

Der Gesundheitszustand älterer Erwerbspersonen in Europa – ein Vergleich

„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.“

(WHO, 1986)

1 Einleitung

In der EU-2020-Strategie ist der Anstieg der Beschäftigungsquote der 20- bis 64-Jährigen auf 75 Prozent¹ bis 2020 eines von fünf Kernzielen. Im österreichischen Regierungsprogramm² aus dem Jahr 2013 sind konkrete Zielgrößen der Beschäftigungsquoten Älterer festgeschrieben. Bis 2018 sollen sie bei den 55- bis 59-jährigen Männern 74,6 Prozent (+6,5 Prozentpunkte gegenüber 2012), bei den 55- bis 59-jährigen Frauen 62,9 Prozent (+15 Prozentpunkte gegenüber 2012) und in der Altersgruppe der 60- bis 64-jährigen Männer 35,3 Prozent (+13,7 Prozentpunkte gegenüber 2012) erreichen. Ende 2016 fehlten bei den Männern noch 0,9 bzw. 2,0 und bei den Frauen noch 3,1 Prozentpunkte auf die Zielgrößen.

Gesundheitliche Einschränkungen nehmen mit steigendem Lebensalter zu: Während insgesamt rund ein Drittel der unselbständig Beschäftigten in Öster-

reich Gesundheitsbeschwerden hat, sind es in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen knapp zwei Fünftel (Biffel et al., 2011; Leoni, 2011). Die Zunahme der Beschäftigungsquoten Älterer braucht eine Zunahme von gesundheitlichen Maßnahmen, damit auch gesundheitlich eingeschränkte Personen länger am Arbeitsmarkt verbleiben können (Leoni, 2015).

Der Gesundheitszustand steht in einem engen Zusammenhang mit dem Arbeitsmarktstatus: Aktiv Beschäftigte haben einen besseren Gesundheitszustand als Inaktive und Arbeitslose, aus gesundheitlichen Gründen finden Arbeitssuchende oft keinen Job oder treten gänzlich aus dem Erwerbsleben aus. Der Gesundheitszustand dieser drei Gruppen wird nachfolgend näher betrachtet und verglichen.

2 Arbeitsmarktpartizipation verändert sich mit zunehmenden Alter

Neben der allgemeinen wirtschaftlichen Lage beeinflusst die institutionelle Ausgestaltung von Sozialversicherung, Steuersystemen und Arbeitsrecht das Beschäftigungsniveau. Auf individueller Ebene entscheiden Qualifikation, Berufserfahrung und der Gesundheitszustand über die Arbeitsmarktintegration (OECD, 2010; Dragano et al., 2014). Bei älteren



Mag. Christine Mayrhofer ist Ökonomin am Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO).

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>.

Erwerbspersonen sehen wir Unterschiede in der Arbeitsmarktpartizipation. Die Gruppe der stabil Erwerbstätigen bleibt bis zum Pensionsübertritt in aktiver Beschäftigung, während jene mit häufigen Erwerbsunterbrechungen und Gesundheitsproblemen mit zunehmendem Lebensalter häufiger von Erwerbslosigkeit betroffen sind (Bock-Schappelwein, 2006).

Auf der Grundlage der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote zeigt sich eine sinkende Arbeitsmarktpartizipation in Österreich bei Männern bereits ab dem 45. 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 (Abbildung 1). Auch in den anderen Ländern der Europäischen Union, selbst in Schweden, das innerhalb der EU die höchste Gesamterwerbsquote aufweist, sinkt die Erwerbsquote bereits ab dem 50. Lebensjahr wieder ab.

Neben den quantitativen Indikatoren der Beschäftigungs- und Arbeitslosenquote zeigen qualitative Indikatoren, wie die durchschnittliche Wochen- und Jahresarbeitszeit, ebenfalls deutliche Differenzen innerhalb und zwischen den europäischen Ländern.

Im europäischen Vergleich arbeiten Männer in Österreich mit durchschnittlich 38,7 Jahren um 0,9 Jahre länger als der europäische Schnitt, in Bulgarien sind es nur 33,3 Jahre, in den Niederlanden hingegen 42,4 Jahre. Die Erwerbsdauer der Frauen in der Höhe von durchschnittlich 34,4 Jahren übersteigt den europäischen Durchschnitt um 1,7 Jahre. Die Dauer liegt hier zwischen 25,9 Jahren in Italien und 38,8 Jahren in Schweden (European Commission, 2015). Während in Österreich die Erwerbsjahre der Frauen kontinuierlich angestiegen sind, zeigen

die Versicherungsjahre der Männer eine relative Konstanz, allerdings auf hohem Niveau (Pensionsversicherungsanstalt, 2015).

