

## **Bad Ischler Dialog 2011**

### **Anhebung des faktischen Pensionsalters**

### **Vorschläge der österreichischen Sozialpartner**

## Demographie und Pensionsfinanzierung

Infolge der demographischen Entwicklungen in den nächsten Jahrzehnten wird sich die Altersstruktur der Bevölkerung nachhaltig verändern. Bedingt durch die steigende Lebenserwartung und durch die geburtenstarken, allmählich ins Pensionsalter kommenden Jahrgänge bis 1970 wird die Bevölkerung im Alter 65 und darüber von derzeit rund 1,47 Millionen Personen auf 2,66 Millionen im Jahr 2050 anwachsen. Auf 1000 Personen im Erwerbsalter zwischen 15 und unter 65 werden dann voraussichtlich 480 ältere und alte Personen entfallen (demographische Altersquote), heute sind es 260.

Die demographischen Veränderungen werden ohne Zweifel auch erhebliche finanzielle Auswirkungen auf alle Teilbereiche des Sozialsystems haben, die - wie die Pensionsversicherung, das Pflegesystem oder die gesetzliche Krankenversicherung - in Zukunft von noch mehr alten Menschen in Anspruch genommen werden als heute. Eines der zentralen Ziele muss es vor diesem Hintergrund daher sein, durch eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung zur langfristigen Sicherung der Systeme der sozialen Sicherheit beizutragen.

Dass durch den Übertritt der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation ins pensionsnahe Alter mittelfristig bzw. langfristig ein Mehraufwand für den Bund in der gesetzlichen Pensionsversicherung entstehen wird, ist durch die beträchtlichen demographischen Veränderungen augenscheinlich. Mögliche Dimensionen dieses Mehraufwands sind u.a. im Bericht der Pensionskommission vom September 2010 abgebildet, wenn auch nach wie vor keine Einigung über die im Gutachten zu Grunde gelegten Annahmen besteht (siehe dazu auch Kapitel Demographie).

Dem aktuellen Gutachten zufolge wird für das Jahr 2030 ein Bedarf von 4,9 % des BIP an Bundesmitteln für die gesetzlichen Pensionen vorausgesagt, der in den Jahren 2040 und 2050 auf 5,5 % bzw. 6 % des BIP steigen wird. Welcher Mehraufwand in der gesetzlichen Pensionsversicherung aber tatsächlich entstehen wird, wird aber - wie bereits im Analyseteil zu den Themenbereichen Demographie und Arbeitsmarkt festgehalten (vgl. S 5 und S 7) - abgesehen von der Demographie und dem Pensionsystem auch stark davon abhängig sein, wie sich der Arbeitsmarkt und andere entscheidende Parameter verändern werden.

Ein späterer Pensionsantritt muss per se nicht die Erwerbschancen von Jüngeren schmälern. Je günstiger die Arbeitsmarktsituation und die Arbeitsmarktperspektiven insgesamt sind, umso eher gelingt es, sowohl Jüngere als auch Ältere in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Beschäftigung Jüngerer korreliert dann positiv mit der Beschäftigung Älterer, wenn insgesamt wachstums- und beschäftigungsunterstützende Rahmenbedingungen gegeben sind.

Bereits in der Vergangenheit wurden verstärkt Anstrengungen unternommen, das faktische Pensionsantrittsalter zu erhöhen. Die Pensionsreformen des letzten Jahrzehnts werden schrittweise und langfristig dazu einen wesentlichen Beitrag leisten. Auch im Budgetbegleitgesetz 2011 wurden Maßnahmen gesetzt, die einen späteren Pensionsantritt zum Ziel haben (Verstärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pension, Gesundheitsstraße, Fit2work, etc.).

Das Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 2010 betrug 58,2 Jahre (Männer 59,1 und Frauen 57,1). Damit liegt Österreich deutlich unter dem OECD-Schnitt.

Aus Sicht der Sozialpartner besteht daher ein unmittelbarer, konkreter Handlungsbedarf in den verschiedenen Themenbereichen: u.a. Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters, effektive und effiziente Rehabilitationsmaßnahmen, Senkung der Invalidisierungsraten, altersgerechte Gestaltung der Arbeitswelt, Transparenz und Vereinfachung.

Die nachhaltige Sicherung des Pensionssystems ist einem laufenden Monitoring zu unterwerfen, das sich am Bundesbeitrag (in Prozent des BIP) orientiert.

