Salzburg	100,0%	4,8%	8,8%	30,3%	51,7%	4,4%	0,0%
Oberösterreich	100,0%	6,3%	12,7%	27,4%	50,2%	3,4%	0,0%
Steiermark	100,0%	5,3%	10,3%	29,0%	53,2%	2,2%	0,0%
Tirol	100,0%	7,0%	14,0%	29,7%	46,4%	2,9%	0,0%
Vorarlberg	100,0%	8,4%	12,5%	27,1%	46,9%	5,1%	0,0%
Wien	100,0%	6,6%	14,7%	32,3%	41,8%	4,5%	0,1%
Auslandspensionen	100,0%	1,7%	7,5%	14,4%	48,7%	25,4%	2,3%

10 Prävention / Gesundheitsförderung

Alle SV-Träger wurden im Juni 2010 angeschrieben, mit der Bitte alle Projekte, Maßnahmen, Kooperationen etc. zu benennen, die im Bereich Psychische Gesundheit/Prävention²⁹ durchgeführt wurden oder laufend werden. Rückmeldungen kamen vom Hauptverband, von den Bundesträgern AUV, SVA, SVB und VAEB sowie von allen GKK's³⁰.

In Summe wurden 37 Projekte genannt, davon bezogen sich vier auf die Betriebliche Gesundheitsförderung, die durch den Träger angeboten wird, drei auf die Schulische Gesundheitsförderung.

Sieben Projekte waren einmalige Kurzveranstaltungen.

Einschätzung

Die Auflistung der Projekte zeigt, dass Psychische Gesundheit in den Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekten der KV-Träger bisher keine zentrale Rolle spielte. Vorreiter ist die VAEB, die auf Basis eines umfassenden Konzepts Angebote für ihre Zielgruppen erstellt hat. Bei den anderen Trägern beschränkte sich das Thema Psychische Gesundheit bisher auf eher punktuelle Angebote.

Der Start zur Erarbeitung strategischer Konzepte sowohl von Seiten des HV als auch der OÖGKK zeigt aber, dass dieses Defizit bereits erkannt wurde.

²⁹ Als gesundheitliche Prävention werden Strategien bezeichnet, die spezifische Risikofaktoren für Krankheiten vermindern. Gesundheitsförderung hingegen zielt auf die Verbesserung der Gesundheit und der dazu nötigen Kompetenzen der gesamten Bevölkerung in ihrem Alltagsleben (Gesundheitsorientierung). Gesundheitsförderung laut WHO zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind somit zwei getrennte, sich aber ergänzende Aktivitäten. Psychische Gesundheit kann sowohl Thema der Gesundheitsförderung als auch der Prävention sein.

³⁰ Die TGKK und die BVA meldeten, keine Projekte zu haben, die BGKK schickte das Konzept für das Ambulatorium zur Behandlung von Kindern; dieses wurde von uns nicht als Prävention gewertet.

11 Abgrenzungs- und Grundsatzfragen

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe von SV-internen Experten³¹ wurden wichtige Abgrenzungsfragen für die Krankenversicherungsträger im Bereich der Krankenbehandlung von psychisch Erkrankten und allgemeine Fragestellungen und Themen im Bereich psychische Gesundheit beleuchtet und im Anschluss mit externen Experten³² diskutiert. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe, welches zahlreiche Inputs der externen Experten beinhaltet, wurde schließlich für diesen Bericht protokolliert und beinhaltet auch Anregungen und Empfehlungen, die über eine Ist-Stand Analyse hinausgehen und für weiterführende Projekte gedacht sind.

11.1 Krankheit und Krankenbehandlung im Sinne des ASVG in Abgrenzung zu nicht krankheitswertigen Störungen, die keinen Leistungsanspruch der gesetzlichen KV auslösen

11.1.1 Krankheitsbegriff dem Grunde nach

Das sozialrechtliche Krankheitsverständnis unterscheidet sich deutlich zum viel weiter gefassten Gesundheitsbegriff der WHO, der Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistig/seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen versteht. Nach der Legaldefinition des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG ist Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Nur wenn beide Kriterien – die Regelwidrigkeit und die Behandlungsbedürftigkeit – erfüllt sind, liegt der Versicherungsfall der Krankheit vor und die Sozialversicherung wird leistungszuständig.

