

WIFO

1030 WIEN, ARSENAL, OBJEKT 20
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

**Gesundheitszustand älterer
Erwerbstätiger in Österreich
im europäischen Vergleich**

Christine Mayrhuber

Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert,
Doris Steininger

Dezember 2016



Gesundheitszustand älterer Erwerbstätiger in Österreich im europäischen Vergleich

Christine Mayrhuber

Dezember 2016

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert, Doris Steininger

Inhalt

Der Vergleich der 50- bis 65-jährigen Bevölkerung in der EU zeigt einen besseren Gesundheitszustand der Erwerbstätigen als der Arbeitslosen und der Nicht-Erwerbstätigen. Auch in Ländern mit hohem Pro-Kopf-Einkommen weist diese Gruppe im Durchschnitt weniger gesundheitliche Beschwerden auf. Eine hohe Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich Beeinträchtigten erreichen die Niederlande und die Schweiz, aber auch Deutschland durch ein ausgebautes System präventiver und integrativer Maßnahmen auf der betrieblichen Ebene.

Rückfragen: Christine.Mayrhuber@wifo.ac.at, Anna.Albert@wifo.ac.at, Doris.Steininger@wifo.ac.at

2016/398/A/WIFO-Projektnummer: 9211

© 2016 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Übersichtenverzeichnis	3
Key Findings	4
1 Einleitung	6
2 Arbeitsmarktlage Älterer in Österreich im europäischen Vergleich	8
2.1 Arbeitsmarktpartizipation	8
2.2 Arbeitszeit	11
2.3 Beschäftigungsformen älterer Erwerbspersonen	17
2.4 Inaktivität älterer Erwerbspersonen	19
3 Gesundheitszustand im Ländervergleich	23
3.1 Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit	23
3.2 Folgewirkungen von Gesundheitseinschränkungen	24
3.3 Gesundheitszustand Älterer in der EU	25
3.4 Status der 50- bis 64-Jährigen im Vergleich	27
3.5 Datengrundlage	28
3.6 Ältere Beschäftigte im europäischen Vergleich	31
3.7 Persönlicher Gesundheitszustand	32
3.8 Ältere Arbeitslose im europäischen Vergleich	33
3.9 Ältere Inaktive im europäischen Vergleich	34
3.10 Zusammenschau	36
4 Beschäftigungsfördernde Rahmenbedingungen	39
4.1 Maßnahmen bei vorübergehender und dauerhafter Gesundheitseinschränkung	39
4.2 Maßnahmen zur Arbeitsmarkt-Reintegration	43
4.3 Best practice: Hohe Beschäftigungsquote bei guter Gesundheit	44
5 Zusammenschau und Schlussfolgerungen	47
6 Literatur	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten der Frauen und Männer in Österreich, 2015	10
Abbildung 2:	Erwerbsquoten nach Altersgruppen in Schweden, Österreich und Italien, 2015	10
Abbildung 3:	Teilzeitquoten und deren Entwicklung in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen, 2008-2015	12
Abbildung 4:	Wöchentliche Arbeitsintensität der unselbständig Beschäftigten im Vergleich	13
Abbildung 5:	Wochenarbeitszeit (Vollzeit und Teilzeit) im Ländervergleich, 2015	14
Abbildung 6:	Drei verschiedene Beschäftigungsquoten im Vergleich, 50- bis 64-Jährige, nach Geschlecht, 2013	16
Abbildung 7:	Dauer des Arbeitslebens, 2014	17
Abbildung 8:	Beschäftigungsarten der 15- bis 64-Jährigen, 2015	19
Abbildung 9:	Verteilung der Bevölkerung der 50- bis 64-Jährigen nach Erwerbsstatus, 2015	20
Abbildung 10:	Gründe der Inaktivität der 50- bis 64-Jährigen Nichterwerbspersonen insgesamt, 2014	21
Abbildung 11:	Invaliditätspensionen der 20- bis 65-Jährigen in Relation zur entsprechenden Bevölkerung	22
Abbildung 12:	Erwerbstätige mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen und krankheitsbedingten Fehlzeiten, 2013	26
Abbildung 13:	Gesundheitszustand der 50- bis 64-jährigen Bevölkerung im Vergleich	31
Abbildung 14:	Entwicklung der Invaliditätspensionspolitik in der OECD zwischen 1990 und 2007	41
Abbildung 15:	Monitoring von krankheitsbedingten Abwesenheiten, Wiedereingliederungsmaßnahmen, 2010	42

Übersichtenverzeichnis

Übersicht 1: Status der 50- bis 65-Jährigen in Europa, 2011, in %	30
Übersicht 2: Gesundheitszustand der Erwerbstätigen in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %	33
Übersicht 3: Gesundheitszustand der Arbeitslosen in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %	34
Übersicht 4: Gesundheitszustand der Inaktiven (Pensionistinnen und Pensionisten, Hausfrauen und Hausmänner) in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %	35
Übersicht 5: Anteile der Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %	37

Key Findings

- Österreich hat eine im europäischen Vergleich überdurchschnittliche Erwerbsquote der 15- bis 64-Jährigen, bei den 50- bis 64-Jährigen ist die Quote hingegen unterdurchschnittlich. In dieser Altersgruppe haben sich 37% vom Arbeitsmarkt zurückgezogen (2015). Für zwei Drittel ist die Pensionierung der Grund für den Rückzug und für 14% sind es gesundheitliche Gründe. Durch die reduzierten Übertrittsmöglichkeiten in eine vorzeitige Alterspension werden gesundheitliche Austrittsgründe in Zukunft eine größere Rolle spielen, sollte es nicht gelingen, verstärkte Maßnahmen in diesem Bereich zu setzen.
- Der österreichische Arbeitsmarkt ist von einer hohen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit bei Vollzeitjobs gekennzeichnet. Bei einem Viertel der unselbständig erwerbstätigen Männer liegt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei 41 bis 59 Stunden. Auch ist die Teilzeitquote in Österreich hoch, aber in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen liegt sie niedriger als im Schnitt über alle Altersgruppen hinweg. Eine hohe Arbeitsmarktpartizipation Älterer wird in den europäischen Ländern entweder mit einer geringeren Wochenarbeitszeit bei Vollzeitjobs (Schweden, Finnland, Dänemark) oder mit einer höheren Teilzeitquote bei den 50- bis 64-Jährigen erreicht. Eine hohe Arbeitsintensität reduziert für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbspersonen die Möglichkeit zum Verbleib in Beschäftigung bzw. zur Reintegration in den Arbeitsmarkt.
- Der Gesundheitszustand der älteren Erwerbspersonen steht in einem engen Zusammenhang mit ihrem Arbeitsmarktstatus: Während in Österreich ein Drittel der Beschäftigten einen ausgezeichneten bzw. sehr guten Gesundheitszustand angeben, sind es bei den Inaktiven (Pensionistinnen und Pensionisten, Hausmänner und -frauen) knapp mehr als ein Viertel und bei den Arbeitslosen nur mehr ein Fünftel. Im Vergleich dazu haben in der Schweiz – einem Land mit überdurchschnittlich gutem Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung – knapp über 50% der Beschäftigten, 45% der Inaktiven und immerhin 31% der Arbeitslosen einen ausgezeichneten oder guten Gesundheitszustand.
- Der Gesundheitszustand wird von der Dauer der Erwerbstätigkeit in Form von Erwerbsjahren, und die Intensität der Erwerbstätigkeit in Form der durchschnittlich geleisteten Arbeitszeit beeinflusst. Empirische Arbeiten zeigen, dass mit zunehmender Intensität und Dauer von Arbeitsplatzbelastungsfaktoren die Gesundheitsgefährdung exponentiell ansteigt. Vor diesem Hintergrund ist die Gestaltung der (Wochen-) Arbeitszeit im Rahmen der Reintegration von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen ein wichtiger – und in Österreich auszubauender – Ansatzpunkt zur Arbeitsmarktintegration.
- Eine hohe Erwerbsneigung von älteren Erwerbspersonen auch mit gesundheitlichen Einschränkungen wurde in den nordischen Ländern, den Niederlanden aber auch in der Schweiz und Deutschland mit einem strukturierten Ausbau von

Aktivierungsmaßnahmen erreicht. Den Rehabilitations- und Aktivierungsmaßnahmen vorgeschaltet ist eine systematische und frühzeitige Erfassung von krankheitsbezogenen Fehlzeiten auf betrieblicher Ebene. Österreich nimmt beim Angebot und der Struktur der Aktivierungsmaßnahmen für gesundheitlich Beeinträchtigte den vorletzten Rang innerhalb Europas ein. Die vorhandenen Einrichtungen und Strukturen der Gesundheitsprävention sollten daher rasch in Richtung Ausbau und Verpflichtung für Versicherte und Betriebe weiterentwickelt werden.

- Der Ausbau der Präventions- und Integrationsmaßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen im Erwerbsalter wird dann zu positiven Arbeitsmarkeffekten führen, wenn sie auch von entsprechenden Impulsen seitens der Arbeitskräftenachfrage begleitet werden.

1 Einleitung

Die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung insgesamt, wie auch jene der Älteren, ist ein Kernziel in der EU-2020-Strategie. Sie formuliert den Anstieg der Beschäftigungsquote der 20- bis 64-Jährigen auf 75%¹⁾ bis 2020 als eines von fünf Kernzielen. Auch im österreichischen Regierungsprogramm²⁾ aus 2013 sind konkrete Zielgrößen der Beschäftigungsquoten Älterer festgeschrieben. Bis 2018 sollen sie bei den 55- bis 59-jährigen Männern 74,6% (+6,5 Prozentpunkte gegenüber 2012), bei den Frauen 62,9% (+15 Prozentpunkte gegenüber 2012) und in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Männer 35,3% (+13,7 Prozentpunkte gegenüber 2012) erreichen. Diese quantitativen Zielgrößen blenden andere Aspekte, wie beispielsweise die Erwerbsintensität in Form von Tages-, Wochen- und Jahresarbeitszeit, das Einkommensniveau oder Arbeitsplatzbelastungen aus. Es wirken vielschichtige individuelle, institutionelle und makroökonomische Faktoren auf die generelle Arbeitsmarktpartizipation, die besonders in der Gruppe der Älteren stark zum Tragen kommen. Neben der wirtschaftlichen Lage und der daraus abgeleiteten Arbeitskräftenachfrage spielen Arbeitsplatzstruktur und -qualität, wie die Einstellungspolitik der Unternehmen, die institutionelle Ausgestaltung der Sozialversicherungs- und Steuersysteme, sowie des Arbeitsrechts und individuelle Faktoren eine Rolle (vgl. Börsch-Supan et al., 2009; Kunnert et al., 2010; Börsch-Supan et al., 2005; Styczynska et al., 2013). Auch die individuelle Ausbildung, die bisherige Berufserfahrung, die Qualifikation und der Gesundheitszustand (vgl. Dragano et al., 2014) entscheiden über die Erwerbschancen und auch über den Zeitpunkt des Arbeitsmarktaustritts (vgl. OECD, 2010).

Der Gesundheitszustand insgesamt oder bestimmter Bevölkerungsgruppen – beispielsweise der älteren Erwerbspersonen – ist nur näherungsweise bestimmbar. Auch wenn es eine Beziehung zwischen dem Gesundheitszustand und der Arbeitsmarktpartizipation gibt, sind die Richtung der Kausalitäten und die Stärke der Zusammenhänge nicht genau quantifizierbar. Bei einer Querschnittsbetrachtung von möglichen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Arbeitsmarktstatus können Selektionseffekte die Zusammensetzung der untersuchten Gruppen (Erwerbstätige – Nichterwerbstätige) prägen; hier entsteht ein partielles Bild der Wechselwirkungen, da Personen, die aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausgetreten sind, systematisch unberücksichtigt blieben.

Europäische Vergleiche der Arbeitsmarktlage Älterer auf der Grundlage der Europäischen Arbeitskräfteerhebung anhand des quantitativen Indikators der Beschäftigungsquoten geben nur einen Einblick in die Lage der Erwerbstätigen. Für einen Vergleich des Gesundheitszustandes der Erwerbstätigen wirken damit unterschiedliche institutionelle Ausgestaltungen auf die Erfassung als beschäftigt und nichterwerbstätig (vgl. Famira-Mühlberger et al., 2015a). In der vorliegenden Arbeit wird der Gesundheitszustand der über

¹⁾ Bzw. davon abweichende nationale Zielwerte wie sie in den Nationalen Reformprogrammen vom April 2011 festgeschrieben wurden.

²⁾ Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018, Dezember 2013.
<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>

50-jährigen Erwerbsbevölkerung in Europa miteinander verglichen. Darauf aufbauend wird der Frage nachgegangen, wodurch die beobachtbaren Länderunterschiede verursacht werden und welche Rahmenbedingungen der Arbeitsmarktpartizipation von gesundheitlich Beeinträchtigten förderlich sind.

2 Arbeitsmarktlage Älterer in Österreich im europäischen Vergleich

Viele Besonderheiten charakterisieren die Beschäftigungslage älterer Erwerbspersonen. Die Beschäftigungsquote höherer Altersgruppen sinkt deutlich mit der zeitlichen Annäherung an die Pensionierung. Im Falle der Arbeitslosigkeit haben ältere Erwerbspersonen ein höheres Risiko langzeitarbeitslos zu werden. Die vorhandenen Segmentationstendenzen des Arbeitsmarkts verstärken sich für die Erwerbspersonen im Jahrzehnt vor dem Pensionsantritt (vgl. *Davidsson – Naczyk, 2009; Schmid, 2011*). Die Gruppe der Erwerbstätigen, die sich bis dahin im stabilen Beschäftigungssegment befunden hat, kann bis zum Pensionsübertritt in aktiver Beschäftigung bleiben. Beschäftigte, deren Erwerbsverlauf sich weitgehend im instabilen, sekundären Beschäftigungssegment befunden hat, sind hingegen mit zunehmendem Alter mit vielschichtigen Risiken konfrontiert: Sie sind häufiger von Altersarbeitslosigkeit und bei geringer Qualifikation auch häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen (vgl. *Bock-Schappelwein, 2006*). Dazu kommen gesundheitliche Einschränkungen, die mit steigendem Lebensalter zunehmen: Während insgesamt rund ein Drittel der unselbständig Beschäftigten in Österreich Gesundheitsbeschwerden haben, sind es in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen knapp zwei Fünftel (vgl. *Biffi et. al., 2011; Leoni, 2011*). Gemeinsam mit der wachsenden Arbeitslosigkeit und dem steigenden Arbeitskräfteangebot gibt es für Arbeitssuchende, die gesundheitliche Einschränkungen haben, einen stärkeren Wettbewerb um die offenen Stellen. Mit steigendem Lebensalter weichen Qualifikationen und auch der Gesundheitszustand häufiger vom Gesamtdurchschnitt der Erwerbstätigen ab.

Insgesamt unterscheidet sich die Arbeitsmarktlage zwischen älteren Erwerbspersonen und allen Erwerbspersonen deutlich voneinander, wie sich das auf Grundlage der Arbeitsmarktpartizipation, der Intensität der Erwerbsbeteiligung und der Beschäftigungsarten zeigen lässt.

2.1 Arbeitsmarktpartizipation

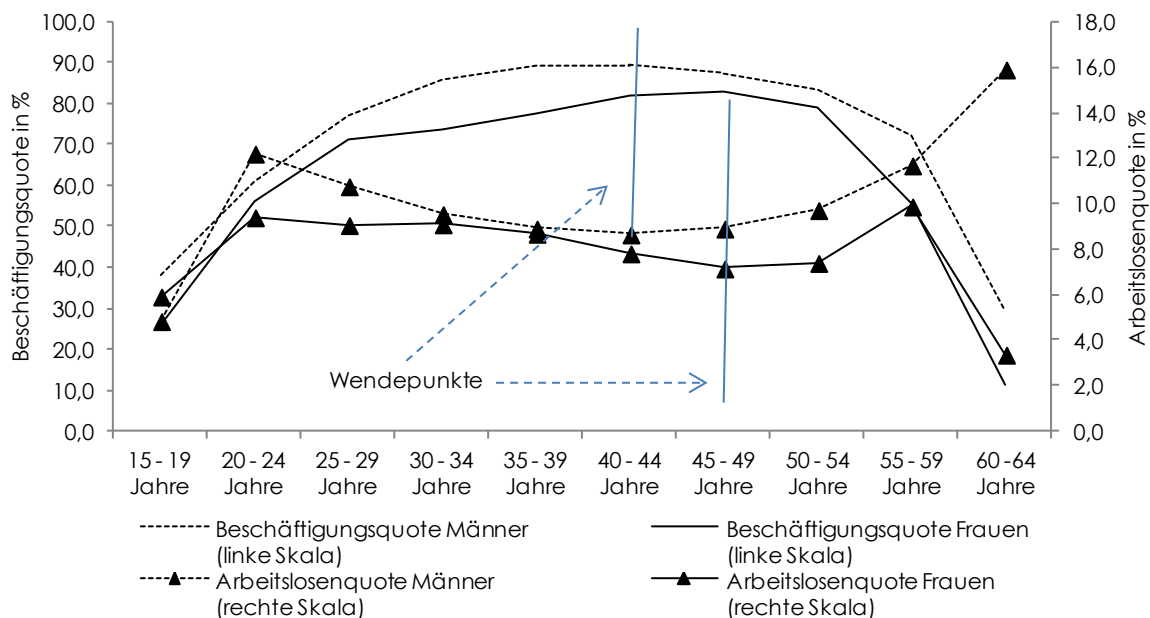
Auf der Grundlage der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote als Hauptindikatoren, zeigt sich eine sinkende Arbeitsmarktpartizipation in Österreich bei Männern bereits ab dem 45. Lebensjahr und bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr. Ab dem 45. Lebensjahr steigt die Arbeitslosenquote der Männer an und liegt über dem Durchschnitt aller Altersgruppen, bei den Frauen kommt der Anstieg ab dem 50. Lebensjahr (vgl. Abbildung 1). Auch in den anderen Ländern der Europäischen Union sinkt die Erwerbsquote in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen ab. In der überwiegenden Zahl der Länder steigt die Arbeitsmarktpartizipation bis zur Altersgruppe der 40- bis 44-Jährigen an, liegt dann in dieser Altersgruppe am höchsten, um anschließend wieder abzusinken. Der Rückgang ist in Schweden, dem Land mit der höchsten Gesamterwerbsquote 2015, mit -0,7 Prozentpunkten gering, auch in Österreich sinkt die Arbeitsmarktbeteiligung in dieser Altersgruppe um -0,9 Prozentpunkte ab. Auf der anderen Seite zeigt sich in Italien – dem Land mit der geringsten Gesamterwerbsquote 2015 – hier ein deutlich stärkerer Rückgang mit -2 Prozentpunkten (vgl. Abbildung 2). Nur in

Deutschland, Tschechien und Finnland steigt die Erwerbsquote auch noch bei den 45- bis 49-Jährigen und beginnt anschließend zu sinken.

Um die Arbeitsmarktlage der einzelnen Mitgliedsländer der Europäischen Union vergleichen zu können, steht die europäische Arbeitskräfteerhebung (AKE) zur Verfügung. Es handelt sich dabei um eine repräsentative Stichprobenbefragung der Wohnbevölkerung, in der dem Erwerbsstatus eine besondere Bedeutung zukommt. Die Befragung ist so angelegt, dass der Erwerbsbevölkerung drei Kategorien zugerechnet werden können; (1) beschäftigt, (2) arbeitslos und (3) erwerbsinaktiv.

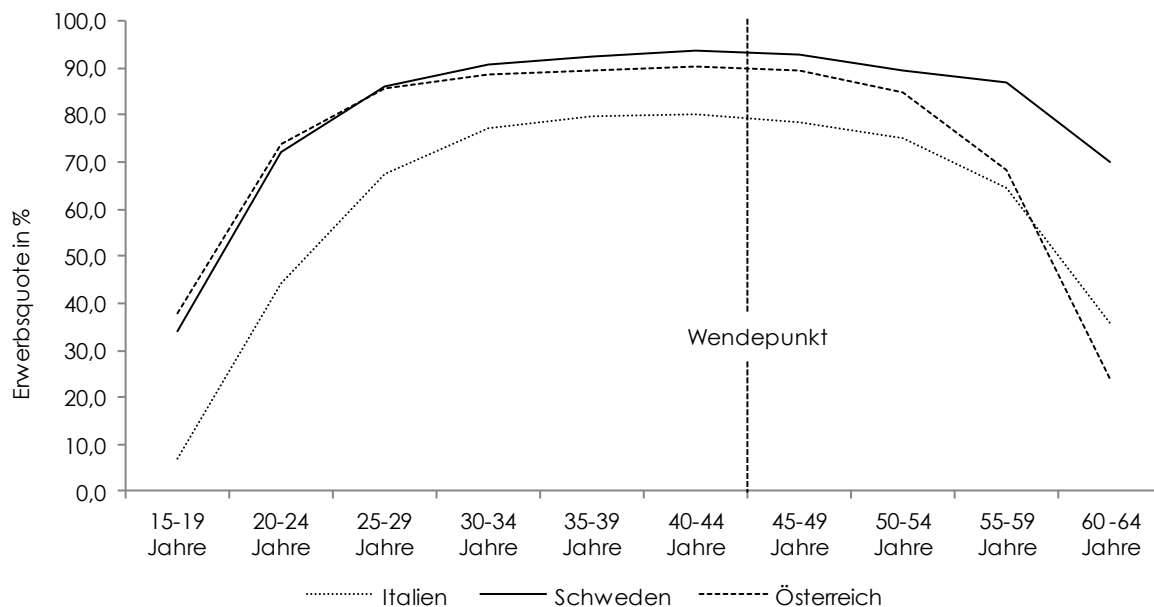
Hier gibt es allerdings Unschärfen: Der Bezug auf die Wohnbevölkerung blendet Personen aus, die in einem Land erwerbstätig, aber dort nicht wohnhaft sind. Für Österreich bedeutet dies, dass jene 2,4% der unselbständig Beschäftigten (2015), die über die Grenze einpendelten, in Österreich aber keinen Wohnsitz haben, nicht in der Beschäftigungsquote gemäß AKE enthalten sind. Die Beschäftigungsquoten von Ländern mit einem hohen Anteil an einpendelnden Beschäftigten sind damit untererfasst. Eine zweite Vergleichs-Einschränkung liegt in den institutionellen Krankenstandsregelungen: Personen mit aufrechtem Dienstverhältnis sind in der AKE auch bei längeren krankheitsbedingten Abwesenheiten als erwerbstätig eingestuft. Lange mögliche Krankenstandsdauern führen zu einer höheren Beschäftigungsquote. *Famira-Mühlberger et al. (2015)* zeigen, dass beispielsweise der bis zu zwei Jahre dauernde Rehabilitationstunnel in den Niederlanden, der ein aufrechtes Dienstverhältnis darstellt, erhöhend auf die Beschäftigungsquote wirkt. Bislang fehlen empirische Arbeiten zur Größenordnung der institutionsbedingten Unterschiede (vgl. *Famira-Mühlberger et al., 2015a*).