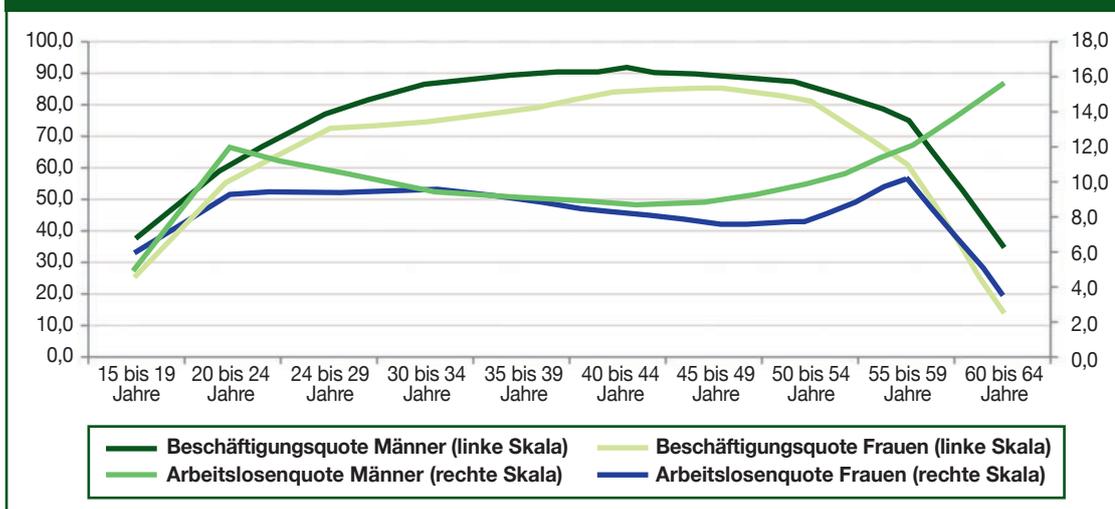
Die durchschnittlich geleistete Wochenarbeitszeit der unselbständig Beschäftigten, ein weiterer qualitativer Indikator, lag 2015 in der EU-28 im Schnitt bei 40,3 Stunden (Vollzeit) bzw. 20,5 Stunden (Teilzeit). Österreich bewegt sich hier mit 41,5 Stunden (Vollzeit) um 1,2 Stunden über und Dänemark mit 37,8 Stunden um 2,4 Stunden unter dem EU-28-Schnitt. Gegenüber dem Vorkrisenjahr 2008 sank die durchschnittlich geleistete Arbeitszeit in Europa bei Vollzeitjobs, auch in Österreich reduzierte sie sich um 0,7 Wochenstunden, ein Trend, der auch weiterhin anhalten dürfte (WIFO, 2016). Eine geringere Wochenarbeitszeit kann Belastungsfaktoren reduzieren, sofern die Arbeitsintensität nicht ansteigt (Huemer et al., 2017).

Das Risiko einer gesundheitlichen Gefährdung hängt sowohl von der Intensität, wie auch von der zeitlichen Verteilung der Belastung ab (Wirtz, 2010). Eine geringere Intensität der Exposition über eine längere Dauer kann zur gleichen Belastung führen wie eine höhere Intensität über einen kürzeren Zeitraum. Arbeitsbedingte Belastungen entstehen durch Arbeitsanforderungen insbesondere dann, wenn für die Dauer der Belastungen nicht ausreichende Erholungsphasen und Bewältigungsmöglichkeiten 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 Belastungen (Harnois – Gabriel, 2000; Leka – Jain, 2010). Der Gesundheitszustand

Vollzeiterwerbstätige in Österreich arbeiten mit 41,5 Stunden pro Woche deutlich länger als der europäische Durchschnitt.

Die Erwerbsquoten beginnen sowohl in Österreich als auch in Schweden ab dem 50. Lebensjahr wieder zu sinken.

Abbildung 1: Beschäftigungs- und Arbeitslosenquoten der Frauen und Männer in Österreich in Prozent, 2016



Quellen: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen

Die Gesundheitsbelastung ergibt sich auch aus der Belastungsintensität, der Belastungsdauer und aus fehlenden Regenerationsphasen.

