

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG

Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Eine Evaluierung für Oberösterreich

**Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer (WIFO),
Trude Hausegger, Christine Reidl, Friederike Weber
(prospect Unternehmensberatung)**

Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert,
Christoph Lorenz (WIFO)



Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Eine Evaluierung für Oberösterreich

**Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer (WIFO),
Trude Hausegger, Christine Reidl, Friederike Weber (prospect
Unternehmensberatung)**

März 2017

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung – prospect Unternehmensberatung GesmbH

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

EDV: Georg Böhs (WIFO)

Begutachtung: Hedwig Lutz (WIFO) • Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert, Christoph Lorenz (WIFO)

Inhalt

Auf Grundlage einer innovativen Verknüpfung von erwerbsbezogenen Daten der Sozialversicherung und des AMS mit gesundheitsbezogenen Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse werden die quantitative Bedeutung und Art arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen unter den Erwerbspersonen sowie Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlicher Belastung untersucht. Arbeitssuchende sind um ein Vielfaches häufiger von gesundheitlichen Belastungen betroffen als ungefordert unselbständig Beschäftigte, insbesondere von Muskel-Skeletterkrankungen und psychischen Erkrankungen. Alle evaluierten Maßnahmen steigern die Erwerbsbeteiligung der teilnehmenden gesundheitlich belasteten Arbeitslosen. Anders als für aktive Arbeitssuche und berufliche Orientierung lässt sich für fachliche Qualifizierung, Beschäftigungsmaßnahmen auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt sowie die Betreuung in einer externen Beratungs- und Betreuungseinrichtung darüber hinaus eine positive Wirkung auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung nachweisen, wenn auch teilweise erst mit großer Verzögerung.

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

2017/066-2/S/WIFO-Projektnummer: 715

© 2017 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, prospect Unternehmensberatung GesmbH

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: 70 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/59356>

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1. Motivation und Zielsetzung des Projektes	2
1.2. Aufbau und Inhalte des Berichts	4
2. Bisherige, umfragebasierte Evidenz zu gesundheitlichen Einschränkungen	7
3. Datengrundlage und untersuchte Personengruppe	20
3.1. Verwendete Datengrundlage	20
3.2. Untersuchte Personengruppe	21
4. Identifikation und Quantifizierung der Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Einschränkungen	24
4.1. Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen	25
4.2. Zuschreibung eines Indikators für gesundheitliche Belastung	34
4.3. Größe und Struktur der Gruppe gesundheitlich belasteter Personen	43
4.4. Bedeutung gesundheitlicher Beeinträchtigungen für spätere Arbeitslosigkeit und mittelfristige Entwicklungstrends	49
5. Einsatz aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen	53
5.1. Im Jahr 2012 neu geförderte Personen	55
5.2. Förderungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit	62
6. Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen	73
6.1. Empirisches Untersuchungsdesign	73
6.2. Ergebnisse der Wirkungsanalyse	83
7. Qualitative Erhebung zu Förderangeboten des AMS für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose	113
7.1. Design der qualitativen Erhebung	113
7.2. Die Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Personen	113
7.3. AMS-Angebote für gesundheitlich Eingeschränkte	115
7.4. Betreuungsstrategie des AMS Oberösterreich	117
7.5. Auswirkungen des SRÄG 2012	118
7.6. Erfolgsfaktoren, Bedarfe, Versorgungslücken	119
8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	121
Literatur	136
Anhang	138
Verzeichnis der Abbildungen	171
Verzeichnis der Übersichten	174

1. Einleitung

1.1. Motivation und Zielsetzung des Projektes

Aufgrund von Trends wie Bevölkerungsalterung, verlängertem Erwerbsleben und im Wandel begriffener Anforderungen an die Arbeitskräfte gewinnt die Gesundheit der Erwerbspersonen zunehmend an Bedeutung. Gesundheitliche Einschränkungen sind eine große Hürde bei der Überwindung von Arbeitslosigkeit.

Die Gesundheit der Erwerbspersonen ist aus mehrfachen Gründen ein zentrales Thema der modernen Arbeitswelt. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gibt es in allen entwickelten Industrieländern vermehrte Bestrebungen, die Erwerbsquote von älteren Menschen zu erhöhen. In Österreich ist aufgrund der im europäischen Vergleich niedrigen Beschäftigungs- und Erwerbsquote älterer Arbeitskräfte ein relativ großes Steigerungspotenzial gegeben. Eine höhere Erwerbsbeteiligung von Personen höheren Alters bzw. eine Verlängerung des Erwerbslebens setzt jedoch einen entsprechenden, die Beschäftigungsfähigkeit begründenden Gesundheitszustand der Menschen voraus. Damit einher geht die Notwendigkeit, dass sich der Zeitraum mit einem entsprechenden Gesundheitszustand im Ausmaß der angestrebten Erwerbsverlängerung ausdehnt. Zugleich fordern Veränderungen in der Arbeitswelt – zunehmende Flexibilitätsanforderungen, Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse, neue Arbeits- und Organisationsmodelle – die Beschäftigten, und hier vor allem jene mit gesundheitlichen Einschränkungen, zusätzlich heraus. Nach Einschätzung der OECD erschweren die Veränderungen in der Wirtschaft und am Arbeitsmarkt Menschen mit gesundheitlichen Problemen den Verbleib am Arbeitsplatz bzw. die Rückkehr in die Arbeit (OECD, 2010; siehe dazu auch Vermeulen et al., 2009).

Die Auswirkungen dieser Trends – Verlängerung des Erwerbslebens und hohe Anforderungen an die Arbeitskräfte aufgrund wirtschaftlichen und technologischen Wandels – werden durch die angespannte Arbeitsmarktlage weiter verschärft. Seit Ausbruch der Wirtschaftskrise hat die Zahl der Arbeitslosen in Österreich einen neuen Höchststand erreicht, die Arbeitslosenquoten von älteren und gering qualifizierten Arbeitskräften sind in den letzten Jahren überproportional stark gestiegen. Für viele Arbeitssuchende stellen gesundheitliche Einschränkungen, auch dann, wenn sie nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit sind, eine große Hürde bei der Rückkehr in Beschäftigung dar.

Die vorliegende Studie untersucht die quantitative Bedeutung gesundheitlicher Einschränkungen unter den Erwerbspersonen sowie Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlicher Belastung.

Vor diesem Hintergrund werden in der vorliegenden Studie erstens die quantitative Bedeutung und Art arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen unter der Gesamtheit aller Erwerbspersonen und zweitens der Einsatz und die Wirkung aktiver

arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlicher Belastung untersucht. Im Zentrum steht die Frage, welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sich zur Unterstützung dieser wachsenden Zielgruppe eignen.

Mangels verfügbarer Daten fehlt es bisher in Österreich an detaillierter empirischer Evidenz zu den gesundheitlichen Problemlagen der Erwerbspersonen und der Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Das vorliegende Forschungsprojekt leistet einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke.

Die Evaluierung schließt unmittelbar an eine im Jahr 2014 realisierte Analyse der Wirkung Sozialer Unternehmen an, die bereits erste Hinweise auf die Wirksamkeit von Beschäftigungsmaßnahmen am zweiten Arbeitsmarkt für gesundheitlich eingeschränkte Personen bot (Eppel et al., 2014). Die damalige Untersuchung ergab – neben insgesamt positiven Effekten der Beschäftigung in Sozialökonomischen Betrieben (SÖB) und Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten (GBP) – auch eine positive Einschätzung von intensiven und niedrigschwelligen Maßnahmen für Personen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen seitens der Beraterinnen und Berater des AMS.

Eine vertiefende Untersuchung des Bedarfs und der Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zur Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen setzt allerdings ein besseres Verständnis der angesprochenen Zielgruppe voraus. Wie in der Evaluierungsstudie zu Sozialen Unternehmen aufgezeigt wurde, reichen die Informationen über Art und Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen am Arbeitsmarkt, die bisher aus Daten des Arbeitsmarktservice oder der Versicherungsdatei des Hauptverbands gewonnen werden konnten, nicht für weitergehende Schlussfolgerungen aus.

Direkt aus den AMS-Registerdateien liegen bisher Kodierungen von Behinderung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz vor, sowie eine von den AMS-Beraterinnen und -beratern befüllte Information zu Vermittlungseinschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme, ohne jedoch genauere Anhaltspunkte über Art der Beeinträchtigung und deren Relevanz für die Erwerbschancen zu bieten. Im Erwerbskarrierenmonitoring des AMS und des BMASK werden Angaben aus mehreren Datenquellen zusammengetragen, um auf eine zu vermutende gesundheitliche Beeinträchtigung der Versicherten zu schließen. Personen wird dabei dauerhaft das Merkmal „mit gesundheitlicher Beeinträchtigung“ zugeschrieben¹⁾, wenn

- (1) beim Hauptverband bestimmte Versicherungsqualifikationen (z.B. Rehabilitationszeit, Beihilfe zu den Kurskosten für behinderte Personen) erfasst sind,
- (2) bestimmte Arten von Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden,

¹⁾ Seit Sommer 2013 wird bei Episoden mit gesundheitlicher Beeinträchtigung danach unterschieden, ob sie zum Betrachtungszeitpunkt gerade durch eine Information (z.B. Reha oder bestimmter Leistungsbezug) „belegt“ sind oder nicht.

- (3) an bestimmten Förderungen des AMS bzw. des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumsservice teilgenommen wurde, oder
- (4) in den Personenstammdaten des AMS eine „Behinderung“ kodiert ist (Begünstigung nach Behinderteneinstellungsgesetz, Opferfürsorgegesetz (OFG) und/oder Landesbehindertengesetzen, Behinderung gemäß Behindertenpass oder eine sonstige, durch die Beraterinnen und Berater des AMS festgehaltene, gesundheitliche Einschränkung, die durch ärztliche Gutachten belegt ist und die Vermittlungs- bzw. Berufsmöglichkeiten einschränkt).

Auch dieses erweiterte „Hilfskonstrukt“ bietet keine Angaben zu Art und Ausmaß der Einschränkung bzw. deren Relevanz für die Arbeitsmarktintegration. Aufgrund dieser dürftigen Datenlage fehlt es bisher in Österreich an detaillierter empirischer Evidenz zu den gesundheitlichen Problemlagen der Erwerbspersonen und der Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Das vorliegende Forschungsprojekt soll einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke leisten. Anhand einer pilothaften Verknüpfung von Daten aus Kranken- bzw. Sozialversicherung und Arbeitsmarktservice wird erstmals ein vollständigeres Bild über Art und Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen am Arbeitsmarkt gewonnen und die Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen untersucht.

1.2. Aufbau und Inhalte des Berichts

In der Studie wird erstens die Zahl gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen und damit die Größenordnung der potentiellen Zielgruppe für arbeitsmarktpolitische Unterstützung abgeschätzt, zweitens der Einsatz und drittens die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen evaluiert.

Die vorliegende Studie gliedert sich in drei Teile:

1. eine Abschätzung der quantitativen Bedeutung und der Art arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen,
2. eine Analyse des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und
3. eine Analyse der Wirkung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

Der **erste Teil** (Kapitel 4) widmet sich dem quantitativen Bedarf an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Aus der Analyse geht eine Schätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Personen am Arbeitsmarkt (Arbeitslose und unselbständig Beschäftigte) hervor. Die gesundheitliche Situation wird dabei mit dem Arbeitsmarktstatus in Verbindung gesetzt, um aufzuzeigen, welche bzw. wie viele Personen gleichzeitig mit gesundheitlichen Problemen und mit Integrationsproblemen am Arbeitsmarkt

konfrontiert sind. Um die Risikogruppe in ihrer Gesamtheit erfassen und die Wechselwirkung zwischen Arbeitsmarktstatus und Gesundheit beleuchten zu können, schließt diese Analyse sowohl die bereits arbeitslosen als auch die (noch) beschäftigten Arbeitskräfte ein.

Erkenntnisse aus der bisherigen Forschung zeigen, dass unterschiedliche Formen von gesundheitlichen Problemen durchaus auch unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitsmarktposition und die (Re-)Integrationswahrscheinlichkeit der Betroffenen nach sich ziehen. Das gilt insbesondere für psychische Störungen, die eine besonders große Beschäftigungshürde darstellen und dementsprechend spezifische Maßnahmen erfordern. Muskel-Skelett-Erkrankungen sind eine weitere Kategorie von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die aufgrund ihrer Häufigkeit, des starken Zusammenhangs mit den Arbeitsplatzbedingungen und ihres hohen Anteils am Invalidisierungsgeschehen, gesondert betrachtet werden sollten. Die Analyse geht deshalb auf diese Formen der gesundheitlichen Einschränkung differenziert ein; auch Unterschiede in der Prävalenz von gesundheitlichen Arbeitsmarktrisiken nach persönlichen Merkmalen wie Geschlecht und Alter werden beleuchtet.

Für die Identifikation und Quantifizierung gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen werden pilothaft Informationen zu Erwerbsverläufen aus Daten der Sozialversicherung und des AMS mit Gesundheitsdaten der OÖGKK verknüpft.

Die Schätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Personen am Arbeitsmarkt erfolgt auf der Grundlage eines eigens zu diesem Zweck erstellten Datensatzes mit Informationen zu den Erwerbsverläufen (aus Daten der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice) und zur Gesundheit bzw. zur Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen (aus Daten der OÖGKK). Die gesundheitlichen Informationen umfassen das Krankenstandsgeschehen, die Krankenhausaufenthalte sowie die Inanspruchnahmen von ärztlichen Leistungen und den Konsum von Heilmitteln. Aus diesen Informationen können Risikofaktoren für gesundheitliche Einschränkungen abgeleitet werden. Bestehende Untersuchungen weisen etwa darauf hin, dass häufige Krankenstände, Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte etc. bereits mehrere Jahre vor Antritt einer Invaliditätspension ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko signalisieren (vgl. z.B. Leoni, 2011 oder Mayrhuber – Tockner, 2012) und somit auch mit dem Risiko gesundheitlicher Erwerbshindernisse in engem Zusammenhang stehen. Gekoppelt mit tagesgenauen Informationen zu den Erwerbsverläufen ermöglichen es diese Daten, den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Typen von gesundheitlichen Problemen und der Erwerbslaufbahn (und dabei insbesondere mit dem Auftreten von Arbeitslosigkeit) zu betrachten. Die Datengrundlage wird im dritten Kapitel des vorliegenden Berichts in größerem Detail beschrieben, ebenso wie die Grundgesamtheit an untersuchten Personen der quantitativen Analysen in diesem Bericht. Diese Daten bilden zugleich auch die Grundlage zur Darstellung und Evaluierung des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für die Zielgruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten.

Einsatz und Wirkung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen werden einerseits auf Basis der Förderdaten des AMS und andererseits anhand einer qualitativen Erhebung bei der LGS des AMS OÖ und eines Workshops mit AMS-VertreterInnen untersucht.

Im **zweiten Teil** des Berichts wird der Einsatz bestehender arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zugunsten gesundheitlich beeinträchtigter Personen unter die Lupe genommen. Dies erfolgt auf Basis einer quantitativen und einer qualitativen Analyse:

- Einerseits wird, basierend auf der Identifikation gesundheitlich eingeschränkter Personen, anhand der Förderdaten des AMS der Maßnahmen Einsatz für diese Zielgruppe nachgezeichnet (Kapitel 5).
- Andererseits wird auf Grundlage einer qualitativen Erhebung aufgezeigt, welche Angebote für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen derzeit Teil des arbeitsmarktpolitischen Instrumentariums sind. Diese Darstellung basiert auf einer Erhebung zum Angebot von Maßnahmen für diese Zielgruppe bei der Landesgeschäftsstelle des Arbeitsmarktservice Oberösterreich. Es wurden teilstandardisierte Interviews mit den Abteilungsleiterinnen und Abteilungsleitern der Förderungsabteilung, sowie des Service für Arbeitsuchende der Landesgeschäftsstellen des AMS OÖ durchgeführt. Diese dienten dazu, einen fundierten Überblick über die aktuelle und vergangene (im Jahr 2012) gegebene Form der Unterstützung von arbeitslosen Kundinnen und Kunden des AMS mit gesundheitlichen Einschränkungen zu schaffen. Über diese Interviews hinaus fand ein Workshop mit ausgewählten Vertreterinnen und Vertretern des AMS zu Strategien in der Beratung und Betreuung von AMS-Kundinnen und AMS-Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen statt. Kapitel 7 präsentiert sämtliche Ergebnisse der qualitativen Erhebung.

In einem **dritten Teil** (Kapitel 6) wird anhand einer ökonometrischen Wirkungsanalyse untersucht, ob und in welchem Ausmaß für welche Typen von Maßnahmen und für welche Gruppen gesundheitlich beeinträchtigter Personen positive Wirkungen auf die Arbeitsmarktintegration festgestellt werden können.

Den quantitativen Analysen vorangestellt wurde in Kapitel 2 ein Survey über die bisherige Evidenz zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Erwerbsbevölkerung in Österreich. Die darin zusammengefassten Befunde dienen als Ausgangspunkt für die nachfolgende Detailanalyse arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen auf Grundlage der oberösterreichischen Sozialversicherungsdaten.

Am Ende des vorliegenden Berichts (Kapitel 8) werden abschließend die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und Schlussfolgerungen für die österreichische Arbeitsmarktpolitik gezogen.

2. Bisherige, umfragebasierte Evidenz zu gesundheitlichen Einschränkungen

Als Ausgangsbasis für eine quantitative Abschätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Personen dienen bisherige Erkenntnisse aus Befragungen.

In Bezug auf die gesundheitliche Situation der Erwerbsbevölkerung liegen Erkenntnisse und empirische Befunde aus stichprobenbasierten und zum Teil international standardisierten Umfragen vor. Beispiele hierfür sind die Österreichische bzw. Europäische Gesundheitsumfrage (AT-HIS bzw. EU-HIS), der Survey on Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) und die European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). Anders als administrative Daten sind diese Befragungen eigens zur Informationsbeschaffung für wissenschaftliche Untersuchungen konzipiert worden und basieren auf theoretisch fundierten Erhebungsinstrumenten. Die meisten der in Befragungen 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 die daraus ermittelten empirischen Befunde eine gute Ausgangsbasis dar, um sich der Frage der Größenordnung der potentiellen Zielgruppe für arbeitsmarktpolitische Unterstützung zu nähern. In der Folge werden deshalb einige Kennzahlen und Ergebnisse aus diesen Daten zusammen getragen und beschrieben.

Subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustands

Laut EU-SILC bewerten in Österreich 9% der Bevölkerung ab 15 Jahren ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“, 22% als „mittelmäßig“.

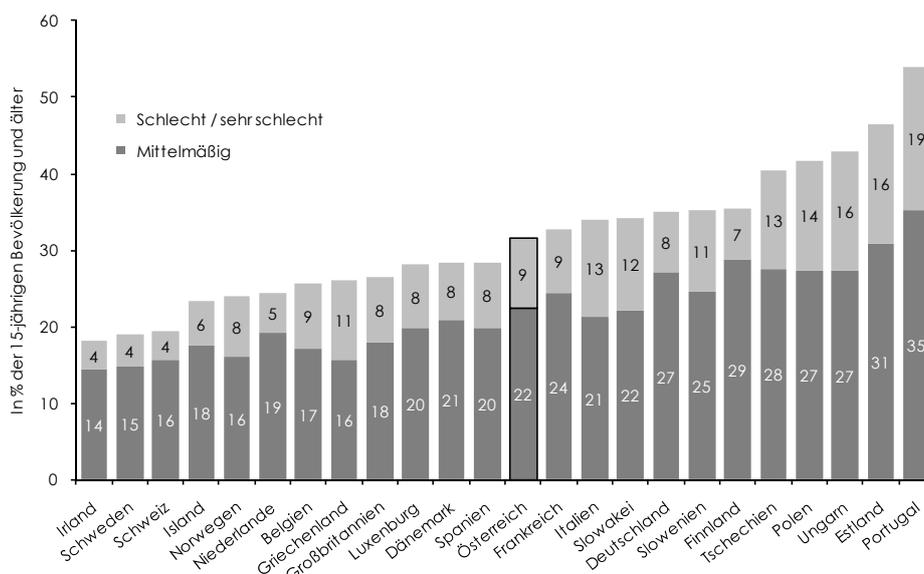
Der wohl am weitesten verbreitete Indikator zur Erfassung des gesundheitlichen Zustands in Befragungen ist die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Die Befragten bewerten dabei ihren (subjektiven) Gesundheitszustand typischerweise auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“²⁾. Zahlreiche Studien zeigen, dass diese subjektive Gesundheitseinschätzung 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 1 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 Mittelfeld der OECD, wobei einschränkend anzumerken ist, dass

²⁾ 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 unterschiedliche Erhebungskonzepte zum Einsatz. SHARE beispielsweise unterscheidet die Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“ und „schlecht“.

internationale Vergleiche des subjektiven Gesundheitszustands aufgrund von Unterschieden in der Semantik der Antwortkategorien und im Antwortverhalten der Bevölkerung mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Abbildung 1: Subjektive Gesundheitseinschätzung, internationaler Vergleich 2013, Bevölkerung mit 15 und mehr Jahren



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

Die subjektive Gesundheitseinschätzung verschlechtert sich deutlich mit dem Alter und ist stark vom Arbeitsmarktstatus abhängig. Unter den 20- bis 64-Jährigen stufen 6% ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ ein. Von den Arbeitslosen bewertet etwa ein Fünftel die eigene Gesundheit negativ.

Die von der OECD ausgewerteten Daten beziehen sich allerdings auf die gesamte Erwachsenenbevölkerung. Erwartungsgemäß verschlechtert sich mit dem Alter die subjektive Gesundheitseinschätzung, weshalb für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bessere Gesundheitswerte ermittelt werden als für die Bevölkerung insgesamt. In 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, 2015). Die Personengruppen mit einem „mittelmäßigen“ bzw. „schlechten“ oder „sehr schlechten“ Gesundheitszustand sind entsprechend kleiner als in der Bevölkerung einschließlich der Über-65-Jährigen (19% bzw. 6%). Diese Quoten aus EU-SILC sind im jüngeren Zeitraum stabil. WIFO-Auswertungen auf Basis von EU-SILC 2011 für die Bevölkerung der 20- bis

64-Jährigen kommen auf sehr ähnliche Werte, mit einem Anteil von 75,5% an „gesunden“ und 18% bzw. 6% an Personen mit „mittelmäßigem“ bzw. „schlechtem“ Gesundheitszustand.³⁾ 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. Unter den Arbeitslosen gibt dagegen nur etwas mehr als die Hälfte (54%) einen „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand an. Rund ein Fünftel dieser Personengruppe bewertet die eigene Gesundheit negativ, 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%.⁴⁾ Der Altersgradient im Gesundheitszustand ist dagegen viel stärker ausgeprägt. Während fast 9 von 10 (87%) der Unter-40-Jährigen ihre Gesundheit positiv bewerten, sind es bei den 40- bis 64-Jährigen mehr als zwei von drei befragten Personen (67%). Eine feingliedrige Auswertung der EU-SILC (2011) Daten zeigt, dass der Anteil an gesundheitlich schlechter gestellten Personen besonders in der Altersgruppe ab 45 und dann in der Altersgruppe ab 55 Jahren spürbar steigt.

Einschätzung gesundheitlicher Einschränkungen und weitere Indikatoren

Etwa 5% bis 7% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter fühlen sich stark im Alltag beeinträchtigt. Unter Arbeitslosen ist der Anteil um ein Vielfaches höher als unter Erwerbstätigen.

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 (2014) geht hervor, dass etwa 7% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20- bis 64-Jährige) der Meinung sind, aufgrund eines gesundheitlichen Problems im Alltag stark beeinträchtigt zu sein. Auch in diesem Fall zeigen sich große Unterschiede nach Erwerbsstatus: Während sich 21% der Arbeitslosen stark beeinträchtigt fühlen, liegt der entsprechende Anteil bei den Erwerbstätigen bei nur 3%. Auswertungen aus EU-SILC (2011) zeigen ein sehr ähnliches Bild, auch wenn der Anteil der stark beeinträchtigten mit 6% etwas niedriger lag. Auch aus AT-HIS (2006/7) gehen vergleichbare Zahlen hervor.

³⁾ Bei einer längerfristigen Betrachtung ist allerdings eine leichte Verschlechterung in der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands beobachtbar. In EU-SILC 2004 lag der Anteil der 16- bis 64-Jährigen mit „gutem“ oder „sehr gutem“ Zustand bei 79% (*Statistik Austria*, 2006). Aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/7 ging für die Bevölkerung insgesamt (also inklusive der 65+) ein Anteil von 75% an Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand hervor (*Statistik Austria*, 2007). Neuere Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 werden in den kommenden Monaten verfügbar sein.

⁴⁾ Auch die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/7 zeigt einen fast identischen geschlechtsspezifischen Unterschied.

Während die Zahl der stark Beeinträchtigten je nach Befragung und Jahr zwischen 5% und 7% schwankt, geben weitere 15% bis 20% der Befragten an, aus gesundheitlichen Gründen leicht eingeschränkt zu sein.

SHARE-Daten zufolge weisen in Österreich knapp 11% der 50- bis 64-Jährigen mindestens eine funktionale Einschränkung im Alltag auf. Der Anteil ist bei den Arbeitsuchenden mehr als drei Mal so hoch wie bei den Beschäftigten.

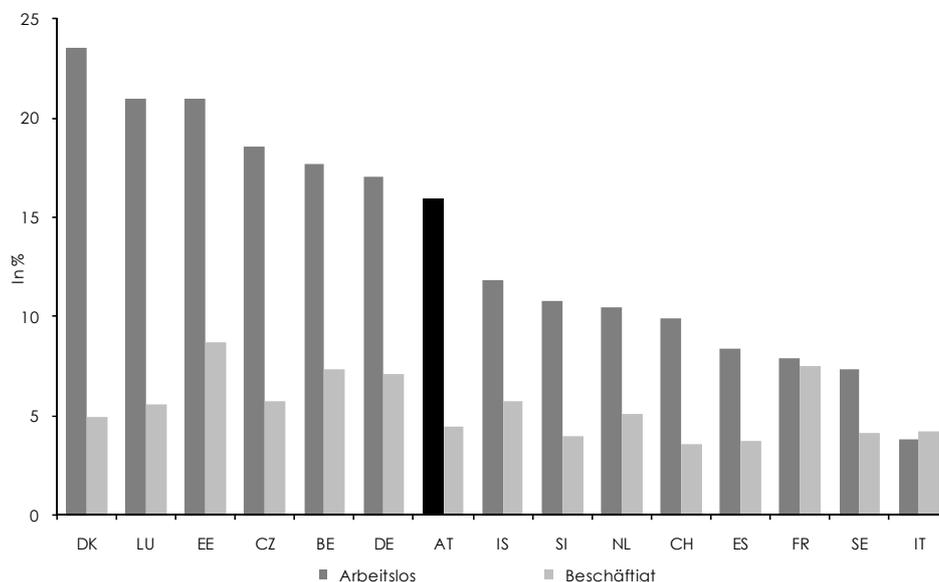
Die älteren Erwerbstätigen sind aufgrund des starken Konnexes zwischen Alter und Gesundheit, sowie ihres erhöhten Arbeitslosigkeitsrisikos in Bezug auf eine gesundheitliche Betrachtung der Beschäftigungsfähigkeit von besonderem Interesse. Spezifische Erkenntnisse zur Situation der Älteren können dem Survey on Health, Aging 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.⁵⁾

Funktionale Einschränkungen werden in SHARE in größerem Detail 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 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 werten. Aus SHARE geht hervor, dass in Österreich etwa 5% der 50- bis 64-Jährigen mindestens eine funktionale Einschränkung im Bereich der persönlichen Versorgung und Hygiene (ADL) aufweist. Die funktionalen Einschränkungen im Wohn- und Lebensumfeld (IADL) sind etwas stärker verbreitet und betreffen knapp 10% der Befragten.

⁵⁾ In Bezug auf die Gesundheit ermittelt SHARE neben dem subjektiven Gesundheitszustand auch eine Liste an Diagnosen und funktionalen Einschränkungen sowie objektive Gesundheitsmaße wie Tests zur Messung der Handgreifkraft und der Gehgeschwindigkeit.

Abbildung 2: 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.

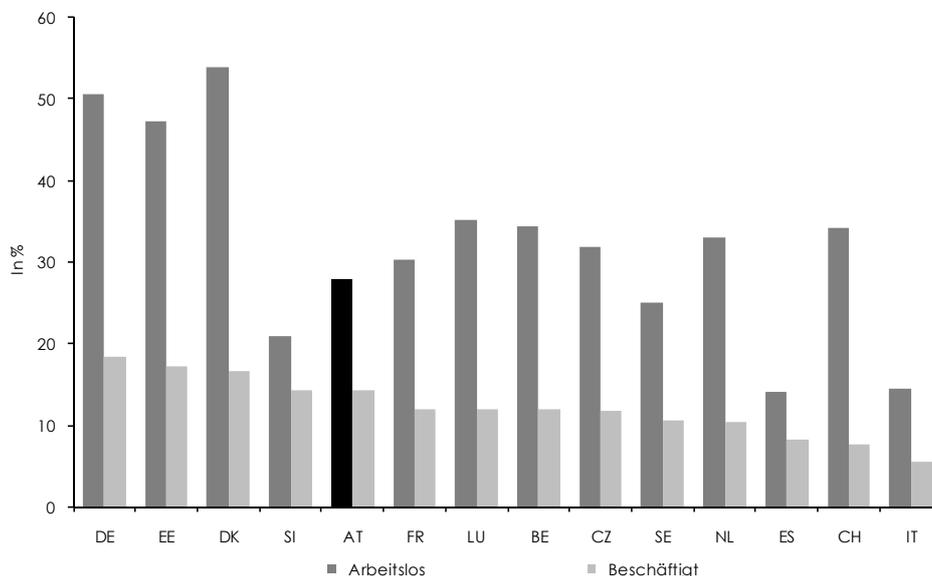
Die Personengruppen der ADL und IADL funktional Eingeschränkten weisen einen hohen Überlappungsgrad auf: Der Anteil an den 50- bis 64-Jährigen, die mindestens eine Form von funktionaler Einschränkung aufweisen, liegt bei knapp 11%. Wie Abbildung 2 zeigt, bestehen auch in dieser Dimension starke Unterschiede nach Erwerbsstatus. Der Anteil der funktional Eingeschränkten ist bei den Arbeitsuchenden mehr als drei Mal so hoch wie bei den Beschäftigten (der Anteil bei den Erwerbsinaktiven (OLF) liegt mit 17% etwa gleich hoch).

Fast ein Fünftel der Über-50-Jährigen im Erwerbsalter gibt an, gesundheitsbedingt im Erwerbsleben eingeschränkt zu sein. Bei den Arbeitslosen ist der Anteil fast doppelt so hoch wie bei den Beschäftigten.

Neben den funktionalen Einschränkungen mit Bezug auf klar definierte Alltagstätigkeiten, geben die Erhebungspersonen 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 3 zu sehen ist, liegt die Quote bei den Beschäftigten über 14%, bei den Arbeitslosen ist sie jedoch fast doppelt so hoch (die Erwerbsinaktiven weisen einen Anteil von 25% auf). Verglichen mit den funktionalen Einschränkungen nach ADL und IADL sind das hohe, aber nicht überraschende Werte, wenn bedacht wird, dass die Anforderungen zur Bewältigung der beruflichen Anforderungen in der Regel höher und komplexer sind als jene des Alltags.

Abbildung 3: Gesundheitliche Probleme, die eine Einschränkung im Erwerbsleben nach sich ziehen

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

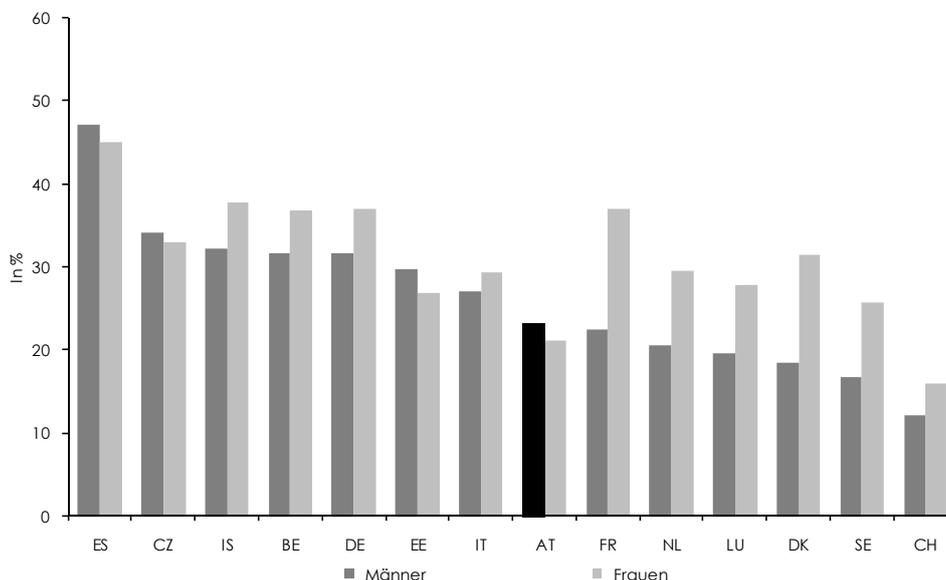


Q.: SHARE; WIFO-Berechnungen. – Anteil der Personen, die folgende Frage positiv beantwortet haben: „Haben Sie gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, die die Art oder das Ausmaß Ihrer bezahlten Tätigkeiten einschränken?“.

Etwas mehr als ein Fünftel der Über-50-Jährigen rechnet mit vorzeitigem Pensionsantritt aus gesundheitlichen Gründen.

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 4 zu erkennen ist, sind etwas mehr als ein Fünftel der über-50-Jährigen ÖsterreicherInnen der Meinung, von einem solchen Invaliditätsrisiko betroffen zu sein. Der Anteil war in den letzten beiden SHARE-Wellen (Jahre 2011 und 2013) stabil, wobei Frauen (die allerdings auch jünger sind) etwas weniger oft als Männer die Befürchtung teilen, aus gesundheitlichen Gründen ihren Job nicht bis zum regulären Pensionsantrittsalter ausüben zu können.

Abbildung 4: Subjektive Einschätzung des Invaliditätsrisikos
Nach Geschlecht, nur Beschäftigte



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?“.

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind eine große Hürde für die Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt. Sie geraten zunehmend ins Blickfeld. Trotzdem gibt es nach wie vor große Wissenslücken bezüglich ihrer Prävalenz und geeigneter Interventionen für diese Personengruppe.

Psychische Erkrankungen sind für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Erwerbsbevölkerung und für die Ableitung von arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Handlungsempfehlungen besonders bedeutsam. Zusammen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen stellen sie die Hauptursache für den Bezug von 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 in der jüngeren Vergangenheit vermehrt jüngere Personen aufgrund psychischer Störungen eine Invaliditätspension beantragten. In den vergangenen Jahren gingen deutlich über 30% der anerkannten Anträge auf Invaliditätspension auf diese Krankheitsgruppe 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 belaufen sich 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, 2015A). Für Österreich ergeben die Schätzungen Kosten in Höhe von 3,6% des BIP, wobei medizinische Kosten nur einen geringen Anteil stellen, der größte Teil der Kosten entsteht nicht im Gesundheitssystem, sondern als Folge von indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsplatzverlust, verringerter Produktivität und Sozialleistungsbezug.

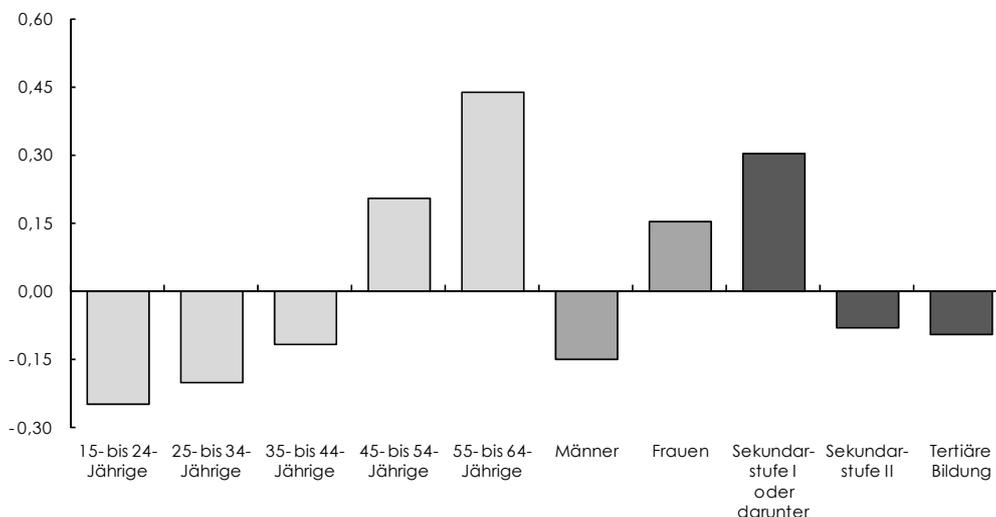
Aus den genannten Gründen erhalten Gesundheitsbeeinträchtigungen seitens der Politik und Stakeholder wachsende Aufmerksamkeit und stehen immer öfter im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und der Wiedereingliederung gesundheitlich Beeinträchtigter. In der Schweiz wurde beispielsweise 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 Personengruppen noch in den Kinderschuhen steckt. Auch die OECD schreibt in einer ihrer jüngsten Studien zu diesem Thema, dass die wachsende Zahl an Maßnahmen und an Untersuchungen nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass wir nach wie vor mit großen Daten- und Wissenslücken konfrontiert sind (OECD, 2015B).

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 erfordern.

Abbildung 5: 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 0-2 der International Standard Classification of Education (ISCED 0 2); "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 OECD nimmt an, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20 bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind, darunter 5% mit einer schweren psychischen Störung. Arbeitslose weisen eine viel höhere Häufigkeit von psychischen Störungen auf als Beschäftigte.

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%, weshalb davon auszugehen ist, dass fast jede zweite Person in ihrem Leben zumindest einmal betroffen ist (OECD, 2015A).

Auch die Frage, inwiefern psychische Erkrankungen tatsächlich im Zunehmen begriffen sind, wird in der Wissenschaft diskutiert und zum Teil 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 – Berger – Reker (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, lässt erwarten, dass im Bereich der Krankschreibung der Erwerbspersonen das volle Ausmaß dieser Tragweite noch nicht erreicht wurde.

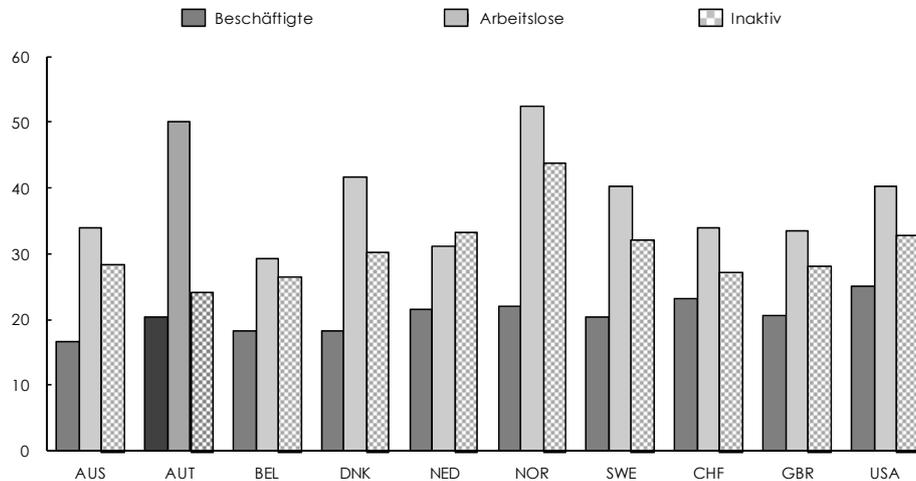
Die OECD geht davon aus, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20 bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Sie verfolgt in ihren arbeitsmarktbezogenen Analysen demnach den Ansatz, jeweils jenes Fünftel der Erwerbsbevölkerung, das die schlechtesten 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.⁶⁾

Zum Vergleich: Aus AT-HIS (2006/7) ging hervor, dass 5,5% der 15- bis 60-Jährigen in Österreich im abgelaufenen Jahr an chronischen Angstzuständen oder einer Depression gelitten hatten. Der Anteil an Personen, die in den zwei Wochen vor der Befragung Schlafstörungen gehabt hatten, lag bei 21,3%, wobei fast die Hälfte der Betroffenen angab, von der Störung stark betroffen zu sein. Auswertungen der OECD kommen zum Ergebnis, dass Frauen überproportional oft von psychischen Störungen betroffen sind, während besser qualifizierte seltener betroffen sind (Abbildung 5). Darüber hinaus zeigen die Daten einen starken Anstieg der Prävalenz bei den Über-45-Jährigen und besonders den Über-55-Jährigen. Dieser ausgeprägte altersspezifische Gradient ist unüblich, da in vergleichbaren Ländern die altersspezifischen Unterschiede schwächer ausgeprägt sind und tendenziell Jüngere stärker von psychischen Störungen betroffen sind als Ältere (OECD, 2015A).

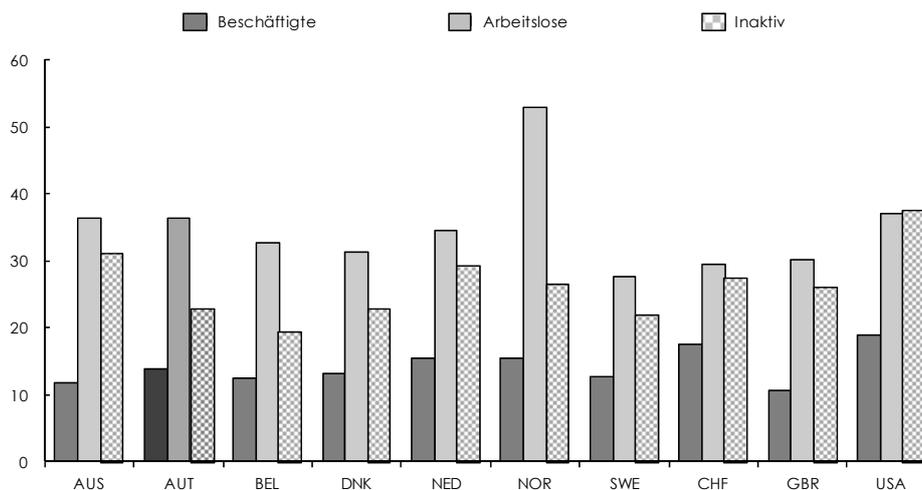
In Bezug auf Unterschiede nach dem Erwerbsstatus bestätigt sich für Österreich dagegen das bereits für andere gesundheitliche Indikatoren aufgezeigte und im internationalen Vergleich konsistente Muster: Arbeitslose weisen eine viel höhere Häufigkeit von psychischen Störungen auf als Beschäftigte. Wie aus Abbildung 6 zu sehen ist, besteht darüber hinaus ein geschlechtsspezifisches Gefälle: Die Prävalenz von psychischen Störungen liegt bei den weiblichen Beschäftigten (etwa 20%), Arbeitslosen (50%) und Erwerbsinaktiven (fast 25%) deutlich höher als bei den entsprechenden männlichen Gruppen (14%, 36% und 23%).

⁶⁾ 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.

Abbildung 6: Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus
Frauen



Männer



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

Zusammenfassung der Erkenntnisse

Die Ergebnisse aus Befragungen anhand von standardisierten Fragebögen vermitteln einen guten, wenn auch naturgemäß überblicksartigen Einblick in die Größenordnung und Verteilung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung. Die empirischen Befunde aus unterschiedlichen Quellen ergeben ein weitgehend konsistentes Bild, das als Ausgangspunkt für die nachfolgende Detailanalyse auf

Grundlage der oberösterreichischen Sozialversicherungsdaten genutzt werden kann. Die wichtigsten Punkte können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Laut Selbsteinschätzung weicht etwa ein Viertel der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter deutlich von einem guten bzw. sehr guten Gesundheitszustand ab. Der Großteil dieser Personen bewertet die eigene Gesundheit „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 in ihrem Alltagsleben leiden.
- Richten wir den Fokus auf Einschränkungen, die sich negativ auf die Erwerbstätigkeit auswirken, steigt die Zahl der betroffenen Personen deutlich. Bezogen auf die Über-50-Jährigen – die einzige Gruppe, für die detaillierte Ergebnisse vorhanden sind –, liegt der Anteil der Beeinträchtigten bei fast einem Fünftel. Bei den derzeit Beschäftigten ist die Quote erwartungsgemäß niedriger. Die Wahrscheinlichkeit, aufgrund von gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt oder zumindest den derzeit ausgeübten Beruf frühzeitig verlassen zu müssen, wird von rund einem Fünftel der Über-50-Jährigen hoch eingestuft.
- Alle zusammen getragenen Auswertungen und Befunde aus der Literatur ergeben sehr stark ausgeprägte Unterschiede im gesundheitlichen Zustand in Abhängigkeit vom 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, sowie, dass etwa ein Sechstel mindestens eine funktionale Einschränkung im Alltag aufweist.
- Erwartungsgemäß zeigen 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. 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 stark verbreitet. Die Zunahme an Diagnosen und Behandlungen dürfte nicht auf eine Steigerung der Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit zurückzuführen sein, sie bringt allmählich die volle Tragweite von psychischen Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung zum Vorschein. Psychische Störungen sind stark auf arbeitslose und erwerbsinaktive Personen konzentriert und wirken sich besonders negativ auf die Erwerbchancen aus, weshalb eine gesonderte Betrachtung dieser Krankheitsgruppe hilfreich sein kann, um gesundheitlich Beeinträchtigte mit Integrationsrisiken zu identifizieren.

Diese Ergebnisse liefern einen breiten Rahmen für die in Kapitel 4 erfolgende Bestimmung der gesundheitlich Beeinträchtigten am österreichischen Arbeitsmarkt. Die den Analysen

zugrunde liegenden Sozialversicherungsdaten ermöglichen umfangreiche und detaillierte Auswertungen wichtiger gesundheitlicher Indikatoren wie Krankenständen, Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen. Die Daten beinhalten jedoch keine qualitativen, umfassenden Einschätzungen des Gesundheitszustands und keinen direkten Bezug zwischen den gesundheitlichen Indikatoren und der Arbeitsfähigkeit bzw. funktionalen Einschränkungen. Die Abgrenzung der gesundheitlich Beeinträchtigten muss deshalb zwangsläufig anhand von Annahmen über die Schwellenwerte erfolgen, ab denen die gesundheitlichen Indikatoren eine arbeitsmarktrelevante Einschränkung signalisieren. Die aus den Befragungen abgeleiteten Größenordnungen können als Ankerwerte für einen Top-down Ansatz genutzt werden, um in einem heuristischen Verfahren die Gruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten am Arbeitsmarkt zu identifizieren.

3. Datengrundlage und untersuchte Personengruppe

3.1. Verwendete Datengrundlage

Gesundheitsbezogene Daten der OÖGKK werden mit arbeitsmarktbezogenen Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des AMS verknüpft, um die Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen zu beleuchten.

Auf Grundlage einer Kombination aus gesundheitsbezogenen Daten der OÖGKK und arbeitsmarktbezogenen Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des AMS ist es möglich gesundheitliche Probleme in der Erwerbsbevölkerung adäquat abzubilden und hierbei insbesondere auch den Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und der Arbeitsmarktintegration der Betroffenen zu betrachten.

Um die in der Einführung beschriebene Informationslücke hinsichtlich gesundheitlicher Problemlagen am Arbeitsmarkt zu schließen, werden in der vorliegenden Studie Informationen aus den Daten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) genutzt, die den Gesundheitszustand der in diesem Bundesland im Zeitraum von 2005 bis 2014 Versicherten näher beschreiben. Zu diesen zählen:

- Krankenstandsepisoden mit Krankenstandsdiagnose nach ICD-Kodierung⁷⁾ und Kennzeichnung als AUVA-Versicherungsfall,
- Krankenhausaufenthalte mit Art des Aufenthalts (Kuraufenthalt, Rehabilitation, „normale“ stationäre Aufnahme), Diagnose, Kostenträger und Kosten,
- Krankengeldbezüge mit Unterscheidung in Teilbezug oder Vollbezug und Leistungshöhe,
- medizinische Leistungen im niedergelassenen Bereich: Arztbesuche, Anzahl abgerechneter Positionen und Summe der Kosten für einen Arztbesuch,
- Heilmittelkonsum: Datum der Abgabe von Heilmitteln, ATC-Code (amtliche Arzneimittelklassifikation), Anzahl der abgegebenen Heilmittel und deren Kosten,
- „fit2work“-Fälle: Datum der Versendung eines Schreibens der Gebietskrankenkasse und allfällige darauf folgende Maßnahmeteilnahmen (z.B. Case-Management).

Diese gesundheitsbezogenen Daten der OÖGKK werden mit Informationen zu individuellen Merkmalen (wie Alter, Geschlecht, Familienstand, etc.), Erwerbsverläufen, Krankengeldbezügen, Maßnahmeteilnahmen und AMS-Kontakten der betrachteten Personen aus den Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und des AMS verknüpft. Um für alle Erwerbspersonen das Ausbildungsniveau abbilden zu können, wurde diese Information auf Basis der administrativen Daten und des Mikrozensus imputiert.⁸⁾ Ergänzend zu den AMS-Förderdaten, werden vom Sozialministerium zur Verfügung gestellte

⁷⁾ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

⁸⁾ Für nähere Details zum Imputationsverfahren siehe *Eppel – Horvath – Mahringer (2013)*.

Informationen zu Teilnahmen an Förderungen des Sozialministeriumsservice (SMS) herangezogen.

Auf dieser kombinierten Datengrundlage ist es möglich gesundheitliche Probleme in der Erwerbsbevölkerung adäquat abzubilden und hierbei insbesondere auch den Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und der Arbeitsmarktintegration der Betroffenen zu betrachten. Es kann empirisch untersucht werden, inwieweit gesundheitliche Problemlagen mit einer eingeschränkten Teilhabe am Erwerbsleben einhergehen. Darüber hinaus lassen sich mit der erweiterten Informationsbasis der Unterstützungsbedarf und der Einsatz von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen gezielter untersuchen als bisher.

Im Zuge der Erhebung zum Angebot von Maßnahmen für die Zielgruppe der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bei der LGS Oberösterreich wurde eine Liste zielgruppenspezifischer Angebote erstellt. Diese Liste wird genutzt, um bei den in den AMS-Daten erfassten Trägerförderungen zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Angeboten zu unterscheiden. Zusätzlich zu den anhand der Liste eindeutig identifizierbaren Maßnahmen werden auch all jene Förderungen als zielgruppenspezifisch kategorisiert, die das Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) oder Pro Mente als Projektträger haben oder in ihrer Projektbezeichnung einen klaren Hinweis auf eine Ausrichtung auf Personen mit physischen oder psychischen Beeinträchtigungen enthalten (konkret die Schlagworte „Gesundheit“, „körperlich“, „psychisch“, „Reha“, „Sucht“, „Alkohol“, „Drogen“, „beeinträchtigt“ oder „fit2work“). Auf Basis dieser Vorgehensweise wurden zielgruppenspezifische Projekte bei folgenden Maßnahmenarten identifiziert: Arbeitsstiftung (AST), arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE), Aktive Arbeitssuche (AA), Berufliche Orientierung (BO) und trägerbezogene, fachliche Qualifizierung (QUAL). Trainings gibt es zwar auch mit zielgruppenspezifischer Ausrichtung, diese werden aber aufgrund ihrer geringen Fallzahl in der Wirkungsanalyse nicht gesondert evaluiert. Geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt ist ebenfalls nicht Teil der näher betrachteten zielgruppenspezifischen Maßnahmen, da nur ein Bruchteil der Angebote eine spezifische, anhand der beschriebenen Vorgehensweise erkennbare Ausrichtung auf Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen aufweist.

3.2. Untersuchte Personengruppe

Grundgesamtheit der quantitativen Analysen sind die bereits mindestens ein Jahr durchgehend im Arbeitskräfteangebot befindlichen und in Oberösterreich versicherten 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen des Jahres 2012.

Aufgrund der pilothaften Zusammenführung von Informationen zu Erwerbsverläufen und Informationen zum Gesundheitszustand für Versicherte der OÖGKK, ist die vorliegende Studie auf Oberösterreich bezogen. Ausgangspunkt der Betrachtung sind alle in Oberösterreich (bei der OÖGKK) versicherten 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen (unselbständig Beschäftigte

und Arbeitslose) des Jahres 2012⁹⁾, die bereits mindestens ein Jahr durchgehend (in jedem Quartal) im Arbeitskräfteangebot und in Oberösterreich versichert waren¹⁰⁾.

Die Zugehörigkeit zu dieser Grundgesamtheit wird anhand von vier Quartalbeginn-Stichtagen des Jahres 2012 überprüft (1.1., 1.4., 1.7. und 1.10.). Auf Basis dieser vier Stichtage wird ein Jahresdurchschnitt gebildet. Im gesamten Bericht werden bei Auswertungen solche Jahresdurchschnittswerte ausgewiesen. Diese Vorgehensweise wird gewählt, da es für eine eindeutige Zuschreibung einer gesundheitlichen Einschränkung einen Stichtag braucht, ab dem die Krankheitsgeschichte gemessen wird. Statt einem einzigen Stichtag werden die vier Quartalsstichtage herangezogen, um die gesamte Spanne des Jahres 2012 abzudecken.

Die Grundgesamtheit wird auf jene Personen eingeschränkt, die bereits mindestens ein Jahr durchgehend im Arbeitskräfteangebot und in Oberösterreich (bei der OÖGKK) versichert waren, da nur für diese Gruppe etwaige gesundheitliche Problemlagen in den OÖGKK-Daten erfasst sind.

Um für jede Person und jeden Tag einen eindeutigen Erwerbszustand zu bestimmen, werden Erwerbspositionen entsprechend einer spezifischen Hierarchie priorisiert (siehe dazu Übersicht 25 im Anhang).

Von insgesamt 539.246 untersuchten Erwerbspersonen waren 7,1% in einem weiteren Sinn arbeitslos, 1,6% langzeitbeschäftigungslos und 3,1% arbeitsmarktfremd.

Im Jahresdurchschnitt 2012 gab es gemäß der gewählten Abgrenzung 539.246 15- bis 64-jährige Erwerbspersonen in Oberösterreich, die bereits mindestens ein Jahr durchgehend im Arbeitskräfteangebot und in Oberösterreich versichert waren.¹¹⁾ Davon waren 92,2% in einer ungeforderten unselbständigen Beschäftigung, 0,8% in einer geforderten unselbständigen Beschäftigung am 1. oder 2. Arbeitsmarkt und 7,1% arbeitslos nach einer breiten Definition, die nicht nur geschäftsfallbegründende Vormerkstatus umfasst (vgl. Übersicht 1).

⁹⁾ Zu den Erwerbspersonen in Oberösterreich werden alle Personen gezählt, die bei einem in Oberösterreich ansässigen Betrieb beschäftigt waren (einschließlich freien Dienstverträgen, exklusive Werkverträgen) und/oder bei einer Regionalen Geschäftsstelle (RGS) des AMS in Oberösterreich als arbeitslos vorgemerkt waren (breit definiert: mit einem geschäftsfallbegründendem oder einem sonstigen Vormerkstatus).

¹⁰⁾ Eine Person gilt dann als in Oberösterreich versichert, wenn sie gemäß Sozialversicherungsdaten entweder im Zuge einer Beschäftigung, Arbeitslosigkeit oder sonstigen Arbeitsmarktposition selbst oder bei einer anderen angehörigen Person in Oberösterreich mitversichert war.

¹¹⁾ Nicht zur untersuchten Personengruppe zählen Personen, die nicht bei der OÖGKK, sondern bei einem anderen Versicherungsträger (z.B. der KFA) versichert waren.

Übersicht 1: Grundgesamtheit nach Erwerbsstatus

	Anzahl an Personen	In % von Gesamt
Ungeförderte unselbständige Beschäftigung	497.018	92,2
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	2.974	0,6
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	1.096	0,2
Registrierte Arbeitslosigkeit	22.768	4,2
Schulung	7.900	1,5
Lehrstellensuche	305	0,1
Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus	7.186	1,3
Gesamt	539.246	100,0

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus: alle außer AL, SC, LS, AG, SF und SR.

Wie aus Übersicht 2 ersichtlich ist, waren 1,6% der Personen aus der untersuchten Grundgesamtheit langzeitbeschäftigungslos in dem Sinn, dass sie zum Stichtag bereits eine (Brutto-)Geschäftsfalldauer von über 365 Tagen aufwiesen. 3,1% befanden sich in einer arbeitsmarktfernen Position: Sie waren im Jahr vor dem Stichtag in Summe höchstens 62 Tage (nicht mehr als zwei Monate) in Standardbeschäftigung (ungeförderte unselbständige Beschäftigung oder geförderte unselbständige Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt) und mindestens 120 Tage (vier Monate) arbeitslos (mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus).

Übersicht 2: Grundgesamtheit nach Langzeitbeschäftigungslosigkeit und Arbeitsmarktferne

	Anzahl an Personen	In %
Nach Langzeitbeschäftigungslosigkeit		
Langzeitbeschäftigungslos	8.447	1,6
Nicht langzeitbeschäftigungslos	530.799	98,4
Nach Arbeitsmarktferne		
Arbeitsmarktfern	16.808	3,1
Nicht arbeitsmarktfern	522.438	96,9
Gesamt	539.246	100,0

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Langzeitbeschäftigungslos: (am Stichtag) bereits länger als 365 Tage arbeitslos (gemessen an der Brutto-Geschäftsfalldauer). Arbeitsmarktfern: im letzten Jahr vor dem Stichtag in Summe maximal 62 Tage in Standardbeschäftigung und mindestens 120 Tage arbeitslos mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus.

4. Identifikation und Quantifizierung der Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Neben der bisherigen, befragungsbasierten Evidenz, dient eine Analyse der Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen als Grundlage für die Abgrenzung der gesundheitlich eingeschränkten Erwerbspersonen in Oberösterreich.

Die soeben beschriebenen administrativen Daten des Arbeitsmarktservice und der Sozialversicherungsträger stellen eine zweckdienliche und vielversprechende Grundlage für die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitsmarktintegration dar. Die große Zahl an Beobachtungen – es handelt sich in diesem Fall um eine Vollerhebung der OÖGKK Versicherten – und ein langer Betrachtungszeitraum von bis zu zehn Jahren (2005 bis 2014) ermöglichen vertiefende Analysen mit einem hohen Detaillierungsgrad. Der administrative Charakter der Erhebungen gewährt eine sehr hohe Genauigkeit und Datenqualität, darüber hinaus haben die Informationen einen objektiven Charakter. Für die Untersuchung und Evaluierung von arbeitsmarktpolitischen Interventionen ist es vor allem von Bedeutung, dass diese Datenquelle die Anforderung erfüllt, gleichzeitig Informationen zum Erwerbsverlauf, zur Gesundheit und zu den eingesetzten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu beinhalten.

In Bezug auf die Bestimmung der quantitativen Bedeutung gesundheitlicher Einschränkungen unter den Erwerbspersonen werfen die Daten aber auch Schwierigkeiten auf. Die von der OÖGKK zur Verfügung gestellten Informationen sind sehr umfangreich und detailliert, haben jedoch vorwiegend einen quantitativen Charakter (z. B. Zahl der Arztbesuche und der erworbenen Heilmittelpackungen) und erschließen sich nicht unmittelbar einer qualitativen Interpretation. Die Bestimmung und Abgrenzung von gesundheitlichen Problemen in Hinblick auf ihre Relevanz für die Erwerbssituation und Arbeitsmarktintegration der Betroffenen stellt deshalb eine Herausforderung dar und verlangt ein heuristisches Verfahren, bei dem die aus den Befragungen abgeleiteten Größenordnungen als Ankerwerte genutzt werden.

Im folgenden Abschnitt 4.1. wird auf Basis der Daten der OÖGKK die Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen dargestellt. Diese Darstellung dient – neben der bisherigen, umfragebasierten Evidenz – als Grundlage, um den Kreis der gesundheitlich eingeschränkten Erwerbspersonen abzugrenzen, zu quantifizieren und hinsichtlich Arbeitsmarktpositionierung und persönlicher Merkmale zu beschreiben.

4.1. Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen

Hauptfokus sind Krankenstände, Krankenhausaufenthalte, ärztliche Leistungen und Heilmittelkonsum im vergangenen Jahr.

Aus den Informationen der Gebietskrankenkasse zu Krankenständen und -behandlungen werden die folgenden fünf Hauptindikatoren gebildet, um die Verbreitung gesundheitlicher Problemlagen darzustellen:

- die kumulierte Krankenstandsdauer,
- die kumulierte Dauer von Krankenhausaufenthalten,
- die Anzahl der erhaltenen ärztlichen Leistungen (Arztbesuche),
- die Anzahl von Heilmitteln (Packungen).

Als zusätzliche Indikatoren fließen ein:

- die kumulierte Krankengeldbezugsdauer,
- die Kosten für ambulante Krankenhausaufenthalte und
- die Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte.

Erfasst werden dabei nur medizinische Leistungen, die auch über die OÖGKK abgerechnet wurden. Neben Krankenstands-, Krankenhausaufenthalts- und Krankengeldbezugsdauern wurde auch die Zahl der Fälle an Krankenständen, Krankenhausaufenthalten und Krankengeldbezügen mit in Betracht gezogen. Auswertungen auf Basis von Fallzahlen führen jedoch zu äquivalenten Ergebnissen wie Auswertungen auf Basis der Dauerindikatoren.