Abbildung 1: Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten der Frauen und Männer in Österreich, 2015



Q: WIFO.

Abbildung 2: Erwerbsquoten nach Altersgruppen in Schweden, Österreich und Italien, 2015

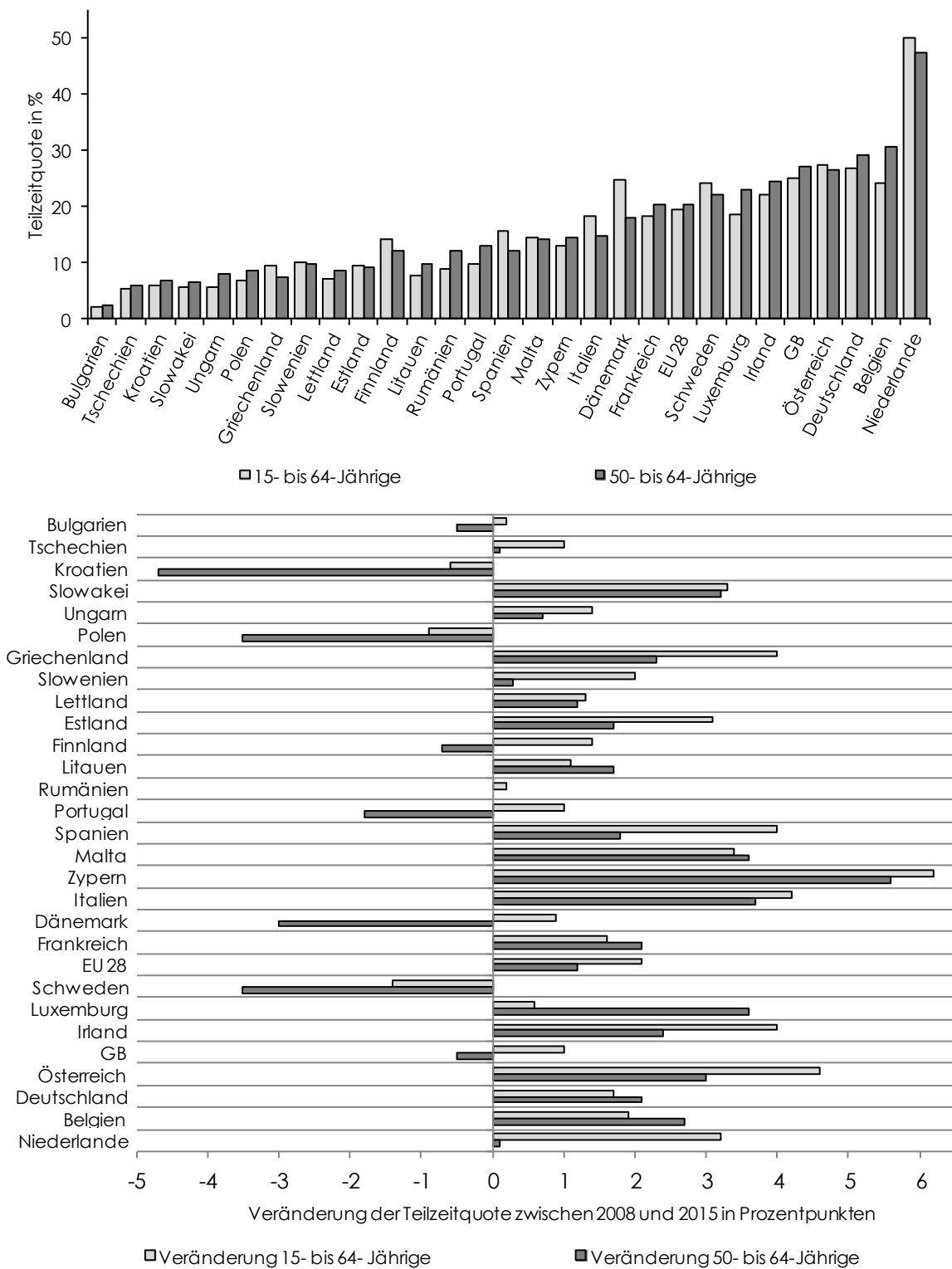


Q: Eurostat, WIFO-Darstellung. – Schweden hatte 2015 die höchste und Italien die niedrigste Erwerbsquote der im Abschnitt 10 analysierten Länder.

2.2 Arbeitszeit

Steigende Beschäftigungszahlen im Bereich Älterer bedeuten nicht automatisch einen Anstieg der geleisteten und bezahlten Arbeitsstunden und der damit verbundenen Pro-Kopf-Einkommen. In der Vergangenheit waren Jahre mit konstantem oder sinkendem Arbeitsvolumen bei steigenden Beschäftigungszahlen beobachtbar, da Arbeit von mehr Personen mit einem geringeren Stundenausmaß geleistet wurde. Im Jahre 2014 lag das Arbeitsvolumen bei den unselbständig Beschäftigten in vielen Ländern der Europäischen Union noch unter dem Niveau von 2008. Insgesamt ist in den letzten Jahren ein leichtes Sinken der Arbeitszeit je Unselbständigen beobachtbar. Verantwortlich hierfür ist die Zunahme der Teilzeitjobs (vgl. Abbildung 3): Zwischen 2008 und 2015 stieg die Teilzeitquote der unselbständig Erwerbstätigen in der EU-28 um +2,1 Prozentpunkte auf 19,6%, in Österreich betrug die Zunahme +4,6 Prozentpunkte (+2,8 bzw. +5,6 Prozentpunkte bei Männern bzw. Frauen) auf 27,3%. Auch in der Gruppe der älteren Erwerbstätigen stieg der Anteil an Teilzeitbeschäftigten; die Zunahme zwischen 2008 und 2015 betrug im europäischen Schnitt 1,2 Prozentpunkte, die Teilzeitquote der 50- bis 64-Jährigen liegt damit bei 20,5%.

Abbildung 3: Teilzeitquoten und deren Entwicklung in der Gruppe der 15- bis 64-Jährigen und der 50- bis 64-Jährigen, 2008-2015

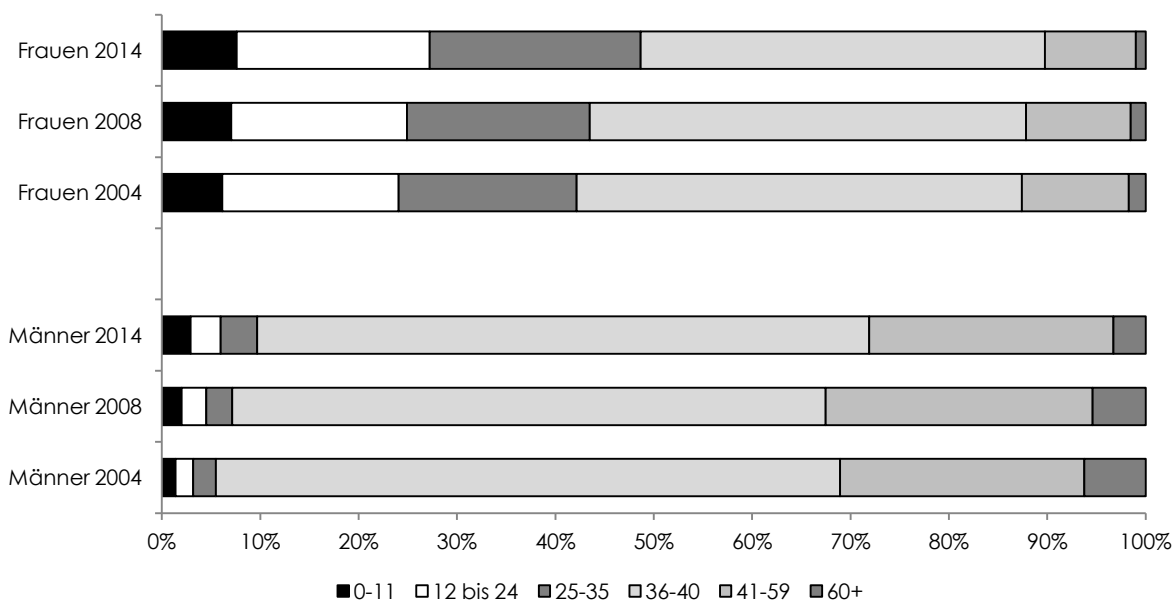


Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen. – Geordnet nach der Teilzeitquote in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen.

Für eine umfassende Analyse der Arbeitsmarktlage Älterer braucht es neben den Beschäftigungs- oder Arbeitslosenquoten somit auch einen genauen Blick auf die Jahres- und Wochenarbeitszeit. Die geleistete Wochenarbeitszeit variiert sowohl nach dem Geschlecht, der ausgeübten Tätigkeit, der Beschäftigungsbranche sowie dem Alter. Die geschlechtsspezifische Aufteilung der Erwerbsarbeitszeit wird in hohem Maße von der ungleichen Verteilung von Reproduktionsarbeit und damit der Aufteilung zwischen bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter Familienarbeit beeinflusst. Die unterschiedliche Intensität der bezahlten und unbezahlten Arbeitszeit zwischen Frauen und Männern ist mit ungleichen gesundheitsbezogenen Belastungen verbunden.

Unselbständig erwerbstätige Männer hatten 2014 in Österreich zu knapp einem Viertel, Wochenarbeitszeiten zwischen 41 und 59 Stunden, bei den Frauen lag der entsprechende Wert bei 9,2%. Im Jahr vor der Krise waren diese Anteile mit 27,1% bzw. 10,7% deutlich höher. Am anderen Ende der Wochenarbeitszeit waren 19,6% der Frauen und 3,1% der Männer im Ausmaß von 12 bis 24 Stunden beschäftigt (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Wöchentliche Arbeitsintensität der unselbständig Beschäftigten im Vergleich



Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

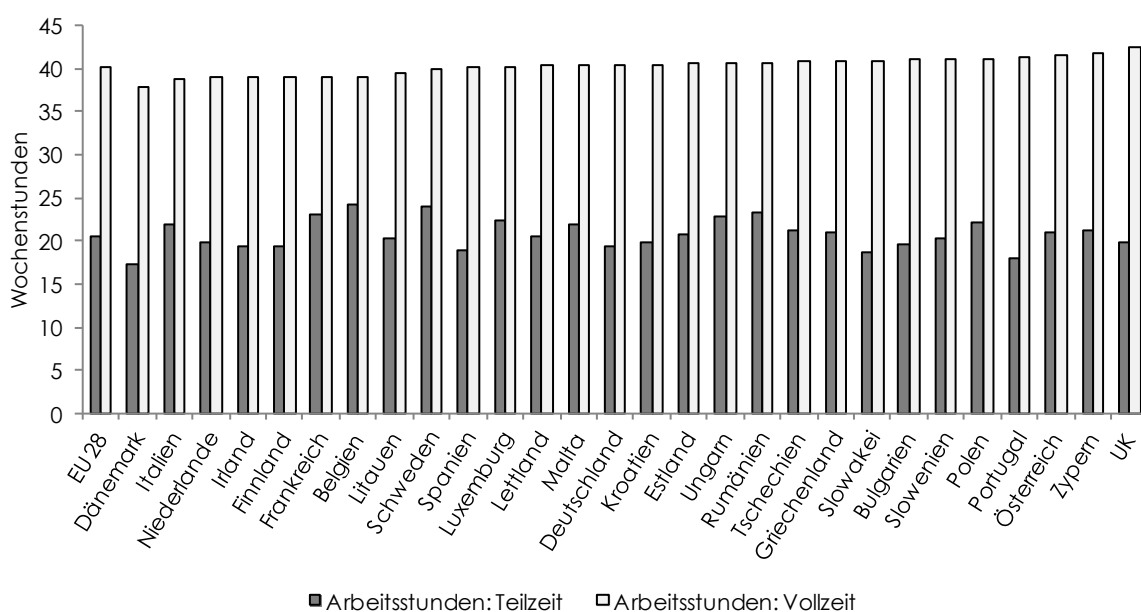
Mit der Arbeitsintensität variiert auch die Dauer der beruflichen Belastungsfaktoren. Darüber hinaus wirkt die Dauer des Erwerbslebens auf die gesundheitliche Disposition der Beschäftigten ein. Während in Österreich die Erwerbsjahre der Frauen kontinuierlich angestiegen sind, zeigen die Versicherungsjahre der Männer eine relative Konstanz; allerdings auf hohem Niveau (vgl. Pensionsversicherungsanstalt, 2014).

Auf europäischer Ebene lag die durchschnittlich normalerweise geleistete Wochenarbeitszeit 2015 der unselbständig Beschäftigten im Schnitt bei 40,3 Stunden (Vollzeit) bzw. 20,5 Stunden (Teilzeit). Gegenüber dem Vorkrisenjahr 2008 sank die Arbeitszeit um 0,2 Stunden bei Vollzeitjobs. Auch in Österreich reduzierte sich die durchschnittlich geleistete Wochenarbeitszeit um 0,7 Stunden, ein Trend der auch weiterhin anhalten dürfte (WIFO, 2016).

Die Wochenarbeitsstunden bewegen sich zwischen 42,4 Stunden in Großbritannien und 37,9 Stunden in Dänemark. Österreich liegt mit 41,5 auf Platz 3 (vgl. Abbildung 5). Das Wochenstundenausmaß der Teilzeitjobs veränderte sich in der jüngeren Vergangenheit demgegenüber weniger stark.

Bei den Vollzeitbeschäftigten zeigen sich die nordeuropäischen Länder Dänemark, Niederlande, Finnland, Irland sowie Italien und Frankreich mit einer relativ geringen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von Vollzeitkräften sowie Großbritannien, Zypern, Österreich, Portugal und Polen mit einer relativ hohen Wochenarbeitszeit.

Abbildung 5: Wochenarbeitszeit (Vollzeit und Teilzeit) im Ländervergleich, 2015



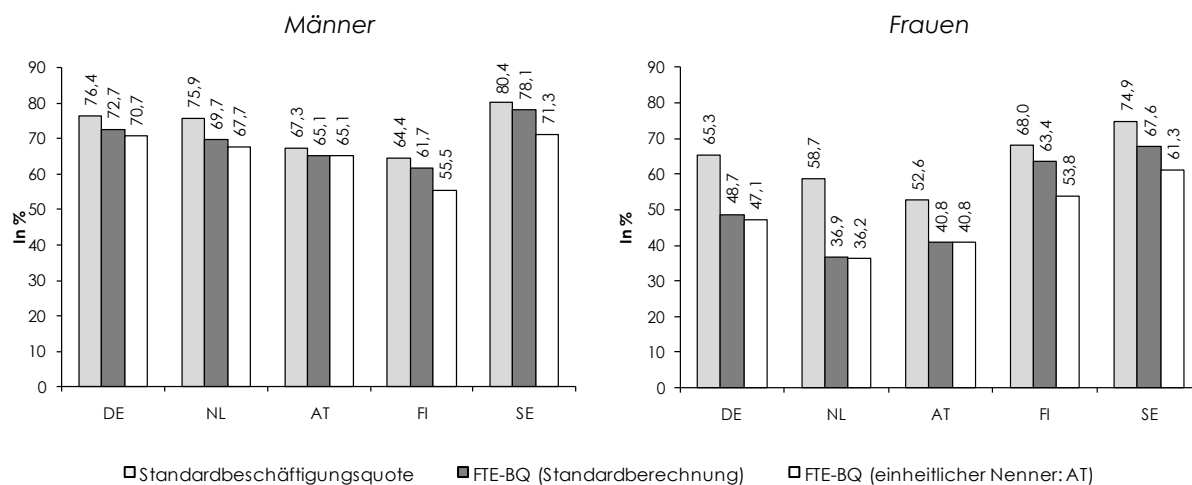
Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen. – Geordnet nach der Wochenarbeitszeit in Vollzeitbeschäftigung.

Die Arbeitszeitveränderungen der letzten Jahre waren nicht gleichmäßig über alle Erwerbstätige verteilt. Immer noch ist ein Teil der Erwerbspersonen von langen Wochenarbeitsstunden betroffen, die potenziell die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben erschweren und sich auf die Gesundheit auswirken. Andere sind – auch zu einem bedeutenden Teil unfreiwillig – gar nicht oder in deutlich geringerem Umfang erwerbstätig.

Im europäischen Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede in der durchschnittlich geleisteten Arbeitszeit. Diese beruhen entweder auf der unterschiedlichen Teilzeitquote oder auf den Unterschieden in der Normarbeitszeit (vgl. Abbildung 3). Die Unterschiede in der Wochenarbeitszeit können durch die Umrechnung der Beschäftigungsquote in Vollzeitäquivalenten vergleichbar gemacht werden. Das tatsächlich geleistete Arbeitsvolumen wird der durchschnittlich geleisteten Arbeitszeit von Vollzeitbeschäftigten im jeweiligen Land gegenüber gestellt. Bei einer hohen Teilzeitquote fällt die Beschäftigungsquote in Vollzeitäquivalenten geringer aus als die Standard-Beschäftigungsquote (vgl. Abbildung 6). Der Abstand zwischen den beiden Quoten beträgt bei den 50- bis 64-jährigen Männern 2,2 Prozentpunkte in Österreich und 6,2 Prozentpunkte in den Niederlanden. Der höhere Anteil an teilzeitbeschäftigten Frauen führt auch zu einem größeren Abstand zwischen den Quoten bei den 50- bis 64-jährigen Frauen, wobei hier die Niederlande hervorstechen: Hier liegt die vollzeitäquivalente Beschäftigungsquote um 21,8 Prozentpunkte unter der Standard-Beschäftigungsquote, in Österreich sind es 11,8 Prozentpunkte. Insgesamt vergrößern sich die Länderunterschiede bei den Frauenbeschäftigungsquoten: Lag die unbereinigte Quote der 50- bis 64-jährigen Frauen in Österreich bei 52,6% und stellte damit den niedrigsten Wert dar, unterschreitet die äquivalisierte Quote der niederländischen Frauen mit 36,9% jene der österreichischen Frauen von 40,8%.

Darüber hinaus liegt die Wochenarbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigten in Österreich mit 41,5 Stunden um 1,2 Stunden über dem EU-28 Schnitt (vgl. Abbildung 5) während sie in Dänemark mit 37,8 Stunden um 2,4 Stunden unter dem EU-Schnitt liegt. Würde nun die hohe Wochenarbeitszeit der österreichischen Vollzeitbeschäftigten für die Berechnung der Vollzeitäquivalente herangezogen, sinkt die hohe Beschäftigungsquote der skandinavischen Länder deutlich ab: Die schwedische Beschäftigungsquote der 50- bis 64-jährigen Männer sinkt um 6,6 Prozentpunkte auf 71,3% und jene der Frauen um 6,3 Prozentpunkte auf 61,3% ab. Bei der Frauenbeschäftigungsquote in Finnland beträgt der Rückgang 9,6 Prozentpunkte auf 53,8%, der durch die hypothetische Anwendung der hohen österreichischen Wochenarbeitszeit bei Vollzeitbeschäftigten entstehen würde (vgl. Abbildung 6).

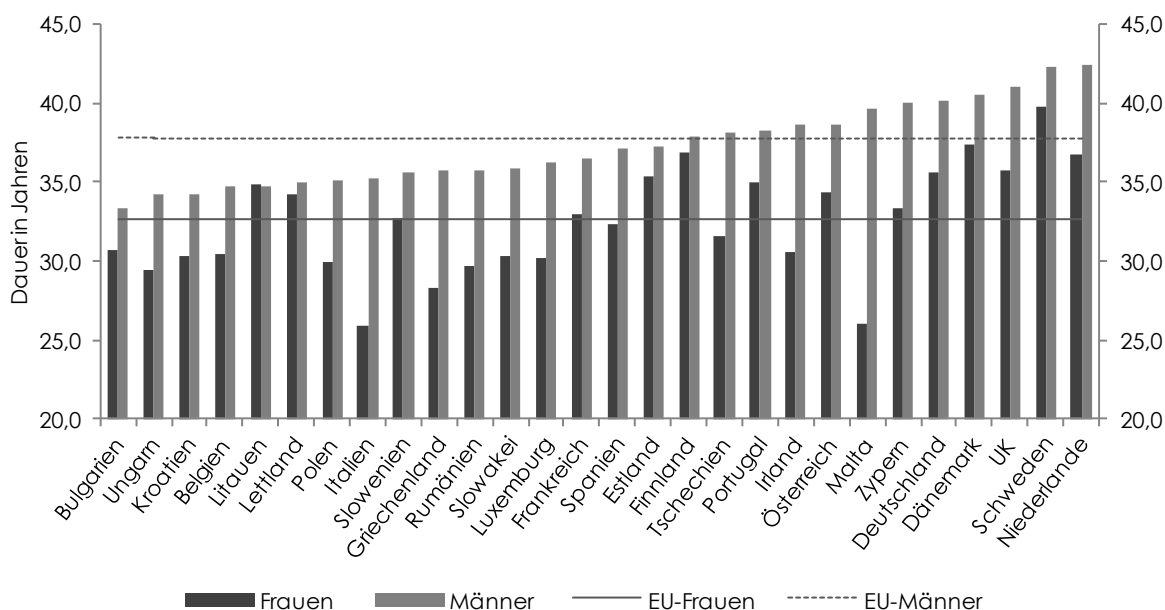
Abbildung 6: Drei verschiedene Beschäftigungsquoten im Vergleich, 50- bis 64-Jährige, nach Geschlecht, 2013



Q: Famira-Mühlberger et al., 2015a, LFS Sonderauswertung.