älterer Erwerbspersonen ist somit das Ergebnis von Belastungsfaktoren, Belastungsdauer und Belastungsverarbeitungsmöglichkeiten, die zeitliche Dimension spielt hier eine zentrale Rolle.

3 Erwerbsstatus älterer Erwerbspersonen variiert sehr stark innerhalb der EU-28

In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen waren im EU-28-Durchschnitt knapp 62 Prozent erwerbstätig, fünf Prozent arbeitslos und 33 Prozent inaktiv. Der Erwerbstätigenanteil schwankt zwischen 44 Prozent in Griechenland und 78 Prozent in Schweden, Österreich liegt mit 60 Prozent knapp unter dem EU-Schnitt. Die großen Differenzen bei den Erwerbsquoten der über 50-Jährigen sind sowohl auf die Unterschiede in der wirtschaftlichen Lage als auch auf institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen. So bedeutet die verpflichtend längere Rehabilitationsschienen in den Betrieben zu einer längeren Betriebsbindung. Die Personen im Rehabilitationstunnel werden als erwerbstätig gezählt, die Erwerbsquote ist höher als in Länder ohne betrieblich verpflichtende Rehabilitation (Famira-Mühlberger et al., 2015).

Die Hauptgründe für Nichterwerbstätigkeit der 50- bis 64-Jährigen in der EU-28 sind für knapp über zwei Fünftel der Nichterwerbspersonen Pensionsleistungen, ein Viertel in dieser Gruppe ist aus Gesundheitsgründen inaktiv oder pensioniert (31 Prozent der Männer, 20 Prozent der Frauen), weitere neun Prozent geben persönliche Gründe, vier Prozent Betreuungspflichten und sechs Prozent fehlende Erwerbsarbeit als Grund ihrer Inaktivität an. Ge-

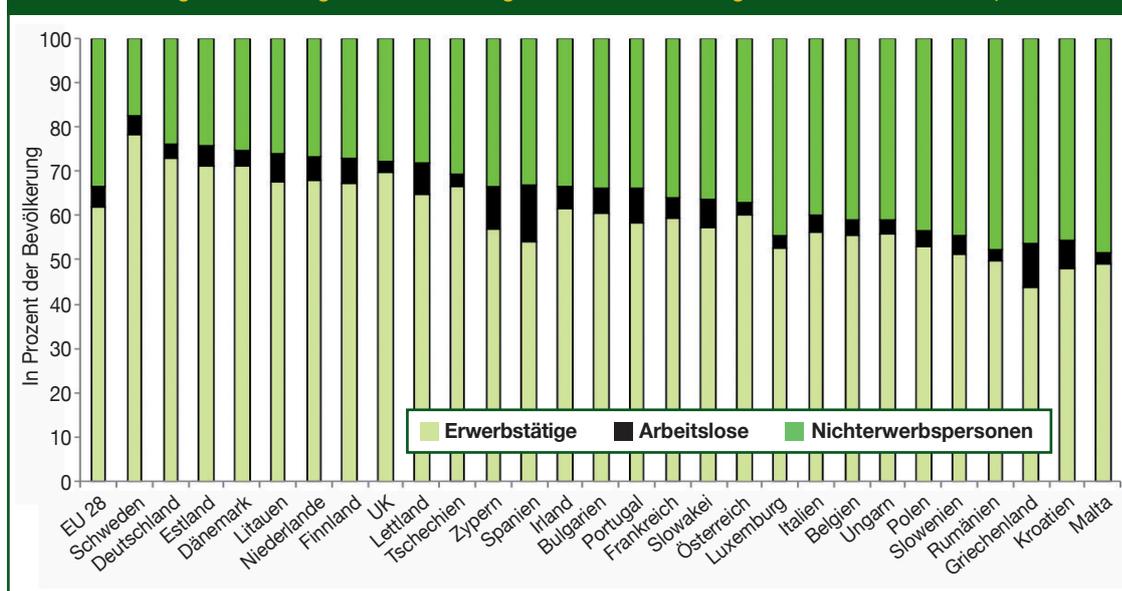
sundheitliche Einschränkungen stellen demnach in der Gruppe der 50- bis 64-Jährigen im europäischen Schnitt den zweitwichtigsten Grund der Nichterwerbstätigkeit dar. Gegenüber den Nichterwerbspersonen im Erwerbsalter – hier geben 15 Prozent Gesundheitsgründe (19 Prozent der Männer und 13 Prozent der 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 (OECD, 2010; Markussen et al., 2012).