Die Darstellung gesundheitlicher Problemlagen der Erwerbspersonen erfolgt anhand von drei Referenzzeiträumen:

1. dem Einjahreszeitraum vor dem jeweiligen Quartalsstichtag („Vorjahr“)
2. dem durch die beiden Kalenderjahre 2011 und 2012 gegebenen Zweijahreszeitraum
3. dem Fünfjahreszeitraum von 2008 bis 2012.¹²⁾

Bei Krankenständen und Krankenhausaufenthalten wird zwischen Diagnosegruppen differenziert, entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD).

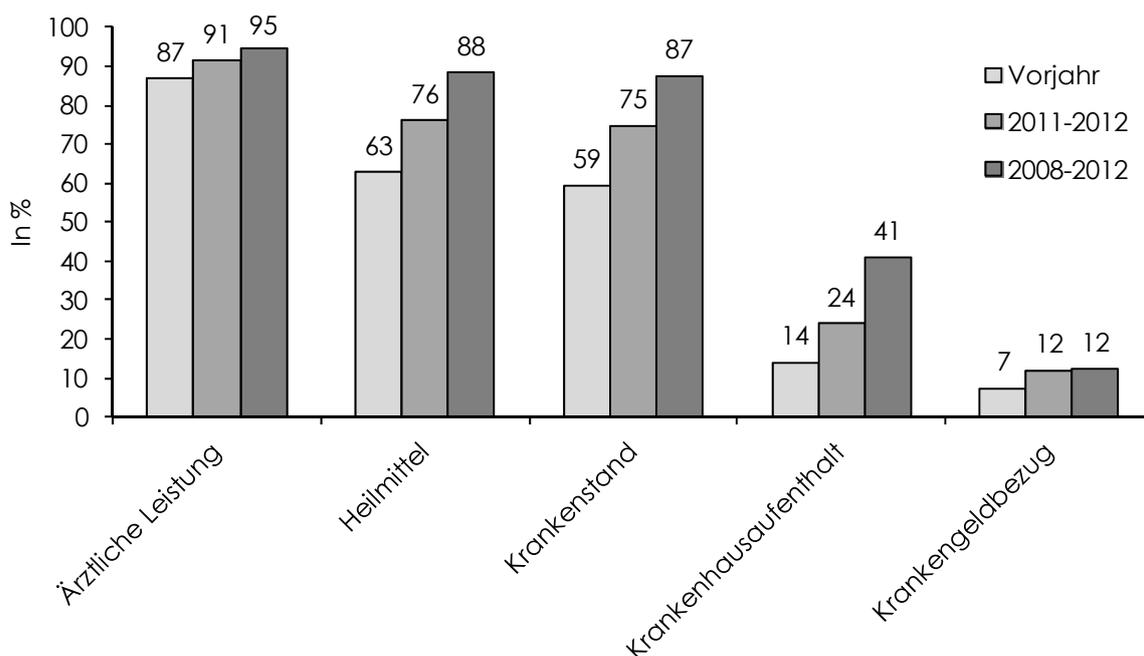
Die große Mehrheit der Erwerbspersonen war im vergangenen Jahr beim Arzt. Knapp zwei Drittel erhielten mindestens ein Heilmittel. 60% waren zumindest einen Tag im Krankenstand, 15% im Krankenhaus. 7% bezogen Krankengeld.

Je länger der Betrachtungszeitraum, desto höher ist erwartungsgemäß der Anteil der Erwerbspersonen mit einer gesundheitlichen Problemlage:

¹²⁾ Die untersuchte Personengruppe wird für die Analyse gesundheitlicher Problemlagen im Zwei- bzw. Fünfjahreszeitraum nicht zusätzlich auf diejenigen eingeschränkt, die in diesen erweiterten Zeitperioden durchgehend in Oberösterreich versichert waren.

- Im Vorjahr nahmen 87% der Erwerbspersonen mindestens einmal eine ärztliche Leistung in Anspruch. Im Zweijahreszeitraum waren es 91%, im Fünfjahreszeitraum 95%.
- Knapp zwei Drittel (63%) erhielten mindestens ein Heilmittel im vergangenen Jahr, drei Viertel (76%) in den Jahren 2011 und 2012, 88% im Fünfjahreszeitraum von 2008 bis 2012.
- 59% waren im Vorjahr mindestens einen Tag im Krankenstand, 75% im Zweijahreszeitraum, 87% im Fünfjahreszeitraum.
- Deutlich seltener sind Personen von einem Krankenhausaufenthalt betroffen: Im Vorjahr verbrachten 14% der Erwerbspersonen mindestens einen Tag im Krankenhaus; im Zweijahreszeitraum waren es 24%, in der Zeitspanne von fünf Jahren 41%.
- Am Krankengeldbezug gemessen, sind gesundheitliche Problemlagen am geringsten verbreitet: Im Vorjahr bezogen 7%, in den Jahren 2011 und 2012 und im Zeitraum von 2008 bis 2012 jeweils 12% an mindestens einem Tag Krankengeld (vgl. Übersicht 3; für Werte absolut und in % nach Geschlecht siehe Übersicht 26 im Anhang).

Übersicht 3: Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Referenzzeitraum (in %)



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Personen mit mind. 1 Tag Krankenstand, mind. 1 Tag Krankenhausaufenthalt, mind. 1 Tag Krankengeldbezug, mind. 1 erhaltenes ärztliches Leistung bzw. mind. 1 erhaltenem Heilmittel.

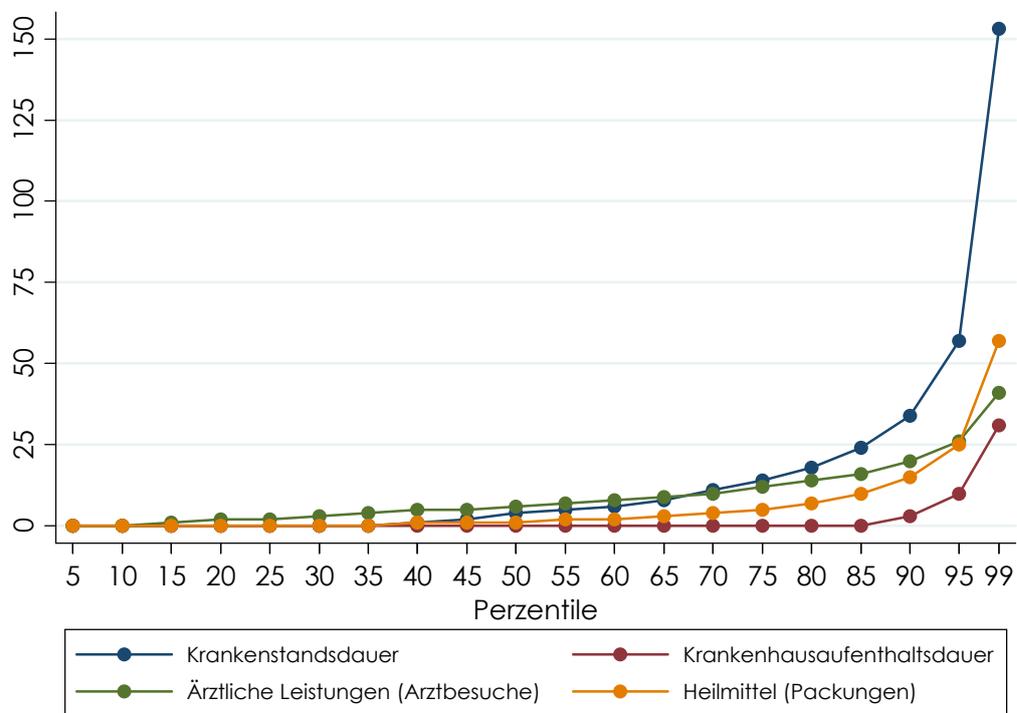
Frauen nahmen im Vorjahr häufiger als Männer eine ärztliche Leistung in Anspruch (90% gegenüber 85%) und erhielten zu einem größeren Prozentsatz mindestens ein Heilmittel (69% gegenüber 59%). Umgekehrt waren sie seltener im Krankenstand (58% im Vergleich zu 62%). Bei Krankenhausaufenthalten und Krankengeldbezügen sind sich die beiden Geschlechter sehr ähnlich (vgl. Abbildung 37 und Übersicht 26 im Anhang).

Gesundheitliche Problemlagen sind in hohem Maße auf eine vergleichsweise kleine Personengruppe konzentriert. Ein relativ großer Teil entfällt tendenziell auf die 25% am stärksten betroffenen Erwerbspersonen.

Abbildung 7 veranschaulicht eine hohe Konzentration gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen. Abgebildet sind die Perzentile der Verteilung der vier Hauptindikatoren. Bei drei der vier Indikatoren – kumulierter Krankenstandsdauer, ärztlichen Leistungen und Heilmitteln – steigen die Werte tendenziell ab dem 75%-Perzentil überproportional an. Bei der Krankenhausaufenthaltsdauer ist dies beim 85%-Perzentil der Fall. Das bedeutet, dass ein großer Teil des Volumens an Krankenstandstagen, der Summe an erhaltenen ärztlichen Leistungen sowie Heilmittel jeweils auf die 25% am stärksten betroffenen Erwerbspersonen entfällt. Krankenstandsdauern, Krankenhausaufenthaltsdauern, die Zahl ärztlicher Leistungen und bezogener Heilmittel steigen im obersten Quartil der Verteilung markant an. Im Detail lässt sich beispielsweise feststellen:

- Ca. 40% der betrachteten Erwerbspersonen waren im Vorjahr gar nicht im Krankenstand. 60% waren im Vorjahr mindestens einen Tag im Krankenstand. Die Hälfte war mehr als 4 Tage, ein Viertel (25%) war mehr als 14 Tage, 10% waren mehr als 34 Tage, 5% mehr als 57 Tage und 1% mehr als 153 Tage im Krankenstand. Das arithmetische Mittel lag bei 13 Krankenstandstagen.
- Aufgrund psychischer Erkrankungen oder einer Erkrankung des Nervensystems waren 5% der betrachteten Erwerbspersonen mindestens einen Tag im Krankenstand. In dieser relativ kleinen Gruppe Betroffener waren aber Personen zum Teil in starkem Ausmaß betroffen: 1% waren im letzten Jahr mehr als 47 Tage mit dieser Diagnose im Krankenstand. Das arithmetische Mittel belief sich auf 2 Tage.
- 15% verbrachten mindestens einen Tag im Krankenhaus, 10% mehr als drei Tage, 5% mehr als 10 Tage und 1% über 31 Tage. Das arithmetische Mittel betrug 2 Krankenhaustage (vgl. Abbildung 7 und Übersicht 4).

Abbildung 7: Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und Heilmittelkonsum im Vorjahr



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 4: Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, Arztbesuchen und Heilmittelkonsum in einem Einjahreszeitraum unter den Erwerbspersonen des Jahres 2012

Indikator	Arithmetisches Mittel	Perzentile					
		25%	50% (Median)	75%	90%	95%	99%
Kum. Krankenstandsdauer in Tagen	13	0	4	14	34	57	153
Davon psychische Erkrankungen; Nervensystem	2	0	0	0	0	1	47
Kum. Krankenhausaufenthaltsdauer in Tagen	2	0	0	0	3	10	31
Anzahl der Arztbesuche	9	2	6	12	20	26	41
Anzahl der Heilmittel	6	0	1	5	15	25	57

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Im Anhang ist die Verteilung von Krankenstandstagen, Krankenhausaufenthaltstagen, im niedergelassenen Bereich erhaltenen medizinischen Leistungen, konsumierten Heilmitteln, Krankengeldbezugstagen, sowie Kosten für ärztliche Leistungen bzw. Heilmittel für alle drei

Referenzzeiträume (Vorjahr, 2011/2012 und 2008-2012) dargestellt. Sie sieht ähnlich aus, wenn nicht nur das Vorjahr, sondern ein längerer Zeitraum betrachtet wird (vgl. Übersichten 27 bis 34).

Die häufigsten Krankenstandsdiagnosen sind Erkrankungen des Atmungssystems, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes, infektiöse und parasitäre Krankheiten, sowie Verletzungen, Vergiftungen, etc. Immerhin über 5% der Erwerbspersonen waren aufgrund einer Erkrankung der Psyche oder des Nervensystems im Krankenstand.

Übersicht 5 gibt einen Überblick über die Häufigkeit von Krankenstandsdiagnosen im Vorjahr. Die vier mit Abstand häufigsten sind (1) Erkrankungen des Atmungssystems, von denen etwa jede dritte Erwerbsperson betroffen war (32,1%), (2) Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes (16,3%), (3) infektiöse und parasitäre Krankheiten (15,6%) und (4) Verletzungen, Vergiftungen, etc. (12,4%). Diese vier Arten von Erkrankungen sind bei beiden Geschlechtern am häufigsten. Frauen waren seltener als Männer aufgrund einer Muskel-Skelett-Erkrankung (14,2% gegenüber 17,8%) bzw. Verletzung oder Vergiftung (8,2% gegenüber 15,7%) im Krankenstand. Dafür war von ihnen ein größerer Anteil unter anderem von psychischen und Verhaltensstörungen (4,2% gegenüber 2,4%), Erkrankungen des Nervensystems sowie des Urogenitalsystems betroffen. Insgesamt waren 3,2% der Erwerbspersonen mindestens einen Tag aufgrund einer psychischen oder Verhaltensstörung im Krankenstand, weitere 2,1% aufgrund einer Erkrankung des Nervensystems.

Ergänzend zum Anteil der von einer bestimmten Erkrankung Betroffenen, gibt Übersicht 5 Auskunft über den Anteil der einzelnen Diagnosen am gesamten Krankenstandsvolumen. An diesem Indikator gemessen, haben Muskel-Skelett-Erkrankungen das höchste Gewicht. Auf sie entfällt rund ein Viertel (24,6%) aller Krankenstandstage. An zweiter bzw. dritter Stelle folgen Verletzungen, Vergiftungen, etc. (18,7%) und Erkrankungen des Atmungssystems (17,8%). Der viertgrößte Anteil entfällt mit 10,9% auf psychische oder Verhaltensstörungen. Das bedeutet, dass Personen, wenn sie einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung im Krankenstand sind, relativ lange im Krankenstand bleiben. Bei infektiösen und parasitären Krankheiten ist es umgekehrt: Relativ viele Personen sind betroffen; die Krankenstände sind aber relativ kurz.¹³⁾

Bei einem Anteil von insgesamt 60% mit mindestens einem Tag Krankenstand im Vorjahr, war ein Viertel der Erwerbspersonen (26,4%) von einer einzigen Art von Erkrankung betroffen. Für ein Drittel (33,9%) ist mehr als eine Diagnose erfasst. Konkreter noch waren 18% aufgrund von zwei unterschiedlichen Arten von Erkrankungen im Krankenstand, 9,2% wegen drei und 6,8% aufgrund von vier oder mehr.

¹³⁾ Für die Absolutzahlen siehe Übersicht 35.

Übersicht 5: Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jew. Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenstandstagen (in %)

	Anteil der Betroffenen			Anteil am Volumen
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Atmungssystem	32,1	32,1	32,2	17,8
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	16,3	14,2	17,8	24,6
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,6	15,5	15,7	6,0
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	12,4	8,2	15,7	18,7
Verdauungssystem	5,5	5,5	5,5	3,5
Sonstige Symptome und Befunde	5,5	6,1	5,0	3,5
Psychische und Verhaltensstörungen	3,2	4,2	2,4	10,9
Urogenitalsystem	2,6	4,7	1,1	2,9
Kreislaufsystem	2,5	2,6	2,4	4,3
Nervensystem	2,1	2,6	1,7	2,5
Haut und Unterhaut	1,5	1,3	1,7	1,9
Ohr und Warzenfortsatz	1,2	1,1	1,3	1,1
Auge und Augenanhangsgebilde	1,2	1,1	1,2	0,9
Sonstige	2,7	3,4	2,1	1,5

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. Sonstige: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel; Neubildungen; Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett; Angeborene Fehlbildungen; Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Blut, Immunsystem; Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode; Sonstige.

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Verletzungen oder Vergiftungen stellen nicht nur die häufigsten Gründe für Krankenstände, sondern auch für Krankenhausaufenthalte dar. Auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes entfielen sogar 40% des gesamten Volumens an Krankenaufenthaltstagen im Vorjahr. Demgegenüber waren Erkrankungen des Atmungssystems, ebenso wie infektiöse und parasitäre Krankheiten, relativ selten für Krankenhausaufenthalte ausschlaggebend (vgl. Übersicht 6).¹⁴⁾

Übersicht 6: Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jew. Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenhausaufenthaltstagen (%)

	Anteil der Betroffenen			Anteil am Volumen
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4,3	4,3	4,2	40,0
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	2,3	1,5	2,9	9,9
Verdauungssystem	1,6	1,4	1,7	5,1
Kreislaufsystem	1,2	1,1	1,3	6,4
Urogenitalsystem	1,2	1,9	0,6	3,2
Psychische und Verhaltensstörungen	1,0	1,1	0,9	14,7
Sonstige	5,4	5,8	5,0	20,6

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

¹⁴⁾ Für Absolutzahlen siehe Übersicht 36, für Anteile nach Erwerbsstatus siehe Übersicht 37 im Anhang.

Arbeitslose sind von allen Arten von Erkrankungen wesentlich häufiger betroffen als ungeforderte Beschäftigte. Dies gilt vor allem auch für psychische Erkrankungen. Arbeitslose sind markant öfter im Krankenstand und im Krankenhaus. Sie erhalten häufiger und mehr ärztliche Leistungen und Heilmittel.

Im Einklang mit der bisherigen, umfragebasierten Evidenz, wird auf Basis der Sozialversicherungsdaten ein klarer Zusammenhang zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit sichtbar:

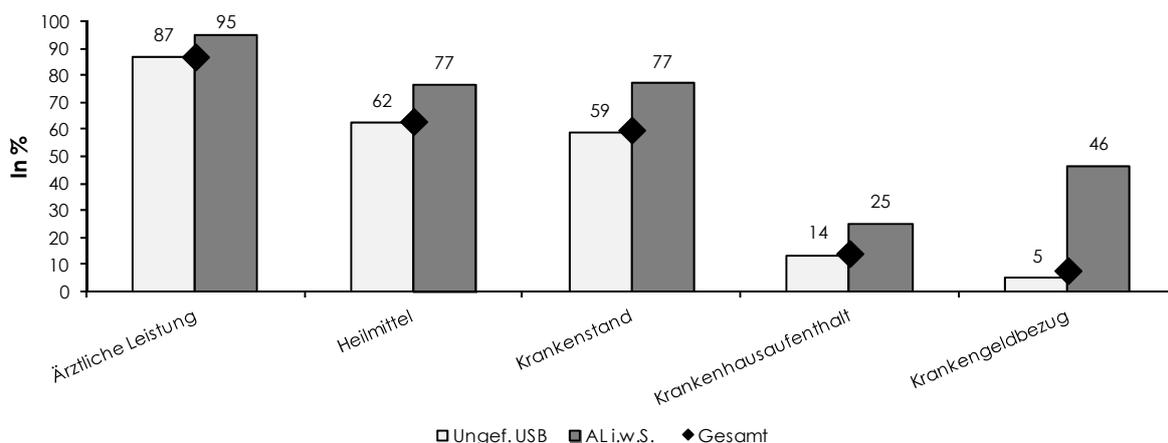
- Arbeitslose im weiteren Sinn (nicht nur geschäftsfallbegründender, sondern auch sonstiger Vormerkstatus¹⁵), sowie Personen in geförderter Beschäftigung am 1. oder 2. Arbeitsmarkt) waren unabhängig vom Indikator deutlich häufiger mit einer gesundheitlichen Problemlage konfrontiert als Personen in ungeforderter unselbständiger Beschäftigung. Von ihnen waren zum Beispiel 77% im Vorjahr mindestens einen Tag im Krankenstand, 25% hatten einen Krankenhausaufenthalt und 46% bezogen mindestens einen Tag Krankengeld. Unter den ungefordert unselbständig Beschäftigten waren „nur“ 59% im Krankenstand, 14% im Krankenhaus und 5% bezogen Krankengeld (vgl. Abbildung 8 und Übersicht 7).
- 76% der Langzeitbeschäftigungslosen (am Stichtag bereits länger als 365 Tage lang arbeitslos) waren im Vorjahr im Krankenstand, 19% im Krankenhaus; 94% erhielten eine ärztliche Leistung, 75% erhielten mindestens ein Heilmittel und 60% bezogen Krankengeld.¹⁶)
- Arbeitslose waren im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) im Einjahreszeitraum 35 Tage im Krankenstand (8 Tage aufgrund einer Erkrankung der Psyche oder Nervensystems) und 4 Tage im Krankenhaus. Sie waren 13-mal beim Arzt und erhielten 13 Packungen an Heilmitteln. Im Vergleich dazu waren die ungefordert unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 12 Tage im Krankenstand (1 Tag aufgrund einer Erkrankung der Psyche oder Nervensystems) und 2 Tage im Krankenhaus. Sie waren 8-mal beim Arzt und erhielten 5 Packungen an Heilmitteln (vgl. Übersicht 8).
- Arbeitslose waren von allen Arten von Erkrankungen (deutlich) häufiger betroffen als Personen in ungeforderter unselbständiger Beschäftigung (vgl. Abbildung 9). Zum Beispiel war der Anteil der im Vorjahr aufgrund einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes im Krankenstand Befindlichen doppelt so hoch (29,7% gegenüber 15,1%), der Anteil der psychisch Erkrankten sogar fünfmal so hoch (12,0% gegenüber 2,4%) (vgl. Abbildung 9).
- Innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen im weiteren Sinn gibt es wiederum ausgeprägte Unterschiede in der Prävalenz unterschiedlicher Arten von Erkrankungen. Personen in

¹⁵) Beim AMS werden Episoden der Status „AL“ („arbeitslos“), „AG“ („Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“), „LS“ („lehrstellensuchend“), „SC“ („in Schulung“), „SF“ („BezieherInnen eines Fachkräftestipendiums“) und „SR“ („Schulung Reha mit Umschulungsgeld“) mit Unterbrechungen von maximal 62 Tagen zu einem Geschäftsfall zusammengefasst.

¹⁶) Diese Zahlen sind in keiner Übersicht dargestellt.

geförderter Beschäftigung, darunter insbesondere die am 2. Arbeitsmarkt Geförderten, weisen (bei unterschiedlichen Arten von Erkrankungen) besonders hohe Betroffenheitsraten auf, d.h. in dieser Gruppe waren besonders viele im Einjahreszeitraum mindestens einmal im Krankenstand. Gleichzeitig weisen registrierte Arbeitslose im Durchschnitt eine höhere Zahl an Krankenstandstagen auf, waren also wenn, dann tendenziell in stärkerem Ausmaß von gesundheitlichen Problemlagen betroffen (vgl. Übersicht 7 und Übersicht 9).

Abbildung 8: Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus (in %)



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Personen mit mind. 1 Tag Krankenstand, mind. 1 Tag Krankenhausaufenthalt, mind. 1 Tag Krankengeldbezug, mind. 1 erhaltener ärztlichen Leistung bzw. mind. 1 erhaltenem Heilmittel.

Übersicht 7: Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus

	Krankenstand	Krankenhausaufenthalt	Ärztliche Leistung	Heilmittel	Krankengeldbezug
<i>Anzahl der Personen</i>					
Ungeförderte USB	292.209	67.683	430.704	309.474	24.860
AL i.w.S.	32.484	10.673	39.929	32.342	19.613
Davon AL	23.052	8.141	28.570	23.456	14.455
Davon SC	6.110	1.473	7.510	5.775	4.029
Davon gef. USB am 1. AM	2.394	845	2.805	2.280	651
Davon gef. USB am 2. AM	928	215	1.044	832	478
Gesamt	324.692	78.356	470.632	341.816	44.473
<i>In %</i>					
Ungeförderte USB	58,8	13,6	86,7	62,3	5,0
AL i.w.S.	76,9	25,3	94,6	76,6	46,4
Davon AL	76,2	26,9	94,4	77,5	47,8
Davon SC	77,3	18,6	95,1	73,1	51,0
Davon gef. USB am 1. AM	80,5	28,4	94,3	76,6	21,9
Davon gef. USB am 2. AM	84,7	19,6	95,3	75,9	43,6
Gesamt	60,2	14,5	87,3	63,4	8,2

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Personen mit mind. 1 Tag Krankenstand, mind. 1 Tag Krankenhausaufenthalt, mind. 1 Tag Krankengeldbezug, mind. 1 erhaltener ärztlichen Leistung bzw. mind. 1 erhaltenem Heilmittel.

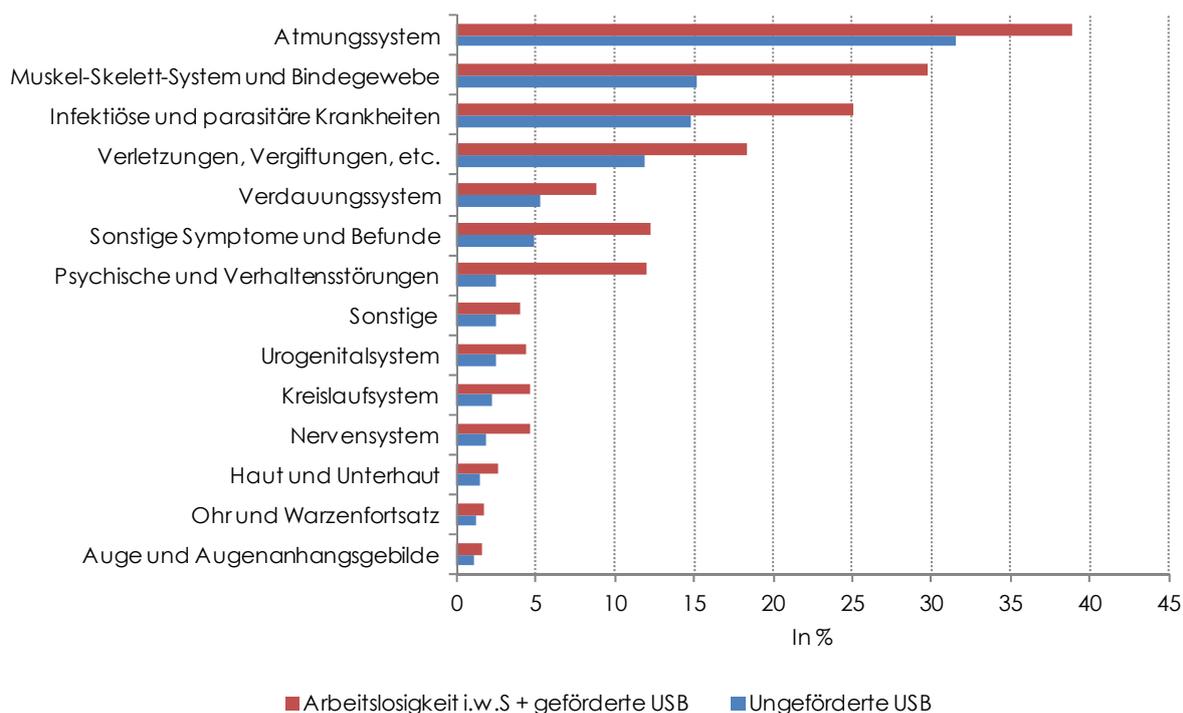
Übersicht 8: Durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und konsumierten Heilmitteln im Vorjahr nach Erwerbsstatus

Arithm. Mittel

	Ungef. USB	AL i.w.S.	Davon AL	Davon gef. USB am 1. AM	Davon gef. USB am 2. AM	davon SC	Gesamt
Kum. Krankenstandsdauer in Tagen	12	35	39	29	25	22	13
davon psychische Erkrankungen; Nervensystem	1	8	10	4	3	5	2
Kum. Krankenhausaufenthaltsdauer in Tagen	2	4	4	4	2	2	2
Anzahl der Arztbesuche	8	13	14	13	12	11	9
Anzahl der Heilmittel	5	13	14	14	11	9	6

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Abbildung 9 Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 9: Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus (in %)

	Gesamt	Ungef. USB	Gef. USB 1. AM	Gef. USB 2. AM	AL	SC
Atmungssystem	32,1	31,5	43,6	51,6	35,4	49,0
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	16,3	15,1	28,1	35,0	31,6	22,3
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,6	14,8	25,1	33,1	22,5	33,5
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	12,4	11,9	22,0	23,6	18,2	16,6
Verdauungssystem	5,5	5,2	9,0	12,2	8,1	10,7
Sonstige Symptome und Befunde	5,5	4,9	12,2	17,0	11,2	15,2
Psychische und Verhaltensstörungen	3,2	2,4	6,9	8,2	13,1	10,2
Urogenitalsystem	2,6	2,5	4,1	5,1	4,1	5,8
Kreislaufsystem	2,5	2,3	5,2	5,5	4,5	4,7
Nervensystem	2,1	1,9	5,1	5,4	4,3	5,8
Haut und Unterhaut	1,5	1,4	2,8	4,0	2,6	2,6
Ohr und Warzenfortsatz	1,2	1,2	2,2	2,1	1,6	1,9
Auge und Augenanhangsgebilde	1,2	1,1	1,9	1,9	1,5	1,7
Sonstige	2,7	2,5	6,4	3,4	4,0	3,2

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – AL: alle Vormerkstatus der Arbeitslosigkeit mit Ausnahme von Schulung (SC).

4.2. Zuschreibung eines Indikators für gesundheitliche Belastung

Um mögliche arbeitsmarktrelevante gesundheitliche Belastungen für alle Arbeitskräfte abschätzen zu können, wird auf Basis administrativer Einzeldaten der OÖGKK zu Krankenständen und medizinischen Behandlungen eine Schätzung gesundheitlicher Belastung vorgenommen. Diese administrativen Gesundheitsdaten werden mit der AMS-Kodierung gesundheitlicher Einschränkungen in Bezug gesetzt.

Gesundheitliche Belastungen werden von Arbeitskräften einerseits subjektiv empfunden und sind andererseits auch mit z.T. messbaren Einschränkungen im Alltag oder der Arbeitsfähigkeit (d.h. der Bewältigung der an einem Arbeitsplatz gestellten Aufgaben) verbunden. Für die Gesamtheit der im Arbeitsangebot beobachtbaren Personen stehen jedoch weder subjektive Einschätzungen des Gesundheitszustandes noch Ergebnisse von Untersuchungen zur Arbeitsbewältigung zur Verfügung.

Angaben zum Gesundheitszustand sind über die Kodierung gesundheitlicher Beeinträchtigungen oder Behinderungen seitens des AMS – und damit für Arbeitslose – verfügbar. Diese beinhalten jedoch lediglich die Information, ob zum betrachteten Zeitpunkt eine Beeinträchtigung vorliegt, die üblicherweise mit ärztlichen Attesten nachzuweisen ist. In der Praxis besteht bei der Kodierung dieser Information ein Einschätzungsspielraum, und

BeraterInnen bzw. Geschäftsstellen des AMS verfahren dabei nicht völlig gleichartig (vgl. Abschnitt 7.2).

Informationen zu Krankenständen, ambulanten oder stationären Behandlungen sowie dem Heilmittelkonsum sind zwar vermutlich mit gesundheitlichen Belastungen korreliert, liefern aber keine unmittelbare Information zu subjektiv von den Betroffenen empfundenen Einschränkungen oder Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz bzw. in der Vermittelbarkeit.

Um aus den verfügbaren Daten eine adäquate Abschätzung möglicher gesundheitlicher Belastungen abzuleiten, werden folgende Informationen miteinander in Bezug gesetzt:

1. Befragungsdaten geben Auskunft über die Prävalenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Bevölkerung bzw. bestimmten Teilen davon (vgl. Kapitel 2). Diese dienen als Anhaltspunkt für die quantitative Bedeutung gesundheitlicher Einschränkungen in der erwerbsfähigen Bevölkerung:
 - Demnach beurteilen 5% bis 7% der Personen im erwerbsfähigen Alter ihren Gesundheitszustand dezidiert als schlecht. In einer ähnlichen Größenordnung bewegt sich auch der Anteil derjenigen, die unter einer funktionalen Einschränkung in ihrem Alltagsleben leiden.
 - Arbeitslosigkeit geht eindeutig mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher: Ein Fünftel der Arbeitssuchenden bewertet den eigenen Gesundheitszustand eindeutig negativ, ein Sechstel weist mindestens eine funktionale Einschränkung im Alltag auf.
 - Gesundheitliche Beeinträchtigungen nehmen zudem mit höherem Alter deutlich zu. Die Kombination aus Alter und Arbeitslosigkeit stellt demnach einen besonders hohen Risikofaktor für gesundheitlich bedingte Integrationschwierigkeiten am Arbeitsmarkt dar.
2. Durch das AMS festgestellte gesundheitliche Beeinträchtigungen werden zu den Krankenstands- und Behandlungsinformationen der Gebietskrankenkasse in Bezug gesetzt: Konkret wird in einem Regressionsmodell festgestellt, ob und wie stark das Krankenstands- und Behandlungsgeschehen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen bei vorgemerkten Arbeitslosen hinweist.
3. Auf Basis dieses Regressionsmodells wird für jede Person im Arbeitskräfteangebot die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung prognostiziert. Diese Schätzungen werden anhand bestimmter Schwellenwerte dann in eine dichotome Variable übergeführt, die einen Personenkreis mit wahrscheinlich höherer gesundheitlicher Belastung abgrenzt.

Für diesen Personenkreis kann dann überprüft werden, ob er ähnlich groß und ähnlich strukturiert ist, wie dies aus den zuvor (in Punkt 1 der Aufzählung) angeführten Werten für die Prävalenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu erwarten ist. Damit kann beispielsweise auch gezeigt werden, inwieweit Arbeitslose tatsächlich stärker gesundheitlich belastet sind als Beschäftigte. Zudem kann ein Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Belastung und bestimmten Krankheitsdiagnosen hergestellt werden, die

sowohl für Krankenstände, als auch für Behandlungen in den OÖGKK-Daten angegeben sind.

Wenige Fälle zeichnen für einen überproportionalen Anteil an den Krankenstandstagen bzw. Behandlungen verantwortlich. Das erleichtert die Bildung von Indikatoren für das Vorliegen gesundheitlicher Belastungen.

Die Krankenstandstage konzentrieren sich ebenso auf eine vergleichsweise kleine Personengruppe wie die Anzahl von stationären oder ambulanten Behandlungen, der Konsum von Heilmitteln oder die damit verbundenen Kosten. Wie Abbildung 7 in Abschnitt 4.1 zeigt, sind die Verteilungen dieser Variablen rechtssteil; Krankenstandsdauern, Dauern der Krankenhausaufenthalte, die Zahl ärztlicher Leistungen und bezogener Heilmittel steigen im obersten Quartil der Verteilung markant an. Das bedeutet zugleich, dass ein großer Teil der beobachteten Personen im Arbeitskräfteangebot wenig oder keine Behandlungen bzw. Krankenstände aufweist.

Um dieser ungleichmäßigen Verteilung Rechnung zu tragen, werden Variablen konstruiert, die auf das Vorliegen langer Krankenstände bzw. vieler oder lang dauernder medizinischer Behandlungen hinweisen. Die Variablen werden jeweils für das letzte Jahr vor der Beobachtung einer Person im Arbeitskräfteangebot gebildet. Für das betrachtete Jahr 2012 erfolgt diese Berechnung für 4 Quartalsstichtage.

Konkret werden folgende Variablen konstruiert:

- **Lange Krankenstände:** 1 wird kodiert, wenn die kumulierte Krankenstandsdauer mindestens der Quartilsgrenze zwischen 3. und 4. Quartil (also dem 75% Perzentilstrennwert) entspricht: Abgegrenzt werden also jene 25% des beobachteten Arbeitskräfteangebots, welche die in Summe längsten Krankenstände aufweisen. Bei weniger Krankenstandstagen nimmt die Variable den Wert 0 an.
- **Lange Krankenhausaufenthalte:** Ebenso wird bei der Kodierung der Variable zu langen stationären Behandlungen vorgegangen. Auch hier wird das obere Quartil der Verteilung der kumulierten Dauer stationärer Behandlungen im Jahr vor dem jeweiligen Stichtag abgegrenzt.
- **Häufige Arztbesuche:** Die Variable identifiziert jene 25% der Personen im Arbeitskräfteangebot mit den meisten Arztbesuchen im Jahr vor einem betrachteten Stichtag im Jahr 2012.
- **Hohe Zahl an beanspruchten Heilmitteln:** Die Variable kennzeichnet jene 25% der Personen im Arbeitskräfteangebot mit dem höchsten Heilmittelkonsum im Jahr vor einem betrachteten Stichtag im Jahr 2012.
- **Höhe der Kosten für ambulante medizinische Behandlungen:** Die Variable kennzeichnet jene 25% der Personen im Arbeitskräfteangebot, die der Gebietskrankenkasse die höchsten Kosten für ambulante medizinische Behandlungen verursacht haben.

- Höhe der Kosten für Heilmittel: Die Variable kennzeichnet jene 25% der Personen im Arbeitskräfteangebot, die der Gebietskrankenkasse die höchsten Kosten für Heilmittel verursacht haben.

Diese Variablen bilden die wesentlichen verfügbaren Informationen zum Krankenstands- und Behandlungsgeschehen insgesamt ab. Um diese Daten noch mit Angaben zu den zugrunde liegenden Diagnosen anzureichern, wurden Variablen gebildet, die zeigen, auf welche Diagnosegruppen die Krankenstände bzw. Behandlungen entfallen. Auch hier werden Schwellenwerte verwendet, um die quantitative Relevanz bestimmter Diagnosegruppen sicherzustellen.

Die Diagnosegruppen wurden entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) abgegrenzt sowie teilweise – v.a. wegen geringer Besetzungszahlen – zusammengefasst und umfassen Erkrankungen in folgenden Bereichen¹⁷⁾:

- infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD 1)
- Neubildungen (ICD 2)
- Blut, Immunsystem; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel (ICD 3 und 4)
- Psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem (ICD 5 und 6)
- Auge und Augenanhangsgebilde; Ohr und Warzenfortsatz (ICD 7 und 8)
- Kreislaufsystem (ICD 9)
- Atmungssystem (ICD 10)
- Verdauungssystem (ICD 11)
- Haut und Unterhaut (ICD 12)
- Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (ICD 13)
- Urogenitalsystem (ICD 14)
- Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode; angeborene Fehlbildungen (ICD 16 und 17)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (ICD 18)
- Verletzungen, Vergiftungen, etc. (ICD 19)
- Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität (ICD 20)

Für jede dieser Diagnosegruppen wird überprüft, ob innerhalb jedes Jahres vor dem betrachteten Stichtag im Jahr 2012:

1. zumindest eine Woche mit der jeweiligen Diagnosegruppe in Krankenstand verbracht wurde, oder
2. ein stationärer Aufenthalt registriert ist, oder
3. mindestens 7 Heilmittel beansprucht wurden.

¹⁷⁾ Die Diagnosegruppe „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (ICD 15) wird weggelassen, weil es sich nicht um eine Erkrankung handelt. Ebenso nicht berücksichtigt werden die quantitativ minimal besetzten Gruppen „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ (ICD 21) sowie „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ (ICD 22).

Trifft eines dieser Kriterien für eine Person zu, so wird die Variable für die jeweilige Diagnosegruppe auf 1 gesetzt (sonst 0), da ein gewisses Maß an Krankenstands- und Behandlungsgeschehen aus der betreffenden Diagnosegruppe beobachtet wurde.

Schätzung des Zusammenhangs zwischen Krankenstands- und Behandlungsgeschehen und festgestellter gesundheitlicher Beeinträchtigung Arbeitsloser

Gesundheitliche Beeinträchtigung ist signifikant mit Krankenstandsdauern, Behandlungshäufigkeiten und -kosten korreliert.

All diese Variablen werden – neben dem Alter und dem Geschlecht – zur Erklärung der vom AMS kodierten gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitslos vorgemerakter Personen verwendet. Der Zusammenhang zwischen diesen Indikatoren zum Krankenstands- und Behandlungsgeschehen mit festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch das AMS wird mittels eines Regressionsmodells (Probit Modell) ermittelt. Die zu erklärende Variable erfasst dabei eine zum Zeitpunkt des Stichtags vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Behinderung (nach dem Behinderteneinstellungsgesetz) zusammen.

In Übersicht 10 sind die Ergebnisse der Schätzung dargestellt, wobei nur jene Variablen in der Schätzung berücksichtigt sind, die einen signifikanten Erklärungswert für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung (laut AMS-Kodierung) leisten.

Der in der Tabelle ausgewiesene Wert für die jeweilige erklärende Variable beschreibt ihren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, mit der eine gesundheitliche Einschränkung (nach AMS-Kodierung) vorliegt. Liegt beispielsweise die Krankenstandsdauer einer Person im obersten Quartil der Verteilung innerhalb des Arbeitskräfteangebots, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine gesundheitliche Beeinträchtigung um rund 2,4 Prozentpunkte. Sämtliche der betrachteten Variablen zum Krankenstands- und Behandlungsgeschehen zeigen einen signifikant erhöhenden Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Zusätzlich zur gesamthaften Betrachtung des Krankenstands- und Behandlungsgeschehens wird auch der zusätzliche Einfluss bestimmter Diagnosen (zusammengefasst in Diagnosegruppen) ermittelt: Besonders „psychische Erkrankungen, Verhaltensstörungen, Nervenkrankungen“ ziehen (beim AMS kodierte) gesundheitliche Einschränkungen nach sich: Bestehen Hinweise auf eine psychische Störung oder Nervenerkrankung, so nimmt diese Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Beeinträchtigung (zusätzlich zum Einfluss anderer Merkmale) um 8,3 Prozentpunkte zu. Auch „angeborene Fehlbildungen und Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode¹⁸⁾“ (mit +5,1 Prozentpunkten) sowie Muskel- und Skeletterkrankungen (+3,2 Prozentpunkte) tragen vergleichsweise stark zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei.

¹⁸⁾ Zeitraum zwischen der abgeschlossenen 22. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt.

Die Diagnosegruppen psychische Erkrankungen, Fehlbildungen und Muskel- und Skeletterkrankungen wirken besonders einschränkend auf die Beschäftigungsfähigkeit Arbeitsloser.

Übersicht 10: Ergebnisse einer Probit-Schätzung für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung (laut AMS-Kodierung)

Erklärende Variablen	Marginale Effekte	Standardfehler	Durchschnitt der Variable im Sample der AMS-KundInnen
Jeweils im obersten Quartil der Verteilung des Arbeitskräfteangebot hinsichtlich ...			
Krankenstandsdauer (im Vorjahr)	0,0238 ***	(0,0029)	0,4528
Dauer stationärer Aufenthalte (im Vorjahr)	0,0045 ***	(0,0027)	0,2061
Anzahl ambulanter Behandlungen (im Vorjahr)	0,0184 ***	(0,0031)	0,3526
Anzahl beanspruchter Heilmittel (im Vorjahr)	0,0299 ***	(0,0040)	0,3545
Kosten für ambulante Behandlungen (im Vorjahr)	0,0128 ***	(0,0029)	0,3208
Kosten für Heilmittel (im Vorjahr)	0,0361 ***	(0,0040)	0,3504
Hinweis auf Erkrankungen in folgenden Bereichen ...			
Blut, Immunsystem; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel (ICD 3, 4)	0,0170 ***	(0,0072)	0,0174
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen; Nervensystem (ICD 5, 6)	0,0827 ***	(0,0033)	0,1685
Auge und Augenanhangsgebilde; Ohr und Warzenfortsatz (ICD 7, 8)	0,0176 ***	(0,0074)	0,0171
Atmungssystem (ICD 10)	0,0123 ***	(0,0026)	0,2303
Verdauungssystem (ICD 11)	0,0087 ***	(0,0051)	0,0395
Haut und Unterhaut (ICD 12)	0,0243 ***	(0,0069)	0,0215
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe (ICD 13)	0,0322 ***	(0,0029)	0,2141
Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode; angeborene Fehlbildungen (ICD 16, 17)	0,0509 **	(0,0232)	0,0021
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Sonstiges (ICD 19)	0,0088 ***	(0,0032)	0,1243
Alter	0,0228 ***	(0,0005)	36,5623
Alter zum Quadrat	-0,0002 ***	(0,0000)	
Frau	-0,0444 ***	(0,0020)	0,4438
Zahl der Beobachtungen	146.414		
Pseudo R ²	0,1782		
Log likelihood	-59699,53		

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** signifikant auf dem 1% Niveau, ** signifikant auf dem 5% Niveau. – Zur Berücksichtigung von Unterschieden zwischen Behinderten und gesundheitlich beeinträchtigten in Hinblick auf Krankenstandshäufigkeiten im Jahr vor dem Stichtag wurde zusätzlich ein Interaktionsterm für das Merkmal gesetzlicher Behindertenstatus in der Schätzung berücksichtigt.

Bildung eines Indikators für gesundheitliche Beeinträchtigung für Personen im oberösterreichischen Arbeitskräfteangebot

Diese zuvor beschriebene Schätzung wurde auf Basis der Gesamtheit der Personen durchgeführt, die zu den betrachteten vier Stichtagen des Jahres 2012 beim AMS gemeldet waren, da nur für diese aktuelle Informationen über gesundheitliche Beeinträchtigungen und Behinderungen – wie sie vom AMS kodiert werden – verfügbar sind. Der in der Schätzung festgestellte Zusammenhang dieses Merkmals mit dem Krankenstands- und Behandlungsgeschehen im Jahr bis zu den betrachteten Stichtagen wird nun genutzt, um für das gesamte im Analysedatensatz abgebildete (bei der OÖGKK versicherte) Arbeitskräfteangebot des Jahres 2012 einen Indikator für die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer gesundheitlichen Belastung zu ermitteln. Dies geschieht durch Einsetzen der jeweiligen erklärenden Variablen jeder Person in die Regressionsgleichung. Das bedeutet, dass für jede Person auf Basis der Informationen über Krankenstände, Behandlungen und Diagnosen eine Art Risikoindikator für gesundheitliche Belastung verfügbar ist.¹⁹⁾

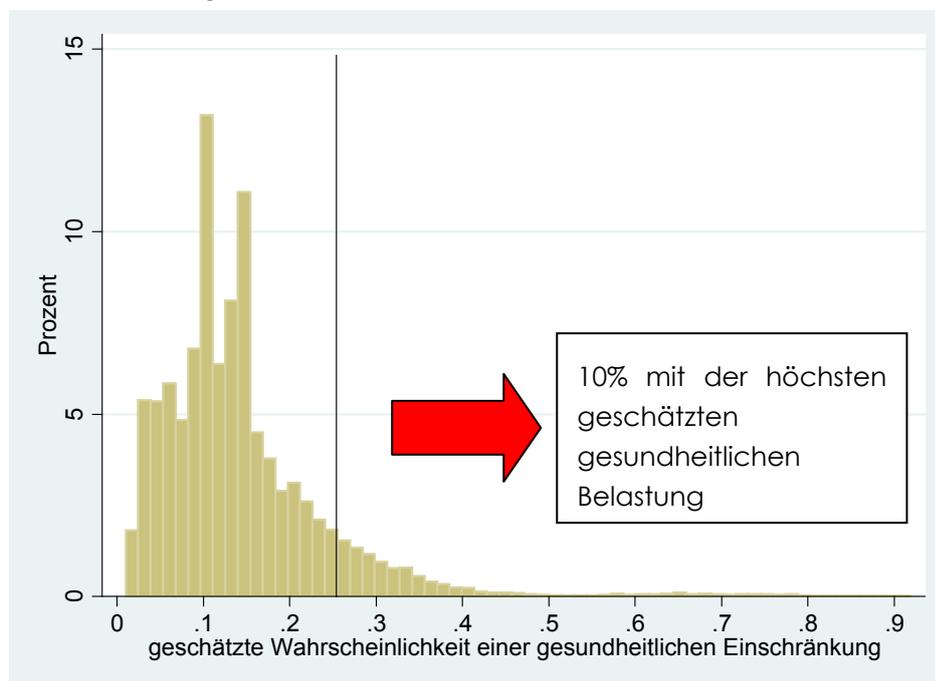
Dieser Indikator wird dazu benutzt, jene Teile des Arbeitskräfteangebots abzugrenzen, die mit größerer Wahrscheinlichkeit unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden. Die Verteilung dieses Indikators ist in Abbildung 10 dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass eine Häufung der zugeschätzten Wahrscheinlichkeitswerte im Bereich von 0% bis 15% besteht. Danach sinkt die Häufigkeit zunächst deutlich und danach weiter stetig.

Die Prävalenz deutlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen liegt gemäß umfragebasierter Evidenz in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bei rund 5 bis 7%. Um nahe diesem Wert zu bleiben, zugleich aber die Zahl der Beobachtungen gesundheitlich belasteter Personen für die nachfolgenden Wirkungsanalysen nicht zu sehr einzuschränken, wird jenen 10% des Arbeitskräfteangebots mit der höchsten Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Einschränkung (oberstes Dezil) das Merkmal „gesundheitlich belastet“ zugeschrieben.²⁰⁾ In anderen Worten, werden unter allen Erwerbspersonen die 10% mit der höchsten (geschätzten) gesundheitlichen Belastung ausgemacht.

¹⁹⁾ Mit dieser Vorgehensweise ist die Annahme verbunden, dass der für die beim AMS als arbeitslos vorgemerkten Personen festgestellte statistische Zusammenhang zwischen einer vom AMS kodierten gesundheitlichen Einschränkung und den Krankenstands- und Behandlungsinformationen der OÖGKK auch für die Beschäftigten gilt.

²⁰⁾ Für Sensitivitätsanalysen wurden auch Einschränkungen auf die 25% bzw. 5% mit der höchsten geschätzten Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Belastung verwendet.

Abbildung 10: Verteilung der geschätzten gesundheitlichen Belastung im Arbeitskräfteangebot des Jahres 2012 (OÖGKK Versicherte)



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Um zu prüfen, ob diese Vorgangsweise bei der Zuschreibung gesundheitlicher Belastungsfaktoren zu plausiblen Ergebnissen führt, wird nun verglichen, ob das konstruierte Merkmal „gesundheitliche Belastung“ im Arbeitskräfteangebot ähnlich verteilt ist, wie dies aus anderen Untersuchungen zu erwarten ist.

Gegenüberstellung der Schätzung gesundheitlicher Belastung mit vom AMS festgestellter gesundheitlicher Beeinträchtigung

Die Informationen zu Krankenständen und medizinischen Behandlungen der OÖGKK erlauben eine relativ treffsichere Schätzung gesundheitlicher Belastungen: Für drei Viertel der Arbeitslosen (i.w.S.) stimmt die Schätzung mit den entsprechenden Angaben in den AMS-Daten überein.

Zunächst zeigt sich eine gute Übereinstimmung zwischen dem Indikator für gesundheitliche Belastung, der auf Basis von Krankenstands- und Behandlungsinformationen der OÖGKK geschätzt wurde, und den vom AMS verfügbaren Indikatoren zu gesundheitlichen Einschränkungen und gesetzlichem Behindertenstatus (vgl. Übersicht 11):

- Gemessen an den beim AMS registrierten Vormerkungen, weisen rund 23% der Vorgemerkten eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder Behinderung auf. Dieser Wert

dürfte – nach Auskunft von BeraterInnen des AMS – eher unter- als überschätzt sein, da nicht in jedem Fall, in dem eine Einschränkung vorliegt, diese auch nachgewiesen wird.

- In der Abgrenzung auf Basis der Krankenstands- und Behandlungsinformationen der OÖGKK liegt der Anteil der gesundheitlich Belasteten unter allen beim AMS Vorgemerkten bei 30% – unter der Annahme, dass insgesamt 10% des Arbeitskräfteangebots als gesundheitlich belastet angesehen werden können.
- Damit sind 61% der gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Vorgemerkten (laut AMS-Kodierung) auch nach dem geschätzten Indikator auf Basis von OÖGKK Informationen als gesundheitlich belastet zugeordnet. 79% der laut AMS nicht gesundheitlich beeinträchtigten oder behinderten Arbeitslosen (i.w.S.) sind auch nach dem geschätzten Indikator nicht gesundheitlich belastet. Insgesamt stimmen Schätzung und AMS-Indikator in 75% der Fälle überein. Da viele Menschen graduell von gesundheitlichen Problemen betroffen sind und eine dichotome Zuordnung in Zustände mit und ohne gesundheitlicher Einschränkung in der Praxis häufig nicht leicht zu treffen ist, erscheint die Übereinstimmung der beiden Indikatoren hoch.

Übersicht 11: Übereinstimmung mit AMS-Indikator

Arbeitslose i.w.S. (AL mit geschäftsfallbegründendem oder sonstigem Vormerkstatus, sowie geförderte Beschäftigung am 1. oder 2. Arbeitsmarkt)

Gesundheitliche Belastung	AMS-Indikator		Gesamt
	Ja	Nein	
Ja	5.844	6.914	12.758
	61,0	21,2	30,2
Nein	3.730	25.739	29.470
	39,0	78,8	69,8
Gesamt	9.574	32.654	42.228
	100,0	100,0	100,0
Übereinstimmende Kodierungen insgesamt			31.583
Anteil der Übereinstimmung in den Kodierungen			74,8%

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Gesundheitliche Belastung nach 10%-Definition.

Abschließende Einschätzung des konstruierten Gesundheitsindikators

Die Informationen der OÖGKK lassen eine detaillierte Beobachtung, auch hinsichtlich einzelner Diagnosegruppen, von Krankenständen, Behandlungen und Heilmittelkonsum zu. Damit geben sie zwar Auskunft darüber, ob bestimmte Erkrankungen aufgetreten sind, nicht jedoch über ihre Auswirkungen auf längerfristige Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt. Der klare statistische Zusammenhang zwischen den vom AMS kodierten gesundheitlichen Einschränkungen und den Krankenstands- und Behandlungsinformationen der OÖGKK lassen zwar eine gute Abschätzung von gesundheitlichen

Belastungen, nicht aber eine eindeutige Festlegung der Größe der von gesundheitlichen Einschränkungen betroffenen Gruppe von Arbeitskräften zu.

Mit Rückgriff auf Erkenntnisse aus anderen Untersuchungen und dem Vergleich mit AMS-Daten wurde eine pragmatische Abgrenzung von gesundheitlich belasteten Personen getroffen, die 10% des Arbeitskräfteangebots umfasst. Diese Grenze liegt etwas über den Richtwerten, die in Abschnitt 2 für die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter dargestellt wurden, und für Arbeitslose auch leicht über den Zahlen, die sich nach der Kodierung des AMS ergeben. Zumindest hinsichtlich der Daten des AMS ist jedoch zu vermuten, dass die registrierten Einschränkungen eher die Untergrenze der tatsächlichen gesundheitlichen Belastungen darstellen, da erst mit Nachweis einer Einschränkung auch eine Kodierung vorgenommen wird und zudem nicht alle regionalen Geschäftsstellen auf gleiche Weise gesundheitliche Einschränkungen erfassen (vgl. Abschnitt 7.2).

Da gesundheitliche Belastungen jedoch ein graduelles Phänomen sind, ist davon auszugehen, dass die auf Basis der OÖGKK-Daten zu Krankenständen und medizinischen Behandlungen abgegrenzte Gruppe gesundheitliche Probleme hat, die potentiell auch Einschränkungen am Arbeitsmarkt mit sich bringen.

4.3. Größe und Struktur der Gruppe gesundheitlich belasteter Personen

Wie der nun folgende Abschnitt zeigt, sind zudem die Strukturmerkmale der als gesundheitlich belastet identifizierten Personen ähnlich wie durch andere Untersuchungen belegt. Das gilt sowohl für die Altersstruktur, die Ausbildungsstruktur als auch für die Erwerbsstruktur.

Sämtliche in Folge dargestellten Zahlen und Anteile beziehen sich auf die Grundgesamtheit der bei der OÖGKK versicherten 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen (unselbständig Beschäftigte und Arbeitslose) des Jahres 2012, nach der in Kapitel 4.1 dargestellten Abgrenzung.

Gesundheitliche Belastungen nach Personenmerkmalen

Deutliche Unterschiede im Anteil gesundheitlich belasteter Personen zeigen sich hinsichtlich des Alters und des Bildungsniveaus:

Ältere und gering qualifizierte Arbeitskräfte sind wesentlich häufiger gesundheitlich belastet als jüngere und gut ausgebildete.

Während der Anteil der gesundheitlich Belasteten unter den 15- bis 24-Jährigen lediglich 1,6% beträgt, steigt er im Haupterwerbsalter auf 8,3% und bei 50- bis 64-Jährigen auf rund 20% (vgl. Abbildung 11). Diese Zahl deckt sich mit jener aus SHARE, bei dem ein Fünftel (19,6%) der Älteren, die noch im erwerbsfähigen Alter sind, angeben gesundheitliche Probleme zu haben, die mit einer Einschränkung im Bereich der Erwerbstätigkeit einhergehen (vgl. Kapitel 2).

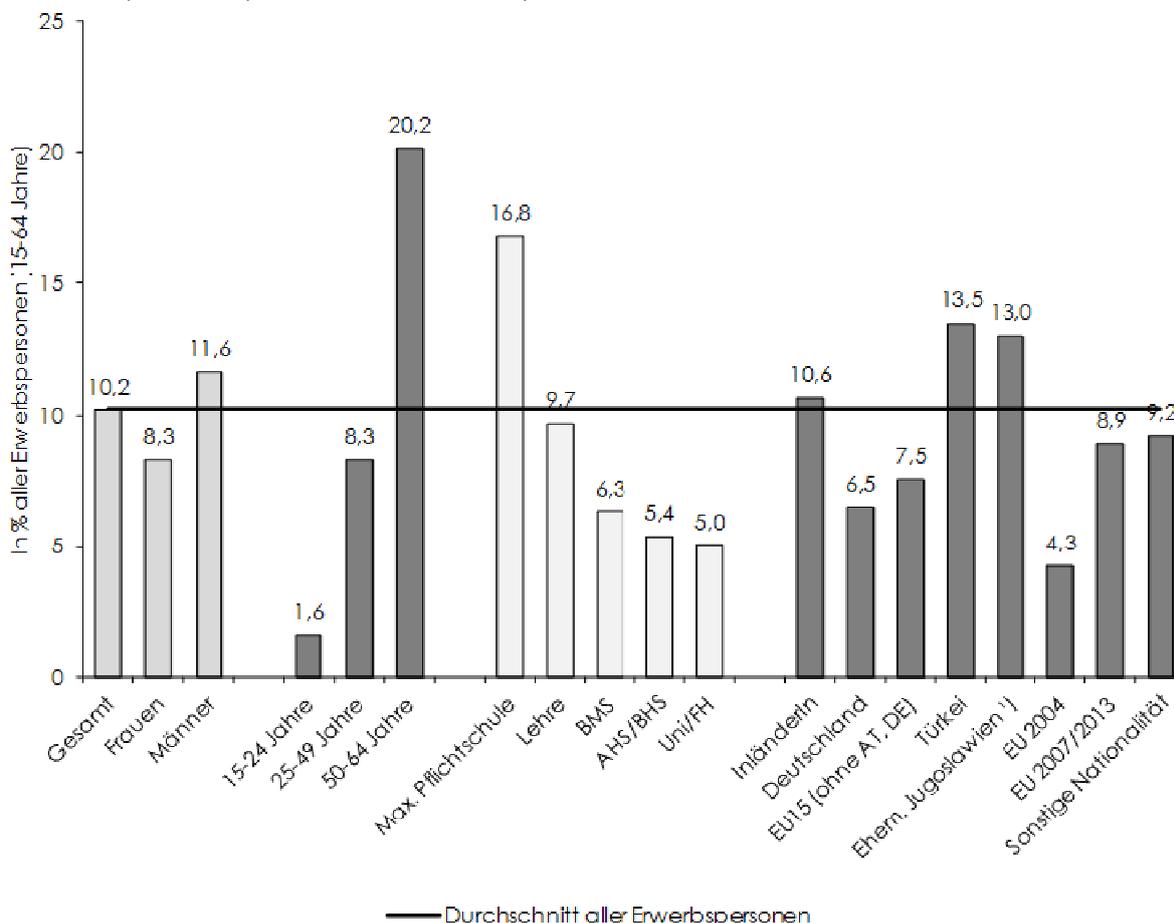
Deutlich sind auch die Unterschiede nach Ausbildungsniveau: Während 16,8% der Arbeitskräfte mit maximal Pflichtschulabschluss gesundheitliche Belastungen aufweisen, sind es bei LehrabsolventInnen 9,7% und bei AbsolventInnen einer Berufsbildenden Mittleren Schule 6,3%. Bei Ausbildungsniveaus ab Matura liegen die Anteile gesundheitlich Belasteter im Arbeitskräfteangebot bei rund 5%.²¹⁾

Weniger deutlich sind die Unterschiede nach Geschlecht: Frauen weisen mit einem Anteil gesundheitlich Belasteter von 8,3% des weiblichen Arbeitskräfteangebots einen um gut 3 Prozentpunkte geringeren Anteil auf als Männer. Dazu kann jedoch das niedrigere (tatsächliche) Pensionsantrittsalter der Frauen beitragen. Bei höherer Prävalenz gesundheitlicher Belastungen bei Älteren bedeutet das, dass weniger Frauen mit erhöhtem Gesundheitsrisiko im Arbeitskräfteangebot enthalten sind. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Ausbildung in einer Regressionsanalyse liegt der Anteil gesundheitlich Belasteter bei Frauen um nur 2 Prozentpunkte unter jenem von Männern.