Anknüpfungspunkt bei der Beurteilung der Krankheitswertigkeit im Sinne eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands ist nach der Judikatur das Leitbild des gesunden Menschen: Eine Abweichung von diesem Leitbild, welche die Ausübung von körperlichen oder seelischen Funktionen wesentlich beeinträchtigt, kann als Krankheit gewertet werden. Hervorzuheben ist dabei, dass es sich beim „Leitbild des gesunden Menschen“ nicht um ein „Leitbild eines perfekten Menschen“ handelt. Krankheitswertig ist nicht jede, sondern nur eine wesentliche Abweichung vom „Leitbild des gesunden Menschen“. Wenn bestimmte individuelle Leistungsstandards eines Menschen und/oder seines Umfelds nicht erreicht werden, bedeutet dies noch nicht, dass eine krankheitswertige Störung vorliegt. Eine psychische

³¹ **SGKK:** Dr. Markus Kletter, Mag. Karin Hofer, Mag. Elisabeth Wallner, Mag. Susanne Wein; **HVB:** Prim. Dr. Karl Dantendorfer (Konsulent), Dr. Johannes Gregoritsch; Dr. Eva-Maria Hollerer (pensioniert; ehemals NÖGKK)

³² Dr. Gerald Binter (Lehranstalt für systemische Familientherapie); Prim. Dr. Marc Keglavic (KH Schwarzach); Univ.Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie); Prof. Dr. Anton Leitner, MSc (Donau Universität Krems); Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek (Anton-Proksch-Institut); Univ.-Prof. Dr. Alfred Pritz (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Erkrankung meint daher im sozialversicherungsrechtlichen Sinn eine erhebliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus bzw. ein nicht hinreichendes Funktionsniveau für Beruf und Lebensalltag. Leichte Beeinträchtigungen durch Belastungen oder Ereignisse, die nur temporär auftreten (Lebenskrisen auf Grund von „Life Events“), können in diesem Sinne nicht als Krankheit gewertet werden, da sie nicht regelwidrig sind („noch im Bereich des Normalen“). So zählt etwa eine normale Trauer nicht als Krankheit, eine pathologische Trauerreaktion hingegen schon.

Ebenso wenig können Persönlichkeitsauffälligkeiten (ehem. Charakterneurosen) als Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gewertet werden: Erst wenn Abweichungen so stark ausgeprägt sind, dass sie die Arbeitsfähigkeit und den alltäglichen Lebensvollzug erheblich beeinträchtigen, liegt eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vor.

Während so genannte Lebenskrisen auf Grund von „Life Events“ und „Persönlichkeitsauffälligkeiten“ an sich schon nicht als Krankheit im Sinne des ASVG gewertet werden können, sind auch Zustände, welche zwar vom „Leitbild des gesunden Menschen“ wesentlich abweichen, jedoch nicht mehr mit Mitteln der Krankenbehandlung bzw. Anstaltspflege behandelbar sind (zur Verbesserung des Zustands oder Verhinderung einer Verschlechterung), auch nicht (mehr) als Krankheit im Sinne des ASVG zu werten. Dies trifft etwa auf bestimmte Gruppen von Langzeitpsychiatriepatienten zu, bei denen keine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, sondern nur noch eine psychosoziale Betreuung stattfindet.

11.1.2 Krankheitsbegriff nach der Leistungszuständigkeit

Liegt die Leistungszuständigkeit der SV-Träger dem Grunde nach (Versicherungsfall der Krankheit) vor, wird der Leistungsumfang durch die Bestimmung des § 133 Abs. 2 ASVG begrenzt: Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Sie muss dem Ziel der Wiederherstellung bzw. Festigung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie der Selbstversorgungsfähigkeit der erkrankten Person dienen. Eine Behandlung, die diesen Zielen nicht dient oder zur Erreichung dieser Ziele nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich ist, stellt somit keine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 ASVG dar. Eine Behandlung, die nicht primär der Beseitigung der Funktionsbeeinträchtigung, sondern darüber hinaus gehenden Zielen (etwa der Persönlichkeitsentwicklung, des Wohlbefindens) dient, stellt keine Krankenbehandlung dar.

Die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung endet mit der Herstellung einer ausreichend gefestigten Funktionsfähigkeit in Arbeit und Lebensalltag (ein stabilisierter Zustand der ehemals kranken Person); die Herstellung eines umfassenden Wohlbefindens schuldet die gesetzliche Krankenversicherung hingegen nicht.

Während die „Zweckmäßigkeit“ die qualitative Eignung der Maßnahme der Krankenbehandlung zur Zielerreichung widerspiegelt, bedeutet „ausreichend“, dass die Maßnahme auch quantitativ zur Zielerreichung geeignet sein muss. Eine ausreichende und zweckmäßige Maßnahme ist aber nur dann eine solche der sv-rechtlichen Krankenbehandlung, wenn sie das „Maß des Notwendigen nicht übersteigt“: Sind mehrere Maßnahmen zur Zielerreichung geeignet, gebührt nur die Kostengünstigste. Anspruch auf eine teurere Methode besteht nur dann, wenn die kostengünstigere Alternative dem Versicherten nicht zumutbar ist, etwa weil sie erhebliche Risiken (zB Nebenwirkungen) oder Belastungen verursacht, die der

teureren Behandlung nicht anhaften. Die Mehrkosten müssen dabei aber in einer vertretbaren Relation zum besseren Behandlungserfolg stehen (Verhältnismäßigkeit der Zweck–Mittel–Relation).

