

Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer

Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit

Status quo und Reformperspektiven

Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo und Reformperspektiven

Gesundheitliche Beeinträchtigungen bilden für viele Erwerbspersonen, insbesondere Arbeitslose und Ältere, eine große Hürde bei der Arbeitsmarktintegration. Durch die Verlängerung der Erwerbskarriere sowie aufgrund der steigenden Anforderungen an Flexibilität und Leistungsfähigkeit der Arbeitskräfte wird die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen. Um dieser Herausforderung gewachsen zu sein, braucht Österreich eine effektive Gesamtstrategie zur Förderung der Arbeitsfähigkeit und zur Handhabung von Arbeitsunfähigkeit. Eine Analyse der derzeitigen Situation im Lichte internationaler Erfahrungen macht Handlungsbedarf sichtbar, vor allem in Bezug auf den Ausbau von Frühinterventionen, die bessere Abstimmung zwischen den Schnittstellen und Akteuren sowie eine stärkere Einbindung der Betriebe und der Ärzteschaft in die Prävention und Reintegration.

Austria 2025 – Health and Employability. Status Quo and Perspectives for Reform

For many members of the labour force, especially unemployed and older workers, health impairments are a major barrier to their integration in the labour market. Given the need to prolong the years in work and ever increasing demands for flexibility, the importance that health plays in workers' employability will continue to increase. In order to meet this challenge, Austria needs an effective overall strategy to foster employability and to handle individuals' health impairments. An analysis of the current situation in the light of international experience points at the need for action, especially with regard to improving early intervention, strengthening coordination between stakeholders and programs, and putting more emphasis on involving employers and physicians in prevention and reintegration.

Kontakt:

Dr. Rainer Eppel: WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, Rainer.Eppel@wifo.ac.at
Dr. Thomas Leoni: WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, Thomas.Leoni@wifo.ac.at
Dr. Helmut Mahringer: WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, Helmut.Mahringer@wifo.ac.at

JEL-Codes: I1, J08, J21 • **Keywords:** Gesundheit, Beschäftigungsfähigkeit, Reform

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse eines Teilprojektes des WIFO-Forschungsprogrammes "Österreich 2025" zusammen: Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer, Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven (April 2016, 110 Seiten, 60 €, Download 48 €: <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/58794>).

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

Begutachtung: Ulrike Huemer • **Wissenschaftliche Assistenz:** Doris Steininger (Doris.Steininger@wifo.ac.at)

1. Einleitung

Die Arbeitsfähigkeit, d. h. die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit (siehe Kasten mit Begriffsdefinitionen), hat in den alternden Gesellschaften Europas einen hohen Stellenwert. Sie ist ein wichtiger Bestimmungsgrund der Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. In den meisten OECD-Ländern, einschließlich Österreichs, sind die öffentlichen Ausgaben im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit deutlich höher als jene für Arbeitslosigkeit (OECD, 2010). Aufgrund der Alterung der Erwerbsbevölkerung und Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt gewinnt die Arbeitsfähigkeit weiter an Bedeutung. Längere und instabilere Erwerbskarrieren erhöhen die Anforderungen an das Qualifikationsprofil, aber auch an die Leistungsfähigkeit und

Aufgrund der Alterung der Erwerbsbevölkerung, der Bestrebungen zur Verlängerung des Erwerbslebens und veränderter Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt gewinnen gesundheitliche Einschränkungen der Beschäftigungsfähigkeit an Bedeutung.

Flexibilität der Erwerbspersonen. Diese Dynamik wird durch die angespannte Lage auf dem Arbeitsmarkt verschärft. Für viele Arbeitsuchende bilden gesundheitliche Einschränkungen, auch wenn sie nicht der Auslöser der Arbeitslosigkeit sind, einen erschwerenden Faktor bei der Rückkehr in Beschäftigung.

Begriffsdefinitionen

Die Begriffe Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit können in Abhängigkeit vom Kontext eine unterschiedliche Bedeutung und Verwendung haben.

