

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG



Bundesministerium
für Verkehr,
Innovation und Technologie



Bundesministerium für
Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft



ÖSTERREICHISCHE NATIONALBANK
EUROSYSTEM



HANNES
ANDROSCH
STIFTUNG

bei der
ÖSTERREICHISCHEN AKADEMIE
DER WISSENSCHAFTEN

Österreich 2025:

Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven

Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer

Wissenschaftliche Assistenz: Christoph Lorenz

Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven

Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer

April 2016

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Begutachtung: Ulrike Huemer, René Böheim • Wissenschaftliche Assistenz: Christoph Lorenz

Inhalt

Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit ist ein wichtiger Bestimmungsgrund der Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. Der vorliegende Bericht leistet einen Beitrag zur Ausarbeitung einer Strategie zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und zur Förderung von Beschäftigungsfähigkeit. Eine solche Strategie sollte auf drei Säulen ruhen: Prävention und medizinische Behandlung, Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sowie Aktivierung und Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt nach Krankheit bzw. bei gesundheitlicher Beeinträchtigung. Der erste Teil des Berichts liefert Evidenz zum Ausmaß und der Verteilung von Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung. Der zweite Teil gibt einen Überblick über die Maßnahmen und Strategien, die in den vergangenen zwei Jahrzehnten in europäischen Vergleichsländern umgesetzt wurden. Der dritte Teil befasst sich mit der Frage der derzeitigen Gestaltung des österreichischen Systems mit besonderem Augenmerk auf den Reformen und gesetzlichen Neuerungen der letzten Jahre. Im Lichte dieser Analysen werden abschließend Problemfelder aufgezeigt und Empfehlungen zur Anpassung des österreichischen Systems gegeben.

Das Forschungsprogramm "Österreich 2025" wird von Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie, Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Oesterreichischer Nationalbank, Klima- und Energiefonds, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und Hannes Androsch Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften finanziell unterstützt. Einzelne Projekte finanziert durch die Bundesarbeitskammer, das Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, die Landwirtschaftskammer Österreich und die Wirtschaftskammer Österreich werden ebenfalls im Rahmen des Forschungsprogramms abgewickelt.

Rückfragen: Rainer.Eppel@wifo.ac.at, Thomas.Leonis@wifo.ac.at, Helmut.Mahringer@wifo.ac.at

2016/109-1/S/WIFO-Projektnummer: 4515

© 2016 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 60,00 € • Download 48,00 €: <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/58794>

Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer

Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit
Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven

Hauptergebnisse

Ausgangslage

Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit nimmt in den alternden Gesellschaften Europas einen hohen Stellenwert ein und ist ein wichtiger Bestimmungsgrund der Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. In den meisten Ländern, einschließlich Österreichs, liegen die Ausgaben für gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit deutlich höher als jene für Arbeitslosigkeit. Die angestrebte Steigerung der Erwerbsbeteiligung von älteren Menschen wird mit größter Wahrscheinlichkeit den Kostendruck auf jene Komponenten des Sozialsystems, die der Abfederung von gesundheitlichen Beschäftigungsrisiken dienen, weiter erhöhen.

Auch abseits der Kostenfrage bildet der Umgang mit Arbeitsunfähigkeit einen wichtigen Baustein der Weiterentwicklung des Wohlfahrtsstaats und seiner Anpassung an wandelnde wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Verlängerte Erwerbslebenszyklen stellen die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vor neue Aufgaben, neben den Anforderungen an das Qualifikationsprofil und die beruflichen Fertigkeiten der Erwerbspersonen steigen auch jene an deren Leistungsfähigkeit. Diese Dynamik wird durch die angespannte Lage am Arbeitsmarkt verschärft. Für viele Arbeitssuchende stellen gesundheitliche Einschränkungen, auch dann, wenn sie nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit sind, einen erschwerenden Faktor bei der Rückkehr in Beschäftigung dar. Der Gesundheitszustand spielt nicht nur bei den Älteren für Ausmaß und Qualität der Erwerbsbeteiligung eine Rolle. In den vergangenen Jahren haben sich zunehmend auch jüngere Menschen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen vom Erwerbsleben zurückgezogen, vor allem psychische Gesundheitsprobleme sind auch unter jüngeren Erwerbspersonen stark verbreitet.

Der vorliegende Bericht setzt sich das Ziel, einen Beitrag zur Ausarbeitung einer konsistenten und umfassenden Strategie zur Weiterentwicklung und Anpassung der sozialen Sicherungssysteme und der damit zusammenhängenden Politikfelder zu leisten. Dabei steht die Prävention von Arbeitsunfähigkeit genauso im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses wie die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und die Arbeitsmarkt(re)integration von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen. Mit Arbeitsunfähigkeit bzw. mit Arbeitsfähigkeit sind jene (physischen und psychischen) Faktoren angesprochen, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Arbeitsfähigkeit ist ein zentraler Bestandteil der Beschäftigungsfähigkeit, wobei letztere darüber hinaus das Vorliegen von Kompetenzen und Fertigkeiten voraussetzt, die am Arbeitsmarkt nachgefragt werden.

Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Einschränkungen der österreichischen Erwerbsbevölkerung

Ein Überblick der empirischen Fakten zur gesundheitlichen Situation der Erwerbspersonen in Österreich hilft dabei, die Problemlage in ihrer Größenordnung einzustufen und wichtige Zusammenhänge hervorzuheben. Die Befunde aus unterschiedlichen Quellen ergeben ein weitgehend konsistentes Bild in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit und die Verbreitung von gesundheitlichen Einschränkungen.

Laut Selbsteinschätzung weicht etwa ein Viertel der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand ab. Der Großteil dieser Personen bewertet die eigene Gesundheit als „mittelmäßig“, während etwa 5% bis 7% der Personen im erwerbsfähigen Alter dezidiert von einem schlechten Gesundheitszustand sprechen. In einer ähnlichen Größenordnung bewegt sich auch der Anteil derjenigen, die unter einer funktionalen Einschränkung im Alltagsleben leiden. Alle zusammengetragenen Auswertungen und Befunde zeigen sehr stark ausgeprägte Unterschiede im gesundheitlichen Zustand in Zusammenhang mit dem Arbeitsmarktstatus. Je nach untersuchtem Gesundheitsindikator, liegt der Anteil der betroffenen Arbeitslosen doppelt bis dreimal so hoch wie jener der Beschäftigten. Besonders auffällig ist, dass ein Fünftel der Arbeitsuchenden den eigenen Gesundheitszustand eindeutig negativ bewertet und etwa ein Sechstel dieser Personen mindestens eine funktionale Einschränkung im Alltag aufweist.

Diese subjektiven Einschätzungen werden durch Daten aus administrativen Statistiken und anderen Quellen untermauert. Arbeitslose verbringen erheblich mehr Tage im Krankenstand als Beschäftigte, ihre Krankenstandsquote ist in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen und lag zuletzt mit Werten nahe bei 9% mehr als doppelt so hoch wie jene der Beschäftigten. Laut AMS weisen darüber hinaus knapp 19% der arbeitslos vorgemerkten Personen einen gesetzlichen Behindertenstatus oder eine sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung auf. Diese Daten geben zwar keine genaue Auskunft über Form und Ausmaß der Einschränkung und können somit nur bedingt als Basis für die Entwicklung von passenden Integrationsmaßnahmen dienen. Aber sie liefern einen weiteren Beleg dafür, dass etwa jede fünfte arbeitssuchende Person mit arbeitsmarktrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert ist.

Erwartungsgemäß weisen alle gesundheitlichen Indikatoren einen starken Altersgradienten auf. Sowohl der allgemeine gesundheitliche Zustand als auch spezifische Indikatoren zu funktionalen Einschränkungen verschlechtern sich deutlich mit dem Alter. Rund ein Fünftel der Über-50-Jährigen stuft die Wahrscheinlichkeit hoch ein, aufgrund von gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt oder zumindest den derzeit ausgeübten Beruf frühzeitig verlassen zu müssen. Es gibt auch Hinweise dafür, dass psychische Störungen in Österreich stärker als in anderen Ländern auf ältere Erwerbspersonen konzentriert sind. Die Kombination aus fortgeschrittenem Alter und Arbeitslosigkeit stellt demnach einen besonders hohen Risikofaktor für gesundheitlich bedingte Integrationsschwierigkeiten am Arbeitsmarkt dar.

Psychische Gesundheitsprobleme sind in der Bevölkerung weit verbreitet und waren das höchstwahrscheinlich auch in der Vergangenheit. Schätzungen zufolge sind etwa 5% der Personen im erwerbsfähigen Alter von schweren psychischen Störungen betroffen, weitere 15% von leichten bis moderaten Störungen. Die Zunahme an Diagnosen und Behandlungen dürfte in erster Linie Ausdruck dessen sein, dass allmählich die volle Tragweite von psychischen Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung zum Vorschein kommt. Psychische Gesundheitseinschränkungen sind stark auf Arbeitslose und Nichterwerbspersonen konzentriert und wirken sich besonders negativ auf die Erwerbschancen aus, weshalb eine gesonderte Betrachtung dieser Gattung von Krankheiten hilfreich sein kann, um gesundheitlich Beeinträchtigte mit Integrationsrisiken zu identifizieren.

Aus den verfügbaren Daten und Studien geht ein starker Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invalidität hervor. Vorübergehende Formen von Arbeitsunfähigkeit sind eng an bleibende Arbeitsunfähigkeit geknüpft. Dieser Zusammenhang kann bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsmarkt frühzeitig verlassen, etliche Jahre in die Vergangenheit zurück verfolgt werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass der Krankenstand ein aussagekräftiger Vorlaufindikator für gesundheitliche Integrationsrisiken ist und dass sowohl Spielraum als auch Notwendigkeit für Monitoring und Frühintervention bestehen, um der Verfestigung der gesundheitlichen Probleme zeitgerecht entgegenzuwirken.

Die Krankenstandsstatistik zeigt, dass in Österreich pro Jahr zwischen 3 und 4% der Arbeitszeit aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten verloren gehen. Das Krankenstandsgeschehen ist sehr ungleich verteilt: Ein großer Teil der Krankenstandstage in der Wirtschaft entfällt auf eine vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsfällen. Der Anteil der Krankenstandsepisoden, die länger als sechs Wochen andauern, liegt unter 4%. Diese wenigen langen Krankenstandsfälle verursachen aber fast 40% des Krankenstandsvolumens. Der Anteil der InvaliditätsleistungsbezieherInnen an den Erwerbspersonen liegt knapp unter 5%.

Weder das Krankenstandsniveau noch die Quote der InvaliditätsleistungsbezieherInnen sind in Österreich im internationalen Vergleich hoch. Allerdings zeigen die Daten in Bezug auf bleibende Arbeitsunfähigkeit einen erheblichen Verbesserungsspielraum auf. Die Invaliditätsquoten sind in den jüngeren Altersgruppen im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich, jene der 55- bis 64-Jährigen dagegen hoch – und das, obwohl eine hohe Zahl an Personen den Arbeitsmarkt aufgrund langer Versicherungszeiten frühzeitig verlassen hat. Darüber hinaus lag der Anteil der abgelehnten Anträge in die Invaliditätspension – zumindest bis zur Neuregelung im Jahr 2014 – bei etwa 50% und war somit auch im internationalen Vergleich sehr hoch.

Überblick internationaler good-practice-Beispiele und Reformen

In den vergangenen Jahrzehnten fand in den wirtschaftlich entwickelten Industrieländern – und insbesondere im europäischen Raum – eine intensive und z. T. sehr ambitionierte

Reformtätigkeit im Bereich der Prävention und Handhabung von Arbeitsunfähigkeit statt. Dabei wurden vielzählige konkrete Maßnahmen, aber auch unterschiedliche Strategien erprobt und implementiert, um vorübergehende und vor allem bleibende Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren.

Über alle Länder ist – auf Basis der Analyse von policy-Indikatoren, die von der OECD zur Messung von institutionellen Unterschieden und Reformen für die Periode 1990 bis 2007 entwickelt wurden – ein Ausbau der Maßnahmen zur Aktivierung und Integration von erkrankten und vorübergehend arbeitsunfähigen Personen beobachtbar. Typische Maßnahmen beinhalteten die Einführung von Früherkennungs- und Frühinterventionsprogrammen, die Förderung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine stärkere Einbindung der Arbeitgeber und des Arbeitsplatzes als Anker zur Vorbeugung eines permanenten Arbeitsmarktaustritts bei Erkrankung. Gleichzeitig ging das Ausmaß der sozialen Absicherung und des Schutzes vor Einkommensverlust bei Arbeitsunfähigkeit seit den 1990er-Jahren tendenziell zurück. Dieser Rückgang kam unter anderem durch die Einführung strikterer Zugangsbestimmungen (z. B. bei Anerkennung von Invaliditätsleistungen) oder durch Einschränkungen bei der Leistungszuerkennung (z. B. Bevorzugung von temporären gegenüber permanenten Leistungen) zum Ausdruck.

Hinter diesen allgemeinen Trends verbergen sich allerdings erhebliche länder- und ländergruppenspezifische Unterschiede. Anders als im Bereich der Absicherung, wo es tendenziell zu einer Annäherung zwischen den OECD-Ländern kam, führten die Reformen in der Integrationsdimension zu einer steigenden Diversität. Vor allem Länder mit einem bereits ausgeprägten Fokus auf Aktivierung orientierten ihre Systeme weiter an Aktivierung und Arbeitsmarktintegration. Zu dieser Ländergruppe, die insgesamt durch eine hohe Reformintensität gekennzeichnet ist, gehören in erster Linie die skandinavischen Länder. Zusätzlich zählen auch die Niederlande, die Schweiz und Deutschland zu dieser Gruppe, die sich durch eine Kombination aus hoher Absicherung und hoher Integration von den anderen abhebt. Diese Ländergruppe ist für die Identifikation von good-practice-Beispielen von besonderem Interesse.

Aus der Fülle an Maßnahmen und Modellen, die im internationalen Kontext in den vergangenen Jahren eingeführt bzw. ausgebaut wurden, können einige interessante Beispiele ausgewählt und auch Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede in der strategischen Ausrichtung der Reformprozesse identifiziert werden. Vereinfachend gesprochen, sind über alle untersuchten Länder hinweg zwei Komponenten der Reformstrategien erkennbar, die in der Praxis meistens eng verknüpft sind:

- (1) einerseits eine Aktivierungskomponente, die darauf abzielt, die Beschäftigungsorientierung des Sozialsystems zu erhöhen, indem bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen der Fokus auf die Bestimmung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bzw. Teilarbeitsfähigkeit und die Rückführung zum Arbeitsplatz gelegt wird. Diese Zielsetzung soll vor allem durch entsprechende Anreize und Änderungen in der Gestaltung der Absicherungsleistungen erreicht werden;

- (2) andererseits eine Eingliederungskomponente, d. h. Unterstützung bei der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von erkrankten und gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen. In diesen Bereich, der mit dem Begriff Eingliederungsmanagement (bzw. Disability Management) umschrieben werden kann, fallen z. B. arbeitsplatzbezogene Maßnahmen und koordinierte Rehabilitationsmaßnahmen.

Trotz der nach wie vor bestehenden Wissenslücken, liefern die Ergebnisse aus der Evaluierungsliteratur starke Hinweise dafür, dass sowohl Modelle, die Teilkrankenstand und den graduellen Wiedereinstieg in die Arbeit ermöglichen, als auch weiterführende, arbeitsplatzbezogene Wiedereingliederungsmaßnahmen günstige Effekte in Form einer Verkürzung der Krankenstände und Vermeidung bleibender Arbeitsunfähigkeit haben können. Bei der Einschätzung dieser Evaluierungsergebnisse ist aus österreichischer Perspektive allerdings Vorsicht geboten, da die Übertragbarkeit einzelner Maßnahmen und Modelle von einem Land auf das andere nicht selbstverständlich gegeben ist. Institutionelle Komplementaritäten und länderspezifische Pfadabhängigkeiten führen dazu, dass auch ähnliche Maßnahmen in verschiedenen Systemen unterschiedliche Auswirkungen haben können.

Ähnliches gilt für die Bewertung von umfangreichen Reformprozessen, wie sie in den Niederlanden, der Schweiz und den skandinavischen Ländern stattgefunden haben. Einigen dieser Länder ist es gelungen, die Zahl der Neuzugänge in die Invaliditätspension bzw. der neuen EmpfängerInnen von arbeitsunfähigkeitsbezogenen Leistungen stark zu reduzieren. In einigen Fällen waren die Einführung strengerer Regeln und Kürzungen im Leistungsbereich Teil des Reformprozesses. Allen diesen Ländern gemeinsam ist aber eine verstärkte Ausrichtung auf Prävention und Arbeitsmarktintegration im Umgang mit Gesundheit und Arbeitsunfähigkeit.

Wichtigster gemeinsamer Nenner sind Regelungen und Prozesse, um auf systemischer Ebene frühzeitig auf sich abzeichnende gesundheitliche Einschränkungen der Beschäftigten zu reagieren und eine effektive Beteiligung der unterschiedlichen Stakeholder sicher zu stellen. Monitoringprozesse, die typischerweise am Krankenstandsgeschehen ansetzen, sollen den rechtzeitigen Einsatz von Maßnahmen zur Wiedereingliederung ermöglichen. Die Interventionsschritte werden in Rückkehr- und Aktionsplänen oder ähnlichen Instrumenten festgeschrieben, die zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern vereinbart werden. Wichtige Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Ländern und Ansätzen dagegen hinsichtlich der Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche, sowie der damit einhergehenden Anreiz- und Sanktionsmechanismen.

Die Wirkungszusammenhänge der angesprochenen Reformprozesse, die sich z. T. über viele Jahre erstreckt haben, sind naturgemäß schwierig zu interpretieren, weshalb auch direkte Rückschlüsse auf Österreich mit Vorsicht gezogen werden müssen. Einerseits waren es vor allem Länder mit überdurchschnittlich hohen Krankenstands- und Invaliditätszahlen, die im Bereich der Prävention und der Handhabung von Arbeitsunfähigkeit intensive Reformschritte setzten. Andererseits weisen auch jene Strategien, die in Bezug auf die Reduktion von

Krankenstandsquoten und Invalidität die größten Erfolge verbuchen konnten, ihre Schattenseiten auf. So dürften etwa die radikalen Reformen in den Niederlanden den Kostendruck auf die Unternehmen stark erhöht und dadurch auch ihre Stellenbesetzungspolitik beeinflusst haben, während in Schweden durch die Reformen das Sozialsystem für gesundheitlich beeinträchtigte Erwerbspersonen weitmaschiger wurde.

Im Lichte der von der OECD gesammelten Daten und der einschlägigen Literatur steht fest, dass die erwähnten good-practice-Länder deutlich früher als Österreich mit Anpassungen ihrer Systeme zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit begonnen haben. Diese Reformprozesse waren z. T. sehr tiefgreifend und lassen konsistente Strategien in Bezug auf die Zielsetzungen der Integration und Beschäftigungsorientierung erkennen. In Österreich wurden erst in den jüngsten Jahren neue Schritte gesetzt, um die Prävention von Arbeitsunfähigkeit zu verbessern und die Integrationschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhöhen.

Ausgestaltung des österreichischen Systems

Mit dem Sozialsystem werden grundsätzlich drei Funktionen verknüpft. Die erste davon, die Absicherung des Einkommens gegen Erwerbsrisiken wie Krankheit und Arbeitslosigkeit, gehört seit jeher zu den Kernaufgaben des Wohlfahrtsstaats. In den vergangenen Jahren ist aber mit dem Konzept des „investiven Sozialstaats“ zunehmend ein Verständnis des Sozialsystems entstanden, das dieses nicht auf seine Absicherungs- und Schutzfunktion beschränkt. Der Wohlfahrtsstaat soll demnach nicht nur gegen Risiken absichern und bereits eingetretene Wohlfahrtsverluste abfedern, sondern einerseits präventiv wirken, d. h. die Eintrittswahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen wie Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit minimieren, und andererseits aktivieren, d. h. systematisch Unterstützung bei Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration liefern. Dem Konzept des „investiven Sozialstaats“ folgend, sind Absicherung, Prävention und Aktivierung die Zieldimensionen des Sozialsystems. Dieser Gliederung gemäß, können auch die Eckpunkte des österreichischen Systems zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit bzw. zur Handhabung von Arbeitsunfähigkeit beleuchtet werden.

Die Mechanismen zur Absicherung gegen den Einkommensverlust bei Arbeitsunfähigkeit sind im österreichischen System klar verortet und lassen sich vergleichsweise leicht zusammenfassen. Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit findet in erster Linie in Form von Krankenstand Ausdruck. Versicherte sind im Regelfall durch die Kombination aus Entgeltfortzahlung und Krankengeld mindestens ein Jahr lang gegen gesundheitsbedingten Einkommensausfall abgesichert. Während eines Krankenstands sind Beschäftigte allerdings nicht vor Kündigung geschützt. Etwa 80% der Kosten zur Einkommenssicherung bei Krankenstand entfallen in Form von Entgeltfortzahlung direkt auf die Unternehmen. Der Anteil des Krankengelds an diesen Kosten ist allerdings – nicht zuletzt aufgrund des starken Anstiegs der Arbeitslosigkeit – in den vergangenen Jahren gestiegen.

Bei Vorliegen von langfristiger bzw. dauerhafter Arbeitsunfähigkeit, stellt die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension die primäre Leistung zur Absicherung im Sozialsystem dar. Anders als in manchen anderen Pensionssystemen, richtet sich die Pensionshöhe nicht nach dem Grad der Erwerbsminderung, sondern wird aufgrund der erworbenen Versicherungsmonate und der Bemessungsgrundlage errechnet. Jüngere, d.h. ab 1. Jänner 1964 Geborene, können nur bei dauerhafter Invalidität eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit erhalten. Ansonsten können diese Personen entweder Umschulungsgeld (wenn Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation gewährt wurden) oder Rehabilitationsgeld (wenn eine medizinische Rehabilitation gewährt wurde) beziehen.

In Bezug auf Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung ist die Sachlage etwas komplexer, weil neben den gesetzlichen Regelungen auch die individuellen Maßnahmen und die gelebte Praxis in den Unternehmen eine entscheidende Rolle spielen. Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in Österreich auf gesetzlicher Ebene stark verankert und stellt nach wie vor gewissermaßen die Grundlage der Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Arbeitswelt dar. Das Gesetz verpflichtet die ArbeitgeberInnen, die für die Sicherheit und Gesundheit der ArbeitnehmerInnen bestehenden Gefahren im Betrieb zu ermitteln, zu beurteilen und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen. Seit der Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (2013) sollen in dieser Evaluierung sowohl die physischen als auch vermehrt die psychischen arbeitsbedingten Belastungen berücksichtigt werden. Mit der Gesetzesänderung wurde die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen stärker betont.

Der Rahmen gesundheitsorientierter Interventionen in der Arbeitswelt wird neben den gesetzlichen Regelungen zu Arbeits- und Gesundheitsschutz auch durch die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bestimmt. BGM und BGF stehen in engem Zusammenhang miteinander: Zwar gibt betriebliche Gesundheitsförderung kein normiertes Managementsystem vor, die Integration der BGF in bestehende Managementsysteme ist für einen nachhaltigen Erfolg jedoch unumgänglich. Die Verbreitung von BGF und von Systemen des betrieblichen Gesundheitsmanagements setzte in Österreich in den frühen 1990er-Jahren ein und nahm seitdem deutlich zu. Allerdings erfolgte die Diffusion von BGF und BGM in den Unternehmen weitgehend ohne einheitliche Qualitätsstandards, die Daten- und Informationslage ist dürftig. Allgemeine Aussagen zum Abdeckungsgrad und zur Effektivität von Maßnahmen sind daher schwierig. Die Stakeholder der Gesundheitspolitik bemühen sich seit einigen Jahren vermehrt darum, in diesem Bereich einen höheren Grad an Systematisierung und Standardisierung zu erreichen, sowie die Erhebung von Daten zu verbessern.

In Bezug auf die Zielsetzung der Aktivierung und Wiedereingliederung sind in Österreich vor allem die jüngsten Reformen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes und der Neuregelung der Invaliditätspension von Interesse. Mit der Verabschiedung des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes (AGG) im Jahr 2010 wurden erste Schritte gesetzt, um eine

Früherkennung von Risiken einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung bei Langzeitkrankenständen zu etablieren. Kern des AGG ist die Einführung von "fit2work", das ein niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot darstellt. Das Angebot ist für alle Erwerbspersonen offen, wobei Beschäftigte, die in einem Kalenderjahr mehr als sechs Wochen im Krankenstand sind, in einem automatisierten Verfahren kontaktiert und zu einer Beratung eingeladen werden. Parallel dazu hat „fit2work“ auch eine, von der personenbezogenen Schiene separate, betriebliche Schiene und bietet Unternehmen Beratung und Unterstützung an, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Eingliederung zu entwickeln.

Auch die Neuregelung des Zugangs in die Invaliditätspension durch das Bundesbudgetbegleitgesetz (BBG) 2011 und vor allem das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 erfolgte mit der Zielsetzung, das System stärker an Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration auszurichten. Mit der Neugestaltung wurde der Zugang in die Invaliditätspension erschwert, und die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation wurden neu geordnet. Personen, die vorübergehend invalid sind und keine Erwerbstätigkeit ausüben können, erhalten eine Krankenbehandlung von der Gebietskrankenkasse bzw. zusätzlich/alternativ dazu eine medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung. In dieser Zeit werden die Betroffenen von einem Case Management erfasst. Wer den erlernten Beruf krankheitsbedingt nicht mehr ausüben kann und Berufsschutz genießt, bekommt eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf.

Problemfelder des österreichischen Systems

Bezogen auf den Bereich der Arbeitsfähigkeit bzw. der gesundheitlichen Dimension der Beschäftigungsfähigkeit, können die drei Zielsetzungen des Sozialsystems folgendermaßen formuliert werden:

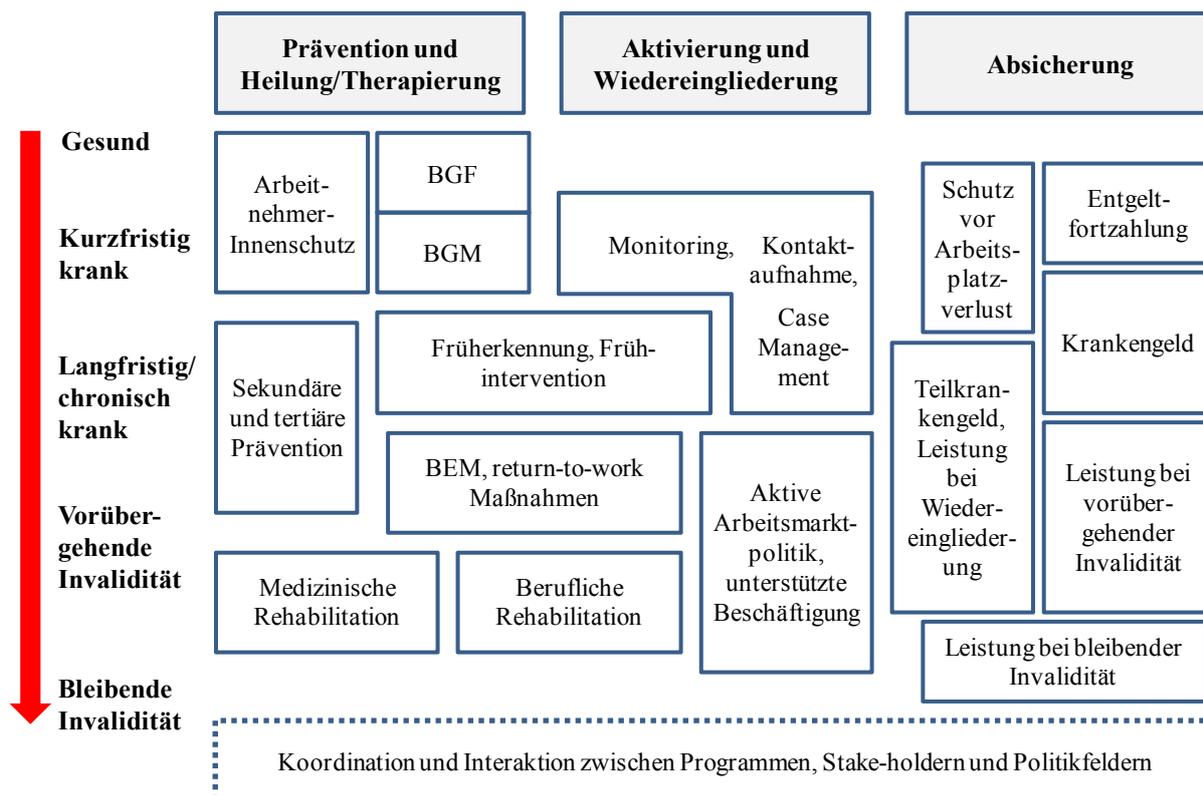
- (1) Prävention und Behandlung von gesundheitlichen Problemen,
- (2) Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, sowie
- (3) Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen in den Arbeitsmarkt.

In Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand und der Arbeitsmarktsituation der betroffenen Erwerbspersonen sind unterschiedliche Maßnahmen bzw. eine ausgewogene Mischung aus Maßnahmen erforderlich, um die angesprochenen Ziele zu verfolgen. Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht den analytischen Rahmen einer entsprechenden Gesamtstrategie anhand einer Matrix, in der die einzelnen Strategiekomponenten aufgrund der Ausgangssituation der Erwerbspersonen (vertikale Achse) und der Zielsetzungen (horizontale Achse) verortet sind. Die Koordination zwischen den einzelnen Programmen der Kranken- und Sozialversicherung bzw. der Arbeitsmarktpolitik und die Abstimmung der darin involvierten Stakeholder werden durch eine übergreifende Ebene in der Matrix abgebildet.

Eine Gegenüberstellung des entworfenen analytischen Rasters mit dem derzeitigen Status Quo in Österreich lässt vor allem im Bereich der Aktivierung und Wiedereingliederung sowie

an der Schnittstelle zwischen der gesundheitlichen und der beschäftigungsorientierten Strategiekomponente Handlungsbedarf erkennen. Darüber hinaus ist die systemische Verzahnung und Koordination der einzelnen Akteure und Stakeholder schwach ausgeprägt bzw. fragmentiert.

Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit



Q: Eigene Darstellung.

Systemische Komponente – schwache Verzahnung der Subsysteme

Aufgrund der fragmentierten Institutionslandschaft und der zersplitterten Kompetenzen konnte in Österreich noch keine einheitliche, kohärente Gesundheitspolitik für den Arbeitsmarkt entwickelt werden. Die unterschiedlichen Dimensionen von Arbeitsfähigkeit (Krankenstand, langfristige und bleibende Arbeitsunfähigkeit) bzw. die unterschiedlichen Akteure sind auf systemischer Ebene bisher nicht oder nur im Ansatz miteinander verschränkt. Anders als in den identifizierten good-practice-Ländern, sind darüber hinaus in Österreich bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen weder die unmittelbar zuständigen ÄrztInnen (d. h. die HausärztInnen) noch die ArbeitgeberInnen auf systematische Weise mit der Frage der Wiedereingliederung und Rückkehr zum Arbeitsplatz befasst.

Unvollständige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pension“

Die Einführung von neuen Leistungen im Zuge der Neuregelung der Invaliditätspension hat neue Wege für die Arbeitsmarktintegration eröffnet. Die Bedeutung von Rehabilitation und Case Management wurde in den Vordergrund gerückt. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass die Reform ausreichen wird, um die gewünschte Zielsetzung (also die Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pension“) tatsächlich zu erreichen. Auch im neuen System werden die Personen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt mit Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt und in das Case Management überführt, nämlich dann, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung bereits ausgeprägt ist und sich meistens auch schon die Beschäftigungssituation der Betroffenen stark verschlechtert hat.

Monitoring- und Frühinterventionsmaßnahmen noch schwach ausgebaut

Erste Evaluierungsergebnisse des „fit2work“-Programms sind ermutigend und belegen, dass TeilnehmerInnen eine günstigere Beschäftigungsentwicklung aufweisen als Kontrollpersonen mit ähnlichen Merkmalen, die der Einladung zur Teilnahme nicht folgten. Die Auswertungen zeigen aber auch, dass nur ein sehr geringer Anteil der eingeladenen Personen am Programm teilnimmt und dass insgesamt nur ein Bruchteil der Personen, die zur Risikogruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten zählen, durch ein Case Management im Rahmen von „fit2work“ erfasst wird. Im österreichischen Ansatz fehlt ein verbindliches Instrument wie der niederländische Aktionsplan oder der norwegische follow-up-Plan, auf dessen Basis alle längeren Krankenstände einem stringenten Monitoring und konkreten Interventionsmöglichkeiten unterzogen werden. Verbesserungspotenzial ist auch dahingehend zu orten, dass in der derzeitigen Gestaltung keine Verknüpfung zwischen der personenbasierten und der betrieblichen Schiene von „fit2work“ besteht.

Fokus auf psychische Gesundheitsprobleme muss intensiviert werden

Die OECD hebt hervor, dass Österreich im Bereich der Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen einen Rückstand aufweist. Die jüngsten verfügbaren Daten liefern zwar Hinweise darauf, dass das Bewusstsein für die psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt in Österreich steigt und vermehrt Interventionen in diesem Bereich stattfinden. Ein größeres Problem besteht aber darin, dass gegenwärtig die Behandlung von psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen fragmentiert ist und keinen ausreichenden Arbeitsmarkt- bzw. Arbeitsplatzbezug aufweist. Angesichts der hohen Zahl an Betroffenen, gerade auch unter den RehabilitationsgeldbezieherInnen, sowie der großen Schwierigkeiten bei der Behandlung und Eingliederung am Arbeitsmarkt von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, müssen Maßnahmen zur Frühintervention ausgebaut und neue Prozeduren im Umgang mit psychischen Erkrankungen entwickelt werden.

Schlussfolgerungen

Österreich setzte in den vergangenen Jahren mehrere Reformschritte, vor allem um das Auftreten von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren, die Früherkennung von Invaliditätsrisiken im System zu verankern und das Prinzip „Rehabilitation vor Pension“ zu stärken. Diese Schritte stellen eine wichtige Basis für weitere Entwicklungen dar, reichen aber alleine nicht aus, um eine umfassende, effektive Gesamtstrategie im Umgang mit den gesundheitlichen Herausforderungen der Erwerbsbevölkerung zu etablieren. Eine solche Strategie sollte auf drei Säulen ruhen: Prävention und medizinische Behandlung; Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit; sowie Aktivierung und Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt nach Krankheit bzw. bei gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die folgenden Punkte liefern konkrete Handlungsempfehlungen, um das österreichische System stärker im Sinne dieser drei Säulen auszugestalten:

- Frühe und den Arbeitsplatz mit einbeziehende Interventionen sind von zentraler Bedeutung, um einen permanenten Rückzug vom Erwerbsleben zu vermeiden. Die bisherigen Erfahrungen mit „fit2work“ zeigen, dass dieses Monitoring- und Frühinterventionsprogramm weiter entwickelt werden muss, um eine Breitenwirkung zu erreichen. Neben einem höheren Grad an Verbindlichkeit (beispielsweise durch ein mehrstufiges Verfahren, bei dem mit zunehmender Krankenstandsdauer auch die Intensität des Monitorings und die Anreize zur Teilnahme steigen) ist von Beginn an eine stärkere Einbindung des Arbeitsplatzes notwendig, um auf die Früherkennung von Risiken auch wirkungsvolle Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete folgen zu lassen.
- Die Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Schnittstellen (Arbeitsplatz, Gesundheitssystem, Sozialversicherung) muss verbessert und die Mitwirkung aller Akteure, inklusive der betroffenen Erwerbspersonen, erhöht werden. Die europäischen Länderbeispiele zeigen, dass unterschiedliche Wege begangen werden können, um die Mitwirkung der Erwerbspersonen und Betriebe bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit zu forcieren. Aus österreichischer Perspektive stellen dabei das berufliche Eingliederungsmanagement (BEM) in Deutschland und das System der Invalidenversicherung in der Schweiz besonders interessante Orientierungshilfen dar.
- Mittelfristig sollten auch die Regelungen im Krankenstandsfall überdacht werden: eine stärkere Einbindung der Betriebe erfordert in bestimmtem Ausmaß größere Transparenz (z. B. in Bezug auf die Möglichkeit, mit erkrankten MitarbeiterInnen in Kontakt zu treten und in Erfahrung zu bringen, welche Rückkehrperspektiven gegeben sind). Gleichzeitig bedarf es neuer Regelungen und neuer Kompetenzen, um zukünftig auch die ÄrztInnen und andere Schnittstellen im Gesundheitssystem bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit

stärker einzubinden. Derzeit fehlen auch auf gesetzlicher und institutioneller Ebene die Voraussetzungen, um eine Abstimmung zwischen Beschäftigten, ArbeitgeberInnen und ÄrztInnen zu ermöglichen.

- Die Einführung von Teilkrankenstandsmodellen würde größere Umstellungen im österreichischen System erfordern und erscheint – auch aufgrund der unterschiedlichen Positionen der Interessensvertretungen – derzeit schwer umsetzbar. Die Durchführung von Pilotprojekten könnte allerdings dazu genutzt werden, Erfahrungen zu sammeln und Vorbehalte der beteiligten Akteure abzubauen. Wie das finnische Beispiel zeigt, können Teilkrankenstandsmodelle auch stufenweise (mit Einschränkung auf längere Krankenstände) eingeführt werden. Um zu vermeiden, dass die ArbeitnehmerInnen Teilarbeitsfähigkeit als eine Bedrohung empfinden, könnte, so wie in den meisten nordeuropäischen Ländern, die Arbeitsplatzsicherheit während eines Krankenstands erhöht werden (beispielsweise indem bei Teilkrankenstand Kündigungsschutz gewährt wird).
- Bei langen Abwesenheiten infolge von Unfällen und schweren Erkrankungen ist schon kurzfristig die Einführung von flexiblen Modellen zum Wiedereinstieg in die Arbeit zu befürworten. Ein vergleichsweise leicht auf den österreichischen Kontext übertragbares Beispiel bietet diesbezüglich das deutsche Modell der stufenweisen Wiedereingliederung. Bei diesem Modell steht die therapeutische Komponente der Wiedereingliederung im Vordergrund, die Beschäftigten gelten während der Maßnahme nach wie vor als arbeitsunfähig.
- Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen stellen eine große, durch eine besonders komplexe Problemlage charakterisierte Zielgruppe dar. In der Praxis finden zurzeit medizinische und berufliche Rehabilitation meistens sequentiell statt. D. h. dass zuerst eine gesundheitliche Stabilisierung abgewartet wird, um dann mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen anzusetzen. Dies ist auch vielfach zielführend und notwendig. Im Falle von psychischen Gesundheitsproblemen sind aber oft integrierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zweckmäßig. Auch sonst sind psychische Beeinträchtigungen nicht den restlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit gleich zu setzen. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, kann es sinnvoll sein, eigene Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren für Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu entwickeln.
- Ein weiterer Sonderschwerpunkt sollte auf die Unterstützung von Arbeitslosen gesetzt werden, die gesundheitliche Probleme aufweisen. Zwar können kausale Wirkungszusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit nur schwer voneinander abgegrenzt werden. Mit Sicherheit lässt sich aber sagen, dass viele

Arbeitsuchende bei Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem Teufelskreis gefangen sind, der sie zunehmend vom Arbeitsmarkt isoliert. Auch in diesen Fällen muss die Unterstützung zur Wiedereingliederung über Maßnahmen bzw. einen Maßnahmen-Mix erfolgen, der gleichzeitig gesundheitliche und berufliche Komponenten anspricht. Für arbeitsmarktferne Personen können Stufenmodelle zum Einsatz kommen, die bei niedrighschwelligen Angeboten (z. B. Arbeitsplätze für gesundheitlich Beeinträchtigte am sekundären Arbeitsmarkt) ansetzen.

- Allgemein mangelt es an evidenzbasierten Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Reformen sowie spezifischen Maßnahmen und Interventionen. Wichtige Fragen (z. B.: Welche Effekte hat die Teilnahme an „fit2work“ auf den weiteren Erwerbsverlauf der Betroffenen? Welche Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erweisen sich bei der Wiedereingliederung als effektiv? Welche arbeitsmarktpolitischen Instrumente wirken bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?) können nicht oder nur ansatzweise beantwortet werden. Zur Entwicklung und Steuerung einer Strategie für Gesundheit am Arbeitsmarkt ist die systematische Erforschung der Auswirkungen von Reformen und Maßnahmen erforderlich, im Idealfall mittels randomisierter Kontrollversuche und anderer Methoden, die die Bestimmung von kausalen Zusammenhängen ermöglichen.