## **Gemeinsame Reformvorschläge der Sozialpartner**

Da sich die Ausgangssituation, die ableitbaren Reformoptionen, insbesondere jedoch die Wirkungen der Maßnahmen für die verschiedenen Altersgruppen unterscheiden, werden diese differenziert und im Detail dargestellt. Die zu erwartenden arbeitsmarktrelevanten und fiskalischen Effekte der angeführten Reformvorschläge fallen umso höher aus, je besser es gelingt, ein krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt durch rechtzeitige Interventionen zu verhindern bzw. durch präventive Strategien zu vermeiden.

Schwerpunktmäßig erfolgte die Zuordnung der Maßnahmen zu jenen Altersgruppen, in der der Handlungsbedarf bezüglich dieser Maßnahmen und damit auch die potenzielle Wirkung am größten erscheint. Soweit sinnvoll gelten die Vorschläge auch für die anderen Altersgruppen.

**Werden die vorgeschlagenen Maßnahmen ausreichend finanziert und vollständig umgesetzt, kann nach Ansicht der Sozialpartner das faktische Pensionsantrittsalter unter Einrechnung schon beschlossener Maßnahmen in den nächsten 10 Jahren um zwei Jahre angehoben werden. Die schon beschlossenen Maßnahmen werden mit einer Wirkung von 5 bis 6 Monaten bewertet. Die Bewertung der hier vorgeschlagenen Maßnahmen erfolgt altersgruppenbezogen und soll eine Orientierung über deren Wirkung bieten.**

### **1. Altersgruppe 15-49 Jährige: Situation, Maßnahmen, Wirkung**

Im Jahr 2010 wurden 18.000 Anträge auf Invaliditätspension gestellt, 7.465 wurden zuerkannt (85 % davon befristet), rund 10.000 Anträge wurden abgelehnt. Die Zuerkennungen verteilen sich folgendermaßen: 65% oder 4.828 ArbeiterInnen (M: 2.997, F: 1.831) und 2.637 Angestellte (M: 808, F: 1.829).

Die Hauptursache für Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität bei den 15- bis 49-Jährigen sind psychiatrische Erkrankungen. Aus ihnen resultierten 2010 54% der Neuzugänge (4.035 Personen). Bei den Bis-39-Jährigen beträgt der Anteil sogar 61%. Auffallend ist der große Unterschied zwischen Arbeitern (M: 1.496, F: 1.076) und Angestellten (M: 422, F: 1.041). Noch klarer tritt der Unterschied bei den Bis-49-Jährigen in einer Quotenbetrachtung hervor: Die höchste Invalidisierungsquote bei psychiatrischen Erkrankungen haben Arbeiterinnen (2,67 pro 1.000 Erwerbstätige), gefolgt von Arbeitern (1,77 pro 1.000 Erwerbstätige), bei angestellten Frauen (0,83 pro 1.000 Erwerbstätige) und angestellten Männer (0,66 pro 1.000 Erwerbstätige) beträgt die Invalidisierungsquote 1/3 der der ArbeiterInnen. Unter den ArbeiterInnen haben Unqualifizierte eine hohe Invalidisierungsquote. Weiters gilt allgemein, dass Langzeitarbeitslose besonders betroffen sind.

Erklärungsansätze für den stark steigenden Trend bei psychiatrischen Erkrankungen sind einerseits eine breitere Akzeptanz und bessere Diagnostik psychiatrischer Erkrankungen. Andererseits haben die psychischen Belastungen im beruflichen, aber auch im familiären

und im gesellschaftlichen Umfeld zugenommen. Auch die Doppelbelastung durch Beruf und Familie sowie zunehmende soziale Isolation werden als Ursache für den Anstieg der psychiatrischen Erkrankungen angeführt.

Die Versorgungssituation konnte mit der dynamischen Zunahme der psychiatrischen Erkrankungen nicht Schritt halten. Die Betreuung erfolgt überwiegend durch AllgemeinmedizinerInnen, die Psychopharmaka verordnen. So betrug der Aufwand für Medikamente 250 Mio €, für Psychotherapie werden lediglich 60 Mio € ausgegeben, wobei regional große Unterschiede bestehen. So besteht etwa im Bundesland Salzburg ein wesentlich umfassenderes Angebot an Psychotherapie, gleichzeitig gibt es eine deutlich niedrigere Anzahl an Pensionierungen wegen psychiatrischen Erkrankungen. Insgesamt ist auffällig, dass der Anteil der Invaliditätspensionen wegen psychiatrischer Erkrankungen stark schwankt (Steiermark 47,4%, Burgenland 20,7%). Alleine der Umstand, dass derzeit rund 500.000 Personen zwischen dem 20. und 60. Lebensjahren Psychopharmaka verordnet werden, zeigt den enormen Handlungsbedarf in diesem Bereich auf.