Entsprechend der unterschiedlichen Beschäftigungs- bzw. Erwerbsquoten unterscheidet sich auch die Dauer der Arbeitsmarktpartizipation über das gesamte Erwerbsleben. Unter der Annahme, dass die Erwerbsquoten über die Alterskohorten hinweg repräsentativ sind für die individuellen Erwerbsverläufe, können Durchschnittswerte für die individuelle Dauer des Arbeitslebens berechnet werden (vgl. *European Commission*, 2015). Im europäischen Vergleich arbeiten Männer in Österreich mit durchschnittlich 38,7 Jahren um 0,9 Jahre länger als der europäische Schnitt, die Spannweite bewegt sich hier zwischen 33,3 Jahren in Bulgarien und 42,4 Jahren in den Niederlanden. Die Erwerbsdauer der Frauen in der Höhe von durchschnittlich 34,4 Jahren übersteigt den europäischen Durchschnitt um 1,7 Jahre. Die Dauer streut hier zwischen 25,9 Jahren in Italien und 38,8 Jahren in Schweden (vgl. Abbildung 7). Wie bereits eingangs festgehalten, können auf dieser Ebene Kausalitäten nicht dokumentiert werden: Die lange Erwerbsdauer in den Niederlanden oder die kurze Erwerbsdauer in Bulgarien beruhen auf mehreren Faktoren, die sowohl auf makroökonomischer, institutioneller (Arbeitszeitregelungen etc.) und sozialer Ebene angesiedelt sind. Der Gesundheitszustand ist dabei nur ein Faktor unter mehreren Faktoren.

Abbildung 7: Dauer des Arbeitslebens, 2014



Q: Eurostat.

2.3 Beschäftigungsformen älterer Erwerbspersonen

Unterschiede in den Beschäftigungsarten haben Auswirkungen auf die körperliche Verfasstheit älterer Erwerbstätiger. Neben der bereits dargestellten Wochenarbeitszeit werden Schichtarbeitszeitmodelle von der Arbeitsmedizin als besonders belastend bezeichnet (vgl. beispielsweise *Schwartzbaum et al., 2007; Su et al., 2008; Harrington, 2001*). Während 2015 im europäischen Schnitt 18,4% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (19,6% der Männer, 17,1% der Frauen) Schichtarbeit leisteten, sind es in Österreich 19,3% (20,1% der Männer, 18,5% der Frauen). Auch in der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Österreicherinnen und Österreicher sind mit 17,5% mehr Beschäftigte von Schichtarbeit betroffen als im europäischen Schnitt (16,0%). Hier könnte ein Selektionseffekt vorhanden sein, der nur jene Beschäftigte im Schichtarbeitsdienst hält, die sich besser daran gewöhnen konnten; alle anderen gehen an Arbeitsplätze ohne Schichtarbeitsbelastung (vgl. *Rutenfranz et al., 1993*).

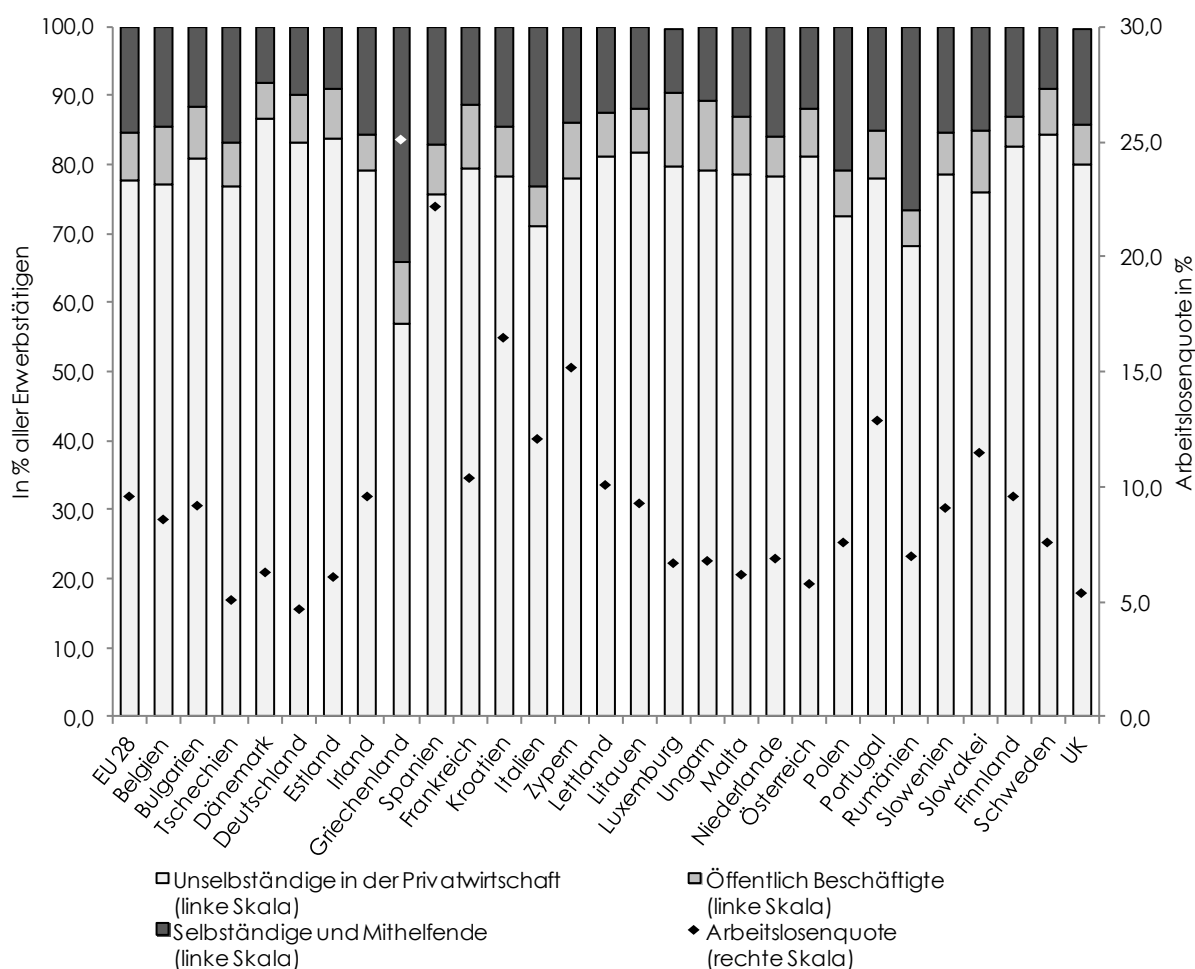
Im Europa-Vergleich zeigt sich, im Bezug auf ältere Erwerbspersonen, die Schichtarbeit leisten, ein sehr unterschiedliches Bild: Während Kroatien mit einem Drittel der Arbeitnehmer im Schichtdienst den höchsten Anteil verzeichnet, arbeiten in Dänemark nur 5,1% der Männer im Schichtbetrieb. Auch in der Altersgruppe der 50- bis 64-jährigen Frauen führt Kroatien mit 31,4% und Belgien bildet mit 3,7% das Schlusslicht. Schichtarbeit ist für knapp ein Fünftel der Beschäftigten im Durchschnitt der EU-28 und auch Österreichs arbeitsplatzgestaltend.

Eine Beschäftigungsform, die bei den 50- bis 64-Jährigen weniger oft vorkommt, ist die Befristung: Im europäischen Schnitt haben 2015 14,2% der unselbständig Beschäftigten einen

befristeten Arbeitsplatz, bei den Älteren sind es mit 6,8% weniger als halb so viele. Auch hier unterscheiden sich die nationalen Arbeitsmärkte deutlich voneinander: Während in Rumänien beinahe keine Befristungen bestehen, sind es in Polen mit 28,0% fast doppelt so viele als im EU-Schnitt. Österreich nimmt hier bei den unselbständig Beschäftigten mit 9,1% bzw. mit 2,9% in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen einen unterdurchschnittlichen Wert ein. Das Ausmaß der Befristungen unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern sehr wenig voneinander. Die Effekte von Befristungen auf den Gesundheitszustand sind empirisch nicht ausreichend dokumentiert. Hier kommt die (Daten-) Schwachstelle der Forschung zum Tragen: Durch das Fehlen von Langzeitbeobachtungen (Längsschnittdaten) dominieren Analysen auf der Grundlage der Querschnittdaten. Gesundheitliche Einschränkungen entstehen abgesehen von Arbeitsunfällen meist langfristig durch mehrere Einflussfaktoren; die Beschäftigungsform ist eine davon. Darüber hinaus sind die Arbeitsplatzbelastungen entlang der unterschiedlichen Beschäftigungsformen nicht einheitlich; direkte Kausalitäten können daher nicht abgeleitet werden.

Die neuen Formen der Arbeitsverträge, wie Werkverträge ohne Gewerbeschein („Neue Selbständige“) geringfügige Beschäftigungsverhältnisse, freie Dienstverträge, Leiharbeit, etc. gewinnen an Bedeutung. An der Schnittstelle zwischen unselbständigen und selbständigen Tätigkeiten sind die Gesundheitsbelastungen noch weniger dokumentiert als im Bereich der klassischen abhängigen Beschäftigung. Die neuen Arbeitsformen sind in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen weniger weit verbreitet als bei den Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteigern; hier liegt allerdings der Anteil der selbständig Erwerbstätigen, der mithelfenden Familienangehörigen und auch der Beschäftigten im öffentlichen Dienst höher (vgl. Abbildung 8). Es zeigt sich einmal mehr die Tatsache, dass die Jobwechselhäufigkeit mit steigendem Alter abnimmt, teilweise aufgrund stabiler Beschäftigungsverhältnisse im öffentlichen Dienst, teilweise aufgrund von Beschäftigungen im stabilen Arbeitsmarktsegment. Der eingangs gezeigte höhere Anteil der Nichterwerbstätigen geht mit einer Arbeitslosenquote einher, die unter dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt liegt. In der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen lag die europäische Arbeitslosenquote 2015 bei 7,1%.

Abbildung 8: Beschäftigungsarten der 15- bis 64-Jährigen, 2015



Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen.

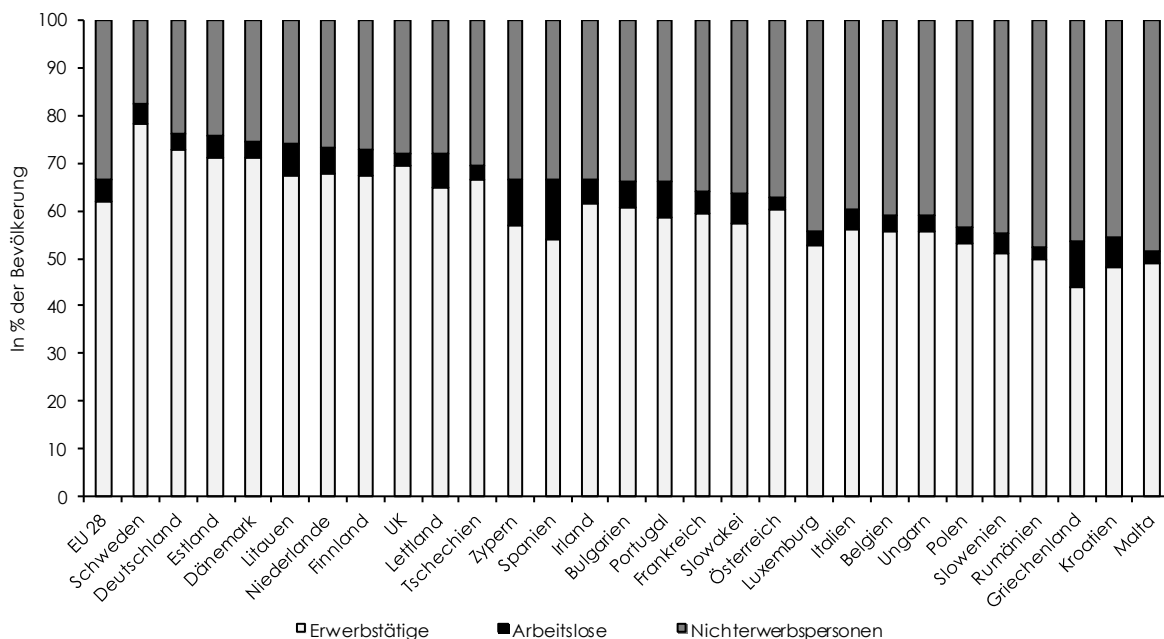
Neben der Arbeitsintensität (Wochen-/Jahresarbeitszeit) unterscheiden sich die europäischen Länder auch in den Beschäftigungsarten (selbständig, unselbständig, mithelfend, etc.) deutlich voneinander. Damit variieren auch die Arbeitsabläufe, die als ein Einflussfaktor auf die gesundheitliche Verfasstheit der Erwerbstätigen wirken. Gegenwärtig fehlen länderübergreifende empirische Analysen zu den Kausalitäten zwischen Arbeitsformen/Arbeitsintensität und Gesundheitszustand. Im Bereich der vergleichenden Analysen zum Status quo des Gesundheitszustandes hingegen gibt es empirische Befunde.

2.4 Inaktivität älterer Erwerbspersonen

Für Österreich zeigt sich gemäß der europäischen Arbeitskräfteerhebung in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ein, gegenüber dem EU-28 Durchschnitt, etwas höherer Anteil von Personen, die weder arbeitslos noch erwerbstätig sind (vgl. Abbildung 9). Diese Gruppe der Nichterwerbspersonen besteht aus Hausfrauen und -männern, dauerhaft Arbeitsunfähigen

und Pensionsbeziehenden. In Österreich ist das niedrige Pensionsantrittsalter in der genannten Altersgruppe mitverantwortlich für den hohen Anteil an Inaktiven (vgl. Famira-Mühlberger et al., 2015).

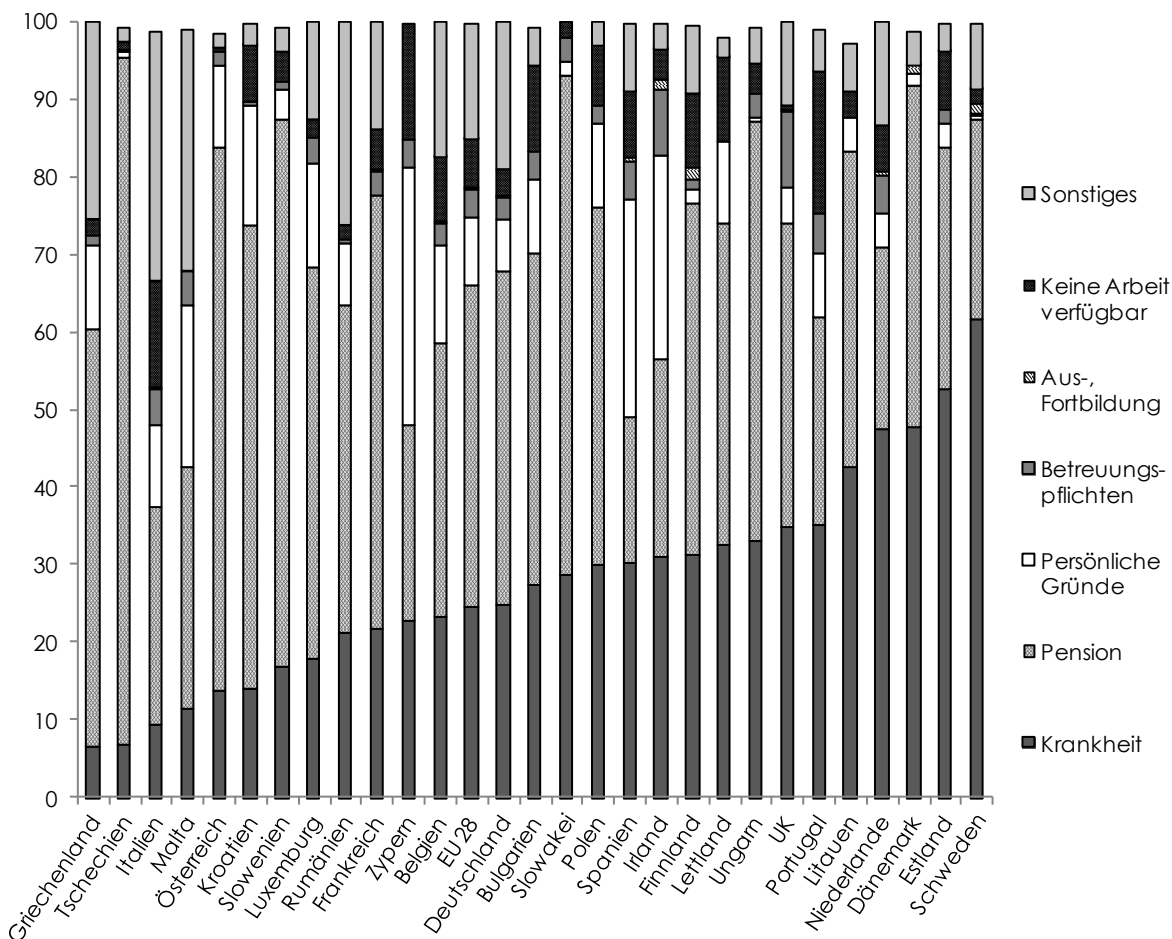
Abbildung 9: Verteilung der Bevölkerung der 50- bis 64-Jährigen nach Erwerbsstatus, 2015



Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen.

Die Hauptgründe für die Inaktivität stellen sich in der EU-28 folgendermaßen dar (vgl. Abbildung 10): Knapp über zwei Fünftel der 50- bis 64-jährigen Nichterwerbspersonen beziehen Pensionsleistungen, ein Viertel in dieser Gruppe ist aus Gesundheitsgründen (hierunter fallen auch krankheitsbedingte Pensionen) inaktiv (31% Männer, 20% Frauen), weitere 9% geben persönliche Gründe, 4% Betreuungspflichten und 6% fehlende Erwerbsarbeit als Grund ihrer Inaktivität an. Gesundheitliche Einschränkungen stellen demnach in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen im europäischen Schnitt den zweitwichtigsten Grund – hinter Pensionierungen – einer Nichterwerbstätigkeit dar. Gegenüber den Nichterwerbspersonen im Erwerbsalter – hier geben 15% Gesundheitsgründe (19% der Männer und 13% der Frauen) für ihren Status an – nimmt dieser Anteil mit steigendem Lebensalter zu. Wenn Krankheitsgründe zum Rückzug aus dem Arbeitsmarkt führen, ist dies das letzte Glied einer langen Entwicklung (vgl. OECD, 2010; Markussen et al., 2012).

Abbildung 10: Gründe der Inaktivität der 50- bis 64-Jährigen Nichterwerbspersonen insgesamt, 2014



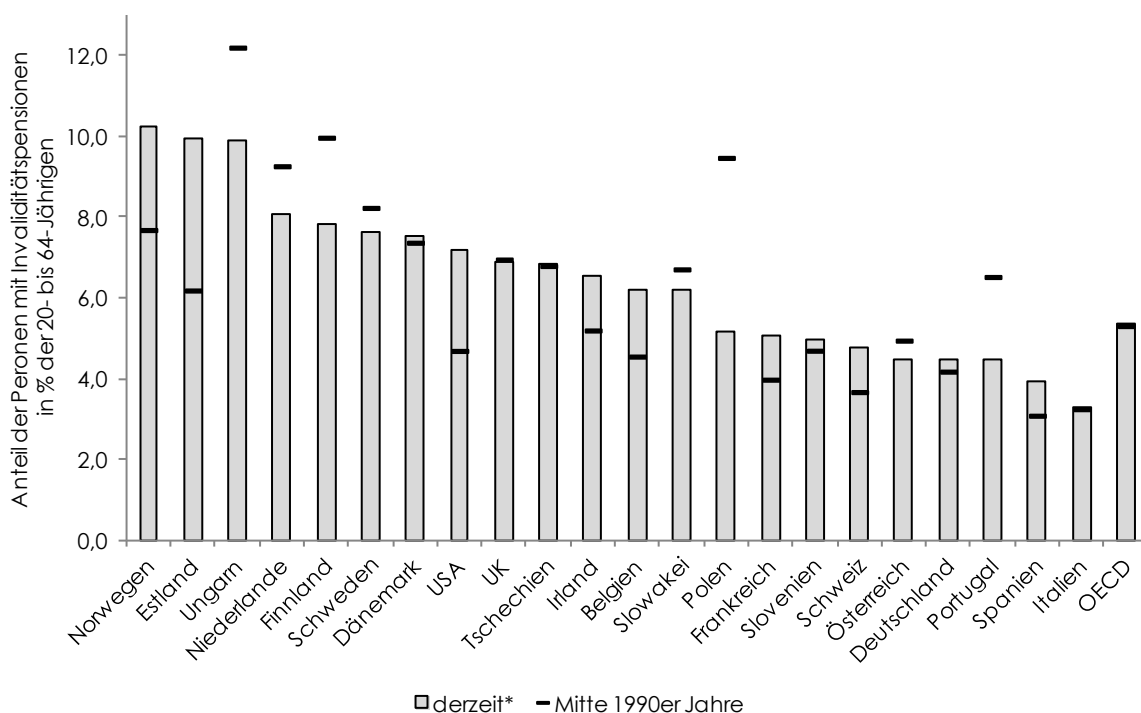
Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen. – Durch teilweise fehlende Daten in den Kategorien Betreuungspflichten, Aus- und Fortbildung erklären sich die Abweichungen von 100% in einigen Ländern (vor allem Italien, Österreich, Lettland, Portugal, Litauen).