Inhalt

Hauptergebnisse	2
1. Einleitung	17
1.1 Hintergrund und Zielsetzung	17
1.2 Aufbau des Berichts	20
1.3 Begriffsdefinition	21
2. Empirische Befunde zu Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen der Erwerbsbevölkerung	23
2.1 Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit – Krankenstand und Invalidität	23
2.2 Gesundheitliche Einschränkungen der Erwerbsbevölkerung	28
Subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustands	28
Gesundheitliche Einschränkungen und weitere Indikatoren	30
Gesundheitliche Situation der Personen im höheren Erwerbsalter	32
2.3 Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen	37
2.4 Zusammenfassung	42
3. Reformen im internationalen Umfeld	44
3.1 Überblick: Reformtrends in den OECD Ländern	44
3.2 Länder- und Maßnahmenbeispiele	51
Aktivierung und Fokus auf Teilarbeitsfähigkeit	53
Das Disability Management bzw. Eingliederungsmanagement	58
Monitoring und Aktionspläne als Grundlage frühzeitiger Interventionen	60
Die Verteilung der Kompetenzen und der Anreize	61
3.3 Wirksamkeit und Bewertung der vorgestellten Modelle	64
Aktivierungsmaßnahmen	65
Eingliederungsmaßnahmen und Disability Management	68
Bewertung umfassender Reformprozesse	72
3.4 Zusammenfassung	73
4. Derzeitige Ausgestaltung des österreichischen Systems	77
4.1 Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit	77
4.2 Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung	79
4.3 Aktivierung und (Wieder-)Eingliederung	82
5. Problemfelder des österreichischen Systems und handlungspolitische Empfehlungen	86
5.1 Analytischer Rahmen für eine konsistente Strategie	86
5.2 Problemfelder des österreichischen Systems	88
Systemische Komponente – schwache Verzahnung der Subsysteme	88
Unvollständige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pension“	91
Monitoring- und Frühinterventionsmaßnahmen noch schwach ausgebaut	92
Fokus auf psychische Gesundheitsprobleme muss intensiviert werden	93
5.3 Schlussfolgerungen	95

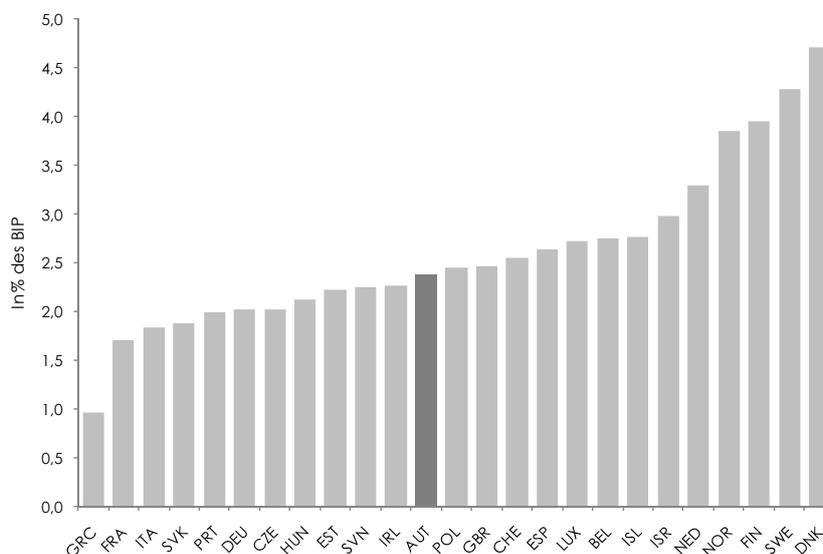
Literaturhinweise	99
Verzeichnis der Abbildungen	105
Verzeichnis der Übersichten	106
Anhang	107

1. Einleitung

1.1 Hintergrund und Zielsetzung

Gesundheitliche Fragestellungen nehmen in den alternden Gesellschaften Europas einen hohen, steigenden Stellenwert ein. Das betrifft die allgemeine Lebensqualität genauso wie die Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. Die OECD spricht im Zusammenhang mit der großen Anzahl an Personen, die infolge von gesundheitlichen Einschränkungen oder Invalidität den Arbeitsmarkt verlassen, von einer "sozialen und ökonomischen Tragödie" (OECD, 2010, S. 9). Die Ausgaben für gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit liegen in den meisten europäischen Ländern deutlich über jenen für Arbeitslosigkeit.¹⁾ In den nordeuropäischen und z.T. auch in den angelsächsischen Ländern übersteigen die Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit und Invalidität (ohne die Kosten für das Gesundheitssystem zu berücksichtigen) sogar um ein Vielfaches jene für Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung. Auch in Österreich sind die Ausgaben für – vorübergehende und dauerhafte – Arbeitsunfähigkeit mehr als doppelt so hoch wie jene für Arbeitslosigkeit (Daten für 2011).

Abbildung 1: Anteil an Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit am BIP
OECD, 2011

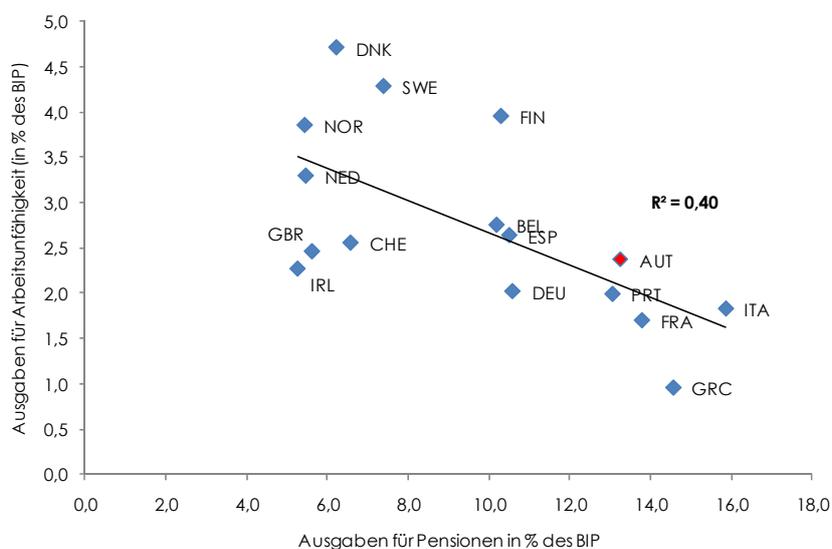


Q: OECD.

¹⁾ Die Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit umfassen gemäß OECD-Definition Aufwendungen aufgrund von Krankheit, Invalidität und berufsbedingten Verletzungen (z. B. monetäre Leistungen wie Krankengeld und invaliditätsbezogene Zahlungen) sowie Sozialausgaben für Dienstleistungen für Menschen mit Invalidität oder Behinderung.

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich ist, liegt Österreich bei den Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit, gemessen am BIP, im europäischen Mittelfeld. Die nordeuropäischen Länder (Skandinavien plus die Niederlande) weisen eindeutig die höchsten Ausgabenquoten für arbeitsunfähigkeitsbezogene Leistungen aus. Unterschiede im Ausgabenniveau müssen allerdings im Lichte der Gestaltung der Sozialsysteme sowie der Unterschiede in der Höhe und Struktur der Erwerbsbeteiligung bewertet bzw. interpretiert werden. Diese länderspezifischen Unterschiede können bedeuten, dass sich Personen mit ähnlichem Gesundheitsstatus in einem unterschiedlichem Erwerbsstatus bzw. Bereich der sozialen Sicherung befinden. Die hohen Erwerbsquoten der Älteren in den nordischen Ländern Europas sind, verglichen mit den niedrigen Quoten in Österreich und anderen Ländern wie Frankreich und Italien, ein klares Indiz dafür, dass die Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit nicht isoliert von anderen Ausgabenbereichen betrachtet werden sollten. Abbildung 2 zeigt beispielsweise, dass in den westeuropäischen Ländern ein negativer Zusammenhang zwischen den öffentlichen Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit und jenen für Pensionszahlungen besteht: Hohe gesundheitsbezogene Ausgaben gehen mit niedrigen pensionsbezogenen Ausgaben einher und umgekehrt.

Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit und Ausgaben für Pensionen



Q: OECD; WIFO-Berechnungen.

Österreich ist im internationalen Vergleich nach wie vor durch eine niedrige Erwerbsbeteiligung der Älteren gekennzeichnet. Wenn sich Personen früher aus dem Erwerbsleben zurückziehen, reduziert sich dadurch der Pool an erwerbsaktiven Arbeitskräften, die potenziell Leistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit beziehen. Dementsprechend stehen in Österreich der vergleichsweise moderaten Ausgabenquote für Arbeitsunfähigkeit

hohe Pensionsausgaben in Prozent des BIP gegenüber. Dieses moderate Ausgabenniveau darf daher nicht zu dem Schluss verleiten, dass in Österreich kein Handlungsbedarf in diesem Bereich bestünde, ist doch das Ausgabenniveau für Arbeitsunfähigkeit zum Teil durch die niedrige Erwerbsbeteiligung Älterer bedingt.

Unabhängig von den derzeitigen Kosten, stellt die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit²⁾ einen wichtigen Baustein der Anpassung der Erwerbsstrukturen an die sich wandelnden wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dar. Die angestrebte Steigerung der Erwerbsbeteiligung von älteren Menschen kann nur gelingen, wenn auch die Arbeits- bzw. Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbspersonen im Alter entsprechend mitwachsen. Damit einhergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit, die Qualifikationen und beruflichen Kompetenzen der Erwerbspersonen bedeuten für die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik eine große Herausforderung.

Die Gesundheit der Erwerbspersonen ist auch deshalb ein zentrales arbeitsmarktpolitisches Thema, weil gerade die Veränderungen der Arbeitswelt – zunehmende Flexibilitätsanforderungen, Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse, neue Organisations- und Arbeitsmodelle – eine zusätzliche gesundheitliche Herausforderung darstellen. Nach Einschätzung der OECD stellen die Veränderungen in der Wirtschaft und am Arbeitsmarkt für Menschen mit gesundheitlichen Problemen zunehmend Hürden zur Rückkehr in die Arbeit oder zum Verbleib am Arbeitsplatz dar³⁾.

Diese Dynamik wird durch die angespannte Lage am Arbeitsmarkt verschärft. Die Erwerbsquote der Älteren ist in den vergangenen Jahren bereits deutlich gestiegen. Personen ab 50 Jahren gewinnen zunehmend an Gewicht unter der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Im Zusammenspiel mit dem schwierigen Arbeitsmarktumfeld seit Ausbruch der Finanz- und Wirtschaftskrise 2009 hat sich dieses erhöhte Arbeitskräfteangebot allerdings auch in einem spürbaren Anstieg der Arbeitslosigkeit Älterer nieder geschlagen. Zwischen 2008 und 2015 hat sich die Zahl der über-50-jährigen Arbeitsuchenden mehr als verdoppelt, auch ihr Anteil an den Arbeitslosen insgesamt ist überproportional gestiegen.⁴⁾ Es ist davon auszugehen, dass ein beträchtlicher Teil dieser Personen auch aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen Schwierigkeiten bei der Reintegration am Arbeitsmarkt hat. Für viele Arbeitsuchende stellen gesundheitliche Einschränkungen, auch dann, wenn sie nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit sind, einen erschwerenden Faktor bei der Rückkehr in Beschäftigung dar.

²⁾ Beschäftigungsfähigkeit hat neben einer gesundheitlichen Komponente auch eine arbeitsmarktbezogene Komponente, die sich auf die Kompetenzen und Fertigkeiten der Erwerbspersonen bezieht. Zur näheren begrifflichen Abgrenzung siehe den nachfolgenden Abschnitt 1.3.

³⁾ OECD (2010, S. 9): "Für Menschen mit gesundheitlichen Problemen stellen die Veränderungen in der Wirtschaft und am Arbeitsmarkt zunehmend ein Hindernis beim Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. der Rückkehr zum Arbeitsplatz dar." (Übersetzung der Autoren) Siehe dazu auch Vermeulen et al. (2009, S. 232).

⁴⁾ Allerdings ist die Arbeitslosenquote der Älteren in diesem Zeitraum in sehr ähnlichem Ausmaß gestiegen, wie die durchschnittliche Arbeitslosenquote. Der steigende Anteil der Älteren an den Arbeitslosen insgesamt geht daher vorwiegend auf einen demografischen Effekt zurück.

Die Bedeutung der gesundheitlichen Dimension für Ausmaß und Qualität der Erwerbsbeteiligung spielt nicht nur bei Personen im höheren Erwerbsalter eine Rolle. In den vergangenen Jahren haben sich zunehmend auch jüngere Menschen aus gesundheitlichen Gründen vom Erwerbsleben zurückgezogen. Vor allem psychische Gesundheitsprobleme sind auch bei jüngeren Erwerbspersonen stark verbreitet.

Die Förderung und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit, sowohl der Über-50-Jährigen als auch der jüngeren Erwerbsbevölkerung, erfordert eine Kombination aus arbeits-, gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen. Das Ö2025 Projekt setzt sich das Ziel, einen Beitrag zur Ausarbeitung einer konsistenten und umfassenden Strategie zur Anpassung der sozialen Sicherungssysteme und der damit zusammenhängenden Politikfelder zu leisten. Der vorliegende Bericht beleuchtet die gesundheitliche Dimension dieser Fragestellung.

1.2 Aufbau des Berichts

Die Erarbeitung von Strategiekomponenten und handlungspolitischen Empfehlungen erfolgt in diesem Bericht auf Grundlage einer Kombination aus empirischen Analysen und einem Überblick internationaler Beispiele aus der Praxis. Die Erkenntnisse aus den Analyseschritten dienen dazu, einen konzeptuellen Rahmen für eine konsistente Strategie zu entwerfen und daraus den Anpassungs- und Reformbedarf für Österreich abzuleiten.

In einem ersten Schritt (**Kapitel 2**) wird in diesem Bericht Evidenz zum Ausmaß und der Verteilung von Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlichen Problemen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung zusammen getragen. Insgesamt soll aus diesem empirischen Material hervorgehen, wie groß die Gruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten in Österreich ist und welche Segmente der Erwerbsbevölkerung besonders stark betroffen sind. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Lage der Über-50-Jährigen sowie auf die psychischen Gesundheitsprobleme und ihre Folgen gelegt.

Das nachfolgende **Kapitel 3** ist einem internationalen Überblick der Maßnahmen und Strategien zur Prävention und Reduktion von Arbeitsunfähigkeit gewidmet. Bereits seit Mitte der 1990er-Jahre sind im internationalen Umfeld zahlreiche Reformbemühungen erkennbar, mit denen die unterschiedlichen Länder ihre Erwerbsbevölkerung und ihr Sozialsystem für die gesundheitlichen Herausforderungen zu rüsten versuchen. Von Relevanz ist in dieser Beziehung nicht nur der Umgang mit bleibender Arbeitsunfähigkeit (d. h. Invalidität), sondern auch die Handhabung von vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (d. h. Krankenstand).

In **Kapitel 4** wird der Status quo in Österreich beleuchtet und bewertet. Besondere Aufmerksamkeit wird dabei den Reformen und gesetzlichen Neuigkeiten gewidmet, die in den letzten fünf Jahren in diesem Bereich gesetzt wurden. Das abschließende **Kapitel 5** fasst die Ergebnisse des Berichts zusammen und liefert eine Reihe von Empfehlungen zur Anpassung des österreichischen Systems in Bezug auf Prävention von und Umgang mit Arbeitsunfähigkeit. Diese Schlussfolgerungen werden mithilfe eines analytischen Rahmens abgeleitet, der auf Basis der Erkenntnisse aus den vorangegangenen Abschnitten erstellt wird.

und aus dem die zentralen Komponenten für eine erfolgreiche Strategie zur Handhabung von Arbeitsunfähigkeit hervorgehen.

1.3 Begriffsdefinition

Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit sowie Beschäftigungsfähigkeit sind Begriffe, die in Abhängigkeit vom Kontext (Umgangssprache, gesundheitspolitischer Diskurs, juristische Fachsprache, usw.) z. T. eine unterschiedliche Bedeutung und Verwendung haben. Aufgrund der zentralen Stellung, die sie in den nachfolgenden Ausführungen einnehmen, erscheint vorab eine Erläuterung bzw. definitorische Abgrenzung notwendig.

Mit **Arbeitsfähigkeit** wird im vorliegenden Bericht die Summe der Faktoren adressiert, die einen Menschen in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die ihm gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (Richenhagen, 2009). In der Praxis kennt Arbeitsfähigkeit (und somit auch Arbeitsunfähigkeit) Abstufungen, weshalb grundsätzlich die Möglichkeit gegeben ist, dass Arbeitskräfte bei Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zwar nicht voll, aber doch teilweise arbeitsfähig sind. Arbeitsunfähigkeit kann kurzfristig und vorübergehend, oder langfristig bzw. bleibend/dauerhaft sein. **Beschäftigungsfähigkeit** ist ein Begriff, der über Arbeitsfähigkeit hinausgeht und auch einen starken Arbeitsmarktbezug aufweist. Neben den physischen und psychischen Voraussetzungen, um eine Tätigkeit ausüben zu können, setzt Beschäftigungsfähigkeit voraus, dass für die Kompetenzen und Fertigkeiten der Arbeitskraft auch eine entsprechende Nachfrage am Arbeitsmarkt vorhanden ist. Richenhagen (2009) erwähnt zur Verdeutlichung des Unterschieds zwischen Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit das Beispiel eines Dampflokeizers, der leistungs- und arbeitsfähig sein kann, aber in der Gegenwart aufgrund der fehlenden Arbeitsmarktnachfrage nach seinem Beruf nicht beschäftigungsfähig ist.

Eine engere Definition von Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit findet sich im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht. Arbeitsunfähigkeit ist im rechtlichen Sinne einerseits als Begründung für einen **Krankenstand** von Bedeutung. Demzufolge liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn eine Person infolge von Krankheit oder einer sonstigen gesundheitlichen Einschränkung nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes fähig ist, der bisherigen bzw. überhaupt einer Beschäftigung nachzugehen (siehe z. B. § 106 Abs. 3 GSVG). In Bezug auf den Krankenstand betrachtet das österreichische Krankenversicherungsrecht Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit als sich gegenseitig ausschließende Zustände, Abstufungen sind diesbezüglich nicht möglich⁵⁾.

Andererseits spielt die Definition von Arbeitsunfähigkeit für den Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit und somit für die Zuerkennung von Pensionsleistungen eine wichtige Rolle. Für geminderte Arbeitsfähigkeit gibt es – abhängig von der Berufsgruppe – im

⁵⁾ Wobei laut Gesetz bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit vom Arzt immer auch die ausgeübte Tätigkeit mit berücksichtigt werden muss.

Sozialversicherungsrecht unterschiedliche Bezeichnungen⁶⁾, die in der Folge vereinfachend mit „**Invalidität**“ abgedeckt werden. Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz bezeichnen diese Begriffe Fälle, in denen die Arbeitsfähigkeit einer Person infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen einer gesunden Person mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist (für eine detaillierte Definition siehe § 255 und § 273 ASVG).

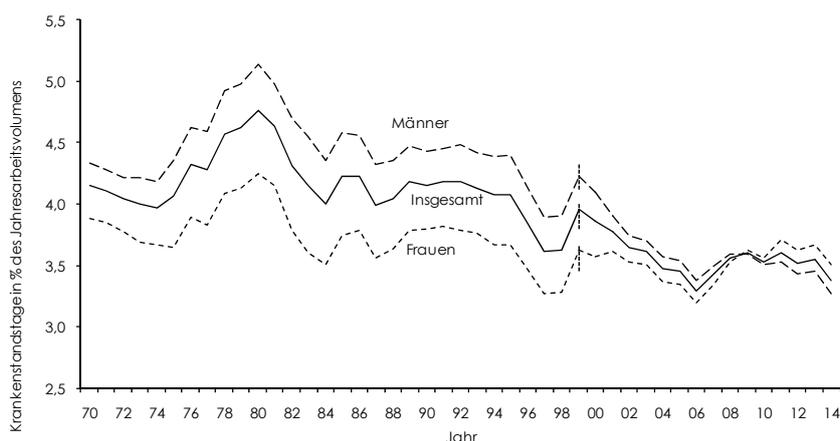
⁶⁾ Für die ArbeiterInnen gilt der Begriff "Invalidität" und für die Angestellten "Berufsunfähigkeit". Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) kennen dagegen nur den Begriff "Erwerbsunfähigkeit".

2. Empirische Befunde zu Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlichen Einschränkungen der Erwerbsbevölkerung

2.1 Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit – Krankenstand und Invalidität

Unterschiedliche Kennzahlen geben Auskunft über die Verbreitung von vorübergehenden und dauerhaften Formen von Arbeitsunfähigkeit. Die Krankenstandsstatistik etwa zeigt, dass in Österreich pro Jahr zwischen 3% und 4% der Arbeitszeit aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten verloren gehen. Im Jahr 2014 verbrachten die unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 12,3 Kalendertage im Krankenstand. Das entspricht einer Krankenstandsquote, d. h. einem Anteil der Krankenstandstage an den Jahresarbeitstagen, von 3,4%.⁷⁾ Österreich befindet sich in internationalen Vergleichen im Mittelfeld der EU- und OECD-Länder, die Krankenstandsquote ist hierzulande deutlich niedriger als in den nordeuropäischen Ländern, aber höher als beispielsweise in Großbritannien, der Schweiz und den meisten südeuropäischen Ländern (Leoni – Mahringer, 2008; OECD 2015A).

Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandsquote nach Geschlecht Österreich, unselbständig Beschäftigte



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem statistischen Bruch und vor allem in der Datenreihe der Frauen zu einer Niveaueverschiebung.

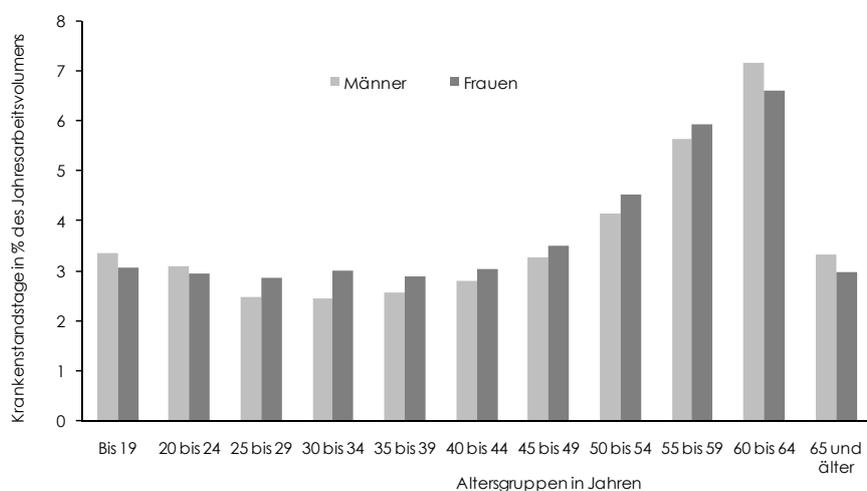
In einer längerfristigen Betrachtung seit 1970 sind die Krankenstände rückläufig. Nach einem Anstieg in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wurde im Jahr 1980 ein bisheriger Höchstwert verzeichnet. Zu diesem Zeitpunkt entfielen auf jede versicherte Person durchschnittlich 17,4 Krankenstandstage, dies entsprach einer Krankenstandsquote von 4,8%. Seit 1980 haben sich die Krankenstände beider Geschlechter reduziert.

⁷⁾ Die Krankenstandsquote errechnet sich aus der Summe der Krankenstandstage (gemessen in Kalender-, nicht Arbeitstagen), dividiert durch die Anzahl an Beschäftigungstagen (ebenfalls in Kalendertagen) im Jahr. Infolge einer statistischen Untererfassung der kurzen Krankenstandsfälle dürfte die tatsächliche Quote Schätzungen zufolge um 7% bis 11% höher liegen (Leoni, 2015A).

Über mehrere Jahrzehnte verbrachten Männer mehr Tage im Krankenstand als Frauen, was vor allem auf die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken zurückzuführen ist. Änderungen in der Wirtschaftsstruktur, überproportionale Rückgänge der Unfälle und Krankenstände im Bauwesen und in der Industrie sowie die steigende Erwerbsbeteiligung (älterer) Frauen führten dagegen zuerst zu einer starken Angleichung und in den jüngsten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der Krankenstandsquoten zwischen den Geschlechtern.

Für Männer und Frauen sind sehr ähnliche altersspezifische Unterschiede im Krankenstand beobachtbar: Die Entwicklung der Krankenstandsquote verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 4). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann⁸⁾. Die Krankenstandsquote weist bei Personen im Alter von 25 bis 39 Jahren ihren niedrigsten Wert auf, bei Personen ab 45 Jahren steigt sie stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren ihren Höchstwert.⁹⁾ In dieser Altersgruppe verbringen die Beschäftigten zwischen 6 und 7% der Arbeitstage im Krankenstand.

Abbildung 4: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht, 2014
Österreich, unselbständig Beschäftigte



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

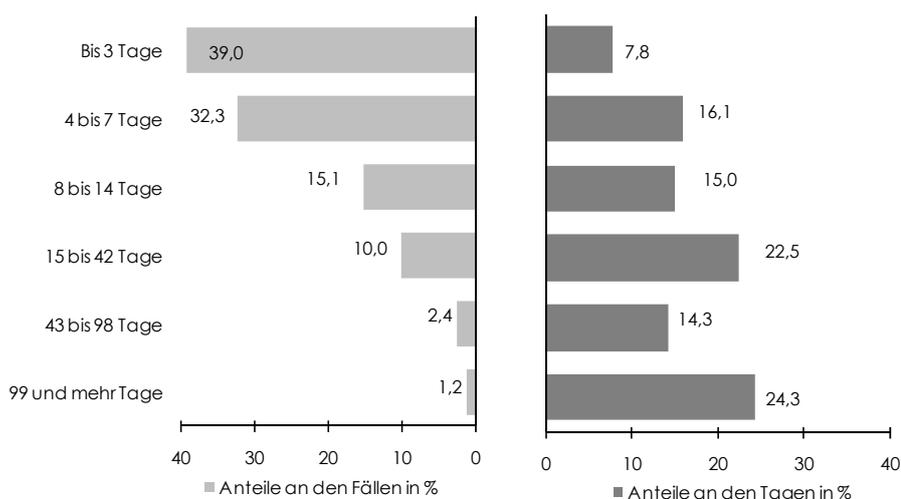
⁸⁾ Im Jahr 2014 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 41%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 65%.

⁹⁾ In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der Bis-19-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation zur Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben.

Das Krankenstandsgeschehen ist sehr ungleich verteilt: Ein großer Teil der Krankenstandstage in der Wirtschaft entfällt auf eine vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsfällen. Nur rund ein Drittel der Fälle dauert länger als eine Woche (siehe Abbildung 5). Die Zahl der Krankenstandsepisoden, die länger als sechs Wochen andauern, ist noch einmal erheblich geringer (<4%). Diese wenigen langen Krankenstandsfälle verursachen aber fast 40% des Krankenstandsvolumens. Dementsprechend ist auch der Großteil der Krankenstandstage auf eine vergleichsweise geringe Zahl an Beschäftigten konzentriert.

Für Personen, die sich über längere Zeit bzw. öfter im Krankenstand befinden, besteht nachweislich ein erhöhtes Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren und unter Umständen frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Berechnungen anhand von Daten für Oberösterreich zeigten, dass bereits ein sechswöchiger Krankenstand in den Folgejahren mit einem um das 2½-Fache erhöhten Invaliditätsrisiko assoziiert war (Leoni, 2011). Bei 100 Krankenstandstagen im Jahr lag die Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension innerhalb der nachfolgenden sieben Jahre zwischen 15% und 20%, bei 200 Krankenstandstagen zwischen 30% und 40%. Personen, deren Langzeitkrankenstand durch eine psychische Krankheit verursacht wurde, waren dabei einer besonders starken Gefährdung ausgesetzt. Erwartungsgemäß hatten jüngere Arbeitskräfte bessere Chancen als Ältere, trotz einer hohen Zahl von Krankenstandstagen weiterhin erwerbstätig zu bleiben. Der Zusammenhang zwischen bleibender Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) und Krankenstand kann etliche Jahre in die Vergangenheit zurückverfolgt werden. Personen mit einem Neuzugang in die Invaliditätspension im Jahr 2008 hatten bereits sieben Jahre vor der Pensionierung fast doppelt so viel Zeit im Krankenstand verbracht, als vergleichbare Personen ohne Invalidität (Leoni, 2010).

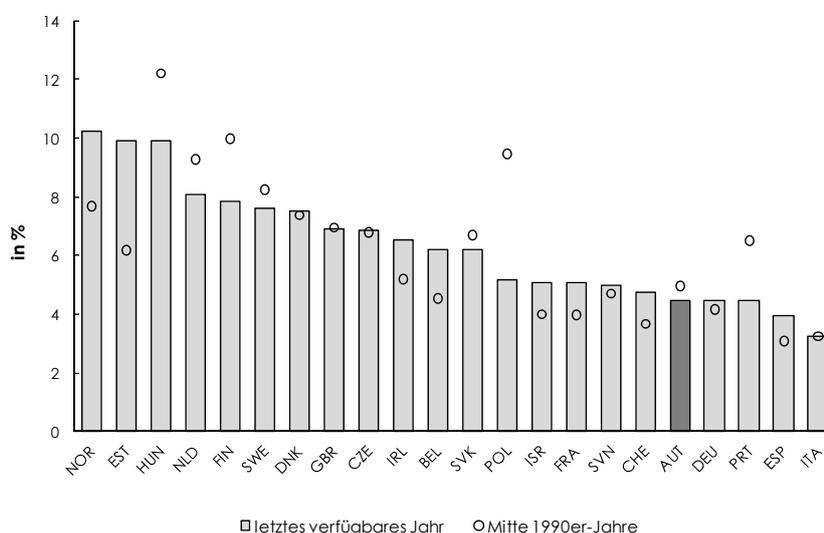
Abbildung 5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer des Krankenstands Österreich, unselbständig Beschäftigte, 2014



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Österreichweit schwankte der Anteil der Invaliditätspensionen an den Pensionsneuzuerkennungen lange Zeit zwischen 20% und 40%, seit Mitte der 2000er Jahre ist er rückläufig. Er lag im Jahr 2000 bei fast 38% und im Jahr 2009 bei knapp 31% (BMASK, 2010). 2014 fiel er, infolge der Neuregelung des Zugangs zur Invaliditätspension (siehe Abschnitt 4.1), auf unter 20%.¹⁰⁾ Insgesamt bezogen im Jahr 2014 rund 131.000 Männer unter 65 Jahren und 56.500 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit¹¹⁾. Gemessen an der Bevölkerung der 20- bis 64-jährigen Männer bzw. 20- bis 59-jährigen Frauen war das ein Anteil von 3,7%, gemessen an den Erwerbspersonen ein Anteil von 4,7%.

Abbildung 6: Anteil der InvaliditätsleistungsempfängerInnen an den 20- bis 64-Jährigen



Q: OECD (2015B), Abbildung 1.6.

Im internationalen Vergleich ist in Österreich der Anteil der InvaliditätsleistungsbezieherInnen an der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter eher niedrig (siehe Abbildung 6). Wie die OECD (2015B) hervorhebt, verbirgt sich hinter diesem Durchschnitt ein ausgeprägtes altersspezifisches Muster. Die österreichischen Invaliditätsquoten sind in den jüngeren Altersgruppen im internationalen Vergleich niedrig, jene der 55- bis 64-Jährigen dagegen hoch – und das, obwohl eine hohe Zahl an Personen den Arbeitsmarkt aufgrund langer Versicherungszeiten frühzeitig verlassen hat. Von Relevanz ist auch die Tatsache, dass die Ablehnungsquote bei Anträgen in die Invaliditätspension in Österreich hoch ist bzw. bisher

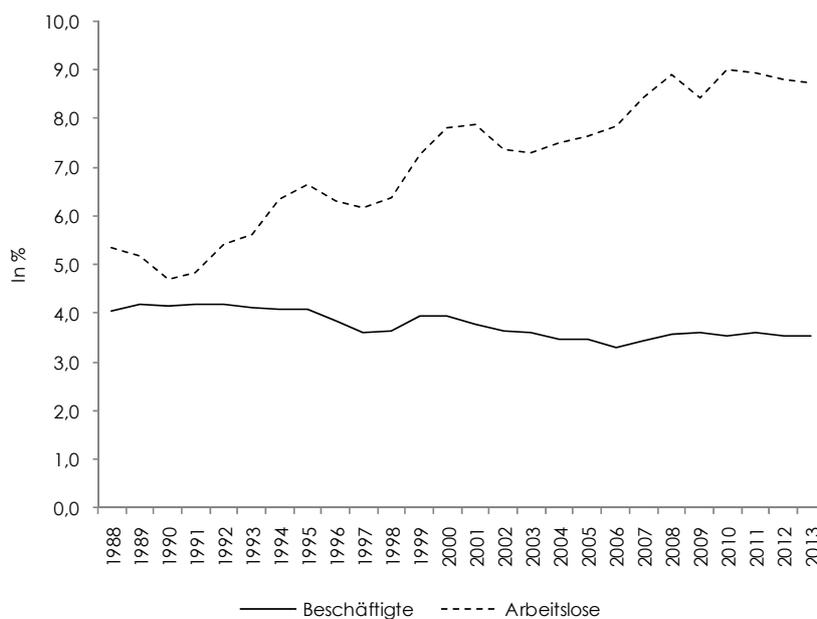
¹⁰⁾ Die Zahl aller Pensionsneuzuerkennungen betrug im Jahr 2014 111.400 (bzw. 94.400 bei Einschränkung auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen). Davon waren knapp 20.000 Invaliditätspensionen (16.500 bei Einschränkung auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen).

¹¹⁾ Siehe Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015, Tabelle 3.11. Weitere 35.000 Unter-60-Jährige bezogen eine Versehrtenrente.

hoch war, weshalb die Zahl der AntragstellerInnen deutlich größer ist, als jene der LeistungsbezieherInnen.

Aus den Daten zur Arbeitsunfähigkeit geht neben dem starken Konnex zwischen Krankenstand und Invalidität auch ein klarer Bezug zur Arbeitsmarktsituation der Betroffenen hervor. Arbeitslose verbringen deutlich mehr Zeit im Krankenstand als Beschäftigte (Abbildung 7). Ihre Krankenstandsquote verzeichnete längerfristig einen spürbaren Anstieg und entwickelte sich damit gegenläufig zur tendenziell rückläufigen Quote unter den Beschäftigten. Der Vergleich wird zum Teil durch Unterschiede in der Alterszusammensetzung der beiden Gruppen und auch andere Faktoren (z. B. Unterschiede in den monetären und nicht-monetären Anreizen) verzerrt. Nichtsdestotrotz ist die hohe Krankenstandsquote ein klarer Hinweis auf den im Durchschnitt deutlich schlechteren gesundheitlichen Zustand der Arbeitslosen.

Abbildung 7: Krankenstandsquote der Arbeitslosen und unselbständig Beschäftigten Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; AMS; WIFO-Berechnungen. Arbeitslose definiert als Summe aus BezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, SchulungsteilnehmerInnen sowie BezieherInnen von Übergangsgeld und Pensionsvorschuss.

Auswertungen der Sozialversicherungsdaten geben weitere Hinweise auf die gesundheitlichen Probleme dieser Personengruppe: Unter anderem verzeichnen Arbeitslose deutlich häufiger lange Krankheitsepisoden, und sie verbringen mehr als doppelt so viele Tage in stationärer Behandlung als die Beschäftigten (Leoni, 2010). Der Zusammenhang zwischen (schlechter) Gesundheit und Arbeitslosigkeit kommt auch in Bezug auf bleibende Formen der Arbeitsunfähigkeit klar zum Ausdruck. Etwa ein Drittel der Neuzugänge in die

Invaliditätspension erfolgt direkt aus der Arbeitslosigkeit (OECD, 2015B). Dabei handelt es sich in vielen Fällen um Langzeitarbeitslose bzw. um Personen, die bereits in den Vorjahren brüchige Erwerbskarrieren und wiederholte Arbeitslosigkeitsepisoden verzeichnet hatten. In der Grundgesamtheit an Neuzugängen in die Invaliditätspension, die von Leoni (2010) untersucht wurde, hatten 45% der Personen in den fünf Jahren vor Pensionszugang kumuliert ein Jahr oder mehr in Arbeitslosigkeit verbracht.

Die Kausalität zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und Arbeitslosigkeit geht in beide Richtungen. Einerseits besteht ein Selektionseffekt, wonach eher solche Personen arbeitslos werden, die schon in Beschäftigung öfter im Krankenstand waren als der Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung. Forschungsergebnisse aus internationalen Studien belegen andererseits auch, dass sich vor allem in einer längerfristigen Betrachtung und im Zusammenhang mit langen Arbeitslosigkeitsepisoden für die Betroffenen sowohl die subjektiven als auch die objektiven Gesundheitsindikatoren verschlechtern.

Demzufolge ist davon auszugehen, dass für Arbeitslose mit gesundheitlichen Problemen eine Kombination aus Maßnahmen erforderlich ist, um gleichzeitig ihre Arbeitsfähigkeit und ihre Beschäftigungschancen zu erhöhen. Darüber hinaus zeigen die Analysen, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen und eine prekäre Arbeitsmarktsituation der Betroffenen sich tendenziell gegenseitig verstärken. Für Beschäftigte mit gesundheitlichen Problemen sind deshalb frühzeitige Interventionen und Unterstützungsangebote notwendig.

2.2 Gesundheitliche Einschränkungen der Erwerbsbevölkerung

Um die Größenordnung der durch gesundheitliche Probleme am Arbeitsmarkt eingeschränkten Personen abzuschätzen, werden im vorliegenden Abschnitt Ergebnisse aus unterschiedlichen stichprobenbasierten und zum Teil international standardisierten Surveys vorgelegt. Die meisten der in Surveys enthaltenen Informationen haben einen subjektiven Charakter. Sie sind das Abbild einer Selbsteinschätzung und somit zwangsläufig in einem bestimmten Ausmaß ungenau und durch das Antwortverhalten verzerrt. Dennoch stellen sie eine gute Ausgangsbasis dar, um sich der Frage nach der Größenordnung der gesundheitlich Beeinträchtigten am Arbeitsmarkt zu nähern.

Subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustands

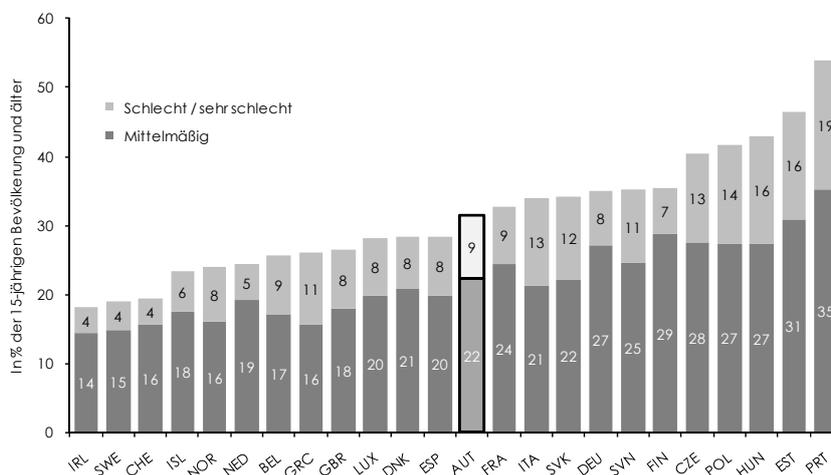
Der wohl am weitesten verbreitete Indikator zur Erfassung des gesundheitlichen Zustands in Surveys ist die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Die Befragten bewerten dabei ihren Gesundheitszustand typischerweise auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“¹²⁾. Zahlreiche Studien zeigen, dass diese subjektive Gesundheits-

¹²⁾ Die genaue Fragestellung in den AT-HIS und EU-SILC Fragebögen lautet: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“. Die weiteren Antwortkategorien sind „gut“, „mittelmäßig“ und „schlecht“. In anderen Surveys kommen leicht abweichende Erhebungskonzepte zum Einsatz. SHARE beispielsweise unterscheidet die Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“ und „schlecht“.

einschätzung ein guter Indikator für die Mortalitätswahrscheinlichkeit, aber auch für das Risiko von funktionalen Gesundheitseinschränkungen sowie von zahlreichen Krankheiten ist (Idler – Benyamini, 1997; Lee, 2000; Martinez et al., 2009; Latham – Peek, 2012).

Wie aus der nachfolgenden Abbildung 8 hervorgeht, bewerten in Österreich etwas mehr als ein Fünftel der Erwachsenen ihren Gesundheitszustand als „mittelmäßig“, weitere 9% als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Die restlichen 70% der Bevölkerung sind der Meinung, einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand zu genießen. Mit diesen Werten liegt Österreich ziemlich genau im europäischen Mittelfeld, wobei einschränkend anzumerken ist, dass internationale Vergleiche des subjektiven Gesundheitszustands aufgrund von Unterschieden in der Semantik der Fragestellung sowie der Antwortkategorien und im Antwortverhalten der Bevölkerung mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Abbildung 8: Subjektive Gesundheitseinschätzung, internationaler Vergleich 2013, Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren



Q: WIFO-Darstellung auf Basis der OECD Health Statistics 2015; Daten aus EU-SILC.

Die von der OECD ausgewerteten Daten beziehen sich allerdings auf die gesamte Erwachsenenbevölkerung. Der allgemeine Gesundheitszustand verschlechtert sich mit dem Alter, weshalb für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bessere Gesundheitswerte ermittelt werden als für die Bevölkerung insgesamt. Gemäß der jüngsten EU-SILC-Erhebung (2014), in der ebenfalls der subjektive Gesundheitszustand abgefragt wird, stufen knapp 75% der 20- bis 64-Jährigen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein (Statistik Austria, 2015A). Die Personengruppen mit einem „mittelmäßigen“ bzw. „schlechten“ oder „sehr schlechten“ Gesundheitszustand sind in dieser Altersspanne entsprechend kleiner (19% bzw. 6%) als in der Bevölkerung einschließlich der Über-65-Jährigen.

Die verfügbaren Daten zeigen darüber hinaus eindeutig, dass der Gesundheitszustand einen starken Zusammenhang mit dem Arbeitsmarktstatus aufweist. Bei den Erwerbstätigen ist laut EU-SILC der Anteil der Gesunden mit 81% sehr hoch, der Personenanteil mit Angabe eines

„schlechten“ oder „sehr schlechten“ Gesundheitszustands mit 3% niedrig. Unter den Arbeitslosen gibt dagegen nur etwas mehr als die Hälfte (54%) einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand an. Rund ein Fünftel dieser Personengruppe (20%) bewertet die eigene Gesundheit vielmehr negativ („schlecht“ oder „sehr schlecht“), weitere 26% schätzen ihren Gesundheitszustand mittelmäßig ein.