Ein Expertenhearing mit gerichtlich beeideten Sachverständigen der Psychiatrie ergab folgende gravierende Mängel in der Versorgungssituation in Österreich: Es besteht für psychiatrische Erkrankungen kein Wegweiser für Behandlungsmöglichkeiten, selbst nach - in der Regel befristeter - Pensionsgewährung ist keine ausreichende Betreuung gewährleistet (die Betroffenen werden mit ihrer Situation strukturell „alleine gelassen“). Wesentlich ist auch der Befund der ExpertInnen, dass insbesondere psychisch kranke Personen - wenn einmal in Pension - schwer zu reaktivieren sind. Weiters ist die Objektivierbarkeit bei psychiatrischen Erkrankungen schwieriger als bei organischen Leiden.

#### **Maßnahmenvorschläge:**

##### **1. Grundsatz der Rehabilitation und Integration statt Pension:**

- a. Mit dem Budgetbegleitgesetz 2011 wurde der Grundsatz Rehabilitation vor Pension verstärkt. Dieser Grundsatz muss in der Praxis der PV-Träger auf allen Ebenen forciert gelebt werden. Dies gilt insbesondere auch für die unten vorgeschlagenen Maßnahmen. Dazu ist es notwendig, sich an Zielvorgaben zu orientieren.
- b. Information der Versicherten, dass vorrangig eine Rehabilitation beantragt wird.

##### **2. Wirksame Mitwirkungspflichten:**

Die Versicherten treffen Mitwirkungspflichten im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens. Diese sind stärker einzufordern.

##### **3. Zahl der (Erst-)Pensionsanträge vermindern: Durch Ausweitung der Gesundheitsstraße von derzeit ca 5.000 Personen - bei Bedarf - auf 10.000 Personen**

- a. Verbesserung der Gesundheitsstraße durch eine Rehabilitationsempfehlung
- b. Betreuung und - bei Bedarf - Qualifikation der Personen, die aus der Gesundheitsstraße zum AMS zurückkommen (derzeit rund 4.500 Personen; dann ca. - bei Bedarf - 9.000 Personen); entsprechende Maßnahmen werden derzeit in einem Pilotprojekt erprobt.
- c. In den Gremien des AMS sind die Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik zur Unterstützung einer Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt wie z.B. die Eingliederungsbeihilfe, (Gemeinnützige) Arbeitskräfteüberlassung und Arbeitstrainings/erprobungen für Arbeitssuchende, die trotz erfolgter Rehabilitation nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden konnten, weiterzuentwickeln und vom AMS verstärkt einzusetzen. Für Personen, die im Zuge einer Rehabilitation eine Ausbildung absolvieren, zu der sie nicht verpflichtet werden können (§ 253e Abs 4 2. Satz ASVG), soll eine eigene Beihilfe zur Erleichterung einer Beschäftigungsaufnahme in Analogie zum Kombilohn entwickelt werden.

4. **Die Zuerkennung von befristeten Pensionen soll vermieden werden**, wenn durch die berufliche oder medizinische Behandlung die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Eine (befristete) Pension wird nur noch gewährt, wenn eine Krankenbehandlung im Zeitpunkt der Antragstellung nicht zweckmäßig erscheint (zu einem späteren Zeitpunkt jedoch durchaus möglich und sinnvoll sein kann) oder nicht zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit führt.
  - a. Wenn die Behandelbarkeit der Krankheit gegeben ist, wird keine befristete Pension mehr gewährt, sondern „Rehabilitationsgeld“ mit medizinischer Rehabilitation und/oder Krankenbehandlung mit Betreuung.
  - b. Einheitliche Begutachtungsstelle und einheitliche Standards in der Begutachtung.
  - c. In manchen Fällen ist ein stationärer Aufenthalt zur Abklärung psychischer Erkrankungen sinnvoll (mit entsprechenden Standards).
  - d. Information über relevante Einschränkungen an Verkehrsamt/Waffenbehörde, wenn das Gutachten eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit/Gefährdung erkennen lässt.
  - e. Das „Rehabilitationsgeld“ gemäß § 306 ASVG wird in der Höhe der Invaliditätspension gewährt, das heißt 14mal, im Gegenzug werden die derzeit bestehenden Begünstigungen beim „Rehabilitationsgeld“ (Zuschlag für Angehörige, Steuervorteil) aufgehoben, wenn keine Mehrkosten damit verbunden sind.
  