Zusammenfassend ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht festzuhalten, dass nicht jede Störung/Diagnose im Sinne des ICD–10 auch eine Krankheit im Sinne des ASVG ist, die leistungsrechtlich einen Anspruch auf Krankenbehandlung auslöst. Der Krankenversicherungsträger braucht zur Beurteilung der Frage, ob die diagnostizierte Störung („Diagnose“) eine behandlungsbedürftige ist (Versicherungsfall) genaue Beschreibungen der konkreten Beeinträchtigung sowie der Möglichkeit von Veränderungsstrategien in der Lebensführung der Patienten (Antragsverfahren!).

Abgrenzungen und Empfehlungen für bestimmte Krankheitsbilder wurden im Rahmen des Projekts von den SV–ExpertInnen getroffen. Konkret wurde dies für folgende Krankheitsbilder ausgearbeitet: Akute Belastungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Autismus, Entwicklungsstörungen, Verhaltens– und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Anhaltende affektive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren und Langzeitpatienten (diese befinden sich im Anhang).

11.2 Ergebnisse, Empfehlungen und Anregungen für eine weiterführende Projektarbeit

Gemeinsame Planung mit anderen Kostenträgern: Eine gute Betreuung und Behandlung von psychisch Erkrankten und/oder gefährdeten Personen ist nicht nur eine Frage der Krankenbehandlung durch die Krankenversicherungsträger, sondern auch von Angeboten im Vorfeld der Krankenbehandlung (z.B.: schulpyschologische Interventionen) bzw. begleitend zur Krankenbehandlung (z.B.: psychosoziale Betreuung durch mobile Hilfsdienste). Aus Sicht der Sozialversicherung scheint es gerade in diesen Bereichen jedoch in den letzten Jahren einen Rückzug der Kostenträger zu geben auf den hinzuweisen ist, denn der Rückzug anderer Kostenträger erhöht den Druck auf eine „Substitution“ der dadurch entstehenden Versorgungsdefizite durch Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenversicherungsträger. Über die umfassende Versorgung von psychisch Erkrankten sollte daher gemeinsam mit anderen mitverantwortlichen Kostenträgern diskutiert werden, da die Krankenbehandlung durch die Krankenversicherungsträger in vielen Fällen nur einen Teil (und das letzte Glied) einer bedarfsgerechten Kette einer umfassenden psychosozialen Versorgung darstellt.

Vernetzung der Leistungsanbieter: Eine wesentliche Zukunftsaufgabe liegt in der Verbesserung der Vernetzung der Anbieter von Leistungen für psychisch Erkrankte (vor allem Krankenversicherungsträger und Länder). Es sollten dabei vor allem transparente Angebotsschienen aufgezeigt werden. Es wird empfohlen, dementsprechende Vernetzungsprojekte zu initiieren und zu installieren.

Stärkung der regionalen Versorgung: Die Bedeutung einer ausgewogenen und damit auch gerechten regionalen Versorgung sollte nach Ansicht von SV–internen und externen Experten mehr in den

Vordergrund gestellt werden: In der Praxis habe sich gezeigt, dass es gerade im ländlichen Bereich besonders sinnvoll erscheint, in Richtung multiprofessionelle Institutionen zu planen.

PSY-3 Ärzte: In Österreich gibt es 874 Ärzte, die eine umfassende Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin (Psy-3-Ausbildungsmodul) haben. Diese sind wichtige Anlaufstellen für psychisch Erkrankte, da sie durch ihre zusätzliche Ausbildung besonders geschulte Diagnosesteller und Therapiepersonen in allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen sind und sollten bei Konzepterstellung zur Versorgung von psychisch erkrankten Menschen stets mitberücksichtigt werden.

Komplexe Leistungsangebote für schwer kranke Menschen: Schwer psychisch kranke Menschen brauchen in der Regel ein komplexes Leistungsangebot, das neben einer für sie adaptierten Krankenbehandlung vor allem auch psychosoziale Betreuung beinhaltet. Im derzeitigen System kann dies nach Meinung von SV-internen und externen Experten oft nicht gewährleistet werden. Es wird daher empfohlen für diese Gruppe von Patienten dementsprechende Leistungskonzepte auszuarbeiten. Zu denken ist dabei in erster Linie an Institutionen und/oder Modelle, in welchen stark vernetzt gearbeitet wird.



BUNDEMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, SOZIALES
UND KONSUMENTENSCHUTZ