Im vorliegenden Beitrag bezieht sich Arbeitsfähigkeit auf die Summe der Faktoren, die jemanden in einer bestimmten Arbeitssituation in die Lage versetzen, die gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (Richenhagen, 2009). Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit kann temporär oder bleibend und auch abgestuft sein, z. B. teilweise Arbeitsfähigkeit.

Beschäftigungsfähigkeit ist ein breiter gefasster Begriff, der über die Arbeitsfähigkeit hinausgeht und auch einen starken Arbeitsmarktbezug aufweist. Neben den physischen und psychischen Voraussetzungen, um eine Tätigkeit ausüben zu können, setzt Beschäftigungsfähigkeit auch eine entsprechende Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt nach den Kompetenzen und Fertigkeiten der Arbeitskraft voraus. Arbeitsfähigkeit bildet somit die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit und ist für letztere eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung.

Eine engere Definition von Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit findet sich im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht: In Zusammenhang mit einem Krankenstand schließen einander Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit aus, Abstufungen sind nicht möglich. Die Definition von Arbeitsfähigkeit spielt auch für die Zuerkennung von Pensionsleistungen eine wichtige Rolle. Das Sozialversicherungsrecht kennt dafür unterschiedliche Bezeichnungen (Invalidität, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit), die in der Folge vereinfachend mit "Invalidität" bzw. "bleibender Arbeitsunfähigkeit" abgedeckt werden.

2. Eckdaten zu Gesundheit und Arbeitsunfähigkeit

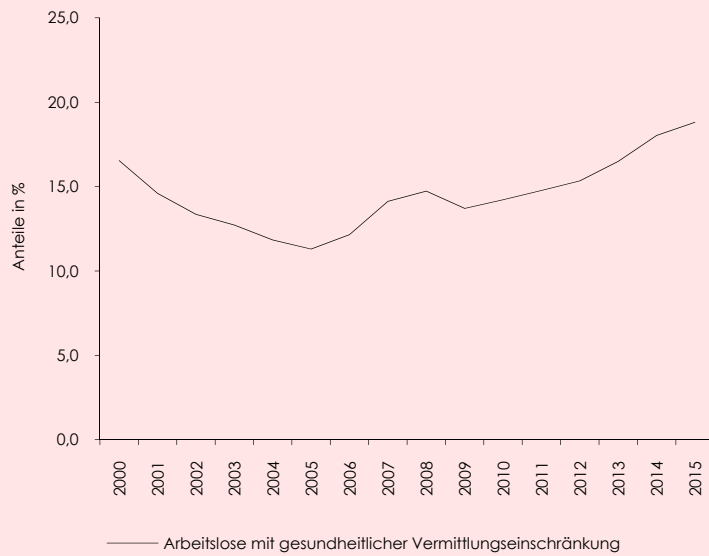
Der subjektive Gesundheitszustand unterscheidet sich erheblich zwischen Personengruppen, insbesondere hinsichtlich Alter und Erwerbsstatus. Unter älteren Arbeitslosen ist das Risiko gesundheitlicher Probleme besonders hoch.

In einer Selbsteinschätzung bewertet die Mehrheit der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter den eigenen allgemeinen Gesundheitszustand¹⁾ positiv. Gemäß der jüngsten Erhebung zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen (EU-SILC 2015) stufen 76% der 20- bis 64-Jährigen ihren Gesundheitszustand als "gut" oder "sehr gut" ein, 18% als "mittelmäßig" und 6% als "schlecht" bzw. "sehr schlecht" (Statistik Austria, 2016)²⁾. Allerdings verbergen diese Durchschnittswerte sehr ausgeprägte Unterschiede zwischen Personengruppen, vor allem in Bezug auf Alter und Erwerbsstatus. Der Anteil der Gesunden an den Erwerbstätigen ist laut EU-SILC mit 82% höher, der Anteil der Personen mit "schlechtem" oder "sehr schlechtem" Gesundheitszustand mit 3% niedriger als in der Erwerbsbevölkerung insgesamt. Umgekehrt bewertet fast ein Fünftel (18%) der Arbeitsuchenden den eigenen Gesundheitszustand eindeutig negativ, weitere 30% als nur mittelmäßig. Diese subjektive Einschätzung wird durch andere Quellen bestätigt: Laut Arbeitsmarktservice (AMS) weisen knapp 19% (2015) der vorgemerkten Arbeitslosen einen gesetzlichen Behindertenstatus oder eine sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung auf. Wie Auswertungen auf Basis von Sozialversicherungsdaten zeigen, verzeichnen Arbeitslose erheblich mehr Krankenhausaufenthalte und verbringen mehr Tage im Krankenstand als Beschäftigte (Abbildung 2).