Frauen weisen tendenziell schlechtere subjektive Gesundheitswerte als Männer auf. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im selbst eingeschätzten Gesundheitszustand sind allerdings nicht stark ausgeprägt. Laut EU-SILC (2014) lag der Anteil der Frauen mit guter oder sehr guter Gesundheit bei 74%, bei Männern waren es 76%.¹³⁾

Der Altersgradient im Gesundheitszustand ist viel stärker ausgeprägt als die geschlechtsspezifischen Unterschiede. Während fast 9 von 10 Unter-40-Jährigen (87%) ihre Gesundheit positiv bewerten, sind es bei den 40- bis 64-Jährigen nur zwei von drei befragten Personen (67%). Der Anteil gesundheitlich schlechter gestellter Personen steigt besonders in der Altersgruppe ab 55 Jahren spürbar an.

Gesundheitliche Einschränkungen und weitere Indikatoren

Von besonderer Bedeutung für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Frage, inwiefern gesundheitliche Probleme (Beeinträchtigungen) auch mit funktionalen Einschränkungen einhergehen oder aus anderen Gründen eine negative Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit haben. Aus EU-SILC geht hervor, dass 6% (2011) bis 7% (2014) der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20- bis 64-Jährige) der Meinung sind, aufgrund eines gesundheitlichen Problems im Alltag stark beeinträchtigt zu sein. Auch aus den Österreichischen Gesundheitsbefragungen (2006/7 sowie 2014) gehen vergleichbare Zahlen hervor. Insgesamt schwankt die Zahl der stark Beeinträchtigten je nach Survey und Jahr zwischen 5% und 7%, während weitere 15% bis 20% der Befragten angeben, aus gesundheitlichen Gründen leicht eingeschränkt zu sein. Auch in Bezug auf diese Indikatoren zeigen sich große Unterschiede nach Erwerbsstatus: Während sich 21% der in EU-SILC (2014) befragten Arbeitslosen stark beeinträchtigt fühlen, liegt der entsprechende Anteil unter den Erwerbstätigen bei nur 3%.

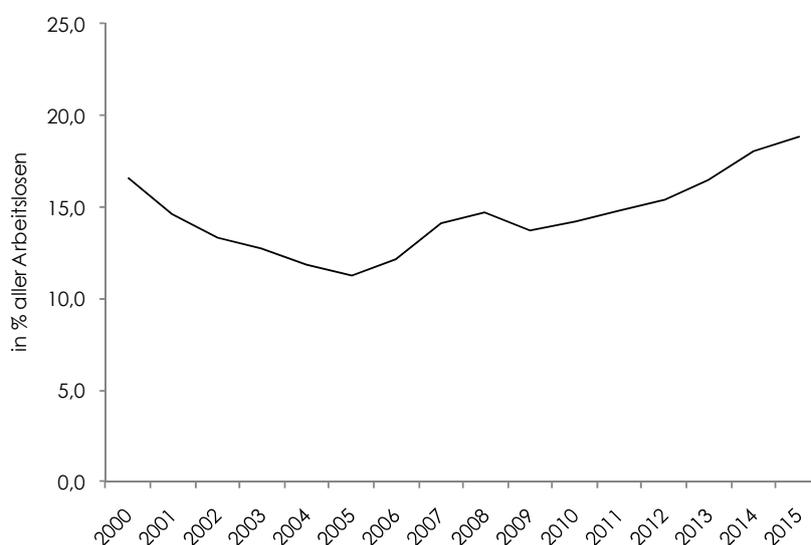
Zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Arbeitslosen können auch Informationen aus dem Data-Warehouse des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) herangezogen werden. Diese Datenquelle erlaubt die Eingrenzung der Arbeitslosen auf jene Personengruppen, bei denen (1) eine Behinderung nach dem BEinstG, Opferfürsorgegesetz oder einem Landesbehindertengesetz oder auch (2) eine „sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung“ nach AMS-Definition festgestellt wurde. Bei den letzteren handelt es sich um Personen, die unter physischen, psychischen, geistigen Beeinträchtigungen oder unter einer Beeinträchtigung der Sinnesfunktion leiden, welche nach Einschätzung der Beraterinnen und

¹³⁾ Auch die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/7 zeigt einen fast identischen geschlechtsspezifischen Unterschied.

Berater des AMS Schwierigkeiten bei der Vermittlung verursacht oder zu eingeschränkten Berufsmöglichkeiten führt.

Wie aus der nachfolgenden Darstellung ersichtlich ist, lag der Anteil der Personen mit gesetzlichem Behindertenstatus oder sonstiger gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung an allen Arbeitslosen zuletzt (2015) bei fast 19%. In einer längerfristigen Betrachtung steigt diese Quote, nach einem Rückgang in den frühen 2000er Jahren, seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts. Von den betroffenen Personen weist nur etwas weniger als jede Fünfte eine Behinderung im Sinne eines gesetzlichen Behindertenstatus auf, der Großteil davon wird aus anderen Gründen als gesundheitlich eingeschränkt eingestuft.

Abbildung 9: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitslosen



Q: AMS, WIFO-Berechnungen. Der aufgetragene Anteil umfasst sowohl Personen mit einer Behinderung nach dem BEinstG, Opferfürsorgegesetz oder einem Landesbehindertengesetz als auch Personen mit einer „sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung“ nach AMS-Definition.

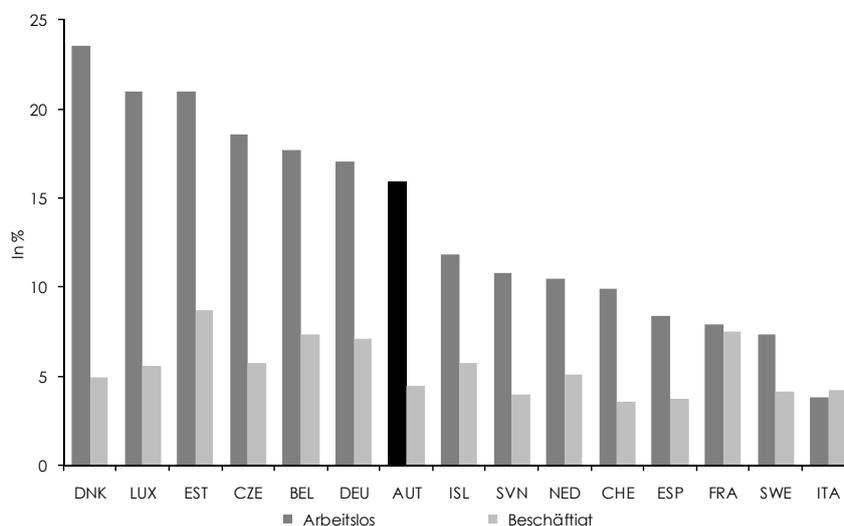
Der Status „sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung“ in den AMS-Daten beinhaltet keine nähere Spezifikation hinsichtlich der Art der jeweiligen Einschränkung und ihrer Relevanz für die Erwerbschancen. Dennoch liefern die darauf basierenden Zahlen einen wichtigen und mit den Ergebnissen der Selbstauskünfte in Surveys weitgehend konsistenten Anhaltspunkt zur Quantifizierung der gesundheitlich Beeinträchtigten auf Arbeitssuche. In einer Studie, die das WIFO gegenwärtig im Auftrag des Sozialministeriums zur „Evaluierung des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen“ durchführt, werden gesundheitliche Einschränkungen sowie deren Relevanz für die individuellen Erwerbschancen vertiefend untersucht.

Gesundheitliche Situation der Personen im höheren Erwerbsalter

Ältere Erwerbstätige sind aufgrund des starken Konnexes zwischen Alter und Gesundheit in Bezug auf eine gesundheitliche Betrachtung der Beschäftigungsfähigkeit von besonderem Interesse. Spezifische Erkenntnisse zu ihrer Situation können dem Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) entnommen werden – einer international harmonisierten Panelerhebung für die Erforschung von gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekten des demographischen Wandels in Europa.¹⁴⁾ In Bezug auf die Gesundheit erhebt SHARE neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch eine Liste an Diagnosen und funktionalen Einschränkungen.

Abbildung 10: Funktionale Einschränkungen im Alltag

Nach Erwerbsstatus (über-50-jährige Männer bis 65 Jahre und Frauen bis 60 Jahre)



Q: SHARE; WIFO-Berechnungen. Anteil der Personen, die mindestens eine funktionale Einschränkung nach ADL oder IADL aufweisen.

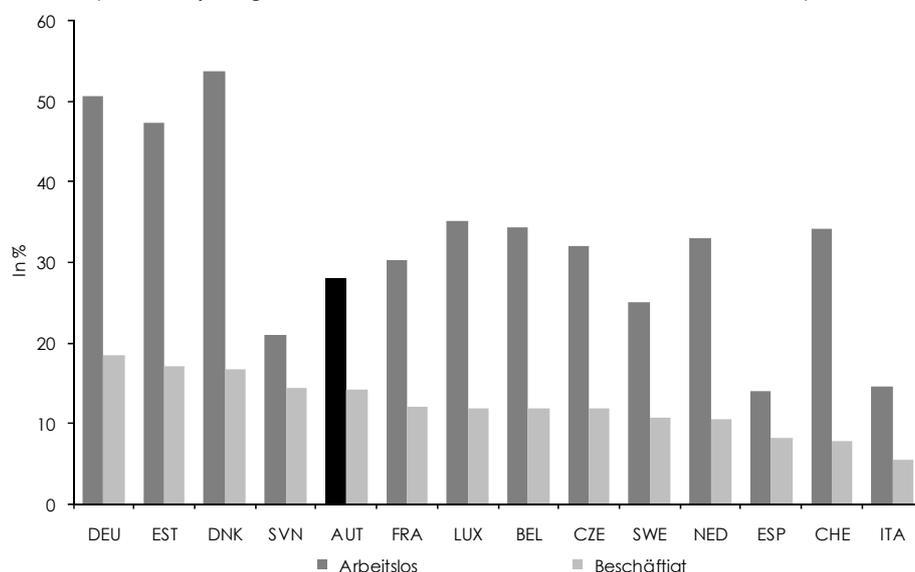
Funktionale Einschränkungen werden in SHARE mittels der ADL- (Activities of Daily Living) und IADL- (Instrumented Activities of Daily Living) Skalen gemessen, welche sich mit Handlungen und Aktivitäten aus dem alltäglichen Leben beschäftigen. Die ADL-Skala erfasst sechs Tätigkeiten, die sich auf die persönliche Versorgung und Hygiene beziehen (z. B. sich anziehen zu können), während die IADL-Skala sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld abfragt (z. B. Lebensmittel einkaufen, Hausarbeit und Geldangelegenheiten erledigen, usw.). Da es sich in beiden Fällen um grundlegende, einfache Alltagstätigkeiten handelt, sind Einschränkungen auf dieser Ebene als erhebliche Abweichungen vom optimalen Gesundheitszustand zu bewerten. Aus SHARE geht hervor, dass in Österreich etwa 5% der 50-

¹⁴⁾ Siehe z. B. *Halmdienst et al. (2014)*, wo diese Daten näher beschrieben und Auswertungen der vierten und fünften Welle für Österreich und einige Vergleichsländer durchgeführt werden.

bis 64-Jährigen mindestens eine funktionale Einschränkung im Bereich der persönlichen Versorgung und Hygiene (ADL) aufweisen. Die funktionalen Einschränkungen im Wohn- und Lebensumfeld (IADL) sind etwas stärker verbreitet und betreffen knapp 10% der Befragten.

Die Personengruppen der hinsichtlich ADL und IADL funktional Eingeschränkten weisen einen hohen Überlappungsgrad auf: Der Anteil an den 50- bis 64-Jährigen, die mindestens eine Form von funktionaler Einschränkung haben, liegt bei knapp 11%. Wie Abbildung 10 zeigt, bestehen auch in dieser Dimension starke Unterschiede nach Erwerbsstatus. Um die internationale Vergleichbarkeit zu erhöhen, wurde bei dieser sowie bei den nachfolgenden Darstellungen, aufgrund des in Österreich niedrigeren Regelpensionsalters, die Altersobergrenze im Falle der Frauen bei 60 Jahren gezogen.

Abbildung 11: Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Erwerbsleben
Nach Erwerbsstatus (über-50-jährige Männer bis 65 Jahre und Frauen bis 60 Jahre)



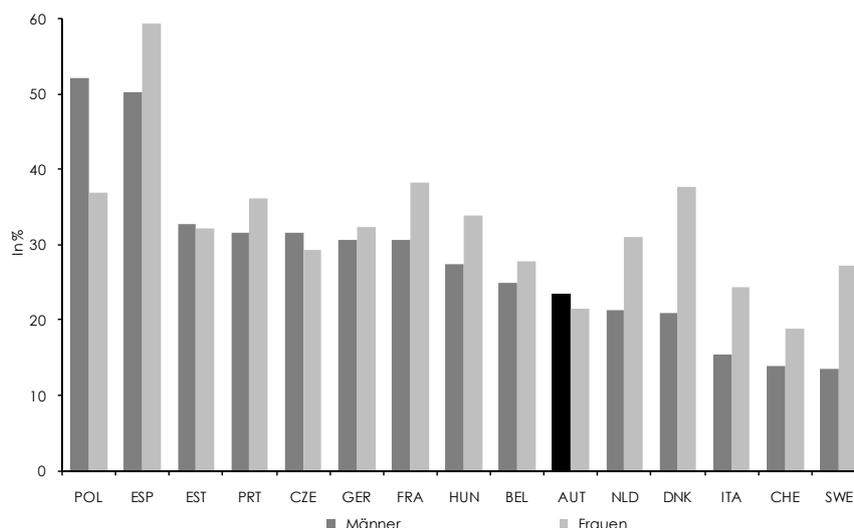
Q: SHARE; WIFO-Berechnungen. Anteil der Personen, die folgende Frage positiv beantwortet haben: „Haben Sie gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, die die Art oder das Ausmaß Ihrer bezahlten Tätigkeiten einschränken?“.

Neben den funktionalen Einschränkungen bei klar definierten Alltagstätigkeiten, geben die Befragten in SHARE auch über die Bedeutung von gesundheitlichen Einschränkungen für ihr Berufsleben Auskunft. Fast ein Fünftel (19,6%) der Älteren, die noch im erwerbsfähigen Alter sind, ist der Meinung, gesundheitliche Probleme zu haben, die mit einer Einschränkung im Bereich der Erwerbstätigkeit einhergehen. Wie aus Abbildung 11 ersichtlich ist, liegt die Quote bei den Beschäftigten über 14%, bei den Arbeitslosen ist sie jedoch fast doppelt so hoch (die Nichterwerbspersonen weisen einen Anteil von 25% auf). Somit liegt der Anteil der Personen, welche angeben, durch gesundheitliche Probleme in ihrem Berufsleben eingeschränkt zu sein, deutlich höher als der Anteil jener, die funktionale Einschränkungen im Alltag (nach ADL

und IADL) beklagen. Das ist nicht überraschend, da die im Beruf zu bewältigenden Anforderungen in der Regel höher und komplexer sind als jene des Alltags.

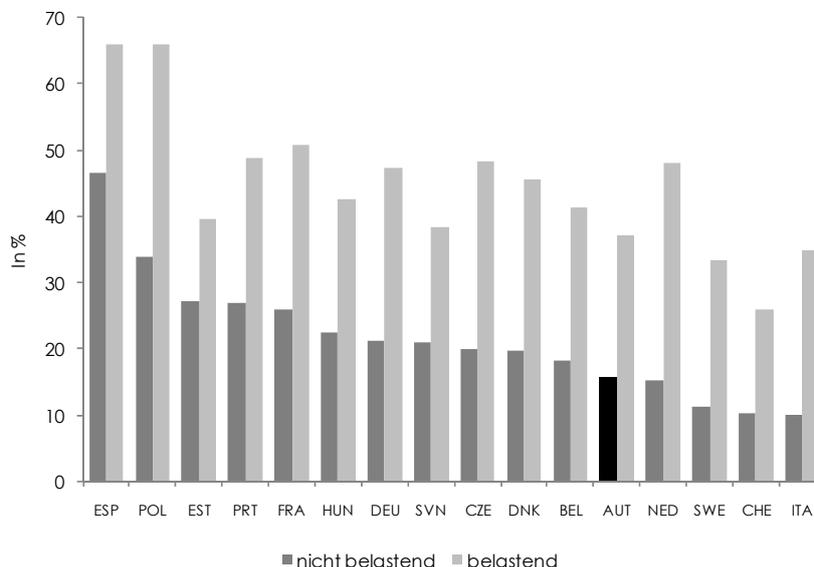
Des Weiteren werden die Erhebungspersonen in SHARE auch danach gefragt, ob sie ihrer Einschätzung nach ihre (derzeitige) Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters verlassen werden müssen. Die Antwort auf diese Frage, die nur den aktiv Beschäftigten gestellt wird, kann als ein subjektiv eingeschätztes Invaliditätsrisiko betrachtet werden. Wie aus der nachfolgenden Abbildung 12 zu erkennen ist, sind etwas mehr als ein Fünftel der über-50-jährigen Beschäftigten in Österreich der Meinung, von einem solchen Invaliditätsrisiko betroffen zu sein. Dieser Anteil war in den letzten beiden SHARE-Wellen (Jahre 2011 und 2013) stabil, wobei Frauen (die im Durchschnitt allerdings auch jünger sind) etwas weniger oft als Männer die Befürchtung hegen, aus gesundheitlichen Gründen ihren Job nicht bis zum regulären Pensionsantrittsalter ausüben zu können.

Abbildung 12: Subjektive Einschätzung des Invaliditätsrisikos
Nach Geschlecht (über-50-jährige Männer bis 65 Jahre und Frauen bis 60 Jahre)



Q: SHARE; WIFO-Berechnungen. Anteil der Personen, die folgende Frage positiv beantwortet haben: „Machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie Ihre derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären Pensionsalters ausüben können?“.

Abbildung 13: Einschätzung des Invaliditätsrisikos, nach Ausmaß der Arbeitsplatzbelastungen Beschäftigte, über-50-jährige Männer bis 65 Jahre und Frauen bis 60 Jahre



Q: SHARE; WIFO-Berechnungen. Anteil der Personen, die folgende Frage positiv beantwortet haben: „Machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie Ihre derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären Pensionsalters ausüben können?“. Als belastende Arbeitsplätze wurden jene definiert, die auf einer dem Anforderungs-Kontroll-Konzept von Karasek (1979) bzw. Karasek – Theorell (1990) nachempfundenen Skala im unteren Drittel der Verteilung (also im Drittel mit dem ungünstigsten Verhältnis zwischen Anforderungen und Handlungsspielräumen) aller Arbeitsplätze im jeweiligen Land liegen. Für Erläuterungen zur Methodik siehe Siegrist et al. (2007).

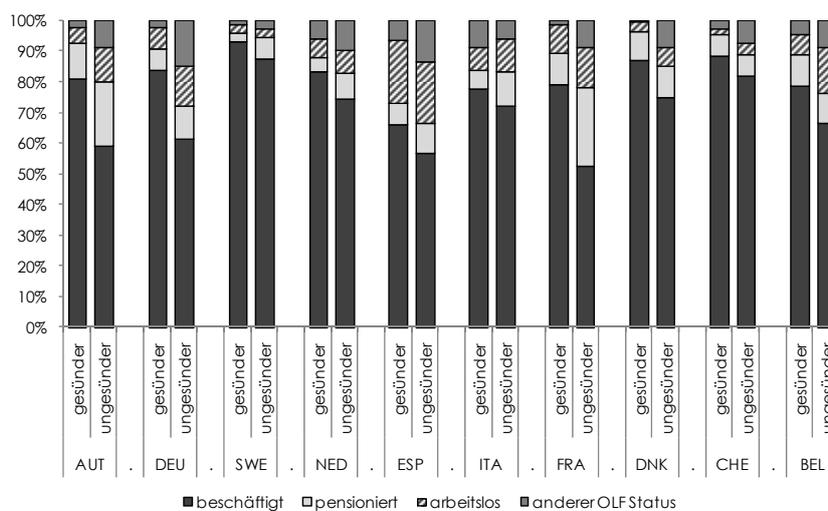
Wie Abbildung 13 zeigt, differiert das subjektiv wahrgenommene Invaliditätsrisiko mit der Arbeitsplatzqualität. Der Anteil der Beschäftigten, die befürchten, aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig den Arbeitsmarkt verlassen zu müssen, liegt bei denjenigen, die ihren Arbeitsplatz als belastend einschätzen, in den meisten Ländern mindestens doppelt so hoch wie bei jenen, die bei der Arbeit keinen besonders hohen Belastungen ausgesetzt sind.

Dieses Ergebnis bestätigt sich auch bei Nutzung von unterschiedlichen Konzepten zur Messung von Arbeitsplatzbelastungen. Hinter diesem Konnex können unterschiedliche Wirkungszusammenhänge stehen. Einerseits stellen hohe Arbeitsplatzbelastungen zusätzliche Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte sich nicht dazu in der Lage fühlen, diesen Anforderungen bis zum Erreichen des Regelpensionsalters zu entsprechen. Andererseits können es gerade hohe Arbeitsplatzbelastungen sein, die über die Zeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hervorrufen und somit kausal für das erhöhte Invalidisierungsrisiko verantwortlich sind. Auch negative Selektionseffekte, d. h. eine überproportionale Konzentration von gesundheitlich eingeschränkten Personen auf Arbeitsplätzen mit schlechteren Arbeitsbedingungen, sind nicht auszuschließen.

Um den Zusammenhang zwischen Arbeitsmarktposition und Gesundheit auch aus einem anderen Blickwinkel zu beleuchten, wird in Abbildung 14 dargestellt, welchen Erwerbsstatus die Erwerbspersonen (Arbeitslose und Beschäftigte) aus der vierten SHARE-Welle (erhoben 2011) zum Zeitpunkt der fünften SHARE-Welle (erhoben 2013) aufwiesen. Dabei wird zwischen Personen, die sich 2011 im untersten Quartil der Gesundheitsverteilung (gemessen an einem synthetischen Gesundheitsindikator)¹⁵ befunden hatten, und den restlichen, gesünderen Erwerbspersonen unterschieden.

Aus der Darstellung ist ersichtlich, dass der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Österreich sehr ausgeprägt ist. Während 80% der Personen mit relativ gutem Gesundheitszustand aus dem Jahr 2011 zwei Jahre später beschäftigt sind, liegt der Anteil bei den Ungesünderen um 20 Prozentpunkte niedriger. Etwa ein Fünftel der Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand im Jahr 2011 ist zwischenzeitlich (vorzeitig) in Pension gegangen, aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, weitere 10% sind arbeitslos und etwas weniger als 10% befinden sich in einem anderen OLF-Status („out of labour force“, d. h. Nichterwerbsstatus).

Abbildung 14: Veränderung im Erwerbsstatus in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand Status in Welle 5 (2013) der Erwerbspersonen aus Welle 4 (2011)



Q: SHARE; WIFO-Berechnungen. Die Grundgesamtheit der Betrachtung bilden über-50-jährige Erwerbspersonen (Beschäftigte und Arbeitslose) aus der vierten SHARE-Welle, die zum Zeitpunkt der fünften Welle das gesetzliche Regelpensionsalter im jeweiligen Land noch nicht erreicht hatten. Als „ungesund“ werden jene Personen bezeichnet, die in der vierten Welle im untersten Quartil der Gesundheitsverteilung (basierend auf einem synthetischen Gesundheitsindex nach *Poterba et al.*, 2013) lagen.

¹⁵ Der Gesundheitsindikator fasst eine Vielzahl an gesundheitlichen Informationen (z. B. funktionale Einschränkungen, ärztliche Diagnosen, Body-Mass-Index, usw.) zusammen. Die Bevölkerung wird auf Basis der Verteilung dieser synthetischen Maßzahl in Perzentile eingeteilt. Im ersten Perzentil befinden sich jene 1% der Bevölkerung mit den schlechtesten Gesundheitsindexwerten, im obersten Perzentil jene mit den besten Gesundheitsindexwerten. Eine genauere Erläuterung der Methodik findet sich in *Poterba et al.* (2013).

Auch andere Länder, wie Deutschland und Frankreich, weisen ein sehr ähnliches Muster wie Österreich auf. Dagegen ist in Schweden und der Schweiz, aber auch in den Niederlanden und Dänemark der Beschäftigtenanteil in beiden Gruppen höher und der Unterschied zwischen den beiden Gruppen schwächer ausgeprägt. Auch in Italien und Spanien (sowie in gewissem Ausmaß in Belgien) zeigen sich in der Darstellung geringere Unterschiede zwischen den gesünderen und den ungesünderen Erwerbspersonen (wobei in diesen Ländern, so wie in Österreich aber anders als in Schweden, Dänemark und der Schweiz, bereits zum Zeitpunkt der vierten SHARE-Welle mehr als 4 von 10 Erhebungspersonen nicht (mehr) am Arbeitsmarkt aktiv waren). Hinter diesen niedrigen Erwerbsbeteiligungsquoten stehen auch Selektionseffekte, die aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen, dass die Zahl der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die am Arbeitsmarkt aktiv sind, geringer ist als in den anderen Ländern. Mit anderen Worten würden in Österreich, bei einer gleich hohen Erwerbsbeteiligung wie in den beiden nordischen Ländern bzw. der Schweiz, die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen tendenziell noch stärker ausgeprägt sein.

Diese Auswertung lässt keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zu. Dennoch stützen die deskriptiven Ergebnisse die Vermutung, dass es in Österreich in geringerem Ausmaß als in vielen anderen europäischen Vergleichsländern gelingt, Personen mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsmarkt zu halten. Die hohen Beschäftigungsquoten der „ungesünderen“ Erwerbspersonen in Schweden und anderen Ländern können zwar z. T. durch institutionelle Faktoren und spezifische Merkmale des Sozialsystems bedingt sein, beispielsweise durch sehr lange Perioden der Entgeltfortzahlung oder des Krankengeldbezugs.¹⁶⁾ Doch ist dem entgegenzuhalten, dass auch bei einer Ausdehnung des Analysezeitraums der Abbildung 14 zugrundeliegenden Auswertung auf mehrere aufeinander folgende SHARE-Wellen ähnliche Unterschiede zwischen den Ländern beobachtet werden können. Für Schweden und die Schweiz zeigt sich beispielsweise, dass rund 70% der im Jahr 2007 (zum Zeitpunkt der zweiten SHARE-Welle) als „ungesünder“ eingestuft Erwerbspersonen im Jahr 2013 einer Beschäftigung nachgingen (zum Vergleich: in Deutschland lag dieser Anteil deutlich unter 40%).¹⁷⁾

2.3 Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Erwerbsbevölkerung und für die Ableitung von arbeitsmarkt- und

¹⁶⁾ In Schweden war beispielsweise der Bezug von Krankengeld (bis zum Jahr 2008) zeitlich nicht begrenzt, weshalb kranke Personen potentiell viel länger als beschäftigte gezählt wurden bzw. sich in Erhebungen als beschäftigt einstufen, als es in anderen Ländern der Fall gewesen wäre. Seit 2008 wird Krankengeld für maximal 364 Tage innerhalb einer Periode von 450 Tagen ausbezahlt, wobei unter bestimmten Bedingungen die Zahlungsdauer auf 914 Tage verlängert werden kann (OECD, 2013).

¹⁷⁾ Eine solche Betrachtung führt zu einer starken Reduktion der beobachteten Fallzahlen. Das gilt in besonderem Ausmaß für die österreichische Stichprobe, die erst in der vierten SHARE-Welle aufgefrischt und deutlich vergrößert wurde, weshalb für Österreich keine Aussagen getroffen werden können.

sozialpolitischen Handlungsempfehlungen besonders bedeutsam. Zusammen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen sie die Hauptursache für den Bezug einer Invaliditätspension und den gesundheitlich bedingten Rückzug aus dem Erwerbsleben dar. Ihr Anteil an den (diagnostizierten) Ursachen von Arbeitsunfähigkeit ist seit Jahren im Steigen begriffen, nicht zuletzt weil vermehrt jüngere Personen aufgrund psychischer Störungen eine Invaliditätspension beantragten. In den vergangenen Jahren gingen deutlich über 30% der anerkannten Anträge auf Invaliditätspension auf diese Art von Erkrankungen zurück.

Als Krankenstandsursache sind psychische Erkrankungen nach wie vor quantitativ weniger bedeutsam, 2014 gingen nur 2,5% der Krankenstandsfälle auf „psychische und Verhaltensstörungen“ zurück, wobei dieser Anteil seit Jahren steigt. Infolge der überdurchschnittlichen Länge von Krankenstandsepisoden, die eine psychische Störung zur Ursache haben, beträgt ihr Anteil am gesamten Krankenstandsvolumen dennoch fast 10%.

Psychische Krankheiten sind auch besonders kostspielig für die Gesellschaft. Schätzungen zufolge liegen die direkten und indirekten Kosten von psychischen Krankheiten in den wirtschaftlich entwickelten Industriestaaten in einer Bandbreite zwischen 3% und 4,5% des BIP (Gustavsson *et al.*, 2011; OECD, 2015B). Für Österreich ergeben die Schätzungen Kosten in einer Höhe von 3,6% des BIP, wobei medizinische Kosten dabei nur einen geringen Anteil ausmachen, während der größte Teil der Kosten nicht im Gesundheitssystem, sondern indirekt als Folge von Arbeitsplatzverlust, verringerter Produktivität und Sozialleistungsbezug entsteht.

Aus den genannten Gründen erhalten psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen seitens der Politik und Stakeholder wachsende Aufmerksamkeit und werden immer öfter im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit oder zur Wiedereingliederung adressiert. In der Schweiz wurde beispielsweise der Schwerpunkt der fünften Revision der Invalidenversicherung (2008) auf die Bedürfnisse von Arbeitskräften mit psychischen Gesundheitsproblemen gelegt und in diesem Zuge ein neues Modell der beruflichen Rehabilitation (die „Integrationsmaßnahmen“) entwickelt und eingeführt.

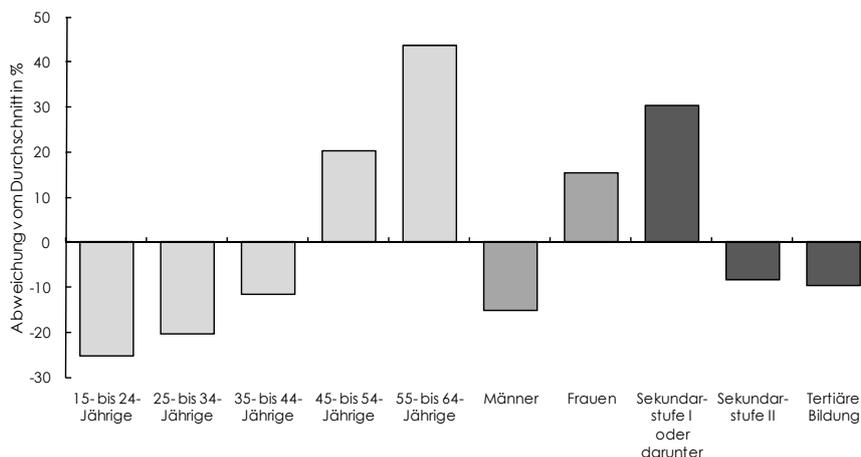
Trotz der Vielzahl an entwickelten Maßnahmen und Policy-Beispielen, stellen psychische Erkrankungen eine besonders hohe Hürde für die Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt dar. Gensby *et al.* (2012) betonen, dass Eingliederungsmaßnahmen für Beschäftigte mit psychischen Problemen bisher nur unzureichend beleuchtet werden konnten und dass die Entwicklung und Umsetzung von arbeitsplatzbezogenen Interventionen für diese Personengruppe noch in den Kinderschuhen steckt. Auch die OECD schreibt in einer ihrer jüngsten Studien zu diesem Thema, dass die wachsende Zahl an Maßnahmen und auch an Untersuchungen nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass wir nach wie vor mit großen Daten- und Wissenslücken konfrontiert sind (OECD, 2015C).

Obwohl noch weitere Untersuchungen notwendig sind, zeigen bereits die verfügbaren Ergebnisse, dass es für die Reintegration von psychisch erkrankten Beschäftigten neben einem graduellen Wiedereinstieg auch anderer, flankierender Maßnahmen bedarf. Auch Eppel *et al.* (2014) kommen in ihrer Untersuchung von Beschäftigungsmaßnahmen am

zweiten Arbeitsmarkt in Österreich zu dem Schluss, dass psychische Erkrankungen spezifische Betreuungserfordernisse bedingen.

Abbildung 15: Prävalenz von psychischen Störungen

Abweichungen von der Prävalenz in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt, 2007



Q: OECD-Berechnungen auf Basis der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/7. – "Sekundarstufe I oder darunter" umfasst die Stufen 0-2 der International Standard Classification of Education (ISCED); "Sekundarstufe II" umfasst ISCED 3 und 4; "Tertiäre Bildung" ISCED 5 und 6. – Aktuellere Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 sind Ende 2015 oder Anfang 2016 erhältlich.

Die Schwierigkeiten in der Handhabung von psychischen Erkrankungen beginnen bereits damit, dass eine exakte Bestimmung ihrer Prävalenz in der Bevölkerung bzw. Erwerbsbevölkerung nicht einfach ist. *Wittchen et al.* (2011) kommen in einer umfangreichen Studie zu dem Ergebnis, dass in der EU pro Jahr mehr als 38% der Bevölkerung mit einem psychischen Leiden konfrontiert sind. Andere Untersuchungen schätzen die Prävalenz von psychischen Störungen niedriger ein (z. B. *de Graaf et al.*, 2012). Die Prävalenz über den Lebenszyklus liegt Schätzungen zufolge im Bereich von 40% bis 50%, mit anderen Worten ist statistisch gesehen fast jede zweite Person in ihrem Leben einmal betroffen (*OECD*, 2015B).

Die Frage, inwiefern psychische Erkrankungen tatsächlich im Zunehmen begriffen sind, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (*Heyde – Macco*, 2010; *Zach*, 2014). Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen in der Arbeitswelt, zunehmen, deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. *Richter et al.* (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Dieses Ergebnis wird in einem Update (*Richter – Berger*, 2013) im Lichte der Ergebnisse aus 33 neueren Studien bestätigt.

Demzufolge scheint das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in den Statistiken und die steigende Zahl an Behandlungen in erster Linie auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten, eine geringere Stigmatisierung und erhöhte

Wahrnehmung psychischer Probleme zurückzuführen zu sein. Diese Trends dürften dazu beitragen, dass die wahre Tragweite der Krankheitslast durch psychische Erkrankungen verstärkt zum Vorschein kommt. Die vergleichsweise geringe Zahl der Krankenstandsfälle, die psychischen Ursachen zugeschrieben wird, rechtfertigt die Annahme, dass im Bereich der Krankschreibung der Erwerbspersonen diese Tragweite bisher noch nicht im vollen Ausmaß durchschlägt.

Die OECD geht davon aus, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20 bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Sie verfolgt in ihren arbeitsmarktbezogenen Analysen daher den Ansatz, jeweils jenes Fünftel der Erwerbsbevölkerung, das die schlechtesten psychischen Gesundheitsindikatoren aufweist, unabhängig davon, um welches Erhebungsinstrument und um welchen Indikator es sich handelt, als Personen mit psychischen Leiden zu definieren. Etwa ein Viertel dieser Personen, also 5% der Bevölkerung, ist durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen.¹⁸⁾ Die Zahl der von psychischen Leiden Betroffenen schwankt deshalb stark in Abhängigkeit davon, wie weit der Kreis der psychischen Erkrankungen gefasst wird. Das zeigt sich auch am Beispiel der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung: Aus der jüngsten Erhebung (2014) geht hervor, dass 6,6% der 15- bis 60-Jährigen in Österreich im abgelaufenen Jahr an einer Depression litten (*Statistik Austria, 2015B*). In der früheren Welle dieser Erhebung (2006) lag der entsprechende Anteil bei 5,5% (*Statistik Austria, 2007*). Damals wurden die Erhebungspersonen auch nach dem Auftreten von Schlafstörungen befragt. Rund 21% der Personen gaben an, in den zwei Wochen vor der Befragung Schlafstörungen gehabt zu haben, wobei fast die Hälfte angab, von der Störung stark betroffen zu sein.

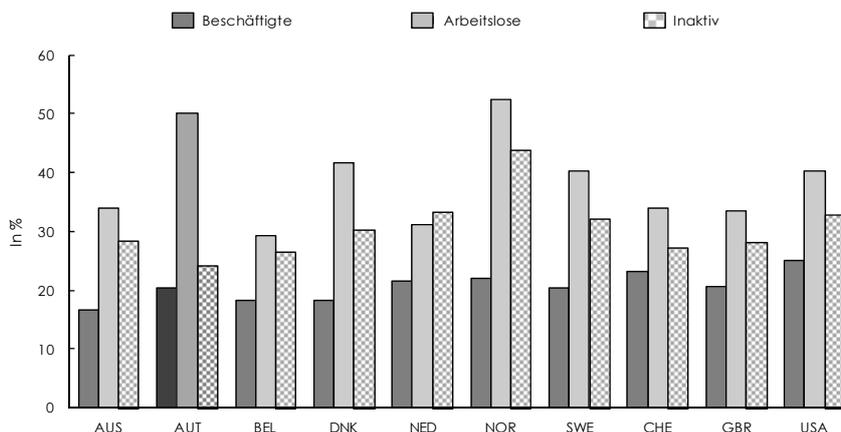
Die Auswertungen der OECD für Österreich zeigen, dass Frauen überproportional oft und höher qualifizierte Personen vergleichsweise seltener von psychischen Störungen betroffen sind (Abbildung 15). Darüber hinaus zeigen die Daten einen starken Anstieg der Prävalenz bei den Über-45-Jährigen und besonders den Über-55-Jährigen. International ist dieser ausgeprägte altersspezifische Gradient in Österreich unüblich, da in vergleichbaren Ländern die altersspezifischen Unterschiede in der Prävalenz schwächer ausgeprägt sind und tendenziell Jüngere stärker von psychischen Störungen betroffen sind als Ältere (*OECD, 2015B*).

In Bezug auf Unterschiede nach dem Erwerbsstatus bestätigt sich für Österreich dagegen das bereits für andere gesundheitliche Indikatoren aufgezeigte und im internationalen Vergleich konsistente Muster: Arbeitslose weisen eine viel höhere Häufigkeit von psychischen Störungen auf als Beschäftigte. Wie aus Abbildung 16 entnehmbar ist, besteht darüber hinaus ein geschlechtsspezifisches Gefälle: Die Prävalenz von psychischen Störungen liegt bei den

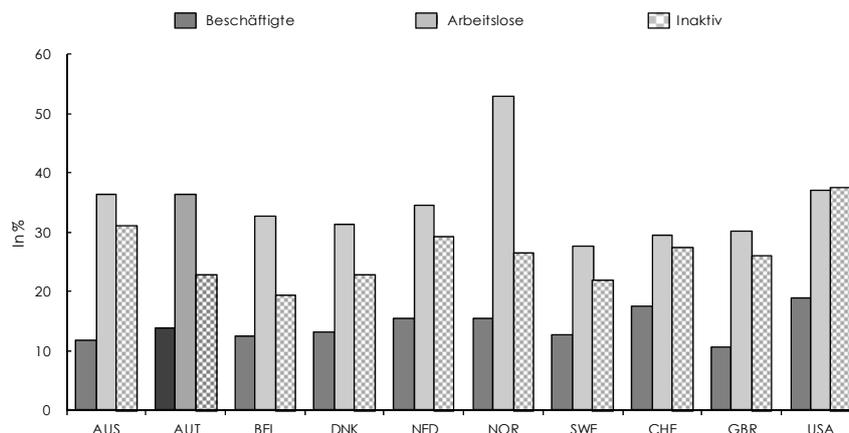
¹⁸⁾ Dieser methodische Ansatz verfolgt nicht das Ziel einer exakten Bestimmung von Prävalenzen, sondern jenes, der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen psychischen Gesundheitsproblemen und Erwerbstätigkeit zweckdienlich zu sein.

weiblichen Beschäftigten (etwa 20%), Arbeitslosen (50%) und Nichterwerbspersonen (fast 25%) deutlich höher als bei den entsprechenden männlichen Gruppen (14%, 36% und 23%).

Abbildung 16: Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus
Frauen im erwerbsfähigen Alter



Männer im erwerbsfähigen Alter



Q: OECD (2015B). OECD-Berechnungen auf Basis der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/7 und anderer nationaler Gesundheitssurveys.