4 Der Gesundheitszustand Älterer bestimmt ihren Erwerbsstatus

Besonders gegen Ende der Erwerbskarriere beeinflussen institutionelle Rahmenbedingungen den Erwerbsstatus dieser Personengruppe.

Die institutionellen Rahmenbedingungen sowohl im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation und in der Alterssicherung waren bzw. sind in den meisten europäischen Ländern Reformen unterzogen worden (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. Die institutionellen Unterschiede sind in diesem Bereich weiterhin groß. Sie erklären einen wesentlichen Teil der unterschiedlich hohen Erwerbsquoten Älterer (Famira-Mühlberger

Abbildung 2: Verteilung der Bevölkerung der 50- bis 64-Jährigen nach Erwerbsstatus, 2015



Quellen: Eurostat (LFS), WIFO-Berechnungen

et al., 2015; Erlinghagen – Knuth, 2010; Konle-Seidl, 2009; Börsch-Supan et al. 2009).

Nachfolgend ist der Gesundheitszustand der drei Gruppen (Erwerbstätige, Arbeitslose und Nichterwerbspersonen) getrennt dargestellt. Auf der Grundlage einer repräsentativen Stichprobe („Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“, kurz SHARE, 4. Welle) der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren in 16 europäischen Ländern und der darin enthaltenen Fragen zum persönlichen Gesundheitszustand und zu objektiven Gesundheitsmaßen zeigt sich, dass es ein deutliches Gesundheitsgefälle zwischen den aktiv Erwerbstätigen und den Arbeitslosen bzw. Nichterwerbstätigen gibt. Die individuelle Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands („ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „einigermaßen“, „schlecht“) ist in zwei Gruppen zusammengefasst wurden. Zur Gruppe „ausgezeichneter Gesundheitszustand“ werden die Ausprägungen „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ gezählt, und unter „gut bis schlecht“ fallen die Ausprägungen „gut“, „einigermaßen“ und „schlecht“ (Abbildung 3, Abbildung 4). 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: In beiden Fällen stellen Angaben über den individuellen Gesundheitszustand einen wichtigen Indikator dar.

Aktiv Erwerbstätige sind gesünder als alle anderen

Der Gesundheitszustand ist ein wesentliches Merkmal, welches über die Teilnahme am Erwerbsleben entscheidet. Bei schlechtem Gesundheitszustand scheiden 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 („healthy worker effect“³).

- Im Durchschnitt über alle 16 Beobachtungsländer gibt ein schwaches Drittel der erwerbstätigen Frauen und Männer einen ausgezeichneten bis sehr guten Gesundheitszustand an.
- Erwerbstätige geben zu einem größeren Anteil einen ausgezeichneten bis sehr guten Gesundheitszustand an als die Gesamtbevölkerung.
- Die Länderunterschiede im Gesundheitszustand der Erwerbstätigen sind ebenso groß wie in der



© fotofoto - Fotolia.com

Gesamtbevölkerung: Der Anteil der Erwerbstätigen mit sehr guter Gesundheit ist in Dänemark, der Anteil jener mit schlechter Gesundheit in Estland am höchsten.

- 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.

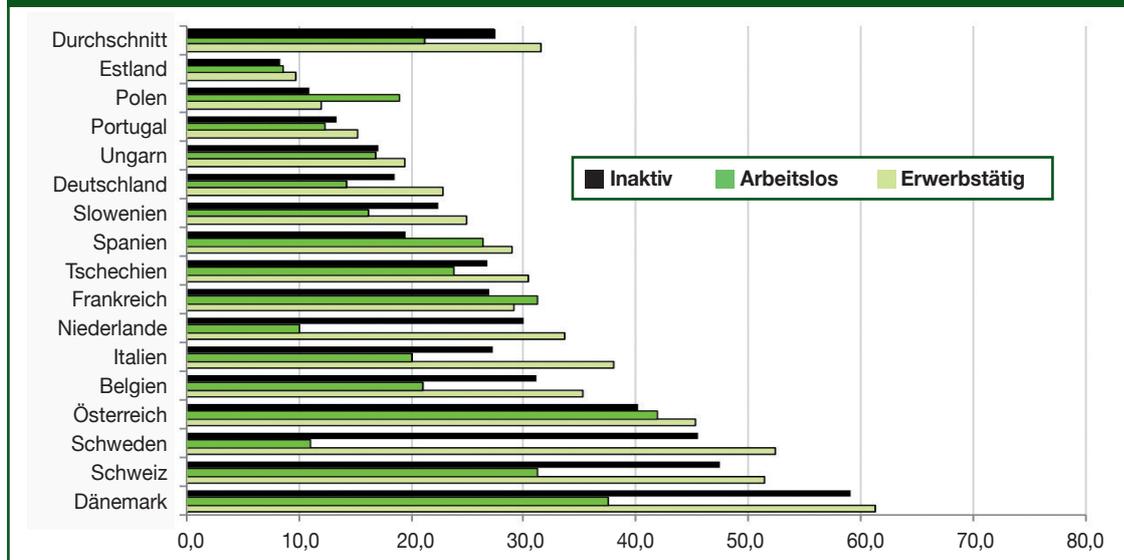
Der Anteil von Personen mit schlechter Gesundheit ist bei den Erwerbstätigen deutlich geringer als in der Gesamtbevölkerung.