Ein Einflussfaktor auf die Arbeitsmarktpartizipation, in Form der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit, aber auch in Form der durchschnittlichen Zahl der Erwerbsjahre über das Erwerbsleben, ist der Gesundheitszustand. Allerdings beeinflusst auch umgekehrt der Arbeitsmarktstatus der Personen im Erwerbsalter den Gesundheitszustand. In jenen Ländern mit einem höheren Erwerbsaustrittsalter nimmt die Kategorie „Krankheit“ eine größere Bedeutung für Nichterwerbspersonen ein als in Ländern mit niedrigen Pensionsaltersgrenzen (vgl. Abbildung 13). In Schweden gaben 2015 insgesamt 62% der Nichterwerbspersonen an, aus gesundheitlichen Gründen inaktiv zu sein. In Tschechien, Griechenland und Italien, drei Länder mit einer unterdurchschnittlichen Dauer des Erwerbslebens und entsprechend höherem Anteil an Nichterwerbspersonen, waren weniger als 10% in dieser Gruppe. Bei den 50- bis 64-Jährigen in Österreich sind 13,9% der Nichterwerbspersonen gesundheitlich bedingt

inaktiv, während der überwiegende Anteil von 69,7% aufgrund einer Pensionsleistung inaktiv ist. Hier kann es allerdings zu Unschärfen kommen, da der Bezug einer krankheitsbedingten Pension von den befragten Personen sowohl als Pensionsbezug als auch als krankheitsbedingter Rückzug aus dem Erwerbsleben bezeichnet werden kann.

Der Rückzug aus dem Arbeitsmarkt infolge einer Krankheit spiegelt sich in den Invalidisierungsquoten. Hohe Erwerbsquoten bedeuten nicht notwendigerweise einen niedrigen Anteil an Personen mit krankheitsbedingten Pensionen in Relation zur Erwerbsbevölkerung. Besonders in den nordischen Ländern erfolgten zahlreiche Reformen zur Reduktion der Invaliditätspensionen. In Finnland, den Niederlanden und Schweden reduzierten sich die Invalidisierungsquoten deutlich, sind aber im OECD-Vergleich immer noch überdurchschnittlich. Österreich hingegen, hatte sowohl Mitte der 1990er Jahre als auch 2010 unterdurchschnittliche Quoten (vgl. Abbildung 11). Hierzulande bestand auch die Rückzugsmöglichkeit vom Arbeitsmarkt durch vorzeitige Pensionsarten, eine Möglichkeit die durch die jüngsten Reformen reduziert wurde. Durch die gleichzeitige Neuausrichtung der Invaliditätspensionen wird der Anteil der krankheitsbedingten Pensionen auch weiterhin rückläufig sein.

Abbildung 11: Invaliditätspensionen der 20- bis 65-Jährigen in Relation zur entsprechenden Bevölkerung



Q: OECD; StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888933239057>. - * derzeit bezieht sich auf das letzte verfügbare Jahr in der Datenbank, meist 2010.

3 Gesundheitszustand im Ländervergleich

„Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein“ (vgl. WHO, 1986).

In den Analysen zum Gesundheitszustand dominieren entweder Faktoren bezogen auf Makro-Indikatoren (Fehlzeiten, Inaktivitätsraten) oder bezogen auf das Arbeitsumfeld bzw. der individuellen Erwerbsteilnahme. Nachfolgend steht eine vergleichende Analyse des Gesundheitszustandes unterschiedlicher sozioökonomischer Gruppen im Mittelpunkt. Der Erwerbsstatus wird dabei als gegeben angenommen, da es nachfolgend nicht um Auswirkungen der Gesundheitsunterschiede geht, sondern vielmehr um die Darstellung der Unterschiede.

Bei Vergleichen von Gesundheitszuständen handelt es sich immer auch um Zusammenhänge, wo die zeitliche Dimension eine Rolle spielt. Das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung hängt sowohl von der Intensität wie auch von der zeitlichen Verteilung der Belastung ab. Für Wirtz (2010) stellt die gesamte Gesundheitsbelastung eine Funktion aus Belastungsintensität und der Belastungsdauer dar. Damit kann auch eine geringere Intensität der Exposition über eine längere Dauer zur gleichen Ausprägung der Belastung führen, wie eine höhere Intensität über einen kürzeren Zeitraum. Wirtz (2010) sieht hier keine Linearität zwischen Belastungsintensität und Belastungsdauer auf den Gesundheitszustand. Vielmehr steigt eine Belastung mit zunehmender Intensität und Dauer exponentiell an. Neben den Arbeitsplatzbelastungen wirken auch persönliche Verhaltensweisen, Umwelteinflüsse etc. auf den Gesundheitszustand ein. Die Arbeitswissenschaft unterscheidet darüber hinaus zwischen den objektiv einwirkenden Ursachen („Belastungen“) und den subjektiven Folgen („Beanspruchungen“) dieser Faktoren (vgl. Oppolzer, 2010). Die diskutierten Makro-Indikatoren (Erwerbsquote, Arbeitszeit, Beschäftigungsform und Inaktivitätsquoten) skizzierten den Hintergrund der nachfolgenden Analysen zum vergleichenden Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung ab dem 50. Lebensjahr. Vorweg können auch hier keine Kausalitäten, sondern nur Wechselwirkungen quantifiziert werden.

3.1 Einflussfaktoren auf die individuelle Gesundheit

Arbeitsbedingte Belastungen entstehen durch Arbeitsanforderungen insbesondere dann, wenn für die Dauer der Belastungen nicht ausreichende Erholungsphasen und Bewältigungskompetenzen vorhanden sind. Die Gestaltung der Arbeit, das Arbeitstempo, die Arbeitszeitgestaltung oder die Art und der Umfang der Teilhabe an der Entscheidungsfindung und –kontrolle stellen mögliche Belastungsquellen dar. Darüber hinaus beeinflusst die Organisationskultur wie auch die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben mögliche

Gesundheitsfolgen von arbeitsbedingten psychischen und psychosozialen Belastungen (vgl. *Harnois – Gabriel, 2000; Leka – Jain, 2010*).

Es gibt unterschiedliche arbeitsmedizinische und sozialwissenschaftliche Ansätze, die die Zusammenhänge zwischen Arbeitssituation und Gesundheit und den Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen und Gesundheitsschädigung analysieren (vgl. *Hasselhorn – Apt, 2015*). Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Robert Karasek stellt die arbeitsbedingten psychischen und psychosozialen Belastungsfaktoren in den Kontext des individuellen Entscheidungs- und Kontrollspielraums (*Karasek – Theorell, 1990*). Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist bezieht die persönliche Bewältigungskompetenz ebenfalls mit ein (vgl. *Siegrist – Dragano, 2008; Siegrist – Theorell, 2008*). In Anlehnung an das Anforderungs-Kontroll-Modell wurde das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky weiterentwickelt, wobei hier die Frage im Mittelpunkt steht, was Menschen trotz Belastungen gesund erhält und was es braucht um die Gesundheit herzustellen (vgl. beispielsweise *Bengel et.al., 2001; Steinbach, 2007*).

Die empirischen Befunde³⁾ aus dem Anforderungs-Kontroll-Modell (nach Robert Karasek und Töres Theorell) zeigen eindeutige Zusammenhänge von arbeitsbedingten Herz-Kreislauf-Beschwerden, psychischen Erkrankungen und auch Erkrankungen des Bewegungsapparats vor allem dann, wenn für die Beschäftigten ein niedrigerer Gestaltungsspielraum vorhanden ist. Fehlt die soziale Integration am Arbeitsplatz, verstärkt sich dieser Zusammenhang. Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist berücksichtigt zudem auch die persönliche Bewältigungskompetenz: Nach dem Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist entsteht ein negativer Einfluss auf die Gesundheit bei hoher Leistungsbereitschaft und fehlender Anerkennung (monetär, sozial). Die Modelle von Aaron Antonovsky kommen auch empirisch zu dem Schluss, dass eine hohe soziale Integration ein positiver Faktor für einen guten Gesundheitszustand ist.

3.2 Folgewirkungen von Gesundheitseinschränkungen

Analysen über den Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung werden im Hinblick auf konkrete Auswirkungen durchgeführt. Arbeiten zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und betrieblichen Fehlzeiten nehmen hier eine zentrale Rolle ein (vgl. beispielsweise *OECD, 2010; Markussen et al., 2012; Everhardt – de Jong, 2011*). Auch die Wechselwirkungen zwischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den institutionellen Rahmenbedingungen sind ausführlich dokumentiert (vgl. beispielsweise *Johansson – Palme, 2005; Erlinghagen – Zink, 2008; Börsch-Suppan et al., 2009; Everhardt – de Jong, 2011; Famira-Mühlberger et al., 2015*). Der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Ausstiegspfaden aus dem Erwerbsarbeitsmarkt ist mit ökonomischen Analysen intensiv behandelt worden (vgl. beispielsweise *OECD, 2010; Börsch-Suppan, 2011; Börsch-Suppan et al., 2009; Marie – Castello, 2012; Leoni, 2011, van den Heuvel – de Wind, 2015*). Auch spielen

³⁾ Ein Literaturüberblick findet sich in *Biffi et al., 2011*.

Arbeiten zur (Re-)Integration gesundheitlich Eingeschränkter eine zentrale Rolle (vgl. beispielsweise *McAnaney, 2011; Koning, 2012; Kyyrä – Tuomala, 2013*). In der jüngeren Vergangenheit gewannen Fragen der Gesundheit vor dem Hintergrund der Einkommens- und Vermögensverteilung an Bedeutung (vgl. *Fleurbay – Schokkaert, 2011; Fletcher – Wolfe, 2014; Leoni, 2015*).

3.3 Gesundheitszustand Älterer in der EU

Auf der Grundlage der europäischen Arbeitskräfteerhebung und dem Sondermodul zum Thema Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme aus dem Jahr 2013, kann ein erster Überblick über den Gesundheitszustand der Erwerbspersonen gewonnen werden (vgl. *Statistik Austria, 2014*). Die repräsentative Erhebung bezog aktiv Erwerbstätige ebenso mit ein wie Personen, die ihre Erwerbstätigkeit bereits beendet hatten. Anhand der Daten der europäischen Arbeitskräfteerhebung zeigen sich deutliche länderspezifische Unterschiede in der Betroffenheit von arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen. Die Länderunterschiede sind möglicherweise auch durch die Unterschiede im Antwortverhalten und vom Alltagsverständnis der gestellten Fragen beeinflusst⁴). Belastungsfaktoren wurden nur bei Erwerbstätigen ermittelt, Personen ohne jegliche Berufserfahrung wurden nicht befragt.

Von den Erwerbstätigen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren in der Europäischen Union⁵) hatten 2013 insgesamt 53% Gesundheitsprobleme, die zu Arbeitsplatzabwesenheiten führten. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen liegt der Anteil in etwa in der gleichen Höhe. Eine steigende Gesundheitseinschränkung mit steigendem Alter zeigt sich bei diesen Daten nicht. Der Selektionseffekt, also die Tatsache, dass mit steigendem Lebensalter gesundheitlich Eingeschränkte sich bereits aus dem aktiven Erwerbsleben zurückgezogen haben, ist dafür verantwortlich. Dies kommt in den diskutierten hohen Inaktivitätsquoten (vgl. Abbildung 9) zum Ausdruck.

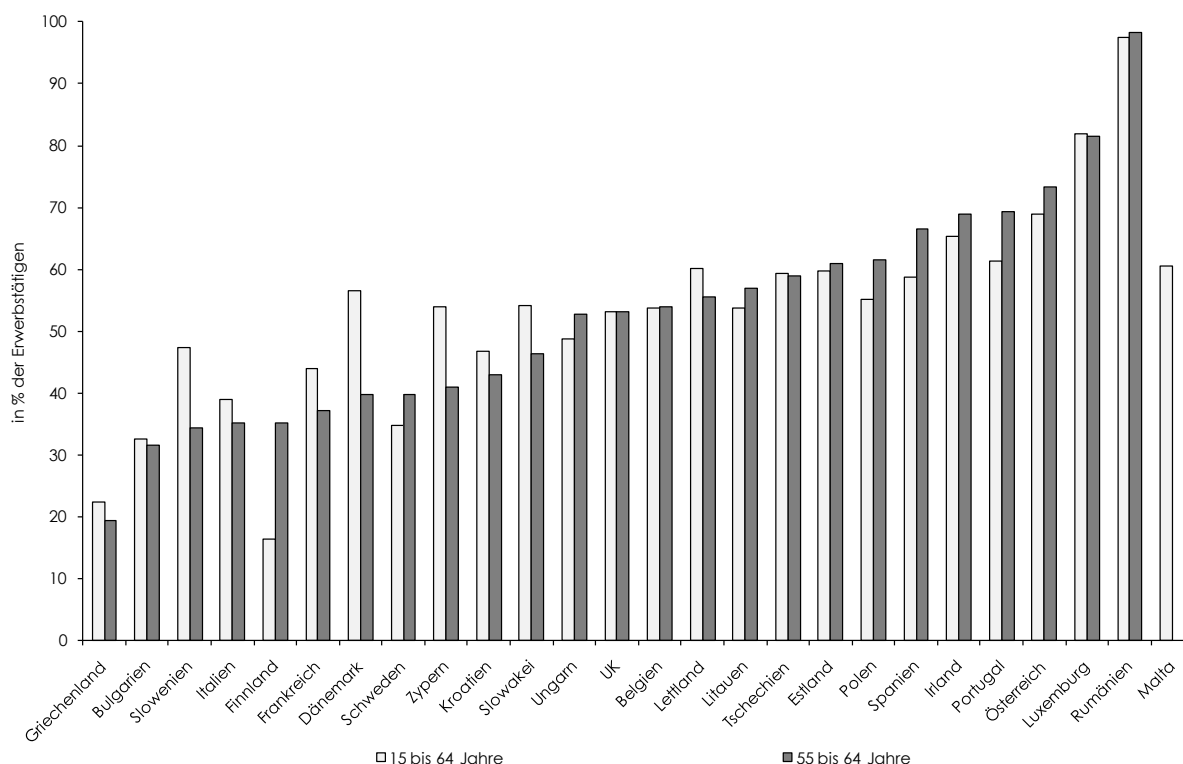
Bei den 50- bis 64-jährigen Erwerbstätigen mit Gesundheitseinschränkungen sticht hier die hohe Betroffenheit in Rumänien (98%), aber auch in Luxemburg (81%), Österreich (73%), Portugal, Irland (je 69%) und auch Spanien (67%) hervor. Geringe Werte in dieser Altersgruppe finden sich dagegen in Griechenland (19%), Bulgarien (32%) sowie Slowenien, Italien und Finnland mit je 35%. Es zeigt sich also kein einheitliches Länderbild: Rumänien hat einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Nichterwerbstätigen in dieser Altersgruppe und auch einen überdurchschnittlichen Anteil an Gesundheitseinschränkungen. Auf der anderen Seite steht Finnland mit niedrigen Nichterwerbstätigenanteilen und einem geringen Anteil von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbstätigen.

4) Eine Nachbefragung zum Mikrozensus in Deutschland mit anders gestellten Fragen zum Thema Erwerbstätigkeit und Nichterwerbstätigkeit konnte die Ergebnisse des Mikrozensus nicht reproduzieren (vgl. *Köhne-Finster – Lingnau, 2008*).

5) In Deutschland und Malta wurde dieses Sondermodul der Arbeitskräfteerhebung nicht durchgeführt.

Mit diesem ersten Vergleich ist deutlich erkennbar, dass sich neben dem Alter eine Vielzahl weiterer Faktoren für den Gesundheitszustand der Erwerbstätigen verantwortlich zeichnen. Diese Gründe werden nachfolgend näher beleuchtet.

Abbildung 12: Erwerbstätige mit arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen und krankheitsbedingten Fehlzeiten, 2013



Q: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen.

Die europäische Arbeitskräfteerhebung bezieht nur die aktive Erwerbsbevölkerung in die Erhebung mit ein. Im Mittelpunkt dabei stehen die Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz und weniger die generellen gesundheitlichen Befindlichkeiten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Arbeitsmarktpartizipation älterer Erwerbspersonen, haben Ländervergleiche, die ausschließlich auf der aktiven Erwerbsbevölkerung abstellen, Selektionseffekte, da hier nur die Gesünderen und länger am Erwerbsarbeitsmarkt bleibenden verglichen werden, nicht aber jene, die krankheitsbedingt bereits aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind.

Vorhandene empirische Befunde für Österreich auf der Grundlage der Europäischen Arbeitskräfteerhebung ergeben einen Anteil von 80% der Erwerbstätigen, die an ihrem Arbeitsplatz Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und rund 15,6% der Erwerbstätigen leiden an arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (vgl. *Statistik Austria*, 2014). Neben physischen Belastungsfaktoren wirken auch psychische Belastungsfaktoren wie etwa eine hohe

Arbeitsintensität in Form von Zeit- und Termindruck und hohem Arbeitstempo etc. in Kombination mit einem geringen Entscheidungsspielraum am Arbeitsplatz auf den Gesundheitszustand der Erwerbstätigen (vgl. *Biffi et al.*, 2011). Negativen Einflussfaktoren kann durch ein hohes Maß an Anerkennung sowie einen stabilen sozialen Rückhalt entgegengewirkt werden.

Mitte der 2000er-Jahre traten in Österreich arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme häufiger als im EU-15-Durchschnitt auf. Während 24,0 % der österreichischen unselbständig Beschäftigten im Erwerbsalter arbeitsbedingte Rückenbeschwerden hatten, waren es im EU-15-Durchschnitt 20,5 %. Unter muskulären Beschwerden litten 19,8 %, in der EU-15 hingegen 18,8 %. Darüber hinaus gaben 22,3 % der unselbständig Beschäftigten arbeitsbedingten Stress an, im Schnitt der EU waren es 19,9 % (vgl. *European Working Conditions Survey*, 2005). Von allen unselbständig Beschäftigten gaben 30,9 % der Frauen und 32,0 % der Männer gesundheitliche Probleme im abgelaufenen Jahr an. Von ihnen führt ein Drittel diese auf arbeitsbedingte Ursachen zurück (32,0 %). Damit waren 12,2 % der Frauen und 13,0 % der Männer von einem arbeitsbedingten Gesundheitsproblem betroffen. Entlang den Wirtschaftsbereichen stechen personen-bezogene Dienstleistungen, unselbständig Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sowie im Unterrichtswesen mit einem höheren Anteil hervor (vgl. *Biffi et al.*, 2011).

Diese Angaben können durch objektive Messergebnisse bestätigt werden. Bei unselbständig Beschäftigten ist das Erkrankungsrisiko (unabhängig von der Erkrankung) um etwa die Hälfte höher, wenn eine psychische oder körperliche Arbeitsbelastung vorliegt (vgl. *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Sondermodul 2007*). Menschen in Berufen mit starker körperlicher Beanspruchung, insbesondere Hilfskräfte, weisen einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Frauen in Berufsgruppen mit starker psychischer und körperlicher Beanspruchung sind häufig von chronischen Krankheiten, Bluthochdruck, Schlafmangel, also insgesamt stressassoziierten Erkrankungen, betroffen (vgl. *Biffi et al.*, 2011).

Leoni (2015) zeigte anhand unterschiedlicher Gesundheitsindizes einen insgesamt guten Gesundheitszustand der österreichischen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und mehr. Diese Gruppe hat einen im EU-15-Ländervergleich überdurchschnittlichen Gesundheitszustand, wobei sich deutlich zeigt, dass innerhalb dieser Gruppe deutliche Unterschiede entlang der Einkommensgruppen vorhanden sind. Die gute Position von Österreich wird von der Schweiz, den Niederlanden und den skandinavischen Ländern überholt. In der Analyse von *Leoni* (2015) sind alle Personen im Alter von 50 und mehr Jahren mit einbezogen, der Gesundheitszustand der Bevölkerung im Erwerbsalter könnte hier abweichen.

3.4 Status der 50- bis 64-Jährigen im Vergleich

Die europäische Arbeitskräfteerhebung beruht auf Eigenangaben der Befragten und auf der Selbsteinschätzung ihres arbeitsbedingten Gesundheitszustandes. Angesichts der dargestellten großen Länderunterschiede (in Rumänien gaben 98% der 55- bis 64-jährigen

Erwerbstätigen arbeitsbedingte Gesundheitseinschränkungen an, während es in Griechenland nur 19% waren) stellt sich die Frage nach der Zuverlässigkeit der Selbsteinschätzungen, die sicherlich auch von länderspezifischen Rahmenbedingungen und Einstellungen abhängen. Sind griechische Erwerbstätige in dieser Altersgruppe tatsächlich gesünder als die rumänischen? Oder fühlen sich erwerbstätige Griechinnen und Griechen angesichts der angespannten Wirtschaftslage mit der hohen Arbeitslosigkeit gesünder als die Rumäninnen und Rumänen mit einer vergleichsweise geringen Arbeitslosigkeit?

Um diese Einschränkungen von Befragungsdaten zu umgehen, wurden die SHARE-Daten (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) differenzierter konzipiert. Neben den ausführlichen Fragen zum persönlichen Gesundheitszustand der über 50-Jährigen zum Zeitpunkt der Befragung finden sich auch Angaben zum Gesundheitszustand über den gesamten Erwerbslebensverlauf. Die persönlichen Gesundheitsangaben beziehen sich – im Gegensatz zur Europäischen Arbeitskräfteerhebung – nicht nur auf einen Zeitpunkt sondern auf das gesamte Erwerbsleben. Darüber hinaus sind auch objektive Gesundheitsmaße erfasst. Objektive Gesundheitsinformationen sind beispielsweise diagnostizierte körperliche Beschwerden oder gemessene körperliche Fähigkeiten (Handgreifkraft). Länderspezifische Eigenheiten hinsichtlich der Selbsteinschätzung können mit diesen objektiven Werten ausgeglichen bzw. korrigierte Einschätzungen können den ursprünglichen Selbsteinschätzungen der Befragten gegenübergestellt werden (vgl. *Hank et al.*, 2009).