2.4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse aus diesem Überblick deskriptiver Daten zu Gesundheit und Arbeitsunfähigkeit helfen dabei, die Problemlage in ihrer Größenordnung einzustufen und wichtige Zusammenhänge hervorzuheben. Die empirischen Befunde aus unterschiedlichen Quellen ergeben ein weitgehend konsistentes Bild in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit und die Verbreitung von gesundheitlichen Einschränkungen, die einen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit haben können. Die wichtigsten Befunde für Österreich können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Laut Selbsteinschätzung weicht etwa ein Viertel der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand ab. Der Großteil dieser Personen bewertet die eigene Gesundheit als „mittelmäßig“, während etwa 5% bis 7% der Personen im erwerbsfähigen Alter dezidiert von einem schlechten Gesundheitszustand sprechen. In einer ähnlichen Größenordnung bewegt sich auch der Anteil derjenigen, die unter einer funktionalen Einschränkung im Alltagsleben leiden.
- Alle zusammengetragenen Auswertungen und Befunde zeigen sehr stark ausgeprägte Unterschiede im gesundheitlichen Zustand in Zusammenhang mit dem Arbeitsmarktstatus. Je nach untersuchtem Gesundheitsindikator, liegt der Anteil der betroffenen Arbeitslosen doppelt bis dreimal so hoch wie jener der Beschäftigten. Besonders auffällig ist, dass ein Fünftel der Arbeitsuchenden den eigenen Gesundheitszustand eindeutig negativ bewertet und etwa ein Sechstel dieser Personen mindestens eine funktionale Einschränkung im Alltag aufweist.
- Diese subjektiven Einschätzungen werden durch Daten aus administrativen Statistiken und anderen Quellen untermauert. Arbeitslose verbringen erheblich mehr Tage im Krankenstand als Beschäftigte, ihre Krankenstandsquote ist in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen und lag zuletzt mit Werten nahe bei 9% mehr als doppelt so hoch wie jene der Beschäftigten. Laut AMS haben darüber hinaus knapp 19% der arbeitslos vorgemerkten Personen einen gesetzlichen Behindertenstatus oder eine sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung. Diese Daten geben keine genaue Auskunft über Form und Ausmaß der Einschränkung und können somit nur bedingt als Basis für die Entwicklung von passenden Integrationsmaßnahmen dienen. Aber sie liefern einen weiteren Beleg dafür, dass etwa jede fünfte arbeitssuchende Person mit arbeitsmarktrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert ist.
- Erwartungsgemäß weisen alle gesundheitlichen Indikatoren einen starken Altersgradienten auf. Sowohl der allgemeine gesundheitliche Zustand als auch spezifische Indikatoren zu funktionalen Einschränkungen verschlechtern sich deutlich

mit dem Alter. Rund ein Fünftel der Über-50-Jährigen stuft die Wahrscheinlichkeit hoch ein, aufgrund von gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt oder zumindest den derzeit ausgeübten Beruf frühzeitig verlassen zu müssen. Es gibt auch Hinweise dafür, dass psychische Störungen in Österreich stärker als in anderen Ländern auf ältere Erwerbspersonen konzentriert sind. Die Kombination aus Alter und Arbeitslosigkeit stellt demnach einen besonders hohen Risikofaktor für gesundheitlich bedingte Integrationsschwierigkeiten am Arbeitsmarkt dar.

- Psychische Gesundheitsprobleme sind in der Bevölkerung weit verbreitet und waren das höchstwahrscheinlich auch in der Vergangenheit. Schätzungen zufolge sind etwa 5% der Personen im erwerbsfähigen Alter von schweren psychischen Störungen betroffen, weitere 15% von leichten bis moderaten Störungen. Die Zunahme an Diagnosen und Behandlungen dürfte in erster Linie Ausdruck dessen sein, dass allmählich die volle Tragweite von psychischen Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung zum Vorschein kommt. Psychische Störungen sind stark auf Arbeitslose und Nichterwerbspersonen konzentriert und wirken sich besonders negativ auf die Erwerbschancen aus, weshalb eine gesonderte Betrachtung dieser Gattung von Krankheiten hilfreich sein kann, um gesundheitlich Beeinträchtigte mit Integrationsrisiken zu identifizieren.
- Aus den verfügbaren Daten und Studien geht ein starker Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invalidität hervor. Vorübergehende Formen von Arbeitsunfähigkeit sind stark an bleibende Arbeitsunfähigkeit geknüpft und dieser Zusammenhang kann bei Personen, die aus gesundheitlichen Gründen den Arbeitsmarkt frühzeitig verlassen, etliche Jahre in die Vergangenheit zurück verfolgt werden. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass der Krankenstand ein aussagekräftiger Vorlaufindikator für gesundheitliche Integrationsrisiken ist und dass sowohl Spielraum als auch Notwendigkeit für Monitoring und Frühintervention bestehen, um der Verfestigung der gesundheitlichen Probleme zeitgerecht entgegenzuwirken.
- Weder das Krankenstandsniveau noch die Quote der InvaliditätsleistungsbezieherInnen unter den Personen im erwerbsfähigen Alter sind in Österreich im internationalen Vergleich hoch. Allerdings zeigen die Daten in Bezug auf bleibende Arbeitsunfähigkeit einen erheblichen Verbesserungsspielraum. Der Anteil der Arbeitskräfte mit schlechtem gesundheitlichem Zustand, die frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, ist in Österreich deutlich höher als in Ländern wie Schweden, Dänemark, Niederlande und der Schweiz.

3. Reformen im internationalen Umfeld

In den vergangenen Jahrzehnten wurden in den wirtschaftlich entwickelten Industrieländern unterschiedliche Strategien und vielzählige konkrete Maßnahmen erprobt und implementiert, um vorübergehende und vor allem bleibende Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren. Das vorliegende Kapitel gibt in einem ersten Schritt (Abschnitt 3.1) einen Gesamtüberblick der wichtigsten Reformtrends und zeigt in einer vergleichenden Perspektive die Position Österreichs im internationalen Kontext auf. In weiterer Folge werden konkrete Beispiele für Maßnahmen sowie die Reformstrategien ausgewählter Länder in größerem Detail beschrieben und diskutiert (Abschnitt 3.2), sowie abschließend Erkenntnisse aus der empirischen Literatur zur Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen und Strategien zusammengetragen (Abschnitt 3.3).

3.1 Überblick: Reformtrends in den OECD Ländern

Die OECD hat in einer Reihe von Studien die unterschiedlichen Regelungen, Ansätze und Reformschritte ihrer Mitgliedsländer im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit dokumentiert und untersucht¹⁹⁾. Um die Länder vergleichen und Entwicklungen über die Zeit – sprich Reformschritte zur Vermeidung bzw. Reduzierung von Arbeitsunfähigkeit – messbar machen zu können, entwickelte die OECD zwei zusammengesetzte Indizes. Der erste Index bildet das Ausmaß der sozialen Absicherung und des Schutzes vor Einkommensverlust bei vorübergehender oder bleibender Arbeitsunfähigkeit ab (Kompensations- oder Absicherungsindex); der zweite Index misst die Intensität der Maßnahmen zur Aktivierung und Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen (Aktivierungs- oder Integrationsindex). Beide Indizes bestehen aus jeweils zehn Teilindikatoren, die ebenso viele unterschiedliche Merkmale der entsprechenden Krankenversicherungs- und Sozialsysteme abdecken. Jedes Merkmal bzw. dessen Indikator wird anhand einer vordefinierten Skala, die von null bis fünf Punkte reicht, bewertet.

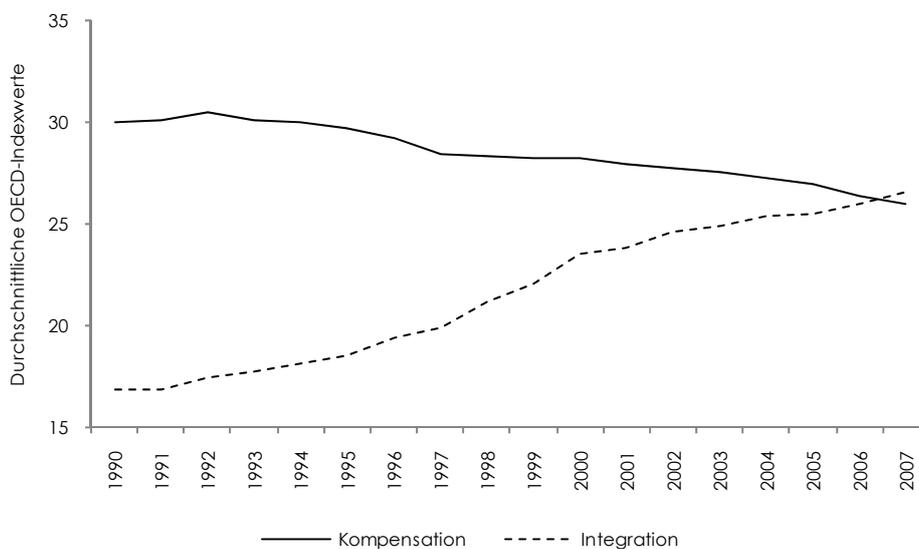
Der Kompensationsindex beinhaltet Aspekte wie die Zugangsbestimmungen, die Zuerkennungskriterien und die Höhe von Invaliditätsleistungen sowie Merkmale der Leistungen bei Krankenstand. Demgegenüber beleuchtet der Integrationsindex, unter anderem, den Zeitpunkt und den Umfang beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, die Existenz von Arbeitsanreizen für die Begünstigten und das Ausmaß der Arbeitgeberverpflichtungen gegenüber gesundheitlich beeinträchtigten MitarbeiterInnen.

Die Übersichten im Anhang geben einen Überblick über die 20 Indikatoren der beiden Indizes und die Kriterien, mit denen die entsprechenden Dimensionen auf der Skala von 0 bis 5 bewertet werden. Die Summe der Punktezahl aus den jeweils zehn Teilindikatoren für

¹⁹⁾ Von großer Bedeutung sind in dieser Hinsicht die Studien aus den Reihen „Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers“ (Synthesebericht OECD (2010) sowie Länderstudien) und „Mental Health and Work“ (Synthesebericht OECD (2015B) sowie Länderstudien).

Kompensation/Absicherung bzw. Aktivierung/Integration kann somit zwischen 0 und 50 liegen. Mithilfe dieser beiden Indizes ist es möglich, sowohl Niveaus und systemische Unterschiede zu einem gegebenen Zeitpunkt zu vergleichen, als auch Entwicklungen über die Zeit zu messen. Eine höhere Punktzahl beim Kompensationsindex bedeutet eine großzügigere bzw. bessere Absicherung gegen Einkommensverlust bei Arbeitsunfähigkeit, während eine hohe Punktzahl des Integrationsindex einen aktivierenden und beschäftigungsorientierten Umgang mit Arbeitsunfähigkeit kennzeichnet.

Abbildung 17: Entwicklung des Integrations- und Kompensationsindex der OECD

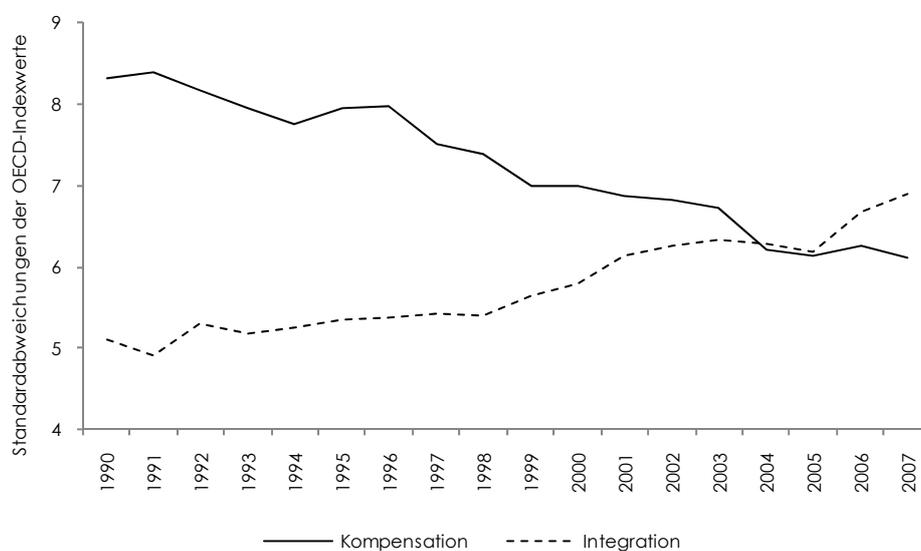


Q: OECD; Böheim – Leoni (2015). Ungewichteter Durchschnitt für die folgenden 20 OECD Mitgliedsländer: AUT, GER, SWE, NLD, ESP, DNK, CHE, BEL, POL, IRL, LUX, PRT, AUS, CAN, FIN, GBR, KOR, NZL, NOR, USA.

Die Indizes sind für die meisten OECD-Mitgliedsländer für die Periode von 1990 bis 2007 verfügbar. In diesem Zeitabschnitt kann über alle Länder hinweg eine Reduktion der Kompensations- und ein starker Ausbau der Integrationsdimension beobachtet werden (OECD, 2003; 2010). Abbildung 17 zeigt, dass über die Zeit für eine Gruppe von 20 OECD-Mitgliedsländern im Durchschnitt ein klarer Abwärtstrend im durchschnittlichen Kompensationsindex bei gleichzeitigem Anstieg des durchschnittlichen Integrationsindex erkennbar ist. Der Rückgang in der Kompensationsdimension (-4,1 Punkte im Durchschnitt aller Länder) war dabei schwächer ausgeprägt als die Erhöhung der Integrationsdimension (+9,4 Punkte). Hinter diesem allgemeinen Trend verbergen sich allerdings erhebliche länder- und ländergruppenspezifische Abweichungen. Detaillierte Untersuchungen von kleineren Ländergruppen bringen neben Gemeinsamkeiten auch größere Unterschiede in der Ausrichtung der Reformen und Anpassungen zum Vorschein (Milligan – Wise, 2011; Burkhauser et al., 2014; Vossen - van Gestel, 2015).

Wie Abbildung 18 zeigt, kam es im Bereich der Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit im Ländervergleich zu einer stärkeren Angleichung. Diese resultierte daraus, dass es vor allem die Länder mit den „großzügigsten“ Systemen waren, die einschneidende Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs und zur Reduktion von Leistungen setzten. Gleichzeitig kam es im Bereich der Integrationsmaßnahmen – trotz eines allgemeinen Bedeutungsgewinns – im Zeitverlauf zu einer stärkeren Divergenz zwischen den Ländern. Aus der Kombination von unterschiedlichen Ausgangsniveaus und unterschiedlichen Entwicklungspfaden resultierte in Summe über die Zeit eine stärkere Differenzierung zwischen Ländern (Böheim – Leoni, 2015).

Abbildung 18: Entwicklung der Varianz des Integrations- und Kompensationsindex der OECD

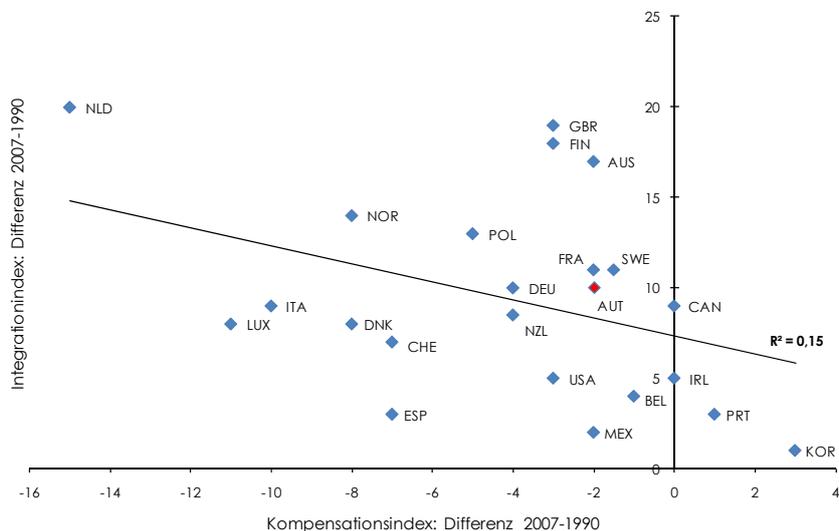


Q: OECD; Böheim – Leoni (2015). Standardabweichung des jeweiligen Index für die folgenden 20 OECD Mitgliedsländer: AUT, GER, SWE, NLD, ESP, DNK, CHE, BEL, POL, IRL, LUX, PRT, AUS, CAN, FIN, GBR, KOR, NZL, NOR, USA.

Abbildung 19 zeigt die Veränderungen der einzelnen Länder in den beiden Dimensionen der Kompensation und Integration für die Periode von 1990 bis 2007. Mit Ausnahme von Kanada und Irland, die unverändert blieben, sowie von Portugal und Korea, die als einzige Länder eine leichte Erhöhung des Kompensationsindex verzeichneten, reduzierten alle Länder die Großzügigkeit ihrer Systeme in Hinblick auf die Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit. Die Veränderungen waren in den Niederlanden am größten, gefolgt von Luxemburg, Italien, Norwegen, Dänemark, Schweiz und Spanien. In anderen Ländern waren die Reformen weitaus weniger stark ausgeprägt. Der allgemeine Rückgang der Absicherungsdimension fand vor allem durch Maßnahmen Ausdruck, die den Zugang zu Invaliditätsleistungen erschwerten, wie z. B. restriktivere medizinische Bewertungskriterien für die Zuerkennung von Invaliditätsleistungen, die Umwandlung von zeitlich unbefristeten in befristete Leistungen und Lockerungen im Berufsschutz. Auch Krankengeldleistungen wurden z. T. strengeren Auflagen unterworfen, insbesondere in Bezug auf die Leistungsüberprüfung bei länger andauernden

Krankenstandsepisoden. Die Höhe der Leistungen wurde dagegen nur in einigen wenigen Ländern, wie Schweden und den Niederlanden, gekürzt.

Abbildung 19: Veränderung der OECD Indizes zu Integration und Kompensation



Q: OECD; Böheim – Leoni (2015). Differenz der Punktezah auf dem jeweiligen Index zwischen 1990 und 2007.

Gleichzeitig bauten alle untersuchten Länder ihre Maßnahmen zur Aktivierung und (Re)Integration von erkrankten Personen aus, was in der Darstellung daran ersichtlich ist, dass alle Datenpunkte auf der vertikalen Achse im positiven Bereich liegen. Tendenziell verstärkten vor allem angelsächsische Länder wie Großbritannien und Australien sowie nordeuropäische Länder (Finnland, Norwegen) und die Niederlande die Ausrichtung ihrer Systeme an Beschäftigung und Aktivierung.

Ein wichtiger Bestandteil dieser Neuausrichtung war in vielen Ländern die intensivere Einbindung der ArbeitgeberInnen in die Förderung von Gesundheit und im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit. Diese verstärkte Einbindung erfolgte teils über zusätzliche Verpflichtungen, teils indirekt über Anreize.

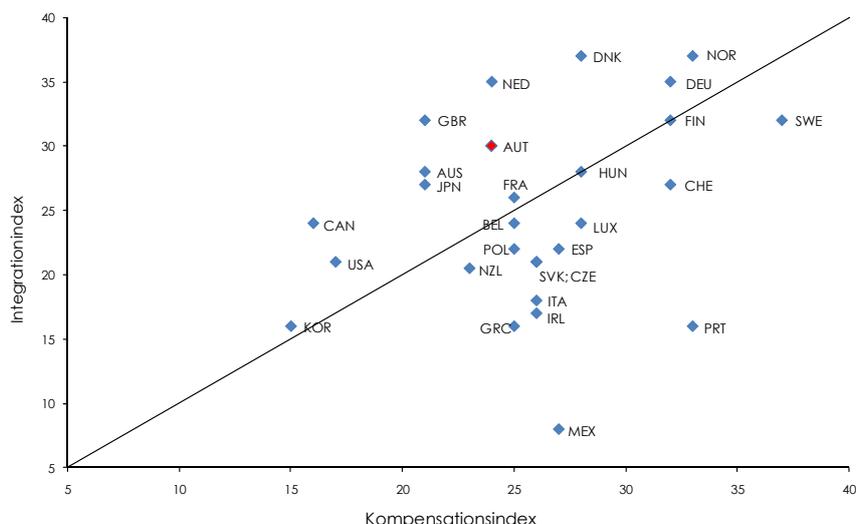
Ein weiterer wesentlicher Punkt betraf in zahlreichen Ländern die Reorganisation der Kompetenzen und Zuständigkeiten zwischen den beteiligten Kranken- und Sozialversicherungsträgern, mit dem Ziel einer verbesserten Koordination und Vereinfachung in der Handhabung von gesundheitlichen Problemen und Arbeitsunfähigkeit. Weitere Sub-Komponenten der Integrationspolitik, die ausgebaut wurden, beziehen sich auf Angebote für geförderte Beschäftigung, Frühinterventionen und berufliche Rehabilitation sowie auf Möglichkeiten, Arbeitsunfähigkeitsleistungen mit Teilbeschäftigung zu verbinden.

Insgesamt zeigt die Entwicklung der OECD-Indizes, dass die Niederlande im Beobachtungszeitraum mit Abstand die stärkste Veränderungsdynamik verzeichneten, gefolgt von Großbritannien, Norwegen und Finnland. Österreich gehört in dieser Darstellung

zu den Ländern, die ein moderates Maß an Änderungen in den entsprechenden Politikfeldern vollzogen.

Die jüngst verfügbaren Zahlen zum Kompensations- und Integrationsindex der OECD (2007, Abbildung 20) zeigen eine positive Korrelation zwischen den beiden policy-Dimensionen: Länder, die ein hohes Absicherungsniveau bieten, gehören auch zu jenen, die sich besonders stark um Aktivierung und Wiedereingliederung jener Beschäftigten bemühen, die gesundheitliche Probleme hatten oder noch haben. Österreich liegt in Bezug auf die Kompensationsdimension im Mittelfeld und in Bezug auf den Integrationsindex im oberen Mittelfeld des Ländervergleichs. Es sei hier allerdings angemerkt, dass der OECD-Index das Ausmaß der Effektivität von Integration für Österreich tendenziell überschätzt, weil die Bewertung der einzelnen Dimensionen stärker auf die gesetzliche Lage als auf die tatsächlich Umsetzung und gelebte Praxis abzielt. Österreich erhält in den Sub-Indizes, die das Timing (Y7) und das Ausmaß (Y8) der beruflichen Rehabilitation abbilden, sehr hohe Punktezahlen (5 bzw. 4 Punkte) auf der Integrationskala. In der Realität blieben aber die vielfachen Bemühungen zur Förderung der beruflichen Rehabilitation, die in Österreich seit den 1990er-Jahren unternommen wurden, weitgehend erfolglos (Ivansits, 2012)²⁰).

Abbildung 20: Kompensations- und Integrationsindex der OECD, Jahr 2007



Q: OECD; WIFO-Darstellung.

Die nachfolgende Abbildung 21 zeigt anhand eines Dendrogramms²¹) das Ergebnis einer hierarchischen Clusteranalyse auf Basis der OECD-policy-Indikatoren für das Jahr 2007. Es

²⁰) In den Jahrbüchern der beiden großen Pensionsversicherungsanstalten sind für 1995 2.417 Bewilligungen für berufliche Maßnahmen der Rehabilitation ausgewiesen, bis 2010 konnte diese Zahl nur marginal, auf 2.800 Interventionen, gesteigert werden (Ivansits, 2012).

²¹) Hierarchisches Clustering ist ein iteratives Verfahren, bei dem die einzelnen Elemente eines Datensatzes auf Basis ihrer „Ähnlichkeit“ nach und nach in größere Gruppen zusammengefasst werden. Diese Zusammenfassung erfolgt

können grob gesprochen drei Ländergruppen identifiziert werden, die starke Überschneidungen mit den Wohlfahrtsregimen nach *Esping-Andersen* (1990) aufweisen (*OECD*, 2010). Der „liberale“ Cluster (in der Mitte rechts im Dendrogramm) umfasst die angelsächsischen Länder, aber auch Japan und Korea werden auf Basis der Absicherung und der Maßnahmen bei Arbeitsunfähigkeit dieser Gruppe zugeordnet. Diese Ländergruppe ist sowohl auf der Integrations- als auch auf der Kompensationskala durch vergleichsweise niedrige Werte gekennzeichnet. In der „korporatistischen“ Ländergruppe (linke Hälfte der Darstellung) finden sich die meisten kontinental- und südeuropäischen Länder wieder, die durch mittlere bis hohe Werte in der Kompensationsdimension und niedrige bis mittlere Werte in der Integrationsdimension gekennzeichnet sind. Österreich bildet zusammen mit Ungarn und Belgien eine Untergruppe dieses kontinentaleuropäischen Clusters.

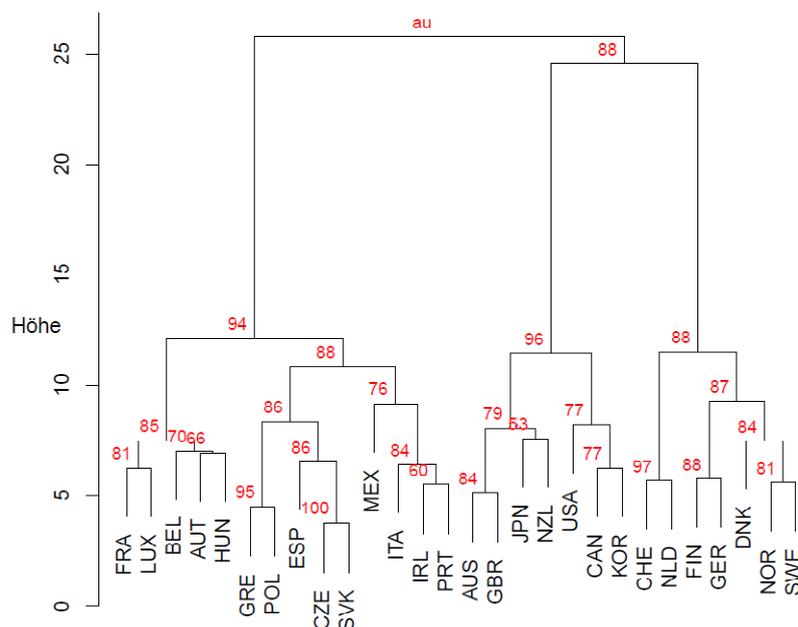
Dem "sozialdemokratischen" Cluster (rechts außen im Dendrogramm) können, wie in den meisten vergleichenden Wohlfahrtsstaatsanalysen, die skandinavischen Länder (einschließlich Finnland) zugeordnet werden. Zusätzlich sind auch die Niederlande, Schweiz und Deutschland Teil dieser Gruppe, die sich durch eine Kombination aus (nach wie vor) hoher Absicherung und hoher Integration von den anderen abhebt. Dieser Cluster ist für die Einschätzung der Reformaktivitäten und die Bestimmung von good-practice-Beispielen von besonderem Interesse. Er besteht aus Ländern, die sich mehrheitlich durch eine hohe Reformintensität hervor getan und ihre, z. T. bereits überdurchschnittlichen, Integrations- und Aktivierungsmaßnahmen weiter ausgebaut haben.

Die intensive Reformaktivität in diesen Ländern, vor allem in den Niederlanden und in Skandinavien, ist z. T. auf den hohen Veränderungsdruck zurückzuführen, der sich bereits seit den 1990er-Jahren aufgrund sehr hoher und steigender Zugänge in die Invaliditätspension und andere arbeitsunfähigkeitsbezogenen Leistungen aufgebaut hatte. Vertiefende Analysen anhand von modellbasierten Clusteringverfahren²²⁾ bestätigen, dass die Reformaktivität über die Zeit zu einer stärkeren Abgrenzung dieser Ländergruppe von den restlichen hier beobachteten Ländern führte (*Böheim – Leoni*, 2015). Gleichzeitig änderte sich die Zusammensetzung des Clusters: Deutschland, die Schweiz und die Niederlande näherten sich merklich den nordeuropäischen Ländern an, während sie zu Beginn der 1990er-Jahre so wie Österreich noch dem breiten kontinentaleuropäischen Cluster mit mittleren Integrationswerten zugeordnet werden konnten.

auf Basis eines Algorithmus. Bei der hier angewendeten Ward-Methode werden jene Länder bzw. Cluster fusioniert, die den kleinsten Zuwachs der totalen Varianz haben. Ein Dendrogramm eignet sich gut zur graphischen Darstellung der Fusionierungsschritte einer hierarchischen Clusteranalyse. Die Abstände auf der vertikalen y-Achse markieren die Distanz, bei der einzelne Länder bzw. Ländergruppen zu einem größeren Cluster zusammengeführt werden.

²²⁾ Modell-basiertes Clustering liefert größere, d. h. auf die Bestimmung von wenigen, größeren Cluster ausgerichtete Ergebnisse, es ist aber ein statistisch fundierteres Verfahren und eignet sich besser als hierarchisches Clustering, um Unterschiede zwischen Clustern zu bestimmen (*Fraley – Raftery* 2002; *Danforth*, 2014).

Abbildung 21: Clusteranalyse auf Basis der OECD-Indikatoren zu Invalidität und Krankheit Jahr 2007



Q: Böheim – Leoni (2015). Hierarchische Clusteranalyse, basierend auf die 20 Indikatoren des Kompensations- und Integrationsindex. Die rot gefärbten Werte an jedem Cluster-Rand sind approximierte p-Werte (approximately unbiased p-values) und stellen ein Maß für die statistische Signifikanz der Cluster dar. Die Abstände auf der vertikalen y-Achse markieren die Distanz, bei der einzelne Länder bzw. Ländergruppen zu einem größeren Cluster zusammengeführt werden.

Aus diesen quantitativen Analysen der Reformtätigkeit in den 1990er- und 2000er-Jahren gehen zusammenfassend einige wichtige Erkenntnisse hervor. Insgesamt ist in den OECD-Ländern ein beträchtliches Ausmaß an Veränderungen im Umgang mit gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt und mit Arbeitsunfähigkeit beobachtbar. Über alle Länder hinweg ist ein klarer Trend in Richtung stärkerer Beschäftigungsorientierung und erhöhter Arbeitsmarktintegration einerseits und strengerer Handhabe bzw. restriktiverer Gewährung von Leistungen zur Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit andererseits erkennbar. Hinter diesem allgemeinen Trend verbergen sich aber große länderspezifische Unterschiede. Von besonderem Interesse ist die Tatsache, dass eine Gruppe von europäischen Ländern intensive Anstrengungen unternommen hat, um die Arbeitsmarktintegration von Personen, die vorübergehend oder längerfristig mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung konfrontiert sind, zu erhöhen. Österreich gehört nicht zu dieser Ländergruppe und ist, auch im Vergleich mit den Nachbarländern Schweiz und Deutschland, in Bezug auf die Zielsetzungen der Integration und Beschäftigungsorientierung hinter diesen Ländern zurück geblieben.

Diese Entwicklung ist nicht mit 2007 zu Ende gegangen, sondern setzte sich in den nachfolgenden Jahren fort. Qualitative Untersuchungen der Reformen, die seit 2007 durchgeführt wurden, legen nahe, dass sich die Heterogenität zwischen den Clustern in den

jüngsten Jahren weiter erhöht hat (Böheim – Leoni, 2015). Länder wie Schweden, Norwegen und die Schweiz, die sich bereits in den vorangegangenen Jahren durch tiefgreifende Anpassungen ihrer Systeme hervor getan hatten, setzten weitere Schritte, um die Prävention von Arbeitsunfähigkeit und die Integrationschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhöhen.

Auch in Österreich wurden in den vergangenen Jahren einige Reformen in diesem Bereich implementiert. Diese werden im (nachfolgenden) Kapitel 4 näher beschrieben und diskutiert. Vorgreifend lässt sich bereits sagen, dass die Anpassungen der letzten Jahre im österreichischen System als wichtige, aber vergleichsweise kleine Schritte zu werten sind. Aus heutiger Sicht dürften ihre konkreten Auswirkungen in Bezug auf die Arbeitsmarktintegration und die Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit überschaubar sein. Um zu den angesprochenen Vergleichsländern aufzuschließen, werden daher weitere Anpassungen notwendig sein.

3.2 Länder- und Maßnahmenbeispiele

Wie gehen andere europäische Länder mit vorübergehender bzw. bleibender Arbeitsunfähigkeit um und welche Reformschritte setzen sie zu deren Reduktion? Gibt es good-practice-Beispiele, von denen Österreich lernen kann, und welche Strategiekomponenten sind dabei wichtig? Anhand von konkreten Beispielen sollen im Folgenden diese Fragen beantwortet werden. Der Fokus der Betrachtung liegt auf jenen Ländern, die in den vergangenen Jahren die größten Anstrengungen unternommen haben, um ihre Systeme verstärkt auf Prävention von Arbeitsunfähigkeit und auf Arbeitsmarktintegration auszurichten. Diese Ländergruppe besteht in erster Linie aus den skandinavischen Ländern (einschließlich Finnlands), der Niederlande und der Schweiz. Auch Deutschland kann zumindest teilweise zu dieser Gruppe gezählt werden und ist aus österreichischer Sicht aufgrund der institutionellen und auch wirtschaftlichen Ähnlichkeiten von besonderem Interesse.

Je nach Gestaltung des Sozialstaates und der Aufteilung zwischen staatlichen und privaten Verantwortungsbereichen, kann es unterschiedliche Schnittstellen geben, die sich mit der gesundheitlichen Situation der Erwerbstätigen befassen. Ansatzpunkte zur Förderung von Gesundheit und zur Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich Beeinträchtigten finden sich im Bereich der Arbeitsmarktpolitik, der Kranken- und Sozialversicherung, der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie im Arbeitsrecht und in den Arbeitsbeziehungen. Ein erschöpfendes Gesamtbild der einzelnen angeführten Länder würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Stattdessen werden hier spezifische Modelle und Ansätze im Umgang mit Arbeitsunfähigkeit herausgegriffen, die aus österreichischer Sicht interessant sind. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können, werden neben den konkreten Modellen und Maßnahmen auch – für ein besseres Verständnis – institutionelle Rahmenbedingungen und länderspezifische Besonderheiten beschrieben.

Im Allgemeinen können die Reformen zu drei Hauptsträngen zusammengefasst werden (siehe auch *OECD, 2010; Kautto und Bach-Othman, 2010*):

- Gestaltung der finanziellen Absicherung: Viele Länder veränderten die Gestaltung der Leistungen zur Absicherung bei vorübergehender und bleibender Arbeitsunfähigkeit. Die Änderungen beinhalteten in einigen Fällen (vor allem den großzügig ausgestalteten Systemen der nordischen Länder) Leistungskürzungen, meistens aber Neuregelungen betreffend den Zugang, die Anspruchsvoraussetzungen und die Flexibilität der Leistungen. Allgemein sind die Reformen durch eine stärkere Beschäftigungsorientierung gekennzeichnet.
- Unterstützungsmaßnahmen zur (Wieder-)Eingliederung: Gleichzeitig wurden vielfach Maßnahmen eingeführt bzw. ausgebaut, um die (Wieder-)Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt zu unterstützen. Monitoring, frühe Interventionsschritte, Aktionspläne und Arbeitsplatzanpassungen sind wichtige Bestandteile dieser Ansätze, die mit dem Begriff des „Disability Managements“ umschrieben werden können. Infolge der Erkenntnis, dass gesundheitliche Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit ein multidimensionales Phänomen darstellen, das koordinierte Maßnahmen aus unterschiedlichen Bereichen (medizinisch, beruflich, sozial) erfordert, sind diese Unterstützungsangebote typischerweise in ein Case Management eingebettet.
- Ansatzpunkte auf institutioneller Ebene: Darüber hinaus wurden vielfach Schritte gesetzt, um auf institutioneller Ebene die Betreuung und Unterstützung von Personen mit gesundheitlichen Problemen zu optimieren. Zielsetzungen dieser Reformen waren die verbesserte Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Akteure, die Vermeidung von Doppelgleisigkeit, eine Verbesserung der Anreize für die einzelnen Stakeholder und Maßnahmen, um die Qualität von Dienstleistungen wie z. B. Beratung und berufliche Rehabilitation zu erhöhen. Besonderes Augenmerk wurde auf eine stärkere Verzahnung der Systeme zur Handhabung von vorübergehender und bleibender Arbeitsunfähigkeit, sowie auf die verstärkte Einbindung der ArbeitgeberInnen bzw. des Arbeitsplatzumfeldes einerseits und der Akteure im Gesundheitssystem andererseits gelegt.

Wie aus dieser Auflistung hervorgeht, wurden einerseits konkrete Maßnahmen und neue Modelle getestet und umgesetzt, andererseits systemische Änderungen vorgenommen, um diese Maßnahmen als Teil einer konsistenten Strategie zu verankern und die Zuständigkeiten sowie die Zusammenarbeit der einzelnen Stakeholder zu optimieren. Einzelne Maßnahmen können daher interessante Beispiele sein und als good-practice-Vorlagen dienen. Eine Bewertung hinsichtlich der möglichen Übertragbarkeit von Maßnahmen und Modellen aus Vergleichsländern auf Österreich darf allerdings nicht den systemischen Aspekt und die Frage

einer konsistenten Gesamtstrategie aus den Augen verlieren, die nicht losgelöst von den institutionellen Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren beantwortet werden kann. Bei der Betrachtung und Bewertung von konkreten Maßnahmen sind institutionelle Komplementaritäten und die Einbettung in einen spezifischen sozialstaatlichen und wirtschaftlichen Kontext relevant.

Aktivierung und Fokus auf Teilarbeitsfähigkeit

Aktivierungsstrategien spielen in den Reformen, die international seit den 1990er-Jahren im Bereich der Regelung von Krankenstand und Invalidität durchgeführt wurden, eine dominante Rolle. Mit Aktivierung ist im weiteren Sinne die Unterstützung von Erwerbsbeteiligung gemeint, sowie die beschäftigungsorientierte Gestaltung der Ersatzleistungen bei Einkommensausfall infolge von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (Clasen – Clegg, 2006).

Typische Maßnahmen, die diesen Aktivierungsgedanken im Bereich der Regelung von Krankenstand und Invalidität verkörpern, sind Formen von Teilkrankenstand und stufenweiser Wiedereingliederung, oder auch Modelle mit Beschäftigungsanreizen für diejenigen, die bereits längerfristig Leistungen empfangen (z. B. erhöhte Zuverdienstmöglichkeiten bei Bezug von Invaliditätsleistungen). Die Motivation für solche Maßnahmen rührt einerseits daher, dass Arbeitsfähigkeit nicht ein "binäres" Phänomen ist, sondern Abstufungen kennt und in vielen Fällen reversibel ist. Andererseits zeigen Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung, dass bei Vorliegen von bestimmten Krankheitsbildern regelmäßige Betätigung durch adäquate Arbeit nicht nur möglich, sondern der Genesung und Rehabilitation auch förderlich sein kann (siehe z. B. Waddell – Burton, 2006). Das gilt insbesondere für Diagnosen im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen und der psychischen Leiden, die in allen entwickelten Industrieländern auch einen großen Teil des Krankenstands- und vor allem des Invalidisierungsgeschehens verursachen (Markussen et al., 2012).

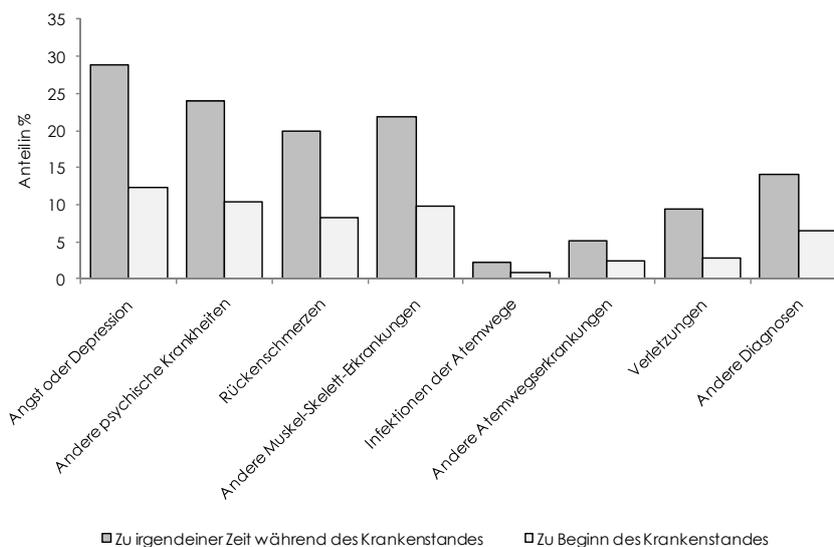
Vor diesem Hintergrund wurde in den jüngsten Jahren in mehreren Ländern ein verstärktes Augenmerk auf die Restarbeitsfähigkeit von erkrankten Erwerbspersonen gelegt. Diese Schwerpunktsetzung fand Ausdruck in der Einführung von neuen bzw. im Ausbau und in der Forcierung von bereits bestehenden Teilkrankenstandsmodellen. Allen Modellen gemeinsam ist die Zielsetzung, dass erkrankte oder verletzte Beschäftigte graduell, also in Teilzeit, zum Arbeitsplatz zurückkehren bzw. diesen nicht komplett verlassen und parallel eine Leistung aus der Sozial-, Arbeitslosen- oder Krankenversicherung beziehen. In Systemen, in denen die ArbeitgeberInnen im Krankheitsfall zu einer Entgeltfortzahlung verpflichtet sind, kann dem Teilkranken geldbezug eine Periode mit Teilentgeltfortzahlung vorgelagert sein. Angelpunkt der Aktivierungsansätze ist die Möglichkeit bzw. Anforderung, dass von ärztlicher Seite eine Einschätzung des Grades der verbleibenden bzw. zurückgewonnenen Arbeitsfähigkeit vorgenommen wird.

Die nordeuropäischen Länder sind in Bezug auf Teilkrankenstandsmodelle Vorreiter: Sowohl in Dänemark als auch in Finnland, Schweden und Norwegen sieht die Krankengeldregelung die

Möglichkeit eines Teilkrankenstands vor. Diese Modelle blicken zum Teil bereits auf eine lange Tradition zurück. In Schweden war es bereits in den 1960er-Jahren möglich, 50% der Arbeitszeit am Arbeitsplatz und die restlichen 50% im Krankenstand zu verbringen. Allerdings wurde dieser Option lange Zeit keine große Aufmerksamkeit zuteil. Erst in den späten 1990er-Jahren, nach einem starken Anstieg der Krankenstandszahlen und der Krankengeldausgaben, gewann der Teilkrankenstand an Bedeutung und wurde um Varianten mit Abstufungen bei 25% bzw. 75% der Arbeitszeit ausgeweitet.