¹⁾ Im EU-SILC wird etwa gefragt: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Wie zahlreiche Studien zeigen, ist diese subjektive Gesundheitseinschätzung ein guter Indikator für die Mortalitätswahrscheinlichkeit, aber auch für das Risiko von funktionalen Gesundheitseinschränkungen sowie von zahlreichen Krankheiten (Idler – Benyamini, 1997, Lee, 2000, Martinez et al., 2009, Latham – Peek, 2012).

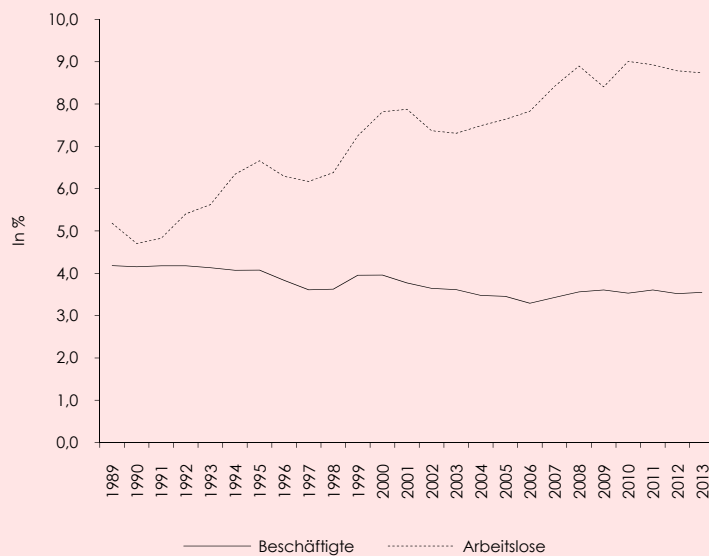
²⁾ Während diese Werte weitgehend mit jenen aus früheren EU-SILC-Erhebungen übereinstimmen, zeichnet die jüngste Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS (2014) (Statistik Austria, 2015A) ein etwas positiveres Bild: Nur 13,5% der Befragten bezeichneten ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig und 3,5% als schlecht bis sehr schlecht (WIFO-Auswertung).

Abbildung 1: Anteil der Arbeitslosen mit gesundheitsbedingten Vermittlungseinschränkungen



Q: AMS, WIFO-Berechnungen. Personen mit Behindertenstatus nach dem Behinderteneinstellungsgesetz, Opferfürsorgegesetz oder einem Landesbehindertengesetz sowie Personen mit einer "sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung" nach AMS-Definition.