Ausländische Arbeitskräfte zeigen zumeist weniger gesundheitliche Belastungen als ÖsterreicherInnen. Die größeren Anteile bei Personen aus den traditionellen Gastarbeiterländern (Türkei und ehem. Jugoslawien) sind durch deren höheres Alter und vor allem das im Durchschnitt geringere Bildungsniveau begründet.

²¹⁾ Die dargestellten Unterschiede bleiben auch in multivariaten Analysen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der dargestellten Merkmale bestehen.

Abbildung 11: Gesundheitliche Einschränkung nach Personenmerkmalen
Alle Erwerbspersonen (auf Basis von HV-Daten)



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – ²⁾ Die geringfügige Abweichung um 0,2 Prozentpunkte entsteht durch die Bereinigung des Samples um Personen für die keine vollständigen personenbezogenen Informationen verfügbar sind.

Gesundheitliche Belastungen nach Erwerbsposition

Arbeitslose sind rund 3 Mal so häufig von gesundheitlichen Belastungen betroffen als Beschäftigte. Auch lehrstellensuchende Jugendliche sind gegenüber den Jugendlichen insgesamt wesentlich öfter gesundheitlich belastet.

Arbeitslose haben nach den in Kapitel 2 zitierten Quellen eine rund dreimal so hohe Prävalenz gesundheitlicher Beeinträchtigungen als in Beschäftigung Stehende. Dieses Verhältnis zeigt sich auch in der Zuschreibung gesundheitlicher Belastungen auf Basis der OÖGKK Informationen zu Krankenständen und medizinischen Behandlungen (vgl. Übersicht 12): Während Beschäftigte einen Anteil gesundheitlich Belasteter von 8,5% aufweisen, liegt der entsprechende Wert bei registrierten Arbeitslosen bei knapp 23%. Etwas geringere Bedeutung haben gesundheitliche Belastungen bei SchulungsteilnehmerInnen (knapp 16%) und vor

allem bei den zumeist jugendlichen Lehrstellensuchenden (6,2%). Letzterer Wert liegt jedoch markant über jenem von Jugendlichen insgesamt (1,6%), was auf die spezifische Problemlage Jugendlicher hinweist, die weder in Ausbildung noch in Beschäftigung sind.

Häufiger sind gesundheitliche Belastungen bei sonstigen Vormerkzuständen beim AMS, dazu gehören u.a. Pensionsvorschüsse, die häufig während der Antragstellung auf Invaliditätspension gewährt werden. Hoch sind die Anteile auch unter geförderten Beschäftigten am 1. und 2. Arbeitsmarkt (inkl. Förderungen des Sozialministeriumsservice), wobei diese Förderungen Maßnahmen darstellen, die sich an schwer vermittelbare Gruppen und zum Teil direkt an gesundheitlich Beeinträchtigte und/oder Menschen mit Behinderung richten.²²⁾

Übersicht 12: Gesundheitliche Einschränkung nach Erwerbsstatus

Erwerbsstatus	In %
Ungeförderte unselbständige Beschäftigung	8,5
Registrierte Arbeitslosigkeit	22,7
Schulung	15,6
Lehrstellensuche	6,2
Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus	55,5
Geförderte unselbständige Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt	66,3
Geförderte unselbständige Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt	34,1
Langzeitbeschäftigungslos	21,5
Arbeitsmarktfrem	30,1
Arbeitslosentyp 1	8,5
Arbeitslosentyp 2	18,4
Arbeitslosentyp 3	8,6
Arbeitslosentyp 4	10,6
Arbeitslosentyp 5	25,7
Arbeitslosentyp 6	19,4
Arbeitslosentyp 7	41,3
Gesamt	10,2

Q: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, OÖGKK, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Während Langzeitbeschäftigungslose²³⁾ keinen gegenüber Arbeitslosen insgesamt erhöhten Anteil gesundheitlich Belasteter aufweisen, liegt er bei arbeitsmarktfremden Arbeitslosen – das

²²⁾ Letztgenannte Gruppen sind jedoch relativ klein und die Zuschreibung über die OÖGKK Informationen mögen hier die tatsächliche Problemlage bei Förderungen am 1. Arbeitsmarkt etwas überzeichnen. Laut AMS Indikatoren zu gesundheitlicher Einschränkung und Behindertenstatus sind rund 30% der geförderten Beschäftigten und der Personen mit sonstigem Vormerkstatus gesundheitlich beeinträchtigt. Dies mag einerseits aufgrund der Feststellungspraxis im AMS etwas unterschätzt sein, andererseits sind hier auch Förderungen des Sozialministeriumsservice enthalten, die sich gezielter an gesundheitlich Eingeschränkte und Behinderte richten.

²³⁾ Als langzeitbeschäftigungslose Arbeitslose gelten zum jeweiligen Stichtag beim AMS als arbeitslos vorgemerkte Personen, die sich (bei Zusammenfassung aller Vormerkepisoden, aber unter Außerachtlassung von

sind Personen, die im Jahresabstand (in den letzten 12 Monaten) nicht mehr als zwei Monate (≤ 62 Tage) in Standardbeschäftigung und zumindest vier Monate (≥ 120 Tage) arbeitslos vorgemerkt waren – bei gut 30%.

Langfristig vom Arbeitsmarkt ausgegrenzte Personen leiden deutlich häufiger unter gesundheitlichen Belastungen, während selten und nur kurz von Arbeitslosigkeit Betroffene ähnliche Prävalenz gesundheitlicher Belastungen haben wie der Durchschnitt der Erwerbspersonen.

In einer Aufgliederung der Arbeitslosen nach Dauer und Häufigkeit ihrer Arbeitslosigkeit in 7 Typen (vgl. Übersicht 57 im Anhang bzw. Eppel – Horvath – Mahringer, 2014) zeigt sich, dass kurzfristig und selten Arbeitslose (Typ 1) sowie häufig aber immer nur kurz Arbeitslose (z.B. Saisonarbeitslose: Typ 3 und 4) relativ selten gesundheitliche Belastungen aufweisen. Sobald längere Arbeitslosigkeitsepisoden in der Erwerbslaufbahn vorkommen, ist auch der Anteil gesundheitlich Belasteter bereits im Bereich des Durchschnitts Langzeitbeschäftigungsloser (Typen 2, 5 und 6). Bei Personen, die in den vergangenen 5 Jahren mindestens 2,5 Jahre arbeitslos waren (Typ 7), liegt der Anteil gesundheitlich Belasteter über 40%.

Die angesprochene Typologie Arbeitsloser ist im Anhang ausführlich dargestellt. Anhand von drei Kriterien (Gesamtvolumen an Arbeitslosigkeit, Dauer der längsten Arbeitslosigkeits-Episode im Fünfjahreszeitraum und Häufigkeit der Arbeitslosigkeit) und eines Fünfjahreszeitraums wurden sieben Typen von Arbeitslosen unterschieden:

- Typ 1: Personen, die im Fünfjahreszeitraum selten (maximal dreimal), nur kurz (nie länger als 183 Tage) und insgesamt wenig (nicht mehr als ein Jahr) arbeitslos waren;
- Typ 2: Personen, die selten, zumindest einmal länger (über ein halbes Jahr) und insgesamt wenig arbeitslos waren;
- Typ 3: Personen, die relativ häufig, in der Regel kurz und insgesamt wenig arbeitslos waren;
- Typ 4: Personen, die häufig kurz und insgesamt viel (über ein Jahr) arbeitslos waren;
- Typ 5: Personen, die selten, aber zumindest einmal länger und insgesamt viel (mehr als ein Jahr; maximal 2,5 Jahre) arbeitslos waren;
- Typ 6: Personen, die häufig, zumindest einmal lang und insgesamt viel (mehr als ein Jahr; maximal 2,5 Jahre) arbeitslos waren;
- Typ 7: Personen, die zumindest einmal lang und insgesamt sehr viel (mehr als 2,5 Jahre) arbeitslos waren.

Unterbrechungen von maximal 62 Tagen) seit über einem Jahr in AMS-Vormerkung (mögliche frühere Status: „Arbeitslos“, „Lehrstellensuchend“, „In Schulungsmaßnahmen“, „Mit Fachkräftestipendium“, „Schulung Reha mit Umschulungsgeld“ oder „Abklärung der Arbeitsfähigkeit“) befinden.

Gesundheitliche Belastungen nach Diagnosegruppen

Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Erkrankungen sind die bei weitem häufigsten Diagnosegruppen, die hinter gesundheitlicher Beeinträchtigung stehen.

Wie bereits aus der Schätzung gesundheitlicher Belastungen anhand der Informationen der OÖGKK zu Krankenständen und medizinischen Behandlungen hervorgegangen ist, hängen Auswirkungen von Erkrankungen auf die Erwerbssituation erheblich von der Art der Erkrankung ab. Eine Auswertung nach Diagnosegruppen macht deutlich, dass bei 4,7% der Erwerbspersonen die gesundheitliche Belastung (zumindest auch) mit einer Muskel- und Skeletterkrankung zu tun hat. Beinahe ebenso hoch ist der Anteil für die Diagnosegruppen Psychischer Erkrankungen und Nervenkrankheiten. Diese beiden Diagnosen sind die mit Abstand bedeutendsten Faktoren für gesundheitsbedingte Erwerbshindernisse, gleichzeitig fällt bei ihnen die markante Differenz zwischen der Prävalenz gesundheitlicher Belastungen zwischen Erwerbspersonen insgesamt und den Arbeitslosen auf: Bei 14,9% der Arbeitslosen resultiert die gesundheitliche Belastung aus einer psychischen oder nervlichen Erkrankung, bei Muskel und Skeletterkrankungen sind es 14,7%.

Auch bei den anderen Diagnosegruppen werden durchwegs die im Vergleich zum gesamten Arbeitskräfteangebot wesentlich stärkeren gesundheitlichen Belastungen von Arbeitslosen deutlich (vgl. Übersicht 13).

Übersicht 13: Häufigkeit einer gesundheitlichen Belastung (10%-Definition) mit bestimmter Diagnose, die in signifikantem Ausmaß zur Betroffenheit von einer gesundheitlichen Einschränkung beiträgt

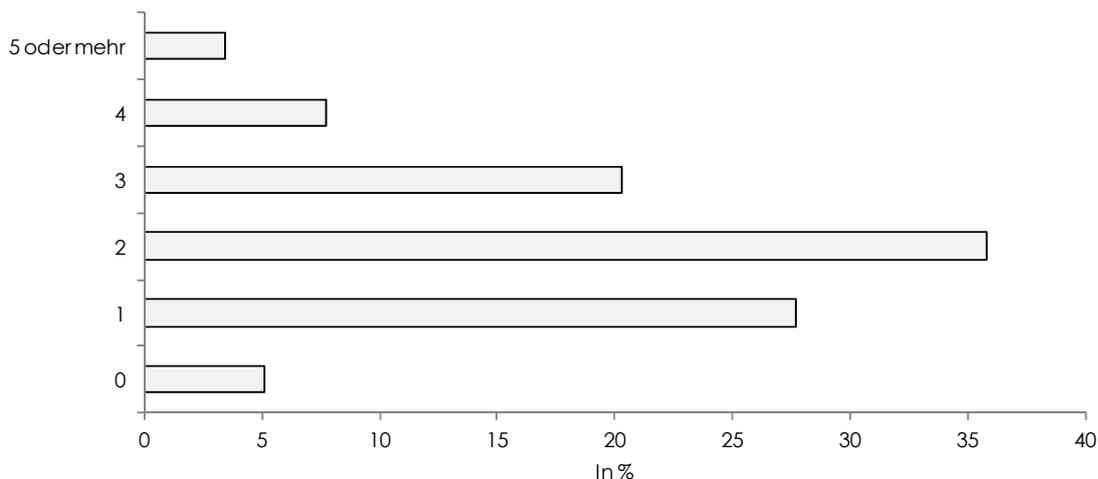
	Erwerbspersonen		Arbeitslose	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	25.363	4,7	6.199	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	24.646	4,6	6.280	14,9
Atmungssystem	15.395	2,9	3.663	8,7
Kreislaufsystem	15.300	2,8	3.208	7,6
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	8.776	1,6	2.007	4,8
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4.547	0,8	1.314	3,1
Sonstige Symptome und Befunde	3.647	0,7	1.084	2,6
Verdauungssystem	3.446	0,6	880	2,1
Urogenitalsystem	3.052	0,6	716	1,7
Blut, Immunsystem; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel	2.807	0,5	737	1,7
Auge und Augenanhangsgebilde; Ohr und Warzenfortsatz	2.581	0,5	503	1,2
Haut und Unterhaut	2.396	0,4	609	1,4
Neubildungen	2.327	0,4	479,75	1,1
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Sonstiges	524	0,1	122	0,3
Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode; angeborene Fehlbildungen	253	0,1	61	0,2

Q: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, OÖGKK, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Häufig ist eine gesundheitliche Belastungssituation mit mehreren Diagnosen (Erkrankungsarten) verbunden: Bei rund 5% der (anhand der in Kapitel 4.2 dargestellten

Kriterien) gesundheitlich belasteten Personen ist keine klare Diagnose festzustellen (vgl. Abbildung 12). In knapp 28% der Fälle ist eine Diagnose alleine ausschlaggebend für die Belastung, in gut 35% sind es zwei Diagnosen und in 20% der Fälle sogar drei Diagnosen. Bei knapp 8% der gesundheitlich Belasteten tragen vier oder mehr diagnostizierte Krankheiten zum Belastungsbild bei. Multiple Erkrankungsbilder sind also eher die Regel als die Ausnahme.

Abbildung 12: Anzahl der für eine gesundheitliche Belastung maßgeblichen Diagnosen bei gesundheitlich belasteten Arbeitskräften



Q: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, OÖGKK, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

4.4 Bedeutung gesundheitlicher Beeinträchtigungen für spätere Arbeitslosigkeit und mittelfristige Entwicklungstrends

Im folgenden Abschnitt gilt es darzustellen, inwieweit sich die identifizierten Belastungssituationen tatsächlich am Arbeitsmarkt niederschlagen. Damit sollen auch Anhaltspunkte für den Interventionsbedarf im Bereich der Arbeitslosigkeit, aber auch präventiv im Bereich bei Beschäftigten geboten werden.

Viele der betroffenen Personen können trotz gesundheitlicher Belastung ihre Beschäftigung aufrecht erhalten. In Übersicht 14 (Spalten 1 und 2) wird gezeigt, in welchen Erwerbssituationen sich die Beschäftigten des Jahres 2012 zwei Jahre später (im Jahr 2014) befinden. Dabei wird unterschieden, ob die Beschäftigten im Jahr 2012 gesundheitlich belastet waren oder nicht.

Über 87% der Beschäftigten ohne gesundheitliche Belastung waren demzufolge auch 2014 (über der Geringfügigkeitsgrenze) beschäftigt; jeweils 3,8% gingen in Pension oder in Arbeitslosigkeit über, 5% in andere Erwerbsszustände (z.B. Kinderbetreuung, geringfügige Beschäftigung).

Gesundheitliche Belastungen ziehen eine schlechtere Erwerbsintegration nach sich: Zwar bleiben viele Beschäftigte auch mit gesundheitlichen Problemen längerfristig erwerbstätig, der Übergang in Arbeitslosigkeit ist jedoch erhöht.

Unter den gesundheitlich belasteten Beschäftigten des Jahres 2012 waren gut 80% auch im Jahr 2014 beschäftigt. Das zeigt einerseits die Stabilität der Beschäftigungseinbindung auch dieser Gruppe, andererseits aber ein erhöhtes Risiko aus Beschäftigung zu fallen: Der Prozentsatz der zwei Jahre später (noch) in Beschäftigung befindlichen Personen ist um rund 7 Prozentpunkte geringer als unter nicht gesundheitlich belasteten Beschäftigten.

Immerhin ist der Anteil der Übergänge in Arbeitslosigkeit bei den gesundheitlich belasteten Beschäftigten des Jahres 2012 um 2,3 Prozentpunkte höher als bei nicht gesundheitlich Belasteten. Deutliche Unterschiede bestehen auch im Übergang in Pension, in die 10,1% der gesundheitlich belasteten Beschäftigten innerhalb von zwei Jahren gewechselt sind; bei gesundheitlich nicht belasteten Beschäftigten beträgt dieser Wert 3,3%. Dafür gehen weniger der gesundheitlich Belasteten in sonstige erwerbsferne Positionen über (2,7% gegenüber 5,2% bei nicht belasteten Beschäftigten). Auch geförderter Beschäftigung kommt für gesundheitlich Belastete eine gewisse Bedeutung zu: Immerhin 0,8% der 2012 (ungefördert) Beschäftigten waren 2014 in geförderter Beschäftigung.

Übersicht 14: Erwerbssituation Beschäftigter und Arbeitsloser des Jahres 2012 im Jahr 2014, nach gesundheitlicher Belastung, bei der OÖGKK versicherte Erwerbspersonen

		Beschäftigte des Jahres 2012		Arbeitslose des Jahres 2012	
		gesundheitlich belastet		gesundheitlich belastet	
		nein	ja	nein	ja
		In %			
Erwerbsstatus 2014	beschäftigt gefördert beschäftigt	87,6	80,3	55,2	27,1
	arbeitslos	0,2	0,8	1,5	3,8
	pensioniert	3,8	6,1	28,4	43,8
	sonstiges	3,3	10,1	4,9	16,1
	Summe	5,2	2,7	9,9	9,2
		100,0	100,0	100,0	100,0

Q: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, OÖGKK, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Anm.: Der Erwerbszustand 2014 wurde exakt 2 Jahre nach den jeweiligen Stichtagen in Jahr 2012 betrachtet. Beschäftigung über der Geringfügigkeitsgrenze.

Lesebeispiel: 87,2% der nicht gesundheitlich belasteten Beschäftigten des Jahres 2012 waren auch zwei Jahre später (im Jahr 2014) beschäftigt, bei den gesundheitlich belasteten Beschäftigten waren es mit 81,4% knapp 6 Prozentpunkte weniger.

Noch markanter sind die Unterschiede zwischen gesundheitlich nicht belasteten und belasteten Arbeitslosen: Lediglich gut 27% der im Jahr 2012 gesundheitlich belasteten Arbeitslosen befanden sich zwei Jahre später in Beschäftigung, während der betreffende Anteil bei nicht gesundheitlich Belasteten mit über 55% etwa doppelt so hoch lag. Zum Großteil verbleiben gesundheitlich Belastete in Arbeitslosigkeit (+15,4 Prozentpunkte

gegenüber nicht belasteten Arbeitslosen des Jahres 2012), zudem spielen Übergänge in Pension eine bedeutende Rolle (+11,2 Prozentpunkte).²⁴⁾

Auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Ausbildungsniveau und Geschlecht bleiben diese Unterschiede in nur leicht reduziertem Ausmaß bestehen.²⁵⁾

Gesundheitliche Belastungen haben offensichtlich negative Auswirkungen auf die Erwerbschancen von Arbeitskräften, die nicht nur Arbeitslose betreffen, sondern auch bei Beschäftigten sehr ausgeprägt sind.

Die deskriptiven Auswertungen weisen auf die hohe Bedeutung präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit hin.

Auf die Grundgesamtheit in Oberösterreich umgelegt bedeutet das: Mit Senkung des Übergangsrisikos der im Jahr 2012 Beschäftigten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Arbeitslosigkeit um einen Prozentpunkt (durch Erhöhung des Verbleibs in Beschäftigung von 80,3% auf 81,3% und eine entsprechende Senkung des Übergangs in Arbeitslosigkeit) hätte die Arbeitslosigkeit unmittelbar um knapp 1% reduziert werden können, jene der gesundheitlich Belasteten sogar um fast 4%. Um den gleichen Effekt zu erreichen, hätte der Überganganteil von gesundheitlich belasteten Arbeitslosen in Beschäftigung um fast vier Prozentpunkte (das sind über 13%) erhöht werden müssen. Dieser Vergleich legt nahe, dass präventive Ansätze zur Vermeidung von Arbeitslosigkeit gerade bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen effektiver sein können als Maßnahmen zur späteren Reintegration. Für eine zunehmende Rolle der Prävention spricht auch die Erwartung einer deutlichen Zunahme gesundheitlich beeinträchtigter Personen im Arbeitskräfteangebot. Da Ältere wesentlich häufiger unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden, wird alleine durch die demografische Alterung deren Anteil steigen. Zudem wird die Verlängerung der Erwerbsphase durch die bereits beschlossenen Pensionsreformschritte zu einer zusätzlichen Ausdehnung des Arbeitskräfteangebots älterer Personen führen.

Die Alterung der Erwerbsbevölkerung und verlängerte Erwerbsphasen durch die beschlossenen Pensionsreformmaßnahmen werden zu einem überproportionalen Anstieg gesundheitlich Beeinträchtigter im Arbeitskräfteangebot führen.

Gemäß der Arbeitsangebotsprognose des WIFO (vgl. Horvath – Mahringer, 2016, auf Basis der Hauptvariante der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria aus dem Jahr 2015), wird das Arbeitskräfteangebot der Ab-55-Jährigen in Österreich zwischen 2015 und 2025 um rund 41% steigen, während das der unter 55-Jährigen leicht (um ca. 2%) sinken dürfte. Alleine aus

²⁴⁾ Sowohl bei Beschäftigten, als auch bei Arbeitslosen dürfte sich die Differenz in den Übergangsraten in Pension mit der Einschränkung des Übergangs in Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension im Rahmen des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2012 reduzieren.

²⁵⁾ Frauen gehen im Vergleich zu Männern häufiger in erwerbsferne Zustände (inkl. Pension) über und verbleiben daher seltener in Arbeitslosigkeit.

dieser Verschiebung ist auch ein Anstieg gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Arbeitskräfteangebot zu erwarten.

Wird die für Oberösterreich geschätzte Prävalenz gesundheitlicher Belastungen auf 5-Jahres-Altersgruppen für ganz Österreich umgelegt, so ergibt sich ein Wachstum des Arbeitskräfteangebots gesundheitlich Belasteter von rund 3.000 bis 4.000 Personen pro Jahr.

Diese Werte hängen jedoch stark davon ab, wie sich der Anteil gesundheitlich Belasteter in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre entwickeln wird. Dazu gibt es derzeit – aufgrund der schwachen und selektiven Besetzung dieser Altersgruppe im Arbeitskräfteangebot – wenig Anhaltspunkte. Ebenso ist die Aufteilung der Gruppe zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten sowohl von der Wirtschafts- und Arbeitsmarktentwicklung, als auch von den gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Regulierungen und Interventionen sowie möglicher weiterer Veränderungen in den Pensionszugangsbedingungen abhängig. Jedenfalls ist mit einer wesentlichen Zunahme der Anforderungen hinsichtlich der Integration von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Belastungen zu rechnen.

5. Einsatz aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen

Das Arbeitsmarktservice (AMS) bietet im Rahmen der Arbeitsmarktförderung ein breites Spektrum an Maßnahmen an, um Arbeitslose – und darunter Personen mit Erwerbshindernissen wie gesundheitlichen Einschränkungen – bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Im folgenden Abschnitt wird anhand der administrativen Förderdaten des AMS der Einsatz dieser Maßnahmen zugunsten von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen quantitativ nachgezeichnet. Dabei werden 12 Maßnahmentypen berücksichtigt: Qualifizierungsangebote, wie AMS-Kurse zur aktiven Arbeitssuche, Berufsorientierung, fachliche Qualifizierung (trägerbezogene und Individualförderungen) und Trainings, Beschäftigungsförderungen und die Betreuung durch externe Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (siehe Kasten).²⁶⁾

Maßnahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS

QUALIFIZIERUNG

- **Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche („AA“):** AMS-Kurse, in denen Fertigkeiten vermittelt werden, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Arbeitssuche stehen (Bewerbungstrainings, Selbstmarketing, Stellenakquisition, etc.);
- **Orientierungsmaßnahmen („BO“):** AMS-Kurse, die Hilfestellung bei der beruflichen Entscheidungsfindung und Berufswegplanung oder auch beim Erwerb von erster Praxis und spezielle Einstiegshilfen für Jugendliche bringen sollen;
- **Trainingsmaßnahmen („TRAIN“):** Kombination von produktiver Arbeitsleistung und bedarfsgerechter Betreuung sowie Qualifizierung für Langzeitarbeitslose und Personengruppen mit speziellen Vermittlungseinschränkungen;
- **Trägerbezogene Qualifizierungsmaßnahmen („QUAL“):** Vermittlung fachlicher Kenntnisse (Ausbildung, also Erwerb staatlich anerkannter Schul- und Berufsabschlüsse, oder Weiterbildung, d.h. beruflichen Einstiegs- und Zusatzqualifikationen) im Rahmen von externen Bildungsträgern im Auftrag des AMS durchgeführter Kurse für AMS-KundInnen;
- **Beihilfen zu den Kurskosten („KK“)** für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen am freien Bildungsmarkt (Individualförderung);
- **Arbeitsstiftung („AST“):** Maßnahmen zur beruflichen Neuorientierung und Höherqualifizierung im Rahmen einer Stiftung, entweder von Arbeitslosen bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohten Personen anlässlich eines Personalabbaus in größerem Umfang („Outplacementstiftung“), zur Abdeckung eines dringenden Personalbedarfs („Implacementstiftung“) oder auf Initiative der kollektivvertragsfähigen Körperschaften der ArbeitgeberInnen oder der ArbeitnehmerInnen im Zusammenhang mit außergewöhnlichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten für arbeitsmarktpolitische Zielgruppen („Zielgruppenstiftung“)²⁷⁾

²⁶⁾ In den Rohdaten des AMS vorkommende, überzählige Duplikate bei Förderungen (teilweise oder vollständige Überlappungen von Förderungen gleicher Art) werden nicht berücksichtigt. Förderepisoden werden dann gesundheitlich eingeschränkten Personen zugeordnet, wenn die jeweilige Person am letzten Quartalsstichtag vor Förderbeginn als gesundheitlich eingeschränkt identifiziert wurde.

²⁷⁾ „Insolvenzstiftungen“, „Regionalstiftungen“ und „Unternehmensstiftungen“ sind nicht berücksichtigt.

BESCHÄFTIGUNGSFÖRDERUNG

- **Eingliederungsbeihilfe („EB“):** zeitlich befristeter Zuschuss zu den Lohn- und Lohnnebenkosten für die Einstellung von Langzeitbeschäftigungslosen sowie von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohten oder betroffenen Personen;
- **Kombilohnbeihilfe („KOM“):** zeitlich befristeter Zuschuss zum Lohn als Anreiz zur Annahme eines gering entlohnten, vollversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses;
- **Sozialökonomischer Betrieb („SÖB“):** zeitlich befristeter (Transit-)Arbeitsplatz in einem Sozialökonomischen Betrieb, mit Qualifizierung und sozialpädagogischer Betreuung
- **Gemeinnütziges Beschäftigungsprojekt („GBP“):** zeitlich befristeter (Transit-)Arbeitsplatz in einem Beschäftigungsprojekt, mit Qualifizierung und sozialpädagogischer Betreuung
- **Sozialökonomischer Betrieb Überlasser („SÖBÜ“):** Arbeitsvorbereitung und teilweise zeitlich befristeter (Transit-)Arbeitsplatz in einem sozialökonomischen Betrieb mit dem Ziel einer Überlassung an einen regulären Betrieb

UNTERSTÜTZUNG

- **Beratungs- und Betreuungseinrichtung („BBE“):** Betreuung bei spezifischen Vorfeldproblemen (Schulden, psychische Beeinträchtigung, Behinderung, Verhaltensauffälligkeit und Krisen, Sucht), besondere Vermittlungsaktivitäten oder begleitende Unterstützung während einer Beschäftigung („Arbeitsassistenz“) durch eine externe arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtung

Der Maßnahmeneinsatz wird aus zwei Perspektiven beleuchtet: In einem ersten Schritt werden unmittelbar die im Jahr 2012 in den AMS-Daten erfassten Förderungen ausgewertet, ohne Verknüpfung mit Arbeitslosigkeitsepisoden. Konkret werden die neu im Jahr 2012 geförderten Personen unter die Lupe genommen.²⁸⁾ Es wird dargestellt, wie viele Förderungen im Jahr 2012 begonnen wurden und wie sich die geförderten Personen auf die unterschiedlichen Förderarten aufteilen. Damit erfolgt eine Bestandsaufnahme der Förderstruktur in diesem spezifischen Kalenderjahr. Ergänzend dazu werden in einem zweiten Schritt alle Geschäftsfälle mit Zugang im Jahr 2012 gebildet. Diese Grundgesamtheit dient als Ausgangspunkt, um zu analysieren, an welchen Förderungen gesundheitlich eingeschränkte Personen, die im Jahr 2012 arbeitslos geworden sind, im gesamten Verlauf ihrer Arbeitslosigkeit teilnehmen.²⁹⁾

²⁸⁾ Eine Alternative zu dieser Zugangssicht wäre, einem Betroffenenkonzept entsprechend, alle im Jahr 2012 mit mindestens einem Tag geförderte Personen zu betrachten. Auswertungen auf Basis dieses Konzepts führen im Kern zu keinen anderen Ergebnissen.

²⁹⁾ Um geförderte Beschäftigung auch dann zu erfassen, wenn diese einen Geschäftsfall beendet (also länger als 62 Tage dauert), werden Förderungen in den zwei Wochen nach Geschäftsfallende mitberücksichtigt. Die Zuordnung zur Gruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen erfolgt, ebenso wie die Messung anderer Personenmerkmale, zu Beginn des Geschäftsfalls. Ausgehend von diesem Datum, wird die Information zum Gesundheitsstatus vom letzten Quartalsstichtag vor Beginn des Geschäftsfalls herangezogen.

5.1. Im Jahr 2012 neu geförderte Personen

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen werden verstärkt mittels BBE und Beschäftigungsmaßnahmen gefördert. Der größte Schwerpunkt liegt auf Qualifizierung, im Vergleich zu sonstigen Arbeitslosen aber nur in abgeschwächter Form.

An den im Jahr 2012 begonnenen Förderungen gemessen, nahmen in Oberösterreich insgesamt 7.705 arbeitsuchende Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen aktive arbeitsmarktpolitische Förderangebote in Anspruch. Die Verteilung der Förderungen auf die drei Bereiche Qualifizierung, Beschäftigung und Unterstützung, sowie auf einzelne Maßnahmentypen, unterschied sich nicht wesentlich zwischen den Geschlechtern und sah wie folgt aus (vgl. Übersicht 15):³⁰⁾

- Auf Qualifizierungsangebote entfiel insgesamt ein Anteil von 51,5% an den neu geförderten Personen, ein großer Teil davon mit 36,3% auf fachliche Qualifizierung in externen Trägereinrichtungen (QUAL). Auf Orientierungsmaßnahmen (BO) entfielen 7,3%, auf Kurskostenbeihilfen (KK) 4,6% und auf Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche (AA) 2,3%. Nur sehr wenige Personen wurden mittels Trainingsmaßnahmen (TRAIN) oder Arbeitsstiftungen (AST) gefördert.
- Beschäftigungsförderungen machten 16,4% an den geförderten Personen aus. 8,6% betrafen geförderte Beschäftigungen am 1. Arbeitsmarkt, und dabei fast ausschließlich Eingliederungsbeihilfen (EB); nur in wenigen Einzelfällen erhielten Personen eine Kombilohnbeihilfe (KOM). 7,8% der Förderneuzugänge entfielen auf eine geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt. Hierunter entfielen auf Sozialökonomische Betriebe (SÖB) 3,6%, auf Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) 3,3% und auf Sozialökonomische Betriebe Überlasser (SÖBÜ) 1,0%.
- Angebote von externen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen spielen eine wesentliche Rolle in der Arbeitsmarktförderung gesundheitlich Beeinträchtigter. Auf sie entfielen 32,1% der neu geförderten Personen.

³⁰⁾ Die Förderstruktur sieht ähnlich aus, wenn nicht die Neuzugänge an Förderungen herangezogen werden, sondern alle in einem Jahr mit mindestens einem Tag geförderten Personen.

Übersicht 15: Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, OÖ 2012

	Gesamt		Männer		Frauen	
	Abs.	In %	Abs.	In %	Abs.	In %
<i>Qualifizierung</i>						
AA	234	2,3	155	2,6	79	2,0
BO	728	7,3	475	7,9	253	6,3
QUAL	3.637	36,3	2.163	35,9	1.474	36,9
TRAIN	24	0,2	18	0,3	6	0,2
KK	461	4,6	290	4,8	171	4,3
AST	74	0,7	27	0,4	47	1,2
<i>Beschäftigung</i>						
EB	856	8,5	508	8,4	348	8,7
KOM	5	0,0	2	0,0	3	0,1
SÖB	359	3,6	206	3,4	153	3,8
GBP	331	3,3	194	3,2	137	3,4
SÖBÜ	96	1,0	73	1,2	23	0,6
<i>Unterstützung</i>						
BBE	3.210	32,1	1.907	31,7	1.303	32,6
Gesamt	7.705	100,0	4.625	100,0	3.080	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Wenn eine Person an mehreren Maßnahmenteilgenommen hat, wird sie zwar bei jeder der entsprechenden Maßnahmen gezählt, in Summe jedoch nur einmal. Für die Anteilsberechnung wird eine Person auch mehrfach gezählt.

Aus einem Vergleich mit allen Förderungen in Oberösterreich wird sichtbar, dass beim Maßnahmeneinsatz für Personen mit gesundheitlich eingeschränkten Personen zum einen BBE und zum anderen Beschäftigungsförderungen ein erhöhtes Gewicht zukommt. Von allen in Oberösterreich neu geförderten Personen entfielen „nur“ 5,5% auf EB, 2,6% auf SÖB, 2,5% auf GBP und 25,1% auf BBE (vgl. Abbildung 13).³¹⁾

³¹⁾ BBE haben seit dem Analysejahr 2012 in Oberösterreich stetig an Bedeutung gewonnen: Ihr Anteil an den neu geförderten Personen erhöhte sich von 25,1% im Jahr 2012 auf 31,0% im Jahr 2015. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil fachlicher Qualifizierung (Träger- und Individualförderungen) von insgesamt 50,3% auf 37,4%.

Abbildung 13: Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und allen neu geförderten Personen in OÖ 2012

Gesundheitlich eingeschränkte Personen

Alle Geförderten in Oberösterreich



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Angesichts eines Anteils von insgesamt 51,5% an den neu geförderten Personen, kommt der für die österreichische Arbeitsmarktpolitik bis heute charakteristische, starke Schwerpunkt auf Qualifizierungsmaßnahmen auch in der Förderung von gesundheitlich eingeschränkten Personen zum Ausdruck, dies allerdings in deutlich abgeschwächter Form: In Gesamtösterreich entfielen im Jahr 2012 sogar knapp zwei Drittel der geförderten Personen (63,8%) auf Qualifizierungsmaßnahmen.³²⁾ Diese abgeschwächte Bedeutung von Qualifizierung bei der Förderung gesundheitlich eingeschränkter Personen in Oberösterreich kommt durch einen, im Vergleich zu Gesamtösterreich, selteneren Einsatz von Kursen zur aktiven Arbeitssuche (AA) und zur beruflichen Orientierung (BO) sowie von Kurskostenbeihilfen für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen am freien Bildungsmarkt (KK) zustande.

BBE und Beschäftigungsförderungen kommt im Maßnahmeneneinsatz für gesundheitlich eingeschränkte Personen nicht nur im Vergleich zu übrigen Arbeitslosen in Oberösterreich, sondern auch gegenüber dem österreichweiten Durchschnitt eine erhöhte Bedeutung zu. Die gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung stellt eine Ausnahme dar. Sie hat generell in Oberösterreich ein geringeres Gewicht als in Gesamtösterreich. Dahinter verbirgt sich die Tatsache, dass dieses Förderinstrument bisher hauptsächlich in Wien zum Einsatz kommt (vgl. Übersicht 16).

³²⁾ Insgesamt wurden im Jahr 2012 in Österreich 281.901 Personen neu gefördert, 245.368 mittels einer Qualifizierungsmaßnahme.

Übersicht 16: Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ, allen in OÖ und allen in Gesamtösterreich geförderten Personen, 2012

Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderten Personen

	Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ		OÖ		Österreich	
<i>Qualifizierung</i>						
AA	234	2,3	1.137	2,4	43.663	11,4
BO	728	7,3	4.300	9,0	33.817	8,8
QUAL	3.637	36,3	20.335	42,5	117.679	30,6
TRAIN	24	0,2	32	0,1	199	0,1
KK	461	4,6	3.705	7,7	46.444	12,1
<i>Beschäftigung</i>						
AST	74	0,7	864	1,8	3.566	0,9
EB	856	8,5	2.640	5,5	29.300	7,6
KOM	5	0,0	9	0,0	6.352	1,7
SÖB	359	3,6	1.241	2,6	7.113	1,8
GBP	331	3,3	1.198	2,5	5.976	1,6
SÖBÜ	96	1,0	357	0,7	19.241	5,0
<i>Unterstützung</i>						
BBE	3.210	32,1	11.994	25,1	71.324	18,5
Gesamt	7.705	100,0	36.527	100,0	281.901	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Wenn eine Person an mehreren Maßnahmenarten teilgenommen hat, wird sie zwar bei jeder der entsprechenden Maßnahmen gezählt, in Summe jedoch nur einmal. Für die Anteilsberechnung wird eine Person auch mehrfach gezählt.

Bei trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen handelt es sich zumeist um zielgruppenspezifische Angebote.

Wenn Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen an trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen (Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche, berufliche Orientierung, fachliche Qualifizierung, Training und Arbeitsstiftung) teilnehmen, dann handelt es sich zumeist um ein zielgruppenspezifisches Angebot.³³⁾ Bei insgesamt 7.705 MaßnahmenteilnehmerInnen, nahmen 5.264 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen an (mindestens) einer zielgruppenspezifischen Maßnahme teil. Beispielweise besuchten insgesamt 234 Personen einen Kurs zur aktiven Arbeitssuche, 213 davon einen speziell für diese Zielgruppe ausgerichteten. Seltener sind Unterstützungen in externen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Insgesamt nahmen 3.210 Personen mit einer gesundheitlichen Einschränkung mindestens einmal die Betreuung durch eine BBE in Anspruch; 1.763 Personen wurden durch eine BBE mit einem expliziten Fokus auf gesundheitlich eingeschränkte Personen betreut (vgl. Übersicht 17). Beschäftigungsförderungen werden, wie bereits erwähnt, in der Darstellung nicht berücksichtigt, da es kaum zielgruppenspezifische Angebote gibt.

³³⁾ Wie in Abschnitt 3.1. erläutert, werden zielgruppenspezifische Maßnahmen anhand einer von der LGS Oberösterreich zur Verfügung gestellten Liste zielgruppenspezifischer Angebote, der Projektträger „BBRZ“ und „Pro Mente“ sowie einschlägiger Schlagworte in der Projektbezeichnung identifiziert.

Übersicht 17: Im Rahmen von Trägerförderungen des AMS neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach Zielgruppenspezifität der Maßnahme, OÖ 2012

	Alle Maßnahmen		Zielgruppenspezifische Maßnahmen	
	Abs.	In %	Abs.	In %
AA	234	2,3	213	3,5
BO	728	7,3	637	10,5
QUAL	3.637	36,3	3.337	55,2
TRAIN	24	0,2	24	0,4
AST	74	0,7	73	1,2
BBE	3.210	32,1	1.763	29,2
Gesamt	7.705	100,0	5.264	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Nur bei Trägerförderungen ist Unterscheidung in zielgruppenspezifische und nicht zielgruppenspezifische Maßnahmen möglich. Gesamt beinhaltet alle Förderungen, nicht nur die Trägermaßnahmen mit Unterscheidbarkeit zwischen zielgruppen- und nicht zielgruppenspezifischer Ausrichtung.

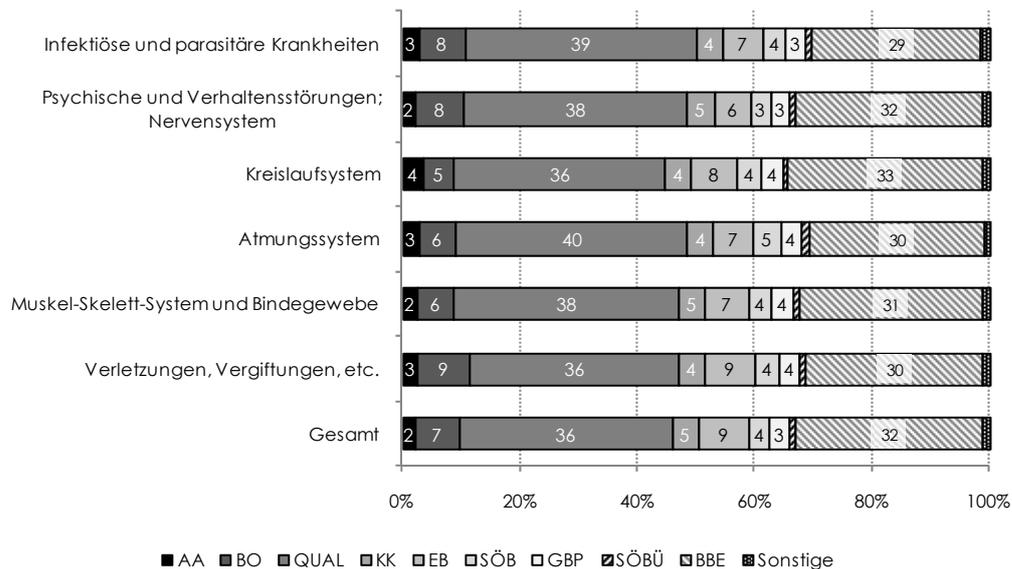
Unter gesundheitlich eingeschränkten Personen werden die Jungen unter 25 Jahren relativ häufig mittels beruflicher Orientierung und BBE unterstützt, während für Personen ab 25 Jahren fachliche Qualifizierung und geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt eine größere Rolle spielen. Fachliche Qualifizierung hat für Personen mit mittlerem oder höherem Ausbildungsniveau eine herausragende Bedeutung. Die Maßnahmen für Geringqualifizierte sind breiter gestreut.

Die Förderstruktur variiert nicht wesentlich nach Art der gesundheitlichen Einschränkung (vgl. Abbildung 14 und Übersicht 39 im Anhang).³⁴⁾ Sie unterscheidet sich aber zwischen nicht diagnosebezogenen Subgruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen, vor allem in Bezug auf Alter und Ausbildungsniveau (vgl. Abbildung 14, sowie Übersicht 38 und Übersicht 40 im Anhang):

- Während Junge (unter 25 Jahren) überproportional häufig AMS-Kurse zur beruflichen Orientierung besuchen, hat unter Personen ab 25 Jahren vor allem fachliche Qualifizierung ein höheres Gewicht. Geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt betrifft die Jungen weit weniger als ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt wird diese Subgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen relativ häufig in der Form von BBE unterstützt.
- Während unter Personen mit mittlerem oder höherem Ausbildungsniveau der fachlichen Qualifizierung eine herausragende Bedeutung zukommt, sind unter Geringqualifizierten (maximal Pflichtschulabschluss) die eingesetzten Maßnahmen breiter gestreut. Diese Subgruppe ist in Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche, in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (SÖB, GBP) und in BBE überproportional stark vertreten.

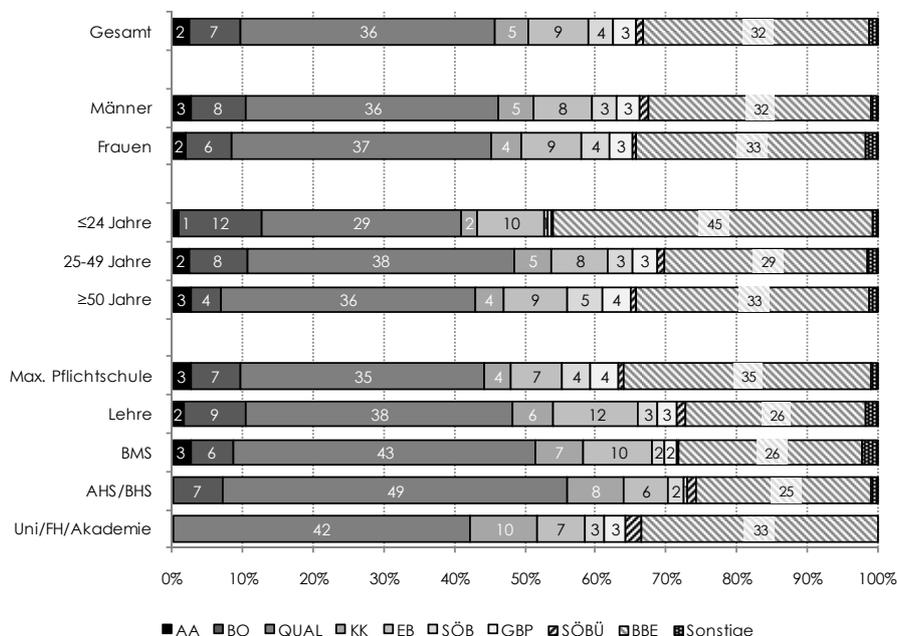
³⁴⁾ Der Umstand, dass sich Personen nicht selten in mehreren Diagnosegruppen finden, trägt zu einer Verringerung der beobachtbaren Unterschiede bei.

Abbildung 14: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Diagnosegruppe, OÖ 2012
 Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS in OÖ neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Abbildung 15: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Personenmerkmalen, OÖ 2012
 Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS in OÖ neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

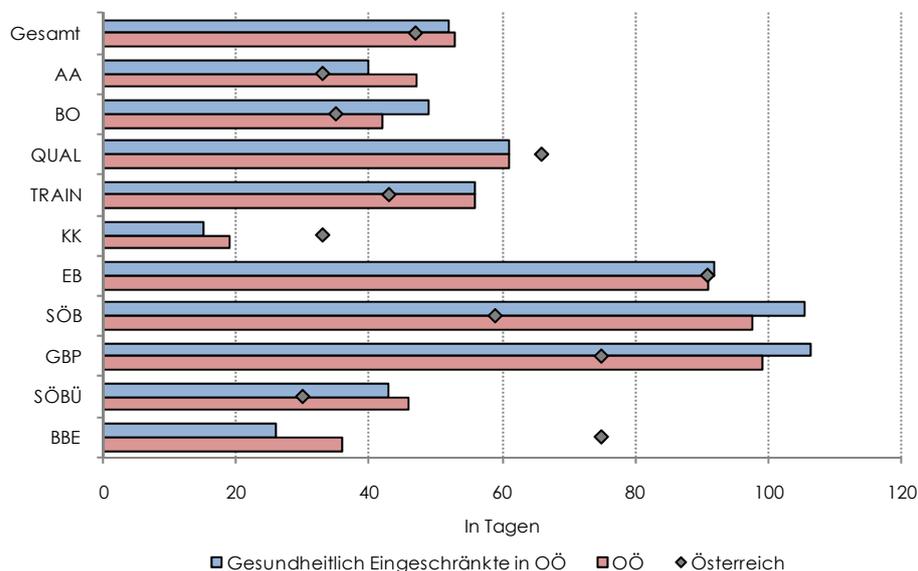
Die mittlere Dauer von Förderungen hebt sich bei gesundheitlich eingeschränkten Personen nicht wesentlich vom Medianwert aller Arbeitslosen in Oberösterreich ab. Größer sind die Unterschiede zwischen Oberösterreich und Gesamtösterreich insgesamt.

Abbildung 16 zeigt den Median der Förderdauer nach Maßnahmentyp; sie gibt also jene Dauer an, die von der Hälfte der Teilnahmen unterschritten bzw. überschritten wird (für die konkreten Werte siehe Übersicht 41 im Anhang):

- Bei Kursen zu aktiver Arbeitssuche und beruflicher Orientierung betrug die mittlere Dauer rund 1,5 Monate.
- Teilnahmen an trägerbezogenen fachlichen Qualifizierungen waren mit etwa zwei Monaten im Median deutlich länger als mittels Kurskostenbeihilfe finanzierte Qualifizierungen am freien Bildungsmarkt (halber Monat).
- Eingliederungsbeihilfen für Beschäftigungen am 1. Arbeitsmarkt wurden im Mittel drei Monate lang bezogen, während geförderte Beschäftigungen am 2. Arbeitsmarkt im Rahmen eines SÖB oder GBP zur Hälfte mindestens rund 3,5 Monate dauerten. Wesentlich kürzer waren Förderungen bei einem SÖBÜ (1,5 Monate).
- Betreuungen durch eine BBE sind in der Mehrheit relativ kurz angelegt, der Median der Teilnahmedauer liegt bei weniger als einem Monat.

Gesundheitlich eingeschränkte Maßnahmenteilnehmende in Oberösterreich unterscheiden sich in ihrer durchschnittlichen Förderdauer nicht wesentlich vom Durchschnitt aller im Bundesland geförderten Personen. Ausgeprägter sind die Unterschiede gegenüber dem gesamtösterreichischen Schnitt. Besonders auffallend ist die relativ zu Österreich längere mittlere Dauer geförderter Beschäftigungen in SÖB oder GBP und die relativ kurze Dauer in BBE. Für diese Differenzen Oberösterreichs zum Bundesschnitt sind vor allem die Spezifika der Arbeitsmarktförderung in Wien verantwortlich: In der Bundeshauptstadt verbleiben Arbeitslose mit Abstand am kürzesten auf einem Transitarbeitsplatz am 2. Arbeitsmarkt, während längere Betreuungen durch BBE dort häufiger sind.

Abbildung 16: Mittlere Dauern einer Förderung, 2012
Median, alle Förderungen mit Beginn 2012



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Ohne die seltenen Fördertypen AST (666 Tage) und KOM (196 Tage) mit deutlich längeren medianen Förderdauern. Auswertung auf der Ebene von Förderfällen, nicht geförderten Personen.

5.2. Förderungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nehmen im Laufe ihrer Arbeitslosigkeit eher an einer aktiven Maßnahme teil als andere Arbeitssuchende. Das liegt primär an ihrer längeren Arbeitslosigkeitsdauer. Hinzu kommt, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen in den ersten Monaten der Arbeitslosigkeit tendenziell häufiger gefördert werden als andere Arbeitssuchende. Dauert die Vormerkung jedoch länger an, werden Personen ohne arbeitsmarktrelevante Gesundheitsprobleme stärker in Förderangebote einbezogen als diejenigen mit Gesundheitsproblemen.

Anhand der im Jahr 2012 begonnenen Geschäftsfälle lässt sich ermitteln, welcher Anteil der Arbeitslosen im Laufe der Arbeitslosigkeit (mit mindestens einem Tag) in eine aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahme einbezogen wurde (Förderquote).

Arbeitssuchende mit gesundheitlichen Einschränkungen nahmen häufiger an mindestens einer Förderung teil als andere Arbeitslose: Während insgesamt in Oberösterreich ein gutes Viertel (26,9%) aller im Jahr 2012 in Arbeitslosigkeit zugegangener Personen im Laufe der Arbeitslosigkeit an einer Förderung teilnahmen, lag die Förderquote unter gesundheitlich eingeschränkten Personen bei 41,3%.

Diese höhere Förderquote kommt primär durch die längere Arbeitslosigkeitsdauer von gesundheitlich eingeschränkten Personen zustande: Während in dieser Personengruppe

40,0% nicht länger als drei Monate und 22,7% über ein Jahr lang in Arbeitslosigkeit verweilen, sind von der Gesamtheit aller Arbeitsloser in Oberösterreich 54,4% maximal drei Monate lang und „nur“ 11,6% über ein Jahr lang arbeitslos (vgl. Abbildung 17). Unter Kurzeitarbeitslosen, und insbesondere Kurzeitarbeitslosen ohne gesundheitliche Einschränkungen, ist die Förderquote erheblich geringer als unter länger Arbeitslosen (vgl. Abbildung 18).

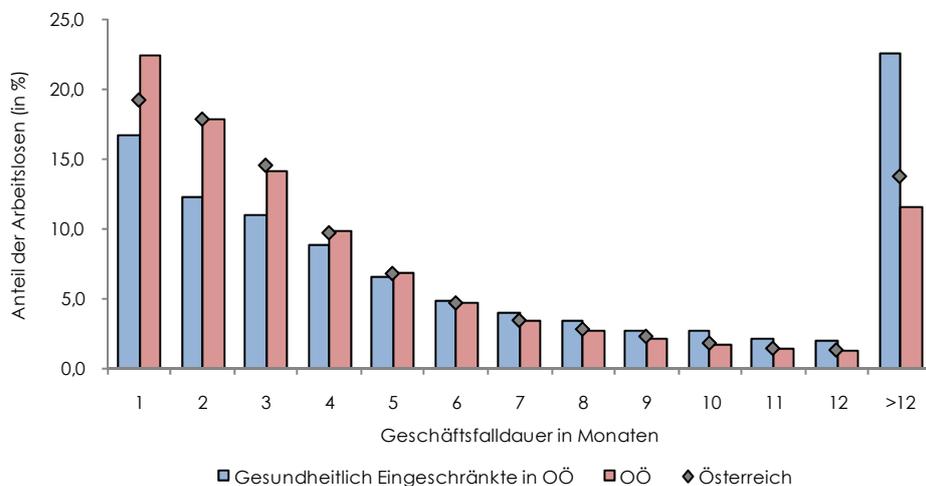
Hinzu kommt, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen in den ersten Monaten der Arbeitslosigkeit eher in eine Förderung einbezogen werden als andere Arbeitssuchende. Bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit nehmen Arbeitslose mit Gesundheitsproblemen allerdings seltener als Arbeitssuchende ohne Gesundheitsprobleme an einer Maßnahme teil. Dies geht aus zweierlei Vergleichen hervor:

- Während unter Personen, die nicht länger als sieben Monate arbeitslos sind, diejenigen mit gesundheitlicher Einschränkung eine höhere Förderquote aufweisen als diejenigen ohne gesundheitliche Einschränkung, ist es unter Arbeitslosen mit längerer Arbeitslosigkeitsdauer umgekehrt (vgl. Abbildung 18).
- Wenn bei der Berechnung der Förderquote nur die Personen berücksichtigt werden, die im jeweiligen Geschäftsfallmonat noch arbeitslos waren („bereinigte Förderquote“), dann ist sie in den ersten drei Monaten der Arbeitslosigkeit bei gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen höher als bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen. Im ersten Monat sind 8,8%, im zweiten Monat 15,2%, im dritten Monat 19,1% der noch in Arbeitslosigkeit befindlichen Personen in eine Maßnahme einbezogen. Die entsprechenden Vergleichswerte für die Gesamtheit aller Arbeitslosen in Oberösterreich liegen bei 7,2%, 12,8% und 18,1%. Danach nehmen gesundheitlich eingeschränkte Personen deutlich seltener an einer Förderung teil. Beispielweise wurden im sechsten Geschäftsfallmonat 29,8% der gesundheitlich Eingeschränkten und 36,0% aller Arbeitslosen in Oberösterreich gefördert, im 12. Monat 37,8% der gesundheitlich Eingeschränkten und 46,7% aller Arbeitslosen in Oberösterreich, im 24. Monat 34,1% der gesundheitlich Eingeschränkten und 47,7% aller Arbeitslosen in Oberösterreich (vgl. Abbildung 19).³⁵⁾

Im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) nahmen gesundheitlich eingeschränkte Personen im Laufe ihrer Arbeitslosigkeitsepisode an 1,03 Förderungen teil. Das ist deutlich mehr als bei der Gesamtheit aller Arbeitslosen in Oberösterreich (0,61) und gilt für alle näher betrachteten Diagnosegruppen (vgl. Übersicht 43).

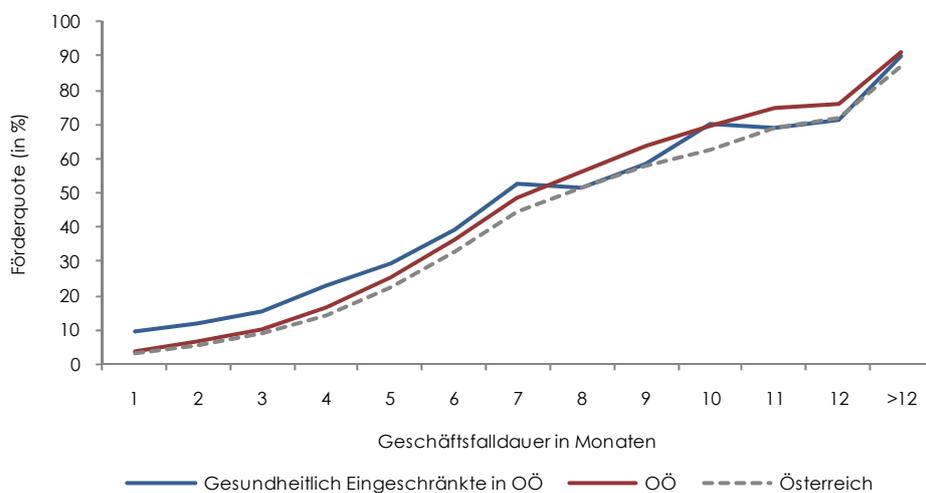
³⁵⁾ Unter gesundheitlich eingeschränkten Personen steigt der Anteil der Geförderten in den ersten zehn Monaten der Arbeitslosigkeit auf einen Höchstwert von 41,6%, um anschließend auf einem Niveau unter 40% zu verharren. Demgegenüber weist der Anteil unter allen Arbeitslosen in Oberösterreich ab dem 7. Monat des Geschäftsfalls durchgehend Werte zwischen 40% und 50% auf.

Abbildung 17: Verteilung der Arbeitslosen nach Geschäftsfalldauer
 Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

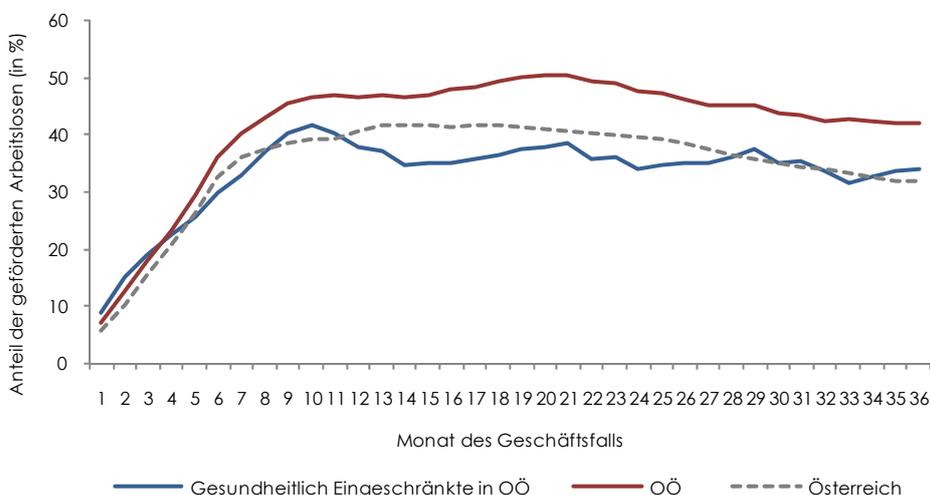
Abbildung 18: Förderquote nach Geschäftsfalldauer
 Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Abbildung 19: Bereinigte Förderquote nach Geschäftsfallmonat

Grundgesamtheit: Geschäftszugänge 2012; Anteil der Geförderten an allen im jeweiligen Geschäftsfallmonat noch in Arbeitslosigkeit befindlichen Personen



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Noch in Arbeitslosigkeit befindlich: Geschäftsfall wurde bis zum Ende des letzten Geschäftsfallmonats nicht beendet.

Frauen und Menschen unter 25 Jahren nehmen im Laufe ihres Geschäftsfalls häufiger an einer Förderung teil als Männer bzw. ältere Arbeitslose. Personen mit bereits länger zurückliegender Beschäftigung, Angehörige von Drittstaaten und WiedereinsteigerInnen haben eine relativ hohe Förderquote, Personen mit Einstellungszusage eine niedrige.

Hinsichtlich Diagnosegruppe sind keine systematischen Unterschiede in der (unbereinigten) Förderquote beobachtbar. Diese variiert jedoch teilweise in Bezug auf persönliche Merkmale der gesundheitlich eingeschränkten Personen (vgl. Übersicht 18):

- Die (unbereinigte) Förderquote ist mit 45,7% für Frauen höher als für Männer (38,8%).
- Arbeitslose unter 25 Jahren nehmen deutlich häufiger im Laufe ihres Geschäftsfalls irgendein Förderangebot in Anspruch als Personen ab 25 Jahren. Sogar unter den Kurzeitarbeitslosen (bis zu drei Monate) wird beinahe jede zweite Person gefördert (48,2%). Bei dieser Personengruppe wird demnach früher interveniert.
- Durchaus markante Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich der Nationalität. Dabei sticht besonders eine hohe Förderquote bei gesundheitlich eingeschränkten Personen mit sonstiger Nationalität (weder EU noch Türkei oder ehemaliges Jugoslawien; insbesondere Rumänien und Afghanistan) hervor. In dieser Personengruppe nehmen insgesamt 60,2% im Laufe ihrer Arbeitslosigkeit an einer Förderung teil. Fast alle derjenigen mit Geschäftsdauer über einem Jahr (98,4%) werden gefördert.
- WiedereinsteigerInnen sind eine weitere Gruppe mit relativ hoher Förderquote.

- Personen mit Einstellungszusage bzw. Wiedereinstellung bei ihrem früheren Arbeitgeber sind umgekehrt eine vergleichsweise selten geförderte Personengruppe. Erst bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit werden auch sie in Unterstützungsangebote einbezogen.
- Maßnahmenteilnahmen sind dann häufiger und setzen auch bereits früher während der Arbeitslosigkeit an, wenn die letzte ungeforderte Beschäftigung bereits länger zurückliegt.