Ältere Arbeitslose haben einen schlechten Gesundheitszustand

- Der Anteil der gesundheitlich Angeschlagenen ist bei Arbeitslosen größer als in der Gesamtbevölkerung der 50- bis 64-Jährigen. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied bei arbeitslosen Frauen und Männern: Der Anteil der Männer, die einen eher schlechten Gesundheitszustand angeben, ist deutlich größer als bei Frauen. In Österreich bezeichnen nur 28,6 Prozent der Männer, aber knapp 42 Prozent der Frauen ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, die Differenz beträgt 13,4 Prozentpunkte. In den 16 Vergleichsländern liegt der Anteil derer, die einen ausgezeichneten bis sehr guten Gesundheitszustand angeben, bei den Männern um elf Prozentpunkte niedriger als bei den Frauen.
- Im Ländervergleich haben arbeitslose Frauen in Österreich häufiger einen ausgezeichneten Gesundheitszustand als in den anderen Ländern, am geringsten ist der Wert in Estland mit nur 9,6 Prozent.
- Der Anteil arbeitslosen Männer mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand liegt in Österreich mit 29 Prozent hinter den Niederlanden (33 Prozent), Italien (35 Prozent und Dänemark (48 Prozent).

³ 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, z. B. der Bevölkerung eines Landes, auftritt: Da eine allgemeine 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 (Baillargeon, 2001).

Abbildung 3: Anteil der 50- bis 64-jährigen Frauen mit ausgezeichnetem und sehr gutem Gesundheitszustand nach ihrem Erwerbsstatus in Prozent



Quellen: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen

In Dänemark haben auch ältere Inaktive noch einen guten Gesundheitszustand

Älterer Erwerbspersonen sind in Dänemark, der Schweiz und in Schweden gesünder als in Österreich.

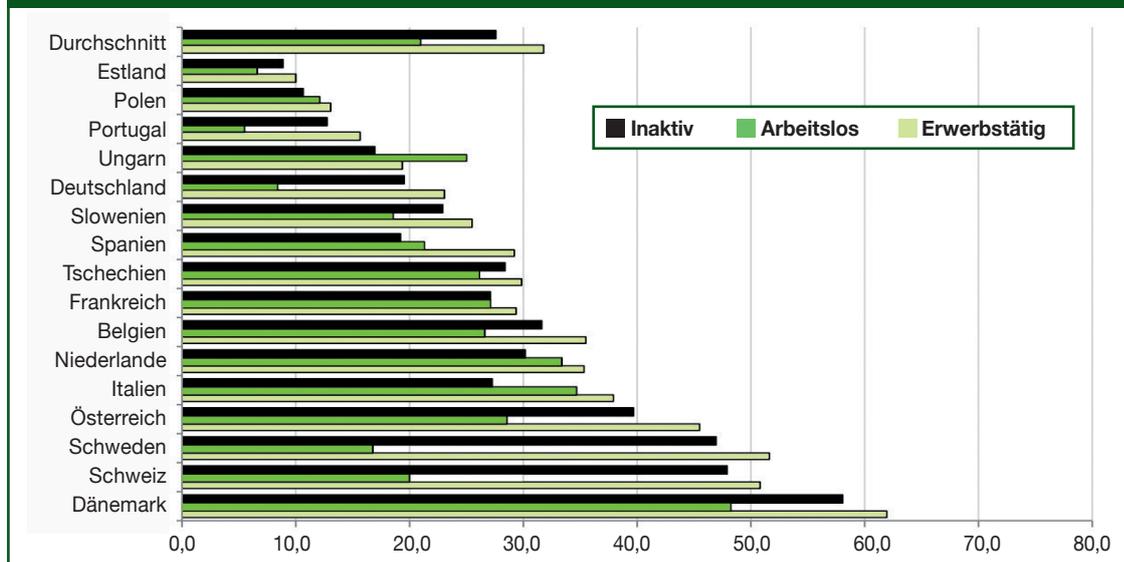
In der Gruppe der Inaktiven ist der Anteil mit schlechtem bis sehr schlechtem Gesundheitszustand erwartungsgemäß am höchsten. In dieser Gruppe befinden sich jene, die gesundheitsbedingt aus dem Arbeitsmarkt ausgeschieden sind.