5. **Folgeanträge vermeiden:** Von den ca. 10.000 Ablehnungen sind insbesondere abgelehnte Erstanträge bei entsprechenden Diagnosen (psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett, etc. von entsprechender Intensität) Fit2work zur Betreuung zuzuweisen. Die Inanspruchnahme der Beratung ist bei Zuweisung verpflichtend und wird bei Verweigerung sanktioniert.
  
6. **Invalidität soll schon durch Frühintervention auf Ebene der Krankenversicherungsträger vermieden werden.** Bei Vorliegen von 40 oder mehr Krankenstandstagen in einem Kalenderjahr erfolgt bei entsprechenden Diagnosen eine Zuweisung der Krankenversicherungsträger zur Beratung und Betreuung durch Fit2work. Vorsichtig geschätzt ergibt sich ein Zuweisungsvolumen von ca. 10.000 Fällen.
  
7. **Festigung und Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit:**
  - a. Strukturierte Erhebung der Belastungen in Betrieben durch Fit2work mit einem geeigneten Instrument.
  - b. Förderung des Umstiegs auf weniger belastungsintensive Tätigkeiten; Arbeitnehmer, Betriebsrat oder Arbeitgeber können sich an Fit2work wenden, um eine entsprechende Beratung zu erhalten; in Einzelfällen wird diese durch Fit2work durchgeführt, ansonsten wird eine Flexibilitäts- oder Qualifizierungsberatung durch das AMS vermittelt.
  - c. Grundqualifizierungen, um den späteren Wechsel in weniger belastungsintensive Tätigkeiten vorzubereiten.
    - i. Insbesondere Beschäftigte mit belastungsintensiven Tätigkeiten sollen bereits - nach Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer - im Haupterwerbsalter (ab 35 Jahre) regelmäßig (z.B. alle zwei Jahre zwei Wochen) an Weiterbildungen teilnehmen. Ein derartiges Projekt besteht bereits für Arbeitssuchende, nicht jedoch für Beschäftigte. Die Kosten sollen aus Steuermitteln getragen werden.
    - ii. Ausbau der Laufbahnberatung und von Ausbildungsmodellen für Gruppen, die wiederholt von Arbeitslosigkeit betroffen sind.
    - iii. Qualifizierungsmaßnahme für Branchen mit hoher Fluktuation durch Novellierung der Bildungskarenz.
  - d. Schaffung von definierten Behandlungswegen (Disease-Management-Programme) für bestimmte "Schlüsseldiagnosen"; bei psychischen Erkrankungen Erstellung eines Wegweisers durch die Institutionen (welche Ansprechstellen, Therapiemöglichkeiten bestehen).

- e. Steuerliche Förderung von qualitätsgesicherter betrieblicher Gesundheitsförderung (unbürokratisch).
- f. Bei auffälligen Krankenstandszahlen eines Betriebes soll eine verpflichtende Beratung durch die AUVA erfolgen.

### Wirkungen der Maßnahmen für Unter-50jährige

Die Umsetzung der genannten Maßnahmen bewirkt bei den Unter-50jährigen eine völlige Umgestaltung der bisherigen Leistungs-, Betreuungs-, Förder- und Präventionslandschaft im Zusammenhang mit Invalidität. Im Zentrum steht die Vermeidung von befristeten Pensionen durch berufliche und medizinische Rehabilitation kombiniert mit Behandlungs- und Betreuungspfaden. Während der Phase der Arbeitsunfähigkeit wird als Geldleistung „Rehabilitationsgeld“ gewährt. Es wird jedoch der psychologische Effekt „des In-Pension-Seins“ bei Personen, die durch Rehabilitation und Betreuung ihre Arbeitsfähigkeit aller Voraussicht nach wiedererlangen können, vermieden.

Bei Umsetzung der Maßnahmen werden Pensionsanträge, Folgeanträge und Pensionszuerkennungen signifikant zurückgehen. Bei dauerhafter Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder dauerhafter Vermeidung der Arbeitsunfähigkeit ergeben sich folgende Richtwerte für die Anhebung des faktischen Zugangsalters: pro 1.000 Personen in der Altersgruppe 15-39 eine Auswirkung auf das faktische Antrittsalter insgesamt von 4,5 Monaten (1.000 Personen, die um 30 Jahre später in Pension gehen), pro 1.000 Personen in der Altersgruppe 40-49j eine Auswirkung von 2,25 Monaten (1.000 Personen, die um 15 Jahre später in Pension gehen).