Übersicht 18: Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose mit mindestens einer Förderung während dem Geschäftsfall nach Personengruppen, OÖ 2012

Anteil in % aller gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Geschäftszugang in OÖ 2012

	Gesamt	GF-Dauer			
		≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
Gesamt	41,3	12,0	29,2	60,5	89,8
<i>Geschlecht</i>					
Frauen	45,7	14,1	35,0	63,2	88,9
Männer	38,8	11,0	26,0	58,7	90,4
<i>Altersgruppe</i>					
15-24	68,9	48,2	64,0	82,3	94,4
25-49	39,3	10,6	28,7	60,8	91,7
50-64	42,1	11,2	27,9	58,4	87,1
<i>Ausbildungsniveau</i>					
Max. Pflichtschule	42,9	12,2	29,6	61,2	89,0
Lehre	38,2	11,8	28,1	58,7	90,9
BMS	49,6	9,3	41,7	58,3	88,6
AHS/BHS	43,3	10,8	28,8	68,4	95,0
Uni/FH/Akademie	41,0	12,7	28,6	59,2	90,0
<i>Nationalität</i>					
InländerIn	41,1	12,0	29,6	59,5	90,0
Deutschland	33,9	5,7	22,0	62,5	90,0
EU15 (ohne AT, DE)	41,9	0,0	40,0	60,0	80,0
Türkei	44,9	11,5	34,5	69,0	87,0
Ehem. Jugosl. (ohne SI, HR)	39,2	9,0	28,5	64,3	88,9
EU2004	31,0	8,3	18,2	46,2	88,9
EU2007/2013	39,8	6,0	24,4	72,9	91,7
Sonstiger Staat	60,2	15,7	48,6	70,0	98,4
<i>Kinderzahl (Frauen)</i>					
0 Kinder	40,7	11,9	27,8	60,0	90,7
1 Kind	43,9	14,0	36,0	64,1	86,8
2 Kinder	40,8	11,1	31,9	60,8	85,6
3 oder mehr Kinder	45,2	11,0	32,5	59,4	88,8
<i>Besondere Personengruppen</i>					
WiedereinsteigerIn	53,2	15,8	45,1	63,3	88,8
Einstellzusage	11,3	5,9	10,4	36,2	82,8
Wiedereinstellung beim frühere Arbeitgeber	12,6	2,9	13,5	53,8	94,5
<i>(GF-)Arbeitslosigkeit in letzten 2 Jahren</i>					
≤92 Tage	39,1	12,3	33,4	63,6	90,2
93-183 Tage	33,7	8,6	21,8	56,9	89,0
>183 Tage	50,8	15,5	28,8	58,1	89,8
<i>(GF-)Arbeitslosigkeit in letzten 5 Jahren</i>					
≤183 Tage	38,1	12,7	33,3	62,9	90,1
184-366 Tage	35,3	9,7	28,7	59,5	90,1
>366 Tage	48,9	13,1	25,3	58,4	89,5
<i>Krankengeldbezug während AL in letzten 2 Jahren</i>	45,8	12,8	30,8	59,0	88,9
<i>Krankengeldbezug während USB in letzten 2 Jahren</i>	43,0	13,0	45,0	61,0	90,9
<i>Distanz zur letzten USB</i>					
≤90 Tage	30,4	8,8	21,8	56,9	90,6
91-366 Tage	49,5	20,3	44,2	62,4	91,6
>366 Tage	59,6	20,4	40,0	62,7	88,9
Keine	52,4	15,6	46,4	69,0	91,5

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – GF: Geschäftsfall. Sonstiger Staat: Ohne die Länder der EU, Türkei und ehemaliges Jugoslawien (ohne Serbien und Kroatien).

Gesundheitlich eingeschränkte Personen nahmen im Laufe der Arbeitslosigkeit an allen Fördertypen mit Ausnahme von Arbeitsstiftungen, eher teil als sonstige Arbeitslose.

Wie bereits beschrieben, wurden insgesamt 41,3% aller gesundheitlich eingeschränkten Personen mindestens einmal im Laufe ihres Geschäftsfalls gefördert. Das ist ein deutlich höherer Anteil als unter der Gesamtheit aller Arbeitslosen in Oberösterreich (26,9%). Dabei nahmen Personen mit einem vermittlungsrelevanten Gesundheitsproblem an allen Maßnahmenarten mit Ausnahme von Arbeitsstiftungen eher teil als sonstige Arbeitslose (vgl. Übersicht 19). 22,2% aller gesundheitlich eingeschränkten Personen wurden mindestens einmal durch eine BBE betreut. Das ist ein doppelt so hoher Prozentsatz wie unter allen Arbeitslosen in Oberösterreich (10,5%). Ein ähnlich hoher Anteil erhielt eine trägerbezogene, fachliche Qualifizierung (21,2%; Oberösterreich 16,0%). 7,5%, und damit wiederum ein doppelt so hoher Prozentsatz wie im gesamten Bundesland (3,2%), nahmen eine mittels EB geförderte Beschäftigung auf. Ein im Vergleich zu anderen Personengruppen ebenfalls hoher Anteil war in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (SÖB 2,9%, GBP 2,1%, SÖBÜ 1,2%)³⁶⁾ zu verzeichnen.

³⁶⁾ Hinsichtlich Diagnosegruppe bestehen keine großen Unterschiede. Am ehesten sticht in einem Vergleich hervor, dass Personen mit Verletzungen oder Vergiftungen mit einem Anteil von 17,8% zwar immer noch häufiger als im oberösterreichischen Durchschnitt, aber seltener als gesundheitlich eingeschränkte Personen mit anderen Diagnosen durch BBE betreut werden.

Übersicht 19: Anteil der im Laufe eines Geschäftsfalls geförderten Arbeitslosen nach Maßnahmentyp

Personen mit Geschäftsfallzugang 2012

Gesundheitlich eingeschränkte Personen in OÖ					
	Gesamt	≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
AA	1,6	0,1	0,1	1,4	5,7
BO	6,3	0,5	2,1	6,1	20,4
QUAL	21,2	1,1	6,8	28,7	64,3
TRAIN	0,1	0,0	0,0	0,2	0,4
KK	3,3	0,7	2,8	4,7	7,5
AST	0,6	0,0	0,0	0,3	2,5
EB	7,5	5,4	6,4	8,8	11,2
KOM	1,9	0,0	0,0	3,6	5,8
SÖB	2,9	0,3	1,6	3,6	8,1
GBP	2,1	0,4	1,4	3,7	4,7
SÖBÜ	1,2	0,0	0,3	0,7	4,7
BBE	22,2	4,5	14,5	30,0	54,8
Gesamt	41,3	12,0	29,2	60,5	89,8
OÖ					
	Gesamt	≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
AA	1,1	0,0	0,4	1,5	6,7
BO	4,3	0,5	2,3	7,7	22,4
QUAL	16,0	1,3	9,8	38,8	72,0
TRAIN	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
KK	3,5	1,0	3,6	8,1	9,8
AST	0,8	0,0	0,1	0,5	6,4
EB	3,2	1,3	2,8	6,4	9,9
KOM	0,6	0,0	0,0	1,5	3,6
SÖB	1,1	0,1	0,5	1,8	5,8
GBP	0,9	0,1	0,5	1,7	4,2
SÖBÜ	0,5	0,0	0,1	0,4	3,7
BBE	10,5	2,6	8,4	19,7	41,3
Gesamt	26,9	6,5	24,1	61,3	91,2
Österreich					
	Gesamt	≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
AA	4,9	0,5	2,6	8,5	22,0
BO	4,7	0,5	2,4	8,3	20,3
QUAL	12,7	1,0	6,8	25,3	53,3
TRAIN	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
KK	5,2	0,8	3,3	10,0	20,0
AST	0,4	0,0	0,1	0,5	2,5
EB	4,4	1,3	3,8	8,6	13,0
KOM	0,9	0,0	0,1	2,0	4,4
SÖB	0,8	0,1	0,3	0,9	4,2
GBP	0,7	0,1	0,3	0,9	3,0
SÖBÜ	2,3	0,1	0,7	2,8	12,6
BBE	8,5	1,5	5,0	13,1	35,8
Gesamt	26,8	5,6	21,4	56,3	86,9

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Im Durchschnitt wurden gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose an 17,9% ihrer Geschäftsfalltage in eine aktive Arbeitsmarktförderung einbezogen. Das ist ein deutlich höherer Zeitanteil als unter allen Arbeitssuchenden in Oberösterreich.

Gesundheitlich eingeschränkte Personen wurden in Oberösterreich im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) an 17,9% ihrer Geschäftsfalltage gefördert, gegenüber 11,7% im gesamten Bundesland. Die höchsten Zeitanteile entfallen auf BBE (5,2%), EB und trägerbezogene Qualifizierung (jeweils 4,9%). Von den betrachteten Diagnosegruppen verbringen anteilmäßig Arbeitslose mit psychischen Problemlagen die meiste Zeit in einer Förderung (17,8%).³⁷⁾ Diese Subgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen weist die höchsten Zeitanteile unter anderem von BBE und trägerbezogener fachlicher Qualifizierung auf. Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes (13,4%) sind unter den betrachteten Diagnosegruppen die Subgruppe mit der anteilmäßig geringsten in einer Förderung verbrachten Zeit (vgl. Übersicht 20).

*Übersicht 20: Durchschnittlicher Anteil der Fördertage an den Geschäftsfalltagen
Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012*

	Gesamt	AA	BBE	BO	EB	GBP	KK	QUAL	SÖB	SÖBÜ	Sonst.
	In %										
Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ	17,9	0,2	5,2	1,1	4,9	0,1	0,5	4,9	0,4	0,1	0,5
infektiöse und parasitäre Krankheiten	16,3	0,1	4,8	1,2	3,5	0,2	0,3	5,0	0,3	0,1	0,6
psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	17,8	0,2	5,8	1,3	3,1	0,2	0,6	5,6	0,4	0,1	0,7
Kreislaufsystem	14,4	0,2	5,1	0,8	2,1	0,2	0,3	4,0	1,0	0,1	0,4
Atmungssystem	16,2	0,2	4,3	1,0	3,6	0,1	0,4	5,0	1,0	0,1	0,4
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	13,4	0,2	4,0	0,8	2,3	0,2	0,4	4,7	0,3	0,1	0,5
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	14,5	0,2	4,2	1,1	3,2	0,2	0,4	4,5	0,3	0,1	0,5
OÖ	11,7	0,1	3,0	0,9	1,1	0,1	0,7	5,1	0,2	0,1	0,6
Österreich	10,8	0,5	3,2	0,7	0,8	0,1	0,8	3,9	0,1	0,3	0,3

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. Der Gesamtdurchschnitt von 17,9% bezieht sich auf die Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Personen, nicht nur diejenigen mit einer der sechs näher betrachteten Diagnosen.

BBE sind ein häufiges Element im Maßnahmenmix. Sie spielen bei gesundheitlich eingeschränkten Personen – im Unterschied zu anderen Arbeitssuchenden – sogar eine noch dominantere Rolle als trägerbezogene fachliche Qualifizierung.

³⁷⁾ Der Gesamtdurchschnitt von 17,9% bezieht sich auf die Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Personen. Arbeitslose mit psychischen Problemlagen weisen unter den sechs betrachteten Diagnosegruppen den höchsten durchschnittlichen Zeitanteil auf.

Werden nicht nur einzelne Förderungen, sondern auch Kombinationen aus mehreren, während eines Geschäftsfalls vorkommenden Fördertypen betrachtet, so zeigt sich, dass BBE ein häufiges Element im Maßnahmenmix sind. 7,9% der gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Eintritt der Arbeitslosigkeit im Jahr 2012 wurden während ihres Geschäftsfalls ausschließlich mittels BBE gefördert, 5,3% mittels BBE und trägerbezogener fachlicher Qualifizierung. Darüber hinaus taucht dieser Maßnahmentyp auch des Öfteren als Element in einem Maßnahmenmix mit Beruflicher Orientierung, mit Beruflicher Orientierung und Qualifizierung (jeweils 1,1%), mit EB (0,7%) und mit EB und trägerbezogener fachlicher Qualifizierung (0,6%) auf. Daneben bildet trägerbezogene fachliche Qualifizierung ein häufiges, in unterschiedlichen Maßnahmenkombinationen auftretendes Element.

Wird mittels einer Sequenzmusteranalyse die zeitliche Abfolge von Förderungen betrachtet, dann bilden immer noch BBE (7,9%) bzw. QUAL (6,8%) die beiden am häufigsten vorkommenden Ketten aus einzelnen oder mehreren aufeinanderfolgenden Förderungen. Als dritthäufigstes Fördermuster folgt eine ausschließliche Förderung mittels EB (3,3%), an vierter Stelle ein Fördermuster aus BBE und anschließender trägerbezogener fachlicher Qualifizierung (2,5%), an fünfter Stelle das umgekehrte Muster aus trägerbezogener fachlicher Qualifizierung und darauf folgender BBE (1,4%). Unter allen Arbeitslosen in Oberösterreich sind BBE zwar auch ein wichtiges, aber weniger dominantes Element im Maßnahmenmix. Trägerbezogene, fachliche Qualifizierung tritt hier noch häufiger auf (vgl. Übersicht 21).

Übersicht 21: Die häufigsten Förderkombinationen und Fördersequenzen im Laufe eines Geschäftsfalls

Grundgesamtheit: Geschäftsfall-Zugänge von gesundheitlich eingeschränkten Personen, OÖ 2012

Kombinationen von Förderungen	Abs.		Fördersequenzen	Abs.	
	Abs.	In %		Abs.	In %
Gesundheitlich eingeschränkte Personen in OÖ					
BBE	876	7,9	BBE	876	7,9
QUAL	750	6,8	QUAL	750	6,8
BBE-QUAL	581	5,3	EB	364	3,3
EB	364	3,3	BBE-QUAL	272	2,5
BBE-BO	126	1,1	QUAL-BBE	149	1,4
BBE-BO-QUAL	120	1,1	KK	118	1,1
KK	118	1,1	BO	99	0,9
EB-QUAL	101	0,9	BBE-QUAL-BBE	95	0,9
BO	99	0,9	QUAL-EB	90	0,8
BO-QUAL	97	0,9	BBE-EB	73	0,7
BBE-EB	80	0,7	BBE-BO	69	0,6
BBE-EB-QUAL	71	0,6	BO-QUAL	62	0,6
GBP	55	0,5	GBP	55	0,5
SÖB	44	0,4	SÖB	44	0,4
QUAL-SÖB	42	0,4	QUAL-SÖB	41	0,4
KK-QUAL	41	0,4			
BBE-KK-QUAL	40	0,4			
oö					
QUAL	7.721	7,4	QUAL	7.721	7,4
BBE	4.069	3,9	BBE	4.069	3,9
BBE-QUAL	2.534	2,4	KK	1.561	1,5
KK	1.561	1,5	EB	1.293	1,2
EB	1.293	1,2	BBE-QUAL	1.262	1,2
BO-QUAL	1.119	1,1	BO	1.004	1,0
BO	1.004	1,0	BO-QUAL	811	0,8
BBE-BO-QUAL	799	0,8	QUAL-BBE	631	0,6
KK-QUAL	655	0,6	QUAL-EB	548	0,5
EB-QUAL	614	0,6	AST	519	0,5
AST	519	0,5			
BBE-BO	427	0,4			

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

6. Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen

6.1. Empirisches Untersuchungsdesign

Strategie zur Identifikation kausaler Effekte

Zur Ermittlung von Fördereffekten auf die weitere berufliche Laufbahn der geförderten Personen wird ein Matching-Verfahren angewendet. Dabei werden die Arbeitsergebnisse der MaßnahmenteilnehmerInnen mit den Arbeitsergebnissen von sehr ähnlichen Arbeitslosen ohne Teilnahme verglichen.

In der mikroökonomischen Wirkungsanalyse wird ermittelt, inwieweit die vom AMS gesetzten Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik zu einer Verbesserung der Beschäftigungschancen der geförderten Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen beitragen. Dies erfolgt anhand eines Vergleichs der nachfolgenden Erwerbsintegration zwischen MaßnahmenteilnehmerInnen („Treatmentgruppe“) und ähnlichen Arbeitslosen ohne Maßnahmenteilnahme („Kontrollgruppe“).

Hintergrund für einen solchen „Kontrollgruppenvergleich“ ist das sogenannte „fundamentale Evaluationsproblem“ (Holland, 1986): In der modernen Evaluationsforschung herrscht ein kontrafaktisches Konzept der Kausalität vor. Diesem zufolge wird der kausale Effekt einer Maßnahme durch die Differenz zwischen dem faktisch eingetretenen Arbeitsergebnis der TeilnehmerInnen und dem hypothetischen Ergebnis definiert, das die TeilnehmerInnen im kontrafaktischen Fall einer Nicht-Teilnahme erzielt hätten. In anderen Worten ist der Erfolg einer Maßnahme danach zu beurteilen, wie es den MaßnahmenteilnehmerInnen im Vergleich zur hypothetischen Situation ergangen ist, in der sie nicht an der Maßnahme teilgenommen hätten. Das fundamentale Evaluationsproblem liegt darin, dass sich für die Geförderten nicht beobachten lässt, welches Arbeitsergebnis sie erzielt hätten, wenn sie nicht an der Förderung teilgenommen hätten. Dieses hypothetische Ergebnis muss anhand einer angemessenen Kontrollgruppe geschätzt werden, um den angestrebten Vergleich zwischen Teilnahme und Nicht-Teilnahme zu ermöglichen.

Ein unmittelbarer Vergleich zwischen MaßnahmenteilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen würde in der Regel zu einer verzerrten Schätzung von Maßnahmeneffekten führen, da die Förderteilnahme nicht zufällig ist: Die geförderten Personen unterscheiden sich von den nicht geförderten Arbeitslosen in Merkmalen, die potenziell Einfluss auf die Förderwahrscheinlichkeit und die vorab bestehenden Arbeitsergebnisse haben. Bei einem unmittelbaren Vergleich wäre ein gemessener Unterschied in den Arbeitsergebnissen nicht (ausschließlich) auf die Maßnahmenteilnahme, sondern (auch) auf diese Merkmalsunterschiede – die Selektivität der Förderung – zurückzuführen. Eine derartige „Selektionsverzerrung“ gilt es durch eine geeignete „Identifikationsstrategie“ zu vermeiden (vgl. Imbens – Wooldridge, 2009, Angrist – Pischke, 2009).

In der vorliegenden Wirkungsanalyse wird ein dynamischer statistischer Matching-Ansatz angewendet, konkret ein „Nearest Neighbour Propensity Score Matching“-Verfahren (vgl. *Rosenbaum – Rubin, 1983*).³⁸⁾ Kurz gefasst, werden hierbei die (durchschnittlichen) Arbeitsergebnisse der Geförderten mit den (durchschnittlichen) Arbeitsergebnissen von ungeförderten „statistischen Zwillingen“ verglichen, die den Geförderten in den relevanten beobachtbaren Eigenschaften sehr ähnlich sind (für eine detailliertere Beschreibung des mehrstufigen Verfahrens siehe Kasten).

Technik des gewählten Nearest-Neighbour-Propensity-Score-Matching-Verfahrens

Das Verfahren ist mehrstufig:

- Zuerst wird mittels eines Discrete-Choice-Modells für alle Personen die Maßnahmenteilnahmewahrscheinlichkeit (der sogenannte „Propensity score“) geschätzt. Im konkreten Fall wurde ein Logit-Modell gewählt. In die Schätzung gingen zahlreiche soziodemographische Merkmale, regionale Charakteristika, Indikatoren der Kontaktintensität zum AMS, Informationen zu bisherigen Förderteilnahmen sowie zur bisherigen Erwerbslaufbahn ein.
- In einer zweiten Stufe werden die geschätzten „Propensity Scores“ benutzt, um jeder geförderten Person eine begrenzte Zahl nicht geförderter Personen zuzuordnen, die ihr im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit einer Maßnahmenteilnahme am ähnlichsten sind („nearest neighbour“). Um sicherzugehen, dass einander nur sehr ähnliche Personen zugeordnet werden, wird ein bestimmter „Caliper“ festgelegt, d.h. es werden nur Paare aus Teilnehmerinnen und Nicht-Teilnehmerinnen zugelassen, deren Unterschied im Propensity score ein bestimmtes Toleranzniveau nicht übersteigt.
- Wenn einmal durch das Matching-Verfahren sichergestellt ist, dass die beobachtbaren Merkmale der Vergleichsgruppe im Durchschnitt jenen der Geförderten entsprechen, kann in einem letzten Schritt der durchschnittliche kausale Effekt einer Förderteilnahme für die TeilnehmerInnen („Average Treatment effect on the Treated“) als Differenz zwischen den Arbeitsergebnissen der Geförderten und der zugematchten ungeförderten Personen ermittelt werden (vgl. *Heckman – Ichimura – Todd, 1997, Imbens, 2004, Imbens – Wooldridge, 2009*).

Im Wesentlichen müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein, damit dieses Matching-Verfahren angewendet werden kann: Erstens müssen in den Daten ausreichende Informationen verfügbar sein, um Geförderte und Ungeförderte in allen für die Maßnahmenteilnahme und das Ergebnis der Maßnahmenteilnahme relevanten Charakteristika abbilden zu können. Zweitens bedarf es einer ausreichend großen Zahl an vergleichbaren ungeförderten Personen.

³⁸⁾ Zusätzlich erfolgt ein exaktes Matching auf (1) das betrachtete Quartal des Jahres 2012, (2) das 2-Wochen-Fenster des Förderzugangs der Geförderten, (3) die bisherige Geschäftsfalldauer sowie (4) teilweise (je nach konkreter Schätzung) die Erwerbsintegration (Arbeitslosigkeit, ungeförderte bzw. geförderte Beschäftigung) in der Vorkarriere.

Datengrundlage der Wirkungsanalyse

Die Wirkungsanalyse basiert auf Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Daten des AMS Österreich und Informationen zu Krankenstandsdiagnosen aus den OÖGKK-Daten. Diese reichhaltige Informationsgrundlage erlaubt die Beobachtung zahlreicher relevanter Merkmale der untersuchten Personen – eine Grundvoraussetzung für die Wirkungsanalyse.

In die vorliegende Wirkungsanalyse können, auf Basis der Verknüpfung von Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, des AMS Österreich und der OÖGKK, zahlreiche Informationen zu den Arbeitslosen einbezogen werden, die von einer Fülle von personenbezogenen Merkmalen über detaillierte Erwerbshistorien, Leistungsbezüge, und AMS-Kontakte bis hin zu vielfältigen Aspekten der Wohn- bzw. Arbeitsmarktregion sowie Diagnoseinformationen reichen (siehe Kasten für eine Liste der beim Matching verwendeten Kontrollvariablen³⁹⁾). Diese umfangreichen Informationen rechtfertigen die Annahme, dass die wesentlichen, die Wahrscheinlichkeit einer Förderteilnahme und die nachfolgende Erwerbsintegration beeinflussenden Faktoren beobachtbar sind und somit die kausale Wirkung einer Maßnahmenteilnahme anhand des beschriebenen Vergleichs zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen ermittelt werden kann.

Set an verwendeten Kontrollvariablen

- Betrachtetes Quartal der Arbeitslosigkeit (1/2012 bis 4/2012),
- bisherige Geschäftsfalldauer bis zum Beginn des betrachteten Quartals,
- Betroffenheit von Langzeitbeschäftigungslosigkeit⁴⁰⁾ bzw. von einer arbeitsmarktfernen Position zum Beginn des betrachteten Quartals⁴¹⁾,
- AMS-Zone zu Beginn des betrachteten Quartals (Dummy, ob Beratungszone),
- Art und Höhe der zu Geschäftsfallbeginn bezogenen Leistung aus der Arbeitslosenversicherung,
- Bezug einer Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) zu Geschäftsfallbeginn,
- personenbezogene Merkmale (Geschlecht, Alter, Bildungsniveau, Wiedereinstieg, Familienstand, Zahl und Alter von Kindern, Nationalität, Einbürgerung, Migrationshintergrund),
- Diagnoseinformation aus der Analyse der OÖGKK-Daten (Dummies, ob Vorliegen der Diagnosen mit ICD-Code 1, 5/6, 9, 10, 13 bzw. 19),

³⁹⁾ Personenbezogene Merkmale aus den AMS-Daten werden grundsätzlich zum Zeitpunkt des Quartalsbeginns gemessen. Herangezogen wird die erste Information ab Quartalsbeginn. Falls es bis zum aktuellen Rand keine Information gibt, wird die erste Information vor diesem Stichtag verwendet.

⁴⁰⁾ Langzeitbeschäftigungslos: zum Quartalsstichtag bereits länger als 365 Tage laufender Geschäftsfall.

⁴¹⁾ Arbeitsmarktferne Position: in den letzten 12 Monaten in Summe maximal 62 Tage in Standardbeschäftigung (geförderte oder ungeförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt) und mindestens 120 Tage arbeitslos mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus.

- Vorliegen eines gesetzlichen Behindertenstatus oder einer sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung laut AMS zum Stichtag Quartalsbeginn,
- Beschäftigungsstatus an den Stichtagen 2 Wochen, 3 Monate, 6 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre vor Beginn des betrachteten Quartals,
- detaillierte Erwerbshistorien (Tagesvolumina in unterschiedlichen Erwerbszuständen in den letzten 2, 5, 10 bzw. 15 Jahren vor Quartalsbeginn: registrierte Arbeitslosigkeit, Schulung, Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus, geförderte unselbständige Beschäftigung am 1. bzw. 2. Arbeitsmarkt, ungeförderte unselbständige Beschäftigung, selbständige Beschäftigung, gesicherte erwerbsferne Position (exklusive Pension),
- Krankengeldbezüge während Arbeitslosigkeit bzw. unselbständiger Beschäftigung in den letzten 2, 5, 10 bzw. 15 Jahren vor Geschäftsfallzugang,
- Zeitliche Distanz zum letzten Beschäftigungsverhältnis vor dem Quartalsbeginn, Einkommen, Branche und Beruf der letzten Tätigkeit (allgemein und spezifisch bezogen auf die letzte ungeförderte unselbständige Beschäftigung mit einer Mindestdauer von 63 Tagen),
- Detaillierte Förderhistorie: zeitliche Distanz und Art der letzten Förderung vor Quartalsbeginn; quartalsweise Dummies, ob BBE in den letzten acht Quartalen, ob Bildungsmaßnahme (AA, BO, KK, AST) bzw. Beschäftigungsmaßnahme (EB, KOM, SÖB, GBP, SÖBÜ) in den letzten zwei Jahren (je nach Schätzung teilweise noch deutlich detaillierter, fallweise weniger detailliert),
- Kontakte zum AMS und erhaltene Vermittlungsvorschläge in den zwei Jahren vor Quartalsbeginn,
- Merkmale der Wohnregion, darunter insbesondere Indikatoren der regionalen Arbeitsmarktbedingungen:
 - *Bundesland* des Wohnorts (der regionalen Geschäftsstelle des AMS),
 - *Arbeitsmarktbezirk*: Arbeitslosenquote, Langzeitarbeitslosen-Quote, Stellenandrangsziffer, durchschnittliche Brutto-Geschäftsfalldauer; teilweise auch Häufigkeit von Wiedereinstellungen beim früheren Arbeitgeber, Arbeitslosenquote nach Geschlecht und Altersgruppen, Anteil der niedrig/mittel/hochqualifizierten sowie der gesundheitlich beeinträchtigten Personen an den Arbeitslosen (Struktur der Arbeitslosen), Langzeitarbeitslosen-Quote nach Geschlecht, durchschnittliches Arbeitslosengeld- bzw. Notstandshilfe-Leistungsniveau, Stellenandrangsziffer nach Geschlecht,
 - *NUTS-3-Ebene*: Bevölkerungsdichte und Bruttoregionalprodukt (BRP) pro Kopf (zu laufenden Preisen) (nur bei einem Teil der Schätzungen),
 - *Politischer Bezirk*: Anteil ausländischer Staatsangehöriger, Erwerbstätigenquote der 15- bis 64-Jährigen, Anteil der Personen mit Sekundar- bzw. Tertiärabschluss, Anteil der AuspendlerInnen an den aktiv Erwerbstätigen, Zahl der Unternehmen, Zahl der Arbeitsstätten und Zahl der Beschäftigten in den Arbeitsstätten (jeweils zum Stand 2013) (nur bei einem Teil der Schätzungen).⁴²⁾

⁴²⁾ Die letztlich verwendeten Variablen unterscheiden sich von Schätzung zu Schätzung, ebenso wie die Größe des Calipers.

Grenzen des Analysepotenzials

Die Voraussetzung einer ausreichend großen Zahl vergleichbarer Kontrollpersonen ist nur für einen Teil der angestrebten Vergleiche gegeben. Zentrale Ursache ist eine von vornherein geringe Fallzahl.

Die zweite Voraussetzung für ein Matching-Verfahren neben der Möglichkeit zur Beobachtung der relevanten Merkmale in den Daten – eine ausreichend große Zahl an vergleichbaren ungeförderten Personen – ist nur für einen Teil der angestrebten Vergleiche erfüllt. Ursprünglich angestrebt wurde, zusätzlich zu einem Vergleich zwischen der Teilnahme an einer Maßnahme und einer Nicht-Teilnahme, auch die Teilnahme an einer Maßnahme direkt mit der (gleichzeitigen) Teilnahme an einer anderen Maßnahme zu vergleichen.⁴³⁾ Optimalerweise könnten alle Maßnahmen paarweise miteinander verglichen werden, die in einer bestimmten Arbeitslosigkeitssituation plausible Alternativen darstellen.⁴⁴⁾ Beide Arten von Vergleichen würden nicht nur für die Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen, sondern auch differenziert nach Diagnosegruppe umgesetzt. Ein besonderes Erkenntnisinteresse gilt nämlich der Frage, welche Typen von Maßnahmen für welche Gruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen wirken. Zudem könnte optimalerweise hinsichtlich Programminhalts zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen unterschieden werden. Mangels einer ausreichend großen Zahl an vergleichbaren Kontrollpersonen ist allerdings nur ein Teil der angestrebten Vergleiche realisierbar.

Zentrale Ursache dafür ist eine – trotz Rückgriff auf Vollerhebungen – von vornherein geringe Fallzahl⁴⁵⁾, die durch mehrere Umstände begründet ist: (i) Aufgrund der Einschränkung auf das Bundesland Oberösterreich und hierin auf die Personengruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen ist die untersuchte Grundgesamtheit von vornherein gering. (ii) Diese reduziert sich weiter durch den Fokus auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an einer bestimmten Maßnahme (im Jahr 2012). Wie in Kapitel 5 dargelegt, wurden im Jahr 2012 in Oberösterreich insgesamt nicht mehr als 7.705 Personen neu gefördert. (iii) Mit dem Fokus auf einzelne Subgruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen wird die betrachtete Personengruppe noch kleiner. (iv) Hinzu kommen die mit der Notwendigkeit verbundenen Einschränkungen, im Zuge der Wirkungsanalyse MaßnahmenteilnehmerInnen nur mit ähnlichen gesundheitlich eingeschränkten Personen zu vergleichen, die zur gleichen Zeit

⁴³⁾ Getestet wurde die Möglichkeit eines Vergleichs zwischen sehr ähnlichen Personen mit Zugang in Maßnahme A („Treatmentgruppe“) und Zugang in Maßnahme B im gleichen Kalendermonat des Jahres 2012 („Kontrollgruppe“).

⁴⁴⁾ Direkte Programmvergleiche sind a priori nur für zwei Maßnahmen sinnvoll, die auch tatsächlich in einer bestimmten Arbeitslosigkeitssituation plausible Alternativen darstellen.

⁴⁵⁾ Ein weiterer Grund für die Unmöglichkeit, ausreichend vergleichbare Vergleichsgruppen zu bilden, kann in der Selektivität der Maßnahmenzuweisung liegen. Arbeitssuchende werden aufgrund ihrer Merkmale bzw. Bedürfnislage in der Regel gezielt der einen und nicht der anderen Maßnahme zugewiesen. Daher unterscheiden sich die TeilnehmerInnen der einen Maßnahme zum Teil von vornherein zu grundlegend von den TeilnehmerInnen der anderen Maßnahme.

ebenfalls arbeitslos waren, aber nicht an einer Maßnahme (bzw. an einer anderen Maßnahme) teilgenommen haben. Um eine ausreichende Homogenität von Treatment- und Kontrollgruppe zu gewährleisten, müssen bestimmte Personengruppen, wie Arbeitslose mit Einstellungszusage oder ältere Arbeitskräfte, die kurz vor dem Ruhestand stehen, von vornherein aus der Betrachtung ausgeschlossen werden.

Selbst bei den Vergleichen, die realisiert werden können, ist zu bedenken, dass sie teilweise auf sehr geringen Fallzahlen beruhen. Größe und Zusammensetzung der Grundgesamtheit variieren je nach Schätzung erheblich. Aus Übersicht 44 im Anhang ist ersichtlich, wie gering die Fallzahlen sind.⁴⁶⁾

Die untersuchten Maßnahmen

Evaluert werden – ausschließlich anhand von Vergleichen mit einer Nicht-Teilnahme – AA, BO, QUAL, KK, SÖB/GBP/SÖBÜ, EB/KOM und BBE. Nur eingeschränkt kann zwischen Diagnosegruppen bzw. zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen unterschieden werden.

Die Wirkung der folgenden Maßnahmentypen wird untersucht:

- Maßnahmen der Aktiven Arbeitssuche (AA)
- Berufliche Orientierung (BO)
- Qualifizierung (QUAL)
- Beihilfe zu Kurskosten (KK)
- geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt in einem Sozialökonomischen Betrieb (SÖB), Gemeinnützigem Beschäftigungsprojekt (GBP) oder bei einem Sozialökonomischen Betrieb Überlasser (SÖBÜ)
- geförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt mittels Eingliederungsbeihilfe (EB) oder Kombilohn (KOM)
- Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE).

Aufgrund ansonsten zu geringer Fallzahlen werden SÖB, GBP und SÖBÜ notgedrungen zu einer Förderkategorie zusammengefasst, obwohl sich die Förderung in einem SÖBÜ de facto deutlich von einer Förderung in einem klassischen SÖB unterscheidet. Da Kombilohnbeihilfen nur selten gewährt werden, wird diese Maßnahmenart gemeinsam mit Eingliederungsbeihilfen evaluiert. Im Gegensatz zur Analyse des Maßnahmeneinsatzes in Kapitel 5, bleiben Trainingsmaßnahmen (TRAIN) und Arbeitsstiftungen (AST) aufgrund ihres seltenen Einsatzes für gesundheitlich eingeschränkte Personen unberücksichtigt. Da es zum einen im Jahr 2012 kaum Beschäftigungsmaßnahmen spezifisch für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich zum anderen bei Teilnahmen dieser Zielgruppe an sonstigen Trägerförderungen

⁴⁶⁾ Am geringsten ist die Fallzahl bei der Evaluierung von Kurskostenbeihilfen: Hier fließen (neben 133.075 Beobachtungen von nicht geförderten Arbeitslosen) nur 126 Beobachtungen von geförderten Arbeitslosen in die Analyse ein. Bei Betrachtung gesundheitlich eingeschränkter Personen mit psychischen Problemen sind es gar nur 59 Beobachtungen von geförderten Personen.

größtenteils um zielgruppenspezifischen Angebote handelte, wird auf eine ausführlichere Darstellung eines Vergleichs der Wirkung zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen verzichtet. Ein solcher ist ausschließlich für trägerbezogene, fachliche Qualifizierung und BBE möglich. Aufgrund der großen Heterogenität von BBE ist bei dieser Maßnahme ein Vergleich schwer interpretierbar. Daher wird im Bericht nur ein Effektvergleich für trägerbezogene, fachliche Qualifizierung präsentiert.

Für den Zweck der Wirkungsanalyse wurden zwei Einzelförderungen zu einer Förderperiode zusammengefasst, wenn sie sich zeitlich überschneiden haben oder mit einem Abstand von weniger als 1,5 Monaten aufeinander gefolgt sind. Dies gilt auch für unterschiedliche Fördertypen. Eine derartige Förderungsabfolge wird demnach als eine einheitliche Form der Intervention interpretiert.⁴⁷⁾

Betrachtet werden nur Förderperioden mit einer Mindestdauer von 1 Woche (7 Tage). Wenn es sich um geförderte Beschäftigung handelt, wird sogar eine Mindestdauer von über einem Monat vorausgesetzt, da es sich bei kürzeren Förderungen in der Regel um Probephasen oder Teilnahmen an einer Vorbereitungsmaßnahme ohne eine anschließende geförderte Beschäftigung handelt.⁴⁸⁾

Untersuchte Personengruppe(n)

Die Wirkung aktiver Maßnahmen wird für 25- bis 55-jährige gesundheitlich eingeschränkte Personen untersucht, die im Jahr 2012 in Oberösterreich arbeitslos, bereits ein Jahr durchgehend in Oberösterreich versichert und im österreichischen Arbeitskräfteangebot waren, in der jüngsten Vergangenheit an keiner Maßnahmen teilgenommen, keine formale Einstellungszusage hatten und nicht nach der Arbeitslosigkeit zu ihrem früheren Arbeitgeber zurückgekehrt sind.

Die untersuchte Personengruppe umfasst grundsätzlich alle 25- bis 55-jährigen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen⁴⁹⁾, die

- (1) an mindestens einem Quartalsstichtag (1.1., 1.4., 1.7., 1.10.) 2012 arbeitslos waren (mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus, d.h. AL, SC, LS, AG, SF, SR⁵⁰⁾),
- (2) an diesem Stichtag ihren Wohnort in Oberösterreich hatten (RGS OÖ),
- (3) im entsprechenden Quartal und in jedem der vier Vorquartale (an mindestens einem Tag) in Oberösterreich versichert und

⁴⁷⁾ Die resultierende Förderperiode wurde anhand der folgenden Hierarchie einem Maßnahmentyp zugeordnet: SÖB – GBP – SÖBÜ – EB/KOM – (AST) – QUAL – (TRAIN) – AA – BO – KK – BBE.

⁴⁸⁾ Personen mit kürzeren Förderungen werden ausgeschlossen, sind also weder Teil der Treatment-, noch der Kontrollgruppe.

⁴⁹⁾ Zum Stichtag Quartalsbeginn gemessen.

⁵⁰⁾ AL: arbeitslos. AG: Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße. LS: lehrstellensuchend. SC: in Schulung. SF: BezieherInnen eines Fachkräftestipendiums. SR: Schulung Reha mit Umschulungsgeld.

(4) im entsprechenden Quartal sowie in jedem der vier Vorquartale (an mindestens einem Tag) im Arbeitskräfteangebot waren (breit gefasst unter Berücksichtigung von geförderter und ungeförderter unselbständiger Beschäftigung, selbständiger Beschäftigung, Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem oder auch sonstigem Vormerkstatus).

Damit wird vorausgesetzt, dass die betrachteten Personen bereits ein Jahr lang (quasi) durchgehend in Oberösterreich versichert waren. Grund für diese Bedingung ist, dass nur für diese Personen in den Daten der OÖGKK potenziell Informationen zu Erkrankungen erfasst sind.

Altersmäßig werden nur die 25- bis 55-Jährigen berücksichtigt, da Schätzergebnisse für Jüngere aufgrund der geringeren Aussagekraft der Informationen zur Vorkarriere weniger abgesichert sind und bei Älteren Verzerrungen durch Übertritte in den Ruhestand auftreten würden.

Von der beschriebenen Grundgesamtheit aus 25- bis 55-Jährigen Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen ausgeschlossen werden zusätzlich Personen mit Einstellungszusage (zum Stichtag Quartalsbeginn), da sie bereits vor der (hypothetischen) Förderteilnahme einen Arbeitsplatz gefunden haben. Dasselbe gilt auch für Personen, die (mit oder ohne in den Daten erfasste Einstellungszusage) nach der Arbeitslosigkeit zu ihrem früheren Arbeitgeber zurückkehrt sind. Beide Gruppen legen in der Regel ein anderes Arbeitssuchverhalten an den Tag als die sonstigen Arbeitslosen. Weiters aus der Wirkungsanalyse ausgeschlossen werden die wenigen Personen, die im Beobachtungszeitraum verstorben sind, für die eine regionale Zuordnung auf Basis der vorhandenen Daten nicht möglich ist oder für die sonstige zentrale Merkmale wie Geschlecht, Alter oder Ausbildung fehlen. Zu guter Letzt werden diejenigen Arbeitslosen ausgespart, die in den drei Monaten vor Quartalsbeginn (d.h. – je nach genauem Zeitpunkt des betrachteten Förderzugangs im Quartal – in den letzten drei bis sechs Monaten) an irgendeiner anderen der betrachteten Fördermaßnahmen (mit Ausnahme von BBE) teilgenommen hatten.

Im Fokus stehen Personen mit einer gesundheitlichen Belastung gemäß der in Abschnitt 4 erfolgten Schätzung. Zu Vergleichszwecken erfolgen Wirkungsanalysen auch für Personen ohne gesundheitliche Einschränkung bzw. für Oberösterreich insgesamt.

Im Analysesample (für Oberösterreich insgesamt) verbleiben letztlich 578.746 Beobachtungen. Davon entfallen 10.346 (1,8%) auf Geschäftsfälle mit einer Förderteilnahme und 568.400 (98,2%) auf Geschäftsfälle ohne Förderteilnahme (im betrachteten Quartal). Das Sample enthält 156.933 Beobachtungen von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, davon 3.249 (2,1%) mit und 153.684 (97,9%) ohne Förderteilnahme.

Bei einem Teil der Maßnahmen bzw. für zusammengefasste Maßnahmenkategorien kann die spezifische Wirkung für bis zu vier unterschiedliche Diagnosegruppen untersucht werden: (1) psychische und Verhaltensstörungen oder Erkrankungen des Nervensystems, (2) Erkrankungen des Atmungssystems, (3) Erkrankungen des Muskel-Skelett-System oder Bindegewebes bzw. (4) Erkrankungen des Kreislaufsystems.

Für die beiden häufigsten Maßnahmentypen BBE und QUAL sind separate Schätzungen für zielgruppenspezifische und nicht zielgruppenspezifische Angebote umsetzbar. Bei einem Vergleich der Effekte ist allerdings zu bedenken, dass sie auf getrennten Schätzungen für unterschiedliche Personengruppen beruhen. Nur im Zuge eines direkten Programmvergleichs hätte die Teilnahme an der einen Maßnahme mit der Teilnahme an der anderen Maßnahme für eine ähnliche Personengruppe verglichen werden können. Ein solcher ist aber, aufgrund des Fallzahlproblems, nicht möglich.

Die gewählte Vergleichssituation

Zur Wirkungsmessung werden MaßnahmenteilnehmerInnen mit ähnlichen Personen verglichen, die bis zum Förderzeitpunkt noch arbeitslos waren, aber im gleichen Quartal des Jahres 2012 an keiner Maßnahme teilgenommen haben.

Die Evaluierung der ausgewählten Maßnahmen erfolgt anhand eines Vergleichs mit der hypothetischen Situation ohne irgendeine Förderteilnahme.

Zur Abgrenzung der Vergleichsgruppen wurde vorweg ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Geförderten und Nichtgeförderten hergestellt: Potenzielle Kontrollpersonen zu Geförderten mussten im selben Quartal des Jahres 2012 arbeitslos (und damit potenziell förderbar) sein, in dem Geförderte in eine Maßnahme eintraten. Dadurch soll die Vergleichbarkeit makroökonomischer und anderer Umfeldbedingungen gewährleistet werden. Die Kontrollpersonen waren an keinem Tag im Quartal in irgendeiner der betrachteten Förderungen (auch nicht in TRAIN oder AST).⁵¹⁾ Sie mussten außerdem im zweiwöchigen Fenster des Förderbeginns noch mindestens einen Tag arbeitslos gewesen sein, sodass die Geförderten ausschließlich mit Nichtgeförderten verglichen werden, die (zumindest knapp) bis zum Förderzeitpunkt noch arbeitslos waren.⁵²⁾

Um die Maßnahmenwirkung klarer zuordenbar zu machen, wurde, wie bereits erwähnt, die Analyse sowohl auf Seiten der Geförderten als auch der Nichtgeförderten auf jene Personen eingeschränkt, die in den drei Monaten vor Beginn des betrachteten Quartals an keiner Fördermaßnahme außer BBE teilgenommen hatten (für frühere Teilnahmen an BBE wird kontrolliert).

Pro Quartal wird nur eine Förderepisode betrachtet. Falls Personen (auch nach der Zusammenfassung von Einzelförderungen zu Förderepisoden) mehrere Förderzugänge in einem Quartal verzeichneten, wurde die erste Förderepisode ausgewählt.

⁵¹⁾ Die Einbeziehung aller Personen, die in einem bestimmten Quartal ohne Förderteilnahme arbeitslos vorgemerkt waren, in den Pool potenzieller Vergleichspersonen bedeutet, dass diese möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt an einer Förderung teilgenommen haben.

⁵²⁾ Zum Beispiel werden Personen mit Förderzugang zwischen 15. und 31. Jänner 2012 nur mit Personen verglichen, deren Geschäftsfall frühestens am 15. Jänner 2012 geendet hat.

Untersuchungszeitraum und Ergebnisvariable

Fördereffekte werden anhand eines Vergleichs der Erwerbsintegration zwischen Geförderten und vergleichbaren ungeförderten Personen in den drei Jahren ab Ende des Quartals ermittelt, in dem die (hypothetische) Förderung begonnen hat.

Ausgangspunkt für den Vergleich der nachfolgenden Erwerbsintegration zwischen Treatment- und Kontrollgruppe ist das Ende des Quartals, in dem die Förderung stattgefunden hat (bzw. im Fall der Nichtgeförderten eben nicht stattgefunden hat). Der Nachbeobachtungszeitraum ist grundsätzlich drei Jahre lang. Er reicht vom Ende des Förderquartals im Jahr 2012 bis spätestens Ende 2015. Allerdings treten während einer Förderteilnahme Entzugseffekte („Lock-in-Effekte“) auf (vgl. Van Ours, 2004; Wunsch, 2016): Zeitgleich mit der Förderung ist eine reguläre Beschäftigung nicht möglich. Obwohl die Erwerbsintegration erst ab Quartalsende gemessen wird, würde in vielen Fällen ein Teil des Förderzeitraums in die Nachbeobachtungsperiode entfallen. Das ist weniger bei kurzen Förderungen wie BBE, als bei längeren Qualifizierungen und Beschäftigungsförderungen relevant. Um diesen Entzugseffekten Rechnung zu tragen, wird bei den präsentierten Effekten zumeist das erste Jahr ausgeblendet, innerhalb dessen die allermeisten Förderungen enden. Die Arbeitsergebnisse der Geförderten und Ungeförderten werden hauptsächlich im zweiten und dritten Jahr nach Quartalsende verglichen.

Konkret wird die Wirkung einer Förderteilnahme anhand der Summe der in diesen zwei Jahren in den folgenden sieben Erwerbszuständen verbrachten Tage gemessen:

- (1) Ungeförderte unselbständige Beschäftigung über der Geringfügigkeitsgrenze (inkl. Freie Dienstverträge),
- (2) Geförderte unselbständige Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt (inkl. Freie Dienstverträge),
- (3) Geförderte unselbständige Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt (inkl. Freie Dienstverträge),
- (4) Selbständige Beschäftigung (inkl. Werkverträge),
- (5) Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus (einschließlich Schulungsteilnahmen und Lehrstellensuche),
- (6) Gesicherte erwerbsferne Position („Ges. OLF“), darunter insbesondere Alters- oder Invaliditätspension sowie Kinderbetreuung)⁵³⁾,
- (7) Ungesicherte erwerbsferne Position („Unges. OLF“)⁵⁴⁾.

⁵³⁾ „Gesicherte erwerbsferne Positionen“ beinhalten jene Erwerbszustände, die zwar kein Erwerbseinkommen über der Geringfügigkeitsgrenze oder den Bezug einer Leistung aus dem Titel „Arbeitslosigkeit“ ermöglichen, jedoch eine finanzielle Absicherung durch eine staatliche Leistung bzw. – zumindest im Normalfall – eine familiäre Sicherung beinhalten, die auf eigenen Ansprüchen basiert.

⁵⁴⁾ Erwerbsinaktivität ohne eine auf eigenen Ansprüchen gründende staatliche Existenzsicherung. Darin enthalten sind (ausschließliche) geringfügige Beschäftigung und Arbeitslosigkeit mit nicht geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus (u.a. BezieherInnen von Pensionsvorschüssen).

Zusätzlich wird die Wirkung auf die Wahrscheinlichkeit gemessen, zu einem bestimmten Stichtag in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung bzw. in Arbeitslosigkeit (mit geschäftsfallbegründendem Status) zu sein.

Einkommenseffekte werden keine ermittelt, da dies eine weitere Einschränkung der untersuchten Personengruppe auf Arbeitslose mit einer Beschäftigungsaufnahme bedeuten würde. Das Problem einer geringen Fallzahl setzt also auch bei der möglichen Auswahl der betrachteten Ergebnisvariablen Grenzen.

6.2. Ergebnisse der Wirkungsanalyse

Maßnahmenwirkung für gesundheitlich eingeschränkte Personen

Die Ergebnisse der ökonometrischen Wirkungsanalyse werden anhand der durchschnittlichen Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen (blaue Balken), der durchschnittlichen Ergebnisse der Kontrollgruppe aus ähnlichen Nicht-TeilnehmerInnen (rote Balken) sowie der Fördereffekte (Differenz der Durchschnittswerte von Treatment- und Kontrollgruppe) präsentiert.

Alle Maßnahmen haben eine arbeitsangebotssteigernde Wirkung.

Über die einzelnen Fördertypen hinweg lässt sich feststellen, dass die Teilnahme an Maßnahmen der Arbeitsmarktförderung die Erwerbsbeteiligung der Geförderten positiv beeinflusst. Die TeilnehmerInnen ziehen sich weniger aus dem Arbeitskräfteangebot zurück und verbringen stattdessen mehr Zeit in Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit.

Aktive Arbeitssuche steigert primär die Erwerbsbeteiligung zugunsten der Arbeitslosigkeit, ohne Effekt auf die ungefördernde Beschäftigung.

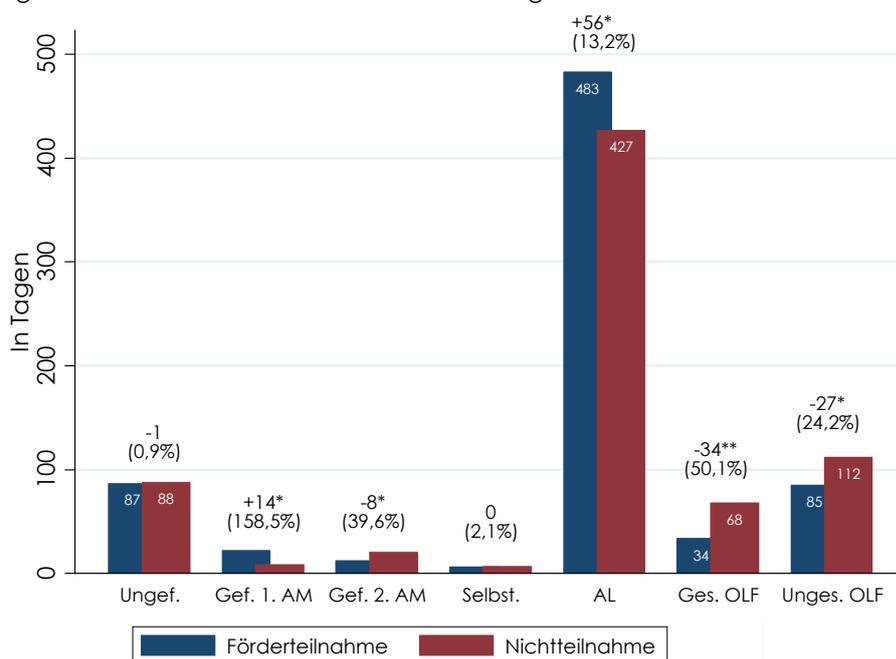
Im Zuge der Aktiven Arbeitssuche (AA) werden Arbeitslosen in externen Einrichtungen im Auftrag des AMS Fertigkeiten vermittelt, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Arbeitssuche stehen (Verfassen von Bewerbungsschreiben und Lebensläufen, Bewerbungstraining, etc.). Dadurch sollen sie rascher einen Arbeitsplatz finden. Unter den gesundheitlich eingeschränkten Personen kommt der AA eine geringe Rolle zu. Sie betraf im Jahr 2012 2,3% der in dieser Zielgruppe neu geförderten Personen. 1,6% der gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen mit Arbeitslosigkeitseintritt im Jahr 2012 nahmen im Laufe ihres Geschäftsfalls an einem Kurs der Aktiven Arbeitssuche teil. In der Regel ist die Maßnahmendauer kurz (Median: 1,5 Monate).

Die Wirkungsanalyse ergibt, dass eine Maßnahmenteilnahme im zweiten und dritten Jahr nach Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) eine Verringerung der Zeiten ohne Erwerbsbeteiligung zugunsten von registrierter Arbeitslosigkeit zur Folge hat. Die TeilnehmerInnen sind im Vergleich zur hypothetischen Situation ohne Förderteilnahme im Durchschnitt um -34 Tage (50,1%) weniger in gesicherten erwerbsfernen Zuständen, um -27 Tage (24,2%) weniger in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen und um +56 Tage (13,2%)

mehr in Arbeitslosigkeit. Sie verbringen als Konsequenz der Förderung im Durchschnitt +14 Tage (158,5%) mehr in geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt (EB/Kombilohn) und -8 Tage (39,6%) weniger in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (SÖB/GBP/SÖBÜ). Auf die ungeforderte Beschäftigung hat eine Maßnahmenteilnahme keinen Effekt (vgl. Abbildung 20, sowie Übersicht 45 im Anhang).⁵⁵⁾

Abbildung 20: Effekt einer Teilnahme an Aktiver Arbeitssuche (AA) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 Geförderte.

Maßnahmen der Beruflichen Orientierung schaffen in der Regel die Voraussetzung für weitere Maßnahmenschritte. Sie führen im betrachteten Zweijahreszeitraum zu mehr Arbeitslosigkeit, weniger ungesicherter Erwerbsinaktivität und weniger ungeforderter Beschäftigung.

⁵⁵⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 38 und Übersicht 46 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

Maßnahmen der Beruflichen Orientierung (BO) sind Kurse, die Bildungseinrichtungen als Maßnahmenträger im Auftrag des AMS abhalten und die sich an Personen mit Schwierigkeiten bei der Festlegung beruflicher Perspektiven (Berufsorientierung) und an BerufseinsteigerInnen (Berufsvorbereitung) richten. Sie sollen eine Hilfestellung bei der beruflichen Entscheidungsfindung und Berufswegplanung – der Erarbeitung eines umsetzbaren Karriereplans – bieten bzw. der persönlichen und sozialen Stabilisierung der Teilnehmenden dienen und damit die Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung, einer Lehrstelle oder für die Teilnahme an einer Qualifikationsmaßnahme schaffen (Berufsvorbereitung). Auf Orientierungsmaßnahmen entfielen im Jahr 2012 7,3% der neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. 6,3% der Arbeitslosen in dieser Zielgruppe nahmen im Laufe des Geschäftsjahrs an einer derartigen Maßnahme teil. Kurse der BO sind ähnlich kurz wie Kurse der AA (Median ca. 1,5 Monate).

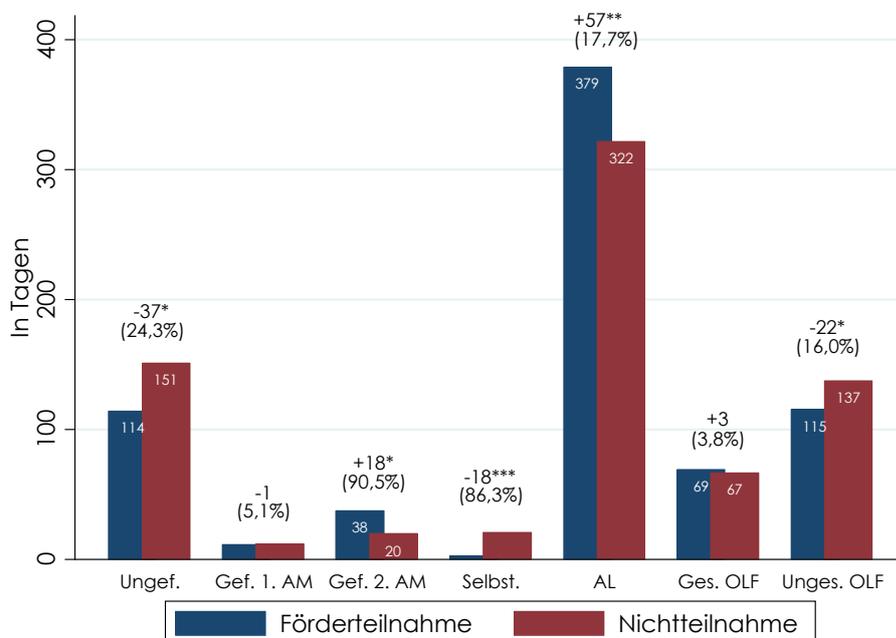
Eine Teilnahme führt der Wirkungsanalyse zufolge zu einer Ausweitung der Arbeitslosigkeit im Ausmaß von +57 Tagen (17,7%). Dieser Steigerung der Arbeitslosigkeit steht eine Reduktion der Zeiten in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen im Ausmaß von -22 Tagen (16,0%) gegenüber; die Geförderten sind im Zweijahreszeitraum zudem signifikant weniger (um -37 Tage bzw. 24,3%) in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung (vgl. Abbildung 21 und Übersicht 45 im Anhang).⁵⁶⁾

Eine naheliegende Erklärung für den negativen Effekt auf die ungeförderter Beschäftigung ist, dass Orientierungsmaßnahmen in der Regel nicht auf eine direkte Reintegration in Beschäftigung abzielen, sondern die Voraussetzung für weitere Maßnahmen wie eine Qualifizierung schaffen. Dadurch sind die TeilnehmerInnen zunächst für längere Zeit dem Arbeitsmarkt entzogen („Lock-in-Effekt“).

⁵⁶⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 38 und Übersicht 46 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

Abbildung 21: Effekt einer Teilnahme an Beruflicher Orientierung (BO) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

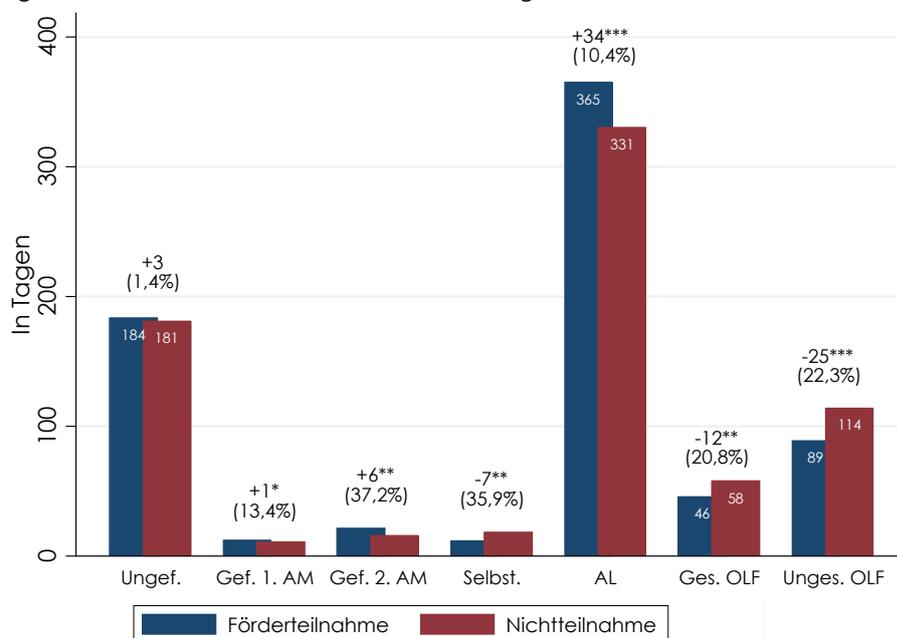


Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 201 Geförderte.

Fachliche Qualifizierung steigert die Erwerbsbeteiligung und – mit zeitlicher Verzögerung – auch die Integration in reguläre Beschäftigung. Aufgrund der längeren Maßnahmendauer und dem damit verbundenen Entzug vom Arbeitsmarkt ist die Verzögerung bei Trägerförderungen größer als bei Individualförderungen.

Trägerbezogener fachlicher Qualifizierung (QUAL), d.h. Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die von externen Bildungseinrichtungen im Auftrag des AMS durchgeführt werden, kommt in der österreichischen Arbeitsmarktpolitik insgesamt und spezifisch auch bei der Förderung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser eine wichtige Bedeutung zu. Auf sie entfällt über ein Drittel (36,3%) der im Jahr 2012 neu geförderten Personen. Ein gutes Fünftel der Arbeitslosen nahm im Laufe des Geschäftsfalls an fachlicher Qualifizierung teil. Diese dauerte im Median etwa zwei Monate.

Abbildung 22: Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nichtteilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 1.741 Geförderte.

Im zweijährigen Beobachtungszeitraum lässt sich als Wirkung einer Maßnahmenteilnahme eine deutliche Steigerung der Erwerbsbeteiligung feststellen. Die Geförderten sind im Durchschnitt um -12 Tage (20,8%) weniger in gesicherter Erwerbsinaktivität, um -25 Tage (22,3%) weniger in ungesicherter Erwerbsinaktivität und um +34 Tage (10,4%) mehr in Arbeitslosigkeit. Die in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung verbrachte Zeit unterscheidet sich in Summe nicht zwischen MaßnahmenteilnehmerInnen und ähnlichen Nicht-TeilnehmerInnen (vgl. Abbildung 22 und Übersicht 45).