Befunde zum korrigierten Gesundheitszustand zeigen eine Annäherung der Länder: Während in Dänemark fast 50% der über 50-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, sind es in Deutschland nur knapp über 20%. Nach der Korrektur der Selbsteinschätzung sinkt die Differenz auf 1,2 Prozentpunkte (vgl. *Engelhardt*, 2009). Die Unterschiede des Gesundheitszustands verringern sich durch diese Korrektur, werden aber nicht völlig nivelliert. *Engelhardt* (2009) hält hier strukturelle Unterschiede im Gesundheitszustand der europäischen Länder fest.

3.5 Datengrundlage

Der international harmonisierte Befragungsdatensatz „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (kurz SHARE) wurde 2011 zum vierten Mal durchgeführt. In dieser vierten Welle nahmen bereits 16 Länder teil. Die repräsentative Stichprobe der Bevölkerung umfasst ausschließlich Personen im Alter von 50 und mehr Jahren. Über alle Länder hinweg sind rund 51% der Befragten 65 Jahre und älter, in Österreich sind es 52%. Damit befinden sich knapp weniger als die Hälfte in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen. Neben sozioökonomischen Tatbeständen werden zahlreiche Gesundheitsinformationen abgefragt. Diese umfassen subjektive Gesundheitsinformationen Cholesterin, Diabetes, Bluthochdruck, Einschränkungen des täglichen Lebens, diagnostizierte Krankheiten wie Krebs, etc. Auch die mentale Gesundheit von Schlafstörungen bis hin zu diagnostizierten Depressionen sind enthalten. Weiters wird die individuelle Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes abgefragt.

Für Österreich wurden bislang in den fünf vorhandenen Wellen jeweils knapp 6.500 Personen im Alter von 50 und mehr Jahren befragt. Auf der Grundlage dieser Daten wird nachfolgend ermittelt, ob der Gesundheitszustand älterer Erwerbstätiger in Österreich von jenem im europäischen Durchschnitt abweicht, bzw. zu welchen Ländern deutliche Unterschiede zu Tage treten.

Neben dem Beschäftigungs-, Arbeitslosen- und Pensionierungsstatus, der Arbeitsunfähigkeit, Sonstigem (Ehrenamt, Studium etc.), umfasst die sozialrechtliche Kategorisierung⁶⁾ in den SHARE-Daten als weitere Kategorie den Status „Homemaker“ (Hausfrau/Hausmann). Dieser Status hat bei der weiblichen Bevölkerung eine größere Bedeutung als bei der männlichen Bevölkerung. Da nachfolgend der Gesundheitszustand der drei Gruppen Erwerbstätige, Arbeitslose und Nichterwerbsaktive miteinander verglichen wird, ist anschließend die unterschiedliche Größe der jeweiligen Gruppe kurz dargestellt.

Die eingangs dargestellten Beschäftigungsquoten auf der Grundlage der Arbeitskräfteerhebung (LFS-Daten) unterscheiden sich von jenen der SHARE-Daten. Die Unterschiede ergeben sich aus dem unterschiedlichen Fragenkatalog, der Befragungstechnik und der unterschiedlichen Abgrenzung des Beschäftigungsstatus.⁷⁾ Beschäftigungsanteil bei 50- bis 64-Jährigen in Österreich

Im Ländervergleich zeigt sich für Österreich eine relativ geringe Erwerbsbeteiligung in den Jahren vor dem Regelpensionsalter. Bei den 50- bis 64-Jährigen sind 37% der Frauen bzw. 50% der Männer beschäftigt, 4% bzw. 5,7% arbeitslos und 59% bzw. 44% inaktiv. Der Beschäftigungsanteil wird bei den Frauen in Polen, Slowenien, Italien, Ungarn und Spanien und bei den Männern in Polen, Ungarn, Slowenien und Portugal unterschritten. Während der Anteil der Arbeitslosen in der gegenständlichen Altersgruppe ebenfalls relativ gering ist, übersteigt die Gruppe der Nichterwerbspersonen in Österreich die Gruppe der am Arbeitsmarkt Aktiven bei den Frauen: 2011 gehörten 59% der Frauen zwischen 50 und 64 Jahren zur Gruppe der Nichterwerbspersonen und 41% zu den Erwerbspersonen. Bei den Männern waren 55,6% erwerbstätig oder arbeitssuchend und 44,4% Nichterwerbspersonen.

⁶⁾ Der sozialrechtliche Status bezieht sich auf den Zeitpunkt der Befragung, eine Mehrfachantwort ist nicht möglich [EP005_CurrentJobSit]. Eine Gewichtung in Abhängigkeit mit der jeweiligen Dauer zwischen den Befragungswellen ist bei den nachfolgenden Auswertungen nicht vorgenommen.

⁷⁾ In der Arbeitskräfteerhebung zählen Personen, die in der Referenzwoche eine Stunde gearbeitet haben, bereits als beschäftigt, die Beschäftigungsquoten sind hier leicht höher als im SHARE-Datensatz.

Übersicht 1: Status der 50- bis 65-Jährigen in Europa, 2011, in %

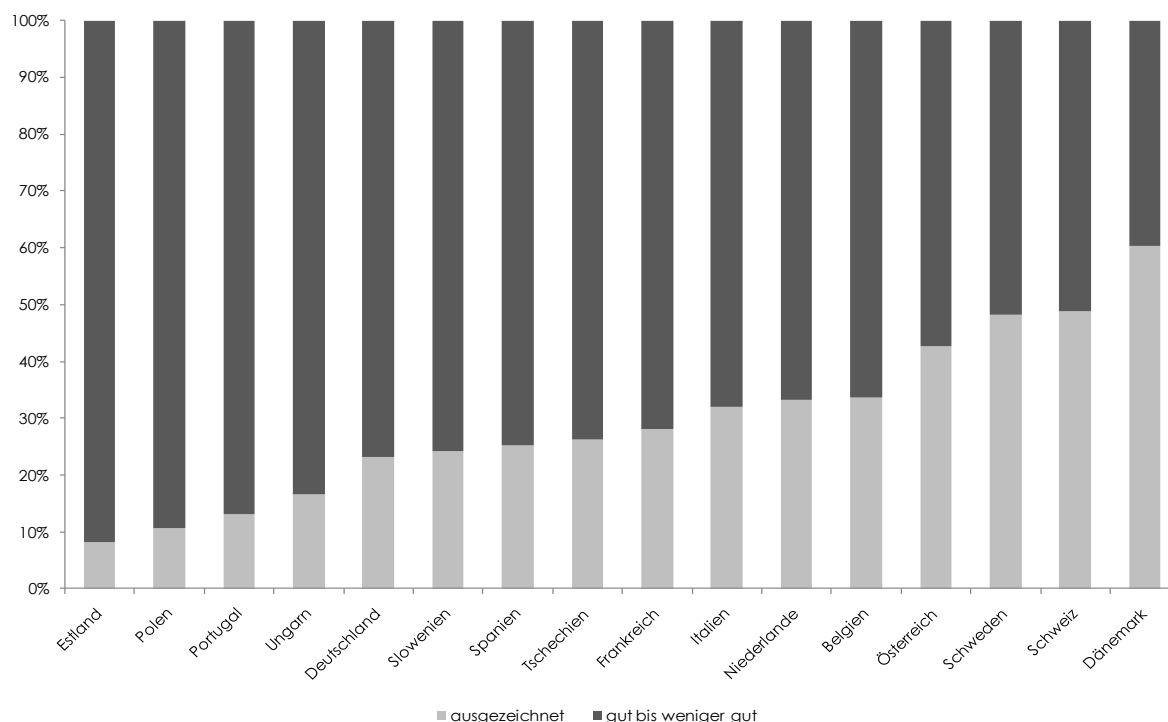
	Erwerbstätig		Arbeitslos		Pensioniert*		Zu Hause	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Österreich	37,0	49,9	4,0	5,7	46,0	44,1	13,0	0,3
Deutschland	52,7	54,7	5,8	9,7	25,3	34,3	16,2	1,3
Schweden	71,2	76,6	2,5	4,4	24,1	19,0	2,2	0,0
Niederlande	49,4	63,5	2,5	4,1	20,8	32,0	27,4	0,3
Spanien	34,2	55,4	10,3	16,7	11,1	27,5	44,3	0,4
Italien	31,1	55,4	1,8	6,8	25,2	37,1	41,8	0,8
Frankreich	49,2	51,5	5,5	5,7	35,2	42,5	10,1	0,3
Dänemark	72,3	77,9	3,3	4,8	22,9	17,1	1,4	0,2
Schweiz	68,6	82,8	2,7	2,9	12,3	14,1	16,4	0,2
Belgien	48,0	53,1	8,9	7,4	25,7	39,2	17,4	0,3
Tschechien	40,7	53,9	3,9	4,9	54,4	41,0	1,0	0,2
Polen	20,9	34,6	4,5	10,1	68,4	55,0	6,2	0,3
Ungarn	32,5	39,1	7,2	8,4	56,5	52,2	3,8	0,3
Portugal	38,7	44,1	11,1	12,2	27,2	43,7	23,0	0,0
Slowenien	29,5	42,7	8,5	11,2	55,4	45,6	6,6	0,5
Estland	59,6	58,8	7,1	10,9	31,3	29,1	1,9	1,2
Insgesamt	46,0	55,6	5,7	7,6	34,8	36,4	13,5	0,4

Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen. – *) einschließlich krankheitsbedingter Pensionierungen.

Der Gesundheitszustand dieser drei Gruppen wird nachfolgend mit den persönlichen Angaben zur Gesundheit verglichen. Die fünf Antwortmöglichkeiten (*ausgezeichnet, sehr gut, gut, einigermaßen, schlecht*) des persönlichen Gesundheitszustandes wurde zu zwei Ausprägungen zusammengefasst. Unter „ausgezeichneter Gesundheitszustand“ fallen die Ausprägungen ‚*ausgezeichnet*‘ und ‚*sehr gut*‘, unter „gut bis weniger gut“ fallen die Ausprägungen ‚*gut*‘, ‚*einigermaßen*‘ und ‚*schlecht*‘. Der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand hat insgesamt eine hohe Aussagekraft, dies bestätigen *Martinez et al.*, (2009) im Zusammenhang mit funktionalen Gesundheitseinschränkungen, sowie *Mossey – Shapiro* (1982) im Zusammenhang mit der Mortalität: Angaben über den individuellen Gesundheitszustand stellen einen guten Indikator für den Eintritt der genannten Gesundheitsstatik dar.

Nur in Dänemark geben mehr als die Hälfte (insgesamt 60%) der 50- bis 64-Jährigen einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand an, in der Schweiz und in Schweden sind es 50% bzw. 48% und in Österreich 43%. Für die verbleibenden 12 Länder hat in dieser Altersgruppe ein deutlich geringerer Anteil einen „ausgezeichneten“ Gesundheitszustand. In Estland geben sogar 92% einen „gut bis weniger guten“ Gesundheitszustand an.

Abbildung 13: Gesundheitszustand der 50- bis 64-jährigen Bevölkerung im Vergleich



Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen.

Die selbsteingeschätzte Gesundheit in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen variiert zwischen Frauen und Männern in der Mehrheit der Länder nicht wesentlich. Einzig in den Niederlanden und in Italien ist der Anteil der Frauen mit gutem bis weniger gutem Gesundheitszustand um mehr als zwei Prozentpunkte höher als bei den Männern dieser Altersgruppe.

3.6 Ältere Beschäftigte im europäischen Vergleich

Der Erwerbsstatus in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen wird von einer Reihe von Faktoren beeinflusst. Neben makroökonomischen Faktoren, die die Nachfrage nach Arbeitskräften bestimmen, bis hin zu individuellen Faktoren wie Qualifikation und Gesundheit, wirken soziale Sicherungssysteme auf das Arbeitsangebot und auf die Arbeitsnachfrage. Besonders gegen Ende der Erwerbskarriere beeinflussen institutionelle Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Altersgrenzen zum Pensionsantritt etc., den Erwerbsstatus dieser Personengruppe.

Die institutionellen Rahmenbedingungen im Bereich der Alterssicherungssysteme waren/sind in den meisten europäischen Ländern Reformen unterzogen worden (vgl. *European Commission*, 2012). Die Zugangsregelungen zu staatlichen Transfers an Ältere in den Bereichen des vorzeitigen Pensionsantritts, der krankheitsbedingten Pensionen sowie am Übergang zwischen Arbeitslosigkeit und Pension wurden verändert. Damit verbunden war eine – zum Teil starke – Erhöhung der Erwerbs- und Beschäftigungsquoten Älterer. Allerdings

bleiben die sozialstaatlichen Unterschiede in diesem Bereich weiterhin groß, und erklären einen wesentlichen Teil der unterschiedlich hohen Erwerbsquoten im Bereich älterer Personen (Famira-Mühlberger *et al.*, 2015; Erlinghagen – Knuth, 2010; Konle-Seidl, 2009; Erlinghagen – Zink, 2008).

Der Anteil der selbständig bzw. unselbständig Beschäftigten beträgt in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen im Durchschnitt der 16 Länder, die in der 4. Welle von SHARE enthalten sind, bei Frauen rund 46% und bei Männern 56%. Die Länderunterschiede bewegen sich zwischen einem Beschäftigungsanteil der Frauen in Polen in der Höhe von nur 21% und von 83% der Männer in der Schweiz. Neben den wirtschaftlichen und institutionellen Unterschieden, die das Ausmaß der Arbeitsmarktpartizipation mitbestimmen, zeigen empirische Befunde (vgl. beispielsweise Eisen *et al.*, 2013; Baillargeon, 2001; Wen *et al.*, 1983) eine Selektion der Beschäftigten: Der Gesundheitszustand ist ein wesentliches Merkmal, welches über die Teilnahme am Erwerbsleben entscheidet. Bei schlechtem Gesundheitszustand scheidet die Erwerbspersonen früher aus dem Arbeitsmarkt aus. Im Umkehrschluss zeigt sich, dass beschäftigte ältere Personen einen besseren Gesundheitszustand haben als die Gesamtbevölkerung und damit als die Gruppe der Nicht-Mehr-Erwerbstätigen.

3.7 Persönlicher Gesundheitszustand

Die Zusammenfassung der Frage nach dem persönlichen Gesundheitszustand in zwei Gruppen „ausgezeichnet bis gut“ und „gut bis schlecht“, zeigt zum Ersten ein recht ähnliches Gesundheitsbild für Frauen und Männer: Im ungewichteten Durchschnitt über alle 16 Beobachtungsländer geben 31,5% der erwerbstätigen Frauen und 31,8% der erwerbstätigen Männer einen ausgezeichnet bis sehr guten Gesundheitszustand an (vgl. Übersicht 2).

Zum Zweiten gibt von den Erwerbstätigen ein größerer Anteil an, über eine ausgezeichnete bis sehr gute Gesundheit zu verfügen, wie dies in der Gesamtbevölkerung ist. Der Unterschied beträgt sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern knapp zwei Prozentpunkte.

Zum Dritten sind die Länderunterschiede im Gesundheitszustand der Erwerbstätigen ebenso groß wie in der Gesamtbevölkerung: Erwerbstätige in Dänemark geben zum höchsten Anteil einen sehr guten Gesundheitszustand an, jene in Estland den höchsten Anteil mit schlechter Gesundheit. Auch hier stimmen die Ergebnisse sowohl für Männer als auch für Frauen überein.

Der Anteil Erwerbstätiger in Österreich mit ausgezeichnetem bis sehr gutem Gesundheitszustand wird nur noch von der Schweiz, Schweden und Dänemark übertroffen. Erwerbstätige Frauen und Männer liegen hier gleichermaßen auf Rang 4 im Vergleich der 16 Beobachtungsländer.

Übersicht 2: Gesundheitszustand der Erwerbstätigen in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %

	Frauen		Männer	
	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht
Österreich	45,2	54,8	45,5	54,5
Deutschland	22,8	77,2	23,0	77,0
Schweden	52,3	47,7	51,6	48,4
Niederlande	33,6	66,4	35,2	64,8
Spanien	28,9	71,1	29,1	70,9
Italien	38,0	62,0	37,9	62,1
Frankreich	29,1	70,9	29,4	70,6
Dänemark	61,3	38,7	61,9	38,1
Schweiz	51,4	48,6	50,9	49,1
Belgien	35,2	64,8	35,5	64,5
Tschechien	30,3	69,7	29,8	70,2
Polen	12,1	87,9	12,9	87,1
Ungarn	19,4	80,6	19,4	80,6
Portugal	15,3	84,7	15,5	84,5
Slowenien	24,9	75,1	25,4	74,6
Estland	9,7	90,3	9,9	90,1
Durchschnitt	31,5	68,5	31,8	68,2

Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen.

3.8 Ältere Arbeitslose im europäischen Vergleich

Die Arbeitslosen unter den 50- bis 64-Jährigen bilden eine kleine Gruppe: Im Durchschnitt der 16 Beobachtungsländer sind 5,7% der Frauen und 7,6% der Männer dieser Altersgruppe arbeitslos.

Zum Ersten zeigen sich deutliche Unterschiede im Gesundheitszustand von arbeitslosen Frauen und Männern: Der Anteil der Männer, die einen eher schlechten Gesundheitszustand angeben ist deutlich größer als bei Frauen. In den 16 Vergleichsländern geben bei den Männern rund 11 Prozentpunkte weniger oft einen ausgezeichneten bis sehr guten Gesundheitszustand an. In Österreich bezeichnen nur 28,6% der Männer, aber knapp 42% der Frauen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, 71,4% der arbeitslosen Männer hingegen nur als gut bis schlecht, bei den Frauen nur 58,1%.

Insgesamt ist der Anteil jener mit gutem bis schlechtem Gesundheitszustand bei den Arbeitslosen deutlich größer als bei den Erwerbstätigen. Die Abweichungen zur Gesamtbevölkerung gehen in dieselbe Richtung: Der Anteil der gesundheitlich Angeschlagenen ist hier größer als in der Gesamtbevölkerung der 50- bis 64-Jährigen.

Übersicht 3: Gesundheitszustand der Arbeitslosen in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %

	Frauen		Männer	
	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht
Österreich	41,9	58,1	28,6	71,4
Deutschland	14,3	85,7	8,3	91,7
Schweden	11,1	88,9	16,7	83,3
Niederlande	10,0	90,0	33,3	66,7
Spanien	26,3	73,7	21,2	78,8
Italien	20,0	80,0	34,7	65,3
Frankreich	31,2	68,8	27,0	73,0
Dänemark	37,5	62,5	48,1	51,9
Schweiz	31,3	68,8	20,0	80,0
Belgien	21,0	79,0	26,5	73,5
Tschechien	23,8	76,3	26,2	73,8
Polen	19,0	81,0	12,1	87,9
Ungarn	16,9	83,1	25,0	75,0
Portugal	12,3	87,7	5,4	94,6
Slowenien	16,2	83,8	18,6	81,4
Estland	8,6	91,4	6,6	93,4
Durchschnitt	21,2	78,8	20,9	79,1

Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen.

Länderunterschiede im Anteil jener mit sehr gutem Gesundheitszustand schwankt stärker zwischen den arbeitslosen Frauen (9,6% in Estland und 37,5% in Dänemark) als zwischen den Männern (5,4% in Portugal und 48,1% in Dänemark).

Der Anteil der Arbeitslosen in Österreich mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand bewegt sich – so wie bei den Erwerbstätigen – im oberen Bereich: Von den arbeitslosen Frauen gibt in der Schweiz, Schweden und Dänemark ein größerer Anteil eine sehr gute Gesundheit an, bei den Männern sind es jene in den Niederlanden, Italien und ebenfalls Dänemark.

3.9 Ältere Inaktive im europäischen Vergleich

Die Gruppe der älteren Inaktiven umfasst sowohl jene Personen, die bereits eine Pension beziehen (Alters- und krankheitsbedingte Pensionen) als auch jene, die weder erwerbstätig noch arbeitslos, krank oder pensioniert sind. Sowohl der im Schnitt frühere Pensionsantritt der Frauen in Europa als auch ihr höherer Anteil an „Homemakers“ führt zu einem größeren Inaktiven-Anteil bei den Frauen im Vergleich zu den Männern. Im Schnitt aller 16 Vergleichsländer fallen 48,4% der 50- bis 64-jährigen Frauen in die Gruppe der Inaktiven, bei den Männern sind es 36,8%. In Österreich liegt der Anteil bei 59% bei den Frauen und 44,4% bei den Männern. Höher ist der Anteil der Inaktiven noch in Polen, Ungarn, Slowenien und bei den Frauen auch in Italien.

Im Gegensatz zu den arbeitslosen Frauen und Männern gibt es in der Gruppe der Inaktiven – trotz der unterschiedlichen Betroffenheit – keinen nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschied in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. In Schweden und Tschechien (hier sind 19% bzw. 41% der Männer inaktiv) bezeichnet ein höherer Anteil der Männer als Frauen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet.

Gegenüber der Gesamtbevölkerung ist in der Gruppe der Inaktiven ein geringerer Anteil bei ausgezeichneter und sehr guter Gesundheit. Im Durchschnitt aller 16 Länder sind es 27,3% bei den Frauen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung von 29,6%. Bei den inaktiven Männern sind es 27,6% gegenüber 30,3% in der Gesamtbevölkerung der 50- bis 64-Jährigen.

Hier treten abermals deutliche Unterschiede zu Tage, die den bisherigen Länderunterschieden entsprechen: Während in Estland und Polen ein geringer Anteil der Inaktiven ihre Gesundheit als ausgezeichnet einordnen, sind es in Dänemark mehr als die Hälfte, in der Schweiz und in Schweden über zwei Fünftel. Österreich nimmt hier abermals den vierten Rang ein: 40,2% der Frauen und 39,6% der Männer sehen ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut.