Die schwedische Sozialversicherung fördert die Inanspruchnahme von Teilkrankengeld und gibt den ÄrztInnen Teilkrankenstand als präferierte Krankenstandsform vor (Kausto et al., 2008). Auch in Norwegen wurde Teilkrankenstand in den vergangenen Jahren besonders stark forciert. Die praktischen Ärzte werden von der Sozialversicherung dazu angehalten, in allen Fällen die verbleibende Arbeitsfähigkeit zu prüfen und den Einsatz von Teilkrankenstand in Erwägung zu ziehen (OECD, 2013A). Wie aus Abbildung 22 ersichtlich, war in Norwegen bereits 2009 der Anteil der Teilkrankschreibungen an allen Krankschreibungen im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen und der psychischen Leiden beträchtlich.

Abbildung 22: Inanspruchnahme von Teilkrankenstand in Norwegen nach Krankheitstyp
Anteil von Teilkrankenständen an allen Krankenstandsfällen, 2009



Q: OECD (2013A), S. 48.

In Schweden, aber auch in Dänemark und in Norwegen ist Teilkrankengeld grundsätzlich immer möglich, unabhängig davon, wie lange der Krankenstand bereits gedauert hat. Dieses hohe Ausmaß an Flexibilität schlägt sich darin nieder, dass in Schweden der Anteil von Teilkrankenstandstagen bereits 2006 über ein Drittel am gesamten Krankenstandsvolumen betrug (Kausto et al., 2008). In Dänemark ist Teilkrankenstand allerdings weniger stark verbreitet. In Finnland hatte die Sozialversicherungsanstalt Teilkrankengeld bei gleichzeitiger

Arbeit ursprünglich erst nach einem längeren Krankenstand ermöglicht, 2010 wurden die Anspruchsvoraussetzungen allerdings gelockert und ein Teilkrankenstand auch bei kürzeren Krankenstandsepisoden (zwei Wochen) bewilligt (Virtanen – Viikari-Juntura, 2012). Wie die finnische Sozialversicherung bekanntgegeben hat, führte die Ausweitung der Maßnahmen nach 2010 zu einer deutlich stärkeren Inanspruchnahme von Teilkrankengeld. Dabei entfielen rund 40% der Teilzeitkrankenstände auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats und ein weiteres Drittel auf psychische Erkrankungen (Finnish Institute, 2012).

Übersicht 1: Teilzeitkrankengeld in den nordischen Ländern

	Schweden	Norwegen	Dänemark	Finnland
Berechtig- ung	Arbeitsfähigkeit verrin- gert auf 75%, 50% oder 25%	Arbeitsfähigkeit um mindestens 20% verrin- gert; Arbeitszeit oder -geschwindigkeit ent- sprechend verringert	Verringerung um min- destens 4 Arbeitsstun- den pro Woche	Verringerung von Arbeitsstunden und Gehalt auf 40% bis 60% der regulären Stunden und des Gehalts
Verfügbar- keit	Ab dem ersten Krank- heitstag	Ab dem ersten Krank- heitstag	Ab dem ersten Krank- heitstag	Seit 2010: Nach 14 Ta- gen mit Vollkranken- geldbezug
Höhe	25%, 50% oder 75% des gesamten Kranken- gelds	Der Verringerung der Arbeitsfähigkeit ent- sprechend	Der Verringerung an Arbeitsstunden ent- sprechend	50% des vorangegan- genen Krankengelds
Dauer der Zahlung	364 Tage innerhalb von 15 Monaten (unter Berücksichtigung der maximalen Dauer für den Erhalt von Kran- kengeld)	52 Wochen (innerhalb von 3 Jahren; unter Be- rücksichtigung der maximalen Dauer für den Erhalt von Kran- kengeld)	52 Wochen innerhalb von 18 Monaten (unter Berücksichtigung der maximalen Dauer für den Erhalt von Kran- kengeld)	12 bis 72 Wochentage (nicht unter Berück- sichtigung der maxi- malen Dauer für den Erhalt von Kranken- geld)
Zuständigkeit	Der Arzt entscheidet über Teilkrankenstand, in der Praxis kann der Patient diese Entschei- dung beeinflussen; vor allem bei längeren Krankenständen spielt die Sozialversicherung eine wichtige Rolle	Starke Vorgabe an die ÄrztInnen, Teilkranken- stand einzusetzen; Sanktionen für Arbeit- nehmerInnen und ArbeitgeberInnen, wenn vorgeschlagene Anpassung der Arbeits- zeit und Arbeitsinhalte nicht angenommen wird	Kommunale Behörde, PatientIn und Arbeit- geberIn müssen gemeinsam dem Teilkrankenstand zustimmen; Kommunen erhalten finanziellen Anreiz für Einsatz von Teilkrankenstand	Arzt bzw. Ärztin, PatientIn und Arbeit- geberIn entscheiden gemeinsam über den Einsatz von Teilkranken- stand; freiwillige Teil- nahme
Kündigungs- schutz	Möglichkeit einer Kündigung im Kranken- stand eingeschränkt, ArbeitgeberIn muss Re- integrationsbemü- hungen nachweisen	Möglichkeit einer Kündigung im 1. Kran- kenstandsjahr stark eingeschränkt	Kündigung im Kranken- stand möglich	Möglichkeit einer Kündigung im Kranken- stand nur bei bleiben- der Arbeitsunfähigkeit

Q: Kausto et al. (2008), OECD (2008, 2009), Markussen et al. (2012), Kausto et al. (2012).

Wie Übersicht 1 zeigt, weisen die Teilkrankenstandsmodelle und deren Rahmenbedingungen in den vier nordischen Ländern Unterschiede in der Gestaltung auf. Allen vier Ländern gemeinsam ist aber ein System, bei dem, so wie in Österreich, nach einer Periode der Entgeltfortzahlung durch den Betrieb die Sozialversicherung mittels Krankengelds den Einkommensausfall der erkrankten Beschäftigten abfedert. Ein Entgeltfortzahlungsanspruch besteht in diesen Ländern allerdings für wesentlich kürzere Zeiträume als in Österreich, wo eine Fortzahlung in Abhängigkeit von der Betriebszugehörigkeit zwischen 6 und 12 Wochen lang geleistet wird (siehe Kausto et al., 2008): In Finnland zahlen ArbeitgeberInnen nur

während der ersten zehn Krankenstandstage das Entgelt fort. In Schweden beträgt der Zeitraum der Entgeltfortzahlung durch die ArbeitgeberInnen bis zu 13 Tage, in Dänemark bis zu 15 Tage und in Norwegen bis zu 16 Tage²³⁾. Allerdings ist es in der Praxis vielfach üblich, dass Kollektivverträge je nach Branche auch längere Entgeltfortzahlungsperioden vorsehen. Auf die Entgeltfortzahlung folgt das Krankengeld, wobei die maximale Bezugsdauer von Krankengeld in allen vier Ländern mit jener in Österreich (ein Jahr) vergleichbar ist. Ein weiterer wesentlicher Unterschied besteht dagegen in Bezug auf den Kündigungsschutz: Während in Österreich der Krankenstand nicht vor Kündigung schützt, sind die Kündigungsmöglichkeiten bei Krankheit in den nordischen Ländern mit Ausnahme Dänemarks eingeschränkt.

Übersicht 2: Zielgruppen der stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland (Hamburger Modell)

Zielgruppe sind arbeitsunfähige Versicherte, die

- * wegen schwerer Krankheit(en) oder aufgrund von Arbeitsunfällen über lange Zeit aus dem Erwerbsleben ausgegliedert waren und
 - * ihre bisherige Tätigkeit nach ärztlicher Feststellung teilweise wieder verrichten können.
- Indikationen können grundsätzlich alle schwereren oder chronischen Erkrankungen sein.
 - Medizinische Einschluss- oder Ausschlusskriterien sind *nicht* zu beachten.
 - Aus medizinischer Sicht müssen eine ausreichende Belastbarkeit und eine günstige Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung gegeben sein.

Q: Bundesarbeitsgemeinschaft (2004, S. 14).

Neben den nordischen Ländern weisen auch andere europäische Länder, wie die Niederlande, Belgien und die Schweiz, die Möglichkeit eines Teilkrankenstands auf. Anders als in Skandinavien kommen diese Modelle fast ausschließlich bei längeren Abwesenheiten vom Arbeitsplatz zum Einsatz oder sind aus anderen Gründen weniger stark verbreitet. Von besonderer Bedeutung ist aus österreichischer Sicht das deutsche Modell der stufenweisen Wiedereingliederung, das auch als „Hamburger Modell“ bekannt ist (Übersicht 2). Dabei handelt es sich um ein Verfahren, das bereits seit mehreren Jahrzehnten eingesetzt wird, um Arbeitskräfte nach einer schweren Erkrankung oder einem Unfall graduell ins Arbeitsleben zurückzuholen. Die Rückführung zum Arbeitsplatz wird unter schrittweiser Veränderung der Arbeitszeit und der Arbeitsbelastung angestrebt (Beck – Mau, 2008). Die Dauer der Maßnahme liegt im Regelfall zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten, falls

²³⁾ In Österreich beträgt der Zeitraum mit Entgeltfortzahlungsanspruch in Abhängigkeit vom Dienstalter zwischen 6 und 12 Wochen, für jeweils weitere 4 Wochen besteht ein Anspruch auf halbe Entgeltfortzahlung. Die Angaben für die nordischen Länder beziehen sich auf Arbeitstage, nicht auf Kalendertage.

erforderlich kann sie bis zu 78 Wochen innerhalb von drei Jahren in Anspruch genommen werden. Während der Maßnahme erhält der bzw. die Beschäftigte weiterhin Krankengeld von der Krankenkasse (70% des Nettogehalts) bzw. Übergangsgeld von der Rentenversicherung (zwischen 54% und 60% des Nettogehalts). Darüber hinaus besteht jedoch kein weiterer Anspruch auf Vergütung²⁴). Ein wesentlicher Unterschied zu den nordischen Modellen ist auch der Umstand, dass die ArbeitnehmerInnen während der Wiedereingliederungsmaßnahme weiterhin als arbeitsunfähig erkrankt gelten und deshalb der Arbeitgeber keinen rechtlichen Anspruch auf die Arbeitsleistung hat²⁵).

Die stufenweise Wiedereingliederung bedarf der Zustimmung des Leistungsträgers, aber auch der rekonvaleszenten Person und des Arbeitgebers. Es handelt sich somit um eine Maßnahme, die auf allen Ebenen auf Freiwilligkeit basiert. Wesentlicher Bestandteil des Rückführungsverfahrens im Rahmen des „Hamburger Modells“ ist ein Stufenplan zur Wiedereingliederung, der dem Genesungsprozess der erkrankten Person entspricht. Im Stufenplan wird der Ablauf der Wiedereingliederung auf Grundlage ärztlicher Beurteilung in Absprache mit der rekonvaleszenten Person, dem Arbeitgeber und dem Rehabilitationsträger festgelegt. Der Plan enthält nicht nur Aussagen über die zeitliche Ausdehnung der Beschäftigung, sondern definiert auch die in dieser Zeit zu vermeidenden Arbeitsbelastungen (*Bundesarbeitsgemeinschaft*, 2004). Auch ein sehr geringes Beschäftigungsausmaß, z. B. eine Stunde am Tag, ist für das erste Intervall ausreichend, bevor die Arbeitszeit in den folgenden Wochen graduell angehoben wird. Wiedereingliederungspläne müssen während des Rehabilitationsprozesses überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Das „Hamburger Modell“ zeigt, dass gerade bei gravierenderen gesundheitlichen Problemen die graduelle Rückkehr zum Arbeitsplatz durch weitere, flankierende Maßnahmen unterstützt werden muss, um erfolgreich sein zu können.

Aktivierungsbemühungen wurden nicht nur in Bezug auf den Krankenstand, sondern auch mit Fokus auf die Beziehenden von Invaliditätsleistungen unternommen. Vor allem angelsächsische Länder wie die USA, Großbritannien und Kanada, aber auch die Schweiz, Norwegen und Schweden experimentierten mit Maßnahmen, um gegenüber InvaliditätsleistungsbezieherInnen Anreize zur Beschäftigungsaufnahme zu setzen. In Kanada wurden beispielsweise zwei unterschiedliche Maßnahmen zur Aktivierung und Reintegration von LeistungsbezieherInnen eingeführt: einerseits erhöhte Zuverdienstgrenzen bei Leistungsbezug und andererseits die Option, den Leistungsbezug bei Aufnahme einer Beschäftigung für bis zu zwei Jahre – ohne erneute Anspruchsprüfung – ruhen zu lassen. Norwegen erhöhte 2005 ebenfalls die Anreize zur Wiederbeschäftigung, indem LeistungsempfängerInnen erlaubt wurde, auch bei der Erwirtschaftung von Einkommen über der geringfügigen Zuverdienstgrenze einen Teil der Leistung (40% des über der Grenze liegenden Einkommens) zusätzlich

²⁴) Bei BeamtInnen werden, im Gegensatz zu ArbeiterInnen und Angestellten, die Dienstbezüge meist weiter in voller Höhe gezahlt.

²⁵) Für BeamtInnen gelten andere gesetzliche Regelungen, sie gelten in dieser Zeit als (beschränkt) dienstfähig – mit allen Rechten und Pflichten (Urlaub, Dienstunfähigkeit wegen Krankheit usw.).

zum Erwerbseinkommen zu beziehen. Eine sehr ähnliche Maßnahme wurde in den USA eingeführt, hier reduzierte das zusätzliche Einkommen die Invaliditätsleistung um die Hälfte (für zwei zusätzlich verdiente Dollar reduzierte sich die Leistung um einen Dollar). Die Schweiz testete dagegen ein innovatives Instrument, bei dem BezieherInnen von Invaliditätsleistung eine substantielle, einmalige Transferzahlung für den Fall angeboten wurde, dass sie eine Beschäftigung aufnehmen (oder eine bestehende Beschäftigung aufstocken) und dadurch die Transferleistung teilweise oder zur Gänze hinfällig wird.

Das Disability Management bzw. Eingliederungsmanagement

Die (graduelle) Rückkehr ins aktive Arbeitsleben kann in vielen Fällen nur dann erfolgen, wenn am Arbeitsplatz oder im Aufgabenbereich Anpassungen vorgenommen werden, die Person eine berufliche Rehabilitation durchläuft oder sonstige unterstützende Integrationsmaßnahmen gesetzt werden. In enger Verzahnung mit Aktivierungsbemühungen sind deshalb Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zunehmend fixer Bestandteil der Strategien im Umgang mit der gesundheitlichen Dimension der Beschäftigungsfähigkeit. Im internationalen Umfeld wird in diesem Zusammenhang häufig von "Disability Management" gesprochen, im deutschsprachigen Raum kommt der Begriff „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ diesem am nächsten²⁶⁾.

Im Zentrum der Eingliederungsstrategien stehen arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, welche auf den Erhalt der Gesundheit und auf frühzeitige Intervention bei Krankheit und Unfall ausgerichtet sind (Wermuth – Woodtly, 2008). Erkrankte oder verletzte Arbeitskräfte sollen darin unterstützt werden, möglichst rasch wieder an ihren bisherigen oder an einen neuen – ihren vorübergehend oder möglicherweise dauerhaft eingeschränkten Fähigkeiten angepassten – Arbeitsplatz zurückzukehren. Das Disability Management bzw. das Betriebliche Eingliederungsmanagement hat auch eine präventive (in erster Linie sekundärpräventive)²⁷⁾ Zielsetzung.

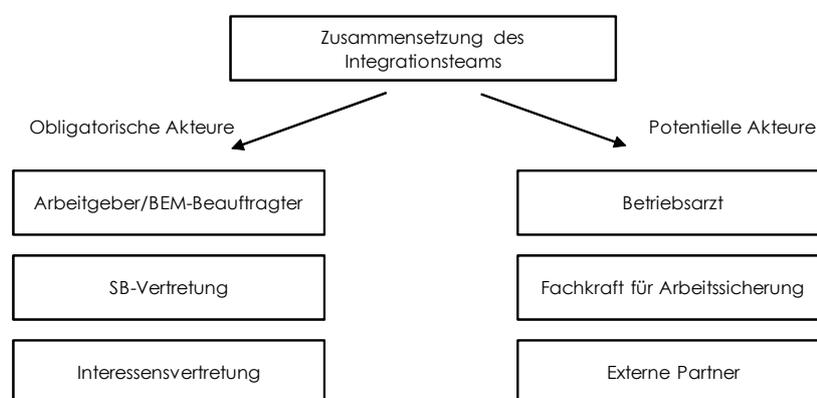
Ein wesentliches Grundprinzip des Eingliederungsmanagements besteht in einer frühen Kontaktaufnahme mit der erkrankten Person und in der Erarbeitung von früh einsetzenden und an die individuellen Bedürfnisse angepassten Interventionen. Ein Beispiel für diesen Zugang findet sich in Deutschland, wo seit 2004 die ArbeitgeberInnen verpflichtet sind, ihren MitarbeiterInnen ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten, wenn diese im Laufe eines Jahres mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Das BEM kann auch eine

²⁶⁾ Disability Management ist der umfassendste Begriff zur Beschreibung von Aktivitäten zur Verhinderung oder Überwindung von Arbeitsunfähigkeiten und der Wiedereingliederung von erkrankten oder verunfallten Personen am Arbeitsplatz. Betriebliches Eingliederungsmanagement ist Disability Management fast synonym, weitere Begriffe in diesem Zusammenhang sind Betriebliches Gesundheitsmanagement und Case Management, die allerdings, trotz der in der Praxis uneinheitlichen Verwendung, nur Überschneidungen mit den beiden zuerst genannten Konzepten aufweisen (siehe Schaufelberger – Fercher, 2010 und auch Frobel, 2010).

²⁷⁾ Sekundärprävention setzt im Frühstadium einer Krankheit, d. h. zu einem Zeitpunkt an, an dem die Krankheit bereits vorhanden ist, aber noch keine Beschwerden verursacht. Sie dient der Früherkennung und der Vermeidung eines Fortschreitens der Erkrankung.

stufenweise Wiedereingliederung beinhalten, typischerweise kann das Verfahren jedenfalls arbeits- und organisationsbezogene Maßnahmen wie Arbeitszeitanpassung, den Abbau von Belastungen und die Einführung von technischen Arbeitshilfen umfassen. Das Anstoßen eines BEM-Verfahrens ist für den Arbeitgeber verpflichtend, bei Unterlassung dieser Pflicht kommt es zu einer Einschränkung des Kündigungsrechts²⁸⁾. Aus Sicht der betroffenen Person ist das BEM freiwillig, jedoch mit Anreizen in Bezug auf die Beibehaltung des Arbeitsplatzes versehen.²⁹⁾ Vor allem in größeren Unternehmen werden zur Abwicklung eines Eingliederungsverfahrens "Integrationsteams" gebildet und eigene BEM-Beauftragte eingesetzt. Dagegen neigen klein- und mittelständische Unternehmen aufgrund fehlender Personal- und Zeitkapazitäten dazu, externe Berater in das BEM-Verfahren mit einzubeziehen.

Abbildung 23: Zusammensetzung des Integrationsteams im deutschen BEM



Q: Baasch (2013). „SB-Vertretung“ bezieht sich auf die Schwerbehindertenvertretung, die nach deutschem Recht die Aufgabe hat, die besonderen Interessen schwerbehinderter und ihnen gleichgestellter behinderter Beschäftigter in Betrieben wahrzunehmen.

Deutschland steht mit einem solchen Eingliederungsansatz bei weitem nicht alleine da; andere Länder sind in ihren Bemühungen, möglichst schnell und effektiv auf gesundheitliche Probleme von Beschäftigten zu reagieren, zum Teil noch weiter gegangen. Den unterschiedlichen Modellen gemeinsam sind Bestimmungen, die festlegen, dass die Krankenstände der Beschäftigten einer laufenden Beobachtung unterzogen werden und bei fortlaufender Krankenstandsdauer zunehmend umfangreiche Maßnahmen zur Wiedereingliederung gesetzt werden müssen. Dieses Monitoring und v. a. die Interventions-schritte werden in Rückkehr- und Aktionsplänen oder ähnlichen Instrumenten festgeschrieben, die zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern vereinbart werden. Wichtige Unterschiede

²⁸⁾ Allgemein ist die Kündigung im Krankenstand in Deutschland nur unter engen Voraussetzungen erlaubt, insbesondere wenn das Kündigungsschutzgesetz gilt.

²⁹⁾ Bei Ablehnung des BEM kann sich der/die ArbeitnehmerIn bei einer krankheitsbedingten Kündigung vor dem Arbeitsgericht nicht mehr auf ein fehlendes BEM berufen.

bestehen zwischen den einzelnen Ländern und Ansätzen hinsichtlich der Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche, sowie der damit einhergehenden Anreiz- und Sanktionsmechanismen. Nachstehend werden zunächst Beispiele aus Skandinavien betrachtet, während im darauf folgenden Abschnitt in größerem Detail auf die Niederlande und die Schweiz eingegangen wird.

Monitoring und Aktionspläne als Grundlage frühzeitiger Interventionen

In Norwegen zielten neue Regelungen, die in den 2000er-Jahren eingeführt wurden, auf eine stärkere Einbindung der ArbeitgeberInnen und der krankschreibenden ÄrztInnen in den Wiedereingliederungsprozess. Die Reformen gingen mit einer Kompetenzverschiebung von der öffentlichen Hand zu den Sozialpartnern einher, die in einer Übereinkunft zwischen Sozialpartnern und Regierung ihre Grundlage fand. Die Vereinbarung baute auf dem Kerngedanken auf, dass der Arbeitsplatz die Schlüsselstelle sei, um Fortschritte in der gesundheitlichen Förderung von Erwerbstätigen zu erzielen (OECD, 2006).

Die ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen sind in Norwegen bereits nach einem vierwöchigen Krankenstand verpflichtet, einen Rückkehrplan zu formulieren. Die ÄrztInnen werden ersucht, sich eingehend mit der Frage der (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit ihrer PatientInnen auseinanderzusetzen, die Möglichkeit von Teilkrankenstand zu prüfen und bei längerem Krankenstand Maßnahmen zur Reaktivierung vorzuschlagen. Den Unternehmen steht die Option offen, mit der Sozialversicherung eine Kooperationsvereinbarung einzugehen und somit Unterstützung im Umgang mit erkrankten MitarbeiterInnen zu bekommen, beispielsweise bei der Entwicklung und Umsetzung von organisatorischen oder sonstigen gesundheitsrelevanten Anpassungen innerhalb des Betriebes.

In Dänemark obliegt es dagegen in erster Linie den Kommunen, den Krankenstand zu beobachten und frühzeitig ein Maßnahmenangebot zusammenzustellen, um negative, längerfristige Folgen eines gesundheitlichen Ereignisses abzuwenden (Høgelund et al., 2012). Die kommunalen Behörden sind verpflichtet, die Neuzugänge in den Krankenstand auf Basis eines kurzen Fragebogens in unterschiedliche Kategorien einzuteilen und somit bereits früh jene Personen zu identifizieren, die ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko aufweisen und einer intensiveren Beobachtung und Betreuung bedürfen. Regelmäßige Rücksprachen mit den LeistungsbezieherInnen bilden ein zentrales Element der Krankenstandsverwaltung vonseiten der Kommunen und verfolgen den Zweck, die anfänglich angestellte Kategorisierung der Betroffenen zu prüfen und diese gegebenenfalls abzuändern. In der Regel müssen die dänischen Kommunen innerhalb der ersten acht Wochen mit der erkrankten Person Kontakt aufnehmen, eine Evaluierung des Krankenstands vornehmen und einen Follow-up-Plan festlegen. Ziel dieser Evaluierung durch die Kommunen ist eine rasche Rückkehr zum Arbeitsplatz. Die kommunalen Case Manager können hierfür unterschiedliche Maßnahmen einsetzen, wie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Teilzeit-Krankengeld, Unterstützung für Arbeitsplatz-Anpassungen und Lohnstützungen für Job Training (Høgelund et al., 2012).

Wie die letztgenannten Beispiele zeigen, können Prozesse zur Förderung von Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit unterschiedlich gestaltet werden. Neben der Frage der Koordination und Kompetenzaufteilung zwischen den unterschiedlichen Akteuren geht es dabei auch um die Herausforderung, sicherzustellen, dass diese ihr Verhalten der erwünschten Zielsetzung anpassen. Die OECD (2013A) moniert beispielsweise, dass in Norwegen aufgrund der kurzen Lohnfortzahlungsdauer die ArbeitgeberInnen trotz der bestehenden Vereinbarungen nur geringe Anreize besitzen, längere Ausfallzeiten zu vermeiden und sich um die Reintegration von erkrankten Beschäftigten zu bemühen. Gleichzeitig ist in Norwegen, wo bis zu ein Jahr lang Krankengeld in Höhe von 100% des letzten Lohns bezogen werden kann, auch der Druck für die Beschäftigten nicht hoch, möglichst schnell zum Arbeitsplatz zurück zu kehren.

In Dänemark versucht die Zentralregierung, das Verhalten der kommunalen Behörden mithilfe von Finanzierungsanreizen zu steuern. Der Staat erstattet beispielsweise den Kommunen 65% der Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen, aber nur 35% der Kosten für Invaliditätsleistungen und überhaupt keine Kosten für Krankengeldzahlungen, die länger als ein Jahr dauern. Obwohl das Beispiel der dänischen Kommunen mit dem „one-stop-shop“ (d. h. eine einzige Stelle führt alle notwendigen Schritte durch) und der Bündelung von Kompetenzen sehr gute Voraussetzungen für ein effektives Eingliederungsmanagement bietet, können auch die dänischen Finanzierungsregelungen Fehlanreize entfalten.³⁰⁾

Die Verteilung der Kompetenzen und der Anreize

Abschließend soll an dieser Stelle anhand von weiteren Beispielen gezeigt werden, welche Wege beschritten wurden, um systemische Anreize zu Prävention und Gesundheitsförderung zu setzen. Das erste Beispiel sind die Niederlande, ein Land, das in den vergangenen Jahrzehnten wie kaum ein anderes eine paradigmatische Verschiebung in der Behandlung von Krankenstand und Arbeitsunfähigkeit vollzog. In den 1990er-Jahren zahlte der niederländische Staat für arbeitsunfähige ArbeitnehmerInnen noch bis zu 52 Wochen lang Krankengeld. Der Zugang in die Invaliditätspension war niederschwellig, vor allem Arbeitslose mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen konnten, auch in Fällen, in denen nur Teileinschränkungen der Arbeitsfähigkeit gegeben waren, sehr leicht in eine unbefristete Invaliditätspension wechseln. Sowohl Krankenstands- als auch Invaliditätsquoten lagen in den Niederlanden weit über dem internationalen Durchschnitt. Seither wurden Versicherungsleistungen eingeschränkt, der Zugang verschärft, Aktivierungsmaßnahmen stark forciert, die Absicherung gegen Einkommensverlust bei Krankheit weitgehend von der gemeinschaftlichen Ebene abgezogen und gemeinsam mit der Verantwortung für die Wiedereingliederung den einzelnen Beschäftigten und ArbeitgeberInnen übertragen (vgl. Yerkes, 2011).

³⁰⁾ Krankengeld wird bis zur Dauer von einem Jahr vollständig rückerstattet, weshalb die Kommunen veranlasst sein könnten, Personen für ein Jahr gewissermaßen im Krankengeld zu „parken“ und sie erst dann zu einem „flexjob“ (einem subventionierten Arbeitsplatz für gesundheitlich Eingeschränkte) weiterzuvermitteln, wenn die Krankengeldleistung beginnt, für die Kommune teuer zu werden (OECD, 2013, S. 76).

Dieser tiefgreifende Reformprozess geht auf die 1990er-Jahre zurück und wurde in mehreren Etappen durchgeführt (Bockting, 2007). Die Dauer der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber im Krankheitsfall wurde sukzessive auf zwei volle Jahre verlängert. Erst nach Ablauf dieser Frist kann der bzw. die Beschäftigte einen Antrag auf Invaliditätspension stellen. Das parallel dazu eingeführte "Gatekeeper Protocol" sieht vor, dass Unternehmen und ArbeitnehmerIn einen Aktionsplan erstellen müssen, um die Rückkehr in den Betrieb oder den Wechsel zu einer anderen Beschäftigung zu ermöglichen. Bestandteil dieses Prozesses ist auch die Ernennung eines Case Managers, der sich um die laufende Evaluierung und gegebenenfalls Anpassung dieses Plans kümmert. Falls Unternehmen und ArbeitnehmerIn keine Einigung hinsichtlich des Aktionsplans erzielen, kann die Krankenversicherung unterstützend einschreiten. In der Praxis versuchen viele Unternehmen bei lange anhaltenden Krankenständen mithilfe der öffentlichen Arbeitsverwaltung einen anderen Arbeitsplatz für die MitarbeiterIn zu finden (OECD, 2014A).

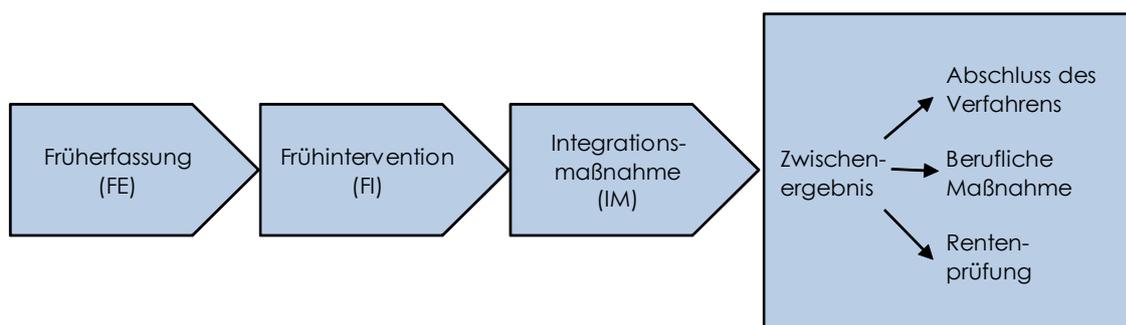
Die Fortschritte im Rehabilitationsprozess müssen der Sozialversicherung gemeldet werden. Diese prüft Anträge auf Invaliditätspension im Lichte des vereinbarten Aktionsplans und der Schritte, die gesetzt wurden. Falls sie zur Ansicht gelangt, dass die Bemühungen um Rehabilitation nicht ausreichend waren, kann das Unternehmen, in Abhängigkeit vom Ausmaß des schuldhaften Verhaltens, zu einem weiteren Jahr Lohnfortzahlung sanktioniert werden. Laut der Sozialversicherung UWV betrug der Anteil der Fälle mit einer Krankenstandsdauer von über zwei Jahren, in denen die Betriebe zu einem dritten Jahr Lohnfortzahlung verpflichtet wurden, im Jahr 2012 19% (OECD, 2014A; S. 73). Darüber hinaus wurden in den Niederlanden die finanziellen Anreize zur Prävention und Wiedereingliederung auf Unternehmensseite bereits seit 1998 durch ein „experience rating“ bei den Beiträgen in die Invaliditätsversicherung verstärkt.

Die Niederlande gehören somit zu jenen Ländern, in denen Unternehmen am stärksten als zentrale Akteure und Verantwortungsträger für die Früherkennung und die Frühintervention in Form von arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen im Sozialsystem verankert wurden (OECD, 2010). Anders als z. B. in Norwegen ging diese Entwicklung in den Niederlanden infolge der außerordentlich starken Ausweitung der Entgeltfortzahlungspflicht mit einer starken Veränderung der finanziellen Anreize auf Unternehmensseite einher. Andere Länder verschoben dagegen die Anreize und Verantwortung stärker in Richtung der Beschäftigten. Seit 2008 gilt z. B. in Schweden im Falle von Krankenstand ein neuer Zeitplan, von dem ein dezidierter Druck zur Aktivierung ausgeht. Die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen wird dabei an eine laufende Überprüfung der Arbeitsfähigkeit gekoppelt. In einem ersten Schritt wird die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit geprüft, nach drei Monaten in Bezug auf mögliche andere Tätigkeiten beim selben Arbeitgeber und nach sechs Monaten in Bezug auf Tätigkeiten am Arbeitsmarkt insgesamt. Personen, die im Zuge dessen als (teil)arbeitsfähig eingestuft wurden, werden der öffentlichen Arbeitsverwaltung unterstellt und müssen angemessene Arbeitsangebote annehmen, da sie sonst ihren Leistungsanspruch verlieren.

Schon in den frühen 2000er-Jahren wurde in Schweden zudem eine Standardisierung der Handhabung und Kontrolle von Arbeitsunfähigkeit auf Schiene gebracht, unter anderem indem Ärztlichrichtlinien für die Krankschreibung eingeführt wurden, die allgemeine Empfehlungen und diagnosespezifische Referenzwerte für Dauer und Ausmaß des Krankenstands beinhalten (Burkhauser et al., 2014). Diese Richtlinien haben, zusammen mit einer stärkeren Fokussierung auf Arbeitsfähigkeit und frühe Rehabilitationsmaßnahmen, einen Beitrag zur Senkung der hohen Zahl an Krankenstandstagen geleistet (Försäkringskassan, 2014). Die Richtlinien wurden von den ÄrztInnen, in Hinblick sowohl auf die sich daraus ergebenden Erleichterungen im Umgang mit PatientInnen als auch den Ausbau von Kompetenzen, positiv bewertet (Skaner et al., 2011). Nilsing et al. (2012) stellen fest, dass die ÄrztInnen seit der Reform verstärkt Hinweise auf funktionale Einschränkungen und auf mögliche Frühinterventionen in die Krankschreibungen inkludieren.

In der Schweiz führten wiederholte Revisionen der Invalidenversicherung (IV) zu einer stärkeren gesetzlichen Verpflichtung der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen, aktiv an Maßnahmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur beruflichen Reintegration teilzunehmen (OECD, 2010). Gleichzeitig wurden der Zugang zu Leistungen sowie ihre Höhe eingeschränkt.

Abbildung 24: Bausteine des Case Managements in der Schweizer IV



Q: Bundesamt für Sozialversicherungen (2012, Abbildung 1-1).

Zentrale Komponenten des Schweizer Modells der Wiedereingliederung sind einerseits die Früherfassung und andererseits die Frühintervention. Sie zielen in ihrem Zusammenspiel darauf ab, Personen mit einem Invaliditätsrisiko möglichst früh zu erfassen, ihre Arbeitsfähigkeit schnell mit bedarfsgerechten Maßnahmen wieder herzustellen und so idealerweise den Arbeitsplatzverlust oder alternativ die Eingliederung zu ermöglichen (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2012). Eine versicherte Person kann sich im Krankheitsfall melden oder von Dritten (ArbeitgeberInnen, behandelnde ÄrztInnen, private und öffentliche Versicherungseinrichtungen) gemeldet werden, wenn sie mindestens 30 Tage hindurch ununterbrochen arbeitsunfähig war oder innerhalb eines Jahres wiederholt für kürzere Zeit gesundheitsbedingt der Arbeit fernblieb. Die Meldemöglichkeit für Dritte bildet ein wichtiges

Element der Früherfassung, da so versicherte Personen mit Invaliditätsrisiko leichter und im Prinzip auch ohne ihre Zustimmung mit der IV in Kontakt gebracht werden können (*Bundesamt für Sozialversicherungen, 2012*). Die Fachstelle für Früherfassung der IV holt Informationen ein und nimmt in der Regel mittels eines (freiwilligen) Erstgesprächs Kontakt mit der versicherten Person auf. Auf Basis dieser Prüfung kommt es zur Entscheidung, ob der Fall wieder abgeschlossen werden kann oder eine Frühintervention mittels Anmeldung bei der IV zweckmäßig ist. Falls die betroffene Person der Aufforderung zur Anmeldung bei der IV nicht nachkommt, kann dies zu finanziellen Sanktionen führen (*Jastrow et al., 2010*).

Das Schweizer Modell ist nicht zuletzt deshalb interessant, weil im Rahmen der fünften Revision ein besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse von Arbeitskräften mit psychischen Gesundheitsproblemen gelegt wurde. Die Palette der Eingliederungsmaßnahmen der IV wurde um Integrationsmaßnahmen für Personen ausgeweitet, die aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen eine Erwerbstätigkeit oder eine Maßnahme beruflicher Art (z. B. Umschulung, Arbeitsvermittlung) nicht ohne Unterstützung bewältigen können (*Bundesrat, 2005; Bundesamt für Sozialversicherungen, 2012*). Die Eingliederungsfähigkeit dieser Personen soll entweder durch sozialberufliche Rehabilitationsmaßnahmen aufgebaut oder mittels Beschäftigungsmaßnahmen erhalten werden. Die Maßnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation umfassen ein Belastbarkeitstraining, ein Aufbautraining oder die niederschwellige Integration mit Unterstützung am Arbeitsplatz. Auch das schweizerische IV-Verfahren orientiert sich an den Grundsätzen des Case Managements, wonach für jeden Fall ein Case Manager für das Verfahren ab der Frühintervention bis zum Abschluss der beruflichen Maßnahmen verantwortlich ist (Abbildung 24).

3.3 Wirksamkeit und Bewertung der vorgestellten Modelle

Mit der Implementierung von Reformen und neuen Maßnahmen zur Prävention und Reduktion von (bleibender) Arbeitsunfähigkeit ist auch die Zahl der Studien gestiegen, die sich mit der Evaluierung und Wirkungsanalyse der unterschiedlichen Ansätze befassen. Das betrifft insbesondere die Wirkung einzelner, spezifischer Maßnahmen im Bereich der Prävention, Aktivierung und Wiedereingliederung. Gesamte Reformprozesse, die sich über mehrere Etappen und Jahre erstreckt haben und aus zahlreichen Einzelmaßnahmen bestehen, sind demgegenüber schwieriger zu bewerten. Dennoch liefern die Entwicklungen der Krankenstands- und Invaliditätspensionszugänge Hinweise dafür, dass die teils tiefgreifenden Reformen zumindest in einigen der angesprochenen Länder wirksam waren. In der Folge wird ein Überblick der Kernergebnisse aus der einschlägigen Literatur gegeben. Einschränkend ist festzuhalten, dass zahlreiche Evaluierungen kurz- und mittelfristige Zielgrößen wie die Krankenstandsdauer bis zur Arbeitswiederaufnahme und die Arbeitsmarktintegration in einer Nachperiode von ein bis zwei Jahren untersuchten. Zur langfristigen Nachhaltigkeit der Reintegration am Arbeitsplatz gibt es bisher dagegen nur eine geringe Anzahl an wissenschaftlich gesicherten Ergebnissen.

Aktivierungsmaßnahmen

Studienergebnisse, die sich vorwiegend auf die skandinavischen Länder beziehen, zeigen, dass Teilkrankenstandsmodelle ein wirksames Instrument sein können, um die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und die Reintegration am Arbeitsplatz zu fördern. Vor allem neuere Untersuchungen (z. B. *Markussen et al.*, 2012; *Viikari-Juntura et al.*, 2012), die sich auf qualitativ hochwertige Daten und verbesserte Forschungsmethoden stützen, zeichnen ein positives Bild des Teilzeitkrankenstands als Instrument zur Wiedereingliederung.

Die nachfolgende Übersicht 3 gibt einen Überblick über die wichtigsten Studien und ihre Ergebnisse. Hierzu wurde die Liste aus dem Literaturüberblick von *Kausto et al.* (2008)³¹⁾ um die neuesten einschlägigen Studien ergänzt. Die Ergebnisse der älteren Literatur waren zum Teil widersprüchlich, was aber auch auf qualitative Einschränkungen der Forschungsmethoden, die einigen dieser Untersuchungen zu Grunde lagen, zurückzuführen ist. Darüber hinaus ist nicht auszuschließen, dass die vielfältigen Anpassungen und Reformschritte, die gerade auch in den nordischen Ländern in den vergangenen Jahren unternommen wurden, den Einsatz und die Wirkung dieser Modelle verbesserten. Vor allem Untersuchungen für Schweden kamen in der Vergangenheit zu der Schlussfolgerung, dass Teilzeitkrankengeld mit einem längeren Intervall bis zur vollständigen Rückkehr zum Arbeitsplatz einhergehen kann. Jüngere Studien aus Norwegen, Dänemark und Finnland zeigen dagegen, dass Teilkrankenstand den vollständigen Wiedereinstieg in die Arbeit deutlich beschleunigen kann. Die Ergebnisse für kurz- bis mittelfristige Krankenstands- und Beschäftigungsindikatoren (mit Nachbeobachtungszeiträumen von einem bis zwei Jahren) fallen sowohl in den älteren, als auch in den jüngeren Evaluierungsstudien überwiegend positiv aus.

³¹⁾ Die Autoren haben einen breiten Literaturüberblick zusammengestellt und über 1.000 Studien in Betracht gezogen, die Zahl der Publikationen in Fachzeitschriften mit peer-review (externer Begutachtung der Artikel) war aber zu gering, um auch auf die methodischen Unterschiede und die Qualität der Studien einzugehen.