Eine Aufschlüsselung in die einzelnen Jahre (siehe Abbildung 25) macht allerdings sichtbar, dass die Geförderten im ersten Jahr nach Förderbeginn (ab Ende des Förderquartals gemessen) um -11 Tage und damit statistisch signifikant weniger Zeit in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung verbringen als vergleichbare nicht geförderte Arbeitslose. Im zweiten Jahr unterscheiden sich die beiden Gruppen nicht signifikant. Im dritten Jahr ist bereits ein statistisch (schwach) signifikanter positiver Effekt in einer Größenordnung von +5 Tagen nachweisbar. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit der verfügbaren internationalen Evidenz, derzufolge positive Integrationseffekte von (länger dauernden) Fortbildungs- und Qualifizierungsprogrammen aufgrund ausgeprägter Lock-in-Effekte in der Regel erst mit einer

deutlichen zeitlichen Verzögerung sichtbar werden. Im Zuge der Maßnahme wird zunächst in das Humankapital der TeilnehmerInnen investiert. Während dessen Laufzeit schränken die MaßnahmenteilnehmerInnen vorübergehend ihre Arbeitssuche ein und partizipieren deshalb aus gutem Grund nicht am Arbeitsmarkt.⁵⁷⁾ Mittel- bis langfristig zeitigen die Maßnahmen jedoch positive Effekte, da sich offensichtlich die Investitionen in Humankapital bzw. Produktivität lohnen (Kluve, 2010, Card – Kluve – Weber, 2010, 2015).⁵⁸⁾

Die positive, zeitverzögerte Wirkung fachlicher Qualifizierung ist in Abbildung 23 anhand des Personenanteils in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, nämlich am Ende des Förderquartals und am Ende der 12 Quartale danach, dargestellt (siehe auch Übersicht 22). Die blaue Linie gibt den Anteil für die geförderten Personen, die rote Linie den Anteil für die Kontrollgruppe aus ähnlichen ungefördernden Personen wieder. Nur zu denjenigen Zeitpunkten, an denen sich die beiden Gruppen signifikant unterscheiden, sind die jeweiligen Werte mit einem Punkt gekennzeichnet.

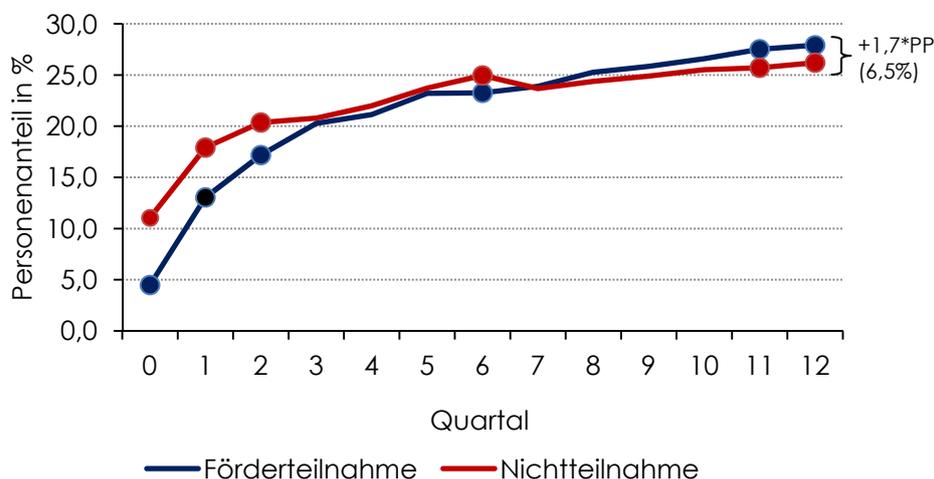
Am Ende des Quartals, in dem die (hypothetische) Förderung begonnen hat, und auch noch in den beiden Quartalen danach, sind die mittels QUAL geförderten Personen noch signifikant seltener in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung. In weiterer Folge findet jedoch ein Aufholprozess statt. Am Ende des Betrachtungszeitraums, drei Jahre (12 Quartale) nach Förderbeginn, befinden sich 27,9% der Geförderten in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung. Das sind um 1,7 Prozentpunkte bzw. 6,5% mehr als unter vergleichbaren nicht geförderten Personen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.⁵⁹⁾

⁵⁷⁾ Die zeitverzögerte positive Integrationswirkung von trägerbezogener fachlicher Qualifizierung ist in Abbildung 41 im Anhang noch detaillierter dargestellt. Dargestellt ist der Effekt einer Förderteilnahme auf die Wahrscheinlichkeit, zu einem bestimmten Quartalsstichtag (vom 1. Quartal 2013 bis zum 4. Quartal 2015) in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zu sein. Zu diesen Stichtagen ist zwar – je nachdem, in welchem Quartal des Jahres 2012 eine Person gefördert wurde – unterschiedlich viel Zeit seit der Förderung vergangen. Nichtsdestotrotz ist aus der Darstellung klar erkennbar, dass es anfänglich einen negativen „Lock-in-Effekt“ gibt – während der Maßnahmenteilnahme sind die Geförderten dem Arbeitsmarkt entzogen –, der sich mit der Zeit ins Gegenteil verkehrt. Mit fortschreitender Dauer wird zunehmend ein positiver Effekt auf die Integration in ungefördernde unselbständige Beschäftigung sichtbar.

⁵⁸⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 39 und Übersicht 46 im Anhang. Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

⁵⁹⁾ Von der Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Personen sind drei Jahre nach dem (hypothetischen) Förderbeginn 27,3% in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung, 43,0% in Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem Status, 1,0% in geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt, 2,6% in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt, 2,9% in selbständiger Beschäftigung und 23,3% in sonstigen (erwerbsfernen) Zuständen.

Abbildung 23: Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012
Vergleich zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-TeilnehmerInnen



Q: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger und WIFO. Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

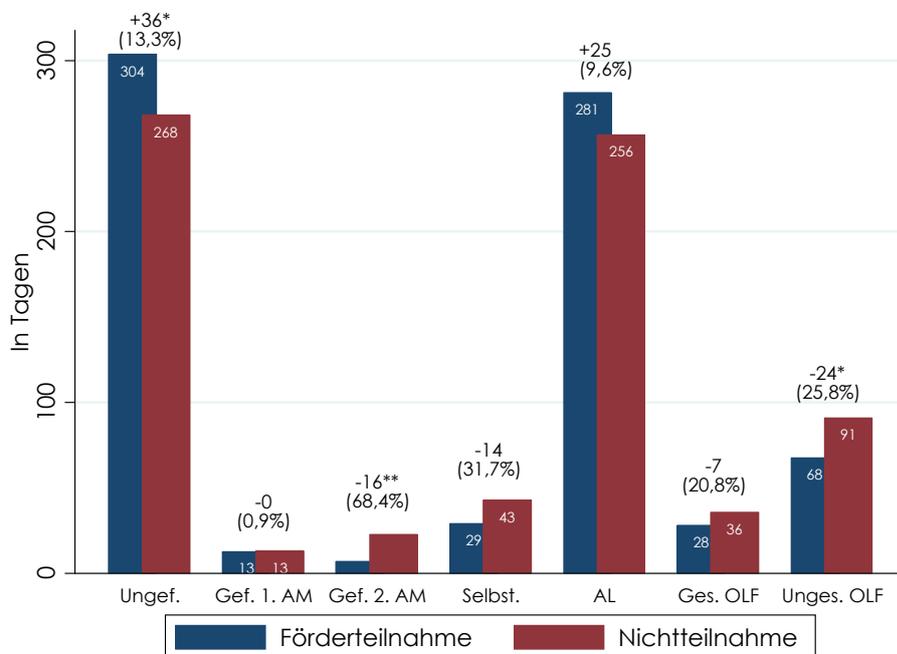
Im Fall von Kurskostenbeihilfen für die Teilnahme an arbeitsmarktpolitisch sinnvollen Kursen auf dem freien Bildungsmarkt (KK) werden positive Beschäftigungseffekte bereits früher sichtbar, da Qualifizierung in dieser Form im Durchschnitt deutlich weniger lange dauert. Auf die Maßnahme entfiel im Jahr 2012 ein Anteil von 4,6% an den neu geförderten Personen. 3,3% der Arbeitslosen erhielten im Laufe ihres Geschäftsfalls Beihilfen zu den Kurskosten. Die mediane Maßnahmendauer lag bei etwa einem halben Monat.

Gemäß Wirkungsanalyse sind die Geförderten im betrachteten Zweijahreszeitraum im Durchschnitt um +36 Tage (13,3%) mehr in ungeforderter unselbständiger Beschäftigung als vergleichbare nicht geförderte Arbeitslose. Sie sind um -24 Tage (25,8%) weniger in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen und um -16 Tage (68,4%) weniger in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt. Weiters lässt sich feststellen, dass die Geförderten in Summe +25 Tage (9,6%) mehr in Arbeitslosigkeit verbringen. Dieser Effekt ist aber statistisch nicht signifikant (vgl. Abbildung 24 und Übersicht 45).⁶⁰⁾

⁶⁰⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 38 und Übersicht 45 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

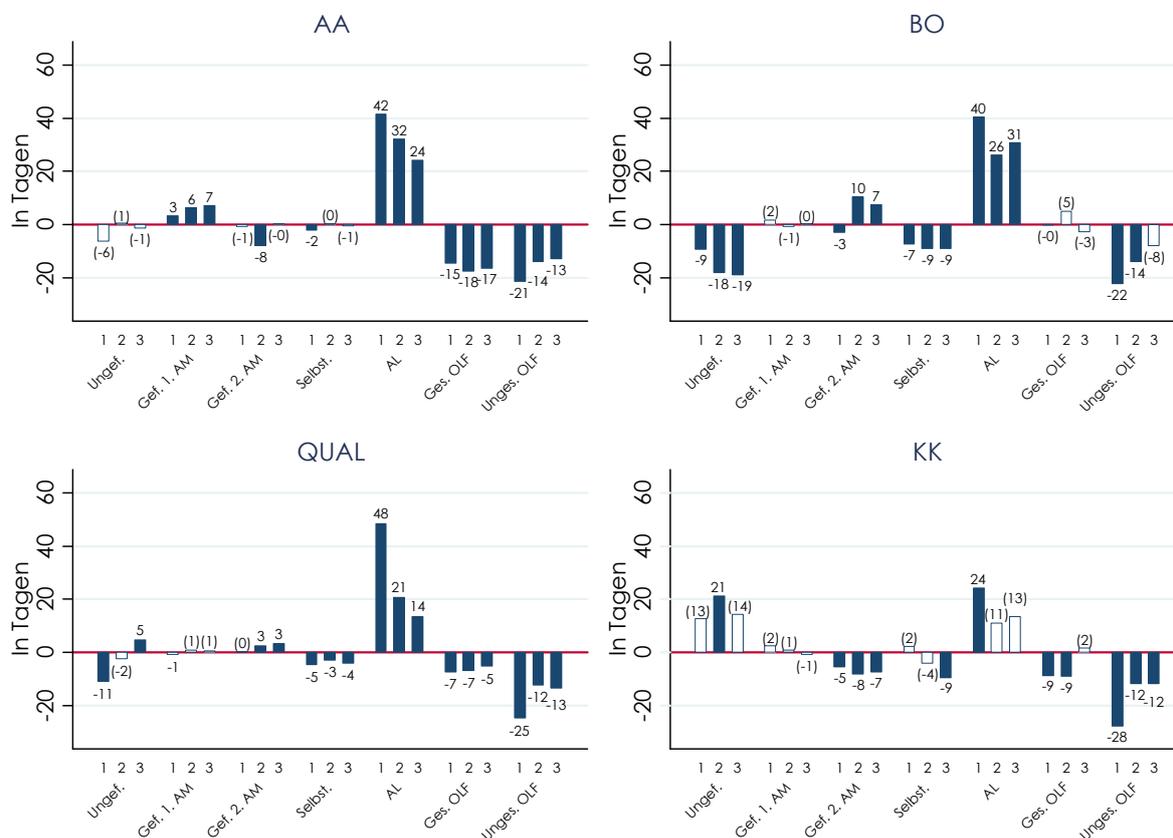
Abbildung 24: Effekt einer Förderung mittels Beihilfe zu den Kurskosten (KK) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 112 Geförderte.

Abbildung 25: Effekt einer Förderung mittels AA, BO, QUAL bzw. KK für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 1., 2. bzw. 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Dargestellt sind Fördereffekte in Tagen. Bei statistisch insignifikanten Effekten sind Werte in Klammern gesetzt und Balken nicht gefüllt.

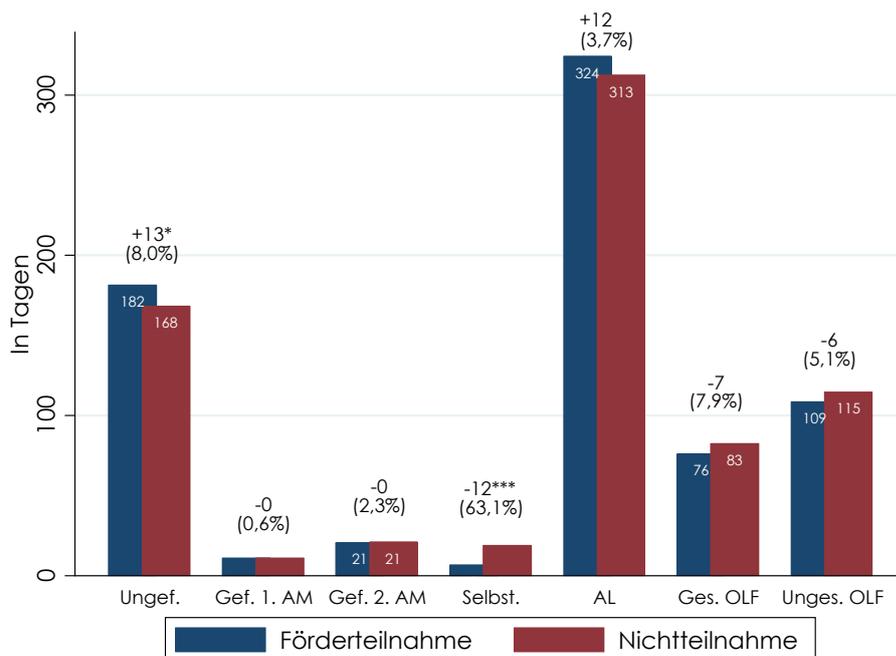
In Folge der Betreuung durch eine BBE sind Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen moderat mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung.

Das AMS betraut teilweise externe arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE) mit der Betreuung, Vermittlung oder eine Beschäftigung begleitenden Unterstützung von Arbeitssuchenden bei spezifischen Vorfeldproblemen, zu denen auch physische oder psychische Beeinträchtigungen zählen. Ein entsprechend hohes Gewicht hat diese Maßnahmenart unter der in dieser Studie betrachteten Personengruppe. Etwa ein Drittel (32,1%) der im Jahr 2012 neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wurde mittels BBE gefördert. Ein gutes Fünftel (22,%) derjenigen mit Eintritt

der Arbeitslosigkeit 2012 wurde im Laufe des Geschäftsjahrs mindestens einmal durch eine BBE betreut. Die mittlere Förderdauer ist mit einem knappen Monat relativ kurz.

Abbildung 26: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 546 Geförderte.

Gemäß Wirkungsanalyse sind die Geförderten im betrachteten Zweijahreszeitraum gegenüber vergleichbaren Arbeitslosen ohne Maßnahmenteilnahme um +13 Tage (8,0%) mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung und um -12 Tage (63,1%) weniger in selbständiger Beschäftigung. Diese Effekte sind statistisch signifikant. Die Geförderten sind im Durchschnitt um +12 Tage (3,7%) mehr in Arbeitslosigkeit und um insgesamt -13 Tage weniger erwerbsinaktiv. Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant (vgl. Abbildung 26).⁶¹⁾

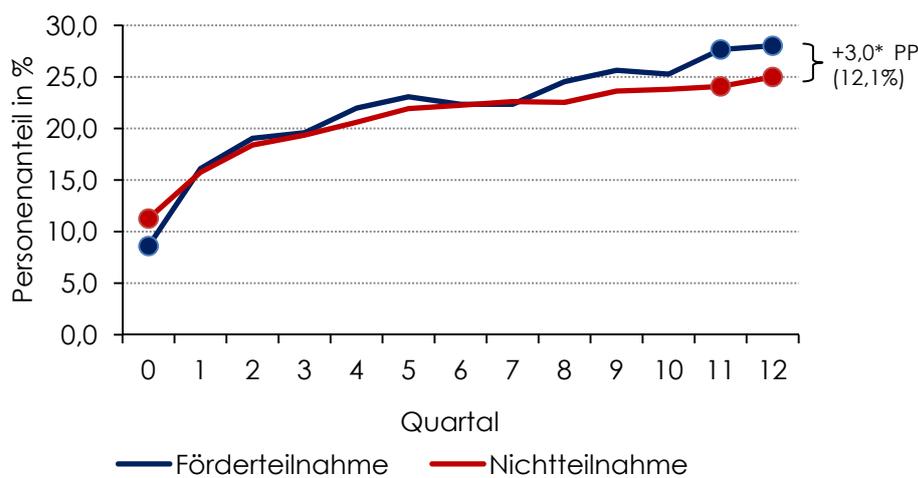
Ähnlich wie bei fachlicher Qualifizierung (QUAL), wird der positive Effekt auf die ungeförderter Beschäftigung erst mit großer zeitlicher Verzögerung sichtbar: am Ende des dreijährigen

⁶¹⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 39 und Übersicht 46 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

Nachbeobachtungszeitraums (vgl. Abbildung 27 und Übersicht 22). Drei Jahre nach Förderbeginn befinden sich 27,7% der Geförderten in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung. Das sind um 3,0 Prozentpunkte bzw. 12,1% mehr als unter vergleichbaren nicht geförderten Personen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

Abbildung 27: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012

Vergleich zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-TeilnehmerInnen



Q: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger und WIFO. Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$.

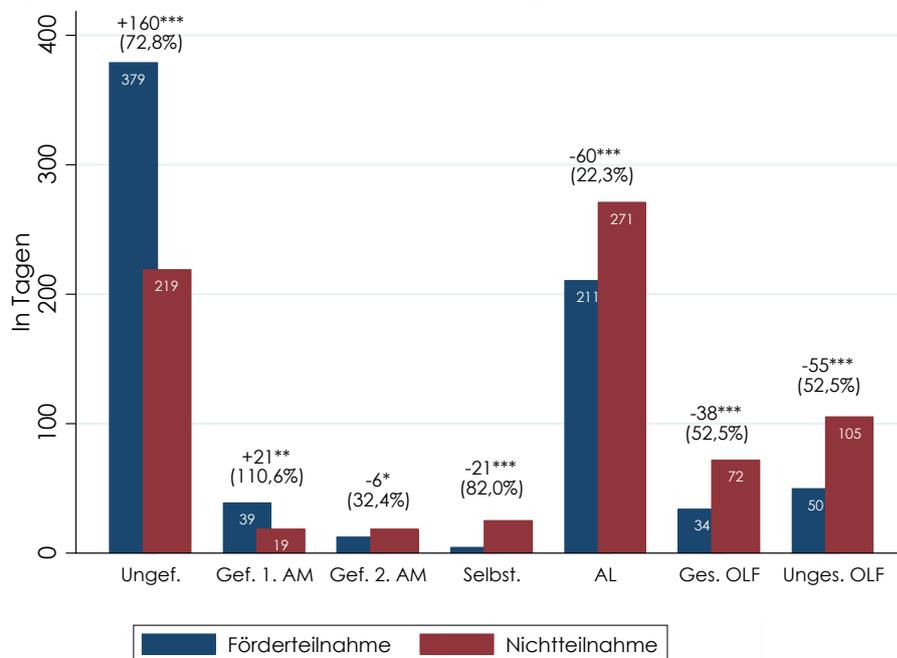
Eine mittels Eingliederungsbeihilfe geförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt reduziert die in Arbeitslosigkeit und außerhalb des Arbeitsangebots verbrachte Zeit und steigert signifikant die nachfolgende Integration in ungeförderter Beschäftigung.

Eingliederungsbeihilfen, d.h. zeitlich befristete, zielgruppenorientierte Zuschüsse zu den Lohn- und Lohnnebenkosten für die Einstellung Langzeitarbeitsloser und von Langzeitarbeitslosigkeit bedrohter Personen, zeichneten unter Einschluss der wenigen Fälle von Kombilohnbeihilfen⁶²⁾ für 8,6% der im Jahr 2012 neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verantwortlich und werden damit für diese Personengruppe überproportional häufig eingesetzt. 7,5% der Arbeitssuchenden mit Eintritt der Arbeitslosigkeit 2012 nahmen im Laufe ihres Geschäftsfalles eine mittels EB oder KOM geförderte Beschäftigung auf. Die mediane Förderdauer belief sich auf ca. drei Monate.

⁶²⁾ Mit Kombilohnbeihilfen soll ein Anreiz für Arbeitslose geschaffen werden, auch eine gering entlohnte Erwerbstätigkeit anzunehmen.

Abbildung 28: Effekt einer Förderung mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohnbeihilfe für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 277 Geförderte.

Eine Teilnahme an diesen Maßnahmen steigert für die Geförderten die nachfolgende Integration in ungeförderter Beschäftigung signifikant. Gemäß vorliegender Wirkungsanalyse verbringen die mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohn am 1. Arbeitsmarkt Geförderten im zweijährigen Nachbetrachtungszeitraum durchschnittlich +160 Tage (72,8%) mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung als vergleichbare Arbeitslose ohne Förderteilnahme, um -60 Tage (22,3%) weniger in Arbeitslosigkeit, um -38 Tage (52,5%) weniger in gesicherten erwerbsfernen Zuständen und um -55 Tage (52,5%) weniger in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen (vgl. Abbildung 28 und Übersicht 45 im Anhang).^{63) 64)}

⁶³⁾ Die Geförderten befinden sich in den zwei betrachteten Jahren im Durchschnitt um 21 Tage mehr in geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt. Dies ist vermutlich Ausdruck der Tatsache, dass sie mittels geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt unterstützt wurden und diese Förderung teilweise länger als ein Jahr dauert. Ein möglicher weiterer Grund liegt in wiederholten Beschäftigungsförderungen am 1. Arbeitsmarkt.

⁶⁴⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 40 und Übersicht 46 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

In der Wirkungsanalyse wird allerdings nicht für Mitnahmeeffekte bereinigt. Die genannten Effekte treffen auf eine Situation zu, in der Mitnahmen vollständig vermieden worden wären. Tatsächlich ist von einem erheblichen Ausmaß an Mitnahmeeffekten auszugehen. Schätzungen des WIFO zufolge wäre rund die Hälfte der (in den Jahren 2003 bis 2006) mittels Eingliederungsbeihilfe geförderten Beschäftigungsverhältnisse in Österreich für einen vergleichbaren Personenkreis von Arbeitslosen an ähnlichen Arbeitsplätzen auch ohne Förderung zustande gekommen (Eppel et al., 2011).

Werden Mitnahmeeffekte in einer derartigen Größenordnung berücksichtigt, so reduziert sich das Ausmaß der Fördereffekte deutlich. Nichtsdestotrotz ändert sich nichts an dem Befund, wonach Eingliederungsbeihilfen die Integration der geförderten Personen in ungeforderte Beschäftigung signifikant verbessern und die in Arbeitslosigkeit und außerhalb des Arbeitsangebots verbrachten Zeiten reduzieren. Die Geförderten befinden sich schätzungsweise um etwa 2,5 Monate mehr in ungeforderter unselbständiger Beschäftigung als wenn sie nicht gefördert worden wären. Sie sind um ca. einen Monat weniger arbeitslos und verbringen ca. 1,5 Monate weniger in gesicherten oder ungesicherten erwerbsfernen Zuständen.

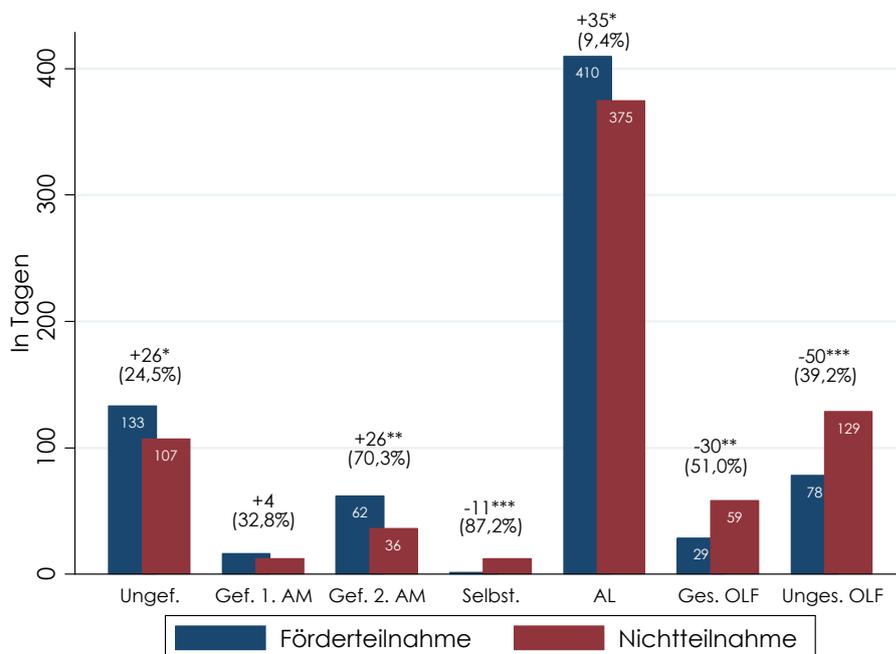
Die Förderung in Sozialen Unternehmen am 2. Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) trägt zur Aufrechterhaltung der Erwerbsbeteiligung bei und führt zu einer besseren Integration in ungeforderte Beschäftigung.

Mit insgesamt 7,8%, wurde ein gegenüber anderen Gruppen von Arbeitssuchenden ebenfalls überproportional hoher Anteil der im Jahr 2012 neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen mittels geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt unterstützt. Diese nicht direkt in den 1. Arbeitsmarkt vermittelbaren Geförderten erhielten einen Transitarbeitsplatz in einem Sozialen Unternehmen (SÖB oder GBP) sowie in der Regel gezielte Qualifizierung und sozialpädagogische Betreuung mit dem Ziel, sie persönlich zu stabilisieren, ihre Beschäftigungsfähigkeit zu verbessern und sie nach Möglichkeit über diesen Umweg des 2. Arbeitsmarktes in den ersten Arbeitsmarkt zu reintegrieren.

In der Wirkungsanalyse mitberücksichtigt ist die Gemeinnützige Arbeitskräfteüberlassung (SÖBÜ) als eine spezielle Form eines Sozialökonomischen Betriebs. Hierbei werden arbeitslose Personen gemeinnützigen Trägerorganisationen zugewiesen, um dort teilweise nach einer Vorbereitungsphase ein Dienstverhältnis anzutreten und nach Möglichkeit an einen regulären Beschäftigterbetrieb überlassen zu werden. 6,3% der Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen mit Eintritt der Arbeitslosigkeit im Jahr 2012 wurden im Laufe ihres Geschäftsfalles mittels SÖB, GBP oder SÖBÜ gefördert. Die mittlere Förderdauer lag bei SÖB und GBP mit ca. 3,5 Monaten über jener einer EB- (ca. drei Monate) und vor allem über derjenigen einer SÖBÜ-Förderung (etwa 1,5 Monate).

Abbildung 29: Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Blaue Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen. Rote Balken: durchschnittliche Ergebnisse der Nicht-TeilnehmerInnen. Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Die Wirkungsanalyse ergibt, dass eine geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt⁶⁵) eine deutlich arbeitsangebotssteigernde Wirkung hat: Für die Geförderten reduziert sich im Durchschnitt die außerhalb des Arbeitsmarktes (in gesicherten und ungesicherten erwerbsfernen Zuständen) verbrachte Zeit um insgesamt -80 Tage. Sie sind in Summe, im Vergleich zu einer hypothetischen Nicht-Teilnahme, um +35 Tage (9,4%) mehr arbeitslos und um +26 Tage (24,5%) mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung. Die Geförderten verbringen außerdem in den zwei betrachteten Jahren +26 Tage (70,3%) mehr in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt als vergleichbare Arbeitslose ohne Maßnahmenteilnahme (vgl. Abbildung 29 und Übersicht 45 im Anhang). Dafür gibt es zwei mögliche Erklärungen: (1) Die Förderung dauert teilweise länger als ein Jahr und geht damit in den Nachbeobachtungszeitraum ein; (2) die einmal mittels SÖB, GBP oder SÖBÜ Geförderten

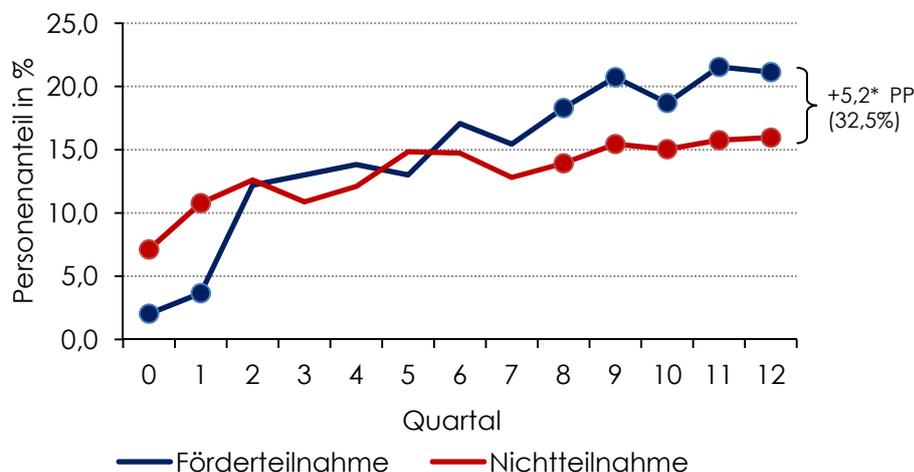
⁶⁵) Bei SÖBÜ-Förderungen wird nicht danach unterschieden, ob die Geförderten nach einer Vorbereitungsphase in ein Transitarbeitsverhältnis übernommen und ob sie an einen Beschäftigterbetrieb überlassen wurden. Evaluert wird die Betreuung durch einen SÖBÜ, mit oder ohne Beschäftigungsverhältnis. Eppel et al. (2014) haben in einer Evaluierung sozialer Unternehmen aufgezeigt, dass österreichweit rund ein Viertel aller SÖBÜ-TeilnehmerInnen tatsächlich an einen Beschäftigterbetrieb überlassen wird, in Wien sogar nur etwa ein Fünftel.

nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit erneut an einer solchen Art von Förderung teil. Aus Abbildung 31 (jahresspezifische Effekte) ist ersichtlich, dass sich Geförderte und Nichtgeförderte mit 94 Tagen im ersten Jahr nach Förderbeginn besonders stark unterscheiden und danach bereits deutlich weniger. Im zweiten Jahr beläuft sich der Unterschied auf 15 Tage, im dritten Jahr auf 11 Tage.⁶⁶⁾

Da die Geförderten zunächst für längere Zeit in geförderter Beschäftigung und damit dem regulären Arbeitsmarkt entzogen sind – sie schränken aufgrund der Teilnahme ihre Arbeitssuche ein –, wird der positive Effekt einer geförderten Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt erst zwei Jahre nach Förderbeginn sichtbar (vgl. Abbildung 30 und Übersicht 23). Drei Jahre nach Förderbeginn sind 21,1% der Geförderten in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung. Das ist im Vergleich zu einer hypothetischen Situation, in der sie nicht gefördert worden wären, ein hoher Prozentsatz: In der Kontrollgruppe aus ähnlichen ungeförderteren Personen sind es nur 16,0% und damit um 5,2 Prozentpunkte weniger. Dies entspricht einem Unterschied von 32,5% und bedeutet, dass eine Förderung am 2. Arbeitsmarkt die Wahrscheinlichkeit, nach drei Jahren in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zu sein, um ein Drittel erhöht.

Abbildung 30: Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeförderter unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012

Vergleich zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-TeilnehmerInnen



Q: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger und WIFO. Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

⁶⁶⁾ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Abbildung 40 und Übersicht 46 im Anhang). Für die Unterschiede im 1. Jahr siehe Übersicht 47, im 2. Jahr Übersicht 48 und im 3. Jahr Übersicht 49.

Übersicht 22: Effekt einer Förderung mittels AA, BO bzw. QUAL für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeförderter unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012

Vergleich des Personenanteils in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-TeilnehmerInnen

AA					
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz		Rel.
0	3,2	4,2	-1,0		-23,8
1	5,6	6,9	-1,4		-20,0
2	7,1	9,1	-2,0		-21,7
3	7,9	8,9	-1,0		-11,1
4	12,7	10,3	2,4		23,1
8	11,1	11,3	-0,2		-1,8
9	10,3	12,3	-2,0		-16,1
10	11,9	12,9	-1,0		-7,7
11	14,3	13,9	0,4		2,9
12	13,5	14,7	-1,2		-8,1
BO					
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz		Rel.
0	3,5	8,3	-4,9	**	-58,2
1	10,4	14,1	-3,6	*	-25,7
2	12,9	14,3	-1,4		-9,6
3	15,9	17,5	-1,6		-9,2
4	15,9	17,5	-1,6		-9,2
8	14,4	21,5	-7,1	**	-32,9
9	15,4	20,5	-5,1	*	-24,8
10	14,4	19,9	-5,5	*	-27,5
11	17,9	20,6	-2,7		-13,3
12	17,9	21,9	-4,0	*	-18,2
QUAL					
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz		Rel.
0	4,5	11,0	-6,6	***	-59,4
1	13,0	17,9	-4,9	***	-27,2
2	17,2	20,4	-3,2	**	-15,7
3	20,3	20,8	-0,5		-2,5
4	21,1	22,0	-0,9		-3,9
8	25,3	24,4	0,9		3,7
9	25,8	24,9	0,9		3,8
10	26,6	25,5	1,1		4,2
11	27,5	25,7	1,8	*	7,0
12	27,9	26,2	1,7	*	6,5

Q: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger und WIFO. Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Übersicht 23: Effekt einer Förderung mittels KK, BBE, SÖB/GBP/SÖBÜ bzw. EB/KOM für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012

Vergleich des Personenanteils in ungeforderter unselbständiger Beschäftigung zwischen Teilnehmerinnen und Nicht-TeilnehmerInnen

KK						
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz			Rel.
0	12,5	15,0	-2,5			-16,4
1	25,0	27,5	-2,5			-8,9
2	42,0	34,8	7,1	*		20,5
3	34,8	32,6	2,2			6,8
4	41,1	33,5	7,6	*		22,7
8	39,3	37,7	1,6			4,1
9	40,2	36,6	3,6			9,8
10	40,2	37,3	2,9			7,8
11	40,2	35,7	4,5			12,5
12	42,9	34,6	8,3	*		23,9

BBE						
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz			Rel.
0	8,6	11,3	-2,7	*		-23,6
1	16,1	15,8	0,4			2,3
2	19,0	18,4	0,6			3,5
3	19,6	19,4	0,2			1,2
4	22,0	20,6	1,4			6,7
8	24,5	22,5	2,0			8,9
9	25,6	23,6	2,0			8,5
10	25,3	23,8	1,5			6,2
11	27,7	24,1	3,6	*		14,8
12	28,0	25,0	3,0	*		12,1

SÖB/GBP/SÖBÜ						
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz			Rel.
0	2,0	7,1	-5,1	***		-71,4
1	3,7	10,8	-7,1	***		-66,0
2	12,2	12,6	-0,4			-3,2
3	13,0	10,9	2,1			19,6
4	13,8	12,1	1,7			14,3
8	18,3	13,9	4,4	*		31,4
9	20,7	15,4	5,3	*		34,2
10	18,7	15,0	3,7	*		24,3
11	21,5	15,8	5,8	*		36,8
12	21,1	16,0	5,2	*		32,5

EB/KOM						
Quartal	Förderteilnahme	Nichtteilnahme	Differenz			Rel.
0	4,0	12,8	-8,8	***		-69,0
1	32,5	21,8	10,7	***		49,4
2	39,0	25,5	13,5	***		53,2
3	40,8	24,5	16,3	***		66,8
4	53,1	26,7	26,4	***		98,6
8	55,6	29,2	26,4	***		90,7
9	53,1	30,5	22,6	***		74,0
10	50,9	30,6	20,3	***		66,4
11	51,6	31,7	19,9	***		63,0
12	49,8	32,9	17,0	***		51,6

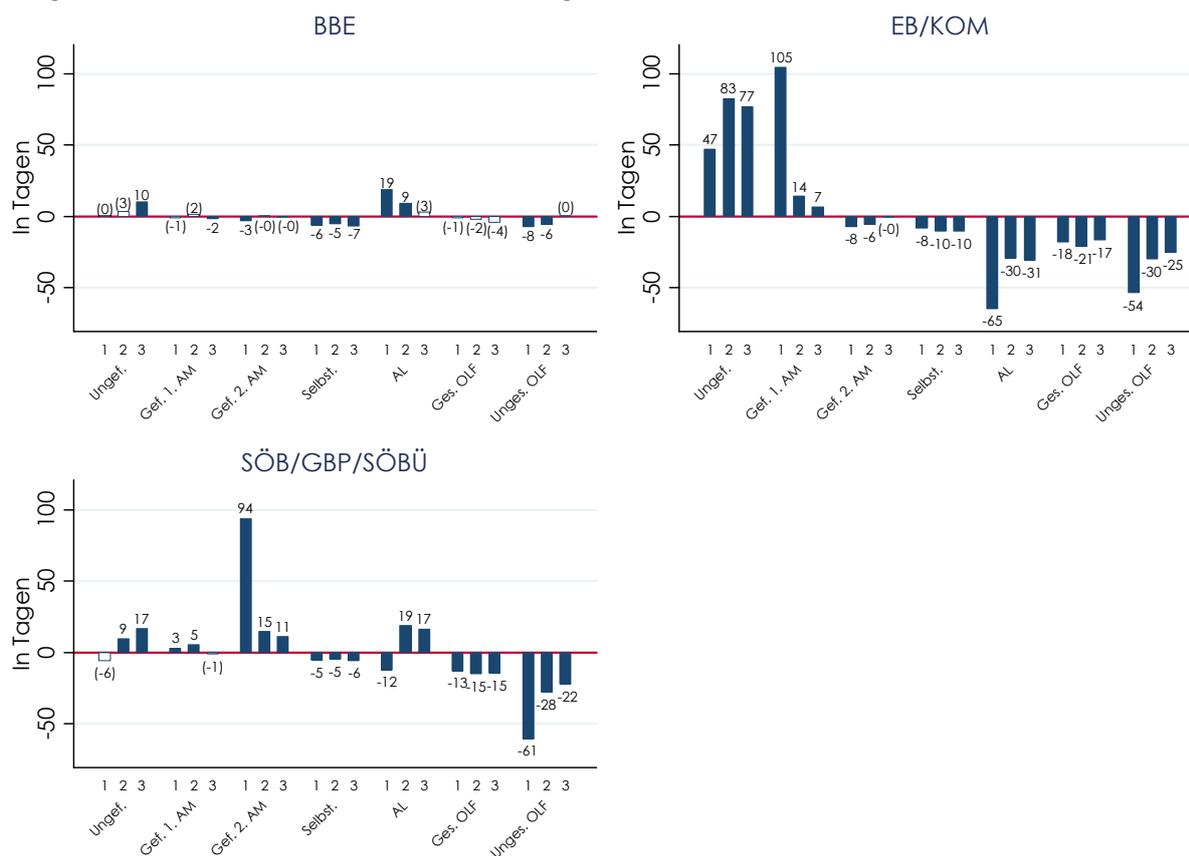
Q: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger und WIFO. Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Eine breitere Abgrenzung gesundheitlich eingeschränkter Personen würde zu ähnlichen Ergebnissen führen.

Um die Sensitivität der Ergebnisse der Wirkungsanalyse hinsichtlich der Abgrenzung der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu testen, wurden Fördereffekte nicht nur für die 10%, sondern auch für die 25% am stärksten von gesundheitlichen Problemlagen betroffenen Personen ermittelt. Die auf Basis dieser beiden Abgrenzungen ermittelten Ergebnisse unterscheiden sich im Kern nicht. Einziger wesentlicher Unterschied ist, dass eine Förderung mittels BBE unter Zugrundelegung einer breiteren Definition gesundheitlich eingeschränkter Personen keinen signifikanten Effekt auf die ungeförderte unselbständige Beschäftigung hat (vgl. Übersicht 52).

Abbildung 31: Effekt einer Förderung mittels BBE, EB/KOM bzw. SÖB/GBP/SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 1., 2. bzw. 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Dargestellt sind Fördereffekte in Tagen. Bei statistisch insignifikanten Effekten sind Werte in Klammern gesetzt und Balken nicht gefüllt.

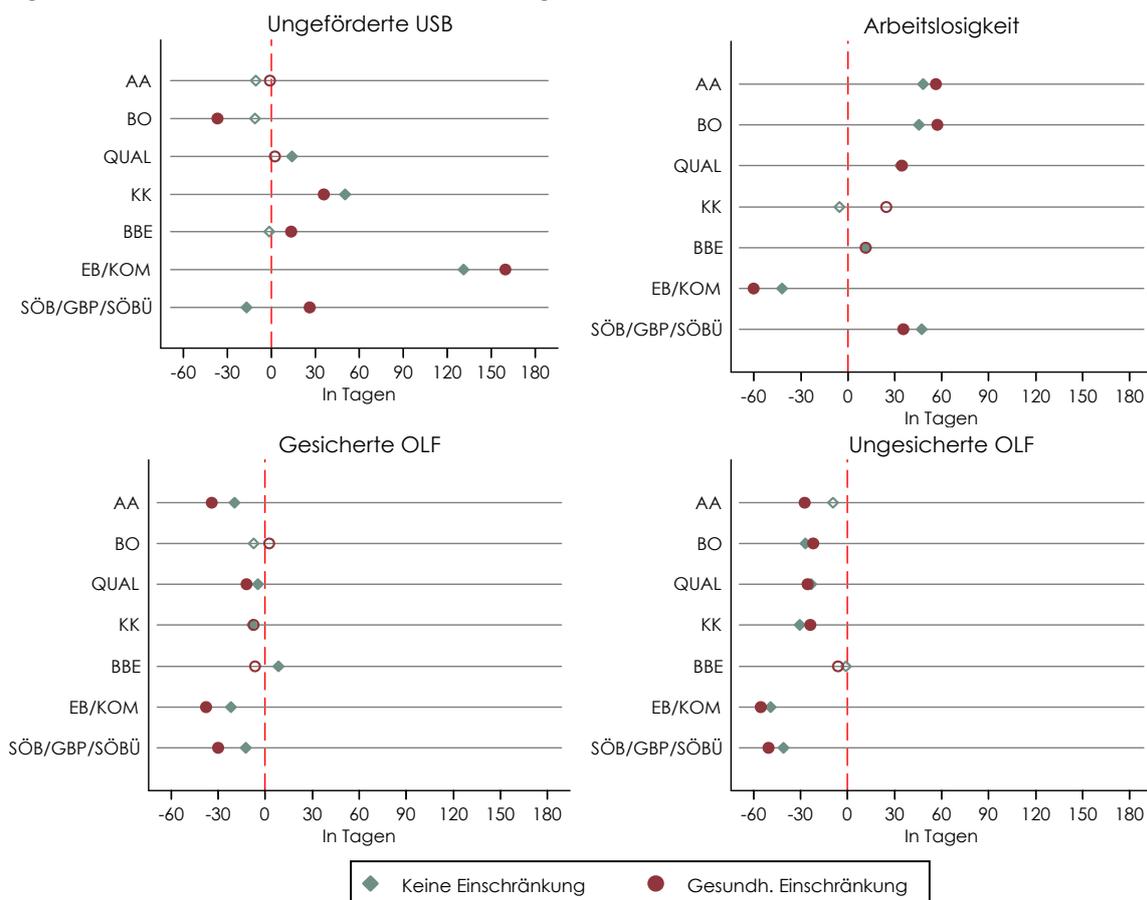
Vergleich mit Maßnahmenwirkung für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen

Insgesamt haben Maßnahmen bei gesundheitlich eingeschränkten Personen eine ähnliche Wirkung wie für sonstige Arbeitslose. Im Detail treten jedoch Unterschiede zutage.

In Abbildung 32 (Effekte absolut) und Abbildung 33 (Effekte in %) wird, anhand zentraler Ergebnisvariablen, die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen mit ihrer Wirkung für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen verglichen (für die Detaillerggebnisse zu Personen ohne Gesundheitsbelastung (siehe Übersicht 50 im Anhang). Die verglichenen Effekte entstammen getrennten Schätzungen für die beiden Personengruppen. Insgesamt sind die Ergebnisse ähnlich. Im Detail lassen sich jedoch Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Gesundheitsproblem feststellen.

Abbildung 32: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (abs.), Oberösterreich 2012

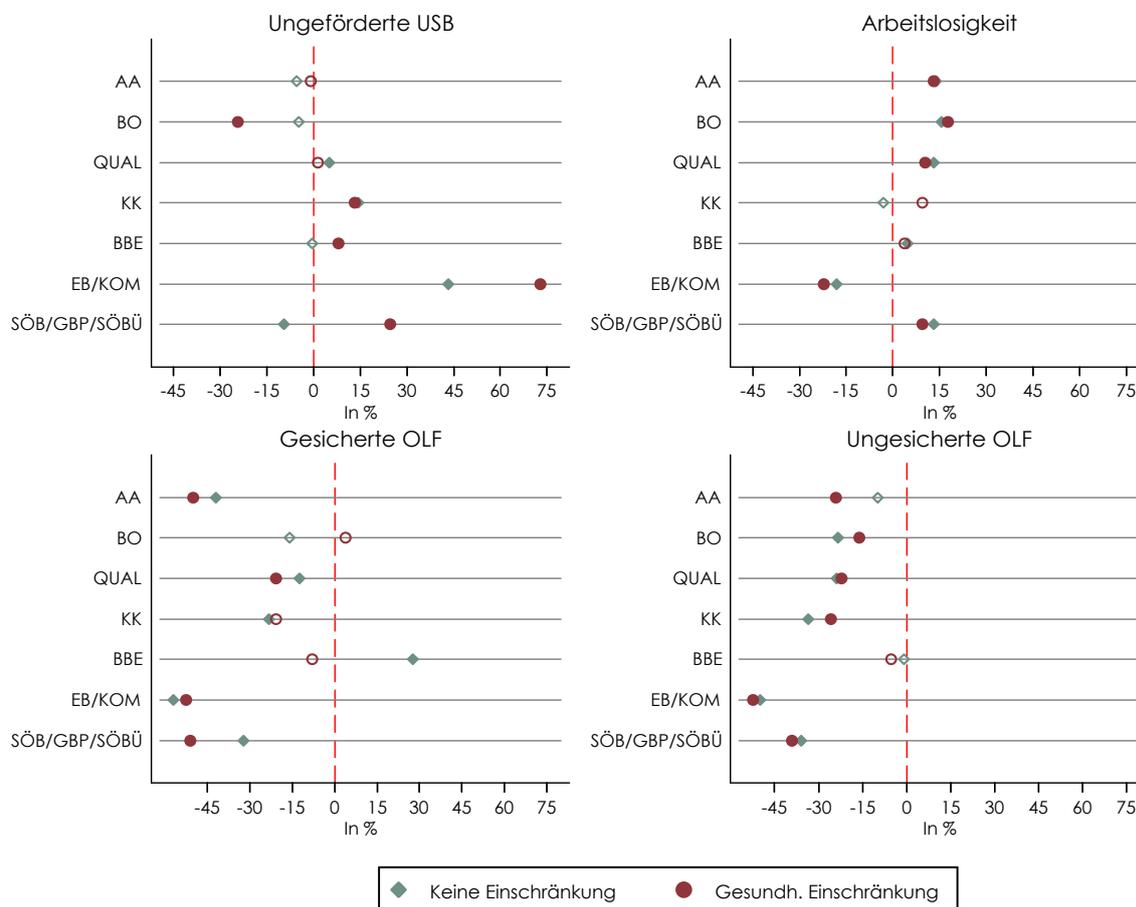
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Bei statistisch insignifikanten Werten (10%-Signifikanzniveau) leere Kreise/Rauten.

Abbildung 33: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (in %), Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Bei statistisch insignifikanten Werten (10%-Signifikanzniveau) leere Kreise/Rauten.

Eine Teilnahme an Aktiver Arbeitssuche steigert bei beiden Gruppen die Erwerbsbeteiligung, ohne Effekt auf die ungeförderte unselbständige Beschäftigung.

Die Wirkung einer Teilnahme an Aktiver Arbeitssuche (AA) fällt insgesamt sehr ähnlich aus: Bei beiden Gruppen steigert sie die Erwerbsbeteiligung, ohne einen Effekt auf die ungeförderte unselbständige Beschäftigung zu haben. Für gesundheitlich eingeschränkte Personen ist die arbeitsangebotssteigernde Wirkung etwas stärker ausgeprägt. Die in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit erhöht sich in ähnlichem Ausmaß: für gesundheitlich eingeschränkte Personen um 56 Tage bzw. 13,2%, für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen um 48 Tage bzw. 13,8%. Während sich für gesundheitlich eingeschränkte Personen sowohl die in gesicherten erwerbsfernen Zuständen (-34 Tage bzw. 50,1%) als auch die in ungesicherten erwerbsfernen

Zuständen verbrachte Zeit signifikant reduziert (-27 Tage bzw. 24,2%), trifft dies bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen nur auf gesicherte erwerbsferne Zustände zu (-20 Tage bzw. 42,1%). Beide Gruppen, vor allem aber gesundheitlich eingeschränkte Personen, sind in Folge einer Teilnahme an AA vermehrt in geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt (+14 Tage bzw. 158,5% vs. +4 Tage bzw. 41,7%). Nur für diese Gruppe ist gleichzeitig eine signifikante Reduktion der in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt verbrachten Zeit festzustellen (um -8 Tage bzw. 39,6%). Umgekehrt hat die Teilnahme an AA nur für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen die Konsequenz, im Nachbeobachtungszeitraum weniger in selbständiger Beschäftigung zu sein (um -17 Tage bzw. 79,7%).

Berufliche Orientierung führt jeweils zu mehr Arbeitslosigkeit und weniger ungesicherter Erwerbsinaktivität, reduziert aber nur für gesundheitlich eingeschränkte Personen signifikant die in ungeförderter Beschäftigung verbrachte Zeit.

Eine Teilnahme an einer Berufsorientierungsmaßnahme (BO) zieht in beiden Gruppen mehr Arbeitslosigkeit⁶⁷⁾ (+57 Tage bzw. 17,7% vs. 45 Tage bzw. 15,7%), mehr geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (+18 Tage bzw. 90,5% vs. +8 Tage bzw. 71,3%), weniger ungesicherte Erwerbsinaktivität (-22 Tage bzw. 16,0% vs. -27 Tage bzw. 23,5%) und weniger selbständige Beschäftigung (-18 Tage bzw. 86,3% vs. -14 Tage bzw. 50,9%) nach sich. Nur für gesundheitlich eingeschränkte Personen reduziert die Maßnahmenteilnahme signifikant die in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung verbrachte Zeit (um 37 Tage bzw. 24,3%). Umgekehrt hat sie nur für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen mehr Zeit in geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt zur Folge (+7 Tage bzw. 98,4%).

Fachliche Qualifizierung wirkt jeweils sehr ähnlich. Sie stärkt in beiden Gruppen die Erwerbsbeteiligung. Ihr mittel- bis langfristig positiver Integrationseffekt wird bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits früher sichtbar.

Anders als bei gesundheitlich eingeschränkten Personen ist bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits für den betrachteten Zweijahreszeitraum ein signifikant positiver Effekt trägerbezogener fachlicher Qualifizierung (QUAL) auf die Integration in ungeförderter unselbständige Beschäftigung nachweisbar (in der Größenordnung von +14 Tagen bzw. 5,0%). Die Wirkung dieser Maßnahmenart ist insgesamt ähnlich. Beide Gruppen sind in Folge einer Qualifizierungsmaßnahme mehr in geförderter Beschäftigung am 1. und 2. Arbeitsmarkt, weniger in selbständiger Beschäftigung, mehr arbeitslos und weniger in gesicherten und ungesicherten erwerbsfernen Zuständen.

Kurskostenbeihilfen haben für beide Gruppen eine signifikant bessere Integration in ungeförderter unselbständige Beschäftigung und einen selteneren Rückzug aus dem Arbeitsangebot zur Folge.

⁶⁷⁾ Hier sind alle geschäftsfallbegründenden Vormerkstatus und somit auch Schulungen mitberücksichtigt.

Beihilfen zu den Kurskosten für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen am freien Bildungsmarkt (KK) haben für beide Gruppen eine signifikant bessere Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung (+36 Tage bzw. 13,3% vs. +50 Tage vs. 14,5%) und einen selteneren Rückzug aus dem Arbeitsangebot zur Folge. Nur für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen reduziert sich die in geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt verbrachte Zeit.

Bei insgesamt moderatem Einfluss, verbessert eine Betreuung durch eine BBE nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen nachweislich die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung.

Die Betreuung durch eine externe Beratungs- und Betreuungseinrichtung hat bei beiden Gruppen nur geringe Auswirkungen auf die nachfolgende Erwerbsintegration. Sie hat jeweils weniger selbständige Beschäftigung zur Folge. Nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen stärkt sie die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung (um +13 Tage bzw. 8,0%).

Eingliederungsbeihilfen haben für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine noch stärkere beschäftigungssteigernde Wirkung als für diejenigen ohne gesundheitliche Einschränkungen.

Die Wirkung von geförderter Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt unterscheidet sich nur in ihrer Größenordnung zwischen den beiden Personengruppen. Mit einem Plus von +160 Tagen bzw. 72,8% (ohne Bereinigung für Mitnahmeeffekte), steigt für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen das Ausmaß an ungeforderter unselbständiger Beschäftigung in der Nachkarriere noch stärker als für diejenigen ohne gesundheitliche Einschränkungen (+131 Tage bzw. 43,3%). Es ist auch nicht davon auszugehen, dass bei Personen mit arbeitsmarkt-relevanten Gesundheitsproblemen Mitnahmen häufiger sind, da Betriebe in der Regel nicht eher Arbeitskräfte mit Erwerbshindernissen als Arbeitskräfte ohne Erwerbshindernisse einstellen. Die Ergebnisse sind mit einer bereits vorliegenden Evaluierung betrieblicher Eingliederungsbeihilfen für Gesamtösterreich konsistent, in der besonders ausgeprägte, positive Effekte für Personen mit größeren Reintegrationsproblemen, konkret für Langzeitarbeitslose und ältere Arbeitskräfte, nachgewiesen wurden (Eppel et al., 2011).

Förderungen am 2. Arbeitsmarkt steigern in den zwei betrachteten Jahren jeweils die Erwerbsbeteiligung, aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen auch die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung.

Vergleichsweise markant ist der Unterschied in der Wirkung von geförderter Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (SÖB/GBP/SÖBÜ). Sie steigert bei beiden Gruppen die Erwerbsbeteiligung, verbessert aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung im betrachteten Zweijahreszeitraum (um +26

Tage bzw. 24,5%). Bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen ist das Gegenteil der Fall: Die Geförderten sind hier in der Nachkarriere um 17 Tage (9,5%) weniger in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung als vergleichbare nicht geförderte Personen.

Während die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits im zweiten Jahr nach Förderbeginn signifikant mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung sind als vergleichbare nicht geförderte Personen (+9 Tage bzw. 18,9%; im 3. Jahr +17 Tage bzw. 29,5%), sind die geförderten nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen im zweiten Jahr weniger (-12 Tage bzw. 13,7%) und im 3. Jahr ähnlich viel in regulärer Beschäftigung wie vergleichbare nicht geförderte Personen. Möglicherweise würde in einer längerfristigen Betrachtung auch bei dieser Personengruppe ein positiver Effekt sichtbar werden.

Grund für den Wirkungsunterschied könnte sein, dass bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen der Lock-in-Effekt stärker zum Tragen kommt. Diese Gruppe hat a priori tendenziell bessere Arbeitsmarktchancen als gesundheitlich eingeschränkte Personen. Die Betroffenen werden daher während einer Förderung am 2. Arbeitsmarkt eher von regulärer Beschäftigung abgehalten als gesundheitlich eingeschränkte Personen.⁶⁸⁾

In Oberösterreich insgesamt positive Wirkungsevidenz für Qualifizierung und geförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt.

Insgesamt – für die Gesamtheit aller im Bundesland Oberösterreich geförderten Personen (mit und ohne gesundheitliche Belastung) – lässt sich zusammenfassend feststellen:

- Die Kurse zur aktiven Arbeitssuche steigern die Erwerbsbeteiligung, ohne Effekt auf die Integration in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung.
- Auch Berufsorientierungskurse tragen zu einem Verbleib im Arbeitsangebot bei, dienen allerdings häufig zur Vorbereitung für eine weitere Maßnahme und haben vermutlich deshalb (zunächst) ein geringeres Ausmaß an ungeförderter unselbständiger Beschäftigung zur Folge.
- Trägerbezogene fachliche Qualifizierungen erhöhen die Erwerbsbeteiligung und stärken – trotz zeitverzögerter Wirkung – bereits im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn nachweislich die Integration in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung.
- Die Förderung von Qualifizierung mittels Kurskostenbeihilfen wirkt einem vollständigen Rückzug aus dem Arbeitsmarkt entgegen und stärkt signifikant die Integration in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung.
- Die Betreuung durch eine BBE führt nur zu leichten Verschiebungen zwischen Erwerbsinaktivität, Arbeitslosigkeit und selbständiger Beschäftigung, ohne Effekt auf die ungeförderter unselbständiger Beschäftigung.

⁶⁸⁾ Die ex ante besseren Arbeitsmarktchancen kommen darin zum Ausdruck, dass unter den betrachteten nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen Treatment- und Kontrollgruppe (mit 160 bzw. 176 Tagen) im Durchschnitt deutlich mehr in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung sind, als Treatment- und Kontrollgruppe unter den beobachteten gesundheitlich eingeschränkten Personen (133 bzw. 107 Tage).

- Eingliederungsbeihilfen haben eine deutliche arbeitsangebots- und beschäftigungssteigernde Wirkung.
- Geförderte Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) steigert die Erwerbsbeteiligung; gleichzeitig lässt sie – vor dem Hintergrund ausgeprägter Lock-in-Effekte – im zweiten und dritten Jahr nach Förderbeginn die ungeförderte unselbständige Beschäftigung unverändert (vgl. Übersicht 51 im Anhang).

Vergleich zwischen Diagnosegruppen

Die Wirkung aktiver Maßnahmen unterscheidet sich zum Teil nach Art der gesundheitlichen Einschränkung.