Richtwerte für die Auswirkungen der Maßnahmen bei den 15 bis 49Jährigen auf das faktische Antrittsalter insgesamt

Personenzahl	Altersgruppe	späterer Pensionsantritt in Jahren	Personenjahre	Zugang 2010	Wirkung auf das faktische Antrittsalter in Monaten
1.000	15-39j	30	30.000	79.808	4,55
2.000	40-49j	15	30.000	79.808	4,55
				in Summe	9,1

## 2. Altersgruppe 50-59Jährige: Situation, Maßnahmen, Wirkung

Im Jahr 2010 betrug der Gesamtzugang in der Altersgruppe 50-59 Jahre 27.630 Personen. Davon haben 13.491 Frauen (9.007 Angestellte) eine **vorzeitige Alterspension (Langzeitversichertenregelung)** in Anspruch genommen. Ab 2014 erhöht sich für ca. 12.000 Frauen das Antrittsalter schrittweise auf 60 Jahre. Etwa 1.500 Frauen könnten eine Schwerarbeitspension beanspruchen.

14.139 Personen nahmen 2010 eine **Invaliditätspension** in Anspruch, damit wurden 58% aller Invaliditätspensionen in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen zuerkannt. Rund  $\frac{3}{4}$  dieser Neuzugänge entfallen auf ArbeiterInnen (10.178 ArbeiterInnen, davon M: 7.220, F: 2.958; 3.961 Angestellte, davon M: 1.967, F: 1.994). Weiters ist hervorzuheben, dass in dieser Altersgruppe 2010 rund 35.000 Anträge gestellt wurden, wobei aber rund 20.000 abgelehnt wurden. Die Zuerkennungen verteilen sich im Wesentlichen auf die 3 Krankheitsgruppen (73% aller Zugänge): Psychiatrische Erkrankungen 4.204 (30%), Muskel- und Skelett 4.441 (31%), Herz- und Kreislauf: 1.718 (12%).

Eine detaillierte Betrachtung nach Berufsgruppen zeigt bei psychiatrischen Erkrankungen ein alarmierendes Bild (Quotenbetrachtung 55-59 J): Arbeiterinnen (12,68 pro 1.000 Erwerbstätige), Arbeiter (11,08 pro 1.000 Erwerbstätige), angestellte Frauen (6,48 pro 1.000 Erwerbstätige), angestellte Männer (6,82 pro 1.000 Erwerbstätige).

Eine Analyse der **Beschäftigungssituation** zeigt, dass bei männlichen Arbeitern die Zahl der Beschäftigten zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr um ca. 50% sinkt (z.B. männl. Arbeiter Jahrgang 1950: Waren im 50. Lebensjahr noch 16.351 Arbeiter dieses Jahrgangs beschäftigt, so sank diese Zahl bis zum 59. Lebensjahr auf 8.531). Bei angestellten Männern beträgt die Reduktion „lediglich“ ca. 25%.

In der Altersgruppe der 50-59-Jährigen ist der Anteil an arbeitslosen Personen im weiteren Sinn (unter Einbeziehung von Schulungsteilnehmern, Krankengeld-, Pensionsvorschuss-, Übergangsgeldbeziehern) besonders hoch. So beträgt die Arbeitslosigkeit bei Arbeitern 19,23% (172.816 Beschäftigte, davon im weiteren Sinn arbeitslos 33.231), bei Arbeiterinnen 17,84% (103.947 Beschäftigte, davon im weiteren Sinn arbeitslos 18.547). Bei Angestellten beträgt die Quote bei Männern lediglich 7,81% (142.006 Beschäftigte, davon iwS arbeitslos 11.088) und bei Frauen 9,69% (169.827 Beschäftigte, davon iwS arbeitslos 16.460).

Eine aktuelle Auswertung der Pensionsversicherung hat ergeben, dass ein Großteil der Invaliditätspensionszugänge aus Langzeitarbeitslosigkeit erfolgt. Der Übertritt in die Invaliditätspension erfolgt bei Männern zu 72 % aus dem Status der Arbeitslosigkeit im weiteren Sinn und nur zu 28 % aus Erwerbstätigkeit, bei Frauen zu 80 % aus Arbeitslosigkeit iwS und nur zu 20% aus Erwerbstätigkeit. Das heißt, von den 14.139 InvaliditätspensionistInnen treten 10.500 aus dem Status der Arbeitslosigkeit iwS über.