Übersicht 4: Gesundheitszustand der Inaktiven (Pensionistinnen und Pensionisten, Hausfrauen und Hausmänner) in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %

	Frauen		Männer	
	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht	Ausgezeichnet bis sehr gut	Gut bis schlecht
Österreich	40,2	59,8	39,6	60,4
Deutschland	18,5	81,5	19,5	80,5
Schweden	45,5	54,5	46,9	53,1
Niederlande	30,0	70,0	30,1	69,9
Spanien	19,6	80,4	19,2	80,8
Italien	27,2	72,8	27,2	72,8
Frankreich	26,9	73,1	27,1	72,9
Dänemark	59,0	41,0	58,0	42,0
Schweiz	47,5	52,5	48,0	52,0
Belgien	31,2	68,8	31,6	68,4
Tschechien	26,7	73,3	28,3	71,7
Polen	11,0	89,0	10,7	89,3
Ungarn	17,1	82,9	16,9	83,1
Portugal	13,4	86,6	12,7	87,3
Slowenien	22,5	77,5	22,9	77,1
Estland	8,3	91,7	8,7	91,3
Durchschnitt	27,3	72,7	27,6	72,4

Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen.

Bei Befragungen mit einer fünf-gliedrigen Antwortmöglichkeit wird häufig die Position in der Mitte, „guter Gesundheitszustand“ eingenommen. Ein Blick auf den Anteil jener, die explizit einen schlechten bzw. sehr schlechten Gesundheitszustand angegeben haben, zeigt eine

deutliche Angleichung der länderspezifischen Werte: Im Schnitt der 16 Beobachtungsländer bezeichnen knapp unter 40% der Frauen und Männer ihren Gesundheitszustand als schlecht bis sehr schlecht. In der breiteren Einteilung „guter bis schlechter Gesundheitszustand“ befinden sich hingegen knapp 70% der Befragten.

In der Gruppe der Inaktiven ist der Anteil mit schlechtem bis sehr schlechtem Gesundheitszustand erwartungsgemäß am höchsten. In dieser Gruppe befinden sich jene, die gesundheitsbedingt aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind. Arbeitslose Männer geben in der Schweiz und in Slowenien zu einem höheren Anteil einen schlechten Gesundheitszustand an als die Inaktiven, nicht so bei den Frauen dieser Länder. Der „healthy worker effect“⁸⁾ zeigt sich auch mit diesen Daten: Der Anteil mit schlechter Gesundheit ist bei den Erwerbstätigen deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung.

3.10 Zusammenschau

Bei allen betrachteten Gruppen der 50- bis 64-Jährigen Beschäftigten, Arbeitslosen und Inaktiven sind die beobachteten Länderunterschiede relativ konstant: Während in Dänemark, der Schweiz und in Schweden die Gesundheit von einem großen Teil in allen drei Gruppen als ausgezeichnet oder sehr gut bezeichnet wird, überwiegt in Estland, Polen, Portugal, Ungarn, Spanien und Slowenien der Anteil in den Gruppen mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand (vgl. Übersicht 5).

Der Gesundheitszustand der 50- bis 64-Jährigen ist in Österreich relativ gut: Österreich liegt mit den Angaben zur guten Gesundheit gleich hinter Dänemark, der Schweiz und Schweden. Auch bei den Arbeitslosen und Inaktiven in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist in Österreich der Gesundheitszustand besser als im Durchschnitt der 16 berücksichtigten europäischen Länder (vgl. Übersicht 2, Übersicht 3, Übersicht 4, Übersicht 5).

Der Großteil der Beschäftigten ist im täglichen Leben mit keinerlei eigenen gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert. In den 16 Beobachtungsländern sind dies 96,7% und in Österreich 98% der Beschäftigten. Arbeitslose haben zu 90% (Österreich 94%) und Inaktive nur zu 85% (Österreich 89%) keinerlei Einschränkungen in ihrem täglichen Leben.

⁸⁾ Der „healthy worker effect“ (HWE) beschreibt ein Phänomen, welches beim Vergleich von Morbiditäts- und Mortalitätsraten von Gruppen beschäftigter Personen mit entsprechenden Raten einer allgemeinen Gruppe von Personen, bspw. der Bevölkerung eines Landes, auftritt: Da eine allgemeinen Gruppe von Personen auch Personen inkludiert, die aufgrund etwaiger gesundheitlicher Probleme nicht in Beschäftigung sind oder/und auch nicht Beschäftigung suchen, sind die Raten in der Gruppe der beschäftigten Personen typischerweise niedriger als die Morbiditäts- und Mortalitätsrate einer allgemeinen Gruppe von Personen (vgl. *Baillargeon*, 2001).

Übersicht 5: Anteile der Personen mit schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen, 2011, in %

	Frauen				Männer			
	Erwerbstätig	Arbeitslos	Inaktiv	Gesamt	Erwerbstätig	Arbeitslos	Inaktiv	Gesamt
Österreich	11,4	14,2	33,5	26,9	14,2	33,9	36,3	28,8
Deutschland	22,9	29,5	42,4	34,9	29,5	56,5	46,5	41,2
Schweden	18,3	12,4	57,5	30,4	12,4	33,3	55,8	25,3
Niederlande	16,4	16,5	36,8	29,3	16,5	20,8	36,0	29,2
Spanien	24,4	16,7	57,7	50,6	16,7	23,2	56,8	46,1
Italien	17,8	14,4	45,7	39,9	14,4	37,8	45,6	37,7
Frankreich	21,4	20,0	42,1	32,6	20,0	37,8	42,9	33,9
Dänemark	11,8	8,4	40,9	21,6	8,4	37,0	47,0	20,6
Schweiz	10,4	9,5	25,9	16,9	9,5	54,2	25,9	16,9
Belgien	15,8	14,6	42,2	32,3	14,6	34,7	38,4	30,2
Tschechien	18,7	21,8	44,2	34,7	21,8	42,2	52,7	36,6
Polen	26,8	34,5	55,1	50,1	34,5	39,4	56,9	49,8
Ungarn	41,2	31,4	68,1	59,9	31,4	45,9	71,3	57,2
Portugal	45,0	34,2	69,5	60,5	34,2	64,8	68,5	58,8
Slowenien	23,7	20,3	42,7	38,7	20,3	48,6	47,1	38,4
Estland	48,8	47,9	83,7	64,1	47,9	62,3	86,3	65,1
Durchschnitt	23,5	21,0	48,6	39,2	21,0	43,0	49,4	38,4

Q: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen.

Hohe Beschäftigungsquoten und guter Gesundheitszustand⁹⁾ gehen in den meisten Beobachtungsländern Hand in Hand. Welche Kausalitäten hierbei wirken, kann aus der verwendeten Makroperspektive nicht quantifiziert werden. Estland hat eine über dem EU-Durchschnitt liegende Erwerbsquote aber einen großen Anteil an Personen mit schlechtem Gesundheitszustand in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen. Polen hat hingegen eine unterdurchschnittliche Erwerbsquote und ebenfalls einen schlechten Gesundheitszustand. Auch die Richtung der Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitszustand und der Intensität der Arbeitsmarktpartizipation (Arbeitszeit) ist nicht eindeutig. Eine hohe Arbeitsmarktpartizipation und ein relativ guter Gesundheitszustand werden in Schweden, den Niederlanden und auch in der Schweiz mit einer hohen Teilzeitquote erreicht. Estland hingegen, als ein Land mit einem hervorstechend schlechten Gesundheitszustand der älteren Erwerbsbevölkerung hat eine insgesamt geringe Teilzeitquote. Diese ist in der Schweiz bei älteren Erwerbstätigen um 4,3 Prozentpunkte sogar noch höher als bei den Gesamtbeschäftigten, in Schweden hingegen um 4,9 Prozentpunkte geringer. Eine steigende Teilzeitquote bei älteren Erwerbstätigen sollte jedenfalls in jenen Ländern vorhanden sein, in denen beschäftigungsfördernde Maßnahmen oder institutionelle Rahmenbedingungen (beispielsweise Teilpensionen) eine Teilarbeitsfähigkeit fördern. In jenen Ländern mit einer relativ hohen durchschnittlich geleisteten Wochenarbeitszeit (Vollzeit) ist der Anteil jener mit

⁹⁾ Da der SHARE-Datensatz derzeit 16 europäische Länder umfasst, beziehen sich die Vergleiche jeweils auf die Arbeitsmarktlage in diesen 16 Länder.

schlechter Gesundheit tendenziell höher, dazu zählen Estland, Polen, Portugal und Ungarn. In Österreich hingegen treffen überlange durchschnittliche Wochenarbeitszeiten wiederum auf einen relativ guten Gesundheitszustand.

4 Beschäftigungsfördernde Rahmenbedingungen

Die vergangenen Jahre bzw. Jahrzehnte zeichneten sich durch große Reformen in den unterschiedlichen Bereichen der sozialen Sicherung aus. Vor allem Regulierungen, die besonders ältere Erwerbspersonen (Alterssicherungsleistungen) oder gesundheitlich Eingeschränkte betreffen und/oder auf den Zeitpunkt des endgültigen Arbeitsmarktaustrittes wirken, wurden verändert. Die leitenden Prinzipien waren dabei (1) erschwerte und/oder neue Zugangsbedingungen zu den Langzeittransfers, Leistungskürzungen und Ausbau der Teilleistungen; (2) eine Verstärkung der beschäftigungsfördernden Programme und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Hierzu zählt auch die Stärkung der betrieblichen Verantwortung für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte. Einen weiteren Reformschwerpunkt (3) bildet die Schnittstellenoptimierung, hier kam es zu einer Koordinierung der beteiligten Akteure auf allen institutionellen Ebenen. Welche Wirkungen diese umfangreichen und vielschichtigen Reformen auf die Beschäftigungslage der älteren und/oder der gesundheitlich eingeschränkten Erwerbspersonen haben, und inwieweit sie als beschäftigungsfördernde Rahmenbedingungen zu sehen sind, ist nachfolgend näher beleuchtet.

Die Beurteilung von Reformen und Maßnahmen, im Hinblick auf ihre beschäftigungsfördernde Wirkung, setzt eine entsprechende Evaluierung voraus. Die zahlreich vorhandenen Analysen reichen von Ländervergleichen bis zu Wirkungsanalysen nationaler Einzelreformen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Von einer systematischen Darstellung muss daher Abstand genommen werden. Vielmehr wird nachfolgend die Positionierung Österreichs in der Europäischen Union auf der Grundlage von vorhandenen Indikatoren nachgezeichnet und punktuell um die Reformenerfahrung anderer Länder ergänzt.

4.1 Maßnahmen bei vorübergehender und dauerhafter Gesundheitseinschränkung

Die OECD entwickelte 20 verschiedene Indikatoren zur Bewertung der Reformen im Invaliditätspensionsbereich und clusterte¹⁰⁾ – in Anlehnung an Esping-Andersen 1990 – die Invaliditätssysteme zu Modelltypen. Darauf aufbauend wurde gezeigt, dass die Reformdynamik zwischen 1990 und 2007 trotz struktureller Unterschiede in den nationalen Sicherungsmodellen gleichgerichtet war (vgl. OECD, 2010). Mit einer verfeinerten Clusteranalyse zeigten Böheim – Leoni (2015) vergleichsweise größere Unterschiede zwischen den Ländergruppen durch die jüngsten Reformen, außerdem nahmen sie die Schweiz in die Modellgruppen der nordeuropäischen Länder auf.

Die (Re-)Integrationsindikatoren der OECD in Abbildung 14 (vertikale Achse), also das Ausmaß von geförderten, subventionierten Jobs, Arbeitgeberverpflichtungen für Aktivierungs- und Integrationsmaßnahmen, Verbreitung verschiedener Unterstützungsprogramme (Betriebe, andere Träger) etc. zeigten 2007 höhere Werte als 1990. Integrationsmaßnahmen

¹⁰⁾ Mittels Clusteranalyse werden Daten zu Gruppen mit großen Ähnlichkeiten zusammengefasst, gleichzeitig ist der Abstand zu den anderen Gruppen möglichst groß.

sind mehr geworden, alle Ländergruppen bewegten sich nach oben. Im Gegensatz dazu waren die Kompensationsindikatoren (horizontale Achse), diese umfassen Transferhöhen, Zugangsvoraussetzungen etc., im selben Zeitraum rückläufig. Die Systeme der vorübergehenden und dauerhaften Krankheit wurden zurückgefahren.

Bemerkenswert ist die Tatsache, dass im Cluster der sozialdemokratischen Länder, die 1990 einen hohen Kompensationsindex aufwiesen, auch die Integrationsmaßnahmen bis 2007 stärker ausgebaut wurden, als in den beiden andern Clustern. In der Gruppe der korporatistischen Länder, in dieser Gruppe befindet sich Österreich, wurden vergleichsweise wenige Maßnahmen in diese Richtung gesetzt. *Eppel et al. (2016)* konstatieren für Österreich ein deutliches Zurückbleiben bei der Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich Beeinträchtigten gegenüber den nordischen Ländern, aber auch gegenüber den Nachbarländern Schweiz und Deutschland. Die Integrationsmaßnahmen in Österreich bezeichnen *Böheim – Leoni (2015)* als wichtige, aber kleine Schritte im Vergleich zu den anderen Ländern der Gruppe.

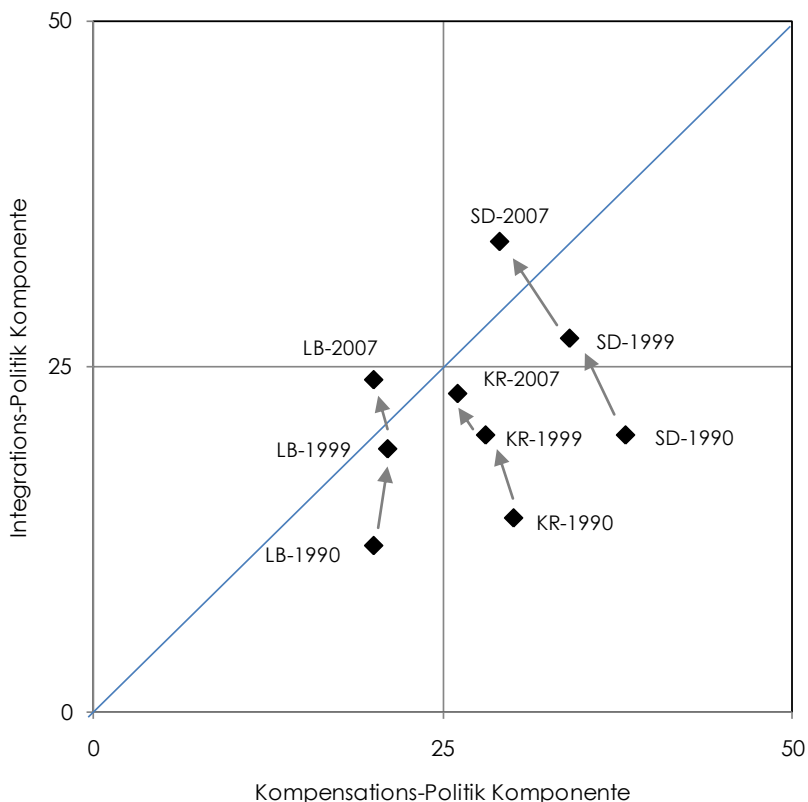
Die geringen beschäftigungssichernden und beschäftigungsfördernden Maßnahmen zeigen sich in der Wahrnehmung und im Umgang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten. Rund 26% der österreichischen Betriebe führen hier laufende Beobachtungen durch, im Durchschnitt der EU sind es 49% (vgl. Abbildung 15). Ebenso gering ist das Ausmaß regelmäßiger Unterstützungs- bzw. Wiedereingliederungsmaßnahmen – sowohl auf betrieblicher Ebene aber auch darüber hinaus – nach langen krankheitsbedingten Fehlzeiten. Hier hatten 2010 nur rund 28% der österreichischen Unternehmen Maßnahmen gesetzt, im EU-Durchschnitt waren es 60%. In den Niederlanden und Norwegen gibt es bereits bei einem vierwöchigen Krankenstand einen verpflichtenden Rückkehrplan, dieser wird in Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen, Ärztinnen und Ärzten, dem Unternehmen und der Sozialversicherung erarbeitet. Darüber hinaus gibt es eine Unterstützung der Sozialversicherung bei der Adaption des Arbeitsplatzes. Der hohe Verpflichtungsgrad zeigt sich in Abbildung 15 für die nordischen Länder und für die Niederlande.

Österreich liegt sowohl beim Monitoring als auch bei Aktivierungsmaßnahmen an der vorletzten Stelle innerhalb der Europäischen Union. Auch wenn die tendenziell kleinbetriebliche österreichische Wirtschaftsstruktur berücksichtigt wird, sind beschäftigungsfördernde Maßnahmen jener Bereich, wo Österreich erst den Anschluss an den europäischen Durchschnitt finden muss, das europäische Spitzenfeld ist weit entfernt.

Die OECD spricht in diesem Zusammenhang von einer „wait-and-see-culture“ in Österreich im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten (*OECD, 2015, S 98*). In den institutionellen Rahmenbedingungen gibt es noch keinen flächendeckenden systematischen Umgang mit gesundheitlicher Beeinträchtigung der Erwerbspersonen. Auf betrieblicher Ebene sind die vorhandenen Reintegrationsprogramme freiwillig, es gibt keine finanziellen Anreize und nur eine minimale finanzielle Unterstützung um erkrankte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu reintegrieren. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

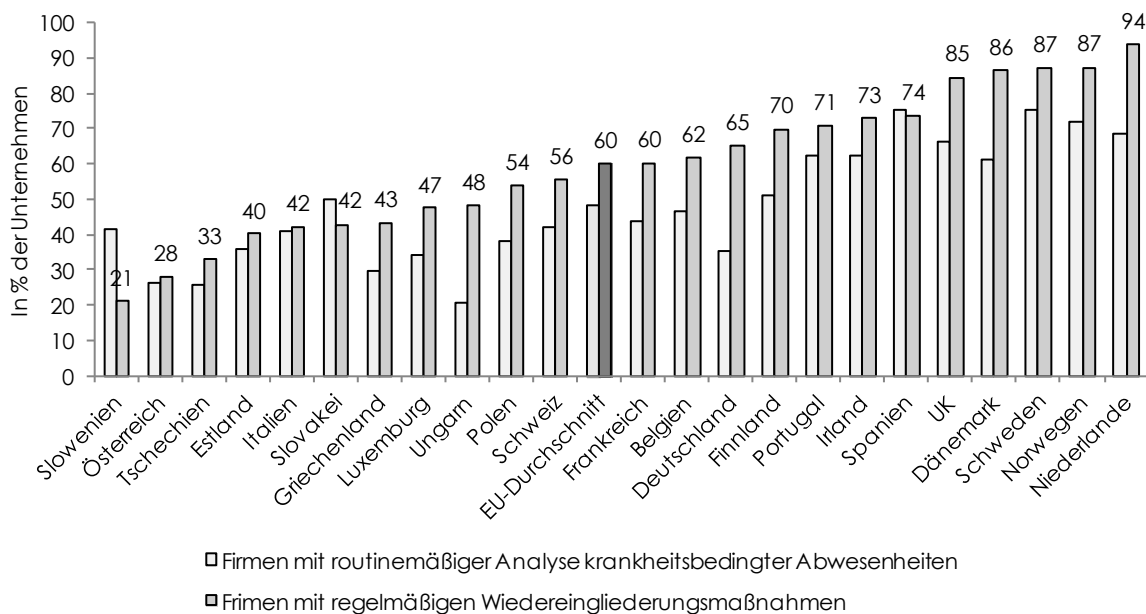
während ihrer Abwesenheit zu kündigen. Diese Option ist in Ländern mit hohem Reintegrationsengagement (beispielsweise Niederlande, Norwegen, Schweden, Dänemark) nicht gegeben. Empirische Studien zeigen darüber hinaus, dass ein verpflichtendes „Case-Management“ bei erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern positive Effekte auf die langfristige Rückkehr in den Betrieb hat (Cornelius et al., 2011).

Abbildung 14: Entwicklung der Invaliditätspensionspolitik in der OECD zwischen 1990 und 2007



Q: OECD, 2010, Abbildung 3.3, S. 90. – **LB** = Liberales Modell (Untergruppe 1: Australien, Neuseeland, UK; Untergruppe 2: Canada, Japan, Korea, USA); **KR** = Korporatistisches Modell (Untergruppe 1: Österreich, Belgien, Ungarn; Untergruppe 2: Frankreich, Griechenland, Luxemburg, Polen; Untergruppe 3: Tschechien, Irland, Italien, Portugal, Slowakei, Spanien); **SD** = Sozial-Demokratisches Modell (Untergruppe 1: Dänemark, Niederlande, Schweiz; Untergruppe 2: Finnland, Deutschland, Norwegen, Schweden).

Abbildung 15: Monitoring von krankheitsbedingten Abwesenheiten, Wiedereingliederungsmaßnahmen, 2010



Q: OECD.

Neben den ländervergleichenden Befunden der OECD fokussieren empirische Analysen auf die Wirkungen einzelner Reformen im Kranken- bzw. Invaliditätssystem. Die Einbettung der Systeme in den gesamtwirtschaftlichen Kontext betonen *Benítez-Silva et al. (2010)* und zeigen, dass die Zu- und Abgangsraten bei dauernder Erwerbsminderung von der Konjunkturlage und allen voran von der regionalen Arbeitslosenrate mitbestimmt werden. Auf die Anreize der Erwerbsminderungssysteme können Personen, die gesundheitlich weniger stark eingeschränkt sind, besser reagieren als jene, mit großen Gesundheitsproblemen (*Maestas et al., 2013*).

Auch hängt der endgültige Erwerbsaustritt von der Möglichkeit der Substitution verschiedener Versicherungsleistungen (beispielsweise Arbeitslosen- und Pensionsleistungen) ab (vgl. *Johanssen et al., 2014; Börsch-Suppan, 2011; Erlinghagen – Knuth, 2010*). Krankenversicherungssysteme und Systeme der Erwerbsminderung (Pensionen) unterscheiden sich in den europäischen Ländern deutlich voneinander und damit auch die beschäftigungsfördernden oder -hemmenden Wechselwirkungen zwischen den Systemen (*Famira-Mühlberger et al., 2010*). Länder mit einer längeren Bezugsdauer von Krankengeld haben sowohl höhere Krankenstandsquoten als auch eine stärkere Betriebsbindung für gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter. In den Niederlanden ist die zweijährige Entgeltfortzahlung, in Schweden das erweiterte Krankengeld mit einem Kündigungsschutz verbunden. Dieser besteht in Österreich weder für die Dauer der Entgeltfortzahlung noch für die Dauer des Krankengeldbezugs.