- Im Schnitt aller 16 Vergleichsländer fallen 48,4 Prozent der 50- bis 64-jährigen Frauen in die Gruppe der Inaktiven, bei den Männern sind es 36,8 Prozent. In Österreich liegt der Anteil bei 59 Prozent bei den Frauen und 44,4 Prozent bei den Männern. Höher ist der Anteil der Inaktiven noch

in Polen, Ungarn, Slowenien und bei den Frauen auch in Italien.

- In der Gruppe der Inaktiven gibt es wie bei den Erwerbstätigen keinen nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschied in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands.
- 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 Prozent bei den Frauen im Vergleich zu 29,6 Prozent in der Gesamtbevölkerung. Bei den inaktiven Männern sind es 27,6 Prozent gegenüber 30,3 Prozent in der Gesamtbevölkerung der 50- bis 64-Jährigen.

Abbildung 4: Anteil der 50- bis 64-jährigen Männer mit ausgezeichnetem und sehr gutem Gesundheitszustand nach ihrem Erwerbsstatus in Prozent



Quellen: SHARE, 4. Welle, WIFO-Berechnungen

- Die Länderunterschiede setzen sich auch hier fort: Während in Estland und Polen ein geringerer Anteil der Inaktiven ihre Gesundheit als ausgezeichnet einordnet, ist es in Dänemark mehr als die Hälfte, in der Schweiz und in Schweden sind es über zwei Fünftel. Österreich nimmt hier abermals den vierten Rang ein: 40,2 Prozent der Frauen und 39,6 Prozent der Männer sehen ihre Gesundheit als ausgezeichnet oder sehr gut.

Bei allen betrachteten Gruppen der 50- bis 64-Jährigen – Beschäftigte, Arbeitslose und Inaktive – sind die beobachteten Länderunterschiede relativ ähnlich. 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 der Gruppen mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand.

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.

5 Die Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich eingeschränkten älteren Erwerbspersonen muss dringend verbessert werden

Hohe Beschäftigungsquoten und guter Gesundheitszustand gehen in den meisten Beobachtungsländern Hand in Hand. Die Kausalitäten zwischen der Intensität der Arbeitsmarktpartizipation und dem Gesundheitszustand sind in der vorliegenden gesamtwirtschaftlichen Betrachtung nicht eindeutig, es können folgende Zusammenhänge beobachtet werden.

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, ein Land mit einem schlechten Gesundheitszustand der älteren Erwerbsbevölkerung, hat eine insgesamt geringe Teilzeitquote. In den Ländern mit einer relativ hohen durchschnittlich geleisteten Wochenarbeitszeit ist der Anteil jener mit schlechter Gesundheit tendenziell höher.