Eine WIFO-Studie hat ergeben, dass 25% der Invaliditätspensionisten vor ihrem Pensionsantritt 4 Jahre und länger, 12% zwischen 2 und 4 Jahren arbeitslos iwS waren (Guger/Mayerhuber/Platsch 2007, 238). 1999 war die Übertrittsquote aus Erwerbstätigkeit noch 44% bei Männern und 42% bei Frauen.

Die Studie „Soziale Sicherungssystem und Arbeitsmarktperformanz in der EU“ (AMS/WIFO, März 2010, 74) führt aus, dass Österreich einen relativ geringen Anteil (<10%) von beschäftigten Arbeitnehmern mit andauernder gesundheitlicher Beeinträchtigung aufweist (Finnland 27%, Schweden >20%).

Laut der Studie SHARE (Ältere Arbeitnehmer, gesundheitliche Einschränkung und Übergänge in den Ruhestand, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Februar 2011) ist in Österreich die Wahrscheinlichkeit, mit gesundheitlichen Einschränkungen in einem Zeitintervall von 2 Jahren noch beschäftigt zu sein, bei ca. 50 % (in Nordeuropa bei 85%, in Belgien, Deutschland, Frankreich, Schweiz, Niederlande, Griechenland, Italien, Spanien bei ca. 75%). Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes steigt die Wahrscheinlichkeit einer klinisch relevanten Depression um 7 Prozentpunkte (SHARE, 17).

### **Maßnahmenvorschläge:**

Die Maßnahmen sollen dazu beitragen,

- die Beschäftigungssituation Älterer zu verändern und dadurch Langzeitarbeitslosigkeit in dieser Altersgruppe einzudämmen und letztlich Übertritte in Invaliditätspensionen zu reduzieren,
- Pensionierungen insbesondere in den drei Hauptkrankheitsgruppen psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates und Herz- und Kreislauferkrankungen zu reduzieren.

### **1. Festigung und Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit**

- a. Strukturierte Erhebung der Belastungen in Betrieben durch Fit2work mit einem geeigneten Instrument.
  - b. Auszeichnung für Betriebe mit guten Arbeitsbedingungen
  - c. Förderung des Umstiegs auf weniger belastungsintensive Tätigkeiten; der Arbeitnehmer, Betriebsrat oder Arbeitgeber können sich an Fit2work wenden, um eine entsprechende Beratung zu erhalten; in Einzelfällen (eine Person betroffen) wird diese durch Fit2work durchgeführt, ansonsten (mehrere Personen bzw strukturell) Vermittlung einer Flexibilitäts- oder Qualifizierungsberatung des AMS. Bei einem Umstieg von einer langjährigen Tätigkeit, die man nicht auf Dauer ausüben kann, soll für Arbeitnehmer ab 50 Jahre und deren Arbeitgeber eine aus dem Steuertopf finanzierte Förderung gewährt werden, wenn die Arbeitnehmer einen Einkommensverlust haben, bzw. die Betriebe einen Organisationsaufwand.
2. Zahl der (Erst-) Pensionsanträge vermindern durch verstärkten Einsatz der Gesundheitsstraße (wobei die Zweckmäßigkeit von Qualifikationsmaßnahmen und die Wirkung von medizinischer Rehabilitation mit zunehmendem Alter abnimmt)
  3. Folgeanträge vermeiden; von den ca. 20.000 Ablehnungen sind insbesondere abgelehnte Erstanträge bei entsprechenden Diagnosen (insbesondere genannte Hauptkrankheitsgruppen) Fit2work zur Betreuung und Beratung zuzuweisen. Die Inanspruchnahme der Beratung ist bei Zuweisung verpflichtend.
  4. **Invalidität soll schon durch Frühintervention auf Ebene der Krankenversicherungsträger vermieden werden.** Bei Vorliegen von 40 oder mehr Krankenstandstagen in einem Kalenderjahr erfolgt bei entsprechenden Diagnosen eine Zuweisung der Krankenversicherungsträger zur Beratung und Betreuung durch Fit2work.
  5. Soweit zweckmäßig gelten der Grundsatz der Rehabilitation und Integration vor Pension, die Mitwirkungspflichten und die verpflichtende Beratung bei auffälligen Krankenstandstagen der Betriebe und das Ziel, die Zuerkennung von befristeten Pensionen zu vermeiden, in dieser Altersgruppe gleichermaßen.