Die schwedischen Reformen im Bereich der langfristigen krankheitsbedingten Arbeitsmarktabwesenheiten verbanden striktere Leistungs-Zugangsbedingungen und

reduzierte Ersatzraten mit der verpflichtenden Einbindung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in den Rehabilitationsprozess. In Verbindung mit einem gegenüber Österreich höheren Kündigungsschutz wurde das Ziel einer Reduzierung dauerhaft kranker und erwerbsunfähiger Personen in Schweden größtenteils erreicht.

4.2 Maßnahmen zur Arbeitsmarkt-Reintegration

Art, Umfang und Zugang zu Eingliederungs- und Reintegrationsmaßnahmen sind in den europäischen Ländern sehr vielschichtig und wurden im vergangenen Jahrzehnt deutlich ausgebaut. Vor allem die Koppelung des Leistungsbezugs bei Krankheit/Arbeitslosigkeit an Reintegrationsmaßnahmen bedeutet für die Versicherten eine höhere Unterstützung, aber auch eine höhere Verpflichtung zur Aktivierung. Auch für die Betriebe erhöht sich die Verantwortlichkeit für gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In den Niederlanden wurde ein hoher Verpflichtungsgrad eingeführt: Erst nach der zweijährigen Rehabilitationsphase – mit Vorgaben für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und Beschäftigte – kann ein Antrag auf Invaliditätspension gestellt werden. Bei einer Bewilligung übernimmt der Betrieb einen Teil der Transferzahlungen an den Invaliden (Everhardt et al., 2011). Weiters gibt es in den Niederlanden sowie in Finnland und Schweden ein System der Lohnzuschläge, das erwerbsgeminderten Beschäftigten ermöglicht, ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit zu nutzen (OECD, 2014). Diese Kombination von Leistungsbezug, Erwerbseinkommen oder Lohnsubvention mit Reintegrationsmaßnahmen gibt es in Österreich in dieser verpflichtenden Form nicht.

Die zahlreichen empirischen Befunde zu den Wirkungsweisen betrieblicher (Wieder-)Eingliederungsmaßnahmen haben Eppel et al. (2016) festgehalten und resümieren aus den vorhandenen Studien folgende abgesicherten Ergebnisse: (1) Eine frühe Kontaktierung (innerhalb von drei Monaten) der Erkrankten durch Gesundheitsdienstleister/Arbeitgeber/etc.; (2) das Vorhandensein eines Koordinators für den Eingliederungsprozess reduzieren die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und auch die Kosten dafür sind moderat. (3) Arbeitsplatzadaptierungen führen ebenso wie (4) der strukturierte Austausch zwischen Unternehmen und Gesundheitsdienstleistenden zu einer deutlichen Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitsdauer wie auch zu einer moderaten Kostensenkung. Alle vier genannten Maßnahmenbereiche zeigen allerdings keine eindeutigen Effekte auf die Lebensqualität der Betroffenen.

Darüber hinaus hängen die Effekte auch von der Art der Erkrankung ab. Während für den englischsprachigen Raum die oben dargestellten positiven Effekte bei physischen Erkrankungen bestätigt wurden, sind sie bei psychischen Erkrankungen weniger eindeutig (Gensby et al., 2012). Weiters zeigten die Autorinnen und Autoren dieser Detailanalyse, dass trotz der positiven Effekte auf die intendierten Ziele, die genauen Wirkungskanäle nicht quantifiziert werden können. Da arbeitsplatzbezogene Maßnahmen überwiegend mehrere Komponenten umfassen (vom Monitoring über Reha-Maßnahmen bis hin zu Arbeitsplatzadaptierungen), ist die Rückführung der Einzelkomponenten für die Zielerreichung

hier nicht möglich gewesen. Erfolgreiche arbeitsplatzbezogene Programme scheinen mehr zu sein als die Summe ihrer Einzelkomponenten. Auch Vooijs *et al.* (2015) bestätigen eine hohe Zielerreichung bei chronisch Erkrankten durch einen Maßnahmenmix.

Durch diese Befunde können keine direkten Ableitungen aus erfolgreichen Aktivierungsmaßnahmen eines Landes für ein anderes Land gezogen werden. Insgesamt zeigt sich aber eine hohe Zielerreichung von Maßnahmen, die (1) frühzeitig, (2) vielschichtig, (3) verpflichtend und (4) abgestimmt eingesetzt werden, um gesundheitlich Beeinträchtigte länger in Beschäftigung zu halten bzw. wieder in Beschäftigung zu bringen.

Insgesamt zeigen die empirischen Befunde eine höhere Kosteneffizienz bei Maßnahmen, die bei aktiven Beschäftigungsverhältnissen ansetzen im Vergleich zu Maßnahmen für Arbeitslose (vgl. OECD, 2015). Präventive Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbspersonen sind damit ein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Arbeitsmarktlage älterer Erwerbspersonen. Der Erfolg der beschäftigungsfördernden Maßnahmen hängt auch damit zusammen, wie weit sie vor dem regulären Pensionsantrittsalter durchgeführt werden. Alterspensionsregulierungen sind der Hauptgrund für die Nicht-Arbeitsuche (Erwerbsinaktivität) in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen: Von den Nichterwerbspersonen gaben im Jahr 2015 74% der Männer bzw. 67% der Frauen in Österreich eine Altersleistung als Hauptgrund ihres Status an. In Schweden sind es nur 31% bzw. 22% der inaktiven Männer und Frauen. Die empirisch belegte Evidenz des präferierten Pensionsantritts zum individuell frühestmöglichen Zeitpunkt zeigt einerseits die Bedeutung der Pensions-Zugangsbedingungen für den Zeitpunkt des Arbeitsmarktaustritts; andererseits sollte bei tendenziell niedrigem Antrittsalter besonders früh mit präventiven beschäftigungssichernden Maßnahmen begonnen werden.

4.3 Best practice: Hohe Beschäftigungsquote bei guter Gesundheit

Entlang den betrachteten Gruppen der Erwerbstätigen, Arbeitslosen und Inaktiven im Alter zwischen 50 und 65 Jahren bezeichnen in der Schweiz knapp über 80% ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet. Auch in Dänemark, Schweden und den Niederlanden ist der Anteil mit ausgezeichnete Gesundheit überdurchschnittlich, in der Gruppe der Beschäftigten am höchsten, gefolgt von Pensionierten, Arbeitslosen und Invaliden. Am anderen Ende betrachten in Estland nur ein Drittel ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet. Erwartungsgemäß ist in den erstgenannten Ländern der Anteil der Menschen mit sehr schlechtem Gesundheitszustand niedrig. Nachfolgend sind daher institutionelle Rahmenbedingungen skizziert, die eine hohe Beschäftigung unterstützen.

Die Schweiz zeichnet sich sowohl durch einen hohen Erwerbstätigenanteil in der Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen, wie auch durch den guten Gesundheitszustand in dieser Altersgruppe aus. Der institutionelle Rahmen, in dem sich Erwerbstätigkeit und Gesundheitsförderung bewegt, unterstützt diese beiden Tatbestände. Die für alle Erwerbstätigen sowie alle Einwohnerinnen und Einwohnern verpflichtende Invalidenversicherung (IV) verstärkte in den

letzten Jahren die Maßnahmen der beruflichen Frühintervention und Eingliederungsmaßnahmen.

Bei einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 30 Tagen, oder bei wiederholt kürzeren Abwesenheiten innerhalb eines Jahres, kann die Meldung bei der IV zu Frühinterventionsmaßnahmen führen. Ein interdisziplinäres Team (Ärztinnen und Ärzte, Fachpersonen der beruflichen Eingliederung etc.) prüft mögliche (berufliche) Maßnahmen (AHV/IV, 2015). Innerhalb eines halben Jahres wird seitens der IV entschieden, ob Eingliederungsmaßnahmen gesetzt werden oder ob ein Rentenantrag gestellt werden kann. Es können Maßnahmen der Frühintervention angeordnet werden, um den bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten oder die betroffene Person in einen anderen Arbeitsplatz einzugliedern. Frühintegrationsmaßnahmen umfassen Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, berufliche Rehabilitation, für Arbeitslose auch Berufsberatung, Arbeitsvermittlung etc. Wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung voraussichtlich ein Jahr andauert, wird ein Eingliederungsplan erstellt und dessen Umsetzung in die Wege geleitet. Darüber hinaus gibt es die sogenannten „Integrationsmaßnahmen“, die einer beruflichen Integration vorgelagert sind und die der Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung dienen. Integrationsmaßnahmen sind vor allem auf Personen mit psychisch bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgerichtet, die für mindestens sechs Monaten zu wenigstens 50% arbeitsunfähig sind.

Der Anteil, der von der Schweizer Invalidenversicherung geförderten Personen (ohne Doppelzählungen) in den unterschiedlichen Maßnahmen, betrug 2015 4,8% in Relation zur Bevölkerung, der Anteil der invaliden Rentnerinnen und Rentner (bis zum 65. Lebensjahr) lag hingegen mit 4,3% deutlich darunter (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2016). Auf der Grundlage dieser Zahlen wird der Grundsatz der Invalidenversicherung „Eingliederung vor Rente“ bestätigt. Die Kosten für die integrationsfördernden Maßnahmen haben zwischen 2000 und 2015 um 4,6% zugenommen, die Geldleistungen für ordentliche Invaliditätsrenten um 3,8% abgenommen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2016).

Die stärkere Erwerbsorientierung zeigt sich bei der Invalidenrente auch durch die Zunahme der Teilleistungen. Während 2006 der Anteil der Vollrenten an allen Invalidenrenten noch bei 75,2% lag, sank er 2015 auf 74,1% ab. Ein Viertel der Renten sind Teilrenten und werden größtenteils neben einer Erwerbstätigkeit bezogen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2016).

Die Reformen in der jüngeren Vergangenheit führten dazu, dass die Schweizer Invalidenversicherung eine tragende Rolle bei der Früherkennung, Prävention und Aktivierung von gesundheitlich Beeinträchtigten übernimmt.

In Schweden liegt die Arbeitsmarktpartizipation der Erwerbspersonen 50+ ebenfalls deutlich über dem gesamteuropäischen Durchschnitt. Auf der anderen Seite liegt die Invalidisierungsquote mit 7,6% über dem OECD-Durchschnitt von 5,5% und auch über dem Österreichschnitt von 4,5%. Reformen des schwedischen Krankengeldsystems 2006 hat das System in Richtung rasche Arbeitsmarktreintegration verändert. Weiters wurde die

Verzahnung zwischen dem Krankengeld bei vorübergehender Krankheit und länger andauernder Krankheit bzw. Erwerbseinschränkung durch die Reform des Invaliditätspensionssystems deutlich erhöht. Durch die Reformen wurde einerseits die Verantwortlichkeit der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für das Erkrankungsgeschehen erhöht, verpflichtende Rehabilitationsmaßnahmen sind jetzt Teil der neuen Rehabilitationskette. Weiters muss eine Restrukturierung des alten Arbeitsplatzes oder ein anderer Arbeitsplatz im Unternehmen angeboten werden. Andererseits erhöhte sich auch der Verpflichtungsgrad für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dahingehend, dass in der neu eingeführten Rehabilitationskette ärztliche Beurteilungen der Arbeitskapazität am 91. und 181. Tag des Krankenstandes entscheidend sind. Abgangsraten aus dem Krankenstand sind vor diesen Terminen höher (Hägglund, 2010).

In Schweden gibt es darüber hinaus ein Teil-Krankengeld, und eine Teil-Invaliditätspension, der sogenannte „Krankheitsausgleich“; diese Instrumente fördern ebenfalls die Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich Beeinträchtigten, aber teilweise (25%, 50%, 75%) Arbeitsfähigen. Das Instrument der Lohnsubventionen im schwedischen Programm „New Start Job-policy“ zeigt ebenfalls positive Effekte auf die Jobaufnahmen; hier lösen Unternehmen nach dem Auslaufen der Subventionierung tendenziell die Beschäftigungsverhältnisse wieder auf, die Wiederbeschäftigungswahrscheinlichkeit für diese Versichertengruppe ist allerdings überdurchschnittlich hoch (Sjögren et al., 2015).

In den Niederlanden wurden die Kranken- und Invaliditätssysteme in der Vergangenheit reformiert mit dem Ziel, die Zahl der Leistungsbeziehenden zu reduzieren und die Arbeitsmarktpartizipation zu fördern. Erreicht wurde dies sowohl mit verschärften Zugangsbestimmungen, verpflichtenden Rehabilitationsmaßnahmen, umfassenderen Kontrollen des Rehabilitationsprozesses wie auch eine monetäre Einbindung der Unternehmen in diesen Prozess. In den Niederlanden ist die Verpflichtung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für den Rehabilitationsprozess von kranken Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern besonders ausgeprägt. Die zweijährige Entgeltfortzahlung in Kombination mit einem Kündigungsschutz und verpflichtenden Rehabilitationsmaßnahmen für Beschäftigte und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber hat in der Folge die Anzahl der Krankenstände als auch die Anzahl der Invaliditätspensions-Beziehenden in den Niederlanden stark reduziert (OECD, 2014). Darüber hinaus gibt es – so wie in Schweden – eine starke Verzahnung zwischen dem Krankensystem und dem Invaliditätssystem.

Eine wichtige beschäftigungspolitische Maßnahme in den Niederlanden ist der „Werkbonus“. Für ältere Arbeitskräfte oder Selbständige ohne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird eine Lohnsubventionierung durchgeführt. Der Werkbonus für Personen im Alter zwischen 60 und 64 Jahren wird nach der Einkommenshöhe gestaffelt.

5 Zusammenschau und Schlussfolgerungen

Die Erwerbstätigkeit in Österreich ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Selbst nach der Krise 2008/09 stieg die Beschäftigungsquote weiter an, sie liegt 2015 um 1,1 Prozentpunkte über dem Wert von 2008. Besonders ausgeprägt sind die Zuwächse in der Altersgruppe der 55- bis 59-jährigen Frauen, hier legte die Beschäftigungsquote 16,3 Prozentpunkte und in der Gruppe der 60- bis 64-jährigen Männer um 8,3 Prozentpunkte zu. Gleichzeitig liegt die Arbeitslosenquote in diesen Altersgruppen deutlich über dem Gesamtdurchschnitt, ebenso das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit. Segmentationstendenzen des Arbeitsmarkts verstärken sich für Erwerbspersonen im Jahrzehnt vor dem Pensionsantritt: Erwerbspersonen des primären Arbeitsmarktsegments bleiben überwiegend bis zur Pensionierung aktiv beschäftigt, jene des sekundären Segments sind hingegen mit zunehmendem Alter mit vielschichtigen Risiken konfrontiert. Der gegenwärtig angespannte Arbeitsmarkt, mit dem deutlichen Arbeitskräfteüberhang, bedeutet für Arbeitssuchende insgesamt, besonders für gesundheitlich eingeschränkte, geringe Jobchancen.

Insgesamt sinkt die Arbeitsmarktpartizipation in Österreich bei Männern bereits ab dem 45. Lebensjahr und bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr. Ab dem 45. Lebensjahr steigt die Arbeitslosenquote der Männer, jene der Frauen ab dem 50. Lebensjahr und liegt anschließend über dem Gesamtdurchschnitt. In der überwiegenden Zahl der EU-Länder beginnt die Erwerbsquote in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen abzusinken. Nur in Deutschland, Tschechien und Finnland stieg 2015 die Erwerbsquote noch bis zur Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen an, sie beginnt in diesen Ländern erst fünf Jahre später zu sinken als in den anderen Ländern. Das Ausmaß der Arbeitsmarktpartizipation verändert sich in vielen Ländern: In rund der Hälfte der EU-Länder liegt die Teilzeitquote in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen unter dem Gesamtdurchschnitt: in Ländern mit einer insgesamt hohen Erwerbsquote (Schweden, Finnland, Dänemark) sinkt sie ab dem 50. Lebensjahr deutlich ab. Die durchschnittliche Zahl der geleisteten Wochenarbeitsstunden bei Vollzeitjobs variiert zwischen 42,4 Stunden in Großbritannien und 37,9 Stunden in Dänemark, Österreich liegt mit 41,5 auf Platz 3. Die Arbeitsstunden älterer Erwerbstätiger liegen leicht darüber.

Im Ländervergleich haben Vollzeitbeschäftigte der nordeuropäischen Länder Dänemark, Niederlande, Finnland, Irland sowie Italien und Frankreich eine unterdurchschnittliche Arbeitszeit, Großbritannien, Zypern, Österreich, Portugal und Polen hingegen eine hohe Wochenarbeitszeit. Unter Anwendung der hohen Wochenarbeitszeit der österreichischen Vollzeitbeschäftigten in Schweden würde die Quote bei den 50- bis 64-jährigen Männer um 6,6 Prozentpunkte auf 71,3% und jene der Frauen um 6,3 Prozentpunkte auf 61,3% sinken.

Da Erwerbstätigkeit mit Arbeitsplatzbelastungsfaktoren verbunden ist, steht eine gesundheitliche Gefährdung im Zusammenhang mit der Dauer, der Intensität und der zeitlichen Verteilung der Belastung. Empirische Arbeiten konstatieren einen exponentiellen Anstieg einer Belastung mit zunehmender Intensität und Dauer. Damit wirkt nicht nur die

Dauer der Erwerbstätigkeit in Form von Erwerbsjahren, sondern auch die Intensität der Erwerbstätigkeit in Form der durchschnittlich geleisteten Arbeitszeit auf den Gesundheitszustand der Erwerbstätigen ein. Aus diesem arbeitsmedizinischen Ansatz sollte eine tendenziell sinkende Wochenarbeitszeit mit zunehmendem Lebensalter abgeleitet werden. Weiters sollte die prinzipielle Verlängerung der Erwerbsarbeitszeit – ein deklariertes Ziel in allen EU-Mitgliedsländern – in Verbindung mit der Reduktion der Arbeitsintensität in Form der Wochenarbeitszeit gebracht werden.

Das arbeitsmedizinische Modell der Salutogenese stellt die gesundheitserhaltenden Faktoren bei Arbeitsplatzbelastungen in den Mittelpunkt. Ein diesbezüglich wichtiger Faktor ist eine hohe soziale Integration im Arbeitsumfeld. Aus diesem Blickwinkel kann ein Jobverlust und Arbeitslosigkeit mit einer Verringerung der sozialen Integration einhergehen und gesundheitsbelastend wirken.

Vorhandene und vergleichbare Gesundheitsdaten für die Gruppe der 50- bis 64-Jährigen zeigen einen deutlichen Gesundheitsverlauf: In allen untersuchten 16 Ländern geben die aktiv Beschäftigten den besten Gesundheitszustand an, gefolgt von Pensionistinnen und Pensionisten oder Inaktiven. Über alle Länder hinweg ist der Gesundheitszustand von Arbeitslosen am schlechtesten. Während im Schnitt der 16 Länder (ungewichtet) 32% der Beschäftigten einen ausgezeichneten oder sehr guten Gesundheitszustand haben, sind es bei den Inaktiven (Pensionistinnen und Pensionisten, Hausfrauen und -männer) 27% und bei den Arbeitslosen 21,2%.

Bei den Befragungsdaten treten deutliche Länderunterschiede hervor: Während in Estland nur knapp 10% der Beschäftigten einen ausgezeichneten Gesundheitszustand haben, sind es in Dänemark fast zwei Drittel. Die Abstände zwischen den Ländern setzen sich auch bei den Arbeitslosen und bei den Inaktiven fort und sind relativ konstant. Während in Dänemark, der Schweiz und in Schweden die Gesundheit von einem großen Teil in allen drei Gruppen als ausgezeichnet oder sehr gut bezeichnet wird, überwiegt in Estland, Polen, Portugal, Ungarn, Spanien und Slowenien der Anteil in den Gruppen mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand. Der Anteil Erwerbstätiger in Österreich mit ausgezeichnetem bis sehr gutem Gesundheitszustand wird von der Schweiz, Schweden und Dänemark übertroffen. Österreich nimmt sowohl bei den Erwerbstätigen, als auch bei den Arbeitslosen und Inaktiven in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen den konstanten Rang 4 innerhalb der 16 Länder ein.

Auf der Grundlage der verwendeten Indikatoren zeigen sich folgende Konstellationen zwischen der Beschäftigungsquote und dem Gesundheitszustand: Wir sehen Länder mit einer hohen Beschäftigungsquote in Verbindung mit einem guten Gesundheitszustand (Schweiz, Dänemark, Schweden) aber auch mit überdurchschnittlich schlechtem Gesundheitszustand (Estland). Polen und Malta wiederum haben eine unterdurchschnittliche Erwerbsquote in Verbindung mit einem unterdurchschnittlichen Gesundheitszustand. Eine relativ geringe

Erwerbsbeteiligung haben auch Bulgarien, Griechenland und Slowenien: hier hat wiederum ein deutlich kleinerer Anteil der Erwerbspersonen gesundheitliche Probleme.

Zum einen zeigt sich mit den verwendeten Daten ein Zusammenhang zwischen gutem Gesundheitszustand und ein im EU-28-Vergleich überdurchschnittlichem Pro-Kopf-Einkommen. Zum anderen gibt es in Ländern mit hoher Erwerbsbeteiligung und guter Gesundheit der älteren Erwerbsbevölkerung auch institutionelle Rahmenbedingungen, die stark auf eine Forcierung der Erwerbstätigkeit ausgerichtet sind. Regulierungen im Rahmen der unterschiedlichen Zweige der Sozialversicherung, aber auch der Arbeitsmarktpolitik variieren deutlich zwischen den europäischen Ländern. In der vorliegenden vergleichenden Studie zeigen sich vor allem in folgenden Bereichen positive Auswirkungen der Maßnahmen und Regulierungen auf die Arbeitsmarktpartizipation von gesundheitlich eingeschränkten Personen im höheren Erwerbsalter.