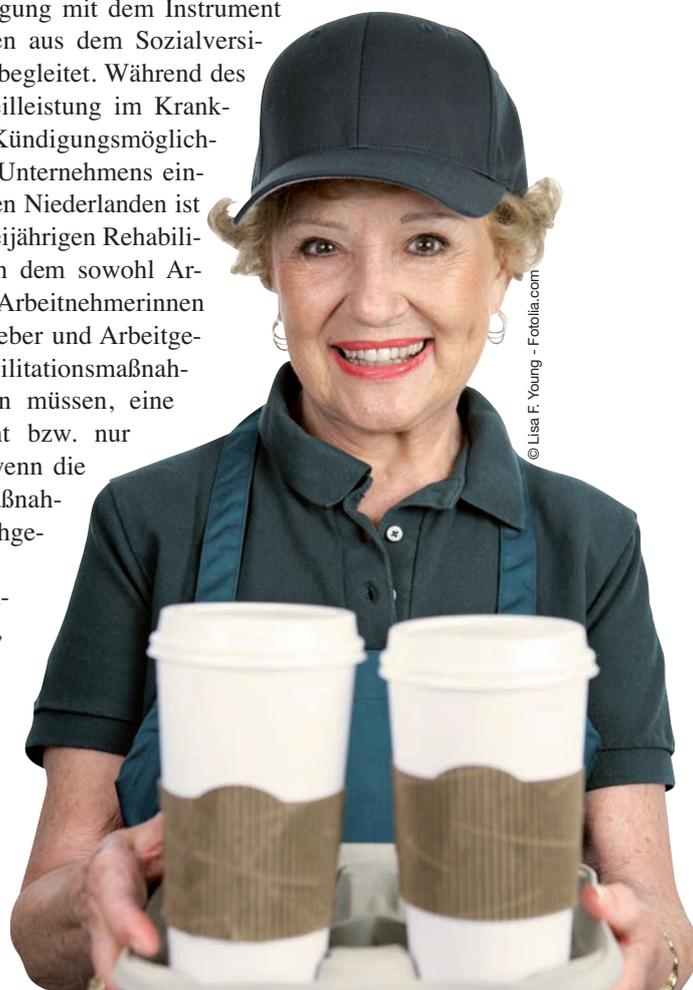
Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen gutem Gesundheitszustand und einem hohen Pro-Kopf-Einkommen im jeweiligen Land. Darüber hinaus führte ein verpflichtendes Monitoring in Verbin-

dung mit dem Ausbau präventiver Elemente zu positiven Beschäftigungseffekten bei gesundheitlich Beeinträchtigten. Der Ausbau des Case-Managements in der Schweiz, das schon nach 30 Tagen Krankenstand einsetzt, führte zu hohen Beschäftigungsquoten bei gesundheitlich Beeinträchtigten. Nach der Früherfassung erfolgt hier eine Frühintervention mit unternehmensexternen Akteuren, die sowohl Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit sowie der Beschäftigungsfähigkeit erarbeiten als auch Arbeitsplatzumgestaltungen seitens des Betriebs veranlassen. Im Zuge der Reform wurden die Verantwortlichkeiten verbreitert: Nicht mehr die Krankenversicherung bzw. die Invaliditätsversicherung ist für den Umgang mit der Krankheit verantwortlich, sondern auch die Unternehmen, die Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerinnen und verschiedene Institute im Versicherungssystem. Ähnliche Reformen mit systematischen und verpflichtenden Prozessen im Krankheitsfall für Beschäftigte, Unternehmen und Gesundheitsinstitutionen gab es auch in den Niederlanden und in Schweden. Auch hier zeigt sich eine höhere Erwerbsbeteiligung von gesundheitlich eingeschränkten Personen.

Darüber hinaus wird in Schweden, Norwegen, Dänemark, Finnland und der Schweiz stärker auf die Einbindung der noch (Rest)Arbeitsfähigkeit abgestellt. Hier wird der teilweise Rückzug aus einer Vollzeitbeschäftigung mit dem Instrument der Teilleistungen aus dem Sozialversicherungssystem begleitet. Während des Bezugs einer Teilleistung im Krankheitsfall ist die Kündigungsmöglichkeit seitens des Unternehmens eingeschränkt. In den Niederlanden ist während des zweijährigen Rehabilitationstunnels, in dem sowohl Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen als auch Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen Rehabilitationsmaßnahmen durchführen müssen, eine Kündigung nicht bzw. nur dann möglich, wenn die festgelegten Maßnahmen nicht durchgeführt werden.

In den skandinavischen Ländern, den Niederlanden, Deutschland wie auch in der Schweiz wurden verpflichtende integrationsfördernde Elemente deutlich ausge-

Ist die Normalarbeitszeit hoch, geben mehr Personen einen schlechten Gesundheitszustand an als bei einer geringeren Wochenarbeitszeit.



© Lisa F. Young - Fotolia.com

Werden Betriebe in die Eingliederung gesundheitlich Beeinträchtigter miteinbezogen, steigt die Erwerbsbeteiligung dieser Personengruppe.

baut. Österreich nimmt beim Angebot und bei der Struktur der Aktivierungsmaßnahmen für gesundheitlich Beeinträchtigte den vorletzten Rang innerhalb Europas ein, die OECD (2015) spricht hier von einer „wait-and-see-culture“ im Umgang mit erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Reformmaßnahmen in Schweden, der Schweiz oder den Niederlanden zeigen positive Wirkungen von überbetrieblichen und verpflichtenden Strukturen in der Beobachtung, Beratung und Betreuung erkrankter Beschäftigter.