Übersicht 3: Studien zu den Effekten von Teilkrankenständen

Studie	Land	Beobachtungsgruppe	Studiendesign	Beobachtungen	Ergebnisse
Bergendorff et al., 1997	Schweden	1.800 Patientinnen mit Rücken- oder Nackenbeschwerden (>4 Wochen)	Registerdaten, Nachbeobachtung zwei Jahre	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme	Patientinnen mit Teilkrankenstand kehrten später zurück, waren aber in der follow-up-Periode gesünder
Marnett et al., 2001	Schweden	732 Personen im Langzeitkrankenstand (ab 90 Tage, 1992-94)	Registerdaten, Nachbeobachtung zwei Jahre	Erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf	Erhöhte Chancen auf berufliche Wiedereingliederung bei Teilkrankenstand
Scheel et al., 2002	Norwegen	65 Gemeinden	Cluster-randomisierter kontrollierter Versuch, Nachbeobachtung ein Jahr	Durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen, langfristige Behinderung, Lebensqualität	Erhöhte Nutzung von aktivem Krankenstand hatte keine Auswirkungen auf gesundheitliche Indikatoren
Eklund et al., 2004	Schweden	4.844 Personen mit Krankenstand > 15 Tage	Registerdaten, Nachbeobachtung 1,5 Jahre	Dauer des Krankenstands	Teilkrankenstand geht mit langem Krankenstand einher
Lidwall, 2006	Schweden	12.361 Personen mit Krankenstand >60 Tage (1999, 2001 oder 2003)	Registerdaten, Nachbeobachtung 13 Monate	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme	Teilkrankenstand erhöhte Chancen auf Arbeitsaufnahme
Kann, Brage, 2007	Norwegen	2.779 Ärzte	Registerdaten, Nachbeobachtung bis zu 1,5 Jahre	Arbeitsaufnahme, Krankenstand und Nutzung von Krankengeld	Teilkrankenstand hatte keine Auswirkungen
Høgelund et al., 2010	Dänemark	934 Personen mit Krankenstand >8 Wochen (2006)	Registerdaten und Befragung der Kommunen, Nachbeobachtung >1 Jahr	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme	Teilkrankenstand erhöht die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Rückkehr erheblich
Høgelund et al., 2012	Dänemark	864 Personen mit Krankenstand >8 Wochen (2006)	Registerdaten, Befragung der Kommunen und Interviews, Nachbeobachtung >1 Jahr	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme	Keine positive Wirkung von Teilkrankenstand auf Beschäftigte mit psychischen Erkrankungen
Kausto et al., 2012	Finnland	1.047 Personen mit Teil- und 28.380 mit Vollzeitkrankenstand (2007)	Registerdaten, Nachbeobachtung 13 Monate	Übertritt in Invaliditätspension	Teilkrankenstand führt zu mehr Teilinvalidität und weniger Vollinvalidität
Markussen et al., 2012	Norwegen	339 251 Krankenstandsepisoden (2001-2005) >8 Wochen	Registerdaten zu Patientinnen und Ärztinnen	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme und Beschäftigung zwei Jahre später	Teilkrankenstand reduziert die Krankensanddauer und erhöht die Beschäftigungswahrscheinlichkeit
Viihari-Juntura et al., 2012	Finnland	63 Patientinnen mit Muskel-Skelett-Beschwerden	Randomisierter kontrollierter Versuch, Nachbeobachtung 1 Jahr	Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme und Krankenstand in Nachperiode	Teilkrankenstand reduziert die Zeit bis zur vollständigen Arbeitsplatzrückkehr und den Krankenstand in der follow-up-Periode

Q: Kausto et al. (2008), WIFO-Darstellung.

Aus den verfügbaren Untersuchungen geht auch hervor, dass Teilkrankenstand vorwiegend im Anschluss an einen Vollkrankenstand in Anspruch genommen wird und somit in erster Linie in Fällen von längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz eingesetzt wird. Auch die Verteilung auf Krankheitsdiagnosen ist nicht gleichmäßig: Besonders Beschäftigte mit Beschwerden am Muskel-Skelett-Apparat und solche mit psychischen Leiden sind bei der Inanspruchnahme von Teilkrankengeld stark vertreten.

Epidemiologische Studien zeigen, dass gerade bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (insbesondere bei Beschwerden im unteren Rückenbereich) und bei psychischen Leiden eine Aktivierung positive gesundheitliche Wirkungen entfalten kann. Aktivierungsbemühungen erweisen sich bei psychisch Erkrankten allerdings als besonders schwierig. *Høgelund et al.* (2012), die das dänische Teilkrankenstandsmodell untersuchten, zeigten, dass Teilzeitkrankschreibungen – zumindest bei PatientInnen mit psychischen Leiden, die bereits acht Wochen im Krankenstand waren – keinen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Rückkehr zum Arbeitsplatz (d. h. zur Normalarbeitszeit) hatten. Ein Grund dafür könnte sein, dass Personen mit psychischen Leiden am Arbeitsplatz oftmals einer Stigmatisierung ausgesetzt sind und unter Umständen von dem bzw. der ArbeitgeberIn und von den KollegInnen weniger Rückhalt als andere Rekonvaleszente erhalten (*Høgelund et al.* (2012))³².

Maßnahmen zur Aktivierung von Personen, die bereits einmal aus dem Erwerbsleben ausgetreten sind und eine Leistung für bleibende bzw. zumindest länger andauernde Arbeitsunfähigkeit beziehen, erwiesen sich dagegen bisher als nicht sehr effektiv (siehe z. B: *Burkhauser et al.*, 2014). Berufliche Rehabilitationsangebote für LeistungsbezieherInnen wurden in den bisher untersuchten Fällen nur selten in Anspruch genommen und hatten geringen Erfolg in der Rückführung in Beschäftigung (*Bütler et al.*, 2015). Möglichkeiten, um parallel zum Leistungsbezug ein Einkommen aus Erwerbstätigkeit zu erwirtschaften, erhöhten zwar den Arbeitsanreiz und führten zu zusätzlichen Beschäftigungsepisoden. Die Modelle hatten aber keinen Effekt auf den Verbleib in Invalidität und auf die nachhaltige Reintegration am Arbeitsmarkt. Zu diesem Ergebnis kamen beispielsweise *Campolieti – Riddell* (2012) in ihrer Evaluierung von zwei unterschiedliche Maßnahmen zur Aktivierung und Reintegration von kanadischen LeistungsbezieherInnen: einerseits der Einführung einer Zuverdienstmöglichkeit (von 3,800 \$ jährlich in 2001) und andererseits der Option, den Leistungsbezug bei Aufnahme einer Beschäftigung für bis zu zwei Jahre – ohne erneute Anspruchsprüfung – ruhen zu lassen. Die Zuverdienstmöglichkeit wurde für zusätzliche Erwerbstätigkeit genutzt, die aber keinen Austritt aus dem Leistungsbezug bewirkte. Die Option zur temporären Stilllegung des Leistungsbezugs hatte weder auf Beschäftigung noch auf den Verbleib in Invalidität eine messbare Wirkung.

³²) Einschränkung ist anzumerken, dass die Zahl der untersuchten Personen in dieser Studie nicht sehr groß war und dass die Autoren bezüglich der Diagnose auf die Auskunft der erkrankten Personen angewiesen waren.

Norwegen erhöhte 2005 ebenfalls die Anreize zur Wiederbeschäftigung, indem InvaliditätsleistungsempfängerInnen erlaubt wurde, auch bei der Erwirtschaftung von Einkommen über der geringfügigen Zuverdienstgrenze einen Teil der Leistung (40% des über der Grenze liegenden Einkommens) zusätzlich zum Erwerbseinkommen zu beziehen. *Køstol – Mogstad* (2014) kommen in einer Evaluierung dieser Maßnahme zu dem Schluss, dass ein signifikanter Anteil der norwegischen LeistungsbezieherInnen noch verbleibende Arbeitsfähigkeit aufwies und die Maßnahme erwartungsgemäß zu erhöhter Erwerbsbeteiligung führte. Allerdings waren die Effekte je nach Beschäftigtengruppe sehr heterogen; die positiven Effekte konzentrierten sich auf die unter-50-jährigen Personen, bei den Über-50-Jährigen konnte keine Aktivierung beobachtet werden. *Weathers – Hemmeter* (2011) untersuchen eine sehr ähnliche Maßnahme in den USA; hier reduzierte das zusätzliche Einkommen die Invaliditätsleistung um die Hälfte (für zwei zusätzlich verdiente Dollar reduzierte sich die Leistung um einen Dollar). Auch in diesem Fall zeigten sich in der Analyse spürbare positive Beschäftigungseffekte, gleichzeitig führte die zusätzliche Erwerbstätigkeit aber nicht zu einem nachhaltigen Austritt aus dem Leistungsbezug.

Bütler et al. (2015) nahmen ein Experiment in der Schweiz unter die Lupe, bei dem 4.000 nach einem Zufallsprinzip ausgewählten BezieherInnen einer Invaliditätsleistung eine substantielle, einmalige Transferzahlung angeboten wurde, für den Fall, dass sie eine Beschäftigung aufnehmen (oder eine bestehende Beschäftigung aufstocken). Diese Beschäftigung musste zu einer Reduktion ihres Leistungsbezugs im Ausmaß von mindestens 25% führen, um einen Anspruch auf die Prämie zu bedingen. Die einmalige Zahlung war im Vergleich zu anderen, ähnlichen Maßnahmen hoch, sie betrug mindestens 9.000 CHF und konnte bei Individuen mit vollem Leistungsbezug, die ihre Leistung komplett zurückführen, bis zu 71.000 CHF betragen. Dennoch war das Interesse an dieser Option sehr gering, nur 0,5% der Berechtigten nahmen sie auch tatsächlich in Anspruch. Die Studienautoren erklären dieses Ergebnis einerseits damit, dass die hohe einmalige Zahlung nicht ausreicht, um das entgangene Einkommen aus dem Leistungsbezug über einen längeren Zeitraum zu kompensieren. Zudem dürften auch Risikoaversion und unzureichende Information das Verhalten der Testpersonen beeinflusst haben.

Eingliederungsmaßnahmen und Disability Management

Im Hinblick auf die Wirkung von arbeitsplatzbezogenen Eingliederungsmaßnahmen und allgemein von Programmen des Disability Managements und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements ist die Evaluierungsliteratur sehr reichhaltig, aber auch unsystematisch. Angesichts der Vielzahl an einzelnen Maßnahmen und Maßnahmenpaketen, die sich infolge der Einbettung in unterschiedliche Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsmarktsysteme auch in ihrer konkreten Ausgestaltung voneinander unterscheiden, gestaltet sich eine bündige Zusammenfassung der Erkenntnisse schwierig. Während sich die Evaluierungsliteratur zu Teilkrankenstand auf die nordeuropäischen Länder und somit auf ein vergleichsweise einheitliches Modell konzentriert, sind die empirischen Studien zu arbeitsplatzbezogenen

Eingliederungsmaßnahmen auch geographisch breiter gefächert. Es ist aus diesen Studien ersichtlich, dass Arbeitsanpassungen und ergonomische Arbeitsplatzevaluationen die rasche Rückkehr zum Arbeitsplatz begünstigen. Darüber hinaus belegen etliche Studien die Bedeutung von multidisziplinären Eingriffen, bei denen eine Koordination zwischen Dienstgeber und gesundheitlichen bzw. sozialen Dienstleistern stattfindet. Das Monitoring von Krankenständen, die frühzeitige Erkennung von Invaliditätsrisiken und die Kontaktaufnahme (in den ersten Wochen bzw. spätestens innerhalb von drei Monaten) sind ebenso wichtige Bestandteile erfolgreicher Wiedereingliederungsstrategien, wie die Koordination und Abstimmung der Stakeholder (Arbeitgeber, Beschäftigte, Sozial- und Gesundheitsdienstleister) und der Maßnahmen im Rahmen eines Case Managements.

Übersicht 4: Befunde zur Wirkung von Eingliederungsmaßnahmen

Gibt es eine positive Wirkung von Maßnahmen in Bezug auf die untersuchten Ergebnisgrößen?

Maßnahmen	Dauer der Arbeitsunfähigkeit ¹⁾	Kosten durch Arbeitsunfähigkeit ¹⁾	Lebensqualität
Frühe Kontaktaufnahme zu MitarbeiterInnen	Moderat	Moderat	nicht eindeutig
Angebot zu Arbeitsanpassungen	Stark	Moderat	nicht eindeutig
Austausch zwischen Arbeitgeber und Gesundheitsdienstleistern	Stark	Moderat	nicht eindeutig
Evaluation der Ergonomie am Arbeitsplatz	Moderat	Moderat	nicht eindeutig
Präsenz eines Return-to-Work-Koordinators	Moderat	Moderat	nicht erforscht

Q: WIFO-Darstellung auf Basis von *Franché et al.* (2005, Tabelle IV), – ¹⁾ Es liegen nicht ausreichend Studienergebnisse vor, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu beurteilen: „Evidence for sustainability of effects beyond 1 year was insufficient or limited“.

Einen guten Überblick der Evaluierungsliteratur liefern *Franché et al.* (2005). Dieser Literaturüberblick deckt zwar nur publizierte Studien aus den Jahren 1990 bis 2003 ab, er hat dafür jedoch den Vorzug, dass nur solche Studien, welche einem sehr hohen wissenschaftlichen Standard genügen und gut abgesicherte Ergebnisse liefern, berücksichtigt werden³³⁾. Die AutorInnen finden zu den folgenden arbeitsplatzbezogenen Maßnahmenkategorien wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse: zur frühen Kontaktaufnahme des

³³⁾ Nur die Ergebnisse jener Studien wurden diskutiert, die sowohl die erwartete thematische Abgrenzung hatten als auch bestimmte qualitative Standards erfüllten. Von den insgesamt 4.124 Artikeln, die in einem ersten Schritt als möglicherweise relevant identifiziert worden waren, blieben nach der inhaltlichen Abgrenzung 35 Studien übrig und nur zehn erfüllten schließlich die angesetzten qualitativen Standards.

Arbeitgebers mit den ArbeitnehmerInnen³⁴⁾ und mit den Gesundheitsdienstleistern, zu Arbeitsanpassungen, zu ergonomischen Arbeitsplatzevaluierungen und zur Präsenz eines Return-to-Work-Koordinators im Eingliederungsprozess. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen bzw. Maßnahmenkategorien sind in Übersicht 4 zusammengefasst und den unterschiedlichen Zieldimensionen zugeordnet worden. Die Darstellung gibt Auskunft darüber, ob die verfügbaren Studien eindeutige Ergebnisse hinsichtlich der positiven Wirkung von einzelnen Eingliederungsmaßnahmen auf die Ergebnisgrößen ermitteln konnten, und wenn ja, ob die wissenschaftlichen Befunde Hinweise auf starke oder nur moderate Zusammenhänge lieferten. Es ist ersichtlich, dass arbeitsplatzbezogene Eingriffe vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit positiv bewertet werden können. Das gilt insbesondere für Maßnahmen, bei denen Arbeitsanpassungen vorgenommen wurden und in Fällen, in denen der Arbeitgeber direkt mit Gesundheitsdienstleistern in Kontakt getreten ist. Die Auswirkungen der untersuchten Maßnahmen auf die Lebensqualität waren dagegen teils unklar und teils nicht ausreichend erforscht worden. Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die meisten Studien einen Zeithorizont von weniger als einem Jahr fokussierten, weshalb die Nachhaltigkeit der festgestellten positiven Effekte auf Arbeitsfähigkeit und ökonomischen Nutzen nicht beurteilt werden konnte.

Eine Reihe von jüngeren Evaluierungsstudien ergänzt dieses Bild um weitere empirische Befunde zur Wirkung von Arbeitsplatzinterventionen bei Vorliegen von Muskel-Skelett-Erkrankungen, insbesondere abzielend auf Beschäftigte, die unter den stark verbreiteten Schmerzen im unteren Rückenbereich leiden. *Anema et al. (2007)* führten eine randomisierte Studie mit niederländischen Beschäftigten durch und untersuchten, inwiefern Arbeitsplatzanpassungen und Teilkrankenstand, getrennt oder kombiniert, zur Genesung beitragen. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitsplatzanpassungen den Wiedereinstieg in die Arbeit deutlich beschleunigen und auch die nachhaltige Wiedereingliederung fördern können. In Bezug auf Teilkrankenstand fielen die Ergebnisse dagegen negativ aus, wobei in diesem Studiendesign eine Untergruppe von Erkrankten mit Teilkrankenstand behandelt wurde, bei der bereits andere Eingliederungsmaßnahmen die gewünschte Wirkung verfehlt hatten.

Steenstra et al. (2006) untersuchten die Auswirkungen einer Arbeitsplatzintervention (Arbeitsplatzevaluierung, Arbeitsanpassungen, Case Management) und einer klinischen Intervention (Physiotherapie) gegenüber einer Kontrollgruppe mit Basisbehandlung. Sie kamen zu dem Schluss, dass die Gruppe mit Arbeitsplatzinterventionen, die zwischen der zweiten und der achten Krankenstandswoche stattfanden, im Schnitt einen Monat früher in Arbeit zurückkehrte als die Kontrollgruppe, auch wenn daraus etwas höhere Kosten entstanden. Die klinische Intervention, die allerdings erst nach der achten Woche einsetzte, führte dagegen zu einer späteren Arbeitsplatzrückkehr. Auch *van Duijn et al. (2008)* kommen

³⁴⁾ Als frühe Kontaktaufnahmen wurden solche definiert, die innerhalb der ersten drei Krankenstandsmonate erfolgten.

in ihrer Untersuchung zu dem Schluss, dass Arbeitsanpassungen das Wiedererlangen der vollständigen Arbeitsfähigkeit beschleunigen. *Norlund et al. (2009)* betonen im Lichte einer Metastudie, dass bei Schmerzen im unteren Rückenbereich multidisziplinäre Eingriffe, d. h. die Koordination zwischen ArbeitgeberIn, gesundheitlichen und sozialen Dienstleistern, die Krankenstandsdauer verkürzen und somit den Wiedereinstieg in die Arbeit fördern können.

Gensby et al. (2012) präsentieren einen sehr umfangreichen Literaturüberblick zur Evaluierung von Disability-Management-Programmen, die an Arbeitsplätzen in Kanada und den USA umgesetzt wurden. Zielsetzung des Reviews war es, die Effekte von arbeitsplatzbezogenen Disability-Management-Programmen und deren einzelnen Komponenten (bzw. Kombinationen von Komponenten) auf die Wiedereingliederung einzuschätzen. Dabei wurden ausschließlich solche Maßnahmen berücksichtigt, die von den ArbeitgeberInnen ausgingen oder durchgeführt wurden und die am Arbeitsplatz verankert waren. Sechs der elf untersuchten Disability-Management-Programme waren auf arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Schäden zugeschnitten, zwei weitere fokussierten explizit psychische Erkrankungen, und die restlichen drei hatten keinen diagnostischen Fokus. Obwohl die meisten evaluierten Programme günstige Auswirkungen auf Zielgrößen wie Krankenstandstage, verlorene Arbeitszeit und eine positive Kosten-Nutzen-Analyse ergaben, konnten die AutorInnen der Metastudie aufgrund fehlender Evidenz nicht eindeutig identifizieren, welche spezifischen Programmkomponenten oder welche Zusammenstellungen von Komponenten für die Wirksamkeit der Programme ausschlaggebend waren. Sie betonen, dass besonders Eingliederungsmaßnahmen für Beschäftigte mit psychischen Problemen nur unzureichend beleuchtet werden konnten und dass die Entwicklung und Umsetzung von arbeitsplatzbezogenen Interventionen für diese Personengruppen noch in den Kinderschuhen steckt³⁵. *Vooijs et al. (2015)* kommen in ihrem zusammenfassenden Überblick unterschiedlicher Meta-Studien (einer sog. „review of reviews“) zu dem Schluss, dass Kombinationen von Maßnahmen und Interventionen, die sich aus Bündeln unterschiedlicher Komponenten (z. B. Arbeitsplatzanpassungen, physiotherapeutische Behandlung, berufliche Beratung, usw.) zusammensetzen, besonders effektiv sind, um die Arbeitsmarktintegration von Personen mit chronischen Leiden zu verbessern.

Die Einführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) in Deutschland wurde bisher noch nicht umfassend evaluiert. Das BEM dürfte im Laufe der letzten Jahre Breitenwirkung erreicht und mittlerweile nicht mehr nur größere Betriebe, sondern auch kleine und mittlere Unternehmen erfasst haben. Dennoch sind bisher nur ansatzweise Evaluierungen des BEM vorhanden. Untersuchungen von *Niehaus et al. (2008)* sowie von *Bürger et al. (2011)* kommen zu ermutigenden Ergebnissen. Empirische Resultate, welche die Effektivität und den

³⁵ "In line with Goldner (2004), our findings reveal the rather scarce knowledge on DM programs tailored to promote RTW of employees absent because of mental health conditions. The same conclusion was reached in a review by Gallie and colleagues (2010), suggesting that employer driven workplace interventions addressing RTW due to mental health conditions are in the early stages of development and implementation" (*Gensby et al., 2012*).

Nutzen des deutschen BEM exakter quantifizieren und kausale Wirkungszusammenhänge identifizieren könnten, fehlen dagegen noch.

Bewertung umfassender Reformprozesse

Wird der Blick von einzelnen Maßnahmen und Interventionen auf die Wirkung von Reformprozessen ausgeweitet, dann schrumpft die verfügbare Literatur erheblich. Kausale Wirkungszusammenhänge von umfassenden Reformprozessen, die sich z.T. über Jahre erstreckt haben, sind naturgemäß schwieriger zu bestimmen. Neben einigen belastbaren quantitativen empirischen Studien, vor allem für die Niederlande, gibt es vorwiegend Einschätzungen qualitativer Art. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erwähnt wurde, waren es vorwiegend Länder mit überdurchschnittlich hohen Krankenstands- und Invaliditätszahlen, die im Bereich der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Förderung von Beschäftigungsfähigkeit intensive Reformschritte setzten.

Einigen dieser Länder ist es gelungen, die Zahl der Neuzugänge in die Invaliditätspension bzw. der neuen EmpfängerInnen von arbeitsunfähigkeitsbezogenen Leistungen spürbar zu reduzieren. Für die Niederlande kann bereits seit 2002 ein starker Rückgang an BezieherInnen von Invaliditätsleistungen beobachtet werden. Gemessen an der (versicherten) Bevölkerung sank der Anteil von 11% im Jahr 2001 auf 7,2% im Jahr 2012, der Zustrom der NeuempfängerInnen reduzierte sich von 1,5% im Jahr 2001 auf etwa 0,5 Prozent im Jahr 2012 (Koning – Lindeboom, 2015).³⁶⁾ Laut einer Untersuchung von Van Sonsbeek – Gradus (2013) ist dieser Rückgang eindeutig auf die Reformen seit Mitte der 1990-er Jahre zurück zu führen.

Berechnungen aufgrund von Sozialversicherungsdaten ergeben, dass in den Niederlanden der Neuzugang in Invaliditätsleistungen durch die Reformen der Jahre 1998 bis 2006 um über 60% verringert wurde. Die Verschärfung in den Zugangsbestimmungen hatte dabei nur einen vergleichsweise kleinen Effekt. Der Löwenanteil des Rückgangs geht auf die Einführung des „Gatekeeper-Protokolls“ und auf die verstärkten Anreize zur Arbeitgeberbeteiligung (experience rating und verlängerte Entgeltfortzahlung bis zum Antrag auf Invaliditätspension) zurück. In einer weiteren Untersuchung auf der Basis eines Simulationsmodells beziffern Van Sonsbeek – Alblas (2012) die voraussichtliche Zahl der niederländischen InvaliditätspensionsbezieherInnen im Jahr 2040 mit 370.000 Personen – 2002 waren es demgegenüber fast 1 Million gewesen. Positive Einschätzungen der niederländischen Reformen finden sich auch in Everhardt – de Jong (2011), in Prinz – Thompson (2009) sowie in Koning – Lindeboom (2015).

Bei einem dermaßen starken Rückgang an Übertritten in die Arbeitsunfähigkeit stellt sich aber auch die Frage nach den Rückkoppelungseffekten auf andere Sicherungssysteme, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass gesundheitlich bedingte frühzeitige Austritte aus dem Arbeitsmarkt und Langzeitarbeitslosigkeit in einem bestimmten Ausmaß ein

³⁶⁾ Aus Berechnungen der OECD (2010) geht hervor, dass die Neuzugänge in die Invaliditätspension in den Niederlanden in 2000 bei 1,2% der 20- bis 64-jährigen Bevölkerung lagen und bis 2008 auf 0,38% gesunken waren.

kommunizierendes Gefäß darstellen. Sowohl *Koning – Van Vuuren* (2010) als auch *De Jong et al.* (2011) finden in ihren Evaluierungsstudien einzelner Reformschritte (respektive des experience ratings und des Gatekeeper-Protokolls) keine negativen Spillover Effekte in die Arbeitslosigkeit. Dennoch ist davon auszugehen, dass die positiven Auswirkungen der niederländischen Reformen auf die Erwerbsintegration und den Bezug von Arbeitsunfähigkeitsleistungen den Druck auf gesundheitlich beeinträchtigte Erwerbspersonen erhöht haben dürften. Das sehr hohe Niveau an Verpflichtungen und Kosten, mit denen sich die Arbeit gebenden Unternehmen im Falle von gesundheitlichen Problemen ihrer Beschäftigten konfrontiert sehen, dürfte viele Unternehmen dazu bewegen, im Zuge einer Neueinstellung besonders genau auf die Gesundheit der (potentiellen) MitarbeiterInnen zu achten. Im Zuge der Reformen kam es insbesondere zu einem signifikanten Anstieg der befristeten Beschäftigungsverhältnisse, was als Ausweichreaktion der Unternehmen zur Vermeidung der hohen Kosten im Zusammenhang mit etwaigen gesundheitlichen Problemen der Stammbeschaft gewertet wurde (*OECD, 2008; Koning – Lindeboom, 2015*).

Obwohl für kein anderes Land eine vergleichbare Anzahl an Studien vorliegt, sind die Niederlande nicht das einzige Beispiel für eine Umkehr oder zumindest Eindämmung des Trends steigender Arbeitsunfähigkeitszahlen. Auch Schweden konnte in den vergangenen Jahren beachtliche Erfolge in der Reduktion von Arbeitsunfähigkeit und gesundheitlich bedingten Arbeitsmarktaustritten erzielen (*OECD, 2013B*). Die Zahl an Langzeitkrankenständen (Dauer > 1 Jahr) ging gegenüber dem Höchststand im Jahr 2003 um über 80% zurück. Ebenso konnten die Neuzugänge in Invaliditätspension stark gesenkt werden. Die restriktive Handhabe und Verschärfung in den Zugangsbestimmungen von Leistungen dürfte aber auch negative Folgen in Bezug auf die Absicherung von bedürftigen Personen nach sich gezogen haben. Die OECD merkt an, dass die neuen Regelungen für bestimmte Personengruppen die Gefahr erhöht haben, aus dem sozialen Netz zu fallen und infolge gesundheitlicher Probleme mit einem erhöhten Armutsrisiko konfrontiert zu sein (*OECD, 2013, S. 97*).

Auch für die Schweiz kommen erste Evaluierungen der Invalidenversicherungs-Revision zu positiven Zwischenergebnissen. Diese positiven Einschätzungen stützen sich in erster Linie auf die Feststellung, dass sich im Zuge der Revision die Eingliederungsorientierung des IV-Verfahrens erheblich erhöht hat und sich die Nachfrage nach und der Einsatz von Maßnahmen gesteigert haben. Gleichzeitig konnte der Zustrom in die Invalidität in den vergangenen Jahren bereits spürbar gebremst werden, um 45% zwischen 2005 und 2013 (*OECD, 2014B*). Dennoch fehlen für die Schweiz derzeit noch umfassende Evaluierungsergebnisse.

3.4 Zusammenfassung

In den vergangenen Jahrzehnten fand in den wirtschaftlich entwickelten Industrieländern und insbesondere im europäischen Raum eine intensive Reformtätigkeit im Bereich der Prävention und Handhabe von Arbeitsunfähigkeit statt. Dabei wurden zahlreiche konkrete

Maßnahmen, aber auch unterschiedliche Strategien erprobt und implementiert, um vorübergehende und vor allem bleibende Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren. Über alle Länder ist – auf Basis der Analyse von policy-Indikatoren, die von der OECD zur Messung von institutionellen Unterschieden und Reformen für die Periode 1990 bis 2007 entwickelt wurden – ein Ausbau der Maßnahmen zur Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten und vorübergehend arbeitsunfähigen Personen beobachtbar. Typische Maßnahmen orientierten sich an der Einführung von Früherkennungs- und Frühinterventionsprogrammen, an der Förderung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und an einer stärkeren Einbindung der Arbeitgeber und des Arbeitsplatzes als Anker zur Vorbeugung eines permanenten Arbeitsmarktaustritts bei Erkrankung.

Gleichzeitig ging das Ausmaß der sozialen Absicherung und des Schutzes vor Einkommensverlust bei Arbeitsunfähigkeit seit den 1990er-Jahren tendenziell zurück. Dieser Rückgang kam unter anderem durch die Einführung strikterer Zugangsbestimmungen oder Einschränkungen betreffend die Art der zuerkannten Leistungen zum Ausdruck, etwa durch restriktivere medizinische Bewertungskriterien für die Zuerkennung von Invaliditätsleistungen, die Umwandlung von zeitlich unbefristeten in befristete Leistungen und Lockerungen im Berufsschutz.

Hinter diesen allgemeinen Trends verbergen sich allerdings erhebliche länder- und ländergruppenspezifische Unterschiede. Anders als im Bereich der Absicherung, wo es tendenziell zu einer Annäherung zwischen den OECD-Ländern kam, führten die Reformen in der Integrationsdimension zu einer steigenden Diversität der Länder. Diese steigende Diversität resultierte daraus, dass vor allem Länder mit einem bereits ausgeprägten Fokus auf Aktivierung ihre Systeme weiter an Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration orientierten. Zu dieser Ländergruppe, die insgesamt durch eine hohe Reformintensität gekennzeichnet ist, gehören in erster Linie die skandinavischen Länder. Zusätzlich zählen auch die Niederlande, die Schweiz und Deutschland zu dieser Gruppe, die sich durch eine Kombination aus (nach wie vor) hoher Absicherung und hoher Integration von den anderen abhebt. Diese Ländergruppe ist für die Identifikation von good-practice-Beispielen von besonderem Interesse.

Aus der Fülle an Maßnahmen und Modellen, die im internationalen Kontext in den vergangenen Jahren eingeführt bzw. ausgebaut wurden, können einige interessante Beispiele ausgewählt und auch Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede in der strategischen Ausrichtung der Reformprozesse identifiziert werden. Vereinfachend gesprochen sind über alle untersuchten Länder hinweg zwei Komponenten der Reformstrategien erkennbar, die in der Praxis meistens eng verknüpft sind:

- einerseits eine Aktivierungskomponente, die darauf abzielt, die Beschäftigungsorientierung des Sozialsystems zu erhöhen, indem bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen der Fokus auf die Bestimmung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bzw. Teilarbeitsfähigkeit und die Rückführung zum Arbeitsplatz gelegt wird. Diese Zielsetzung soll vor allem durch

entsprechende Anreize und Änderungen in der Gestaltung der Absicherungsleistungen erreicht werden;

- andererseits eine Eingliederungskomponente, d. h. Unterstützung bei der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von erkrankten und gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen. In diesen Bereich, der mit dem Begriff Eingliederungsmanagement (bzw. Disability Management) umschrieben werden kann, fallen z. B. arbeitsplatzbezogene Maßnahmen und koordinierte Rehabilitationsmaßnahmen.

Insgesamt geht aus der Evaluierungsliteratur ein positives Bild hervor. Trotz der bestehenden Wissenslücken gibt es starke Hinweise darauf, dass sowohl Modelle, die Teilkrankenstand und den graduellen Wiedereinstieg in die Arbeit ermöglichen, als auch weiterführende, arbeitsplatzbezogene Wiedereingliederungsmaßnahmen günstige Effekte auf die Verkürzung von Krankenständen und die Vermeidung bleibender Arbeitsunfähigkeit haben können. Bei der Einschätzung dieser Evaluierungsergebnisse ist aus österreichischer Perspektive allerdings Vorsicht geboten, da die Übertragbarkeit einzelner Maßnahmen und Modelle von einem Land auf das andere nicht selbstverständlich gegeben ist. Institutionelle Komplementaritäten und länderspezifische Pfadabhängigkeiten führen dazu, dass auch ähnliche Maßnahmen in verschiedenen Systemen unterschiedliche Auswirkungen haben können.

Ähnliches gilt für die Bewertung von umfangreichen Reformprozessen, wie sie in den Niederlanden, der Schweiz und den skandinavischen Ländern stattgefunden haben. Einigen dieser Länder ist es gelungen, die Zahl der Neuzugänge in die Invaliditätspension bzw. der neuen EmpfängerInnen von arbeitsunfähigkeitsbezogenen Leistungen stark zu reduzieren. In einigen Fällen waren die Einführung strengerer Regeln und Kürzungen im Leistungsbereich Teil des Reformprozesses. Allen diesen Ländern gemeinsam ist aber eine verstärkte Ausrichtung auf Prävention und Arbeitsmarktintegration im Umgang mit Gesundheit und Arbeitsunfähigkeit.

Wichtigster gemeinsamer Nenner sind Regelungen und Prozesse, um auf systemischer Ebene frühzeitig auf sich abzeichnende gesundheitliche Einschränkungen der Beschäftigten zu reagieren und eine effektive Beteiligung der unterschiedlichen Stakeholder sicher zu stellen. Monitoringprozesse, die typischerweise am Krankenstandsgeschehen ansetzen, sollen den rechtzeitigen Einsatz von Maßnahmen zur Wiedereingliederung ermöglichen. Die Interventionsschritte werden in Rückkehr- und Aktionsplänen oder ähnlichen Instrumenten festgeschrieben, die zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern vereinbart werden. Wichtige Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Ländern und Ansätzen dagegen hinsichtlich der Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche, sowie der damit einhergehenden Anreiz- und Sanktionsmechanismen.

Die Wirkungszusammenhänge der angesprochenen Reformprozesse, die sich z. T. über Jahre erstreckt haben, sind naturgemäß schwierig zu interpretieren, weshalb auch direkte Rückschlüsse auf Österreich mit Vorsicht gezogen werden müssen. Einerseits waren es vor allem Länder mit überdurchschnittlich hohen Krankenstands- und Invaliditätszahlen, die im Bereich der Prävention und Handhabung von Arbeitsunfähigkeit intensive Reformschritte

setzten. Sowohl die Notwendigkeit, als auch die Wirkung der Änderungen und Maßnahmen ist vor diesem Hintergrund zu betrachten. Andererseits weisen auch jene Strategien, die in Bezug auf die Reduktion von Krankenstandsquoten und Invalidität die größten Erfolge verbuchen konnten, ihre Schattenseiten auf. So dürften etwa die radikalen Reformen in den Niederlanden den Kostendruck auf die Unternehmen stark erhöht und dadurch auch ihre Stellenbesetzungspolitik beeinflusst haben, während in Schweden durch die Reformen das Sozialsystem für gesundheitlich beeinträchtigte Erwerbspersonen weitmaschiger wurde.

Im Lichte der von der OECD gesammelten Daten und der einschlägigen Literatur steht fest, dass die erwähnten good-practice-Länder deutlich früher als Österreich mit Anpassungen ihrer Systeme zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit begonnen haben. Diese Reformprozesse waren z. T. sehr tief greifend und lassen konsistente Strategien in Bezug auf die Zielsetzungen der Integration und Beschäftigungsorientierung erkennen. Wie im folgenden Kapitel aufgezeigt und diskutiert wird, wurden in Österreich erst in den jüngsten Jahren neue Schritte gesetzt, um die Prävention von Arbeitsunfähigkeit zu verbessern und die Integrationschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhöhen.

4. Derzeitige Ausgestaltung des österreichischen Systems

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit der Frage, wie das österreichische System mit Arbeitsunfähigkeit und den damit verbundenen Risiken umgeht. Die Förderung von Arbeitsfähigkeit bzw. die Handhabung von Arbeitsunfähigkeit betrifft zahlreiche Bereiche, von der Kranken- und Sozialversicherung über das Gesundheitssystem bis hin zum Arbeitsrecht, der Arbeitsmarktpolitik und den Arbeitsbeziehungen. Die wichtigsten Eckpunkte, die hier herausgegriffen werden, können im Lichte der unterschiedlichen Zielsetzungen des Sozial- und Wohlfahrtssystems insgesamt gegliedert werden.

Mit dem Sozialsystem insgesamt werden grundsätzlich drei Funktionen verknüpft. Die erste davon, die Absicherung des Einkommens gegen Erwerbsrisiken wie Krankheit und Arbeitslosigkeit, gehört seit jeher zu den Kernaufgaben des Wohlfahrtsstaats. In den vergangenen Jahren ist aber mit dem Konzept des „investiven Sozialstaats“ zunehmend ein Verständnis des Sozialsystems entstanden, das dieses nicht auf seine Absicherungs- und Schutzfunktion beschränkt (*Esping-Andersen et al., 2002; Morel et al., 2012; Famira-Mühlberger, 2014*). Der Wohlfahrtsstaat soll demnach nicht nur gegen Risiken absichern und bereits eingetretene Wohlfahrtsverluste abfedern, sondern einerseits präventiv wirken, d. h. die Eintrittswahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen wie Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit minimieren, und andererseits aktivieren, d. h. systematisch Unterstützung bei Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration liefern. Prävention von Risiken und Aktivierung bzw. Wiedereingliederung nehmen dementsprechend neben der Absicherung bei Arbeitsunfähigkeit eine zentrale Rolle ein.

4.1 Einkommensabsicherung bei Arbeitsunfähigkeit

Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit findet in erster Linie in Form von Krankenstand Ausdruck. Zum Zeitpunkt der Krankschreibung muss der Arzt oder die Ärztin das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit prüfen, d. h. die Frage beantworten, ob der Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin aus Krankheitsgründen die berufliche Tätigkeit unterbrechen muss. Die Möglichkeit von Teilarbeitsfähigkeit ist gemäß derzeitiger Gesetzeslage nicht vorgesehen (*Naderhirm, 2011*). Im Krankheits- bzw. Verletzungsfall besteht für die Versicherten ein zweistufiges Absicherungsmodell: Nach einer ersten Phase der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber folgt bei längerem Krankenstand eine Krankengeldleistung. Die Dauer der Entgeltfortzahlung variiert in Abhängigkeit vom Dienstalter zwischen sechs und 12 Wochen.³⁷⁾ Nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsperiode gebührt bei weiter andauernder

³⁷⁾ Grundsätzlich gilt, dass ArbeitnehmerInnen im Fall von Krankheit (bzw. Unglücksfall) einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts bis zur Dauer von sechs Wochen haben. Dieser Anspruch erhöht sich auf die Dauer von acht Wochen, wenn das Arbeitsverhältnis fünf Jahre, von zehn Wochen, wenn es 15 Jahre und von zwölf Wochen, wenn es 25 Jahre ununterbrochen gedauert hat.

Arbeitsunfähigkeit Krankengeld, das in den meisten Fällen eine Anspruchsdauer von 52 Wochen aufweist.³⁸⁾

Die Höhe der Entgeltfortzahlung entspricht der Bezahlung, die von den Beschäftigten erhalten worden wäre, wenn sie nicht erkrankt wären. Das Krankengeld beträgt in den ersten sechs Wochen 50%, dann 60% des sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgelts. Versicherte sind somit im Regelfall durch die Kombination aus Entgeltfortzahlung und Krankengeld bis zu einem Jahr lang gegen gesundheitsbedingten Einkommensausfall abgesichert. Während eines Krankenstands sind Beschäftigte allerdings nicht vor Kündigung geschützt.³⁹⁾ Wie aus Übersicht 5 zu entnehmen ist, entfielen 2013 mehr als 80% der Kosten zur Einkommenssicherung bei Krankenstand in Form von Entgeltfortzahlung direkt auf die Unternehmen. Der Anteil des Krankengelds ist allerdings in den vergangenen Jahren gestiegen. Dieser Trend geht auf einen deutlichen Anstieg der Krankengeldtage zurück, vor allem bei den Arbeitslosen: während 2008 die Erwerbstätigen 7,5 Mio. und die Arbeitslosen 7,4 Mio. Krankengeldtage verzeichneten, waren es 2013 – bei deutlich gesteigener Arbeitslosenquote – 8,7 Mio. Tage bei den Erwerbstätigen und 9,2 Mio. Tage bei den Arbeitslosen.

Übersicht 5: Entwicklung der Kosten zur Einkommenssicherung bei Krankenstand

Sozialleistung [jeweiliges Sozialschutzsystem]	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	in Mio. €					
Entgeltfortzahlung	2510,8	2550,2	2531,1	2662,4	2670,3	2794,3
Krankengeld	453,8	508,6	531,1	561,3	579,7	626,4
	Anteil in % am Kostenaufkommen					
Entgeltfortzahlung	84,7	83,4	82,7	82,6	82,2	81,7
Krankengeld	15,3	16,6	17,3	17,4	17,8	18,3

Q: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Statistik Austria; ESSOSS-Datenbank (Stand: 31.10.2014).

Bei Vorliegen von langfristiger bzw. dauerhafter Arbeitsunfähigkeit, stellt die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension die primäre Leistung zur Absicherung im Sozialsystem dar. Sie ist für Arbeitskräfte gedacht, deren Arbeitsfähigkeit auf Grund ihres Gesundheitszustands so weit herabgesunken ist, dass sie ihrem bisherigen Beruf oder ihrer überwiegend ausgeübten

³⁸⁾ Die Anspruchsdauer beträgt grundsätzlich bis zu 26 Wochen. Sie erhöht sich auf 52 Wochen, wenn die Versicherten innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles sechs Monate versichert waren. Durch die jeweilige Satzung des zuständigen Krankenversicherungsträgers kann die Dauer des Krankengeldanspruchs auf bis zu 78 Wochen ausgedehnt werden.

³⁹⁾ Siehe *Praher – Pohl* (2015). Einen besonderen Kündigungsschutz genießen dagegen jene Personen, die im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG) als gesetzlich begünstigte Behinderte eingestuft werden. Begünstigte behinderte ArbeitnehmerInnen sind Personen mit einem behördlich festgestellten Grad der Behinderung von mindestens 50%, wobei der sogenannte "Grad der Behinderung" nichts mit der Ursache der Behinderung oder dem ausgeübten Beruf zu tun hat.