Mit einer Einschränkung auf einzelne Diagnosegruppen ist eine weitere Reduktion der ohnehin bereits geringen Fallzahlen verbunden. Vor diesem Hintergrund lassen sich Effekte nur für einen Teil der Maßnahmen vergleichen. Aktive Arbeitsuche, Berufsorientierung und Kurskostenbeihilfen müssen zu einer Kategorie zusammengefasst werden. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind diese geringen Fallzahlen ebenso zu berücksichtigen, wie die häufige Überlappung zwischen Diagnosegruppen und der Umstand, dass – für unterschiedliche Personengruppen eingesetzte – unterschiedliche Typen von Maßnahmen gemeinsam betrachtet werden. Trotz dieser Einschränkungen lassen sich gewisse Hinweise auf Unterschiede zwischen Diagnosegruppen gewinnen (siehe Abbildung 34 (Effekte absolut), Abbildung 35 (Effekte in %) sowie die Übersichten 53 bis 56 im Anhang):

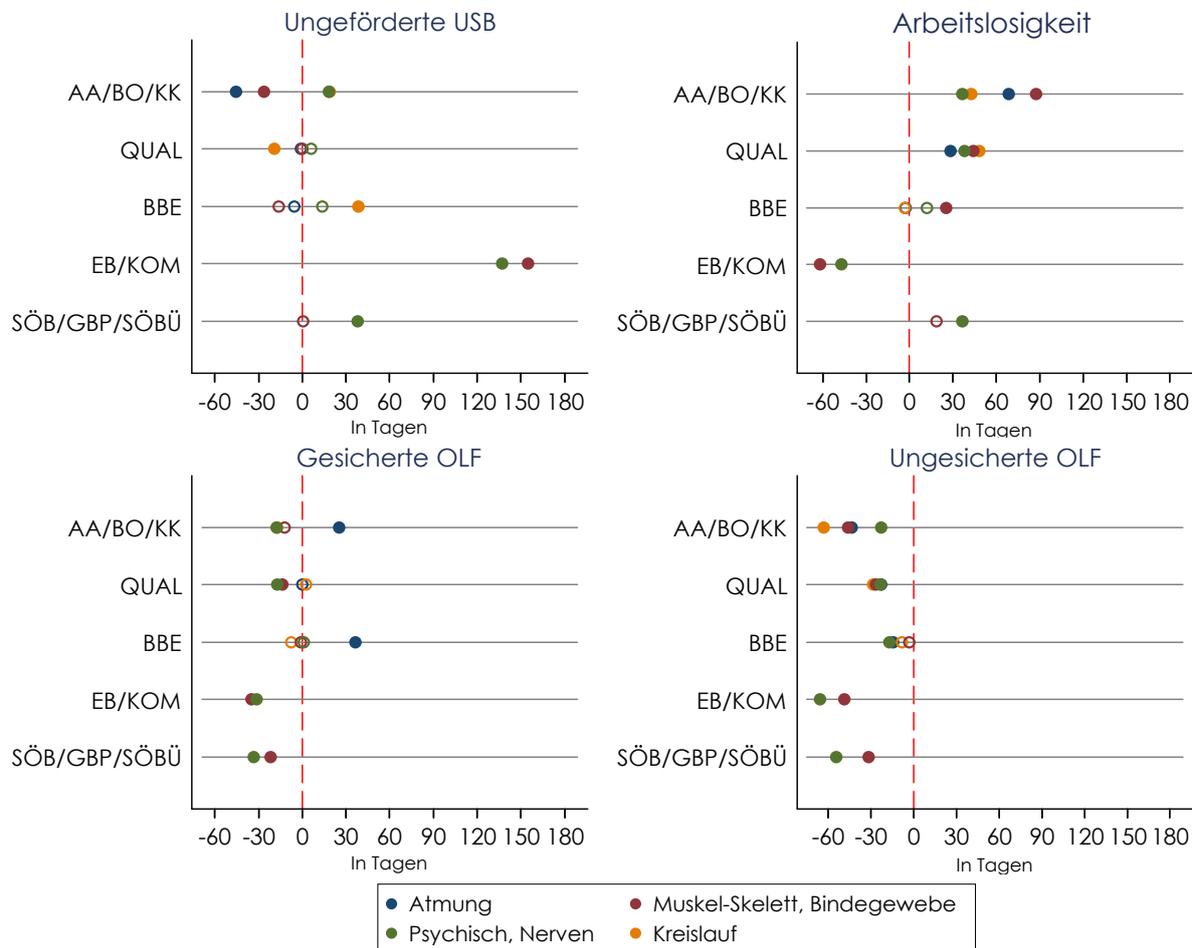
- Eine Förderung mittels AA, BO oder KK hat in der Regel einen arbeitsangebotssteigernden Effekt. Nur für Personen mit einer psychischen oder Verhaltensstörung oder einer Erkrankung des Nervensystems ist darüber hinaus ein signifikanter positiver Effekt auf die ungeförderte unselbständige Beschäftigung nachweisbar (in der Größenordnung von +18 Tagen bzw. 12,6%). Für Personen mit Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes, ebenso wie für diejenigen mit Erkrankung des Atmungssystems, deuten die Ergebnisse in Richtung einer besonders starken Zunahme der Arbeitslosigkeit und eines negativen Effekts auf die ungeförderte unselbständige Beschäftigung hin. Aufgrund geringer Fallzahlen sind diese Unterschiede aber mit Vorsicht zu interpretieren.
- Eine trägerbezogene fachliche Qualifizierung steigert allgemein die Erwerbsbeteiligung. Bei Personen mit Erkrankungen von psychischer Natur, des Muskel-Skelett-Systems oder des Atmungssystems scheint sie im Zweijahreszeitraum keine signifikante Wirkung auf die in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung verbrachte Zeit zu entfalten. Im Gegensatz dazu dürfte sie bei Personen mit Erkrankung des Kreislaufsystems mit einem negativen Integrationseffekt einhergehen (in der Größenordnung von -19 Tagen bzw. 14,0%). Dieser ist allerdings nur vorübergehender Natur und durch den Entzug vom Arbeitsmarkt während der Maßnahmenteilnahme bedingt: Aus einer Einzeljahresbetrachtung ist zu erkennen, dass die Geförderten nur im zweiten Jahr weniger und im dritten Jahr ähnlich viel in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung sind wie ähnliche ungeförderte Arbeitslose.

Angesichts der bisherigen nationalen wie internationalen Evidenz ist generell eine mittel- bis längerfristig positive Integrationswirkung fachlicher Qualifizierung wahrscheinlich, die sich je nach Diagnosegruppe mit unterschiedlich langer Zeitverzögerung manifestiert.

- Auch hinsichtlich der Wirkung von BBE weichen Personen mit Erkrankung des Kreislaufsystems von den restlichen Diagnosegruppen ab: Nur für sie hat die Förderung eine signifikante Auswirkung auf die in ungeförderter unselbständiger Beschäftigung verbrachte Zeit, und zwar eine Ausweitung um +39 Tage (29,1%).
- Eine mittels EB oder Kombilohnbeihilfe geförderte Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt hat für beide Diagnosegruppen, für die eine Wirkungsanalyse dieser Maßnahme möglich ist – psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes –, eine deutlich arbeitsangebots- und beschäftigungssteigernde Wirkung.
- Die Förderung mittels SÖB, GBP oder SÖBÜ hat für beide analysierbare Maßnahmenarten eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung zur Folge. Für Menschen mit psychischen Einschränkungen steigert sie darüber hinaus die Integration in ungeförderter unselbständige Beschäftigung (um +38 Tage bzw. 42,4%). Demgegenüber unterscheiden sich Geförderte mit Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems diesbezüglich nicht signifikant von ähnlichen nicht geförderten Arbeitslosen.

Abbildung 34: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (abs.) nach Art der Krankheit, Oberösterreich 2012

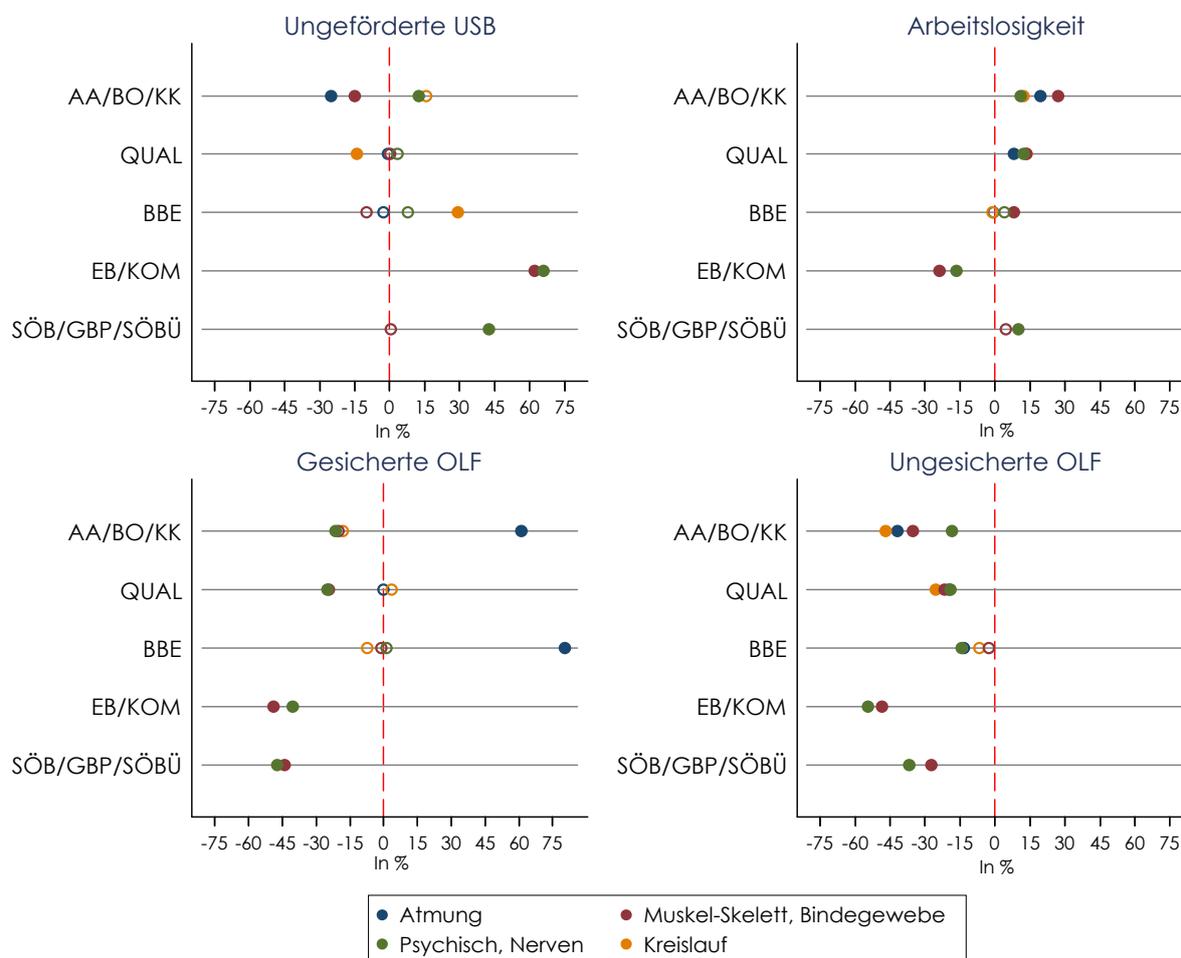
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10); Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-13); Psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems (ICD-5/6); Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9). Bei statistisch insignifikanten Werten (10%-Signifikanzniveau) leere Kreise.

Abbildung 35: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (in %) nach Art der Krankheit, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10); Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (ICD-13); Psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems (ICD-5/6); Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9). Bei statistisch insignifikanten Werten (10%-Signifikanzniveau) leere Kreise.

Vergleich zwischen zielgruppenspezifischer und nicht zielgruppenspezifischer Maßnahme

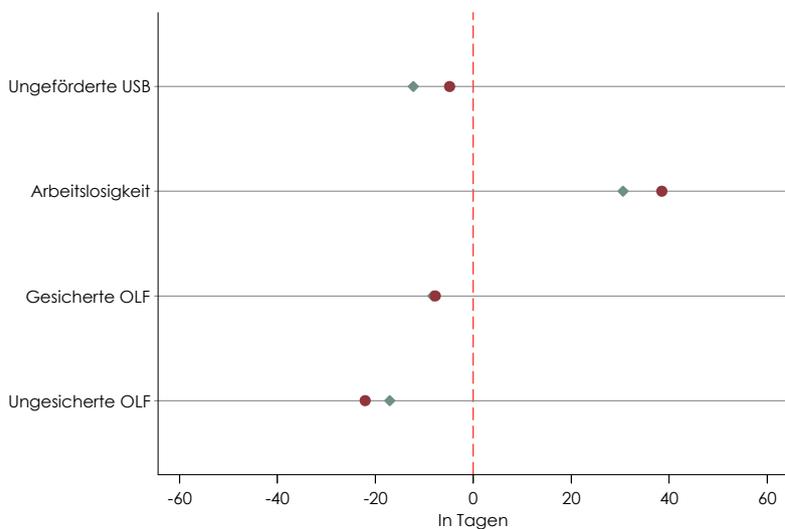
Wie bereits erläutert, erfolgt ein Vergleich der Maßnahmenwirkung zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen ausschließlich anhand einer trägerbezogenen, fachlichen Qualifizierung, da es im Jahr 2012 kaum Beschäftigungsmaßnahmen spezifisch für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich bei Teilnahmen gesundheitlich eingeschränkter Personen an sonstigen, trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen großteils um zielgruppenspezifischen Angebote handelte.

Für das quantitativ bedeutsame Instrument einer fachlichen Qualifizierung lässt sich feststellen, dass sich der Effekt nicht wesentlich zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Angeboten unterscheidet:

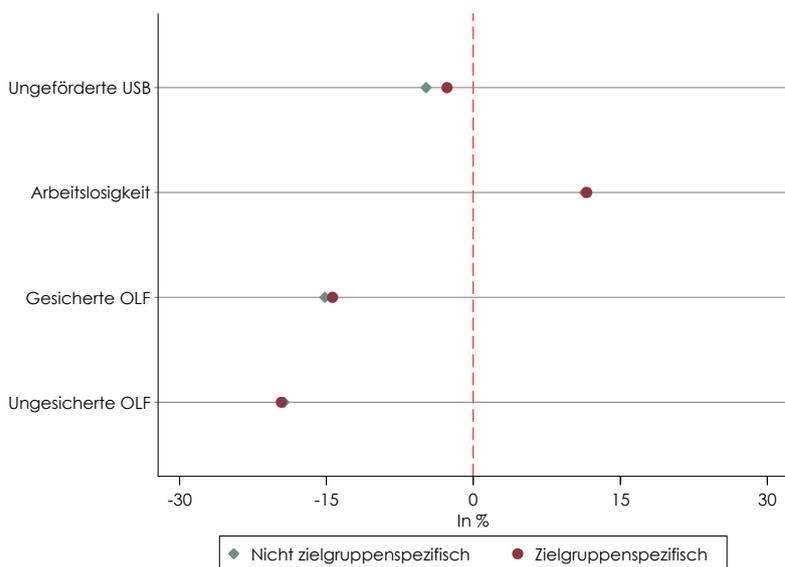
- In beiden Fällen ist für den zweijährigen Betrachtungszeitraum kein Effekt auf die ungeforderte unselbständige Beschäftigung nachweisbar.
- Die in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit nimmt zu: im Fall zielgruppenspezifischer Angebote um 38 Tage (11,5%), im Fall nicht zielgruppenspezifischer Angebote um +31 Tage (11,4%).
- Die Summe an Tagen in gesicherten erwerbsfernen Zuständen verringert sich jeweils um -8 Tage (14,4% bzw. 15,2%), das Volumen an Tagen in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen um -22 Tage (19,6%) bzw. -17 Tage (19,3%) (vgl. Abbildung 36 und Übersicht 24).

Abbildung 36: Vergleich des Effekts der Teilnahme an einer zielgruppenspezifischen, trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL) auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn mit dem Effekt der Teilnahme an einer nicht zielgruppenspezifischen trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL), gesundheitlich eingeschränkte Personen, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung
Fördereffekt abs.



Fördereffekt in %



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 24: Effekt der Teilnahme an einer zielgruppenspezifischen trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn mit dem Effekt der Teilnahme an einer nicht zielgruppenspezifischen Maßnahme trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL), gesundheitlich eingeschränkte Personen, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
Zielgruppenspezifische Maßnahme				
Ungeförderte USB	178	183	-5	(-2,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	12	11	0	(3,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	22	18	4 *	(22,9)
Selbständige Beschäftigung	11	19	-8 ***	(-43,7)
Arbeitslosigkeit	372	333	38 ***	(11,5)
Gesicherte OLF	46	54	-8 *	(-14,4)
Ungesicherte OLF	91	113	-22 ***	(-19,6)
Nicht zielgruppenspezifische Maßnahme				
Ungeförderte USB	242	254	-12	(-4,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	20	10	10 *	(94,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	23	15	8 *	(54,3)
Selbständige Beschäftigung	28	39	-11	(-28,1)
Arbeitslosigkeit	299	269	31 *	(11,4)
Gesicherte OLF	46	55	-8	(-15,2)
Ungesicherte OLF	71	88	-17 *	(-19,3)

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N zielgruppenspezifische Maßnahme: 134.658 Nichtgeförderte und 1.583 Geförderte. N nicht zielgruppenspezifische Maßnahme: 133.075 Nichtgeförderte und 158 Geförderte.

7. Qualitative Erhebung zu Förderangeboten des AMS für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose

7.1. Design der qualitativen Erhebung

Um die bestehenden Förderangebote für gesundheitlich eingeschränkte Personen aus Sicht von VertreterInnen des AMS zu erheben, wurden qualitative Interviews und ein eintägiger Workshop im AMS Oberösterreich durchgeführt.

Die qualitative Analyse der Förderangebote des AMS für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen erfolgte in zwei Schritten:

Zunächst wurden im Jänner 2016 qualitative Interviews mit 3 VertreterInnen des AMS Oberösterreich geführt (Leiterin der Förderabteilung, Leiter des Service für Arbeitssuchende, Leiter der RGS Steyr). Dabei ging es vor allem um:

- die aktuelle AMS-Strategie in der Betreuung und Begleitung von Personen mit physischen bzw. psychischen/psychiatrischen Erkrankungen im Vergleich zu jener vor Inkrafttreten von SRÄG 2012 und um regionale Unterschiede sowie
- zielgruppenspezifische Schulungs-, Beratungs- und Beschäftigungsangebote und vergleichbare Angebote, die grundsätzlich allen arbeitssuchenden Personen zur Verfügung stehen und die Bewertung der gegenwärtigen Angebotssituation (Über-/Unterversorgung/Lücken).

Aufbauend auf diesen Informationen, fand im Februar 2016 ein eintägiger Workshop im AMS Oberösterreich statt, an dem insgesamt 9 Personen teilnahmen (5 VertreterInnen der LGS aus den Bereichen Förderung und Service für Arbeitssuchende sowie 4 VertreterInnen der RGSen Traun, Linz, Wels und Vöcklabruck).

In diesem Workshop wurden erste Ergebnisse der quantitativen Analyse vorgestellt und deren Bedeutung für Oberösterreich diskutiert sowie die Betreuung und Beratung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Detail reflektiert. Beispielsweise wurden spezifische Subgruppen herauskristallisiert und Auswahlkriterien für unterschiedliche Unterstützungsformen identifiziert. Darüber hinaus ging es um die bestehende Angebotsstruktur, deren Veränderung im Untersuchungszeitraum und diesbezüglichen Veränderungsbedarf, den Handlungsspielraum des AMS sowie Auswirkungen des SRÄG 2012.

7.2. Die Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Personen

Die befragten AMS-VertreterInnen nehmen KundInnen mit physischen und/oder psychischen Einschränkungen als sehr heterogene Zielgruppe wahr. Unterschiede sind dabei nicht nur diagnosebedingt, sondern werden vor allem auch durch vorhandene bzw. nicht vorhandene soziale Ressourcen und sonstige Belastungen der Betroffenen hervorgerufen.

Identifizierung gesundheitlicher Einschränkungen in der AMS-Beratung

Die Feststellung einer vorliegenden, gesundheitlichen Einschränkung kann im Rahmen der AMS-Beratung auf unterschiedliche Weise erfolgen. Sind physische Einschränkungen sichtbar, werden diese von dem/der AMS-BeraterIn direkt angesprochen. Häufig legen betroffene KundInnen entsprechende Atteste (fachärztliches Attest, Gutachten, Feststellungsbescheid, Behindertenpass, etc.) vor bzw. sprechen die Problematik selbst an. In manchen Fällen liegt ein Antrag auf Invaliditätspension vor oder BeraterInnen stoßen im Zuge des Beratungs- oder Vermittlungsprozesses auf die Gesundheitsproblematik.

Etwas anders stellt sich die Situation bei psychischen/psychiatrischen Erkrankungen dar. Wie rasch hier die Identifizierung gelingt, ist abhängig vom Krankheitsbild, wie offen der/die Betroffene mit der Krankheit umgeht sowie von der Schwere und Dauer der Erkrankung.

Kodierungspraxis

Wird eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung durch ein Attest, Gutachten oder einen Feststellungsbescheid belegt, erfolgt eine entsprechende Kodierung in der EDV des AMS. Nach Aussage der LGS-VertreterInnen schwankt der Anteil der KundInnen mit einer solchen Kodierung zwischen den RGSen. Dies hat weniger damit zu tun, dass es in manchen RGSen mehr oder weniger KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen gibt als mit der Kodierungspraxis.

Subgruppen von KundInnen mit physischen Einschränkungen

Diagnosen physisch eingeschränkter KundInnen, mit denen BeraterInnen häufiger konfrontiert sind, sind Bandscheiben- bzw. Wirbelsäulen-Probleme, „klassische“ Behinderungen und organische Erkrankungen (Diabetes, Nierenerkrankungen/Dialyse, Adipositas, Morbus Crohn, Bluthochdruck, Krebserkrankungen).

Abseits der konkreten Erkrankung wird unterschieden zwischen Betroffenen mit Eigeninitiative, die aktiv handeln, um gesund zu werden und jenen, die resignieren und sich in ihr Schicksal fügen.

Sehr schwer ist es, Möglichkeiten für Erkrankte zu finden, die körperlich schwer gearbeitet haben und für die eine Umschulung, beispielsweise in den Bürobereich, keine geeignete Option darstellt. Häufig handelt es sich dabei um Personen mit Migrationshintergrund und eingeschränkten Deutschkenntnissen. Ebenso wie für jene, die aufgrund von Betreuungsverpflichtungen zeitlich eingeschränkt sind und daher für eine Umschulung nicht Vollzeit zur Verfügung stehen können.

Subgruppen von KundInnen mit psychischen Einschränkungen

Diagnosen, die in der Beratung von KundInnen mit psychischen Einschränkungen häufiger eine Rolle spielen, sind Suchterkrankungen, Burnout oder Depressionen.

Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Re-Integration in den Arbeitsmarkt ist aus Sicht der Befragten bei KundInnen mit psychischen Erkrankungen deren Stabilität und Belastbarkeit. Als subgruppendifferenzierend wird in diesem Zusammenhang gesehen, ob Betroffene:

- medizinisch gut versorgt und eingestellt sind, eine Krankheitseinsicht und Compliance haben
- in ein unterstützendes soziales Gefüge eingebettet sind.

Darüber hinaus betreuen Reha-BeraterInnen zunehmend Personen mit angeborener Intelligenzminderung, da für diese Gruppe immer weniger geeignete Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, obwohl, so die Befragten, das AMS hier eigentlich nicht zuständig ist. Diese sollten im Rahmen der AMS-Betreuung davon überzeugt werden, einen Antrag nach dem Chancengleichheitsgesetz zu stellen. Allerdings erweist sich – nach Erfahrung der AMS-VertreterInnen – die Abklärung des Vorliegens einer Intelligenzminderung bzw. eines Bedarfs für einen geschützten Arbeitsbereich als schwierig. Häufig wollen Betroffene selbst bzw. deren Eltern die Einschränkung nicht wahrhaben. Nottfalls wird in der AMS-Beratung in diesen Fällen auf das Kompetenzzentrum der PVA (Gesundheitsstraße) zurückgegriffen.

7.3. AMS-Angebote für gesundheitlich Eingeschränkte

Es ist davon auszugehen, dass in fast allen Angeboten des AMS auch Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu finden sind, verstärkt jedoch – so die Vermutung befragter AMS-VertreterInnen – in Beschäftigungsprojekten (SÖB, GBP), Frauenberufszentren, Produktionsschulen oder der Integrativen Berufsausbildung. Eine Zubuchung zu einem allgemein zugänglichen AMS-Angebot hängt laut den Befragten vom Selbsthilfepotential des/der Betroffenen ab. Je anspruchsvoller ein Angebot, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein solches für gesundheitlich Eingeschränkte ins Auge gefasst wird.

Eine Zuweisung zu einem spezifischen Angebot für gesundheitlich eingeschränkte Personen ist vor allem beim Bezug von Umschulungsgeld, bei Abklärungsbedarf hinsichtlich der beruflichen Einsetzbarkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme oder bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose bzw. von Verhaltensauffälligkeiten notwendig.

Angebote für physisch und psychisch Beeinträchtigte unterscheiden sich

Unabhängig davon, ob physische oder psychische Gesundheitsprobleme vorliegen, erfolgt die Abklärung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Gesundheitsstraße und die Feststellung der beruflichen Einsetzbarkeit im Berufsdiagnostischen Zentrum.

Darüber hinausgehende arbeitsmarktintegrative zielgruppenspezifische Angebote unterscheiden sich hingegen deutlich nach Inhalt, Aufbau und Struktur, je nachdem, ob sie sich an Personen mit physischen oder psychischen Einschränkungen richten:

- Angebote für physisch Beeinträchtigte sind sehr strukturiert aufgebaut und „straff“ organisiert und häufig von kürzerer Dauer. Ziel ist vor allem der Abschluss einer Qualifizierung (inkl. Zertifikat).

- Angebote für psychisch Beeinträchtigte sind offener und kreativer gestaltet. Drucksituationen werden vermieden. Die Teilnahmedauer ist zumeist länger. Ziel ist vor allem eine Stabilisierung und die Erhöhung der Belastbarkeit (z.B. Erlernen des Umgangs mit Veränderungen).

Von den AMS-VertreterInnen wird in diesem Zusammenhang jedoch darauf hingewiesen, dass physische und psychische Beeinträchtigungen häufig gemeinsam auftreten.

Veränderungen der Maßnahmen in den letzten Jahren

Seit 2012 hat sich in Oberösterreich die Maßnahmenlandschaft für die Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Personen deutlich verändert. Zielgruppenspezifische Angebote wurden teilweise regional ausgebaut und es wurden spezielle Angebote, insbesondere für psychisch Beeinträchtigte entwickelt. Demgegenüber wurden FacharbeiterInnenkurzausbildungen für diese Zielgruppe (z.B. Programm AUFSTIEG) aus finanziellen Gründen wieder eingestellt, obwohl es sich nach Ansicht der AMS-VertreterInnen um ein gutes Angebot für Personen ohne Berufsschutz handelte.

Berufsschutz besteht nur bei überwiegender Tätigkeit in einem erlernten (angelernten) Beruf oder Erwerbstätigkeit als Angestellte/r, wenn diese innerhalb der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag in zumindest 90 Pflichtversicherungsmonaten ausgeübt wurde.⁶⁹⁾

Angebote für KundInnen mit physischen Einschränkungen

Für KundInnen des AMS OÖ mit physischen Einschränkungen stehen aktuell im Bereich Berufsfindung bzw. -orientierung Angebote wie fit2work, Support, Arbeitsassistent, Coachings oder verschiedene Kursangebote, wie z.B. Chancen im Beruf (ChiB) – ein Beratungsangebot für Geringqualifizierte – zur Verfügung.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation – die freiwillig oder verpflichtend sein kann – bieten sich entweder Angebote des BBRZ oder eine arbeitsplatznahe Qualifizierung (Aqua) bzw. maßgeschneiderte arbeitsplatznahe Qualifizierung (MAAB) an. Andere für diese Zielgruppe relevante Angebote des AMS sind:

- Metallausbildungszentrum
- Arbeitstraining
- Facharbeiterinnenkurzausbildung im Rahmen von FIT (Frauen in Technik und Handwerk)
- Sozioökonomische Beschäftigungsprojekte: TRIGA, Chance P. Diese Projekte, die erst nach 2012 entwickelt wurden, bieten niederschwellige fachliche Qualifizierung und sind für jene Personen geeignet, bei denen keine Umschulung mit Lehrabschlussprüfung möglich ist.

Das Vorliegen eines Berufsschutzes sowie eine Kostenbeteiligungszusage der PVA ist für die Teilnahme an Angeboten des BBRZ Voraussetzung.

⁶⁹⁾ <http://www.pensionsversicherung.at/>.

Angebote für KundInnen mit psychischen/psychiatrischen Einschränkungen

KundInnen mit psychischen/psychiatrischen Einschränkungen steht im Vergleich zu KundInnen mit physischen Einschränkungen nach Aussage des AMS ein geringeres Angebotsspektrum zur Verfügung wie beispielsweise:

- Schritt für Schritt: Niederschwelliges Angebot mit stufenweiser Erhöhung der Anforderungen
- Stabilisierende Angebote für Personen mit Sucht-/Alkoholproblemen, die auf eine Teilnahme an Arbeitstrainings vorbereiten
- ATZ (Arbeitstrainingszentrum), das sich an KundInnen mit psychiatrischen Diagnosen wendet
- INTAKT, das sich an die Zielgruppe verhaltensauffällige KundInnen (ohne Diagnose) richtet.

Die genannten Angebote gab es bereits im Jahr 2012.

Wenn die Personen stabil sind, können KundInnen mit psychisch/psychiatrischen Einschränkungen – so die Ausführungen der AMS VertreterInnen – natürlich auch Angebote in Anspruch nehmen, die bei der Zielgruppe der Personen mit physischen Einschränkungen genannt wurden.

7.4. Betreuungsstrategie des AMS Oberösterreich

Oberösterreich vereinbart Landesziel für berufliche Rehabilitation

Als Reaktion auf die steigende Zahl gesundheitlich beeinträchtigter KundInnen hat das AMS Oberösterreich ein Landesziel vereinbart, das die Anzahl der Personen, die jährlich Zugang zu beruflicher Rehabilitation erhalten sollen, festlegt. Darüber hinaus wurden, wie bereits erwähnt, die zielgruppenspezifischen Angebote erweitert und regional ausgebaut.

Unterschiedliche Organisation der Reha-Beratung

Die Organisation der Beratung und Betreuung dieser Zielgruppe, REHA-Beratung genannt, hat das AMS Oberösterreich den RGSen freigestellt. Je nach RGS erfolgt diese daher entweder an eigenen REHA-Schaltern oder an „gemischten“ Schaltern in der Beratungszone, d.h. das der/die AMS-Berater/in sowohl KundInnen mit als auch ohne gesundheitliche Einschränkung betreut.

Die Vorteile der Reha-Beratung an „gemischten“ Schaltern werden von den befragten AMS VertreterInnen im breiter gefächerten Aufgabengebiet der BeraterInnen, den häufigeren Erfolgserlebnissen, da nicht ausschließlich gesundheitlich Belastete beraten werden, und der leichteren Organisation von Vertretungen aufgrund der größeren Zahl der durchführenden BeraterInnen gesehen.

Allerdings ist das Wissen der BeraterInnen, die allgemeine und Reha-Beratung durchführen, zwangsläufig begrenzter als jenes der ausschließlichen Reha-BeraterInnen, die zum Teil auch

auf die Beratung von KundInnen-Subgruppen (z.B. psychische/psychiatrische Erkrankungen) spezialisiert sind.

Für eigene REHA-Schalter spricht, dass für eine effiziente Reha-Planung und deren erfolgreiche Umsetzung sehr detailliertes Wissen und gute Vernetzung essenziell sind. Die wachsende Komplexität der Reha-Maßnahmenlandschaft, der rechtlichen Rahmenbedingungen (SRÄG) sowie die hohen Qualitätssicherungsanforderungen an die berufliche Rehabilitation erfordern aus Sicht der AMS-VertreterInnen letztlich eine Spezialisierung im diesem Bereich.

Das AMS Oberösterreich schulte daher die AMS-BeraterInnen im Bereich Reha-Beratung und gleichzeitig im Rahmen spezieller Weiterbildungsmodule.

7.5. Auswirkungen des SRÄG 2012

Mit Inkrafttreten des SRÄG 2012 wurden aus Sicht der AMS-VertreterInnen klare Zugangsregeln zur beruflichen Rehabilitation geschaffen, gleichzeitig aber auch die Komplexität des Handlungsfeldes deutlich erhöht.

Verbesserungen durch SRÄG 2012

Die Formalisierung von Vorgehensweisen, die Vereinheitlichung des Begutachtungssystems (Gesundheitsstraße), die Anerkennung des Begutachtungsergebnisses von den beteiligten AkteurInnen sowie die Verbesserung der Vernetzung derselben (PVA, GGK, AMS sowie Reha-BeraterInnen der Institutionen, etc.) werden als positive Entwicklungen erlebt. Damit werden Abklärungs- und Entscheidungsprozesse, wie z.B. der Zugang zu Fördermitteln, beschleunigt und die Qualität der beruflichen Reha verbessert.

Gebessert hat sich aus Sicht eines Befragten auch die Betreuung von Personen mit Krebserkrankungen. Vor dem SRÄG 2012 wurden Betroffene nach einem Jahr Krankengeldbezug in die Zuständigkeit des AMS übergeben und hatten keinen Zugang mehr zu einer medizinischen Rehabilitation. Gegenwärtig werden Betroffene vom GKK-Case Management betreut und erhalten Reha-Geld.

Herausforderungen, die nach Inkrafttreten des SRÄG 2012 sichtbar wurden

Mit Inkrafttreten des SRÄG 2012 wurde der Handlungsspielraum aus Sicht der AMS-VertreterInnen aber auch enger. Die gesetzlich verpflichtende berufliche Rehabilitation erhöht den Druck auf die Betroffenen, wobei erste Erfahrungen zeigen, dass die „Flucht“ aus diesem System wiederum der Krankenstand ist.

Das Vorhandensein eines Berufsschutzes ist seit dem SRÄG 2012 von zentraler Bedeutung für das In-die-Wege-Leiten einer medizinischen Abklärung bzw. den Zugang zu einer beruflichen Rehabilitation. Davor gab es eine Grauzone, durch die Personen, die, streng genommen die Anforderungen des Berufsschutzes nicht erfüllten, manchmal dennoch Zugang zu beruflicher

Rehabilitation erhielten. Diese Wege sind nun versperrt und alternative Angebote für Personen ohne Berufsschutz (wie es beispielsweise das Programm AUFSTIEG war) fehlen.

Die Veränderungen haben auch dazu geführt, dass das AMS den Betroffenen immer wieder empfiehlt, vor einem Antrag auf Invaliditätspension einen Antrag auf freiwillige berufliche Rehabilitation zu stellen, und zwar aus folgendem Grund: Stellen Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren sind, einen Antrag auf Invaliditätspension, prüft die PVA zuerst deren Arbeitsfähigkeit bzw. deren Anspruch auf berufliche Rehabilitation. Besteht kein Anspruch und wird der Antrag auf Invaliditätspension abgelehnt, wird eine neuerliche Beantragung einer Feststellung der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit vor Ablauf der 18-Monate-Frist zurückgewiesen, wenn keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Allerdings wird diese Frist in jenen Fällen durchbrochen, in denen durch den Krankenversicherungsträger die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde, sodass sich nunmehr die Frage ergibt, ob die Durchführung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation zweckmäßig und zumutbar ist. Die 18-Monate-Frist kommt auch dann nicht zur Anwendung, wenn das Arbeitsmarktservice festgestellt hat, dass die Realisierbarkeit beruflicher Maßnahmen nicht (mehr) gegeben ist.

Allerdings ist es aus Sicht der Befragten relativ schwer, KundInnen, die die Invaliditätspension anstreben, zu motivieren, einen Antrag auf freiwillige berufliche Rehabilitation zu stellen.

7.6. Erfolgsfaktoren, Bedarfe, Versorgungslücken

Nach Erfahrung der AMS-VertreterInnen fördern folgende Faktoren die Unterstützung von gesundheitlich eingeschränkten Personen in Hinblick auf die Arbeitsmarktintegration:

- Eine vielfältige, offene Angebotslandschaft, um maßgeschneidert agieren zu können. Um aus dieser dann die für die Person passenden Angebote auszuwählen, braucht es hohe Beratungsqualität und ausreichend Zeit für die Beratung.
- Eine gute Vernetzung und Kooperation zwischen involvierten Institutionen und Partnern (Sozialberatung, psychiatrische Abteilung, etc.) sowie ausreichendes Wissen über bestehende Netzwerke.
- Eine Flexibilisierung des Zugangs zu Arbeitsassistenz⁷⁰⁾ bzw. Reduzierung der zahlreichen Fördervarianten.

Es fehlen aus Sicht der AMS-VertreterInnen niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für physisch und psychisch beeinträchtigte Personen, für die Bildungsangebote keine geeignete Option sind. Es sollte sich einerseits um Beschäftigung mit reduzierten Stunden handeln, um die Möglichkeit einer längeren Verweildauer in Beschäftigungs-

⁷⁰⁾ Bei KundInnen, für die bestehende AMS-Angebote augenscheinlich nicht passen, werden externe Beratungseinrichtungen zu Rate gezogen, um gelegentlich eine weitere Sichtweise zu bekommen. In diesem Zusammenhang gibt es bei den Arbeitsassistenzen eine sehr strenge TeilnehmerInnen-Selektion. Ohne Facharztgutachten ist oft keine Betreuung möglich. Das erforderliche Gutachten können oder wollen die möglichen TeilnehmerInnen oft nicht erbringen.

projekten, aber auch um geförderte Dauerbeschäftigung für gesundheitlich Eingeschränkte mit niedriger Qualifikation und ohne Berufsschutz.

Bedarf gibt es ebenso nach nieder- und mittelschwelligen Angeboten für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die eine langsame Belastungssteigerung erlauben. Bei niederschweligen Angeboten geht es um die Wiedererlangung einer Tagesstruktur, bei mittelschwelligen Angeboten um Beschäftigung unter 25 Wochenstunden für jene, die für ein Arbeitstraining noch nicht stabil genug sind.

Verbesserungsbedarf wird auch hinsichtlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Oberösterreich wahrgenommen.

Sinnvoll wären darüber hinaus eine Verschränkung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation sowie die Erprobung eines Teilzeit-Krankenstand-Modells, um die Restarbeitsfähigkeit Betroffener zu sichern und diesen eine existenzielle Absicherung zu bieten.

Generell wünschenswert wäre aus Sicht der AMS-VertreterInnen eine größere Offenheit der Wirtschaft gegenüber Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Betriebe sollten sich auch intensiver damit auseinandersetzen, wie mit betroffenen MitarbeiterInnen im Unternehmen umgegangen werden kann, welche Möglichkeiten es gibt, diese zu halten bzw. was Betriebe tun können, um die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen möglichst lange zu erhalten.

8. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Fragestellung

Aufgrund von Trends wie der Alterung der Erwerbsbevölkerung, einem verlängerten Erwerbsleben und veränderter Anforderungen an die Arbeitskräfte infolge des wirtschaftlichen und technologischen Wandels kommt der Gesundheit der Erwerbspersonen immer größere Bedeutung zu. Gesundheitliche Einschränkungen erhöhen das Risiko eines Arbeitsplatzverlusts und stellen für Arbeitslose eine große Hürde bei der Rückkehr in Beschäftigung dar. Durch die angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt wird dieses Problem noch verschärft. Für die Arbeitsmarktpolitik in Österreich stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, wie viele Erwerbspersonen von arbeitsmarktrelevanten Gesundheitsproblemen betroffen sind, wie groß somit die potentielle Zielgruppe für arbeitsmarktpolitische Unterstützung ist und welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sich zur Unterstützung der wachsenden Zielgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen eignen.

Mangels verfügbarer Daten fehlt es bisher in Österreich an detaillierter empirischer Evidenz zu den gesundheitlichen Problemlagen der Erwerbspersonen und der Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Beim AMS wird für die Subgruppe der vorgemerkten Arbeitslosen eine Behinderung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz in der AMS EDV erfasst. Wird eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung durch ein Attest oder ein Gutachten belegt, erfolgt ebenfalls eine entsprechende Kodierung. Im Rahmen des Erwerbskarrierenmonitorings des AMS und des BMASK wird diese AMS-Kodierung herangezogen und zusätzlich versucht, von bestimmten Versicherungsepisoden, Leistungsbezügen aus der Arbeitslosenversicherung und Teilnahmen an Förderungen des AMS und des Sozialministeriumsservice auf das Vorliegen einer gesundheitlichen Einschränkung zu schließen. Dieser Indikator beschränkt sich zwar einerseits nicht auf die Subgruppe der Arbeitslosen, ist jedoch andererseits auch nur ein erweitertes „Hilfskonstrukt“ und gibt keinerlei Auskunft über Art und Ausmaß von Einschränkungen bzw. deren Relevanz für die Arbeitsmarktintegration.

Das vorliegende Forschungsprojekt leistet einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke. Im Rahmen quantitativer Analysen wird auf Grundlage einer pilothaften Verknüpfung von Daten aus Kranken- bzw. Sozialversicherung und Arbeitsmarktservice, am Beispiel Oberösterreichs, erstens die Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen auf dem Arbeitsmarkt untersucht und die Zahl gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen abgeschätzt, zweitens der bisherige Einsatz und drittens die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen evaluiert.

Ergänzend dazu wird, auf Grundlage einer qualitativen Erhebung, die bestehende Struktur an Angeboten für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, deren Veränderung in den letzten Jahren und diesbezüglicher Veränderungsbedarf aus der Perspektive von VertreterInnen des AMS Oberösterreich beleuchtet.

Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen

Für die quantitativen Analysen werden Informationen zu Personenmerkmalen, Erwerbsverläufen und Förderteilnahmen aus administrativen Daten der Sozialversicherung und des Arbeitsmarktservice verwendet. Die Angaben zur Gesundheit bzw. zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen in Oberösterreich stammen aus Daten der OÖGKK. Auf dieser kombinierten Datengrundlage ist es möglich gesundheitliche Probleme in der Erwerbsbevölkerung adäquat abzubilden, den Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und der Arbeitsmarktintegration der Betroffenen zu betrachten und auch nach unterschiedlichen Arten gesundheitlicher Belastungen zu unterscheiden. Die gesundheitlichen Informationen umfassen das Krankenstandsgeschehen, Krankenhausaufenthalte sowie die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und den Konsum von Heilmitteln. Bei Krankenständen und Krankenhausaufenthalten lässt sich entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) nach Diagnosegruppen differenzieren.

Grundgesamtheit der quantitativen Analysen sind die bereits mindestens ein Jahr durchgehend im Arbeitskräfteangebot befindlichen und in Oberösterreich versicherten 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen des Jahres 2012. Mit einem Anteil von 87%, nahm die große Mehrheit dieser Personengruppe im letzten Jahr vor ihrer Beobachtung im Arbeitskräfteangebot mindestens einmal eine ärztliche Leistung in Anspruch. Knapp zwei Drittel (63%) erhielten in diesem Einjahreszeitraum mindestens ein Heilmittel; 59% waren mindestens einen Tag im Krankenstand, 14% verbrachten mindestens einen Tag im Krankenhaus und 7% bezogen an mindestens einem Tag Krankengeld.

Die häufigsten Gründe für Krankenstände sind Erkrankungen des Atmungssystems, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes, infektiöse und parasitäre Krankheiten, sowie Verletzungen oder Vergiftungen. Gut 5% der Erwerbspersonen waren aufgrund einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung oder einer Erkrankung des Nervensystems im Krankenstand. Muskel-Skelett-Erkrankungen machen mit Abstand den größten Anteil einzelner Diagnosen am gesamten Krankenstandsvolumen (rund ein Viertel aller Krankenstandstage) aus, gefolgt von Verletzungen oder Vergiftungen (18,7%) und Erkrankungen des Atmungssystems (17,8%). Der viertgrößte Anteil entfällt mit 10,9% auf psychische Erkrankungen oder Verhaltensstörungen. Wenn Personen einmal aufgrund einer psychischen Erkrankung im Krankenstand sind, bleiben sie relativ lange in dieser Position. Von infektiösen und parasitären Krankheiten sind umgekehrt relativ viele Personen betroffen, in der Regel aber nur relativ kurz.

Gesundheitliche Problemlagen sind in hohem Maße auf eine vergleichsweise kleine Personengruppe konzentriert. Ein relativ großer Teil des Gesamtvolumens an Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und konsumierten Heilmitteln entfällt auf die 25% am stärksten betroffenen Erwerbspersonen. Im obersten Quartil der Verteilung steigen Krankendauern, Krankenhausaufenthaltsdauern, die Zahl ärztlicher Leistungen und bezogener Heilmittel markant an.

Unter diesen 25% mit der größten Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen finden sich überproportional viele arbeitslose Männer und Frauen. Arbeitssuchende – seien es registriert Arbeitslose, SchulungsteilnehmerInnen oder Personen in geförderter Beschäftigung – sind markant häufiger im Krankenstand und im Krankenhaus. Sie erhalten häufiger und in Summe mehr ärztliche Leistungen und Heilmittel als ungefördert Beschäftigte. Von ihnen waren im vergangenen Jahr 77% mindestens einen Tag im Krankenstand, 25% hatten einen Krankenhausaufenthalt und 46% bezogen mindestens einen Tag Krankengeld. Im Durchschnitt waren sie 35 Tage im Krankenstand, 4 Tage im Krankenhaus und 13-mal beim Arzt, um medizinische Leistungen zu erhalten. Arbeitslose sind von allen Arten von Erkrankungen, insbesondere aber auch von psychischen Erkrankungen überproportional häufig betroffen. Unter ihnen war der Anteil der psychisch Erkrankten mit 12,0% fünfmal so hoch wie unter ungefördert Beschäftigten (2,4%).

Identifikation gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen

Die Analyse der Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen liefert wichtige Anhaltspunkte für die Abgrenzung und Schätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen in Oberösterreich. Eine Abgrenzung der gesundheitlich Beeinträchtigten muss sich jedoch aus zwei Gründen auf zusätzliche Informationsgrundlagen stützen: Erstens lassen die Daten keine eindeutige Festlegung der Größe der von gesundheitlichen Einschränkungen betroffenen Gruppe von Arbeitskräften zu: Sie bieten keinen objektiven Schwellenwert, ab dem von einer (arbeitsmarktrelevanten) gesundheitlichen Einschränkung auszugehen ist. Zweitens liefern sie zwar im Detail darüber Auskunft, ob bestimmte Erkrankungen aufgetreten sind, nicht jedoch über deren Auswirkungen auf Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt.

Vor diesem Hintergrund muss die Abgrenzung gesundheitlich eingeschränkter Personen zwangsläufig anhand von Annahmen über jene Schwellenwerte erfolgen, ab denen die gesundheitlichen Indikatoren eine arbeitsmarktrelevante, den Arbeitsalltag maßgeblich beeinflussende Einschränkung signalisieren. In der vorliegenden Studie werden als solche Ankerwerte aus Befragungen abgeleitete Größenordnungen genutzt. Um die Verbindung zwischen gesundheitlicher Problemlage und Arbeitsmarktrelevanz herzustellen, wird zusätzlich zu den Administrativdaten zur Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus den OÖGKK-Daten die Kodierung von gesetzlichen Behinderungen und sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den AMS-Daten herangezogen. Objektiv messbare Indikatoren werden dadurch mit den subjektiven Einschätzungen der AMS-Beraterinnen und Berater in Beziehung gesetzt.

Anhand zahlreicher Gesundheitsindikatoren (wie lange Krankenstände und stationäre Behandlungen, viele Behandlungen im niedergelassenen Bereich, hoher Heilmittelkonsum und hohe Kosten für Behandlung und Heilmittel) und mit Unterscheidung nach Diagnosen wird für alle Erwerbspersonen (unselbstständig Beschäftigte und Arbeitslose) das Risiko

geschätzt, eine arbeitsmarktrelevante gesundheitliche Belastung zu haben. Auf Basis dieser Schätzung werden unter allen betrachteten Erwerbspersonen diejenigen 10% identifiziert, die aufgrund ihrer Krankenstände, Behandlungen und Diagnosen, sowie ihres Alters und Geschlechts das höchste Risiko einer arbeitsmarktrelevanten gesundheitlichen Belastung aufweisen.

Merkmale der gesundheitlich eingeschränkten Erwerbspersonen

Gesundheitliche Einschränkungen sind für bestimmte Gruppen keine Ausnahmesituation, sondern häufige Begleitumstände. Mit einer Quote von 22,7%, sind registrierte Arbeitslose rund dreimal so häufig von einer arbeitsmarktrelevanten, gesundheitlichen Belastung betroffen wie ungefördert unselbstständig Beschäftigte (8,5%). Eine ebenfalls erhöhte Bedeutung haben gesundheitliche Belastungen bei SchulungsteilnehmerInnen (15,6%). Jugendliche Lehrstellensuchende weisen mit 6,2% zwar eine deutlich unter dem Schnitt aller Erwerbspersonen liegende Betroffenheit auf, sind gegenüber den Jugendlichen insgesamt (1,6%) allerdings wesentlich häufiger gesundheitlich belastet. Besonders stark verbreitet sind gesundheitliche Belastungen unter Personen mit sonstigem Vormerkstatus beim AMS (55,5%). Hier zugehören u.a. BezieherInnen von Pensionsvorschüssen, die häufig während der Antragstellung auf Invaliditätspension gewährt werden. Hoch sind die Anteile darüber hinaus auch unter geförderten Beschäftigten am ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sich diese Maßnahmen (darunter nicht nur AMS-Förderungen, sondern insbesondere auch Maßnahmen des Sozialministeriumsservice) generell an schwer vermittelbare Gruppen und teilweise direkt an gesundheitlich Beeinträchtigte richten. Während selten und nur kurz von Arbeitslosigkeit Betroffene eine ähnliche Prävalenz gesundheitlicher Belastungen aufweisen wie der Durchschnitt aller Erwerbspersonen, leiden langfristig vom Arbeitsmarkt ausgegrenzte (arbeitsmarktferne) Personen deutlich häufiger unter gesundheitlichen Einschränkungen.

Hinsichtlich persönlicher Merkmale ist festzustellen, dass ältere und gering qualifizierte Arbeitskräfte wesentlich häufiger gesundheitlich belastet sind als jüngere und gut ausgebildete. Während der Anteil der gesundheitlich Belasteten unter den 15- bis 24-Jährigen lediglich 1,6% beträgt, steigt er im Haupterwerbsalter auf 8,3% und bei 50- bis 64-Jährigen auf rund 20%. 16,8% der Arbeitskräfte mit maximal Pflichtschulabschluss weisen gesundheitliche Belastungen auf. Dies ist ein deutlich höherer Prozentsatz als unter LehrabsolventInnen (9,7%), AbsolventInnen einer Berufsbildenden Mittleren Schule (6,3%), MaturantInnen (5,4%) und AkademikerInnen (5,0%). In diesen Zahlen wird deutlich, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung häufig in Kombination mit anderen Vermittlungshemmnissen auftritt. Frauen sind geringfügig seltener gesundheitlich belastet als Männer, ausländische Arbeitskräfte insgesamt seltener als ÖsterreicherInnen.

Muskel-Skeletterkrankungen und psychische Erkrankungen sind bei weitem die häufigsten, für eine gesundheitliche Belastung ausschlaggebenden Krankheitsarten. Bei 4,7% der Erwerbspersonen war eine Muskel-Skeletterkrankung maßgeblich, bei 4,6% eine psychische

Erkrankung, Verhaltensstörung oder Erkrankung des Nervensystems. Diese beiden Diagnosegruppen stechen zudem durch eine besonders große Differenz in der Prävalenz gesundheitlicher Belastungen zwischen Erwerbspersonen insgesamt und Arbeitslosen auf: Bei 14,7% der Arbeitslosen resultiert die gesundheitliche Belastung aus einer Muskel-Skeletterkrankung, bei 14,9% aus einer psychischen oder nervlichen Erkrankung. Häufig liegt nicht nur eine einzelne Erkrankung vor, sondern tragen mehrere Diagnosen zu einer arbeitsmarktrelevanten, gesundheitlichen Belastungssituation bei. Das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen ist eher die Regel als die Ausnahme. Eine Analyse der Beschäftigungsübergänge gesundheitlich belasteter Erwerbspersonen weist auf die Bedeutung der Stabilisierung der Beschäftigung und präventiver Maßnahmen zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit dieser Zielgruppe hin: Gesundheitlich belasteten Beschäftigten gelingt es trotz ihrer Einschränkungen und eines dadurch erhöhten Arbeitslosigkeitsrisikos häufig erwerbsintegriert zu bleiben. Vier von fünf gesundheitlich belasteten Beschäftigten befinden sich auch nach Ablauf von zwei Jahren in Beschäftigung (bei nicht gesundheitlich Belasteten sind es 87%) Mit dem Eintritt von Arbeitslosigkeit sinken die Chancen auf eine Rückkehr in Beschäftigung jedoch markant: Nur ein Viertel der Arbeitslosen mit gesundheitlicher Einschränkung ist zwei Jahre später wieder beschäftigt (bei nicht gesundheitlich belasteten Arbeitslosen ist es mehr als die Hälfte).

Einsatz aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen

Das Arbeitsmarktservice (AMS) setzt im Rahmen der Arbeitsmarktförderung ein breites Spektrum an Maßnahmen ein, um Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Im Jahr 2012 begannen in Oberösterreich insgesamt 7.705 arbeitssuchende Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahme. Auf Qualifizierungsangebote entfiel insgesamt ein Anteil von 51,5% an den neu geförderten Personen, ein großer Teil davon mit 36,3% auf fachliche Qualifizierung in externen Trägereinrichtungen (QUAL); Orientierungsmaßnahmen (BO) machten 7,3%, Kurskostenbeihilfen (KK) 4,6% und Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche (AA) 2,3% aus. Nur sehr wenige Personen wurden mittels Trainingsmaßnahmen (TRAIN) oder Arbeitsstiftungen (AST) gefördert. Der Anteil von Beschäftigungsförderungen betrug insgesamt 16,4%, wobei mit 8,6% mehr als die Hälfte geförderte Beschäftigungen am ersten Arbeitsmarkt – in der Regel mittels Eingliederungsbeihilfen (EB) – betraf. 7,8% der Förderneuzugänge entfielen auf geförderte Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt: Sozialökonomische Betriebe (SÖB) 3,6%, Gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) 3,3% und Sozialökonomische Betriebe Überlasser (SÖBÜ) 1,0%. In externen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE) unterstützt wurden 32,1% der in eine Fördermaßnahme des Arbeitsmarktservice eingetretenen Personen.

Aus einem Vergleich mit allen Förderungen in Oberösterreich wird sichtbar, dass beim Maßnahmeninsatz für Personen mit gesundheitlich eingeschränkten Personen zum einen BBE und zum anderen Beschäftigungsförderungen ein erhöhtes Gewicht zukommt. Von allen im

Bundesland neu geförderten Personen entfielen „nur“ 5,5% auf EB, 2,6% auf SÖB, 2,5% auf GBP und 25,1% auf BBE. Wie für die gesamtösterreichische Arbeitsmarktpolitik charakteristisch, liegt – mit einem Anteil von 51,5% an den neu geförderten Personen – auch bei der Zielgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen in Oberösterreich ein Schwerpunkt auf Qualifizierung (AA, BO, KK, QUAL, KK, TRAIN, AST), im Vergleich zu sonstigen Arbeitslosen aber nur in abgeschwächter Form: In Oberösterreich insgesamt entfielen zwei Drittel der neu geförderten Personen auf Qualifizierungsangebote (63,5%).

Wenn Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Jahr 2012 an trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen (Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche, berufliche Orientierung, fachliche Qualifizierung, Training und Arbeitsstiftung) teilnahmen, dann handelte es sich zumeist um ein zielgruppenspezifisches Angebot. Relativ ausgewogen war das Verhältnis zwischen zielgruppen- und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen bei externen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE). Beschäftigungsförderungen mit explizitem Fokus auf gesundheitlich eingeschränkte Personen gab es im Jahr 2012 kaum.

Die Förderstruktur variiert nicht wesentlich nach Art der gesundheitlichen Einschränkung. Sie unterscheidet sich aber hinsichtlich anderer, nicht diagnosebezogener Merkmale der gesundheitlich eingeschränkten Personen. Personen unter 25 Jahren werden relativ häufig mittels BO und BBE unterstützt, während für Personen ab 25 Jahren fachliche Qualifizierung und geförderte Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt eine größere Rolle spielen. Fachliche Qualifizierung hat für Personen mit mittlerem oder höherem Ausbildungsniveau eine herausragende Bedeutung, während die für Geringqualifizierte eingesetzten Maßnahmen breiter gestreut sind.

Mit einer Quote von 41,3%, nahmen gesundheitlich belastete Personen, die im Jahr 2012 arbeitslos wurden, im Laufe ihrer Arbeitslosigkeit eher an einer Maßnahme teil als andere Arbeitssuchende (OÖ insgesamt: 26,9%). Dies trifft auf alle der zwölf betrachteten Maßnahmenarten mit Ausnahme von Arbeitsstiftungen zu. Ein wichtiger Grund liegt in ihrer im Durchschnitt längeren Arbeitslosigkeitsdauer. Hinzu kommt, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen zu Beginn der Arbeitslosigkeit (in den ersten drei Monaten) eher gefördert werden als andere Arbeitssuchende. Offensichtlich wird eine gesundheitliche Belastungssituation frühzeitig erkannt und darauf im Sinne einer „Early intervention“ mit dem Einbezug in eine Fördermaßnahme reagiert – und sei es nur die grundlegende Abklärung der Arbeitsfähigkeit. Anders als in den ersten drei Monaten, werden Arbeitslose mit Gesundheitsproblemen bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit aber seltener in Förderangebote einbezogen als Arbeitslose ohne gesundheitliche Belastung.

Frauen und Personen unter 25 Jahren nehmen im Laufe ihres Geschäftsfalls häufiger an einer Förderung teil als Männer bzw. ältere Arbeitslose. Personen mit bereits länger zurückliegender Beschäftigung, Angehörige von Drittstaaten und WiedereinsteigerInnen haben eine relativ hohe Förderquote, Personen mit Einstellungszusage eine niedrige.

Im Durchschnitt wurden gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose an 17,9% ihrer Geschäftsfalltage in eine aktive Arbeitsmarktförderung einbezogen. Das ist ein deutlich

höherer Zeitanteil als unter allen Arbeitssuchenden in Oberösterreich (11,7%). Die höchsten Zeitanteile entfallen auf BBE (5,2%), EB und trägerbezogene Qualifizierung (jeweils 4,9%). Arbeitslose mit psychischer Erkrankung verbringen im Laufe einer Arbeitslosigkeitsepisode vergleichsweise viel, Personen mit Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes relativ wenig Zeit in einer Förderung. Werden nicht nur einzelne Förderungen, sondern auch Kombinationen aus mehreren, während eines Geschäftsfalls vorkommenden Fördertypen betrachtet, so erweist sich eine BBE-Förderung als ein besonders häufig vorkommendes Element im Maßnahmenmix. Häufig steht es am Beginn einer Abfolge aus zwei oder mehr Förderungen.

Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen

In der vorliegenden Studie wird die Wirkung der Teilnahme an aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen auf die nachfolgende Erwerbsintegration der teilnehmenden gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen untersucht. Dies erfolgt durch einen Vergleich mit sehr ähnlichen Personen, die zur gleichen Zeit nicht an einer Maßnahme teilgenommen haben.

Alle evaluierten Maßnahmen – Aktive Arbeitssuche (AA), Berufliche Orientierung (BO), trägerbezogene fachliche Qualifizierung (QUAL), Beihilfen zu Kurskosten (KK), Förderungen am zweiten Arbeitsmarkt in einem Sozialökonomischen Betrieb (SÖB), Gemeinnützigen Beschäftigungsprojekt (GBP) oder bei einem Sozialökonomischen Betrieb Überlasser (SÖBÜ), geförderte Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt mittels Eingliederungsbeihilfe (EB) oder Kombilohn (KOM) und die Förderung mittels externer Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE) – steigern die Erwerbsbeteiligung der Geförderten. Die TeilnehmerInnen ziehen sich in Folge der Förderung weniger aus dem Arbeitskräfteangebot zurück und verbringen stattdessen mehr Zeit in Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit.

Für fachliche Qualifizierung (QUAL und KK), geförderte Beschäftigung am ersten und zweiten Arbeitsmarkt und BBE lässt sich darüber hinaus eine positive Wirkung auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung nachweisen. Diese Integrationswirkung wird teilweise erst mit großer Zeitverzögerung – nach einer längeren Phase der Investition in die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen – sichtbar.

Im Einzelnen lässt sich die Wirkung der Maßnahmen wie folgt zusammen fassen:

- Die Teilnahme an Maßnahmen der Aktiven Arbeitssuche (AA) steigert primär die Erwerbsbeteiligung zugunsten der Arbeitslosigkeit (einschließlich Schulungen), ohne einen Effekt auf die ungeforderte Beschäftigung zu zeitigen.
- Maßnahmen der Beruflichen Orientierung (BO) führen zunächst ebenfalls zu einer deutlichen Ausweitung der in Arbeitslosigkeit verbrachten Zeit und gehen darüber hinaus mit signifikant weniger ungeforderter unselbstständiger Beschäftigung einher. Der naheliegende Grund ist, dass sie in der Regel nicht auf eine direkte Reintegration in Beschäftigung abzielen, sondern erst die Voraussetzung für weitere, nachfolgende Maßnahmenschritte schaffen.

- Fachliche Qualifizierung steigert die Erwerbsbeteiligung und – mit zeitlicher Verzögerung – auch die Integration in reguläre Beschäftigung. Die Verzögerung ist bei Trägerförderungen (QUAL), d.h. Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die von externen Bildungseinrichtungen im Auftrag des AMS durchgeführt werden, größer als bei Individualförderungen (Kurskostenbeihilfen für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen am freien Bildungsmarkt, KK). Grund ist eine längere Maßnahmendauer (im Median etwa zwei Monate gegenüber einem halben Monat) und der damit verbundene, vorübergehende Entzug vom Arbeitsmarkt.
- In Folge einer Betreuung durch eine externe arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtung (BBE) sind Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen langfristig länger in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung integriert als ohne entsprechende Förderung. Ähnlich wie bei einer fachlichen Qualifizierung, wird dieser positive Integrationseffekt erst mit großer zeitlicher Verzögerung sichtbar. Dies dürfte daran liegen, dass die BBE-Förderung häufig der erste Maßnahmenschritt ist, auf den weitere Interventionen folgen.
- Eine mittels Eingliederungsbeihilfe (oder Kombilohn) geförderte Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt reduziert bereits relativ kurzfristig die in Arbeitslosigkeit und außerhalb des Arbeitsangebots verbrachte Zeit und steigert selbst nach Abzug erheblicher Mitnahmeeffekte signifikant die nachfolgende Integration in ungeförderter unselbstständige Beschäftigung.
- Auch die Förderung in Sozialen Unternehmen am zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) trägt zur Aufrechterhaltung der Erwerbsbeteiligung bei und führt zu einer besseren Integration in ungeförderter Beschäftigung.