Abbildung 2: Entwicklung der Krankenstandsquote der Beschäftigten und Arbeitslosen

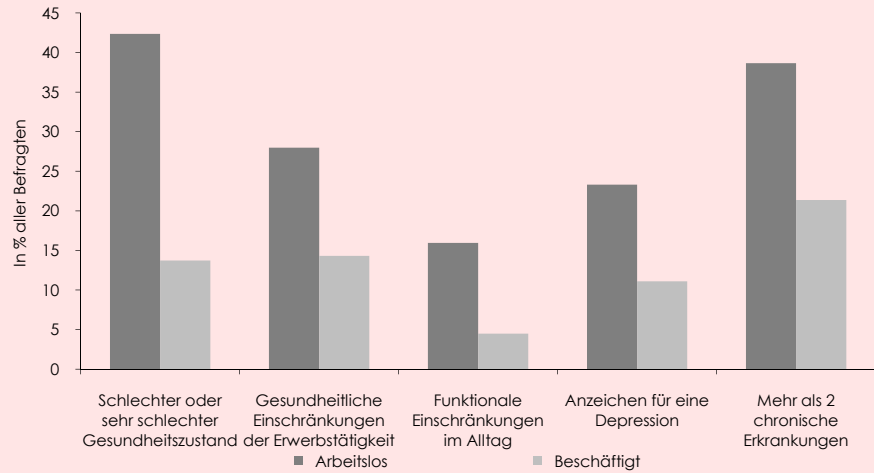


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Arbeitslose: Personen mit Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezug, in Schulung oder mit Bezug von Übergangsgeld oder Pensionsvorschuss. Krankenstandsquote: Anteil der Krankenstandstage an den Beschäftigungstagen pro Jahr (jeweils Kalendertage).

Erwartungsgemäß weisen alle Gesundheitsindikatoren auch einen starken Altersgradienten auf. Während fast neun von zehn Unter-40-Jährigen (88%) ihre Gesundheit positiv bewerten, sind es laut EU-SILC (Statistik Austria, 2016) nur zwei von drei befragten 40- bis 64-Jährigen (67%). Der Anteil der Personen mit schlechterem Gesundheitszustand steigt mit dem Alter spürbar (Statistik Austria, 2015A). Wie die nachfol-

gende Zusammenstellung von Indikatoren aus der SHARE-Erhebung³⁾ nahelegt, unterliegen ältere Arbeitslose (50- bis 64-jährige Männer und 50- bis 59-jährige Frauen) einem besonderen Risiko gesundheitlicher Probleme (Abbildung 3).

Abbildung 3: Gesundheitsindikatoren der Älteren nach Erwerbsstatus
50- bis 64-jährige Männer und 50- bis 59-jährige Frauen



Q: WIFO-Berechnungen auf Basis von SHARE-Daten (5. Erhebungswelle, 2013). Funktionale Einschränkungen: laut ADL-Skala, Anteil der Befragten mit mindestens 1 von 6 möglichen Einschränkungen im Bereich der persönlichen Versorgung und Hygiene. Anzeichen für eine Depression: laut Euro-D-Skala, Anteil der Befragten mit mindestens 4 von 12 möglichen Punkten (Grenzwert für eine klinisch bedeutende Depression).

Multivariate Analysen bestätigen einen engen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitsmarktintegration.

Gemäß einer multivariaten Analyse auf Basis von SHARE-Daten hat der Gesundheitszustand einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, im höheren Erwerbsalter (Männer 50 bis 64 Jahre, Frauen 50 bis 59 Jahre) in Beschäftigung zu sein. Die Beschäftigungswahrscheinlichkeit steigt mit dem Bildungsniveau und nimmt mit fortschreitendem Alter ab. Auch unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und Ausbildung weisen allerdings Erwerbspersonen, die im Jahr 2011 einen schlechten Gesundheitszustand hatten, 2013 eine deutlich niedrigere Chance auf beschäftigt zu sein als jene mit gutem Gesundheitszustand (Übersicht 1).