### Wirkungen der Maßnahmen für 50 - 59jährige

Bei Umsetzung der Maßnahmen werden Kündigungen von älteren und kranken Arbeitnehmern und damit auch Langzeitarbeitslosigkeit reduziert. Auch die Vermeidung von Pensionsanträgen und Folgeanträge hat ihre Wirkung, wenn auch in geringerem Ausmaß als bei den unter 50jährigen.

Bei dauerhafter Vermeidung der Arbeitsunfähigkeit ergeben sich folgende Richtwerte für die Anhebung des faktischen Zugangsalters insgesamt: pro 1.000 Personen in der Altersgruppe 50-54 ein Anstieg von 1,5 Monaten (1.000 Personen, die um 10 Jahre später in Pension gehen), pro 1.000 Personen in der Altersgruppe 55-59j ein Anstieg von 0,8 Monaten (1.000 Personen, die um 5 Jahre später in Pension gehen).

**Richtwerte für die Auswirkungen der Maßnahmen bei den 50 bis 59Jährigen auf das faktische Antrittsalter insgesamt**

Personenzahl	Altersgruppe	späterer Pensionsantritt in Jahren	Personenjahre	Zugang 2010	Wirkung auf faktisches Antrittsalter in Monaten
2.000	50-54j	10	20.000	79.808	3,0
3.000	55-59j	5	15.000	79.808	2,3
				in Summe	5,3

### 3. Altersgruppe 60-65j + Situation, Maßnahmen, Wirkung

Im Jahr 2010 wurden in der Altersgruppe 60-65jährig+ 44.713 Pensionen gewährt, davon 41.900 Alterspensionen und 2.813 Invaliditätspensionen.

**10.918 Frauen haben ihre Pension zum Regelpensionsalter (60 Jahre) angetreten,** 5.934 Frauen nach dem 60. Lebensjahr, der Großteil davon, weil die Wartezeit mit 60 Jahren nicht erfüllt war.

**18.993 Männer haben vor dem 65. Lebensjahr eine Alterspension angetreten.** Rund 12.000 dieser Gruppe mit mehr als 45 Versicherungsjahre (ohne freiwillige Zeiten ca 10.000), und 9.858 vor dem 62. Lebensjahr. Ab 2014 gilt für diese Gruppe als Antrittsalter 62 Jahre.

**Rund 6.000 Männer sind mit 65 Jahren oder später in eine Alterspension gegangen,** davon 3.780 Arbeiter und 2.275 Angestellte. 4.000 Männer, die derzeit mit 65+ in eine Alterspension gehen, haben weniger als 450 Versicherungsmonate und könnten nicht vorher gehen. Ca. 1.000 Personen dieser Gruppe haben mehr als 45 Versicherungsjahre.

#### Maßnahmenvorschläge:

- 1. Information über Pensionshöhe:** Ab dem 55. Lebensjahr Information der Versicherten über die zu erwartende Pensionshöhe zum frühestmöglichen Zeitpunkt (62 Jahre) und in Jahresschritten bis 65 Jahre (unter der Annahme, dass das bisherige Einkommen weiter bezogen wird). Die Mitteilung erfolgt jährlich und wird damit laufend aktualisiert.
- 2. Vereinfachung der Pensionsberechnung und Wiedereinführung Bonus-Malus:**
  - 2.1. Aufgrund der sich überlagernden Pensionsreformen der letzten Jahre ist das Pensionsberechnungssystem unüberschaubar kompliziert und für den Einzelnen auch kaum nachvollziehbar. Die Pensionsberechnung ist dahingehend zu vereinfachen, dass für die Versicherten klar darstellbar ist, dass sich ein längerer Verbleib im Erwerbsleben für die Pensionshöhe lohnt. Ein schneller Umstieg ins Pensionskonto wäre ein wesentlicher Beitrag zu mehr Transparenz und ist daher anzustreben.
  - 2.2. In diesem Zusammenhang soll auch die Wiedereinführung einer Bonus-Malus-Regelung im Sinne des ehem. § 5a, 5b Arbeitsmarktpolitikfinanzierungsgesetz geprüft werden (die damalige Regelung sah eine Maluszahlung des Betriebs bei Kündigung eines älteren langjährigen Mitarbeiters sowie eine Arbeitslosenversicherungsbeitragsbefreiung bei Einstellung eines Mindestens-50jährigen vor).
- 3. Flexibilisierung der derzeitigen Altersteilzeit:** Wenn nicht der frühestmögliche Antrittszeitpunkt gewählt wird (53 Jahre für Frauen, 58 Jahre für Männer), soll die Möglichkeit bestehen Altersteilzeitvereinbarungen (jedoch nur Teilzeitvariante) über das frühestmögliche Pensionsantrittsalter hinaus zu treffen. Wenn z.B. ein Mann, der mit 62 Jahren in die Langzeitversichertenregelung gehen kann, die Altersteilzeit mit 60 Jahren antritt, soll er in Hinkunft diese bis zum 64. Lebensjahr vereinbaren können (derzeit bis zum 62. Lebensjahr).
- 4. Teilpension ab 62 Jahre:** Es besteht die Möglichkeit, eine Teilpension zu beziehen, wenn die Arbeitszeit reduziert wird. Das Modell soll versicherungsmathematisch neutral sein und auf eine längere Beschäftigung abzielen.