Insgesamt haben Maßnahmen bei gesundheitlich belasteten Arbeitslosen eine ähnliche Wirkung wie bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen. Vereinzelt treten jedoch durchaus markante Unterschiede zutage:

- Berufliche Orientierung (BO) führt jeweils zu mehr Arbeitslosigkeit (einschließlich Schulungen) und weniger ungesicherter Erwerbsinaktivität, reduziert aber nur für gesundheitlich eingeschränkte Personen im betrachteten Zweijahreszeitraum signifikant die in ungeförderter Beschäftigung verbrachte Zeit. Sie stellt oft den ersten Interventions-schritt dar, auf den weitere Maßnahmen folgen.
- Trägerbezogene, fachliche Qualifizierung (QUAL) stärkt in beiden Gruppen die Erwerbsbeteiligung. Ihr mittel- bis langfristig positiver Integrationseffekt wird bei nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen im Unterschied zu gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits im zweiten und dritten Jahr nach Förderbeginn sichtbar.
- Bei einem insgesamt moderaten Einfluss, verbessert eine Betreuung durch eine BBE nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen nachweislich die Integration in ungeförderter unselbstständige Beschäftigung.
- Eingliederungsbeihilfen haben für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine noch stärkere beschäftigungssteigernde Wirkung als für diejenigen ohne gesundheitliche

Einschränkungen. Mitnahmeeffekte dürften dieses Ergebnis nicht verzerren, da sie für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose vermutlich nicht höher sind als für andere Arbeitslose.

- Förderungen am zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) steigern im Betrachtungszeitraum jeweils die Erwerbsbeteiligung, aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen auch die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung.

Die Analyseergebnisse geben Hinweise auf mögliche Wirkungsunterschiede zwischen unterschiedlichen Arten gesundheitlicher Einschränkung. Für Personen mit einer psychischen Erkrankung fällt die Wirkung der betrachteten Maßnahmen insgesamt ähnlich aus wie für die gesundheitlich Belasteten insgesamt. Diese Personengruppe profitiert von einem überdurchschnittlich starken, positiven Effekt einer geförderten Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt auf die ungeforderte unselbstständige Beschäftigung.

Ein Vergleich der Wirkung zwischen zielgruppenspezifischen und nicht zielgruppenspezifischen Maßnahmen ist letztlich nur für eine trägerbezogene, fachliche Qualifizierung möglich, da es im Jahr 2012 kaum Beschäftigungsmaßnahmen spezifisch für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich bei Teilnahmen gesundheitlich eingeschränkter Personen an sonstigen, trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen großteils um zielgruppenspezifische Angebote handelte. Für dieses Instrument der Arbeitsmarktförderung lässt sich feststellen, dass sich die Wirkung einer Teilnahme nicht wesentlich danach unterscheidet, ob es sich um ein zielgruppenspezifisches Angebot handelt oder nicht.

Qualitative Erhebung zu Förderangeboten des AMS für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose

Die qualitative Erhebung zum Einsatz arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen setzt sich zum einen aus qualitativen Interviews mit drei VertreterInnen des AMS Oberösterreich (Leiterin der Förderabteilung, Leiter des Service für Arbeitsuchende, Leiter der RGS Steyr) und zum anderen aus einem ein eintägiger Workshop im AMS Oberösterreich zusammen, an dem insgesamt neun Personen teilnahmen (5 VertreterInnen der LGS aus den Bereichen Förderung und Service für Arbeitssuchende sowie 4 VertreterInnen der RGSen Traun, Linz, Wels und Vöcklabruck). Sie liefert Einblick in die bestehende Angebotsstruktur, diesbezügliche Veränderungen in den letzten Jahren und Veränderungsbedarf aus der Perspektive von VertreterInnen des AMS Oberösterreich.

Die befragten AMS-VertreterInnen nehmen KundInnen mit physischen und/oder psychischen Einschränkungen als sehr heterogene Zielgruppe wahr, nicht nur im Hinblick auf die konkrete Art der Erkrankung, sondern auch bezüglich Aspekten wie Stabilität und Belastbarkeit, Eigeninitiative, vorhandene bzw. nicht vorhandene soziale Ressourcen und sonstige Belastungen.

Insbesondere KundInnen mit psychischen Belastungen lassen sich vor allem danach unterscheiden, ob sie medizinisch gut versorgt und eingestellt sind, Krankheitseinsicht und Compliance haben und ob sie in ein unterstützendes soziales Gefüge eingebettet sind. Diese

Faktoren werden von den Befragten als bestimmend für eine erfolgreiche Re-Integration in den Arbeitsmarkt wahrgenommen.

Hinsichtlich der Maßnahmenausgestaltung für gesundheitlich eingeschränkte Personen werden folgende Aspekte als förderlich angesehen:

- eine vielfältige, offene Angebotslandschaft, um maßgeschneiderte Angebote machen zu können,
- eine hohe Beratungsqualität und ausreichend Zeit für die Beratung,
- eine gute Vernetzung und Kooperation zwischen den involvierten Institutionen und Partnern (Sozialberatung, psychiatrische Abteilung, etc.) sowie ausreichendes Wissen über bestehende Netzwerke,
- ein flexiblerer Zugang zu Arbeitsassistenz bzw. eine Reduzierung der zahlreichen Fördervarianten.

Aus Sicht der befragten AMS-VertreterInnen fehlen niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten insbesondere für jene physisch und psychisch beeinträchtigten Personen, für die Bildungsangebote keine geeignete Option darstellen. Angeführt werden die Beschäftigung mit reduzierten Stunden, die Möglichkeit einer längeren Verweildauer in Beschäftigungsprojekten, sowie eine geförderte Dauerbeschäftigung für gesundheitlich Eingeschränkte mit niedriger Qualifikation und ohne Berufsschutz.

Bedarf gibt es laut den Befragten ebenso nach nieder- und mittelschweligen Angeboten für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die eine langsame Belastungssteigerung erlauben. Bei niederschweligen Angeboten ginge es um die Wiedererlangung einer Tagesstruktur, bei mittelschweligen Angeboten um Beschäftigung im Ausmaß von weniger als 25 Wochenstunden für jene, die für ein Arbeitstraining noch nicht stabil genug sind.

Verbesserungsbedarf wird auch hinsichtlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Oberösterreich wahrgenommen. Sinnvoll wären darüber hinaus eine Verschränkung von beruflicher und medizinischer Rehabilitation sowie die Erprobung eines Teilzeit-Krankenstand-Modells, um die Restarbeitsfähigkeit Betroffener zu sichern und diesen eine existenzielle Absicherung zu bieten. Zu guter Letzt wird eine größere Offenheit der Wirtschaft gegenüber Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen befürwortet.

Schlussfolgerungen

Die Alterung der Erwerbsbevölkerung und verlängerte Erwerbsphasen durch die Pensionsreformen der jüngeren Vergangenheit werden zu einem deutlichen Anstieg gesundheitlich Beeinträchtigter im Arbeitskräfteangebot insgesamt und in der Arbeitslosigkeit führen. Aus den Ergebnissen der quantitativen Wirkungsanalysen und der qualitativen Erhebung der Einschätzungen von VertreterInnen des AMS OÖ lassen sich Handlungsoptionen ableiten, um die Reintegration gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser zu unterstützen. Auswertungen zu Beschäftigungsübergängen machen die hohe Bedeutung präventiver Maßnahmen deutlich. Interventionen, die zur Aufrechterhaltung der Beschäftigung beitragen, haben ein

hohes Wirkungspotenzial. Auch kurative Maßnahmen nach einem bereits erlittenen Arbeitsplatzverlust sind wirksam, die Reintegrationschancen bleiben aber auch mit Unterstützung gering.

Präventive Ansätze umfassen Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitskräften mit gesundheitlichen Problemlagen ebenso wie Interventionen auf Seiten der Unternehmen. Konkrete, teilweise in *Eppel – Leoni – Mahringer (2016A, 2016B)* ausführlicher diskutierte, Handlungsoptionen wären:

Systematische Früherkennung und Frühintervention

- Angesichts internationaler Erfahrungen ist ein stringentes Monitoring zu empfehlen, um gesundheitliche Problemlagen frühzeitig zu erkennen und darauf rasch mit Interventionen reagieren zu können. Entsprechende Interventionen sollten in einer frühen Kontaktaufnahme mit der erkrankten Person bestehen, bei längerer Krankheitsdauer feste Wiedereingliederungspläne vorsehen und Arbeitgeber und Arbeitsumfeld ebenso einbeziehen wie krankschreibende Ärzte.
- In Österreich sind Monitoring- und Frühinterventionsmaßnahmen bisher schwach ausgebaut. Mit "fit2work" wurden zwar erste Schritte gesetzt, um eine Früherkennung von Risiken einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung bei Langzeitkrankenständen zu etablieren. Dieses Programm muss jedoch weiter entwickelt werden, um eine Breitenwirkung zu erreichen.
- Neben einem höheren Grad an Verbindlichkeit (etwa durch ein mehrstufiges Verfahren, bei dem mit zunehmender Krankheitsdauer auch die Intensität des Monitorings und die Anreize zur Teilnahme steigen) und einer stärkeren Verknüpfung zwischen personenbasierter und betrieblicher Schiene, sind – sehr behutsam, professionell und unter strenger Wahrung des Datenschutzes – Wege zu suchen, auch Veränderungen am Arbeitsplatz voranzutreiben, um auf eine Früherkennung von Risiken wirkungsvolle Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete folgen zu lassen.
- Darüber hinaus könnte das Risiko einer arbeitsmarktrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung potenziell besser abgeschätzt werden, wenn für das Monitoring nicht ausschließlich die Krankheitsdauer, sondern zusätzlich auch andere Indikatoren herangezogen werden. Wie die vorliegende Studie verdeutlicht, eignen sich etwa Krankenhausaufenthalte, Arztbesuche und Heilmittelkonsum, sowie insbesondere diagnosespezifische Prävalenzen zur Identifikation gesundheitlicher Problemlagen.
- Ein vermehrtes Augenmerk ist auf psychische Gesundheitsprobleme zu richten, da diese weit verbreitet sind und offensichtlich einen besonderen Risikofaktor für Arbeitslosigkeit und Invalidität darstellen. Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen sind durch eine besonders komplexe Problemlage charakterisiert. Wie die *OECD (2015)* betont, gibt es in Österreich hinsichtlich Prävention und Behandlung derartiger Erkrankungen mittels spezifischer Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren in Österreich Nachholbedarf.

Früherer Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen

- Mit der Neuregelung der Invaliditätspension durch das Bundesbudgetbegleitgesetz (BBG) 2011 und vor allem das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 wurde das Prinzip „Rehabilitation vor Pension“ gestärkt und die Bedeutung von Rehabilitation und Case Management in den Vordergrund gerückt. Rehabilitationsmaßnahmen und Case Management setzen jedoch auch im neuen System erst sehr spät ein: erst dann, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung bereits ausgeprägt ist und sich negativ auf die Beschäftigungssituation ausgewirkt hat.

Bessere Abstimmung zwischen unterschiedlichen Schnittstellen bzw. Akteuren

- In Österreich fehlt es noch an einer einheitlichen, kohärenten Gesamtstrategie zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und zur Handhabung von Arbeitsunfähigkeit. Eine Ursache liegt in einer fragmentierten Institutionslandschaft und in zersplitterten Kompetenzen. Effektive Strategien zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und zur Förderung von Beschäftigungsfähigkeit setzen eine gute Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Akteure (Sozialversicherung, Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Ärzte und Gesundheitssystem), klare Verantwortlichkeiten und die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten voraus. In Österreich sind die unterschiedlichen Dimensionen von Arbeitsunfähigkeit (Krankenstand, Invalidität) bzw. die unterschiedlichen Akteure auf systemischer Ebene bisher nicht oder nur im Ansatz miteinander verzahnt. Zudem sind bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen weder die unmittelbar zuständigen Hausärzte noch die Arbeitgeber auf systematische Weise mit der Frage der Wiedereingliederung und Rückkehr zum Arbeitsplatz befasst.

Etablierung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements

- Die internationalen Erfahrungen legen nahe, dass die Wiedereingliederung ins aktive Arbeitsleben in vielen Fällen nur dann gelingt, wenn am Arbeitsplatz oder im Aufgabenbereich Anpassungen vorgenommen werden, die betroffenen Arbeitskräfte eine berufliche Rehabilitation durchlaufen oder sonstige unterstützende Integrationsmaßnahmen gesetzt werden. Dem Beispiel Deutschlands folgend, könnten auch in Österreich Unternehmen dazu verpflichtet werden, ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten, sobald etwa ein bestimmtes Ausmaß an Krankenständen beobachtet wird.

Betriebliche Anreize zur Aufrechterhaltung der Beschäftigung

- Ergänzend ist zu überlegen, ob Anreizmechanismen – etwa in Form von temporären oder permanenten Lohnkostenzuschüssen, Experience-Rating- oder Bonus-Malus-Systemen – einen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Beschäftigung gesundheitlich belasteter Personen leisten könnten.

Vermehrter Einsatz unterstützter Beschäftigung

- Außerdem kann auch unterstützte Beschäftigung („supported employment“), d.h. individuelle Unterstützung bei Berufsplanung, Arbeitssuche und am Arbeitsplatz, zu einer

Stabilisierung der Beschäftigung beitragen. Zum Beispiel birgt begleitende Beratung in der ersten Beschäftigungsphase das Potenzial, in der konkreten Arbeitssituation auftretende gesundheitliche Überlastungen frühzeitig zu erkennen und Kündigungen rechtzeitig entgegenzuwirken.

Für die *aktive Arbeitsmarktpolitik* – die Wiedereingliederung arbeitsloser Personen in Beschäftigung – lassen sich aus den Ergebnissen der quantitativen Wirkungsanalysen und den Einschätzungen der befragten VertreterInnen des AMS OÖ folgende Handlungsansätze ableiten:

Differenzierte Anamnese und breite Palette an Unterstützungsangeboten

- Gesundheitlich eingeschränkte arbeitssuchende Personen sind eine sehr heterogene Gruppe, nicht nur hinsichtlich Erkrankungen, sondern auch in Bezug auf andere integrationsrelevante Personen- und Kontextmerkmale, die in ihrem je spezifischen Zusammenspiel zu betrachten sind. Um im Rahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik bedarfsorientiert vorgehen zu können, ist einerseits eine differenzierte Anamnese und eine genaue Auseinandersetzung damit erforderlich, welche Arbeitstätigkeiten noch möglich sind; andererseits ist eine breite Palette an Unterstützungsangeboten zu unterbreiten.

Ausreichende zeitliche Ressourcen und Kompetenzen für die Beratung

- Bei gesundheitlich eingeschränkten Personen handelt es sich häufig um eine betreuungsintensive KundInnengruppe mit multiplen Problemlagen, deren Betreuung von BeraterInnen auch spezifisches Fachwissen voraussetzt. Eine Aufstockung der Ressourcen und laufende Kompetenzentwicklung der Reha-BeraterInnen ist nicht zuletzt aufgrund der steigenden Zahl an gesundheitlich eingeschränkten Personen im Arbeitskräfteangebot insgesamt und spezifisch in der Arbeitslosigkeit zu erwägen.
- Aktuell sind den Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten des AMS bei gesundheitlich beeinträchtigten KundInnen Grenzen gesetzt. Bei einem schwer erkrankten Personenkreis ist die Zuständigkeit des AMS zu hinterfragen.

Simultane medizinische und berufliche Rehabilitation

- Die in Österreich zurzeit praktizierte sequentielle Anordnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist vielfach den Problemstellungen nicht adäquat. Typischerweise wird zuerst eine gesundheitliche Stabilisierung abgewartet, um dann mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen fortzusetzen. Dies ist zwar teilweise auch zielführend und notwendig. Gerade im Falle von psychischen Gesundheitsproblemen sowie bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, die ganz wesentlich zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen beitragen, sind aber oft integrierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zweckmäßiger, da der medizinische Heilungsprozess lange dauern und Arbeitserfahrung zur gesundheitlichen Stabilisierung beitragen kann.

Quantitative und qualitative Weiterentwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen

- Die wachsende Zahl gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser erfordert einerseits einen quantitativen Ausbau der entsprechenden Maßnahmeninfrastruktur und andererseits eine qualitative Weiterentwicklung spezifischer Maßnahmen für diese Zielgruppe.
- Den Ergebnissen der Wirkungsanalysen zufolge kann durch fachliche Qualifizierungen, Beschäftigungsmaßnahmen (sowohl am ersten als auch am zweiten Arbeitsmarkt) und die Betreuung in BBE die Reintegration signifikant befördert werden.
- Zu berücksichtigen sind bei einer allfälligen Ausdehnung von Beschäftigungsförderungen gleichzeitig mögliche Restriktionen der Nachfrage nach Beschäftigung in den relevanten Arbeitsmarktsegmenten. So deuten etwa Analysen zur gemeinnützigen Arbeitskräfteüberlassung in Wien darauf hin, dass das Integrationspotenzial der Maßnahme irgendwann erschöpft ist, wenn für mehr Personen eine Beschäftigung gesucht wird als von Betrieben – auch zu geförderten Bedingungen – Arbeitskräfte aufgenommen werden können. Ähnliches trifft vermutlich auf Eingliederungsbeihilfen zu (vgl. *Eppel et al.*, 2014).
- Im Hinblick darauf, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch eine spezifische und besonders komplexe Problemlage charakterisiert sind, kann es sinnvoll sein, eigene Wiedereingliederungsprogramme bzw. Maßnahmenpakete für diese Subgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen (weiter) zu entwickeln.

Abbau betrieblicher Hemmschwellen zur Aufnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen

- Es ist anzunehmen, dass gesundheitliche Probleme teilweise Betriebe aufgrund der Erwartung einer geringeren Produktivität und/oder höherer Kosten daran hindern, betroffene Personen einzustellen. Derartigen Hemmschwellen kann auf mehreren Ebenen entgegengewirkt werden: durch gesundheitliche Rehabilitation und finanzielle Beschäftigungsanreize wie temporäre Lohnsubventionen und Anreizmechanismen wie Experience-Rating- oder Bonus-Malus-Systeme, ebenso wie durch Maßnahmen wie Betriebspraktika und die gezielte Ansprache, Beratung und/oder Schulung von Personalverantwortlichen hinsichtlich der Problemlagen und Potenziale gesundheitlich eingeschränkter Personen und dem Umgang mit potenziell auftretenden Schwierigkeiten.

Experimentelle Erprobung neuer Maßnahmenkonzepte für den zweiten Arbeitsmarkt

- Bei Beschäftigungsprojekten am zweiten Arbeitsmarkt ist es in der derzeitigen Konzeption erforderlich Tätigkeiten zu erschließen, die eine ausreichende Nähe zu ungeförderter Beschäftigung aufweisen und zugleich kein direktes Substitut dazu darstellen. Zu überlegen ist, inwieweit geförderte Beschäftigungssegmente für arbeitsfähige Personen mit gesundheitsbedingt eingeschränkter Leistungsfähigkeit etablierbar sind. Zu diesen Fragen besteht weiterer Forschungs- und Maßnahmenentwicklungsbedarf. Anzudenken wären pilothafte Umsetzungen neuer Maßnahmenkonzepte, möglichst in kontrollierten Feldversuchen, die auch unmittelbar Aufschlüsse über Wirkungen geben.

Optimierung der Maßnahmenbewertung und Zielsteuerung

- Für viele Maßnahmen zeigen die Ergebnisse der Wirkungsanalysen, dass die Aussichten auf Reintegration in Beschäftigung für gesundheitlich Beeinträchtigte deutlich verbessert werden können. Dennoch sind die erreichten Beschäftigungsanteile (mit zumeist 20% bis 30% drei Jahre nach Maßnahmenbeginn) niedrig. Zudem treten positive Effekte häufig erst nach einer längeren Nachbeobachtungszeit zutage. Diese Erkenntnisse könnten bei einer Optimierung der Zielsteuerung von Projekten für Personengruppen mit Vermittlungshindernissen berücksichtigt werden. Erstens greift die Betrachtung des kurzfristigen Arbeitsmarkterfolgs zu kurz. Zweitens ist der Erfolg einer Maßnahme immer im Vergleich zu einer Situation ohne Förderteilnahme zu beurteilen.
- Gerade bei Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt sind Integrationserwartungen und -zielsetzungen so zu wählen, dass sie den Chancen der Zielgruppe auch adäquat sind. Anderenfalls könnte „Cream-skimming“ – die Selektion bestimmter Personengruppen mit a priori besseren Arbeitsmarktchancen („Rosinenpickerei“) – den Zugang von gesundheitlich Belasteten mit größeren Vermittlungshindernissen in diese Maßnahmen beschränken.

Verstärkter Einsatz von Modellen einer stufenweisen Reintegration

- Die qualitative Weiterentwicklung von Maßnahmen für die heterogene Gruppe gesundheitlich Eingeschränkter erfordert sowohl niederschwellige als auch höherschwellige Angebote, die der körperlichen und psychischen Belastbarkeit der geförderten Personen entsprechen und auch langsam steigerbar sind. Wie zielführend ein stufenweises Vorgehen ist, zeigt das niederösterreichische Stufenmodell, das ein schrittweises Heranführen an eine reguläre Beschäftigung ermöglicht. Dieses Stufenmodell bietet neben etablierten Angeboten zur Unterstützung der Arbeitsmarktintegration (BBE, SÖB, Arbeitstraining, EB, etc.) auch neu entwickelte Instrumente wie die „stundenweise betreute Beschäftigung“. Diese unterschiedlichsten Angebote werden am individuellen Bedarf der TeilnehmerInnen ausgerichtet. Das Modell bietet den TeilnehmerInnen einen Rahmen dafür, sich Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten zu erarbeiten, ein passendes Tätigkeitsfeld zu finden und dieses sukzessive auszuweiten. Eine der eigenen Leistungsfähigkeit entsprechende Beschäftigung trägt zur gesundheitlichen Stabilisierung bei.
- Da häufig gewichtige Vermittlungseinschränkungen vorliegen und die Wiedergewöhnung an eine Erwerbstätigkeit nach längerer Abwesenheit Zeit benötigt, ist die kurze Teilnahmedauer für Beschäftigungsmaßnahmen am zweiten Arbeitsmarkt (im Median unter vier Monaten) zu überdenken. Hier gilt es längerfristige Chancen auf Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit gegen die Gefahren sinkender Vermittelbarkeit nach längerfristiger geförderter Beschäftigung am zweiten Arbeitsmarkt abzuwägen.

Literatur

- Angrist, J. D., Pischke, J. S., *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricists Companion*, 2009.
- Card, D., Kluve, J., Weber, A., "What Works? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations", IZA Discussion Paper, 9236, 2015.
- Card, D., Kluve, J., and Weber, A., "Active Labour Market Policy Evaluations: A Meta-Analysis", *The Economic Journal*, 120(548), 2010, pp.452-477.
- 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*, 47(2), 2012, pp. 203-213.
- Egger-Subotitsch, A., Poschalko, A., Kerler, M., Bartok, L., Liebeswar, C., *Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen*, Forschungsbericht an das AMS Burgenland, Mai 2014, Seite 64.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H. (2016A), *Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven*, WIFO-Studie, Wien, 2016.
- Eppel, Rainer, Leoni, Thomas, Mahringer, Helmut (2016B), *Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo und Reformperspektiven*, WIFO-Monatsberichte, 2016, 89(11), S. 785-798.
- Eppel R., Horvath, Th., Mahringer, H., *Eine Typologie Arbeitsloser nach Dauer und Häufigkeit ihrer Arbeitslosigkeit 2010/2013*, WIFO-Monographien, Dezember 2014.
- Eppel, R., Horvath, Th., Lackner, M., Mahringer, H. (WIFO), Hausegger, T., Hager, I., Reidl, C., Reiter, A., Scheiflinger, S., Friedl-Schafferhans, M. (prospect Unternehmensberatung), *Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen*, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), Wien, 2014.
- Eppel, R., Horvath, Th., Mahringer, H., *Die Struktur und Dynamik von Arbeitslosigkeit, atypischer Beschäftigung und Niedriglohnbeschäftigung in der Längsschnittanalyse 2000/2010*, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2013.
- Eppel, R., Mahringer, H., Weber, A., Zulehner, C., *Evaluierung der Eingliederungsbeihilfe*, WIFO-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2011.
- Heckman, J. J., Ichimura, H., Todd, P. E., "Matching as an econometric evaluation estimator", *Review of Economic Studies*, 1997, 64(4), pp. 605-654.
- 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.
- Holland, P. W., "Statistics and Causal Inference", *Journal of the American Statistical Association*, 1986, 81(396), pp. 945-960.
- Horvath, Th., Mahringer, H., *Entwicklung der Erwerbsbeteiligung bis 2030 unter Berücksichtigung von Änderungen im Bildungsverhalten und rezenter Pensionsreformen. Ein Update*, WIFO Working Papers, 2016, (523).
- Idler, E., Benyamini Y., "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal Health Social Behaviour*, 1997, 38(1), pp. 21-37.
- Imbens, G. W., Wooldridge, J. M., „Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation“, *Journal of Economic Literature*, 2009, 47 (1), S. 5-86.
- Imbens, G. W., "Nonparametric Estimation of Average Treatment Effects under Exogeneity: a Review", *The Review of Economics and Statistics*, 2004, 86(1), pp. 4-29.
- 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., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al., "Cost of disorders of the brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 2011, pp. 718-779.
- Kluve, J., "The Effectiveness of European Active Labor Market Programs", *Labour Economics*, 17(6), 2010, pp.904-918.
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2011, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2011.

- 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.
- 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.
- Mayrhuber, C., Tockner, L., *Krankheitsbiografien vor Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen*, Soziale Sicherheit, 2012, (4).
- OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*, OECD Publishing, Paris, 2010.
- OECD (2015A), *Mental Health and Work: Austria*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015B), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris.
- Richter, D., Berger, K., Reker, Th., "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*, 40, 2013, S.176–182
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht." *Psychiatrische Praxis*, 2008, 35(7), S.321-330.
- Rosenbaum, P. R., Rubin, D., "The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects", *Biometrika*, 1983, 70(1), pp. 41-55.
- Statistik Austria, *Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2004*, Wien, 2006.
- Statistik Austria, *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*, Wien, 2007.
- Statistik Austria, *Tabellenband EU-SILC 2014. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*, Wien, 2015.
- Van Ours, J. C., „The Locking-in Effect of Subsidized Jobs.“, *Journal of Comparative Economics*, 2004, 32(1), S. 37–52.
- Vermeulen, S. J., Tamminga, S. J., Schellart, A. JM., Fekke Ybema, J., Anema, J. R., *Return-to-work of Sick-listed Workers without an Employment Contract – What Works?*, *BMC Public Health*, 9, 232, 2009.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Steinhausen, H. C., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21(9), pp. 655-679.
- Wunsch, C., *How to Minimize Lock-in-Effects of Programs for Unemployed Workers*, *IZA World of Labor*, 288, 2016.
- Zach, M., *Psychische Erkrankungen und Invalidität*, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

Anhang

Übersicht 25: Hierarchisierung von Erwerbszuständen

- | | |
|-----|---|
| 1. | Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus (AL, SC, LS, AG, SF, SR ⁷¹) |
| 2. | Eigene Erwerbspension (Alters- oder Invaliditätspension) |
| 3. | Geförderte unselbständige, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt (einschließlich freien Dienstverträgen) |
| 4. | Geförderte unselbständige, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt (einschließlich freien Dienstverträgen) |
| 5. | Ungeförderte unselbständige, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (einschließlich freien Dienstverträgen) |
| 6. | Selbständige Beschäftigung |
| 7. | Sonstige Arbeitslosigkeit mit nicht geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus (Sperte wegen Verweigerung oder Vereitelung einer Arbeitsaufnahme oder Schulungsmaßnahme (nach § 10 ALVG), Frühzeitige Arbeitssuche (AF), Leistungsbezug mit ausländischen Versicherungszeiten (AM), Frühzeitige Lehrstellensuche (LF), Geförderte Beschäftigung (SO), Teilintegrierte AusländerInnen (TA), Vormerkung (VM), Vormerkunterbrechung (VU)) |
| 8. | Sonstige gesicherte erwerbsferne Position (Kinderbetreuung, Präsenz-/Zivildienst, Sonstige) |
| 9. | Geringfügige Beschäftigung (ohne Vormerkung beim AMS) |
| 10. | Rest (ungesicherte erwerbsferne Position, Versicherungslücken, Tod) |

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – AMS- und SMS-Förderungen berücksichtigt.

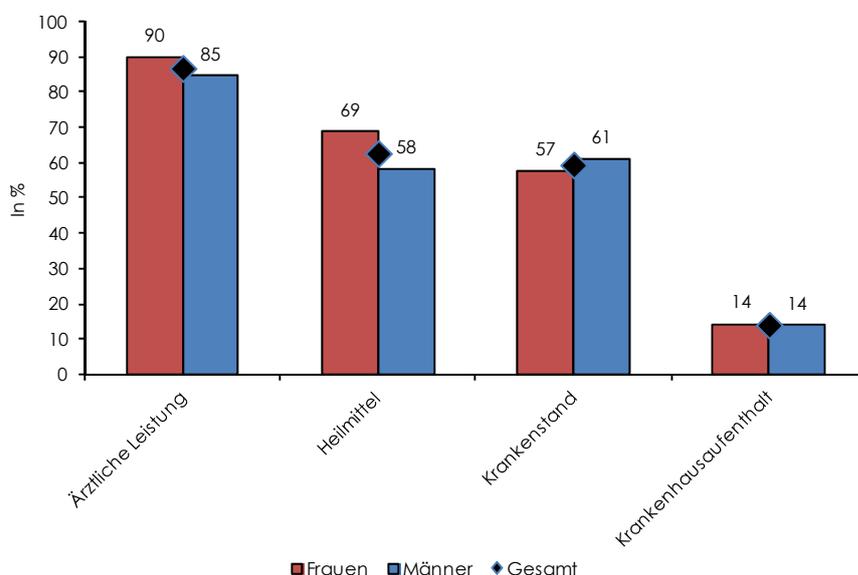
⁷¹) AL: „arbeitslos“. SC: „in Schulung“. LS: „lehrstellensuchend“. AG: „Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“. SF: „Bezug eines Fachkräftestipendiums“. SR: „Schulung Reha mit Umschulungsgeld“.

Übersicht 26: Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach, Referenzzeitraum und Geschlecht

	Anzahl der Personen			In %		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Vorjahr						
Krankenstandtag	324.692	137.473	187.219	60,2	58,3	61,7
Krankenhausaufenthaltag	78.356	34.686	43.670	14,5	14,7	14,4
Ärztliche Leistung	470.632	212.585	258.047	87,3	90,2	85,0
Heilmittel	341.816	163.268	178.548	63,4	69,3	58,8
Krankengeldbezugsfall	43.537	19.120	24.417	8,1	8,1	8,0
Krankengeldbezugstag	44.473	19.505	24.968	8,2	8,3	8,2
2011-2012						
Krankenstandtag	404.235	171.317	232.918	75,0	72,7	76,7
Krankenhausaufenthaltag	132.132	58.641	73.491	24,5	24,9	24,2
Ärztliche Leistung	494.594	218.446	276.148	91,7	92,7	91,0
Heilmittel	412.101	190.851	221.250	76,4	81,0	72,9
Krankengeldbezugstag	72.399	33.366	39.033	13,4	14,2	12,9
2008-2012						
Krankenstandtag	472.453	201.328	271.125	87,6	85,4	89,3
Krankenhausaufenthaltag	223.122	97.927	125.194	41,4	41,5	41,3
Ärztliche Leistung	511.150	224.999	286.151	94,8	95,4	94,3
Heilmittel	477.060	215.126	261.934	88,5	91,3	86,3
Krankengeldbezugstag	73.860	34.000	39.861	13,7	14,4	13,1
Gesamt	539.246	235.742	303.504	100,0	100,0	100,0

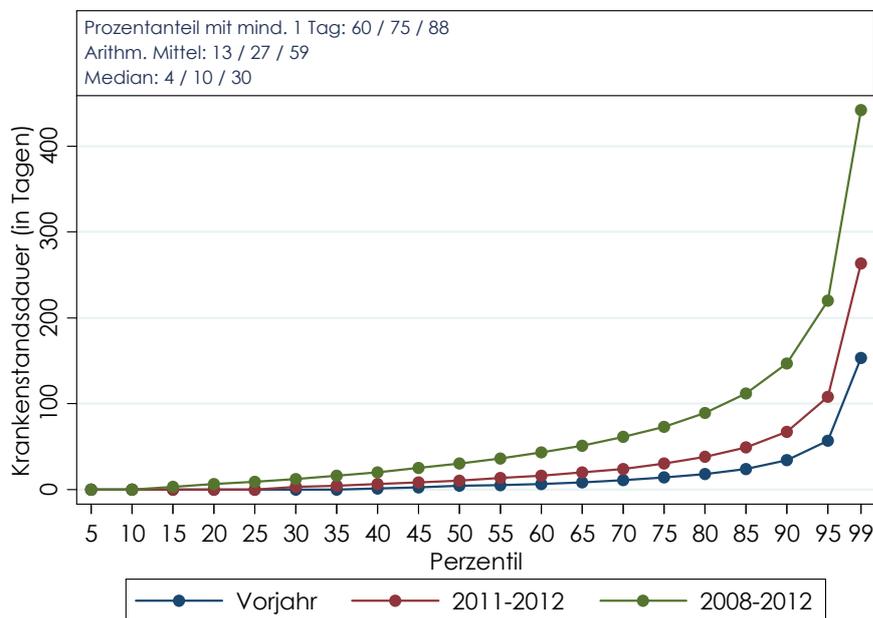
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Abbildung 37: Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage im Vorjahr nach Indikator und Geschlecht (in %)



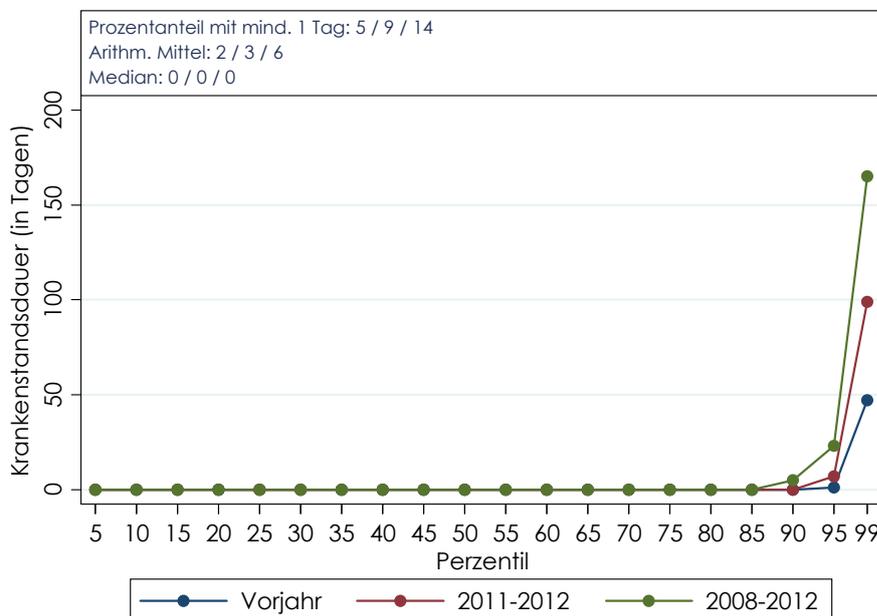
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Personen mit mind. 1 Tag Krankenstand, mind. 1 Tag Krankenhausaufenthalt, mind. 1 Tag Krankengeldbezug, mind. 1 erhaltener ärztlichen Leistung bzw. mind. 1 erhaltenem Heilmittel.

Übersicht 27: Verteilung der kumulierten Krankenstandsdauer



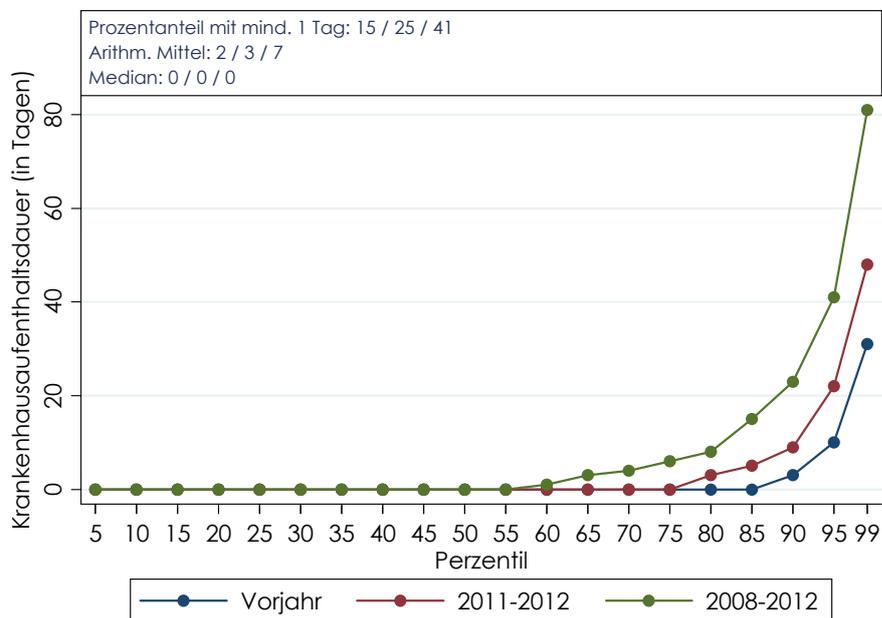
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 28: Verteilung der kumulierten Krankenstandsdauer aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen oder Krankheit des Nervensystems



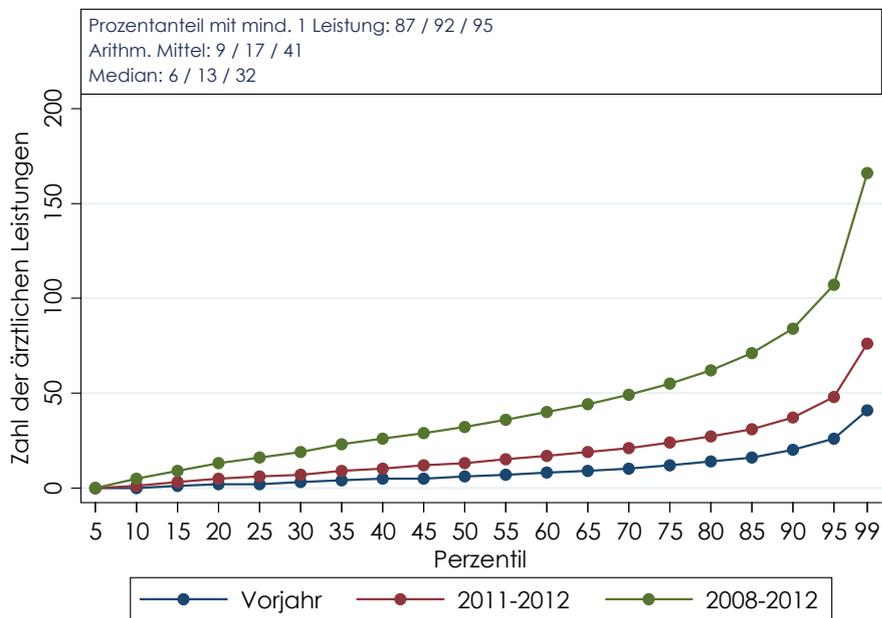
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 29: Verteilung der kumulierten Krankenhausaufenthaltsdauer



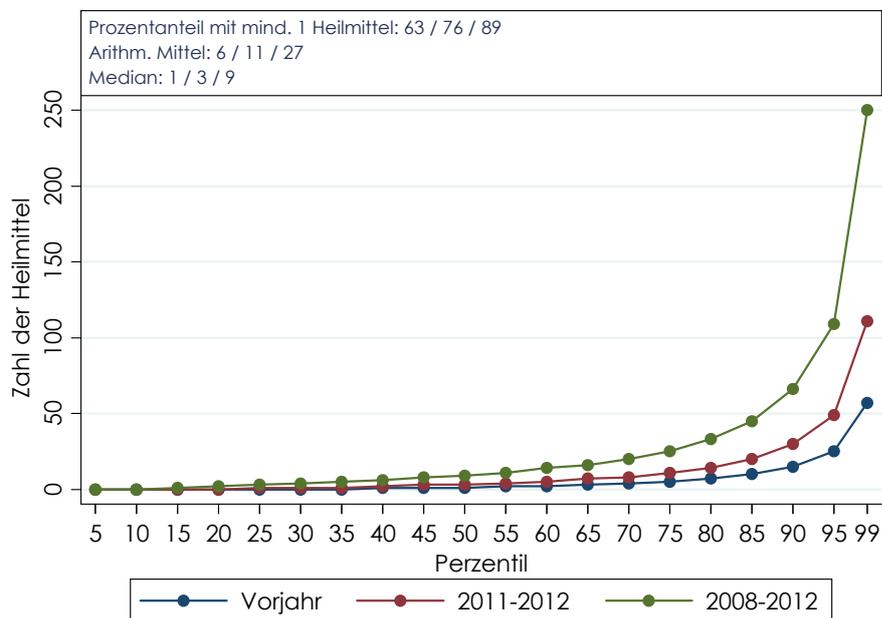
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 30: Verteilung der erhaltenen ärztlichen Leistungen



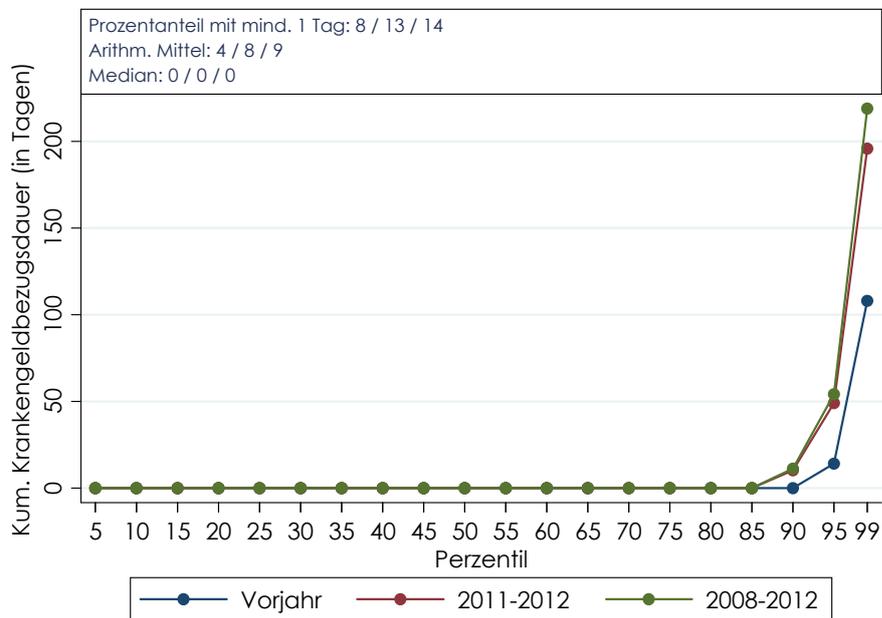
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 31: Verteilung der erhaltenen Heilmittel



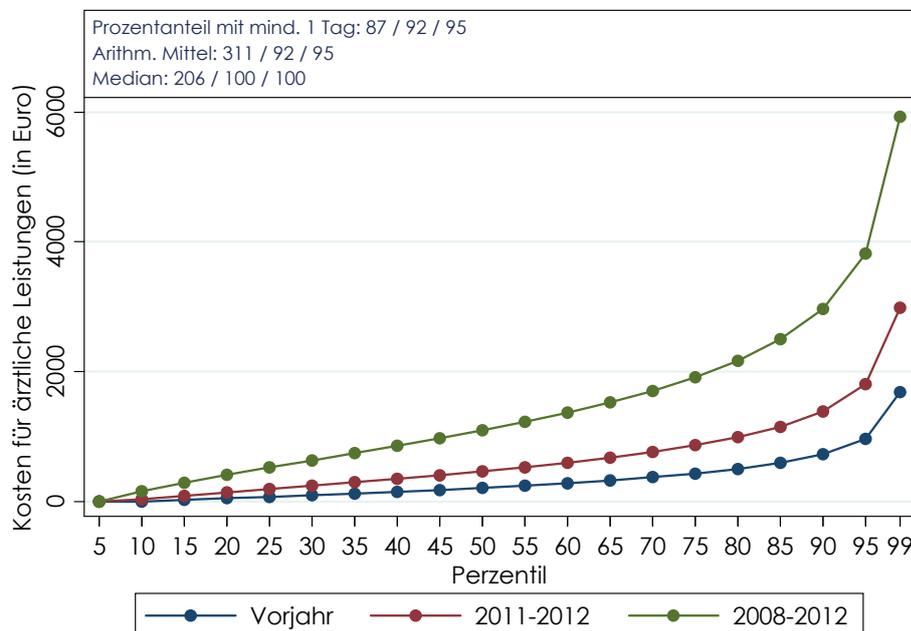
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 32: Verteilung der kumulierten Krankengeldbezugsdauer



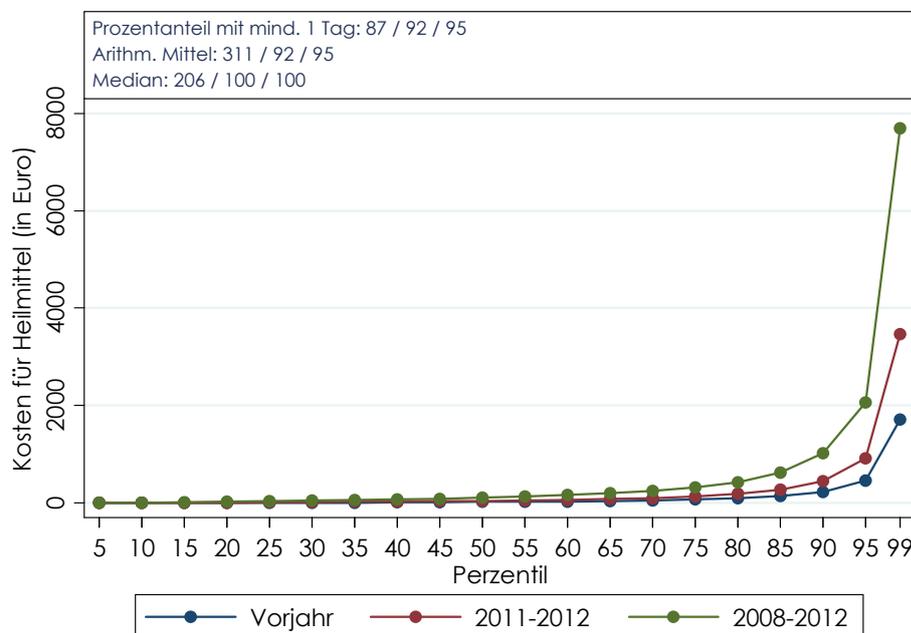
Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 33: Verteilung der Kosten für ärztliche Leistungen



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 34: Verteilung der Kosten für Heilmittel



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 35: Zahl der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose

	Anzahl der Personen		
	Gesamt	Frauen	Männer
Atmungssystem	173.220	75.575	97.646
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	87.666	33.581	54.084
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	84.310	36.512	47.799
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	66.777	19.260	47.517
Verdauungssystem	29.744	13.005	16.739
Sonstige Symptome und Befunde	29.397	14.298	15.099
Psychische und Verhaltensstörungen	17.137	9.953	7.185
Urogenitalsystem	14.280	10.967	3.313
Kreislaufsystem	13.326	6.188	7.138
Nervensystem	11.325	6.201	5.124
Haut und Unterhaut	8.266	3.065	5.201
Ohr und Warzenfortsatz	6.547	2.663	3.884
Auge und Augenanhangsgebilde	6.267	2.515	3.753
Sonstige	14.292	7.911	6.381
Gesamt	539.246	235.742	303.504

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. Sonstige: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsel; Neubildungen; Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett; Angeborene Fehlbildungen; Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Blut, Immunsystem; Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode; Sonstige.

Übersicht 36: Zahl der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose

	Anzahl der Personen.		
	Gesamt	Frauen	Männer
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	22.933	10.197	12.736
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	12.263	3.598	8.664
Verdauungssystem	8.629	3.321	5.309
Kreislaufsystem	6.481	2.509	3.972
Urogenitalsystem	6.239	4.399	1.840
Psychische und Verhaltensstörungen	5.304	2.508	2.796
Sonstige	28.929	13.640	15.290
Gesamt	539.246	235.742	303.504

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 37: Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus

	Gesamt	Ungef. USB	Gef. USB 1. AM	Gef. USB 2. AM	AL	SC
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4,3	4,0	9,2	3,9	7,7	3,6
Verletzungen, Vergiftungen, etc.	2,3	2,1	4,1	3,2	3,9	3,0
Verdauungssystem	1,6	1,5	2,8	3,1	2,9	2,2
Kreislaufsystem	1,2	1,1	3,0	1,3	2,3	1,0
Urogenitalsystem	1,2	1,1	1,7	1,1	1,9	1,5
Psychische und Verhaltensstörungen	1,0	0,7	2,4	2,7	5,2	3,6
Sonstige	5,4	5,0	12,1	8,4	10,1	7,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – AL: alle Vormerkstatus der Arbeitslosigkeit mit Ausnahme von Schulung (SC).

Übersicht 38: Förderstruktur nach Personenmerkmalen, 2012

Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS in OÖ neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Anzahl der Personen											
	Gesamt	Männer	Frauen	≤24 Jahre	25-49 Jahre	≥50 Jahre	Max. Pflichtschule	Lehre	BMS	AHS/BHS	Uni/FH/Akad.
AA	234	155	79	9	138	87	182	43	9	0	0
BO	728	475	253	126	466	138	458	226	22	23	0
QUAL	3.637	2.163	1.474	306	2.167	1.171	2.313	968	152	157	57
TRAIN	24	18	6	0	7	17	16	8	0	0	0
KK	461	290	171	23	310	130	249	150	24	26	13
AST	74	27	47	6	56	12	34	30	7	2	0
EB	856	508	348	102	457	299	480	312	35	20	9
KOM	5	2	3	0	2	3	3	2	0	0	0
SÖB	359	206	153	6	195	158	273	69	6	7	4
GBP	331	194	137	5	197	130	252	67	6	2	4
SÖBÜ	96	73	23	3	66	27	54	34	1	4	3
BBE	3.210	1.907	1.303	487	1.652	1.078	2.337	656	93	80	45
Gesamt	7.705	4.625	3.080	833	4.347	2.572	5.134	1.971	277	247	109

In %

	Gesamt	Männer	Frauen	≤24 Jahre	25-49 Jahre	≥50 Jahre	Max. Pflichtschule	Lehre	BMS	AHS/BHS	Uni/FH/Akad.
AA	2,3	2,6	2,0	0,8	2,4	2,7	2,7	1,7	2,5	0,0	0,0
BO	7,3	7,9	6,3	11,7	8,2	4,2	6,9	8,8	6,2	7,2	0,0
QUAL	36,3	35,9	36,9	28,5	37,9	36,0	34,8	37,7	42,8	48,9	42,2
TRAIN	0,2	0,3	0,2	0,0	0,1	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0
KK	4,6	4,8	4,3	2,1	5,4	4,0	3,7	5,8	6,8	8,1	9,6
AST	0,7	0,4	1,2	0,6	1,0	0,4	0,5	1,2	2,0	0,6	0,0
EB	8,5	8,4	8,7	9,5	8,0	9,2	7,2	12,2	9,9	6,2	6,7
KOM	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
SÖB	3,6	3,4	3,8	0,6	3,4	4,9	4,1	2,7	1,7	2,2	3,0
GBP	3,3	3,2	3,4	0,5	3,4	4,0	3,8	2,6	1,7	0,6	3,0
SÖBÜ	1,0	1,2	0,6	0,3	1,2	0,8	0,8	1,3	0,3	1,2	2,2
BBE	32,1	31,7	32,6	45,4	28,9	33,2	35,1	25,6	26,2	24,9	33,3
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Summe aus Männern und Frauen bzw. den Altersgruppen ergibt nicht Gesamtzahl der geförderten Personen, da eine Person in mehreren Altersgruppen und in Einzelfällen auch mit unterschiedlichen Geschlechtern vorkommen kann (je nach Zeitpunkt des Förderbeginns).

Übersicht 39: Förderstruktur nach Diagnosegruppe, 2012

Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS in ÖÖ neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Absolut

	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	Kreislaufsystem	Atmungssystem	Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	Verletzungen, Vergiftungen, etc.	Gesamt
AA	33	113	74	87	120	44	234
BO	93	450	111	195	301	144	728
QUAL	465	2.002	760	1.220	1.839	579	3.637
TRAIN	4	12	13	6	16	3	24
KK	53	257	92	137	218	72	461
AST	11	53	12	14	29	10	74
EB	81	326	166	207	354	142	856
KOM	2	4	1	0	2	3	5
SÖB	47	181	85	143	187	64	359
GBP	38	174	80	110	181	59	331
SÖBÜ	14	49	14	39	43	17	96
BBE	339	1.684	698	929	1.512	492	3.210
Gesamt	960	4.117	1.682	2.464	3.772	1.281	7.705

In %

	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	Kreislaufsystem	Atmungssystem	Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	Verletzungen, Vergiftungen, etc.	Gesamt
AA	2,8	2,1	3,5	2,8	2,5	2,7	2,3
BO	7,9	8,5	5,3	6,3	6,3	8,8	7,3
QUAL	39,4	37,7	36,1	39,5	38,3	35,5	36,3
TRAIN	0,3	0,2	0,6	0,2	0,3	0,2	0,2
KK	4,5	4,8	4,4	4,4	4,5	4,4	4,6
AST	0,9	1,0	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7
EB	6,9	6,1	7,9	6,7	7,4	8,7	8,5
KOM	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
SÖB	4,0	3,4	4,0	4,6	3,9	3,9	3,6
GBP	3,2	3,3	3,8	3,6	3,8	3,6	3,3
SÖBÜ	1,2	0,9	0,7	1,3	0,9	1,0	1,0
BBE	28,7	31,7	33,1	30,1	31,5	30,2	32,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q.: ÖÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 40: Struktur der in einer bestimmten Maßnahme Geförderten mit gesundheitlichen Einschränkungen

	Männer	Frauen	≤24 Jahre	25-49 Jahre	≥50 Jahre	Max. Pflichtschule	Lehre	BMS	AHS/BHS	Uni/FH/Akad.
	In %									
AA	66,2	33,8	3,8	59,0	37,2	77,8	18,4	3,8	0,0	0,0
BO	65,2	34,8	17,3	63,8	18,9	62,8	31,0	3,0	3,2	0,0
QUAL	59,5	40,5	8,4	59,5	32,1	63,4	26,5	4,2	4,3	1,6
TRAIN	75,0	25,0	0,0	29,2	70,8	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0
KK	62,9	37,1	5,0	67,0	28,1	53,9	32,5	5,2	5,6	2,8
AST	36,5	63,5	8,1	75,7	16,2	46,6	41,1	9,6	2,7	0,0
EB	59,3	40,7	11,9	53,3	34,8	56,1	36,4	4,1	2,3	1,1
KOM	40,0	60,0	0,0	40,0	60,0	60,0	40,0	0,0	0,0	0,0
SÖB	57,4	42,6	1,7	54,3	44,0	76,0	19,2	1,7	1,9	1,1
GBP	58,6	41,4	1,5	59,3	39,2	76,1	20,2	1,8	0,6	1,2
SÖBÜ	76,0	24,0	3,1	68,8	28,1	56,3	35,4	1,0	4,2	3,1
BBE	59,4	40,6	15,1	51,4	33,5	72,8	20,4	2,9	2,5	1,4
Gesamt	60,0	40,0	10,7	56,1	33,2	66,3	25,5	3,6	3,2	1,4

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 41: Durchschnittliche Dauer einer Förderperiode, 2012

Alle Förderungen mit Beginn 2012

	Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ		OÖ		Österreich	
	Arithm. Mittel	Median	Arithm. Mittel	Median	Arithm. Mittel	Median
AA	42	40	43	47	35	33
BO	64	49	59	42	46	35
QUAL	84	61	96	61	100	66
TRAIN	71	56	69	56	65	43
KK	42	15	38	19	44	33
AST	577	666	532	640	384	254
EB	143	92	108	91	94	91
KOM	230	196	231	212	177	152
SÖB	118	106	113	98	93	59
GBP	130	107	119	99	100	75
SÖBÜ	48	43	50	46	47	30
BBE	67	26	75	36	113	75
Gesamt	84	52	89	53	84	47

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 42: Personenanteil mit mindestens einer Förderung während der Arbeitslosigkeit, 2012
Geschäftsfallzugänge 2012

	Gesamt	Geschäftsfalldauer			
		≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ	41,3	12,0	29,2	60,5	89,9
darunter infektiöse und parasitäre Krankheiten	43,1	14,8	25,1	55,1	90,0
darunter psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	42,4	11,2	30,2	60,6	89,2
darunter Kreislaufsystem	40,5	10,4	26,7	55,9	90,4
darunter Atmungssystem	41,5	10,9	27,9	61,0	88,7
darunter Muskel-Skelett-System; Bindegewebe	40,3	10,2	28,4	59,4	88,5
darunter Verletzungen, Vergiftungen, etc.	36,9	9,9	26,8	60,7	86,4
OÖ	26,9	6,5	24,1	61,3	91,2
Österreich	26,8	5,6	21,4	56,3	86,9

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 43: Durchschnittliche Zahl der Förderungen während dem Geschäftsfall
Geschäftsfallzugänge 2012

	Gesamt	Geschäftsfalldauer			
		≤92 Tage	93-183 Tage	184-366 Tage	>366 Tage
Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ	1,03	0,14	0,42	1,12	3,12
darunter infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,16	0,16	0,37	1,05	3,32
darunter psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	1,08	0,13	0,45	1,13	3,11
darunter Kreislaufsystem	1,02	0,12	0,37	1,04	3,01
darunter Atmungssystem	1,05	0,13	0,41	1,15	3,08
darunter Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,00	0,12	0,38	1,08	3,02
darunter Verletzungen, Vergiftungen, etc.	0,92	0,11	0,40	1,14	2,98
OÖ	0,61	0,08	0,33	1,09	3,10
Österreich	0,65	0,06	0,29	0,98	3,13

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Übersicht 44: Beispiele für die geringe Fallzahlen

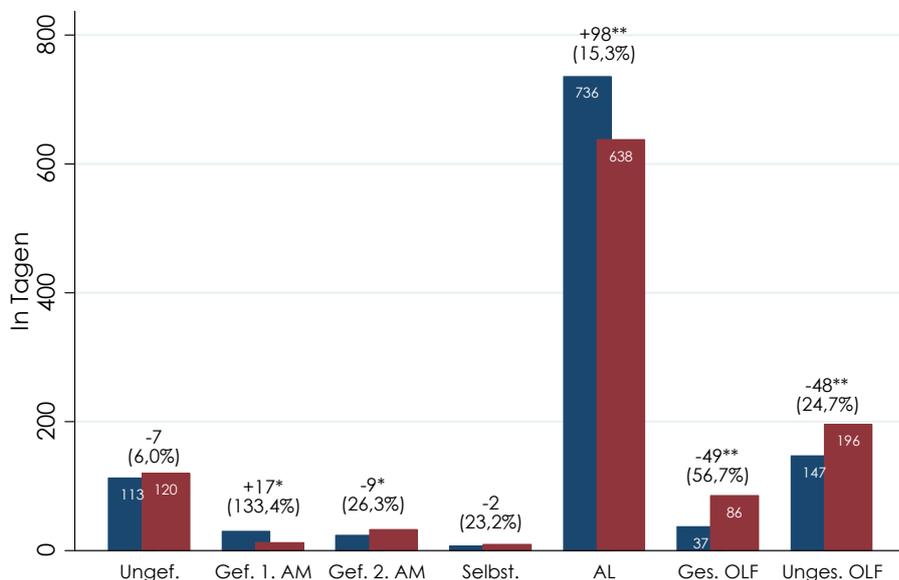
	Gesamt		ICD5/6		ICD13	
	Absolut	In %	Absolut	In %	Absolut	In %
AA						
Nicht gefördert	133.075	99,9	77.989	99,9	69.638	99,9
Gefördert	126	0,1	59	0,1	64	0,1
Gesamt	133.201	100,0	78.048	100,0	69.702	100,0
BO						
Nicht gefördert	133.075	99,9	77.989	99,8	69.638	99,9
Gefördert	201	0,2	136	0,2	87	0,1
Gesamt	133.276	100,0	78.125	100,0	69.725	100,0
QUAL						
Nicht gefördert	133.075	98,7	77.989	98,8	69.638	98,7
Gefördert	1.741	1,3	991	1,3	910	1,3
Gesamt	134.816	100,0	78.980	100,0	70.548	100,0
KK						
Nicht gefördert	133.075	99,9	77.989	99,9	69.638	99,9
Gefördert	112	0,1	72	0,1	52	0,1
Gesamt	133.187	100,0	78.061	100,0	69.690	100,0
EBKOM						
Nicht gefördert	133.075	99,8	77.989	99,9	69.638	99,8
Gefördert	277	0,2	113	0,1	137	0,2
Gesamt	133.352	100,0	78.102	100,0	69.775	100,0
SÖB/GBP/SÖBÜ						
Nicht gefördert	133.075	99,8	77.989	99,8	69.638	99,8
Gefördert	246	0,2	135	0,2	127	0,2
Gesamt	133.321	100,0	78.124	100,0	69.765	100,0
BBE						
Nicht gefördert	133.075	99,6	77.989	99,6	69.638	99,6
Gefördert	546	0,4	347	0,4	301	0,4
Gesamt	133.621	100,0	78.336	100,0	69.939	100,0

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

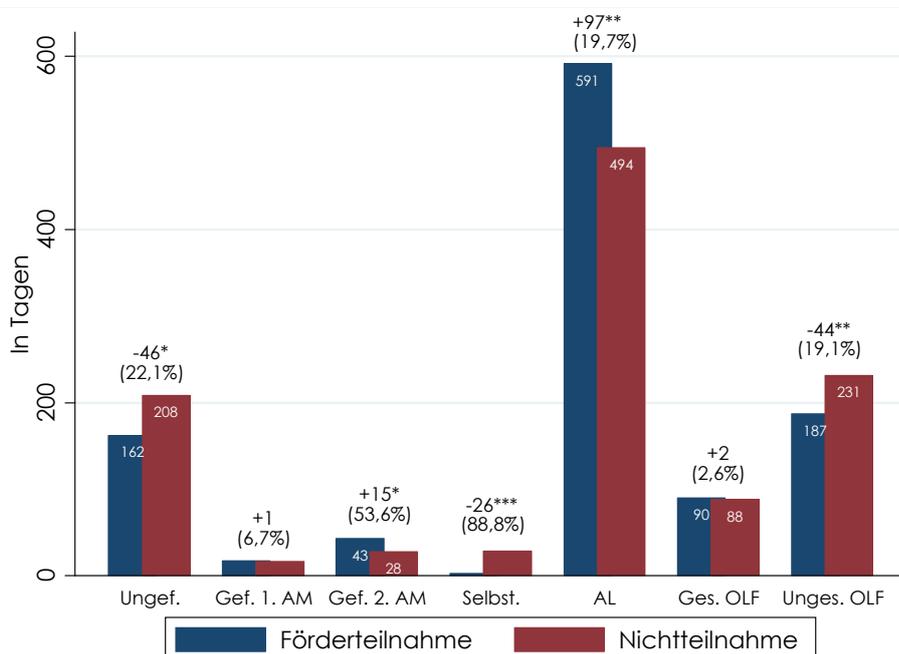
Abbildung 38: Effekt einer Teilnahme an AA bzw. BO für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

AA



BO



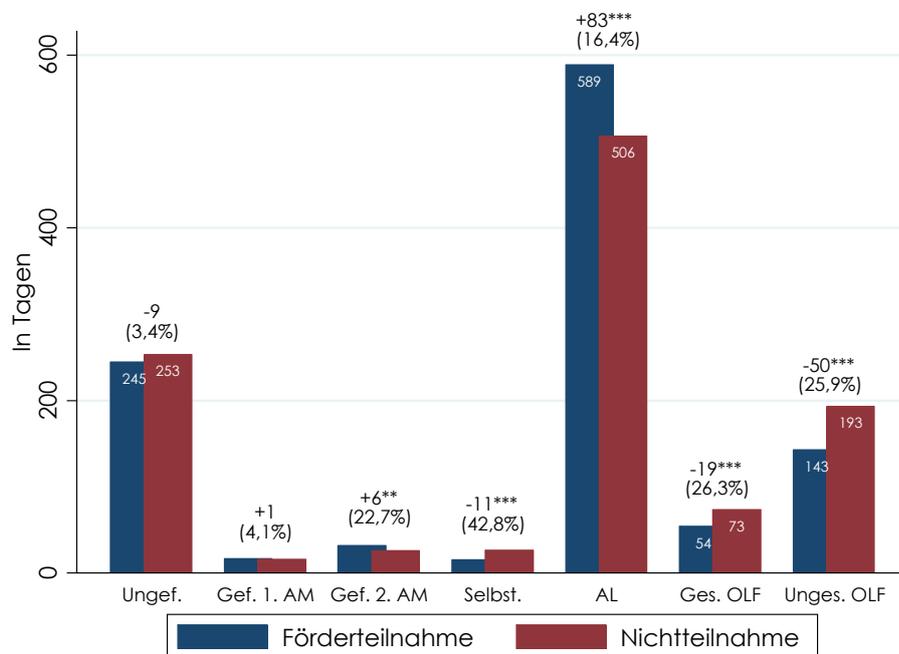
■ Förderteilnahme ■ Nichtteilnahme

Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA) bzw. 201 (BO) Geförderte.