Tätigkeit nicht mehr nachgehen können. Anders als in manchen anderen Pensionssystemen richtet sich die Pensionshöhe nicht nach dem Grad der Erwerbsminderung, sondern wird rein aufgrund der erworbenen Versicherungsmonate (zuzüglich allfälliger Zurechnungsmonate je nach Alter) und der Bemessungsgrundlage errechnet.⁴⁰⁾ Die Anspruchsvoraussetzungen sind an Mindestversicherungszeiten⁴¹⁾ gebunden, darüber hinaus muss bei ArbeiterInnen die Invalidität bzw. bei Angestellten die Berufsunfähigkeit (für voraussichtlich mindestens sechs Monate) festgestellt worden sein. Grundlage für die Entscheidung, ob Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit vorliegt, bildet eine ärztliche Begutachtung, bei der die Leistungsfähigkeit der Antrag stellenden Person in Bezug auf den ausgeübten Beruf festgestellt wird. Im Zuge der Neuregelung durch das Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG 2011) und das Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 (SRÄG 2012), die in der Folge ausführlicher besprochen werden wird, wurde eine Verschärfung und Vereinheitlichung des geltenden Berufsschutzes vorgenommen. Demnach liegt Berufsschutz nur dann vor, wenn die Person in den 15 Jahren vor dem relevanten Stichtag überwiegend eine qualifizierte Tätigkeit ausgeübt hat.

Die soeben beschriebenen Voraussetzungen gelten für Personen, die vor 1964 geboren wurden. Für Jüngere, d. h. ab 1. Jänner 1964 Geborene, unterscheidet sich die Anspruchsvoraussetzung dahingehend, dass für diesen Personenkreis nur bei dauerhafter Invalidität eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit gewährt werden kann (*Kammer für Arbeiter und Angestellte*, 2015). Anstelle der früheren befristeten Pensionsleistungen bei geminderter Arbeitsunfähigkeit können diese Personen seit Anfang 2014 Umschulungsgeld (wenn Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation gewährt wurden) oder Rehabilitationsgeld (wenn eine medizinische Rehabilitation gewährt wurde) beziehen. Das Rehabilitationsgeld entspricht in seiner Höhe der Leistung aus der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, die zu dem Zeitpunkt gebührt hätte. Das Umschulungsgeld liegt in der Phase der Auswahl und Planung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen gleich hoch wie das Arbeitslosengeld und wird während der Teilnahme an der Maßnahme um 22% erhöht.

4.2 Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung

In Bezug auf Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung sind neben den gesetzlichen Regelungen auch das individuelle Verhalten sowie die Maßnahmen und gelebte Praxis in den Unternehmen entscheidend. Weitere wichtige Akteure und Schnittstellen, die hier nicht näher behandelt werden können, befinden sich außerhalb der Arbeitswelt, vor allem im Gesundheitssystem.

⁴⁰⁾ Wenn neben dem Pensionsbezug eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, gebührt die Invaliditätspension nur mehr als Teilpension.

⁴¹⁾ Mit Ausnahme von Fällen, wo die Invalidität/Berufsunfähigkeit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückgeht. In diesen Fällen ist keine bestimmte Mindestversicherungszeit erforderlich.

Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in Österreich auf gesetzlicher Ebene stark verankert und stellt nach wie vor gewissermaßen die Grundlage der Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Arbeitswelt dar. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG §§ 4 und 5 sowie weiterführende Bestimmungen) und eine Reihe anderer Gesetze verpflichten ArbeitgeberInnen, die für die Sicherheit und Gesundheit der ArbeitnehmerInnen bestehenden Gefahren im Betrieb zu ermitteln, zu beurteilen und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen. Die Arbeitsplatzevaluierung umfasst auch die Dokumentation der ermittelten Belastungen und der gesetzten Maßnahmen sowie die Überprüfung und gegebenenfalls die Anpassung dieser Maßnahmen.

Seit der Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, die im Jänner 2013 in Kraft trat, sollen in der Evaluierung sowohl die physischen als auch vermehrt die psychischen arbeitsbedingten Belastungen berücksichtigt werden, die zu Fehlbeanspruchungen führen. Es handelt sich um eine Reform bzw. Gesetzesänderung, die vor allem das Ziel verfolgt, bestehende Anforderungen an die Unternehmen in Bezug auf ArbeitnehmerInnenschutz zu präzisieren und die Bedeutung von psychischen Belastungen und psychischen Gesundheitsproblemen hervorzuheben.⁴²⁾ Mit der ASchG-Novelle wird die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen stärker betont und unter anderem dadurch untermauert, dass ArbeitspsychologInnen ausdrücklich als „sonstige geeignete Fachleute“ genannt werden, die von den ArbeitgeberInnen auch mit der Arbeitsplatzevaluierung beauftragt werden können.

Das ASchG verpflichtet die ArbeitgeberInnen, auch auf organisatorischer Ebene für die notwendigen Bedingungen zu sorgen, um den Arbeits- und Gesundheitsschutz gewährleisten zu können. Diese Arbeitsschutz-Organisation kann je nach Betriebsgröße, Branche und betrieblicher Organisationsform sehr unterschiedlich gestaltet werden (BMASK, 2011). Unabhängig von der konkreten Gestaltung verpflichtet das Gesetz die Unternehmen, die dafür vorgesehenen Präventivdienste in Anspruch zu nehmen. Zu den Präventivdiensten zählen Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen sowie arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Zentren. Die ArbeitgeberInnen haben dafür zu sorgen, dass die Betreuung der Arbeitsstätte durch die Präventivdienste in einer dem ASchG entsprechenden Form gewährleistet wird. In Arbeitsstätten mit bis zu 50 ArbeitnehmerInnen können diese Aufgaben entweder durch betriebseigene oder externe Sicherheitsfachkräfte und ArbeitsmedizinerInnen, bzw. durch Heranziehen eines sicherheitstechnischen oder arbeitsmedizinischen Zentrums abgedeckt werden. Größere Arbeitsstätten mit mehr als 50 Arbeitskräften müssen selbst ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräfte in einem bestimmten Mindestausmaß beschäftigen.

⁴²⁾ Die Arbeitgeber waren bereits vor der Novellierung für den Schutz der Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz verantwortlich, die psychische Dimension der Gesundheit war in dieser Vorgabe aber nur implizit enthalten und kam nicht explizit zum Ausdruck.

Wie aus der jüngsten Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER)⁴³⁾ hervorgeht, kommen bei den Indikatoren zum Gesundheitsschutz klar die Unterschiede nach Betriebsgröße zum Ausdruck. Aus der Befragung geht hervor, dass 67% der Betriebe mit 10 bis 49 Beschäftigten (intern oder extern) eine ArbeitsmedizinerIn beschäftigen (EU-Durchschnitt: 72%), während der entsprechende Anteil bei Betrieben mit 50 bis 249 Beschäftigten bereits bei 93% liegt (EU: 87%). In den kleinsten erfassten Betrieben (5 bis 9 Beschäftigte) liegt die Quote bei nur 46% (EU: 61%). In Bezug auf andere Präventivdienste, wie Fachkräfte für Sicherheit und Gesundheitsschutz und Fachkräfte für die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, finden sich ähnliche Unterschiede nach Betriebsgröße, wobei die österreichischen Werte in diesen Fällen deutlich über dem EU-Durchschnitt liegen. Am geringsten verbreitet sind in den Betrieben Einsätze von ArbeitspsychologInnen. Diesbezüglich liegt der Anteil der aktiven Betriebe in Österreich insgesamt bei 20% (EU: 17%).

Der Rahmen gesundheitsorientierter Interventionen in der Arbeitswelt wird neben den gesetzlichen Regelungen zu Arbeits- und Gesundheitsschutz auch durch die freiwilligen Maßnahmen auf Ebene der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) bestimmt (Hofer – Süß, 2005). BGF befasst sich sowohl mit dem individuellen Gesundheitsverhalten (verhaltensbezogene Prävention) als auch mit Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufen und Arbeitsumwelten (verhältnisbezogene Prävention). Unter betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) versteht man "die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten" (Wattendorff – Wienemann, 2004: S. 28). Wie aus dieser Begriffserklärung hervorgeht, ist betriebliches Gesundheitsmanagement nicht mit einer Maßnahme oder einem Maßnahmenpaket gleichzusetzen, sondern ist eine strategische Zielsetzung des Unternehmens. Genauso wie Personalmanagement im Allgemeinen ist das BGM auf der Führungsebene angesiedelt und beeinflusst die gesamte Organisation.

BGM und BGF stehen in engem Zusammenhang miteinander: Zwar gibt betriebliche Gesundheitsförderung kein normiertes Managementsystem vor, die Integration der BGF in bestehende Managementsysteme ist für einen nachhaltigen Erfolg jedoch unumgänglich. Wie bereits aus den Begriffsdefinitionen hervorgeht, liegt die Umsetzung von BGF und BGM im Entscheidungsbereich der einzelnen Unternehmen. Die Verbreitung von BGF und von Systemen des betrieblichen Gesundheitsmanagements setzte in Österreich in den frühen 1990er-Jahren ein und nahm seitdem deutlich zu (Leoni - Mahringer, 2008). Nachdem 1996 das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung gegründet wurde, folgte im Jahr 2000 die Gründung des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF). Durch die sukzessive Einrichtung von Regionalstellen in den

⁴³⁾ Unter <https://osha.europa.eu/de/surveys-and-statistics-osh/esener/2014> bzw. /2009 findet sich ein interaktives Tool zur Auswertung von ESENER 2009 und 2014, der europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken.

Bundesländern erreichte Österreich 2002 als erstes EU-Land ein flächendeckendes nationales Netzwerk. Obwohl kein einheitliches und umfassendes Datenmaterial dazu vorliegt, ist eine starke Zunahme von Maßnahmen und Initiativen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beobachten.

Allerdings erfolgte die Diffusion von BGF und BGM in den Unternehmen weitgehend unkoordiniert und losgelöst von einheitlichen Qualitätsstandards. Dementsprechend groß sind das Spektrum der eingesetzten Konzepte und die Heterogenität der Maßnahmen und Interventionen. Die Förderung von gesundem Essen in den Werkskantinen, Aufklärungs- und Vorsorgeprogramme, Unterstützung bei der Stressbewältigung, Maßnahmen im Bereich Sucht, Rückenschulen und andere Bewegungsprogramme, Schulungen von Führungskräften im Umgang mit psychisch belasteten MitarbeiterInnen – das sind nur einige Beispiele für diese Vielfalt. Das schränkt aus heutiger Sicht die Möglichkeiten ein, allgemeine Aussagen zum Abdeckungsgrad und zur Effektivität von Maßnahmen zu machen. Aus diesem Grund bemühen sich die Stakeholder der Gesundheitspolitik seit einigen Jahren vermehrt darum, in diesem Bereich einen höheren Grad an Systematisierung und Standardisierung zu erreichen sowie die Erhebung von Daten zu verbessern. Diese Bemühungen dienen der Qualitätssicherung und Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung, sowie der Schaffung einer besseren Basis für Wirkungsanalysen (Leoni, 2015B).

4.3 Aktivierung und (Wieder-)Eingliederung

Wie aus den internationalen Beispielen in Kapitel 3 zu entnehmen ist, fokussierten die meisten Länder ihre Reformen und Systemanpassungen auf Maßnahmen zur Aktivierung und Wiedereingliederung. Im österreichischen System sind in Bezug auf diese Zielsetzungen und die Orientierung an den Verbleib am Arbeitsmarkt vor allem die jüngsten Reformen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes und der Neuregelung der Invaliditätspension von Interesse.

Mit der Verabschiedung des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes (AGG) im Jahr 2010 wurden erste Schritte gesetzt, um eine Früherkennung von Risiken einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung bei Langzeitkrankenständen zu etablieren. Kern des AGG ist die Einführung von "fit2work", einer Initiative mit dem Ziel, auf Bundesebene ein "flächendeckendes niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu schaffen" (Bundesgesetzblatt, 2010). Beschäftigte, die in einem Kalenderjahr (kontinuierlich oder kumuliert) mehr als sechs Wochen im Krankenstand sind, werden in einem automatisierten Verfahren kontaktiert und zu einer Beratung eingeladen. Das Beratungsangebot umfasst Aspekte wie eine Ist-Analyse mit arbeitsmedizinischer und/oder arbeitspsychologischer Abklärung, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, die Bereitstellung von Informationen über Förderungen und Kostenträger sowie Hilfestellung beim Kontakt mit den zuständigen Institutionen. Wenn die betroffene Person auf das Beratungsangebot eingeht und sich daraus weitere Schritte ergeben, wird ein Case Management eröffnet. Das Beratungsangebot gilt nicht nur für die

kontaktierten Versicherten, sondern es steht grundsätzlich allen Personen offen, die aus gesundheitlichen Gründen Schwierigkeiten haben – unabhängig davon, ob sie beschäftigt oder arbeitslos sind und ob sie im Krankenstand sind oder nicht.

Parallel dazu (und separat von der personenbezogenen Schiene) hat „fit2work“ auch eine betriebliche Schiene und bietet Unternehmen Beratung und Unterstützung an, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Eingliederung zu entwickeln. Das „fit2work“-Modell kann als österreichische Variante des beruflichen Eingliederungsmanagements (BEM) verstanden werden. Die Zielsetzungen und einige Kernelemente des Modells decken sich mit jenen des deutschen BEM und anderer Initiativen zur Förderung von Wiedereingliederung und Disability Management. In Österreich ist die Inanspruchnahme des "fit2work"-Angebots für die Beschäftigten ebenso wie für die Unternehmen freiwillig. Die "fit2work"-Initiative unterscheidet sich in dieser Beziehung deutlich vom deutschen BEM, das für die Unternehmen einen verpflichtenden Charakter hat. Der österreichische Ansatz unterscheidet sich auch von anderen bereits angesprochenen europäischen Beispielen. Zwar stellt das Case Management grundsätzlich die Basis für eine frühe Intervention und einen strukturierten Wiedereingliederungsprozess dar. Allerdings fehlt im österreichischen Ansatz ein verbindliches Instrument wie der niederländische Aktionsplan oder der norwegische follow-up-Plan, auf dessen Basis alle längeren Krankenstände einem stringenten Monitoring und konkreten Interventionsmöglichkeiten unterzogen werden.

Auch die Neuregelung des Zugangs in die Invaliditätspension durch das BBG 2011 und vor allem das SRÄG 2012 führte zu Änderungen, die potentiell zu einer stärkeren Ausrichtung des Systems an die Zielsetzungen der Aktivierung und Arbeitsmarkteingliederung führen können. Die Neugestaltung erfolgte mit der Absicht, jene Personen, die als rehabilitationsfähig eingestuft werden, möglichst lange im Erwerbsleben zu halten. Zwar war in Österreich der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ bereits im Strukturanpassungsgesetz 1996 gesetzlich verankert worden. Demzufolge hatte bereits seit damals ein Antrag auf eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit zugleich auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation gegolten. Mit dem SRÄG 2012 wurde der Zugang in die Invaliditätspension jedoch erschwert, und die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation wurden neu geordnet.

Die Reform, die mit Jänner 2014 in Kraft getreten ist, betrifft in erster Linie jene Personen, die nach dem 1. Jänner 1964 geboren wurden. Für diese Personengruppe wurde die befristete Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension abgeschafft und durch neue Leistungen – wie Rehabilitations- und Umschulungsgeld sowie medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen – ersetzt. Eine Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension wird nur bei andauernder Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gewährt, wenn eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht mehr zu erwarten ist. Zuerst ist daher über die Möglichkeit einer beruflichen Rehabilitation und erst danach über eine allfällige Pensionszuerkennung zu entscheiden. Ältere Personen (vor 1964 Geborene) sind nicht von der Reform betroffen und fallen noch in die alte Regelung. Die neue Regelung wird aber Jahr für Jahr einen größeren

Anteil der Unter-65-Jährigen betreffen und nach Ende der Einschleifperiode schließlich alle Versicherten erfassen.

Personen, die vorübergehend invalid sind und keine Erwerbstätigkeit ausüben können, erhalten eine Krankenbehandlung von der Gebietskrankenkasse bzw. zusätzlich/alternativ dazu eine medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung. In dieser Zeit erhalten die Betroffenen Rehabilitationsgeld, das durch die Krankenversicherung im Anschluss an einen Krankengeldanspruch geleistet wird. Das Rehabilitationsgeld ist auch in der Höhe dem Krankengeld angeglichen und somit de facto ein verlängertes Krankengeld.⁴⁴⁾ Mit der Ausbezahlung des Rehabilitationsgeldes werden die Versicherten auch von einem Case Management erfasst. Wer den erlernten Beruf krankheitsbedingt nicht mehr ausüben kann und Berufsschutz genießt, bekommt eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf sowie Umschulungsgeld. Das Umschulungsgeld wird vom AMS übernommen, die Kosten der Umschulung werden dem AMS von der PVA ersetzt. Jene Menschen, die Rehabilitationsgeld bzw. Umschulungsgeld erhalten, haben einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation, wenn diese zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendig ist.

Im Rahmen dieses Case Managements wird der Bedarf der erforderlichen medizinischen Maßnahmen festgestellt und es kann ein Versorgungsplan erstellt werden. Grundlage für das Case-Management bzw. die zu vereinbarenden Ziele sind der Bescheid über die Zuerkennung des Rehageldes, die Befunde des „Kompetenzzentrums Begutachtung“ (siehe unten) und allenfalls vorhandene „Krankengeschichten“ beim KV-Träger. Der Versorgungsplan besteht in einer Vereinbarung von Zielen und der Festlegung von entsprechenden Maßnahmen, der Zuständigkeiten und des Zeitplans, bis wann die Maßnahme umgesetzt werden muss. Die Implementierung des Versorgungsplans wird vom Case Manager einem Monitoring unterzogen, wobei auch Änderungen im Versorgungsbedarf erkannt werden und gegebenenfalls Anpassungen im Versorgungsplan erfolgen sollen. Wird eine Mitwirkung an medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, die zumutbar sind, verweigert, so wird das Rehabilitationsgeld für die Dauer der Verweigerung entzogen.

Der Case Manager ist auch Schnittstelle zu den Netzwerkpartnern, die je nach Bedarf herangezogen werden können (PVA, AMS, „fit2work“, MedizinerIn...). Im Zuge des SRÄG 2012 wurde ein „Kompetenzzentrum Begutachtung“ als einheitliche Begutachtungsstelle für unselbständig Beschäftigte bei der Pensionsversicherungsanstalt eingerichtet. In dieser Einrichtung verfassen medizinische und berufskundliche Sachverständige (gemeinsam) ein Gutachten. Um die berufliche Rehabilitationsfähigkeit zu prüfen, können vom Kompetenzzentrum auch weitere ExpertInnen, auch von externen Stellen wie dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), herangezogen werden. Spätestens

⁴⁴⁾ Wobei das Rehabilitationsgeld mindestens in der Höhe des Ausgleichszulagenrichtsatzes für Alleinstehende ausbezahlt wird.

nach Ablauf eines Jahres wird ein weiterer Begutachtungstermin im Kompetenzzentrum festgesetzt, bei dem der Zustand der betroffenen Person erneut geprüft wird.

5. Problemfelder des österreichischen Systems und handlungspolitische Empfehlungen

5.1 Analytischer Rahmen für eine konsistente Strategie

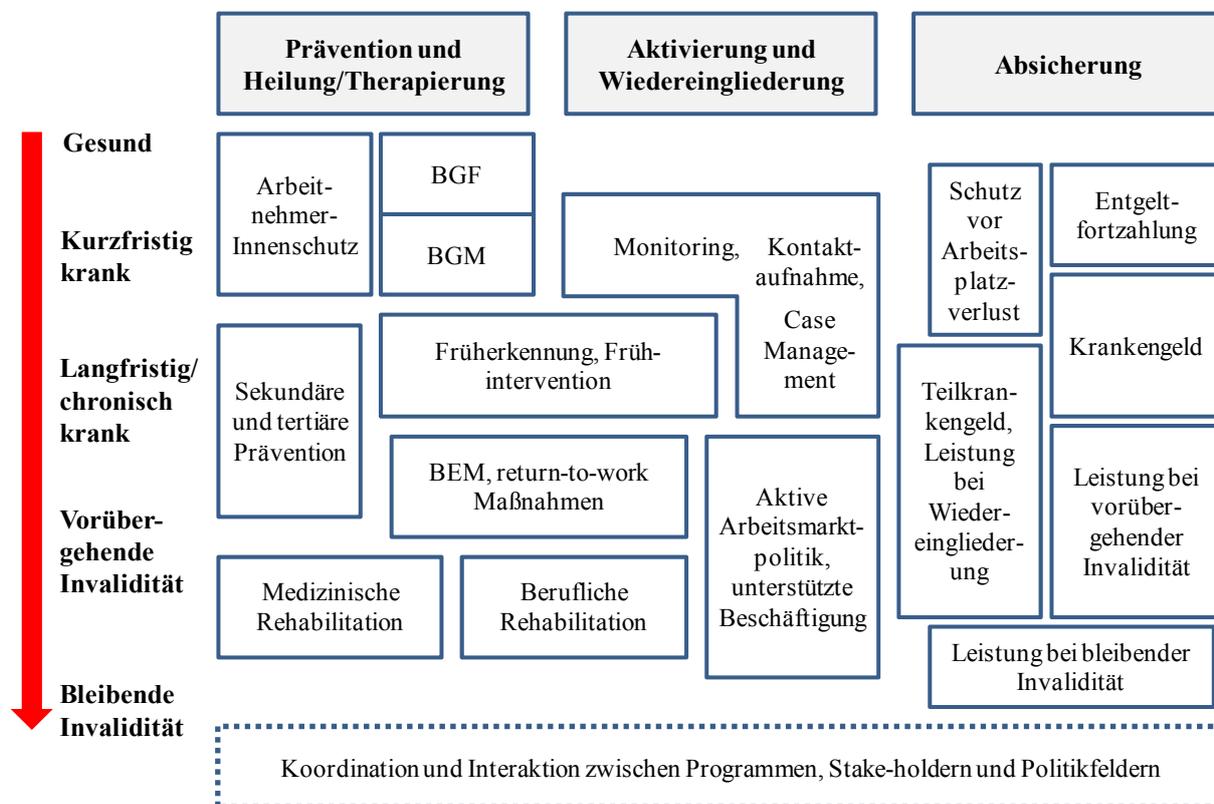
Eine umfassende, integrierte Gesamtstrategie zur Förderung von Gesundheit, zur Handhabung von Arbeitsunfähigkeit und zur Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen muss gleichzeitig mehrere Ziele verfolgen und dementsprechend auf mehreren Säulen ruhen. Dem Konzept des „investiven Sozialstaats“ folgend, sind Prävention, Absicherung und Aktivierung die Zieldimensionen des Sozialsystems. Bezogen auf den Bereich der Arbeitsfähigkeit bzw. der gesundheitlichen Dimension der Beschäftigungsfähigkeit, können diese drei Zielsetzungen folgendermaßen spezifiziert werden:

- (1) Prävention und Behandlung von gesundheitlichen Problemen,
- (2) Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, sowie
- (3) Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen in den Arbeitsmarkt.

In Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand und dem Arbeitsmarktstatus der betroffenen Erwerbspersonen sind unterschiedliche Maßnahmen bzw. ist eine ausgewogene Mischung aus Maßnahmen erforderlich, um die angesprochenen Ziele zu erreichen. Abbildung 25 veranschaulicht den analytischen Rahmen einer entsprechenden allgemeinen Gesamtstrategie anhand einer Matrix, in der die einzelnen Strategiekomponenten in Hinblick auf die Ausgangssituation der Erwerbspersonen (vertikale Achse) und die Zielsetzungen (horizontale Achse) verortet sind. Die Koordination zwischen den einzelnen Programmen der Kranken- und Sozialversicherung bzw. der Arbeitsmarktpolitik und die Abstimmung der darin involvierten Stakeholder wird durch eine übergreifende Ebene in der Matrix abgebildet.

Unabhängig davon, welche Maßnahmen und Komponenten eingesetzt werden, stellen Kompetenzaufteilung und Abstimmung zwischen den Akteuren nämlich unabdingbare Voraussetzungen für die Umsetzung einer Strategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit dar. Darüber hinaus stehen auch andere Politikfelder, wie die allgemeine Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, die Regelung des Pensionssystems und vieles mehr mit dem Thema Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit in Wechselwirkung. Das in Abbildung 25 entworfene analytische Raster erhebt nicht den Anspruch, einen vollständigen Überblick aller Aspekte und Maßnahmen zu liefern. Die abgebildeten Komponenten dienen vielmehr als Ausgangspunkt für die Beleuchtung und das Aufzeigen von Lücken und Schwachstellen im derzeitigen, in Österreich vorliegenden System.

Abbildung 25: Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit



Q: WIFO, Böheim – Leoni (2015).

Aus den Ausführungen der vorangegangenen Abschnitte können einige Elemente abgeleitet werden, die als notwendige Bestandteile einer Strategie zur Förderung von Gesundheit und Handhabung von Arbeitsunfähigkeit festzuhalten sind. Die wichtigsten Punkte lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Angesichts der Gefahr einer Verfestigung von Arbeitsunfähigkeit und der negativen Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit sollten Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen Stellenwert einnehmen. Früherkennung und Frühintervention sind unabdingbar, um einmal erkrankte Personen beim Verbleib am Arbeitsmarkt zu unterstützen und ein Abrutschen in bleibende Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.
- Vor allem bei bereits gesundheitlich beeinträchtigten Personen sind einzelne Maßnahmen selten ausreichend, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Bündel an Maßnahmen (z. B. Rehabilitation, Arbeitsplatzanpassung, stufenweise

Wiedereingliederung) sind dagegen erfolgversprechender. Um die Koordination und optimale Abstimmung dieser Maßnahmen zu ermöglichen, ist ein Case Management erforderlich.

- Der Arbeitsplatz stellt bei der Förderung von Arbeitsfähigkeit einen wichtigen Angelpunkt dar. Das gilt sowohl auf der präventiven Ebene (Minimierung von Belastungen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung) als auch für die Wiedereingliederung von einmal erkrankten Arbeitskräften (betriebliches Eingliederungsmanagement). Der Arbeitsplatz sollte dementsprechend auf allen Ebenen bei Maßnahmen berücksichtigt und in Prozesse eingebunden werden.
- Die unterschiedlichen Formen der Arbeitsunfähigkeit, vom Krankenstand bis hin zur bleibenden Invalidität, bilden ein Kontinuum. Maßnahmen und Leistungen bei Krankheit und Invalidität müssen demzufolge im System ineinander greifen und verschränkt werden, was auch auf institutioneller Ebene eine Herausforderung darstellt. Die Erfahrungen der europäischen Vergleichsländer zeigen, dass alle Akteure (Sozialversicherungsträger, aber auch die betroffenen Personen, die Betriebe und die ÄrztInnen) mit entsprechenden Kompetenzen und Aufgaben ausgestattet und durch entsprechende Verhaltensanreize in Präventions- und Reintegrationsprozesse eingebunden werden müssen.

5.2 Problemfelder des österreichischen Systems

Eine Gegenüberstellung des analytischen Rasters in Abbildung 25 mit dem derzeitigen Status Quo in Österreich lässt vor allem im Bereich der Aktivierung und Wiedereingliederung sowie an der Schnittstelle zwischen der gesundheitlichen und der beschäftigungsorientierten Strategiekomponente Handlungsbedarf erkennen. Im Lichte der bisherigen Ausführungen, aber auch der gesundheits- und sozialpolitischen Diskussion der letzten Jahre, können verschiedene, im derzeitigen System bestehende Problemfelder benannt werden.

Systemische Komponente – schwache Verzahnung der Subsysteme

Wie von der OECD (2015B) in ihrem jüngst erschienenen Bericht zu psychischer Gesundheit und Arbeit argumentiert wird, weist Österreich im Allgemeinen viele Stärken in Bezug auf die gesundheitliche Dimension der Arbeitswelt auf. Dazu zählen laut OECD – neben einem ausgebauten, etablierten Leistungssystem – ein funktionierendes, gut zugängliches Gesundheitssystem, ein effizientes Arbeitsmarktservice, ein umfangreiches und hoch entwickeltes Angebot an arbeitsmedizinischen und rehabilitativen Leistungen sowie ein dynamischer Arbeitsmarkt. Für sich genommen können diese Elemente als notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung der gesundheitlichen Herausforderungen am Arbeitsmarkt betrachtet werden. Die OECD bemängelt allerdings, dass in Österreich aufgrund der fragmentierten Institutionslandschaft und der zersplitterten Kompetenzen noch

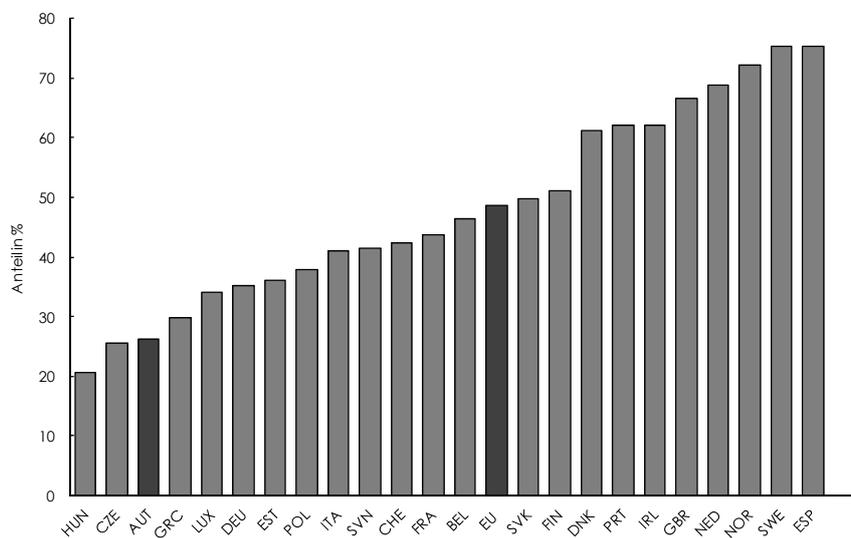
keine einheitliche, kohärente Gesundheitspolitik für den Arbeitsmarkt entwickelt werden konnte.

Die unterschiedlichen Dimensionen von Arbeitsfähigkeit bzw. die unterschiedlichen Akteure sind auf systemischer Ebene bisher nicht oder nur im Ansatz miteinander verschränkt. Vorübergehende und langfristige Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankenstand und Invalidität, die nachweislich eng miteinander verknüpft sind, werden durch unterschiedliche und weitgehend voneinander unabhängige Subsysteme (Regelungen, Leistungen und Maßnahmen) adressiert.

Anders als in den identifizierten good-practice-Ländern sind darüber hinaus in Österreich bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen weder die unmittelbar zuständigen ÄrztInnen (d. h. die HausärztInnen) noch die Arbeitgeber auf systematische Weise mit der Frage der Wiedereingliederung und Rückkehr zum Arbeitsplatz befasst. Zwar besteht durch den umfangreichen und gesetzlich verankerten ArbeitnehmerInnenschutz ein klares Bekenntnis zu Prävention und zur Reduktion von gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz. Bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen der Beschäftigten rückt der Arbeitsplatz aber aus dem Blickfeld und die Rolle der Betriebe beschränkt sich auf das Leisten der Entgeltfortzahlung. Wie aus den beiden nachfolgenden Darstellungen hervorgeht, liegt in Österreich der Anteil der Unternehmen, die sich aktiv mit dem Krankenstandsgeschehen ihrer MitarbeiterInnen auseinandersetzen (Abbildung 26) und konkrete Schritte setzen, um die Wiedereingliederung von längerfristig Erkrankten zu unterstützen (Abbildung 27), im europäischen Vergleich sehr niedrig.

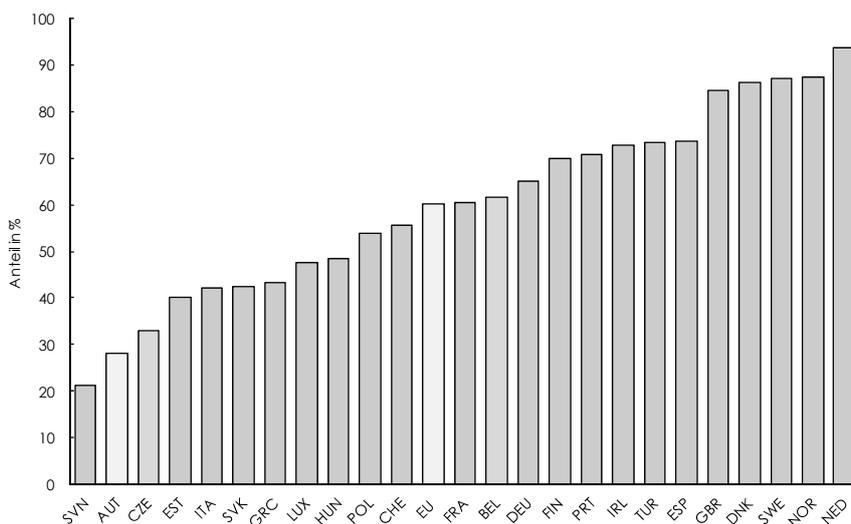
Auch im Krankschreibungsprozess und im Zuge der nachfolgenden medizinischen Behandlung werden das Arbeitsumfeld und die Beschäftigungssituation der betroffenen Personen kaum berücksichtigt. Die gesetzliche Lage ermöglicht darüber hinaus keine Flexibilität in Bezug auf die Einstufung von Arbeitsunfähigkeit. Angaben über das Ausmaß der körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung und dazu, welche Tätigkeiten von der erkrankten Person ausgeführt bzw. nicht ausgeführt werden können, sind nicht Teil der Krankschreibung (Jabornegg, 2011). Auch bei langen und schweren Erkrankungen, die einen graduellen Wiedereinstieg erfordern würden, sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Lage kaum Spielräume für eine unterstützte Rückkehr zum Arbeitsplatz gegeben.

Abbildung 26: Anteil der Unternehmen, die sich routinemäßig mit den Ursachen von Krankenständen auseinandersetzen
2009



Q: OECD (2015B); EU-OSHA, Daten aus der Erhebung Esener-1; WIFO-Darstellung.

Abbildung 27: Anteil der Unternehmen, die Maßnahmen setzen, um MitarbeiterInnen nach langem Krankenstand bei der Rückkehr in die Arbeit zu unterstützen
2009



Q: OECD (2015B); EU-OSHA, Daten aus der Erhebung Esener-1; WIFO Darstellung.

Unvollständige Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pension“

Bis zur Neuregelung im Jahr 2014 lag der Anteil der abgelehnten Anträge in die Invaliditätspension bei etwa 50%. Diese hohe Ablehnungsquote ist ein Indiz dafür, dass viele Personen, die diese Leistung eigentlich nicht beanspruchen sollten, den Weg der gesundheitlich bedingten Frühpensionierung beschreiten wollten, um auf ihre Gesundheits- und Arbeitsmarktsituation zu reagieren. Auswertungen zeigen, dass einerseits viele Personen einen mehrjährigen Antragsprozess mit mehreren Ablehnungen durchliefen und andererseits in vielen Fällen zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits seit geraumer Zeit eine brüchige Erwerbskarriere vorgelegen hatte (Stefanits et al., 2009; Obermayr et al., 2009; Leoni, 2011).

Zwar beinhaltet das Gesetz bereits vor der Novellierung durch das SRÄG 2012 den Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ (Neumann – Koch, 2013). Dennoch wurde die Rehabilitationsschiene nur in sehr wenigen Fällen genutzt, was unter anderem darauf zurückzuführen sein dürfte, dass sich die PVA in ihrer traditionellen Rolle den Versicherten gegenüber in erster Linie als pensionsgewährende Stelle und weniger als „Rehabilitationsversicherung“ verstanden hat (Ivansits, 2012). Die Einführung von neuen Leistungen im Zuge der Neuregelung der Invaliditätspension hat neue Wege für die Arbeitsmarktintegration eröffnet. Die Bedeutung von Rehabilitation und Case Management wurde in den Vordergrund gerückt.

Jedoch verbleiben aus heutiger Sicht Zweifel, ob die Reform ausreichen wird, um die gewünschte Zielsetzung (also die Umsetzung des Prinzips „Rehabilitation vor Pension“) auch tatsächlich zu erreichen.⁴⁵⁾ Ein wichtiger Punkt betrifft die Komplexität der institutionellen Zusammenarbeit und die vielfachen Schnittstellen zwischen den Stakeholdern. Um ein effektives Handeln zu ermöglichen, müssen Kommunikation und Koordination zwischen den einzelnen Stellen sehr gut funktionieren. Das betrifft insbesondere die Zusammenarbeit zwischen PVA und AMS in Bezug auf die Einschätzung der beruflichen Umschulungsmöglichkeiten, und jene zwischen den Krankenkassen und der PVA in Bezug auf die medizinische Behandlung und medizinische Rehabilitation.

Ein weiterer, noch wichtigerer Punkt betrifft die Frage, inwiefern die Neuerungen ausreichen, um tatsächlich auf Personen mit einem erhöhten Arbeitsunfähigkeitsrisiko zuzugehen und deren Arbeitsmarktintegration zu stärken bzw. wiederherzustellen. Auch im neuen System werden die Personen erst zu einem sehr späten Zeitpunkt mit Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt und in das Case Management überführt, nämlich dann, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung bereits ausgeprägt ist und sich meistens auch schon die Beschäftigungssituation der Betroffenen stark verschlechtert hat. Erste Zahlen aus den Jahren 2014 und 2015 belegen, dass bisher der weitaus größte Anteil derjenigen, die keine unbefristete Invaliditätspension zugesprochen bekommen haben, Rehabilitationsgeld erhält.

⁴⁵⁾ Die OECD schätzt es als unwahrscheinlich ein, dass die Neuregelung der Invaliditätspension für sich genommen zu einer Steigerung der Rehabilitationsprozesse und erfolgreichen Reintegrationen am Arbeitsplatz führen wird (OECD, 2015B; S. 52).

Für 2015 verzeichnet die Versicherungsstatistik der Krankenversicherungsträger einen Jahresdurchschnitt von 16.400 BezieherInnen von Rehabilitationsgeld. Die Mehrheit dieser Personen leidet an psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen.⁴⁶⁾

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die BezieherInnen von Rehabilitationsgeld den Sprung zurück in Beschäftigung schaffen werden. Erste Zahlen deuten darauf hin, dass die Erfolge bisher sehr bescheiden ausgefallen sein dürften. Das zeigt sich auch daran, dass nur die allerwenigsten Personen Umschulungsgeld beziehen.⁴⁷⁾ Die seltene Beschreitung des Weges der beruflichen Rehabilitation ist ein Indiz dafür, dass entweder das System nicht funktioniert (weil keine adäquaten Rehabilitationsleistungen erbracht werden), oder die gesundheitlichen Probleme zu schwerwiegend sind, um eine berufliche Rehabilitation zu erlauben.

Monitoring- und Frühinterventionsmaßnahmen noch schwach ausgebaut

Erste Evaluierungsergebnisse des „fit2work“-Programms sind ermutigend und belegen, dass TeilnehmerInnen eine günstigere Beschäftigungsentwicklung aufweisen als Kontrollpersonen mit ähnlichen Merkmalen, die zur Teilnahme an der Maßnahme eingeladen wurden, aber diese nicht annahmen (*Statistik Austria*, 2015). Die Auswertungen zeigen aber auch, dass vorwiegend Personen mit besonders wenig Beschäftigungstagen vor der Erstberatung der „fit2work“-Einladung folgten.⁴⁸⁾ Die Evaluierung der Personenberatung lässt somit erkennen, dass Selektionseffekte vorliegen und die Teilnahme an der Erstberatung zu einem sehr späten Zeitpunkt erfolgt, an dem Arbeitslosigkeit und Krankenstände sich bereits verfestigt haben. Von Relevanz ist auch die Tatsache, dass zum Zeitpunkt der Evaluierung der Personenberatung nur 4% aller Personen, an die ein Einladungsschreiben einer Krankenkasse ergangen war, jemals an „fit2work“ teilgenommen hatten (*Statistik Austria*, 2015).

Der geringe Anteil der „fit2work“-TeilnehmerInnen an den Eingeladenen schlägt sich auch in bescheidenen absoluten Teilnahmezahlen nieder. „Fit2Work“ wurde ab 2011 stufenweise ausgebaut und seit Jänner 2013 in Österreich flächendeckend angeboten. 2013 erfolgten 17.300 (persönliche und telefonische) Kontakte zur Vermittlung der Basisinformationen, etwas mehr als 9.300 Personen wurden durch eine Erstberatung erfasst und fast 5.400 in ein Case Management überführt. 2.300 Fälle wurden abgeschlossen und knapp 2.500 waren zu Jahresende laufend (siehe „fit2work“-Jahresbericht 2013). 2014 war im Bereich der Personenberatung die Zahl der an Einzelpersonen persönlich bzw. telefonisch vermittelten Basisinformationen rückläufig (knapp 13.000), die Zahl der Erstberatungen stieg geringfügig

⁴⁶⁾ Eine Auswertung der Rehabilitationsdatenbank des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger mit Stand Dezember 2015 zeigt, dass etwa 73% der Frauen (die 55% an der Grundgesamtheit darstellten) und 66% der Männer aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen Rehabilitationsgeld erhielten (*Czypionka et al.*, 2016).

⁴⁷⁾ Laut Auskunft des AMS bezogen 2015 weniger als 100 der vom AMS betreuten Personen Umschulungsgeld.