5. **Dienstgeber/Dienstnehmerprämie:** Die Prämie ist jeweils steuer- und sozialversicherungsfrei zu verstehen. Das Modell kann sofort (1.1.2012) in Kraft treten und sollte vorerst befristet gelten.

Bei Nichtinanspruchnahme einer vorzeitigen Alterspension durch Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Inland kann auf Antrag des Arbeitnehmers ein Prämienmodell gewählt werden. Für die ersten 12 Monate der Nichtinanspruchnahme wird eine Prämie von € 2.000, für die zweiten 12 Monate von € 3.000, für die dritten zwölf Monate von € 4.000 gewährt. Die Prämie wird jeweils im Nachhinein ausbezahlt. Eine Nichtinanspruchnahme über 36 Monate hinaus wird nicht mehr prämiert.

Zum Monatsersten nach Erreichen des Regelpensionsalters ist die Leistung von Amts wegen neu festzustellen und dabei für jeden Monat, in dem die Pension nicht in Anspruch genommen wurde, im Sinne von § 9 APG (Größenordnung 0,3% pro Monat) zu erhöhen.

Bei Anspruch des Dienstnehmers auf eine Prämie ist auch dem Dienstgeber eine Prämie im selben Ausmaß ausbezahlen, bei dem der Dienstnehmer während des Zeitraumes, für den die Prämie gebührt, durchgehend beschäftigt war.

Die Aufwendungen der PVA für die Auszahlung der Prämie sind vom Finanzministerium aus allgemeinen Steuermitteln zu ersetzen.

#### Wirkungen der Maßnahmen für 60 - 65+jährige

Das Gesamtpotenzial für einen späteren Pensionsantritt bei männlichen Arbeitnehmern ist auf Basis der Zugangszahlen des Jahres 2010 in dieser Altersgruppe 14.800. Ca. 6.000 Arbeitnehmer haben (ohne Nachkauf von Schul- und Studienzeiten) mehr als 45 Beitragsjahre. Diese haben nur einen geringen Anreiz, länger zu arbeiten (wegen der Deckelung mit 80% im Altrecht). Rund 8.800 Personen haben weniger als 45 Versicherungsjahre und damit einen mittleren bis hohen Anreiz, den Pensionsantritt aufzuschieben.

Von diesen 14.800 Personen (6.000 + 8.800) kann angenommen werden, dass ca. 11.000 ihren Pensionsantritt zwischen einem halben und zweieinhalb Jahren aufschieben. Einerseits besteht ein massives Eigeninteresse (deutlich höhere Pension, Prämie, Vereinfachung, Versicherteninformation), andererseits eine Förderung der Bereitschaft der Arbeitgeber, Personen bis 65 zu beschäftigen (Prämie, Bonus-Malus).

**Richtwerte für die Auswirkungen der Maßnahmen bei den 60 bis 65+jährigen auf das faktische Antrittsalter insgesamt**

	Alter	Zugang derzeit	Potenzial bis 65	späterer Antritt in Jahren	Personenjahre
Arb	62	3800	2850	2,5	7125
Arb	63	1400	1050	1,5	1575
Arb	64	500	375	0,5	188
Summe		5700	4275		8888
Ang	62	7171	5378,25	2,5	13446
Ang	63	1405	1053,75	1,5	1581
Ang	64	542	406,5	0,5	203
Summe		9118	6838,5		15230

Personenjahre insgesamt	24117
Gesamtzugang 2010	79.808
Anhebung faktisches Alter in Monaten	3,6