Die Erfahrung mit strukturierten und verpflichtenden Monitoring-Instrumenten zeigt insgesamt positive Beschäftigungseffekte. In Österreich existieren freiwillige Monitoring-Strukturen im Rahmen des Programms „fit2work“. Eine höhere Verbindlichkeit sowohl für die Versicherten als auch für die Betriebe würde die Früherkennung von Risiken und die frühzeitigen Gegensteuerungsmöglichkeiten erhöhen. Darüber hinaus zeigen sich positive Beschäftigungswirkungen bei gruppenspezifischen Maßnahmen in Abhängigkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Eppel et al., 2011; Eppel et al., 2014; Hausegger et al., 2015).

In Österreich fehlt ein beschäftigungsförderndes und

anreizkompatibles Modell der Kosteninternalisierung auf betrieblicher Ebene. Das Modell in den Niederlanden, Finnland und auch Schweden führte zu einer stärkeren Risikoteilung zwischen Unternehmen und Versicherungsgemeinschaften und einer Forcierung präventiver Maßnahmen auf betrieblicher Ebene. Die Maßnahmen führten in diesen Ländern zu höherer Beschäftigungsstabilität und zu einer verbesserten Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich Beeinträchtigten.

Vorhandene Evaluierungen zu Aktivierungsmaßnahmen im Falle von vorübergehender oder dauerhafter Erkrankung zeigen eine hohe Effizienz und Effektivität, wenn die Maßnahmen frühzeitig, vielschichtig, verpflichtend und abgestimmt eingesetzt werden. Durch einen Ausbau verpflichtender präventiver Maßnahmen kann – so wie in Dänemark, der Schweiz und Schweden – die Arbeitsmarktintegration der 50- bis 64-jährigen Bevölkerung mit Gesundheitsproblemen auch in Österreich verbessert werden. Sowohl das steigende Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung als auch die reduzierten vorzeitigen Pensionsübertrittsmöglichkeiten machen es notwendig, die präventiven Gesundheitsmaßnahmen zu verstärken.

LITERATUR

- Baillargeon, J., Characteristics of the healthy worker effect, *Occup Med*, 2001, 16 (2), S. 359-366.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, Th., Mayrhuber, Chr., 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.
- 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.
- 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.
- Eppel, R., Horvath, Th., Lackner, M., Mahringer, H., (WIFO), Hausegger, T., Hager, I., Reidl, Ch., Reiter, A., Scheiflinger, S., Friedl-Schaffnerhans, M., (prospect Unternehmensberatung), Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen, *WIFO-Monographie*, November 2014.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo und Reformperspektiven, *WIFO-Monatsberichte*, 2016, 89 (11), S. 785-798.
- Eppel, R., Mahringer, H., Weber, A., Zulehner, Ch., Evaluierung der Eingliederungsbeihilfe, *WIFO-Monographie*, Oktober 2011.
- 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.
- 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 (2013-2060), 2015, 3.
- Famira-Mühlberger, U., Huemer, U., Mayrhuber, Chr., Die Beschäftigungsquote Älterer im Vergleich, *WIFO-Monographie*, November 2015.
- 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
- Harnois, G., Gabriel, Ph., Mental health and work: Impact, issues and good practices, WHO/ILO, Genf 2000.
- Huemer, U., Bock-Schappelwein, J., Famira-Mühlberger, U., Lutz, H., Mayrhuber, Chr., Arbeitszeitverteilung in Österreich: Analyse und Optionen aus Arbeitnehmersicht, *WIFO-Monographien*, Jänner 2017.
- Konle-Seidl, R., Erfassung von Arbeitslosigkeit im internationalen Vergleich. Notwendige Anpassung oder unzulässige Tricks?, *IAB-Kurzbericht*, 2009, 4, S. 1-8.
- Leka, S., Jain, A., Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview, WHO, Genf 2010.
- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2011, *WIFO*, Wien, 2011.
- Leoni, Th., Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, in: *WIFO-Monatsberichte*, 2015, 88 (8), S. 649-662.
- Markussen, S., Arnstein, M., Røed, K., The case for presentism – 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.
- 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, *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>.
- Pensionsversicherungsanstalt, Jahresbericht 2014, Wien 2015.
- WHO, *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, 1986.
- WIFO, Prognose für 2016 und 2017: Stärkeres Wachstum in risikoreichem Umfeld, *WIFO-Monographie*, Juli 2016.
- Wirtz, A., Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten, *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund-Berlin-Dresden* 2010.