Übersicht 1: Beschäftigungswahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand

Ergebnisse einer logistischen Regressionsanalyse

	Abhängige Variable: Beschäftigt im Jahr 2013				
	Koeffizient	z-Wert	P > z	Konfidenzintervall	
Geschlecht (Referenz: männlich)	- 0,235 (0,182)	- 1,29	0,198	- 0,592	0,122
Alter	- 0,214 (0,027)	- 7,9	0,000	- 0,268	- 0,161
Bildung (in Jahren)	0,036 (0,016)	2,21	0,027	0,004	0,068
2011 schlechter oder sehr schlechter Gesundheitszustand	- 1,190 (0,211)	- 5,63	0,000	- 1,604	- 0,776
Konstante	13,267 (1,567)	8,46	0,000	10,195	16,339

Q: SHARE, WIFO-Berechnungen. Zahl der Beobachtungen = 886. Kursive Zahlen in Klammer ... Standardfehler. Grundgesamtheit: Erwerbspersonen des Jahres 2011, die 2013 50 bis 64 Jahre (Männer) bzw. 50 bis 59 Jahre (Frauen) alt waren.

³⁾ Der Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ist eine international harmonisierte Panelerhebung für die Erforschung von gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekten des demographischen Wandels in Europa (Börsch-Supan – Jürges, 2005).

Ende 2015 bezogen knapp 121.000 Männer unter 65 Jahren und 49.500 Frauen unter 60 Jahren eine Invaliditätspension⁴⁾, das entspricht einem Anteil von 4,1% der Erwerbspersonen⁵⁾. Der Zustrom in die Invaliditätspension verringerte sich gegenüber der Vergangenheit, die Zahl der Neuzuerkennungen sank in der Pensionsversicherung von knapp 24.100 im Jahr 2013 (19% aller Neuzuerkennungen) auf 15.400 2015 (15%)⁶⁾. Diese Entwicklung wurde maßgeblich durch die Reform der Invaliditätspension (Sozialrechtsänderungsgesetz SRÄG von 2012) geprägt, die 2014 in Kraft trat. Im Jahresdurchschnitt 2015 bezogen weitere 16.400 Personen das 2014 neu eingeführte Rehabilitationsgeld⁷⁾. Der Kreis der Erwerbspersonen in einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeitsepisode und mit der Gefahr eines gesundheitlich bedingten Arbeitsmarktaustrittes ist allerdings deutlich größer: Im Jahresdurchschnitt 2015 bezogen weitere 24.100 Beschäftigte und 26.800 Arbeitslose Krankengeld.

Wie Berechnungen anhand von oberösterreichischen Daten zeigen, wird das Risiko, aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitslos zu werden bzw. dauerhaft den Arbeitsmarkt zu verlassen, nicht plötzlich Realität. Bleibende Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität kündigt sich in den meisten Fällen bereits etliche Jahre im Voraus durch vermehrte Krankenstände an (Leoni, 2011). Für Personen mit 100 Krankenstandstagen in einem Jahr lag die Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension innerhalb der nachfolgenden sieben Jahre zwischen 15% und 20%, für jene mit 200 Krankenstandstagen zwischen 30% und 40%. Personen, deren Langzeitkrankenstand durch eine psychische Krankheit verursacht wurde, waren dabei besonders gefährdet.

Psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen sind seit einigen Jahren die häufigste Ursache von Invaliditätspensionierungen und auch mehrheitlich der Grund für den Bezug von Rehabilitationsgeld⁸⁾. Auch ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen steigt kontinuierlich. Die Zunahme der entsprechenden Diagnosen und Behandlungen, die auch im internationalen Umfeld gut dokumentiert ist, dürfte in erster Linie Ausdruck der allmählichen Bewusstwerdung der vollen Tragweite von psychischen Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung sein. Psychische Gesundheitsprobleme sind weit verbreitet und waren das wahrscheinlich auch in der Vergangenheit. Schätzungen zufolge sind etwa 5% der Personen im erwerbsfähigen Alter von schweren und 15% von leichten bis mäßigen psychischen Störungen betroffen (OECD, 2012).

Bleibende Arbeitsunfähigkeit kündigt sich in den meisten Fällen bereits Jahre im Voraus durch vermehrte Krankenstände an. Zunehmend treten psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen auf. Sie sind seit einigen Jahren die häufigste Ursache von Invaliditätspensionierungen und auch mehrheitlich der Grund für den Bezug von Rehabilitationsgeld.