In den Sozialversicherungssystemen, allen voran im Krankenversicherungssystem und im Invaliditätssystem, wurden in der Versicherungsgemeinschaft der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (1) neue Akteure und (2) neue (finanzielle) Verantwortlichkeiten und Anreize eingebaut. (1) Beim Ausbau präventiver Elemente, die krankheitsbedingte Arbeitsbelastungen und in weiterer Folge auch krankheitsbedingte Fehlzeiten vorzeitig und systematisch festhalten, spielt ein verpflichtendes Monitoring eine große Rolle. An diesem Prozess sind neben den Betrieben auch die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wie auch Gesundheitsstellen (Ärztinnen und Ärzte) und Sozialversicherungsinstitutionen beteiligt. Die Schweiz baute ein Case-Management aus, welches schon nach einer Krankenstandsdauer von 30 Tagen einsetzt. Nach der Früherfassung erfolgt eine Frühintervention, wo bereits unternehmensexterne Akteurinnen und Akteure Maßnahmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur beruflichen Rehabilitation erarbeiten. Teile dieser Maßnahmen beziehen sich auch auf die konkrete Arbeitsplatzgestaltung und sind seitens der Betriebe umzusetzen. Damit wurden auch die (2) Verantwortlichkeiten verändert: Nicht mehr die Krankenversicherung bzw. die Invaliditätsversicherung ist für den Umgang mit der Krankheit verantwortlich, sondern auch die Unternehmen, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst und auch weitere Schnittstellen im Gesundheitsbereich. Ähnliche Verschiebungen der Verantwortlichkeiten gibt es in den Niederlanden mit einem „zweijährigen Rehabilitationstunnel“ und in Schweden.

In Schweden, Norwegen, Dänemark, Finnland und der Schweiz wird stärker auf die Einbindung der vorhandenen Arbeitsfähigkeit von gesundheitlich Eingeschränkten – durch das Instrument der Teilleistungen – abgestellt. Während des Bezugs einer Teilleistung im Krankheitsfall ist die Kündigungsmöglichkeit durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber eingeschränkt. In den Niederlanden ist während des zweijährigen Rehabilitationstunnels, in dem sowohl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Rehabilitationsmaßnahmen durchführen müssen, eine Kündigung nicht, bzw. nur dann möglich, wenn die festgelegten Maßnahmen nicht durchgeführt werden.

Die von der OECD entwickelten Indikatoren für die Arbeitsmarkt(re)integration und die Absicherung zeigen, dass die Reformen seit den 1990er-Jahren im Bereich der Invaliditätspension die kompensatorischen Elemente (Zugangsvoraussetzungen, Leistungshöhe etc.) reduzierten und die integrationsfördernden Maßnahmen ausbauten. Besonders die skandinavischen Länder, die Niederlande, Deutschland und die Schweiz kombinierten eine Reduktion der Kompensationskomponente mit einem deutlichen Ausbau der Maßnahmen zur Arbeitsmarktreintegration. Österreich nimmt beim Angebot und der Struktur der Aktivierungsmaßnahmen für gesundheitlich Beeinträchtigte den vorletzten Rang innerhalb Europas¹¹⁾ ein, die OECD spricht hier von einer „wait-and-see-culture“ beim Umgang mit Krankheiten. Vorhandene Evaluierungen zu Aktivierungsmaßnahmen unterschiedlicher Formen zeigen eine hohe Effizienz und Effektivität, wenn die Maßnahmen frühzeitig, vielschichtig, verpflichtend und abgestimmt eingesetzt werden.

Für Österreich ergeben sich daher folgende Herausforderungen:

- (1) Die dargestellten Reform Erfahrungen in Schweden, der Schweiz oder den Niederlanden liefern wichtige Hinweise für den Ausbau überbetrieblicher und verpflichtender Strukturen in der Beobachtung, Beratung und Betreuung der Beschäftigten in Österreich. Da sowohl die Beschäftigungs-, wie auch die Gesundheits- und Bildungsstruktur von den erwähnten Ländern abweicht, braucht es vor einer Programm(weiter)entwicklung verstärkt Kausalitätsanalysen um evidenzbasierte Maßnahmen setzen zu können.
- (2) Für gesundheitlich Eingeschränkte braucht es beschäftigungsunterstützende Maßnahmen sowohl für aktiv Beschäftigte (Prävention) als auch für Erwerbslose. Im ersten Schritt geht es darum, Menschen in aufrechten Beschäftigungsverhältnissen zu halten. Hier zeigen die Ergebnisse der strukturierten und verpflichtenden Monitoring-Instrumente in anderen Ländern positive Effekte. Erste Schritte in Richtung Monitoring-Strukturen finden sich im Rahmen der Programme „fit2work“. Die Angebote für Versicherte und für Betriebe beruhen derzeit auf Freiwilligkeit. Die regelmäßige Kontaktaufnahme externer Beratungsstellen mit den Betrieben fördert nicht nur die Sensibilisierung für präventive Gesundheitsmaßnahmen (vgl. *Hausegger et al.*, 2015), sondern definiert auch neue Schnittstellen, die zu einem Auf- und Ausbau strukturierter Monitoring-Instrumente dienen kann. Eine höhere Verbindlichkeit sowohl für die Versicherten als auch für die Betriebe würde die Früherkennung von Risiken und die Gegensteuerungsmöglichkeiten verbessern und fördern. Wie die Erfahrungen anderer Länder zeigen, führen Früherkennung verbunden mit Frühintervention zu positiven individuellen, betrieblichen und auch gesamtwirtschaftlichen Folgen.
- (3) Maßnahmen im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik adressieren auch gesundheitlich eingeschränkte Beschäftigte und Arbeitslose: Die Maßnahmen reichen von Orientierungsmaßnahmen über Qualifizierungsmaßnahmen am ersten

¹¹⁾ Europäische OECD-Länder ohne Island und die Türkei.

Arbeitsmarkt bis hin zu Fördermaßnahmen am zweiten Arbeitsmarkt (beispielsweise sozialökonomische Betriebe, gemeinnützige Beschäftigungsprojekte). Evaluierungen der vielfältigen aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen zeigen positive Beschäftigungswirkungen für die Betroffenen aber auch Wirkungsunterschiede entlang der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. *Eppel et al.*, 2011; *Eppel et al.*, 2014). Damit manifestiert sich die Wichtigkeit der gruppenspezifischen Maßnahmen(weiter)entwicklung, wie sie derzeit in der aktiven Arbeitsmarktpolitik bereits vorhanden ist.

- (4) Eine wichtige Rolle bei der Reintegration von Erwerbspersonen mit Gesundheitsproblemen ist ein Ineinandergreifen der zuständigen Akteurinnen und Akteure (Betriebe, Versicherte, Kranken-, Arbeitslosen- und Pensionsversicherung). Die teilweise gewachsenen Strukturen für Arbeitsmarkt-Reintegrationsmaßnahmen müssen daher in effiziente Schnittstellen weiterentwickelt werden.
- (5) Das definierte Ziel der „Rehabilitation vor Pension“ sollte durch einen Verbund von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt werden. Integrierte Maßnahmen aus beiden Bereichen können sowohl bei psychischen als auch bei physischen Gesundheitsproblemen zweckmäßiger sein, da Arbeitserfahrung zur gesundheitlichen Stabilisierung beitragen kann aber auch der Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen in beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bzw. am konkreten Arbeitsplatz erlernt werden muss.
- (6) In Österreich fehlt ein beschäftigungsförderndes und anreizkompatibles Modell der betrieblichen Kosteninternalisierung, welches in den Niederlanden, Finnland und auch Schweden vorhanden ist. Bislang dominiert das Versicherungsprinzip, die Risiken der Erwerbsminderung trägt die Versicherungsgemeinschaft und nicht der einzelne Betrieb. Eine Risikoteilung zwischen Unternehmen und Versicherungsgemeinschaft fördert präventive Maßnahmen auf betrieblicher Ebene. Hierbei müssen alle Versicherungszweige beachtet werden, damit erwünschte (Verhaltens- und Kosten-) Effekte in einem Teil des Sozialversicherungssystems nicht zu unerwünschten Folgen in anderen Teilen einhergehen. Die (Reform-)Erfahrungen aus den Niederlanden und Finnland könnten einen Ausgangspunkt der Modellentwicklung in Österreich dienen.
- (7) Kündigungsbestimmungen: Die OECD hat auf Basis von 21 Indikatoren die nationalen Kündigungsvorschriften verglichen: Österreich gehört in die Gruppe der Länder mit relative lockeren Kündigungsbestimmungen bei unbefristet Beschäftigten, die Niederlande hingegen zur Gruppe mit den strengsten Vorschriften für Einzelkündigungen. Die höhere Betriebsbindung in den Niederlanden wurde gemeinsam mit höheren Verpflichtungen für die Beschäftigten und deren Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber im Bereich der krankheitsbedingten Rehabilitationsmaßnahmen eingeführt. Diese Doppelstrategie erwies sich als integrationsfördernd und könnte auch in Österreich entsprechend wirken.

Die vielfältigen notwendigen Maßnahmen zur besseren Erwerbsintegration bei gesundheitlichen Einschränkungen reichen von einer Unterstützung für einen längeren

Verbleib von älteren Arbeitskräften am Arbeitsplatz über den Ausbau der Reintegrationsmodelle und -maßnahmen, mehr Zeitsouveränität im Job für Betroffene, bis hin zu stärkerer Verantwortung der Unternehmen. Insgesamt wirkt diese Maßnahmenpalette hauptsächlich auf das Arbeitskräfteangebot. Eine erfolgreiche Reintegrationspolitik braucht ergänzend dazu entsprechende Impulse seitens der Arbeitskräftenachfrage.

6 Literatur

- AHV/IV, Berufliche Eingliederungsmaßnahmen der IV, 2015.
- Baillargeon J., „Characteristics of the healthy worker effect.“, *Occup Med.* 2001, 16(2), S. 359-366.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H., Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 2001.
- Benítez-Silva, H., Disney, R., Jiménez-Martín, S., „Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective“, *Economic Policy*, 2010, 25(7), S. 483-536.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Rückert, E., *Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen*, Wien, 2011.
- Bock-Schappelwein, J., *Entwicklung und Formen von Flexibilität und sozialer Absicherung in den EU-Staaten. Ein Überblick*, WIFO Working Papers 276, 2006.
- Böheim, R., Leoni, Th., *Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective*, mimeo. 2015.
- Börsch-Supan, A., „Health and disability insurance“, *Zeitschrift für Arbeitsmarktforschung*, 2011, 44(4), S: 349-362.
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Croda, E., „The role of institutions and health in European patterns of work and retirement“, *Journal of European Social Policy*, 2009, 19(4), S. 341-358.
- Börsch-Supan, A., Düzgün, I., Weiss, M., „Altern und Produktivität: Zum Stand der Forschung“, *Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel*, Mannheim, 2005, (73).
- Brussig, M., *Weiter steigendes Rentenalter, mehr Renteneintritte aus stabiler Beschäftigung, aber zunehmend geringere Altersrenten bei Langzeitarbeitslosen: Aktuelle Entwicklungen beim Rentenzugang*. Universität Duisburg, Institut für Arbeit und Qualifikation, 2012.
<http://www.iaq.uni-due.de/auem-report/2012/2012-02/auem2012-02.pdf>.
- Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, IV Statistik 2015, Tabellenteil, Bern, 2016.
- Cornelius, L., van der Klink, J., Groothoff, J., Brouwer, S., *Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review; Journal of Occupational Rehabilitation*, 2011, (21), S. 259-279.
- Davidsson, J., Naczyk, M., *The Ins and Outs of Dualisation: A Literature Review*, REC-WP, 2009, (02).
- Dragano N., Wahrendorf, N., „Consistent health inequalities in Europe: the importance of labour market disadvantage“, in: *Epidemiol Community Health*, 2014, 68(4), S. 293-294.
- Eisen, E., Picciotto, S., Robins, J., *Healthy Worker Effect*, *Encyclopedia of Environmetrics*, 3, 2013.
- Engelhardt, H., „Altern in Europa. Empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“, in *Bamberger Beiträge zur Soziologie. Band 01 – Altern in Europa*, Bamberg: Bamberg University Press, 2009.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., *Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit*, WIFO-Projektpublikationen „Österreich 2025“, 2016.
- Eppel, R., Horvath, Th., Lackner, M., Mahringer, H., (WIFO), Hausegger, T., Hager, I., Reidl, Ch., Reiter, A., Scheiflinger, S., Friedl-Schafferhans, M., (prospect Unternehmensberatung), *Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen*, WIFO-Monographie, November 2014.
- Eppel, R., Mahringer, H., Weber, A., Zulehner, Ch., *Evaluierung der Eingliederungsbeihilfe*, WIFO-Monographie, Oktober 2011.
- Erlinghagen, M., Zink, L., „Arbeitslos oder erwerbsunfähig? Unterschiedliche Formen der Nicht-Erwerbstätigkeit in Europa und den USA“, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 2008, 60(3), S. 579-608.
- Erlinghagen, M.; Knuth, M.: „Unemployment as an institutional construct? Structural differences in non-employment between selected European countries and the United States“, *Journal of Social Policy*, 2010, 39 (1), S. 71-94.
- Eurofound, *European working conditions survey*, 2005.

- European Commission, The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), 2012, (2).
- European Commission, The 2015 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2012-2060), 2015.
- Everhardt, T. P., de Jong, Ph. R., „Return to work after long term sickness, The role of employer based interventions", *De Economist*, 2011, 159, S. 361-80.
- Everhardt, T. P., de Jong, Ph. R., „Return to work after long term sickness, The role of employer based interventions", *De Economist*, 2011, 159, S 361-80.
- Famira-Mühlberger, U., Budimir, K., Eppel, R., Huemer, U., Leoni, Th., Mayrhuber, Ch., Soziale Sicherungssysteme und Arbeitsmarktperformanz in der EU, WIFO-Monographie, 2010.
- Famira-Mühlberger, U., Huemer, U., Mayrhuber, Ch., Der Einfluss der sozialen Sicherungssysteme auf die Beschäftigungsquote Älterer in traditionellen Wohlfahrtsstaaten, WIFO-Working Papers, 499, 2015a.
- Famira-Mühlberger, U., Huemer, U., Mayrhuber, Ch., Die Beschäftigungsquote Älterer im Vergleich, WIFO-Monographie 11/2015.
- Fletcher, J., Wolfe, B., „Increasing Our Understanding Of The Health-Income Gradient In Children", *Health Economics*, 2014, 23(4), S. 473-486.
- Fleurbay, M., Schokkaert, E., „Equity in health and health care", Université catholique de Louvain, Center for Operations Research and Econometrics (CORE), Discussion Papers, 2011, (26).
- Gensby, U., Lund, Th., Kowalski, K., Saidj, M., Klint Jørgensen, A.-M., Filges, T., Irvin, E., Amick III, B.C., Labriola, M., Workplace Disability Management Programs Promoting Return to Work: A Systematic Review, *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 8(17).
- Hägglund, P., Do time limits in the sickness insurance system increase return to work? Forskningsrapport 2010-01, Inspektionen för Socialförsäkringen, Stockholm, 2010.
- Hank, K., Jürges H., Wagner G. G., Schupp, J., „Über Survey Fragen hinaus: Isometrische Greifkraftmessung in SHARE und SOEP", in Börsch-Supan, A., et al., 50+ in Deutschland und Europa: Befunde des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [Series 'Alter(n) und Gesellschaft'], VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009, S. 175-192.
- Harnois, G., Gabriel, Ph., Mental health and work: Impact, issues and good practices, WHO/ILO, Genf, 2000.
- Harrington, J. M., „Health effects of shift work and extended hours of work.", *Occupational and Environmental Medicine*, 2001, 58, S. 68-72.
- Hasselhorn, H. M., Apt, W., Understanding employment participation of older workers: Creating a knowledge base for future labour market challenges, Research Report, Federal Ministry of Labour and Social Affairs (BMAS) and Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA). BMAS/ BAuA, Berlin, 2015.
<http://www.jp-demographic.eu/about/fast-track-projects/understanding-employment>
- Hausegger, T., Hlebic, D., Reidl, Ch., Reiter, A., , Evaluierung der betrieblichen Schiene von fit2work Endbericht, prospect Unternehmensberatung, 2015,
http://www.fit2work.at/home/Service/Materialien_Downloads/?lang=DE
- Johansson, P., Palme, M., "Moral hazard and sickness insurance", *Journal of Public Economics*, 2005, 89(9-10), S. 1879-1890.
- Johansson, P, Laun, L.; Palme, M., Pathways to retirement and the role of financial incentives in Sweden, IFAU, Working Paper Series 20, August 2014.
- Karasek, R., Theorell, T., Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, Basic Books, New York, 1990.
- Köhne-Finster, S., Lingnau, A., Untersuchung der Datenqualität erwerbsstatistischer Angaben im Mikrozensus, Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 2008, (12).

- Koning, P., „Anticipated and Unanticipated Incentives of Disability Insurance Experience Rating: The Case of The Netherlands“, in *Policy and Practice in Health and Safety*, 2012, (2), S. 67-80.
- Konle-Seidl, R., „Notwendige Anpassung oder unzulässige Tricks?“, IAB-Kurzbericht 2009, 4 (1-8).
- Kunnert, A., Fritz, O., Pennerstorfer, D. (WIFO), Streicher, G. (Joanneum Research), Aigner, B., Döring, Th. (Fachhochschule Kärnten), *Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen, Teilbericht 3: Alterung und regionale Wettbewerbsfähigkeit*, WIFO, 2010.
- Kyyrä, T. Tuomala, J., „Does experience rating reduce disability inflow?“, Working Papers, Government Institute for Economic Research, 2013, (46).
- Leka, S., Jain, A., *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*, WHO, Genf, 2010.
- Leoni, Th. *Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung*, in: WIFO-Monatsberichte, 2015, 88(8), S. 649-662
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2011*, WIFO, Wien, 2011.
- Maestas, N; Mullen, K. J., Strand, A.: „Does disability insurance receipt discourage work? Using examiner assignment to estimate causal effects of SSDI receipt“, *American Economic Review*, 2013, 103(5), S. 1797-1829.
- Marie, O., Castello, V., J., „Measuring the (income) effect of disability insurance generosity on labour market participation“, *Journal of Public Economics*, 2012, 96, S. 198-210.
- Markussen, S., Arnstein, M., Røed, K., „The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program“, *Journal of Public Economics*, 2012, 96(11), pp. 959–972.
- Martinez, D. J., Kasl, St. V., Gill, Th. G., Barry, L. C., „Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons“, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009.
- McAnaney, D. F., „European Perspectives on Disability Management (1999-2009): Insights and Developments“, in Geisen, Th., Harder, H. G. (Hrsg.), *Disability Management and Workplace Integration: International Research Findings*, Gower Publishing, Ltd., 2011.
- Mossey, J. M., Shapiro, E., „Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly“, *American Journal of Public Health*, 1982, 72(8), S. 800-808.
- OECD, *Austria: Mental Health at Work*, 2015.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development, *Ageing and Employment Policies: Netherlands 2014, Working Better with Age*, Paris, 2014.
- OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers, A Synthesis of Finding across OECD Countries*, OECD, Paris, 2010. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088856-en>.
- Oppolzer, A., *Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention*, in Badura, Bernhard/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Macco, Katrin (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2009*, Springer, Heidelberg, 2010.
- Pensionsversicherungsanstalt, *Jahresbericht 2014*, Wien 2015.
- Rutenfranz, J., Knauth, P. und Nachreiner, F., *Arbeitszeitgestaltung*. In: H. Schmidtke (Hrsg.). *Ergonomie*. (3.Auflage), München, Hanser, 1993, S. 574-599.
- Schmid, G., *Übergänge am Arbeitsmarkt. Arbeit, nicht nur Arbeitslosigkeit versichern*, Berlin, 2011.
- Schwarzbaum J., Ahlbom A., Feychting M., *Cohort study of cancer risk among male and female shift workers*. *Scand J Work Environ Health* 2007; 33, S. 336-343.
- Siegrist, J., Dragano, N., *Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbaleben – Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 2008, 51 (3), S. 305-312.

- Siegrist, J., Theorell, T., Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung, in: Siegrist, Johannes, Marmot, Michael (Hrsg), Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Verlag Hans Huber, Bern, 2008, S. 99-130.
- Sjögren, A., Vikström, J., "How Long and How Much? Learning about the design of wage subsidies from policy discontinuities", *Labour Economics*, Vol. 34, 2015, 127-137).
- Sjögren, A., Vikström, J., "How Long and How Much? Learning about the design of wage subsidies from policy discontinuities", IFAU Working-Paper, 2013, (2013:18).
- Statistik Austria, Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme, Wien, 2014.
- Steinbach, H., Gesundheitsförderung – Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2007.
- Styczynska, I., Riekhoff, A.-J., Lis, M., Kaminska, A., "The Impact of Institutional and Socio-Ecological Drivers on Activity at Older Ages", NEUJOBS Working Paper, 2013 (D17.3).
- Su, W., Lin, L., Baker, D., Schnall, P.L., Chen, M., Hwang, W., Chen, C. & Wang, J., "Elevated blood pressure, decreased heart rate variability and incomplete blood pressure recovery after 12-hour night shift work.", *Journal of Occupational Health*, 2008, 50, S. 380-386.
- Van den Heuvel, S., de Wind, A., *Domain: Health and health-related behaviour*, 2015.
- Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Wind, H., Frings-Dresen, M. H., "Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews.", *Occupational and Environmental Medicine*, 2015, 72(11), pp. 820-826
- Wen, C.; Tsai, S. P.; Gibson, R., Anatomy of the Healthy Worker Effect: A Critical Review, in: *Journal of Occupational Medicine*, 1983.
- WHO, Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.
- WIFO, Prognose für 2016 und 2017: Stärkeres Wachstum in risikoreichem Umfeld, WIFO-Monographien, Juli 2016.
- Wirtz, A., *Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2010.