⁴⁸⁾ In einer absoluten Betrachtung weisen Nicht-TeilnehmerInnen sowohl vor als auch nach der Erstberatung eine höhere Anzahl an Beschäftigungstagen (ohne Krankenstand) auf. Das deutet auf starke Selektionseffekte hinsichtlich der Entscheidung zur Teilnahme hin.

an (auf fast 9.400), die Anzahl der laufenden Case Managements war mit knapp 2.000 ebenfalls leicht rückläufig („fit2work“-Jahresbericht 2014).⁴⁹⁾

Die Zahlen lassen klar erkennen, dass bisher nur ein Bruchteil der Personen, die zur Risikogruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten zählen, durch ein Case Management im Rahmen von „fit2work“ erfasst wird.⁵⁰⁾ Verbesserungspotenzial ist auch dahingehend zu orten, dass in der derzeitigen Ausgestaltung der Maßnahme keine Verknüpfung zwischen der personenbasierten und der betrieblichen Schiene von fit2work besteht.⁵¹⁾

Fokus auf psychische Gesundheitsprobleme muss intensiviert werden

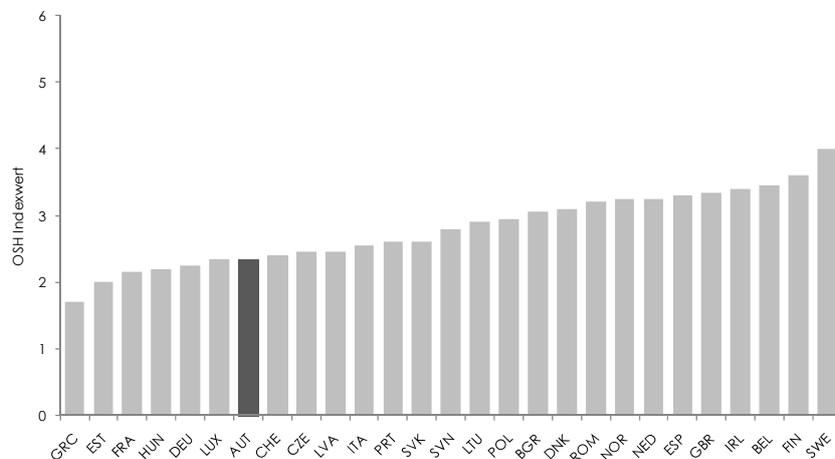
Die OECD (2015B) hebt hervor, dass Österreich im Bereich der Prävention und Behandlung von psychischen Risiken in der Arbeitswelt einen Rückstand aufweist. Sie stützt sich dabei auf Datenmaterial aus der ersten Welle der Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER) aus dem Jahr 2009 und auf Auswertungen einer im Auftrag der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention durchgeführten Umfrage (2010/11). Die Daten zeigen, dass das Bewusstsein für psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz in den österreichischen Unternehmen nur schwach ausgeprägt ist. Auch der von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (OSHA) auf Grundlage der ESENER-Daten entwickelte Index zum Management von psychosozialen Risiken deutet darauf hin, dass dieser Bereich in Österreich noch unterentwickelt ist (siehe Abbildung 28).

⁴⁹⁾ Diese stagnierenden bzw. rückläufigen Zahlen sind zum Teil auf einen Trägerwechsel in einem Bundesland zurückzuführen; es ist zu erwarten, dass 2015 die Verbreitung von „fit2work“ wieder steigen wird.

⁵⁰⁾ Zum Vergleich: 2014 verzeichnete die *Krankenstandsstatistik*, in der allerdings nur die ASVG-Beschäftigten enthalten sind, über 135.000 Krankenstandsepisoden, die länger als 6 Wochen dauerten (wobei freilich mehrere Episoden auf ein und dieselbe Person entfallen können).

⁵¹⁾ Zwischen Herbst 2012 und Ende 2014 schlossen 216 Betriebe die erste Stufe des Programms („check4start“) ab und begannen mit der „fit2work“-Betriebsberatung. Insgesamt wurden 2014 mit „fit2work“ im Unternehmensbereich etwa 65.000 Beschäftigte erreicht („fit2work“-Jahresbericht 2014).

Abbildung 28: Index zum Management von psychosozialen Risiken
Auf Basis von Daten ESENER-1 Befragung, 2009



Q: Adaptiert aus OSHA (2012), Abbildung 7.

Die jüngsten verfügbaren Daten liefern allerdings Hinweise darauf, dass das Bewusstsein für psychosoziale Risiken in der Arbeitswelt in Österreich steigt und auch vermehrt Interventionen in diesem Bereich stattfinden. Laut der zweiten ESENER-Befragung (2014) kommen beispielsweise nunmehr in 20% der österreichischen Unternehmen ArbeitspsychologInnen im Rahmen von Gesundheitsschutz- und Sicherheitsdienstleistungen zum Einsatz. Dieser Anteil stellt eine erhebliche Steigerung gegenüber 2009 dar (als es nur 10% der Unternehmen waren) und liegt etwas höher als im Durchschnitt aller EU-Mitgliedsländer. Verglichen mit den Spitzenreitern Finnland und Schweden, wo über 60% der Unternehmen ArbeitspsychologInnen einsetzen, ist die Quote dennoch nach wie vor gering. Aus der jüngsten ESENER-Befragung geht ebenfalls hervor, dass nach wie vor jedes zweite Unternehmen der Ansicht ist, nicht über ausreichend Informationen darüber zu verfügen, wie arbeitsbedingte psychische Belastungen in Gefährdungsbeurteilungen mit einbezogen werden können.

Die Novellierung des ASchG (siehe Abschnitt 4.2) kann als Ausdruck für ein steigendes Bewusstsein für die psychische Dimension von Gesundheitsrisiken gewertet werden und einen Beitrag für verbesserte Prävention und Handhabung von psychischen Belastungen leisten. Wie von der OECD (2015B) festgehalten wird, stellt der neue Fokus auf psychische Belastungen in Österreich eine wichtige Erweiterung im Bereich der Problemerkennung dar. Eine größere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass gegenwärtig die Behandlung von psychischen Erkrankungen sehr fragmentiert ist und keinen ausreichenden Bezug zum Arbeitsmarkt bzw. zum individuellen Arbeitsplatz aufweist. Neben Erhebung und Evaluierung der Risiken sollte aber zukünftig der Fokus verstärkt auf die Unterstützung von Frühinterventionen und die Entwicklung von Prozeduren im Umgang mit psychischen Erkrankungen gelegt werden.

Eine Evaluierung des Pilotprojekts zur psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen von „fit2work“ zeigt positive Ergebnisse. Demnach erwiesen sich

beide Behandlungsformen als wirksam und führten zu Verbesserungen im psychischen Wohlbefinden und zu geringeren Belastungen auf individueller Ebene (Jagsch, 2015). Die TeilnehmerInnen hatten während der Behandlung eine geringere Anzahl an Krankenhausaufenthalten sowie Arztbesuchen, die Einnahme von Psychopharmaka ging zurück und ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten verbesserte sich. Auch die Auswirkungen der Intervention auf die berufliche Leistungsfähigkeit wurden von mehr als 80% der MaßnahmenteilnehmerInnen als Verbesserung beschrieben, bei etwa 70% kam es zu einer Reduktion der Krankenstände. Allerdings ist einschränkend festzuhalten, dass diese Evaluierungsstudie auf Vergleichen zwischen denselben Personen zu Beginn und Abschluss der Behandlung basiert und keine Kontrollgruppe mit einbeziehen konnte.

5.3 Schlussfolgerungen

Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit ist ein wichtiger Bestimmungsgrund der Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. Österreich weist aus mehreren Gründen und an mehreren Fronten Handlungsbedarf auf. Wie der internationale Überblick (Kapitel 3) gezeigt hat, fehlt es nicht an Modellen und Ansätzen, um die Prävention von Arbeitsunfähigkeit sowie die Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten und vorübergehend arbeitsunfähigen Personen auszubauen.

Auch Österreich hat in den vergangenen Jahren mehrere Reformschritte gesetzt, vor allem um das Auftreten von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren, die Früherkennung von Invaliditätsrisiken im System zu verankern und das Prinzip „Rehabilitation vor Pension“ zu stärken. Diese Schritte stellen eine wichtige Basis für weitere Entwicklungen dar, reichen aber alleine nicht aus, um eine umfassende, effektive Gesamtstrategie im Umgang mit den gesundheitlichen Herausforderungen der Erwerbsbevölkerung zu etablieren. Eine solche Strategie sollte auf drei Säulen ruhen: Prävention und medizinische Behandlung; Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit; sowie Aktivierung und Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt nach Krankheit bzw. bei gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die folgenden Punkte liefern - ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben - konkrete Handlungsempfehlungen, um das österreichische System im Sinne dieser drei Säulen und einer konsistenten Gesamtstrategie zu verbessern:

- Frühe und den Arbeitsplatz mit einbeziehende Interventionen sind von zentraler Bedeutung, um einen permanenten Rückzug aus dem Erwerbsleben zu vermeiden. Die bisherigen Erfahrungen mit „fit2work“ zeigen, dass dieses Monitoring- und Frühinterventionsprogramm weiter entwickelt werden muss, um eine Breitenwirkung zu erreichen. Neben einem höheren Grad an Verbindlichkeit (beispielsweise durch ein mehrstufiges Verfahren, bei dem mit zunehmender Krankenstandsdauer auch die Intensität des Monitorings und die Anreize zur Teilnahme steigen) ist von Beginn an eine stärkere Einbindung des Arbeitsplatzes notwendig, um auf die Früherkennung von Risiken auch wirkungsvolle Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete folgen zu lassen.

- Die Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Schnittstellen (Arbeitsplatz, Gesundheitssystem, Sozialversicherung) muss verbessert und die Mitwirkung aller Akteure, inklusive der betroffenen Erwerbspersonen, erhöht werden. Die Reformen im Rahmen des AGG und des SRÄG sehen nur schwachen Anreize zur Prävention und eine geringe Einbindung der Betriebe vor. Die europäischen Länderbeispiele zeigen, dass unterschiedliche Wege begangen werden können, um die Mitwirkung der Erwerbspersonen und Betriebe bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit zu forcieren. Aus österreichischer Perspektive stellen dabei das berufliche Eingliederungsmanagement (BEM) in Deutschland und das System der Invalidenversicherung in der Schweiz besonders interessante Orientierungshilfen dar.
- Mittelfristig sollten auch die Regelungen im Krankenstandsfall überdacht werden: eine stärkere Einbindung der Betriebe erfordert in bestimmtem Ausmaß größere Transparenz (z. B. in Bezug auf die Möglichkeit, mit erkrankten MitarbeiterInnen in Kontakt zu treten und in Erfahrung zu bringen, welche Rückkehrperspektiven gegeben sind). Gleichzeitig bedarf es neuer Regelungen und neuer Kompetenzen, um zukünftig auch die ÄrztInnen und andere Schnittstellen im Gesundheitssystem bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit stärker einzubinden. Derzeit fehlen auch auf gesetzlicher und institutioneller Ebene die Voraussetzungen, um eine Abstimmung zwischen Beschäftigten, ArbeitgeberInnen und ÄrztInnen zu ermöglichen.
- Die Einführung von Teilkrankenstandsmodellen würde größere Umstellungen im österreichischen System erfordern und erscheint – auch aufgrund der unterschiedlichen Positionen der Interessensvertretungen – derzeit schwer umsetzbar. Die Durchführung von Pilotprojekten könnte allerdings dazu genutzt werden, Erfahrungen zu sammeln und Vorbehalte der beteiligten Akteure abzubauen. Wie das finnische Beispiel zeigt, können Teilkrankenstandsmodelle auch stufenweise (mit Einschränkung auf längere Krankenstände) eingeführt werden. Um zu vermeiden, dass die ArbeitnehmerInnen Teilarbeitsfähigkeit als eine Bedrohung empfinden, könnte, so wie in den meisten nordeuropäischen Ländern, die Arbeitsplatzsicherheit während eines Krankenstands erhöht werden (beispielsweise indem bei Teilkrankenstand Kündigungsschutz gewährt wird).
- Bei langen Abwesenheiten infolge von Unfällen und schweren Erkrankungen ist schon kurzfristig die Einführung von flexiblen Modellen zum Wiedereinstieg in die Arbeit zu befürworten. Ein vergleichsweise leicht auf den österreichischen Kontext übertragbares Beispiel bietet diesbezüglich das deutsche Modell der stufenweisen Wiedereingliederung. Bei diesem Modell steht die therapeutische Komponente der

Wiedereingliederung im Vordergrund, die Beschäftigten gelten während der Maßnahme nach wie vor als arbeitsunfähig.

- Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen stellen eine große, durch eine besonders komplexe Problemlage charakterisierte Zielgruppe dar. In der Praxis finden zurzeit medizinische und berufliche Rehabilitation meistens sequentiell statt. D. h. dass zuerst eine gesundheitliche Stabilisierung abgewartet wird, um dann mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen anzusetzen. Dies ist auch vielfach zielführend und notwendig. Im Falle von psychischen Gesundheitsproblemen sind aber oft integrierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zweckmäßig. Auch sonst sind psychische Beeinträchtigungen nicht den restlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit gleich zu setzen. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, kann es sinnvoll sein, eigene Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren für Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu entwickeln.
- Ein weiterer Sonderschwerpunkt sollte auf die Unterstützung von Arbeitslosen gesetzt werden, die gesundheitliche Probleme aufweisen. Zwar können kausale Wirkungszusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit nur schwer voneinander abgegrenzt werden. Mit Sicherheit lässt sich aber sagen, dass viele Arbeitsuchende bei Vorliegen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einem Teufelskreis gefangen sind, der sie zunehmend vom Arbeitsmarkt isoliert. Auch in diesen Fällen muss die Unterstützung zur Wiedereingliederung über Maßnahmen bzw. einen Maßnahmen-Mix erfolgen, der gleichzeitig gesundheitliche und berufliche Komponenten anspricht. Für arbeitsmarktferne Personen können Stufenmodelle zum Einsatz kommen, die bei niedrigschwiligen Angeboten (z. B. Arbeitsplätze für gesundheitlich Beeinträchtigte am sekundären Arbeitsmarkt) ansetzen.
- Allgemein mangelt es an evidenzbasierten Erkenntnissen zur Wirksamkeit von Reformen sowie spezifischen Maßnahmen und Interventionen in Österreich. Wichtige Fragen (z. B. welche Effekte hat die Teilnahme an „fit2work“ auf den weiteren Erwerbsverlauf der Betroffenen? Welche Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erweisen sich bei der Wiedereingliederung als effektiv? Welche arbeitsmarktpolitischen Instrumente wirken bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?) können nicht oder nur ansatzweise beantwortet werden. In vielen Fällen beschränken sich die vorliegenden Evaluierungen auf deskriptive Analysen, die keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Wirkungszusammenhänge ermöglichen. Zur Entwicklung und Steuerung einer Strategie für Gesundheit am Arbeitsmarkt ist die systematische Erforschung der Auswirkungen von Reformen und Maßnahmen erforderlich, im Idealfall mittels

randomisierter Kontrollversuche und anderer Methoden, die die Bestimmung von kausalen Zusammenhängen ermöglichen. Als Voraussetzung für diesen laufenden Evaluierungsprozess müssen adäquate Datengrundlagen generiert und für Forschungszwecke verfügbar gemacht werden. So sieht beispielsweise das ASchG vor, dass im Zuge der Arbeitsplatzevaluierung auch eine Dokumentation der ermittelten Belastungen und der gesetzten Maßnahmen sowie die Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung dieser Maßnahmen zu erfolgen hat. Die so gewonnenen Informationen gehen jedoch für weiterführende Analysen verloren, da sie nicht vereinheitlicht und nicht systematisch in eine Datenbank überführt werden.

Literaturhinweise

- Andrén, D., Svensson, M., "Part-Time Sick Leave as a Treatment Method for Individuals with Musculoskeletal Disorders", *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2012, 22(3), pp. 418-426.
- Anema, J.R., Steenstra, I.A., Bongers, P.M., de Vet, H.C.W., Knol, D.L., Loisel, P., van Mechelen, W., "Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?", *Spine*, 2007, 32(3), pp. 291-298.
- Autor, D.H., *The Polarization of Job Opportunities in the U.S. Labor Market: Implications for Employment and Earnings*, MIT Department of Economics and National Bureau of Economic Research, 2010.
- Baasch, J. *Reflexion des betrieblichen Eingliederungsmanagements seit der gesetzlichen Einführung im Jahr 2004*, Wirtschaftswissenschaftliches Forum, 12, Shaker Verlag, Aachen, 2013.
- Beck, L., Mau, W., *Stufenweise Wiedereingliederung - Rahmenbedingungen und Ergebnisse der Forschung*, Präsentation anlässlich des DGRW-Symposium der AG Recht und Politik, 8.-9. Sept. 2008.
- Bergendorff, S., Hansson, E., Hansson, T., Palmer, E., Westin, M., Zetterberg, C., *Projektbeskrivning och undersökningsgrupp. Rygg och Nacke 1*, Riksförsäkringsverket, RFV, Stockholm, 1997.
- BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), *Quartalsbericht 4/2010, Sektion II/6*, 2010, heruntergeladen am 23.05.2011.
- BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz), *Betreuung der österreichischen Betriebe durch Präventivdienste*, Wien, 2011.
- Bockting, A., *Veränderungen der niederländischen Gesetzgebung zur Erwerbsunfähigkeit*, Beitrag zur IVSS Europäische Regionaltagung "Der Verbleib im Erwerbsleben", Oslo, Mai 2007.
- Böheim, R., Leoni, T., *Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective*, mimeo, 2015.
- Bundesamt für Sozialversicherungen, *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung*, Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 13/12, Bern, 2012.
- Bundesarbeitsgemeinschaft, *Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess*, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 8, Frankfurt am Main, 2004.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, *Bundesgesetz, mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird (Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz – AGG)*, [LNr. 111/2010](#).
- Bundesrat, *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (5. Revision) vom 22. Juni 2005*, Bibl, 2005, S. 4459ff.
- Burkhauser, R. V., Daly, M. C., McVicar, D., Wilkins, R., "Disability benefit growth and disability reform in the US: Lessons from other OECD nations", *IZA Journal of Labor Policy*, 2014, 3(1), pp. 1-30.
- Bürger, W., Glaser-Möller, N., Kulick, B., Pallenberg, C., Stapel, M., "Stufenweise Wiedereingliederung zulasten der gesetzlichen Rentenversicherung - Ergebnisse umfassender Routinedatenanalysen und Teilnehmerbefragungen", *Die Rehabilitation*, 2011, 50(02), S. 74-85.
- Bütler, M., Deuchert, E., Lechner, M., Staubli, S., & Thiemann, P., "Financial work incentives for disability benefit recipients: lessons from a randomised field experiment.", *IZA Journal of Labor Policy*, 2015, 4(1), pp. 1-18.
- Campolieti, M., Riddell, C., "Disability policy and the labor market: Evidence from a natural experiment in Canada, 1998-2006.", *Journal of Public Economics*, 2012, 96(3), pp. 306-316.
- Clasen, J., Clegg, D. "Beyond Activation Reforming European Unemployment Protection Systems in Post-Industrial Labour Markets", *European Societies*, 2006, 8.4, pp. 527-553.
- Czypionka, T., Lappöhn, S., Pohl, A., Röhring, G., "Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen", *Projektbericht*, Institut für Höhere Studien, Wien, 2016.
- Danforth, B., "Worlds of welfare in time: A historical reassessment of the three-world typology", *Journal of European Social Policy*, 2014, 24(2), pp. 164-182.

- de Graaf, R., Ten Have, M., van Gool, C., & van Dorsselaer, S., "Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2.", *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2012, 47(2), pp. 203-213.
- de Jong, Ph., Lindeboom, M., Van der Klaauw, B., "Screening disability insurance applications", *Journal of the European Economic Association*, 2011, 9, pp. 106–129.
- Eklund, M., von Granitz, H., Marklund, S., „Deltidssjukskrivning—individ, arbetsplats och hälsa.“, In: Hogstedt, C., Bjurvald, M., Marklund, S., Palmer, E., Theorell, T. (eds.), *Den höga sjukfrånvaron—sanning och konsekvens*, Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004, pp. 83–121.
- Eppel, R., Horvath, Th., Lackner, M., Mahringer, H., Hausegger, T, Hager, I., Reidl, C., Reiter, A., Scheifflinger, S., Friedl-Schafferhans, M., *Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen*, WIFO Monographien, Wien, 2014.
- Esping-Andersen, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York: Princeton University Press, 1990.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J. (eds.), *Why We Need a New Welfare State*, Oxford: University Press, 2002.
- Everhardt, T.P, de Jong, Ph., "Return to work after a long-term sickness", *De Economist*, 2011, 159(3), pp. 361-380.
- fit2work, *Jahresbericht Österreich 2013*
- fit2work, *Jahresbericht Österreich 2014*
- Famira-Mühlberger, U., „Zur ökonomischen Notwendigkeit eines investiven Sozialstaats“, in: Buxbaum, A. (Hrsg.), *Perspektiven für sozialen Fortschritt. Sozialinvestitionen haben eine Mehrfachdividende*, Sozialpolitik in Diskussion, 2014, (16), S. 27-42.
- Finnish Institute of Occupational Health, *Gradual return to work after sickness absence*, Policy Brief, 2012.
- Försäkringskassan, "Analyzing the variation in the level of sickness absence", *Social Insurance Report*, 17, Swedish Social Insurance, 2014.
- Fraley, C., Raftery, A.E., "Model-based clustering, discriminant analysis, and density estimation", *Journal of the American Statistical Association*, 2002, 97(458), pp. 611-631.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., "Workplace-based Return-to-work Interventions: a Systematic Review of the Quantitative Literature", *Journal of Occupational Rehabilitation*, Dec. 2005, 15(4), pp. 607–631.
- Frobel, S., *Betriebliches Eingliederungsmanagement in Großunternehmen im Kontext psychischer Beeinträchtigungen*, Masterarbeit, Technische Universität Dortmund, 2010.
- 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).
- Gustavsson, A. et al., "Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21, pp. 718-779.
- Halmdienst, N., Radhuber, M., Winter-Ebmer, R., "Berufliche Entwicklung und Weiterbildung von ArbeitnehmerInnen 50+", *Johannes Kepler Universität Linz, SHARE Forschungsbericht*, 2014.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015*.
- Heyde, K., Macco, K., „Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008“, in Badura, B., Schröder, H, Klose, J. Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009*, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 31-40.
- Hofer, P., Süß, M., "Betriebliches Gesundheitsmanagement als Brücke zwischen betriebswirtschaftlichen Zielen und individuellen Werten", in: Auinger, F., Böhnisch W.R., Stummer, H. (Hrsg.), *Unternehmensführung durch Werte: Konzepte, Methoden, Anwendungen*, Wiesbaden, 2005, S. 227-253.
- Høgelund, J., Holm, A., McIntosh, J., "Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours?", *Journal of Health Economics*, 2010, 29(1), pp. 158–169.
- Høgelund, J., Holm, A., Falgaard Epløv, L., "The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders", *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, Dec. 2012, 15(4), pp. 157–170

- Idler, E., Benyamini, Y., "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1), pp. 21-37.
- Ivansits, H., „Gesundheitspolitische Dimension und Ziele der beruflichen Rehabilitation in Österreich“, *Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift (WISO)*, 2012, 35(4), S.15-28.
- Jabornegg, P., *Arbeitsrecht und Krankenstand Information und Kontrollrechte des Arbeitgebers*, Vortrag im Rahmen der 13. deutsch-österreichische Sozialrechtsgespräche, Linz, 27.-28. Jänner 2011.
- Jagsch, R., *Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts „fit2work“*, Wien, 2015.
- Jastrow, B., Hagen, F., Kaiser, H., „Betriebliche Eingliederung im Ländervergleich: Grundlagen und Studienergebnisse“, in: Esslinger, A.-S., Emmert, M., Schöffski, O., (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement*, 2010, S. 159–175.
- Kammer für Arbeiter und Angestellte, *Sozialleistungen im Überblick 2015*, Wien: ÖGB Verlag, 2015.
- Kann, I.C., Brage, S., *Endringer i fastlegenes sykmeldingspraksis: konsekvenser for de sykmeldtes arbeidstilknnytning og behov for trygdeytelser*, NAV, 2007.
- Karasek, R., "Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24, pp. 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T., *Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books: New York, 1990.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P., Viikari-Juntura, E., "Partial Sick Leave—review of Its Use, Effects and Feasibility in the Nordic Countries", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, August 2008, 34(4), pp. 239–249.
- Kausto, J., Solovieva, S., Virta, L.J., Viikari-Juntura, E., "Partial Sick Leave Associated with Disability Pension: Propensity Score Approach in a Register-based Cohort Study". *BMJ Open* 2(6), 2012.
- Kautto, M., Bach-Othman, J., "Disability and Employment – lessons from reforms", *Reports*, 2010, 4, Finnish Centre for Pensions.
- Koning, P., Lindeboom, M., "The Rise and Fall of Disability Insurance Enrollment in the Netherlands", *Journal of Economic Perspectives*, 2015, 29.2, pp 151-172.
- Koning, P.W.C., Van Vuuren, D.J., *Disability insurance and unemployment insurance as substitute pathways*, *Applied Economics*, 2010, 42, pp. 575–588.
- Kostol, A. R., Mogstad, M., "How Financial Incentives Induce Disability Insurance Recipients to Return to Work", *American Economic Review*, 2014, 104(2), pp. 624-655.
- Latham, K., Peek, Ch. W., "Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2012, 104.
- Lee, B. Y., "The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54, pp. 123-129.
- Leoni, T., *Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2010.
- Leoni, T., *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, T. (2015A), *Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien.
- Leoni, T. (2015B), *Wirkmodell Krankenstand*, WIFO, Wien.
- Leoni, T., Mahringer, H., *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2008.
- Lidwall, U., *Försäkringskassan och arbetslivsriktad rehabilitering—aktiva åtgärder och återgång i arbete*, Stockholm: Försäkringsverket; RFV analyserar 2006, 10.
- Marnetoft S.-U., Selander J., Bergroth A., Ekholm J., "Factors associated with successful vocational rehabilitation in a Swedish rural area", *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2001, 33, pp. 71–78.
- Markussen, S., Mykletun, A., Røed, K., "The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program". *Journal of Public Economics* 96, 2012, 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.

- Milligan, K. S., Wise, D.A., "Social Security and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment, and Disability Insurance Participation and Reforms", NBER Working Paper, 16729, 2011.
- Morel, N., Palier, B., Palme, J., "Beyond the welfare state as we knew it?", in: Morel, N., Palier, B., Palme, J. (eds.), Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, policies and challenges, Chicago: Policy Press, 2012, pp. 1-30.
- Naderhirn, J., Krankenstand und sozialrechtliche Absicherung – Die Rechtslage in Österreich, Vortrag im Rahmen der 13. deutsch-österreichische Sozialrechtsgespräche, Linz, 27.-28. Jänner 2011.
- Neumann, T., Koch, U., „Rehabilitation vor Pension Konkreter gesetzlicher Auftrag oder gesetzlicher Grundsatz ohne Ausgestaltung?“, Soziale Sicherheit, 2013, 3, S. 110-117.
- Niehaus, M., Magin, J., Marfels, B., Vater, E.G., Werkstetter, E., Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX, Köln, 2008.
- Nilsing, E., Söderberg, E., Öberg, B., "Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality?", BMC public health, 2012, 12(1).
- Norlund, A., Ropponen, A., Alexanderson, K., "Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain", Journal of Rehabilitation Medicine 41, 2009, 3, pp. 115–121.
- Obermayr, U., Mayer-Schulz, M., Stefanits, J., "Invaliditätspensionen", in Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sozialbericht 2007-2008, Wien, 2009, S.184-217,
- OECD, Transforming Disability into Ability, OECD Publishing, Paris, 2003.
- OECD, Sickness, Disability and Work. Breaking the Barriers, Volume 1: Norway, Poland and Switzerland, OECD Publishing, Paris, 2006.
- OECD, Sickness, Disability, and Work: Breaking the Barriers, Volume 3: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands, OECD Publishing, Paris, 2008.
- OECD, Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sweden: Will the Recent Reforms Make it?, OECD Publishing, Paris, 2009.
- OECD, Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers, OECD Publishing, Paris, 2010.
- OECD (2013A), Mental Health and Work: Norway, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2013B), Mental Health and Work: Sweden, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2014A), Mental Health and Work: Netherlands, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2014B), Mental Health and Work: Switzerland, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015A), Going for growth, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015B), Mental Health and Work: Austria, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015C), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz), Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER), Luxemburg, 2012.
- Poterba, J., Venti, S., Wise, D.A., "Health, education, and the postretirement evolution of household assets", Journal of Human Capital, 2013, 7(4), pp. 297-339.
- Praher, S., Pohl, W., „Personalmanagementtool Betriebliches Eingliederungsmanagement – rechtliche Einflüsse in Österreich“, in: Prümper, J., Reuter, T., Sporbert, A. (Hrsg.), Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin: HTW, 2015, S. 31-36.
- Prinz, C., Tompson, W., "Sickness and disability benefit programmes: What is driving policy convergence?", International Social Security Review, 2009, 62(4), pp.41-61.
- Richenhagen, G., „Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit und ihre Bedeutung für das Age Management“, in: Freude, G., Falkenstein, M. und J. Zülich (Hrsg.), Förderung und Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer. Abschlussbericht des Projekts "Pfiff", Berlin, 2009.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht." Psychiatrische Praxis, 2008, 35(7), S.321-330.

- Richter, D., Berger, K., „Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien“, *Psychiatrische Praxis*, 2013, 40, S.176–182.
- Schaufelberger, D., Fercher, V., *Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Schweiz: Begriff und Modelle in der Praxis*, Hochschule Luzern, 2010.
- Scheel, I. B., Hagen, K.B., Herrin, J., Carling, C., Oxman, A.D., "Blind Faith? The Effects of Promoting Active Sick Leave for Back Pain Patients: a Cluster-randomized Controlled Trial", *Spine* 27(23), 2002, pp. 2734–2740.
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von Dem Knesebeck, O., Jürges, H., Börsch-Supan, A., "Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees—baseline results from the SHARE Study", *The European Journal of Public Health*, 17(1), 2007, pp. 62-68.
- Skånér, Y., Nilsson, G. H., Arrelöv, B., Lindholm, C., Hinas, E., Wilteus, A. L., Alexanderson, K., "Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden", *BMJ open*, 2011, 1(2).
- Statistik Austria, *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/7. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*, Wien, 2007.
- Statistik Austria (2015A), *Tabellenband EU-SILC 2014. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*, Wien.
- Statistik Austria (2015B) , *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien.
- Steenstra, I. A., Anema, J.R., van Tulder, M.W., Bongers, P.M., de Vet, H.C.W., van Mechelen, W., "Economic Evaluation of a Multi-Stage Return to Work Program for Workers on Sick-Leave Due to Low Back Pain". *Journal of Occupational Rehabilitation* 16, 2006, 4, pp. 557–578.
- Stefanits, H., Obermayr, U., Hollarek, F., "Invaliditätspensionen – Anträge, Ablehnungen, Zuerkennungen", in: *Soziale Sicherheit*, September 2009, S. 422-435.
- Van Duijn, M., Burdorf, A., "Influence of Modified Work on Recurrence of Sick Leave Due to Musculoskeletal Complaints". *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 40, 2008, 7, pp.576–581.
- Van Sonsbeek, J.-M., Gradus, R. , "Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands", *Oxford Economic Papers*, 2013, 65(4), pp. 832-855.
- Van Sonsbeek, J.M., Alblas, R., "Disability benefit microsimulation models in the Netherlands", *Economic Modelling*, 2012, 29, pp. 700–715.
- Vermeulen, S. J., Tamminga, S.J., Schellart, A.J.M. Ybema, J.F., Anema, J.R. "Return-to-work of sick-listed workers without an employment contract - what works?", *BMC Public Health*, 2009, 9, 232.
- Viikari-Juntura, E., Kausto, J., Shiri, R., Kaila-Kangas, L., Takala, E.P., Karppinen, J., Miranda, H., Luukkonen, R., Martimo, K.P., "Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 2012, 38(2), pp.134-43.
- Virtanen, S. and Viikari-Juntura, E., Part-time sick leave found to speed up return to work, EWCO (European Working Conditions Observatory), 2012, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/2012/02/FI12020111.htm>.
- 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.
- Vossen, E., van Gestel, N., "The activation logic in national sickness absence policies: Comparing the Netherlands, Denmark and Ireland.", *European Journal of Industrial Relations*, 2015, 21(2), pp. 165-180.
- Waddell, G., Burton, A.K., *Is work good for your health and well-being?* The Stationery Office, 2006.
- Wallman, Th., Wedel, H., Palmer, E., Rosengren, A., Johansson, S., Eriksson, H., Svärdsudd, K., "Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years", *BMC Public Health*, 2009, 9(104).
- Wattendorff, F., Wienemann, E., "Betriebliches Gesundheitsmanagement", in: *Gesundheit mit System. Unimagazin, Zeitschrift der Universität Hannover*, 2004, 4(5), S. 28-31.
- Weathers, R. R., & Hemmeter, J., "The impact of changing financial work incentives on the earnings of Social Security Disability Insurance (SSDI) beneficiaries", *Journal of Policy Analysis and Management*, 2011, 30(4), pp.708-728.

- Wermuth, E., Woodtly, R., „Klärung des Begriffs Disability Management und die Rolle der Sozialen Arbeit.“, In: Sozial Aktuell, 2, 2008, Schwerpunkt Disability Management, S.14-18.
- Wittchen, H.-U. et al., "The size and the burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010". In: European Neuropsychopharmacology 21, 2011, pp. 655–679.
- Yerkes, M., Transforming the Dutch Welfare State, The Policy Press, Bristol, 2011.
- Zach, M., Psychische Erkrankungen und Invalidität, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Anteil an Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit am BIP	17
Abbildung 2: Zusammenhang zwischen Ausgaben für Arbeitsunfähigkeit und Ausgaben für Pensionen	18
Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandsquote nach Geschlecht	23
Abbildung 4: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht, 2014	24
Abbildung 5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer des Krankenstands	25
Abbildung 6: Anteil der InvaliditätsleistungsempfängerInnen an den 20- bis 64-Jährigen	26
Abbildung 7: Krankenstandsquote der Arbeitslosen und unselbständig Beschäftigten	27
Abbildung 8: Subjektive Gesundheitseinschätzung, internationaler Vergleich	29
Abbildung 9: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitslosen	31
Abbildung 10: Funktionale Einschränkungen im Alltag	32
Abbildung 11: Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Erwerbsleben	33
Abbildung 12: Subjektive Einschätzung des Invaliditätsrisikos	34
Abbildung 13: Einschätzung des Invaliditätsrisikos, nach Ausmaß der Arbeitsplatzbelastungen	35
Abbildung 14: Veränderung im Erwerbsstatus in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand	36
Abbildung 15: Prävalenz von psychischen Störungen	39
Abbildung 16: Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus	41
Abbildung 17: Entwicklung des Integrations- und Kompensationsindex der OECD	45
Abbildung 18: Entwicklung der Varianz des Integrations- und Kompensationsindex der OECD	46
Abbildung 19: Veränderung der OECD Indizes zu Integration und Kompensation	47
Abbildung 20: Kompensations- und Integrationsindex der OECD, Jahr 2007	48
Abbildung 21: Clusteranalyse auf Basis der OECD-Indikatoren zu Invalidität und Krankheit	50
Abbildung 22: Inanspruchnahme von Teilkrankenstand in Norwegen nach Krankheitstyp	54
Abbildung 23: Zusammensetzung des Integrationsteams im deutschen BEM	59
Abbildung 24: Bausteine des Case Managements in der Schweizer IV	63
Abbildung 25: Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit	87
Abbildung 26: Anteil der Unternehmen, die sich routinemäßig mit den Ursachen von Krankenständen auseinandersetzen	90
Abbildung 27: Anteil der Unternehmen, die Maßnahmen setzen, um MitarbeiterInnen nach langem Krankenstand bei der Rückkehr in die Arbeit zu unterstützen	90
Abbildung 28: Index zum Management von psychosozialen Risiken	94

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Teilzeitkrankengeld in den nordischen Ländern	55
Übersicht 2: Zielgruppen der stufenweisen Wiedereingliederung in Deutschland (Hamburger Modell)	56
Übersicht 3: Studien zu den Effekten von Teilkrankenständen	66
Übersicht 4: Befunde zur Wirkung von Eingliederungsmaßnahmen	69
Übersicht 5: Entwicklung der Kosten zur Einkommenssicherung bei Krankenstand	78
Übersicht 6: OECD disability policy typology: classification of the compensation scores	107
Übersicht 7: OECD disability policy typology: classification of the integration scores	108

Anhang

Übersicht 6: OECD disability policy typology: classification of the compensation scores

DIMENSION	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	0 points
X. Compensation						
X1. Population coverage	Total population (residents)	Some of those out of the labour force (e.g. congenital)	Labour force plus means-tested non-contrib. scheme	Labour force with voluntary self-insurance	Labour force	Employees
X2. Minimum required disability or work incapacity level	0-25%	26-40%	41-55%	56-70%	71-85%	86-100%
X3. Disability or work incapacity level for full benefit	< 50%	50-61%	62-73%	74-85%	86-99%	100%
X4. Maximum disability benefit payment level	RR >= 75%, reasonable minimum	RR >= 75%, minimum not specified	75 > RR >= 50%, reasonable minimum	75 > RR >= 50%, minimum not specified	RR < 50%, reasonable minimum	RR < 50%, minimum not specified
X5. Permanence of benefit payments	Strictly permanent	De facto permanent	Self-reported review only	Regulated review procedure	Strictly temporary, unless fully (= 100%) disabled	Strictly temporary in all cases
X6. Medical assessment criteria	Treating doctor exclusively	Treating doctor predominantly	Insurance doctor predominantly	Insurance doctor exclusively	Team of experts in the insurance	Insurance team and two-step procedure
X7. Vocational assessment criteria	Strict own or usual occupation assessment	Reference is made to one's previous earnings	Own-occupation assessment for partial benefits	Current labour market conditions are taken into account	All jobs available taken into account, leniently applied	All jobs available taken into account, strictly applied
X8. Sickness benefit payment level	RR = 100% also for long-term sickness absence	RR = 100% (short-term) >= 75% (long-term) sickness absence	RR >= 75% (short-term) >= 50% (long-term) sickness absence	75 > RR >= 50% for any type of sickness absence	RR >= 50% (short-term) < 50% (long-term) sickness absence	RR < 50% also for short-term sickness absence
X9. Sickness benefit payment duration	One year or more, short or no wage payment period	One year or more, significant wage payment period	Six-twelve months, short or no wage payment period	Six-twelve months, significant wage payment period	Less than six months, short or no wage payment period	Less than six months, significant wage payment period
X10. Sickness absence monitoring	Lenient sickness certificate requirements	Sickness certificate and occupational health service with risk prevention	Frequent sickness certificates	Strict follow-up steps with early intervention and risk profiling, but no sanctions	Strict controls of sickness certificate with own assessment of illness if necessary	Strict follow-up steps with early intervention and risk profiling, including sanctions

Q: OECD (2010), Annex 3.1. RR = replacement rate (Einkommensersatzrate).

Übersicht 7: OECD disability policy typology: classification of the integration scores

DIMENSION	5 points	4 points	3 points	2 points	1 point	0 points
Y. Integration						
Y1. Consistency across supports in coverage rules	All programmes accessible	Minor discrepancy, flexible mixture	Minor discrepancy, restricted mixture	Major discrepancy, flexible mixture	Major discrepancy, restricted mixture	Strong differences in eligibility
Y2. Complexity of the benefits and supports systems	Same agency for assessment for all programmes	One agency for integration, benefits co-ordinated	Same agency for benefits and vocational rehabilitation	One agency for integration, benefits not co-ordinated	Different agencies for most programmes	Different agencies for all kinds of assessments
Y3. Employer obligations for their employees and new hires	Major obligations towards employees and new applicants	Major obligations towards employees, less for applicants	Some obligations towards employees and new applicants	Some obligations towards employees, none for applicants	No obligations at all, but dismissal protection	No obligations of any kind
Y4. Supported employment programmes	Strong programme, permanent option	Strong programme, only time-limited	Intermediary, also permanent	Intermediary, only time-limited	Very limited programme	Not existent
Y5. Subsidised employment programmes	Strong and flexible programme, with a permanent option	Strong and flexible programme, but time-limited	Intermediary, either permanent or flexible	Intermediary, neither permanent nor flexible	Very limited programme	Not existent
Y6. Sheltered employment programmes	Strong focus, with significant transition rates	Strong focus, but largely permanent employment	Intermediary focus, with some "new" attempts	Intermediary focus, "traditional" programme	Very limited programme	Not existent
Y7. Comprehensiveness of vocational rehabilitation	Compulsory rehabilitation with large spending	Compulsory rehabilitation with low spending	Intermediary view, relatively large spending	Intermediary view, relatively low spending	Voluntary rehabilitation with large spending	Voluntary rehabilitation with low spending
Y8. Timing of vocational rehabilitation	In theory and practice any time (e.g. still at work)	In theory any time, in practice not really early	Early intervention increasingly encouraged	Generally <i>de facto</i> relatively late intervention	After long-term sickness or for disability recipients	Only for disability benefit recipients
Y9. Disability benefit suspension option	Two years or more	At least one but less than two years	More than three but less than 12 months	Up to three months	Some, but not for disability benefits	None
Y10. Work incentives for beneficiaries	Permanent in-work benefit provided	Benefit continued for a considerable (trial) period	Income beyond pre-disability level allowed	Income up to pre-disability level, also partial benefit	Income up to pre-disability level, no partial benefit	Some additional income allowed

Q: OECD (2010), Annex 3.1.