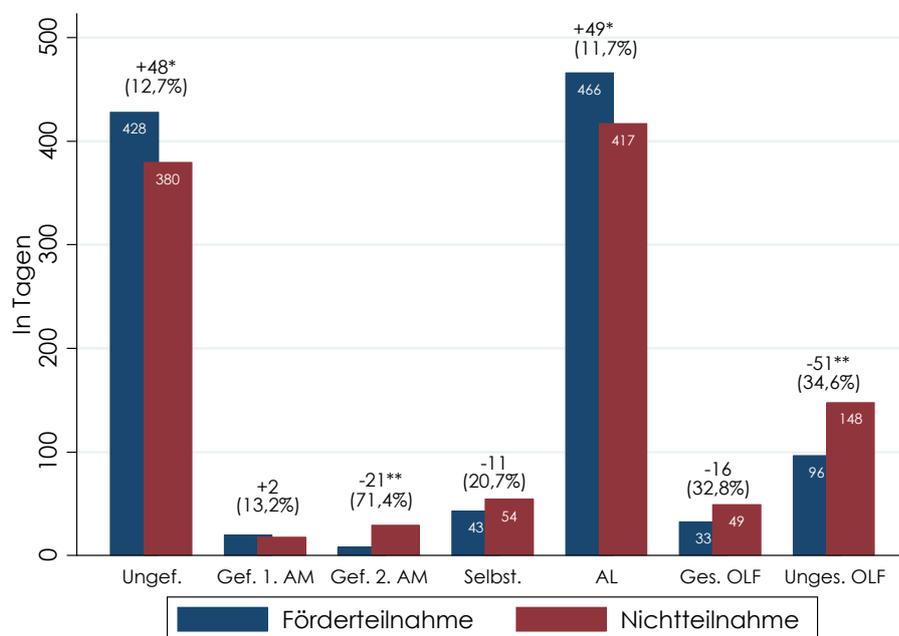
Abbildung 39: Effekt einer Förderung mittels QUAL bzw. KK für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

QUAL

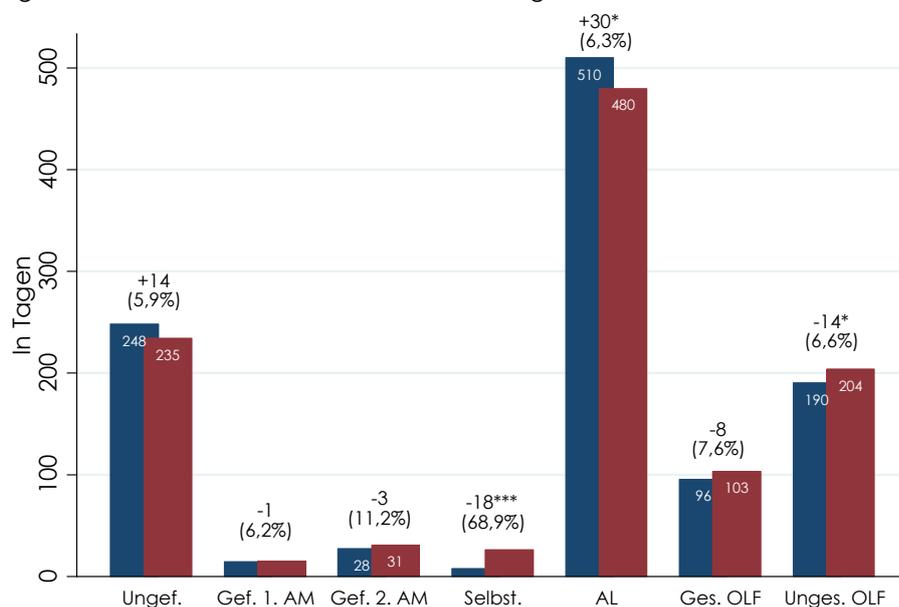


KK



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 1.741 (QUAL) bzw. 112 (KK) Geförderte.

Abbildung 40: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

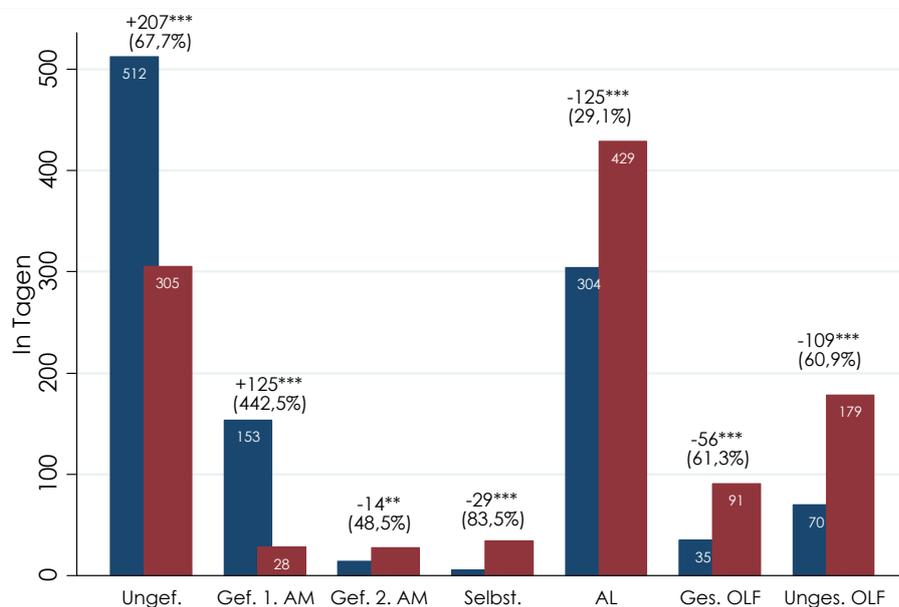


Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 546 Geförderte.

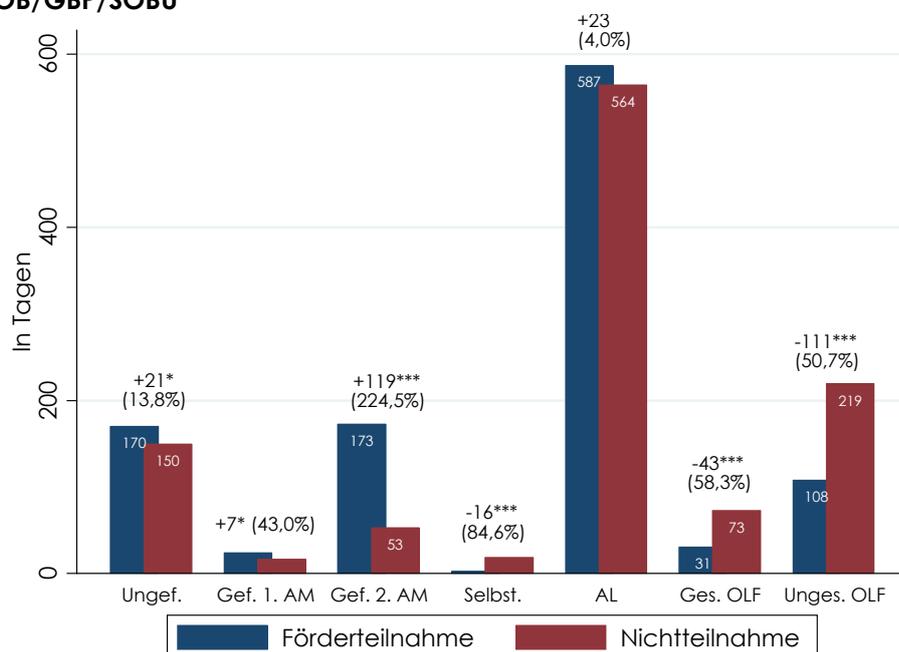
Abbildung 41: Effekt einer Förderung mittels EB/KOM bzw. SÖB/GBP/SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

EB/KOM



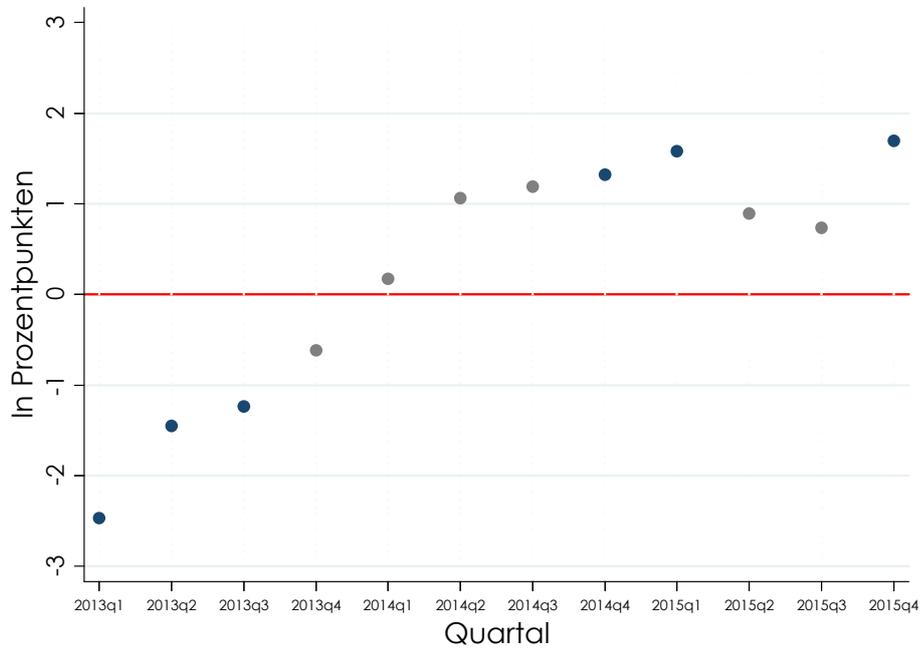
SÖB/GBP/SÖBÜ



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Über den Balken: Fördereffekt, absolut und (in Klammern) in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an: *** signifikant auf 1%-Niveau, ** signifikant auf 5%-Niveau, * signifikant auf 10%-Niveau. N: 133.074 Nichtgeförderte und 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Abbildung 42: Effekt der Teilnahme an einer trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahme (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Wahrscheinlichkeit einer ungeforderten unselbständigen Beschäftigung in den Quartalen der Jahre 2013 bis 2015, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung



Q.: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – Dargestellt sind Fördereffekte in Prozentpunkten. Bei statistisch insignifikanten Effekten sind Punkte grau statt blau gefärbt. Messung, ob ungeforderte unselbständige Beschäftigung, zum Stichtag Quartalsende.

Übersicht 45: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	87	88	-1	(-0,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	22	9	14 *	(158,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	12	20	-8 *	(-39,6)
Selbständige Beschäftigung	6	7	0	(-2,1)
Arbeitslosigkeit	483	427	56 *	(13,2)
Gesicherte OLF	34	68	-34 **	(-50,1)
Ungesicherte OLF	85	112	-27 *	(-24,2)
BO				
Ungeförderte USB	114	151	-37 *	(-24,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	11	12	-1	(-5,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	38	20	18 *	(90,5)
Selbständige Beschäftigung	3	21	-18 ***	(-86,3)
Arbeitslosigkeit	379	322	57 **	(17,7)
Gesicherte OLF	69	67	3	(3,8)
Ungesicherte OLF	115	137	-22 *	(-16)
QUAL				
Ungeförderte USB	184	181	3	(1,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	13	11	1 *	(13,4)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	22	16	6 **	(37,2)
Selbständige Beschäftigung	12	19	-7 **	(-35,9)
Arbeitslosigkeit	365	331	34 ***	(10,4)
Gesicherte OLF	46	58	-12 **	(-20,8)
Ungesicherte OLF	89	114	-25 ***	(-22,3)
KK				
Ungeförderte USB	304	268	36 *	(13,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	13	13	0	(-0,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	23	-16 **	(-68,4)
Selbständige Beschäftigung	29	43	-14	(-31,7)
Arbeitslosigkeit	281	256	25	(9,6)
Gesicherte OLF	28	36	-7	(-20,8)
Ungesicherte OLF	68	91	-24 *	(-25,8)
BBE				
Ungeförderte USB	182	168	13 *	(8,0)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	11	11	0	(-0,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	21	21	0	(-2,3)
Selbständige Beschäftigung	7	19	-12 ***	(-63,1)
Arbeitslosigkeit	324	313	12	(3,7)
Gesicherte OLF	76	83	-7	(-7,9)
Ungesicherte OLF	109	115	-6	(-5,1)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	379	219	160 ***	(72,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	39	19	21 **	(110,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	13	19	-6 *	(-32,4)
Selbständige Beschäftigung	5	25	-21 ***	(-82)
Arbeitslosigkeit	211	271	-60 ***	(-22,3)
Gesicherte OLF	34	72	-38 ***	(-52,5)
Ungesicherte OLF	50	105	-55 ***	(-52,5)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	133	107	26 *	(24,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	16	12	4	(32,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	62	36	26 **	(70,3)
Selbständige Beschäftigung	2	12	-11 ***	(-87,2)
Arbeitslosigkeit	410	375	35 *	(9,4)
Gesicherte OLF	29	59	-30 **	(-51,0)
Ungesicherte OLF	78	129	-50 ***	(-39,2)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA), 201 (BO), 1.741 (QUAL), 112 (KK), 546 (BBE), 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 46: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	113	120	-7	(-6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	30	13	17 *	(133,4)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	24	33	-9 *	(-26,3)
Selbständige Beschäftigung	7	10	-2	(-23,2)
Arbeitslosigkeit	736	638	98 **	(15,3)
Gesicherte OLF	37	86	-49 **	(-56,7)
Ungesicherte OLF	147	196	-48 **	(-24,7)
BO				
Ungeförderte USB	162	208	-46 *	(-22,1)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	18	17	1	(6,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	43	28	15 *	(53,6)
Selbständige Beschäftigung	3	29	-26 ***	(-88,8)
Arbeitslosigkeit	591	494	97 **	(19,7)
Gesicherte OLF	90	88	2	(2,6)
Ungesicherte OLF	187	231	-44 **	(-19,1)
QUAL				
Ungeförderte USB	245	253	-9	(-3,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	17	16	1	(4,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	32	26	6 **	(22,7)
Selbständige Beschäftigung	15	27	-11 ***	(-42,8)
Arbeitslosigkeit	589	506	83 ***	(16,4)
Gesicherte OLF	54	73	-19 ***	(-26,3)
Ungesicherte OLF	143	193	-50 ***	(-25,9)
KK				
Ungeförderte USB	428	380	48 *	(12,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	20	18	2	(13,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	8	29	-21 **	(-71,4)
Selbständige Beschäftigung	43	54	-11	(-20,7)
Arbeitslosigkeit	466	417	49 *	(11,7)
Gesicherte OLF	33	49	-16	(-32,8)
Ungesicherte OLF	96	148	-51 **	(-34,6)
BBE				
Ungeförderte USB	248	235	14	(5,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	16	-1	(-6,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	28	31	-3	(-11,2)
Selbständige Beschäftigung	8	27	-18 ***	(-68,9)
Arbeitslosigkeit	510	480	30 *	(6,3)
Gesicherte OLF	96	103	-8	(-7,6)
Ungesicherte OLF	190	204	-14 *	(-6,6)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	512	305	207 ***	(67,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	153	28	125 ***	(442,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	14	28	-14 **	(-48,5)
Selbständige Beschäftigung	6	35	-29 ***	(-83,5)
Arbeitslosigkeit	304	429	-125 ***	(-29,1)
Gesicherte OLF	35	91	-56 ***	(-61,3)
Ungesicherte OLF	70	179	-109 ***	(-60,9)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	170	150	21 *	(13,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	24	17	7 *	(43)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	173	53	119 ***	(224,5)
Selbständige Beschäftigung	3	19	-16 ***	(-84,6)
Arbeitslosigkeit	587	564	23	(4)
Gesicherte OLF	31	73	-43 ***	(-58,3)
Ungesicherte OLF	108	219	-111 ***	(-50,7)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. – In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA), 201 (BO), 1.741 (QUAL), 112 (KK), 546 (BBE), 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 47: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 1. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	26	33	-6	(-19,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	8	4	3 *	(81,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	12	13	-1	(-5,3)
Selbständige Beschäftigung	1	3	-2 *	(-69)
Arbeitslosigkeit	253	211	42 **	(19,7)
Gesicherte OLF	3	18	-15 ***	(-82,3)
Ungesicherte OLF	62	84	-21 **	(-25,4)
BO				
Ungeförderte USB	48	57	-9 *	(-16,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	6	4	2	(38,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	5	8	-3 *	(-34,8)
Selbständige Beschäftigung	0	8	-7 ***	(-95,6)
Arbeitslosigkeit	213	172	40 ***	(23,4)
Gesicherte OLF	21	21	0	(-1,2)
Ungesicherte OLF	72	94	-22 **	(-23,6)
QUAL				
Ungeförderte USB	61	72	-11 ***	(-15,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	4	5	-1 *	(-16,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	10	10	0	(0)
Selbständige Beschäftigung	3	8	-5 ***	(-59,1)
Arbeitslosigkeit	224	175	48 ***	(27,7)
Gesicherte OLF	8	15	-7 ***	(-47,2)
Ungesicherte OLF	54	79	-25 ***	(-31,3)
KK				
Ungeförderte USB	124	112	13	(11,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	5	2	(51,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	1	7	-5 **	(-81,3)
Selbständige Beschäftigung	14	12	2	(19,8)
Arbeitslosigkeit	185	161	24 *	(15,1)
Gesicherte OLF	5	13	-9 *	(-65,3)
Ungesicherte OLF	29	56	-28 ***	(-48,9)
BBE				
Ungeförderte USB	67	66	0	(0,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	3	4	-1	(-20,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	10	-3 *	(-30,4)
Selbständige Beschäftigung	1	8	-6 ***	(-83,4)
Arbeitslosigkeit	186	167	19 ***	(11,2)
Gesicherte OLF	19	21	-1	(-6,1)
Ungesicherte OLF	82	89	-8 *	(-8,5)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	133	86	47 ***	(54,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	114	10	105 ***	(107,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	2	9	-8 ***	(-81)
Selbständige Beschäftigung	1	9	-8 ***	(-87,7)
Arbeitslosigkeit	93	158	-65 ***	(-40,9)
Gesicherte OLF	1	19	-18 ***	(-94,8)
Ungesicherte OLF	20	73	-54 ***	(-73)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	37	43	-6	(-13,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	4	3 *	(73,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	111	17	94 ***	(555,9)
Selbständige Beschäftigung	1	7	-5 **	(-79,8)
Arbeitslosigkeit	177	190	-12 *	(-6,6)
Gesicherte OLF	2	15	-13 ***	(-87,7)
Ungesicherte OLF	30	90	-61 ***	(-67,1)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA), 201 (BO), 1.741 (QUAL), 112 (KK), 546 (BBE), 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 48: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	41	40	1	(1,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	13	6	6 *	(101,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	5	13	-8 **	(-63,5)
Selbständige Beschäftigung	4	4	0	(10,8)
Arbeitslosigkeit	245	213	32 *	(15,1)
Gesicherte OLF	15	32	-18 **	(-54,6)
Ungesicherte OLF	43	57	-14 *	(-24,7)
BO				
Ungeförderte USB	57	75	-18 *	(-24,1)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	5	6	-1	(-11,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	22	11	10 *	(94,4)
Selbständige Beschäftigung	0	10	-9 ***	(-95,1)
Arbeitslosigkeit	190	164	26 *	(15,9)
Gesicherte OLF	38	33	5	(15,7)
Ungesicherte OLF	53	67	-14 *	(-20,7)
QUAL				
Ungeförderte USB	86	88	-2	(-2,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	6	1	(13,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	12	9	3 **	(28)
Selbständige Beschäftigung	6	9	-3 **	(-32,4)
Arbeitslosigkeit	190	169	21 ***	(12,3)
Gesicherte OLF	21	28	-7 ***	(-24,9)
Ungesicherte OLF	44	56	-12 ***	(-21,6)
KK				
Ungeförderte USB	154	133	21 *	(16)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	9	1	(8,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	3	11	-8 **	(-74,9)
Selbständige Beschäftigung	17	21	-4	(-19,3)
Arbeitslosigkeit	136	125	11	(8,9)
Gesicherte OLF	12	21	-9 *	(-44,2)
Ungesicherte OLF	33	45	-12 *	(-26,2)
BBE				
Ungeförderte USB	84	81	3	(4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	5	2	(28,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	11	11	0	(-0,1)
Selbständige Beschäftigung	4	9	-5 **	(-60,2)
Arbeitslosigkeit	169	160	9 *	(5,6)
Gesicherte OLF	38	40	-2	(-5,6)
Ungesicherte OLF	53	59	-6 *	(-10,2)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	188	106	83 ***	(78,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	24	10	14 **	(139,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	6	11	-6 **	(-50,7)
Selbständige Beschäftigung	2	12	-10 ***	(-84,7)
Arbeitslosigkeit	109	138	-30 ***	(-21,3)
Gesicherte OLF	13	34	-21 ***	(-61,8)
Ungesicherte OLF	23	53	-30 ***	(-56)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	60	50	9 *	(18,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	11	5	5 *	(100)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	34	20	15 **	(74,3)
Selbständige Beschäftigung	2	7	-5 **	(-76,3)
Arbeitslosigkeit	207	188	19 *	(9,9)
Gesicherte OLF	13	28	-15 **	(-53,4)
Ungesicherte OLF	38	66	-28 ***	(-42,2)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA), 201 (BO), 1.741 (QUAL), 112 (KK), 546 (BBE), 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 49: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	46	47	-1	(-2,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	2	7 *	(319,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	8	8	0	(-0,2)
Selbständige Beschäftigung	2	3	-1	(-21,1)
Arbeitslosigkeit	238	214	24 *	(11,3)
Gesicherte OLF	19	36	-17 *	(-46)
Ungesicherte OLF	42	55	-13 *	(-23,6)
BO				
Ungeförderte USB	58	77	-19 *	(-24,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	6	6	0	(0,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	16	9	7 *	(85,5)
Selbständige Beschäftigung	2	11	-9 ***	(-78,9)
Arbeitslosigkeit	189	158	31 **	(19,6)
Gesicherte OLF	32	34	-3	(-7,5)
Ungesicherte OLF	62	70	-8	(-11,4)
QUAL				
Ungeförderte USB	98	93	5 *	(5,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	6	5	1	(13,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	10	7	3 **	(49,5)
Selbständige Beschäftigung	6	10	-4 **	(-38,9)
Arbeitslosigkeit	175	162	14 ***	(8,4)
Gesicherte OLF	25	31	-5 **	(-17)
Ungesicherte OLF	45	58	-13 ***	(-22,9)
KK				
Ungeförderte USB	149	135	14	(10,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	3	4	-1	(-21,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	4	12	-7 *	(-62,4)
Selbständige Beschäftigung	12	22	-9 *	(-43,9)
Arbeitslosigkeit	145	131	13	(10,3)
Gesicherte OLF	17	15	2	(11)
Ungesicherte OLF	34	46	-12 *	(-25,5)
BBE				
Ungeförderte USB	97	87	10 *	(11,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	4	6	-2 *	(-27,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	10	11	0	(-4,6)
Selbständige Beschäftigung	3	10	-7 ***	(-65,7)
Arbeitslosigkeit	156	153	3	(1,8)
Gesicherte OLF	38	43	-4	(-10,1)
Ungesicherte OLF	56	56	0	(0,2)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	191	114	77 ***	(67,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	9	7 *	(76,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	8	0	(-5,5)
Selbständige Beschäftigung	3	13	-10 ***	(-79,4)
Arbeitslosigkeit	102	132	-31 ***	(-23,2)
Gesicherte OLF	21	38	-17 **	(-44)
Ungesicherte OLF	27	52	-25 ***	(-48,8)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	74	57	17 *	(29,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	6	7	-1	(-18,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	28	17	11 *	(65,7)
Selbständige Beschäftigung	0	6	-6 ***	(-99,8)
Arbeitslosigkeit	203	186	17 *	(8,9)
Gesicherte OLF	15	30	-15 **	(-48,8)
Ungesicherte OLF	40	62	-22 ***	(-36)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 133.074 Nichtgeförderte und 126 (AA), 201 (BO), 1.741 (QUAL), 112 (KK), 546 (BBE), 277 (EB/KOM) bzw. 246 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 50: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten *nicht* gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012
Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	183	194	-11	(-5,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	10	4 *	(41,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	20	16	4	(27,4)
Selbständige Beschäftigung	4	21	-17 ***	(-79,7)
Arbeitslosigkeit	395	347	48 **	(13,8)
Gesicherte OLF	27	47	-20 **	(-42,1)
Ungesicherte OLF	86	96	-9	(-9,8)
BO				
Ungeförderte USB	223	234	-11	(-4,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	13	7	7 **	(98,4)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	19	11	8 *	(71,3)
Selbständige Beschäftigung	14	28	-14 **	(-50,9)
Arbeitslosigkeit	334	288	45 **	(15,7)
Gesicherte OLF	40	48	-8	(-15,9)
Ungesicherte OLF	88	115	-27 **	(-23,5)
QUAL				
Ungeförderte USB	294	281	14 **	(5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	8	6	2 **	(30,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	15	11	4 ***	(40,3)
Selbständige Beschäftigung	17	43	-26 ***	(-60)
Arbeitslosigkeit	290	256	33 ***	(13,1)
Gesicherte OLF	32	36	-5 *	(-12,5)
Ungesicherte OLF	73	96	-23 ***	(-23,9)
KK				
Ungeförderte USB	400	349	50 **	(14,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	6	1	(10,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	5	2	(40,7)
Selbständige Beschäftigung	49	58	-9	(-15,3)
Arbeitslosigkeit	179	185	-6	(-3)
Gesicherte OLF	28	36	-8 *	(-23,1)
Ungesicherte OLF	61	91	-30 ***	(-33,5)
BBE				
Ungeförderte USB	309	311	-2	(-0,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	5	8	-3 **	(-37,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	10	10	0	(0,2)
Selbständige Beschäftigung	21	36	-15 ***	(-41,5)
Arbeitslosigkeit	254	242	12 *	(4,8)
Gesicherte OLF	40	31	9 *	(27,5)
Ungesicherte OLF	91	92	-1	(-1)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	435	304	131 ***	(43,3)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	19	14	5 *	(36,8)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	12	-6 **	(-46,5)
Selbständige Beschäftigung	12	30	-18 ***	(-60,5)
Arbeitslosigkeit	192	234	-42 ***	(-18)
Gesicherte OLF	16	38	-22 ***	(-56,9)
Ungesicherte OLF	49	98	-49 ***	(-49,9)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	160	176	-17 *	(-9,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	9	1	(11,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	54	16	38 ***	(234,9)
Selbständige Beschäftigung	2	19	-16 ***	(-87,4)
Arbeitslosigkeit	405	358	47 ***	(13,2)
Gesicherte OLF	26	39	-12 *	(-32,1)
Ungesicherte OLF	73	113	-41 ***	(-35,9)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 380.526 Nichtgeförderte und 261 (AA), 287 (BO), 4.467 (QUAL), 358 (KK), 796 (BBE), 473 (EB/KOM) bzw. 455 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 51: Effekt einer Förderteilnahme für alle geförderten Personen in Oberösterreich im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	152	151	1	(0,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	17	8	9 **	(101,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	17	21	-4	(-18)
Selbständige Beschäftigung	5	19	-14 ***	(-73,6)
Arbeitslosigkeit	423	373	50 ***	(13,5)
Gesicherte OLF	29	58	-29 ***	(-49,6)
Ungesicherte OLF	86	99	-13 *	(-13,3)
BO				
Ungeförderte USB	178	201	-23 *	(-11,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	12	8	5 **	(64,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	27	17	9 **	(54,9)
Selbständige Beschäftigung	9	24	-15 ***	(-62,3)
Arbeitslosigkeit	352	309	44 ***	(14,1)
Gesicherte OLF	52	47	5	(10,1)
Ungesicherte OLF	99	125	-25 **	(-20,2)
QUAL				
Ungeförderte USB	263	251	13 ***	(5,1)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	9	8	1 **	(15,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	17	12	5 ***	(38,6)
Selbständige Beschäftigung	16	38	-22 ***	(-58,1)
Arbeitslosigkeit	311	276	35 ***	(12,6)
Gesicherte OLF	36	42	-6 **	(-14,6)
Ungesicherte OLF	78	103	-25 ***	(-24,6)
KK				
Ungeförderte USB	377	331	46 **	(13,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	8	9	0	(-5,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	7	8	-1	(-14,3)
Selbständige Beschäftigung	45	49	-5	(-9,8)
Arbeitslosigkeit	203	202	1	(0,5)
Gesicherte OLF	28	40	-13 *	(-31,4)
Ungesicherte OLF	62	90	-27 ***	(-30,5)
BBE				
Ungeförderte USB	257	264	-6	(-2,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	7	7	0	(0,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	14	12	3 *	(21,4)
Selbständige Beschäftigung	15	31	-15 ***	(-50,1)
Arbeitslosigkeit	283	254	28 ***	(11,1)
Gesicherte OLF	55	56	-2	(-2,8)
Ungesicherte OLF	98	106	-7 *	(-7,1)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	414	270	144 ***	(53,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	27	14	13 ***	(92,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	9	15	-6 **	(-40,5)
Selbständige Beschäftigung	9	32	-23 ***	(-71)
Arbeitslosigkeit	199	240	-42 ***	(-17,3)
Gesicherte OLF	23	54	-31 ***	(-57,6)
Ungesicherte OLF	50	105	-55 ***	(-52,6)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	150	153	-2	(-1,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	12	10	3 *	(29,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	57	25	32 ***	(131,4)
Selbständige Beschäftigung	2	14	-12 ***	(-85,5)
Arbeitslosigkeit	407	368	39 ***	(10,6)
Gesicherte OLF	27	46	-19 ***	(-41,5)
Ungesicherte OLF	75	115	-40 ***	(-35,1)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 513.601 Nichtgeförderte und 387 (AA), 488 (BO), 6.208 (QUAL), 470 (KK), 1.342 (BBE), 750 (EB/KOM) bzw. 701 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 52: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen anhand der 25%-Definition gesundheitlich eingeschränkter Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA				
Ungeförderte USB	124	122	2	(1,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	17	9	8 *	(84,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	18	23	-6	(-24,2)
Selbständige Beschäftigung	4	13	-9 **	(-70,6)
Arbeitslosigkeit	444	407	36 *	(8,9)
Gesicherte OLF	34	53	-19 *	(-35,1)
Ungesicherte OLF	90	103	-13 *	(-12,3)
BO				
Ungeförderte USB	133	172	-39 **	(-22,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	12	9	3	(35)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	31	17	14 **	(83,8)
Selbständige Beschäftigung	6	16	-10 **	(-64,7)
Arbeitslosigkeit	380	324	55 **	(17,1)
Gesicherte OLF	65	62	3	(4,2)
Ungesicherte OLF	104	130	-26 **	(-20)
QUAL				
Ungeförderte USB	216	215	1	(0,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	11	10	1	(9,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	20	17	3 *	(17,6)
Selbständige Beschäftigung	13	23	-10 ***	(-42,6)
Arbeitslosigkeit	348	310	38 ***	(12,3)
Gesicherte OLF	37	47	-9 ***	(-20,2)
Ungesicherte OLF	85	109	-24 ***	(-22,1)
KK				
Ungeförderte USB	341	285	57 **	(19,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	8	7 **	(96)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	6	10	-4 *	(-35,5)
Selbständige Beschäftigung	35	42	-7	(-16,4)
Arbeitslosigkeit	239	236	4	(1,5)
Gesicherte OLF	32	45	-13 *	(-28,4)
Ungesicherte OLF	60	105	-44 ***	(-42,2)
BBE				
Ungeförderte USB	211	211	-1	(-0,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	8	2 *	(27,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	19	15	4 *	(25,1)
Selbständige Beschäftigung	9	25	-16 ***	(-65,5)
Arbeitslosigkeit	313	292	21 **	(7,2)
Gesicherte OLF	60	61	-1	(-2,2)
Ungesicherte OLF	109	118	-9 *	(-7,3)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	392	245	147 ***	(60,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	31	19	12 **	(62,5)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	13	23	-10 **	(-43,8)
Selbständige Beschäftigung	7	27	-20 ***	(-74)
Arbeitslosigkeit	207	255	-48 ***	(-18,7)
Gesicherte OLF	25	59	-33 ***	(-56,6)
Ungesicherte OLF	54	102	-48 ***	(-47,2)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	142	120	22 *	(18,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	9	6 **	(69)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	58	28	29 ***	(101,9)
Selbständige Beschäftigung	3	14	-11 ***	(-80,4)
Arbeitslosigkeit	402	386	16 *	(4,2)
Gesicherte OLF	31	51	-19 **	(-38,2)
Ungesicherte OLF	79	122	-43 ***	(-35,5)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 235.778 Nichtgeförderte und 217 (AA), 315 (BO), 3.078 (QUAL), 192 (KK), 845 (BBE), 435 (EB/KOM) bzw. 407 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 53: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit psychischer oder Verhaltensstörung oder Krankheit des Nervensystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA/BO/KK				
Ungeförderte USB	161	143	18 *	(12,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	9	10	0	(-4,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	21	19	2	(13,3)
Selbständige Beschäftigung	6	23	-16 ***	(-72,5)
Arbeitslosigkeit	367	331	37 *	(11,1)
Gesicherte OLF	65	82	-17 *	(-21,3)
Ungesicherte OLF	100	123	-23 *	(-18,5)
QUAL				
Ungeförderte USB	190	184	6	(3,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	11	7	4 **	(52,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	20	16	4 *	(25,9)
Selbständige Beschäftigung	10	22	-12 ***	(-55)
Arbeitslosigkeit	350	312	38 ***	(12,2)
Gesicherte OLF	51	68	-17 **	(-25)
Ungesicherte OLF	98	121	-23 ***	(-19,1)
BBE				
Ungeförderte USB	186	173	13	(7,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	9	9	0	(-2,1)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	23	16	7 *	(47,6)
Selbständige Beschäftigung	3	20	-17 ***	(-83,9)
Arbeitslosigkeit	318	306	12	(4)
Gesicherte OLF	89	88	1	(1,2)
Ungesicherte OLF	101	118	-17 *	(-14,4)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	345	208	137 ***	(65,9)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	32	14	18 **	(132,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	13	18	-4	(-24,3)
Selbständige Beschäftigung	4	11	-7 *	(-64,8)
Arbeitslosigkeit	235	282	-47 *	(-16,7)
Gesicherte OLF	46	77	-31 *	(-40,4)
Ungesicherte OLF	55	120	-66 ***	(-54,5)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	128	90	38 *	(42,4)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	5	10 *	(178,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	52	32	19 *	(59,7)
Selbständige Beschäftigung	0	16	-16 ***	(-97,9)
Arbeitslosigkeit	405	369	36 *	(9,9)
Gesicherte OLF	37	71	-33 *	(-47,4)
Ungesicherte OLF	93	147	-54 ***	(-36,8)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 77.989 Nichtgeförderte und 267 (AA/BO/KK), 991 (QUAL), 347 (BBE), 113 (EB/KOM) bzw. 135 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 54: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA/BO/KK				
Ungeförderte USB	148	175	-26 *	(-15,1)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	9	1	(14,4)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	22	18	3	(18,8)
Selbständige Beschäftigung	6	14	-7 *	(-55,1)
Arbeitslosigkeit	411	323	88 ***	(27,1)
Gesicherte OLF	48	60	-12	(-20,2)
Ungesicherte OLF	85	131	-46 ***	(-35,2)
QUAL				
Ungeförderte USB	174	174	0	(0)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	11	-1	(-8,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	24	19	5 *	(25,2)
Selbständige Beschäftigung	11	19	-8 **	(-42)
Arbeitslosigkeit	372	327	44 ***	(13,5)
Gesicherte OLF	42	56	-14 **	(-24,4)
Ungesicherte OLF	97	124	-27 ***	(-21,5)
BBE				
Ungeförderte USB	151	167	-16	(-9,8)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	9	11	-2	(-22,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	23	18	5 *	(29,5)
Selbständige Beschäftigung	10	18	-8 *	(-43)
Arbeitslosigkeit	338	312	25 *	(8,1)
Gesicherte OLF	86	87	-1	(-1,1)
Ungesicherte OLF	114	117	-3	(-2,6)
EB/KOM				
Ungeförderte USB	404	249	155 ***	(62,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	32	19	14 *	(73,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	9	16	-8 *	(-46,5)
Selbständige Beschäftigung	1	16	-15 ***	(-95,7)
Arbeitslosigkeit	196	258	-62 **	(-24)
Gesicherte OLF	37	72	-35 **	(-48,8)
Ungesicherte OLF	52	101	-49 ***	(-48,4)
SÖB/GBP/SÖBÜ				
Ungeförderte USB	124	123	1	(0,5)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	14	9	5	(50,6)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	71	33	38 **	(116,3)
Selbständige Beschäftigung	2	10	-9 **	(-83,4)
Arbeitslosigkeit	408	389	19	(4,8)
Gesicherte OLF	28	50	-22 *	(-43,9)
Ungesicherte OLF	84	115	-32 *	(-27,4)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 69.638 Nichtgeförderte und 203 (AA/BO/KK), 910 (QUAL), 301 (BBE), 137 (EB/KOM) bzw. 127 (SÖB/GBP/SÖBÜ) Geförderte.

Übersicht 55: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Erkrankung des Kreislaufsystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA/BO/KK				
Ungeförderte USB	138	120	19	(15,6)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	15	10	5	(53,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	26	15	11	(70,6)
Selbständige Beschäftigung	16	13	3	(24,2)
Arbeitslosigkeit	387	345	42 *	(12,3)
Gesicherte OLF	76	93	-17	(-18,3)
Ungesicherte OLF	72	135	-63 ***	(-46,8)
QUAL				
Ungeförderte USB	117	136	-19 *	(-14)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	9	10	-1	(-10,9)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	24	21	3	(12,3)
Selbständige Beschäftigung	11	16	-5	(-30,8)
Arbeitslosigkeit	408	360	48 **	(13,4)
Gesicherte OLF	77	74	3	(3,6)
Ungesicherte OLF	84	113	-29 ***	(-25,3)
BBE				
Ungeförderte USB	172	133	39 *	(29,1)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	16	15	1	(5,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	17	21	-4	(-17,1)
Selbständige Beschäftigung	6	23	-17 **	(-73,8)
Arbeitslosigkeit	308	312	-3	(-1,1)
Gesicherte OLF	96	104	-7	(-7,2)
Ungesicherte OLF	115	123	-8	(-6,8)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 29.986 Nichtgeförderte und 104 (AA/BO/KK), 356 (QUAL) bzw. 115 (BBE) Geförderte.

Übersicht 56: Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Erkrankung des Atmungssystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012

Vergleich zu Nicht-Teilnahme an einer Förderung

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
AA/BO/KK				
Ungeförderte USB	135	180	-45 *	(-25,2)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	14	12	2	(18,7)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	25	19	6	(32,9)
Selbständige Beschäftigung	12	26	-13 *	(-51,5)
Arbeitslosigkeit	418	349	68 **	(19,6)
Gesicherte OLF	66	41	25 *	(61,2)
Ungesicherte OLF	60	103	-43 ***	(-42)
QUAL				
Ungeförderte USB	169	171	-1	(-0,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	10	8	2	(21,3)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	19	17	2	(14,8)
Selbständige Beschäftigung	11	20	-9 *	(-43,2)
Arbeitslosigkeit	382	354	28 **	(8)
Gesicherte OLF	45	45	0	(0)
Ungesicherte OLF	93	116	-23 ***	(-19,7)
BBE				
Ungeförderte USB	194	200	-5	(-2,7)
Geförderte USB am 1. Arbeitsmarkt	14	11	3	(24,2)
Geförderte USB am 2. Arbeitsmarkt	19	19	-1	(-3,3)
Selbständige Beschäftigung	0	16	-15 ***	(-99,7)
Arbeitslosigkeit	326	329	-3	(-0,8)
Gesicherte OLF	81	45	36 *	(80,3)
Ungesicherte OLF	95	110	-15	(-13,3)

Q.: WIFO INDI-DV auf Basis AMS Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO. – *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. In Klammern: Wirkung in %, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe. N: 43.991 Nichtgeförderte und 139 (AA/BO/KK), 583 (QUAL) bzw. 143 (BBE) Geförderte.

Erläuterung zur Typologie der Arbeitslosen

Die in Eppel – Horvath – Mahringer (2014) entwickelte Typisierung von Arbeitslosen erfolgte anhand von drei Kriterien:

Gesamtvolumen an Arbeitslosigkeit im Fünfjahreszeitraum

Unterschieden wird nach in Arbeitslosigkeit verbrachten Tagen. Kumulierte Arbeitslosigkeitsdauern bis zu einem Jahr werden als „wenig Arbeitslosigkeit“ gekennzeichnet, Dauern über einem Jahr als „viel Arbeitslosigkeit.“

Dauer der längsten Arbeitslosigkeits-Episode im Fünfjahreszeitraum

Bei einer Dauer der längsten Arbeitslosigkeitsperiode von bis zu einem halben Jahr wird von „kurzen“, bei Überschreitung dieser Grenze von „langen“ Episoden gesprochen.

Häufigkeit der Arbeitslosigkeit,

Maximal drei Arbeitslosigkeitsperioden im Fünfjahreszeitraum werden als „seltene“, mehr als drei Episoden als „häufige“ Arbeitslosigkeit bezeichnet.

Aus diesen drei Dimensionen mit je zwei Ausprägungen würden sich acht mögliche Kombinationen ergeben. Um die Zahl der betrachteten Typen von Arbeitslosen möglichst gering zu halten, werden die sehr kleine Gruppe an Personen mit insgesamt viel Arbeitslosigkeit, kurzer Dauer und geringer Häufigkeit und jene von Personen mit insgesamt wenig Arbeitslosigkeit, langer Dauer und häufiger Arbeitslosigkeit größeren Gruppen zugeordnet, die in Hinblick auf das durchschnittliche Gesamtvolumen der Arbeitslosigkeit ähnlich sind.

Umgekehrt wird bei der am stärksten von Arbeitslosigkeit betroffenen Personengruppe – in diese fallen Personen mit insgesamt viel Arbeitslosigkeit und einer langen Dauer – zwischen „insgesamt viel Arbeitslosigkeit“ (366-914 Tage) und „insgesamt sehr viel Arbeitslosigkeit“ (mehr als 914 Tage, also über 2,5 Jahre) differenziert. Als Resultat ergeben sich die sieben in Abbildung 43 bzw. Übersicht 57 dargestellten Typen.

Abbildung 43: Konstruktion der Typologie der Arbeitslosen

		Gesamtvolumen			
		Insgesamt wenig (≤ 1 Jahr)		Insgesamt viel (>1 Jahr)	
		Häufigkeit		Häufigkeit	
		Selten (≤3)	Häufig (>3)	Selten (≤3)	Häufig (>3)
Dauer	Kurz (≤183 Tage)	Typ 1	Typ 3	Typ 1	Typ 4
	Lang (>183 Tage)	Typ 2	Typ 3	Typ 5	Typ 6
				Typ 7	

Q: WIFO.

Übersicht 57: Unterschiedene Typen von Arbeitslosen

Typ 1 (insgesamt wenig (i.d.R.), kurz, selten)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum (zum größten Teil) in Summe nicht mehr als ein Jahr (≤ 365 Tage) arbeitslos waren, nicht häufiger als dreimal und wenn, dann kurz (nie länger als 183 Tage).
Typ 2 (insgesamt wenig, lang, selten)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe nicht mehr als ein Jahr (≤ 365 Tage) arbeitslos waren, nicht häufiger als dreimal, davon aber zumindest einmal länger als 183 Tage.
Typ 3 (insgesamt wenig, kurz (i.d.R.), häufig)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe nicht mehr als ein Jahr (≤ 365 Tage) arbeitslos waren, zum größten Teil nie länger als 183 Tage, aber häufiger als dreimal.
Typ 4 (insgesamt viel, kurz, häufig)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe mehr als ein Jahr (> 365 Tage) arbeitslos waren, nie länger als 183 Tage, aber häufiger als dreimal.
Typ 5 (insgesamt viel (1-2,5 Jahre), lang, selten)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe mehr als ein Jahr und bis zu 2,5 Jahre (366-914 Tage) arbeitslos waren, nicht häufiger als dreimal, davon aber zumindest einmal länger als 183 Tage.
Typ 6 (insgesamt viel (1-2,5 Jahre), lang, häufig)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe mehr als ein Jahr und bis zu 2,5 Jahre (366-914 Tage) arbeitslos waren, häufiger als dreimal und zumindest einmal länger als 183 Tage.
Typ 7 (insgesamt sehr viel (>2,5 Jahre), lang, -)	Personen, die im Fünfjahreszeitraum in Summe mehr als 2,5 Jahre (> 914 Tage) arbeitslos waren und zumindest einmal länger als 183 Tage.

Q: WIFO.

Eine Anwendung der Typologie auf die Jahre 2010 bis 2013 führt zu dem in Übersicht 58 präsentierten Ergebnis und beschreibt die Struktur der KundInnen des AMS, die im Laufe eines Jahres mindestens einen Tag beim AMS (in ganz Österreich) vorgemerkt waren. 28,2% aller 16- bis 65-jährigen Arbeitslosen des Jahres 2012 entfielen aufgrund ihrer fünfjährigen Arbeitslosigkeits-Historie auf Typ 1 („insgesamt wenig (i.d.R.), kurz, selten“), 11,0% auf Typ 2 („insgesamt wenig, lang, selten“), 12,8% auf Typ 3 („insgesamt wenig, kurz (i.d.R.), häufig“), 8,7% auf Typ 4 („insgesamt viel, kurz, häufig“), 10,7% auf Typ 5 („insgesamt viel (1-2,5 Jahre), lang, selten“), 11,5% auf Typ 6 („insgesamt viel (1-2,5 Jahre), lang, häufig“) und 17,2% auf Typ 7 („insgesamt sehr viel (>2,5 Jahre), lang, -“).

Grob zusammengefasst, waren im Jahr 2012 39% der von Arbeitslosigkeit Betroffenen selten und insgesamt wenig arbeitslos. In Summe 21% zählten zu „Drehtürarbeitslosen“ mit kurzer, aber häufig wiederkehrender Arbeitslosigkeit; Dabei waren 13% insgesamt wenig und 9% insgesamt viel arbeitslos. 39% der Arbeitslosen waren (zumindest einmal) lang und insgesamt viel arbeitslos, knapp die Hälfte davon (17%) sogar mehr als 2,5 Jahre im Zeitraum von fünf Jahren.

Im Zeitverlauf lässt sich – trotz überlappender Beobachtungszeiträume – ein Anstieg des Anteils der von Arbeitslosigkeit Betroffenen mit sehr viel und langer Arbeitslosigkeit (Typ 7) von 15,1% im Jahr 2010 auf 17,9% im Jahr 2013 festzustellen, der – wie auch die Entwicklung der Zahl der arbeitsmarktfernen Personen – zunehmende Ausgrenzungsprobleme im Gefolge der Finanzkrise 2009 und der seit 2011 zunehmenden Arbeitslosigkeit widerspiegelt.

Übersicht 58: Typologie der Arbeitslosen (absolut und in %), 16-65 Jahre, 2010-2013

	2010		2011		2012		2013	
	Absolut	In %						
Typ 1: Insgesamt wenig (i.d.R.)/kurz/selten	268.306	29,1	263.590	28,8	260.770	28,2	290.169	30,3
Typ 2: Insgesamt wenig/lang/selten	98.879	10,7	98.422	10,8	101.659	11,0	85.171	8,9
Typ 3: Insgesamt wenig/kurz (i.d.R.)/häufig	120.682	13,1	120.523	13,2	118.499	12,8	114.577	11,9
Typ 4: Insgesamt viel/kurz/häufig	83.460	9,0	80.283	8,8	80.832	8,7	88.368	9,2
Typ 5: Insgesamt viel (1-2,5 Jahre)/lang/selten	107.586	11,7	100.124	11,0	98.920	10,7	103.592	10,8
Typ 6: Insgesamt viel (1-2,5 Jahre)/lang/häufig	105.099	11,4	105.345	11,5	106.907	11,5	105.642	11,0
Typ 7: Insgesamt sehr viel (>2,5 Jahre)/lang/-	139.040	15,1	146.418	16,0	158.916	17,2	171.841	17,9
Gesamt	923.052	100,0	914.705	100,0	926.503	100,0	959.360	100,0

Q: WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Subjektive Gesundheitseinschätzung, internationaler Vergleich	8
Abbildung 2:	Funktionale Einschränkungen im Alltag	11
Abbildung 3:	Gesundheitliche Probleme, die eine Einschränkung im Erwerbsleben nach sich ziehen	12
Abbildung 4:	Subjektive Einschätzung des Invaliditätsrisikos	13
Abbildung 5:	Prävalenz von psychischen Störungen	15
Abbildung 6:	Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus	17
Abbildung 7:	Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und Heilmittelkonsum im Vorjahr	28
Abbildung 8:	Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus (in %)	32
Abbildung 9	Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus	33
Abbildung 10:	Verteilung der geschätzten gesundheitlichen Belastung im Arbeitskräfteangebot des Jahres 2012 (OÖGKK Versicherte)	41
Abbildung 11:	Gesundheitliche Einschränkung nach Personenmerkmalen	45
Abbildung 12:	Anzahl der für eine gesundheitliche Belastung maßgeblichen Diagnosen bei gesundheitlich belasteten Arbeitskräften	49
Abbildung 13:	Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und allen neu geförderten Personen in OÖ 2012	57
Abbildung 14:	Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Diagnosegruppe, OÖ 2012	60
Abbildung 15:	Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Personenmerkmalen, OÖ 2012	60
Abbildung 16:	Mittlere Dauern einer Förderung, 2012	62
Abbildung 17:	Verteilung der Arbeitslosen nach Geschäftsfalldauer	64
Abbildung 18:	Förderquote nach Geschäftsfalldauer	64
Abbildung 19:	Bereinigte Förderquote nach Geschäftsfallmonat	65
Abbildung 20:	Effekt einer Teilnahme an Aktiver Arbeitssuche (AA) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	84
Abbildung 21:	Effekt einer Teilnahme an Beruflicher Orientierung (BO) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	86
Abbildung 22:	Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	87

Abbildung 23:	Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012	89
Abbildung 24:	Effekt einer Förderung mittels Beihilfe zu den Kurskosten (KK) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	90
Abbildung 25:	Effekt einer Förderung mittels AA, BO, QUAL bzw. KK für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 1., 2. bzw. 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	91
Abbildung 26:	Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	92
Abbildung 27:	Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012	93
Abbildung 28:	Effekt einer Förderung mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohnbeihilfe für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	94
Abbildung 29:	Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	96
Abbildung 30:	Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012	97
Abbildung 31:	Effekt einer Förderung mittels BBE, EB/KOM bzw. SÖB/GBP/SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 1., 2. bzw. 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	100
Abbildung 32:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (abs.), Oberösterreich 2012	101
Abbildung 33:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (in %), Oberösterreich 2012	102
Abbildung 34:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (abs.) nach Art der Krankheit, Oberösterreich 2012	108
Abbildung 35:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (in %) nach Art der Krankheit, Oberösterreich 2012	109
Abbildung 36:	Vergleich des Effekts der Teilnahme an einer zielgruppenspezifischen, trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL) auf die Erwerbsintegration im 2. und 3.	

	Jahr nach Förderbeginn mit dem Effekt der Teilnahme an einer nicht zielgruppenspezifischen trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL), gesundheitlich eingeschränkte Personen, Oberösterreich 2012	111
Abbildung 37:	Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage im Vorjahr nach Indikator und Geschlecht (in %)	139
Abbildung 38:	Effekt einer Teilnahme an AA bzw. BO für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	151
Abbildung 39:	Effekt einer Förderung mittels QUAL bzw. KK für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	152
Abbildung 40:	Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	153
Abbildung 41:	Effekt einer Förderung mittels EB/KOM bzw. SÖB/GBP/SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	154
Abbildung 42:	Effekt der Teilnahme an einer trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahme (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Wahrscheinlichkeit einer ungeforderten unselbständigen Beschäftigung in den Quartalen der Jahre 2013 bis 2015, Oberösterreich 2012	155
Abbildung 43:	Konstruktion der Typologie der Arbeitslosen	168

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1:	Grundgesamtheit nach Erwerbsstatus	23
Übersicht 2:	Grundgesamtheit nach Langzeitbeschäftigungslosigkeit und Arbeitsmarktferne	23
Übersicht 3:	Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Referenzzeitraum (in %)	26
Übersicht 4:	Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufhalten, Arztbesuchen und Heilmittelkonsum in einem Einjahreszeitraum unter den Erwerbspersonen des Jahres 2012	28
Übersicht 5:	Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jew. Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenstandtagen (in %)	30
Übersicht 6:	Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jew. Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenhausaufenthaltstagen (%)	30
Übersicht 7:	Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus	32
Übersicht 8:	Durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen, Krankenhausaufhalten, ärztlichen Leistungen und konsumierten Heilmitteln im Vorjahr nach Erwerbsstatus	33
Übersicht 9:	Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus (in %)	34
Übersicht 10:	Ergebnisse einer Probit-Schätzung für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung (laut AMS-Kodierung)	39
Übersicht 11:	Übereinstimmung mit AMS-Indikator	42
Übersicht 12:	Gesundheitliche Einschränkung nach Erwerbsstatus	46
Übersicht 13:	Häufigkeit einer gesundheitlichen Belastung (10%-Definition) mit bestimmter Diagnose, die in signifikantem Ausmaß zur Betroffenheit von einer gesundheitlichen Einschränkung beiträgt	48
Übersicht 14:	Erwerbssituation Beschäftigter und Arbeitsloser des Jahres 2012 im Jahr 2014, nach gesundheitlicher Belastung, bei der OÖGKK versicherte Erwerbspersonen	50
Übersicht 15:	Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, OÖ 2012	56
Übersicht 16:	Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ, allen in OÖ und allen in Gesamtösterreich geförderten Personen, 2012	58
Übersicht 17:	Im Rahmen von Trägerförderungen des AMS neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach Zielgruppenspezifität der Maßnahme, OÖ 2012	59
Übersicht 18:	Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose mit mindestens einer Förderung während dem Geschäftsfall nach Personengruppen, OÖ 2012	67

Übersicht 19:	Anteil der im Laufe eines Geschäftsfalls geförderten Arbeitslosen nach Maßnahmentyp	69
Übersicht 20:	Durchschnittlicher Anteil der Fördertage an den Geschäftsfalltagen	70
Übersicht 21:	Die häufigsten Förderkombinationen und Fördersequenzen im Laufe eines Geschäftsfalls	72
Übersicht 22:	Effekt einer Förderung mittels AA, BO bzw. QUAL für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012	98
Übersicht 23:	Effekt einer Förderung mittels KK, BBE, SÖB/GBP/SÖBÜ bzw. EB/KOM für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen, Oberösterreich 2012	99
Übersicht 24:	Effekt der Teilnahme an einer zielgruppenspezifischen trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn mit dem Effekt der Teilnahme an einer nicht zielgruppenspezifischen Maßnahme trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL), gesundheitlich eingeschränkte Personen, Oberösterreich 2012	112
Übersicht 25:	Hierarchisierung von Erwerbszuständen	138
Übersicht 26:	Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach, Referenzzeitraum und Geschlecht	139
Übersicht 27:	Verteilung der kumulierten Krankenstandsdauer	140
Übersicht 28:	Verteilung der kumulierten Krankenstandsdauer aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen oder Krankheit des Nervensystems	140
Übersicht 29:	Verteilung der kumulierten Krankenhausaufenthaltsdauer	141
Übersicht 30:	Verteilung der erhaltenen ärztlichen Leistungen	141
Übersicht 31:	Verteilung der erhaltenen Heilmittel	142
Übersicht 32:	Verteilung der kumulierten Krankengeldbezugsdauer	142
Übersicht 33:	Verteilung der Kosten für ärztliche Leistungen	143
Übersicht 34:	Verteilung der Kosten für Heilmittel	143
Übersicht 35:	Zahl der Personen mit mind. 1 Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose	144
Übersicht 36:	Zahl der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose	144
Übersicht 37:	Anteil der Personen mit mind. 1 Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus	145
Übersicht 38:	Förderstruktur nach Personenmerkmalen, 2012	146
Übersicht 39:	Förderstruktur nach Diagnosegruppe, 2012	147
Übersicht 40:	Struktur der in einer bestimmten Maßnahme Geförderten mit gesundheitlichen Einschränkungen	148
Übersicht 41:	Durchschnittliche Dauer einer Förderepisode, 2012	148
Übersicht 42:	Personenanteil mit mindestens einer Förderung während der Arbeitslosigkeit, 2012	149

Übersicht 43:	Durchschnittliche Zahl der Förderungen während dem Geschäftsfall	149
Übersicht 44:	Beispiele für die geringe Fallzahlen	150
Übersicht 45:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	156
Übersicht 46:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen in den 3 Jahren nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	157
Übersicht 47:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 1. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	158
Übersicht 48:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	159
Übersicht 49:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen im 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	160
Übersicht 50:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	161
Übersicht 51:	Effekt einer Förderteilnahme für alle geförderten Personen in Oberösterreich im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, 2012	162
Übersicht 52:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen anhand der 25%-Definition gesundheitlich eingeschränkter Personen im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	163
Übersicht 53:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit psychischer oder Verhaltensstörung oder Krankheit des Nervensystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	164
Übersicht 54:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	165
Übersicht 55:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Erkrankung des Kreislaufsystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	166
Übersicht 56:	Effekt einer Förderteilnahme für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Erkrankung des Atmungssystems im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn, Oberösterreich 2012	167
Übersicht 57:	Unterschiedene Typen von Arbeitslosen	169
Übersicht 58:	Typologie der Arbeitslosen (absolut und in %), 16-65 Jahre, 2010-2013	170