3. Erkenntnisse aus dem internationalen Umfeld

In den vergangenen Jahrzehnten verfolgten die Industrieländer – insbesondere in Europa – eine intensive und zum Teil sehr ambitionierte Reformtätigkeit zur Prävention und Handhabung von Arbeitsunfähigkeit. Dabei wurden eine Vielzahl konkreter Maßnahmen, aber auch unterschiedliche Strategien erprobt und implementiert, um vorübergehende und vor allem bleibende Arbeitsunfähigkeit zu verringern.

Generell ist ein Ausbau der Maßnahmen zur Prävention sowie zur Aktivierung⁹⁾ und Integration von erkrankten und vorübergehend arbeitsunfähigen Personen zu beobachten (OECD, 2010). Typische Maßnahmen betreffen die Einführung von Früherkennungs- und Frühinterventionsprogrammen, die Förderung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie eine stärkere Einbindung der Arbeitgeber, des Arbeits-

Seit den 1990er-Jahren wurden in zahlreichen OECD-Ländern Maßnahmen zur Prävention sowie zur Aktivierung und Integration von erkrankten und vorübergehend arbeitsunfähigen Personen ausgebaut. Zugleich wurde der Zugang zu Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit zumeist restriktiver ausgestaltet.

⁴⁾ Hauptverband (2016), Tabelle 3.16.

⁵⁾ Gemessen an den 20- bis 64-jährigen Männern und den 20- bis 59-jährigen Frauen.

⁶⁾ Hauptverband (2014, 2016), jeweils Tabelle 3.28.

⁷⁾ Anspruch auf Rehabilitationsgeld besteht, wenn Invalidität voraussichtlich im Ausmaß von mindestens sechs Monaten vorliegt und berufliche Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind.

⁸⁾ Laut Rehabilitationsdatenbank des Hauptverbandes erhielten (Stand Dezember 2015) etwa 73% der Frauen (die 55% an der Grundgesamtheit bildeten) und 66% der Männer aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen Rehabilitationsgeld (Czypionka et al., 2016).

⁹⁾ Mit Aktivierung ist im weiteren Sinne die Unterstützung zu Anbahnung und Erhalt von Beschäftigung gemeint, sowie die anreizkompatible Gestaltung der Ersatzleistungen bei Einkommensausfall infolge von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (Clasen –Clegg, 2006).

Besonders aus den Erfahrungen der skandinavischen Länder, der Niederlande, der Schweiz und Deutschlands lassen sich Erkenntnisse für die österreichische Reformpolitik gewinnen.

Zur Vermeidung von bleibender Arbeitsunfähigkeit wird auf ein Monitoring von Krankenständen, eine frühe Kontaktaufnahme mit der erkrankten Person und individuell zugeschnittene Maßnahmen zur Wiedereingliederung gesetzt.

Dem Aktivierungsgedanken entsprechend liegt der Fokus verstärkt auf einer Feststellung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bzw. Teilarbeitsfähigkeit und der Rückführung zum Arbeitsplatz.

platzes und zum Teil auch der Ärzteschaft als Anker zur Vorbeugung eines endgültigen Arbeitsmarktaustrittes. Gleichzeitig wurde in den meisten Ländern versucht, eine restriktivere Handhabung der Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit durchzusetzen, u. a. durch die Einführung strikterer Zugangsbestimmungen (z. B. bei Anerkennung des Invaliditätsstatus) oder durch Einschränkungen bei der Leistungszuerkennung (z. B. Bevorzugung von temporären gegenüber permanenten Leistungen).

Hinter diesen allgemeinen Trends stehen allerdings erhebliche länder- und ländergruppenspezifische Unterschiede. Vor allem im Bereich der Aktivierungs- und Integrationsmaßnahmen zeigt sich – trotz eines allgemeinen Bedeutungsgewinnes – im Zeitverlauf eine wachsende Divergenz zwischen den Ländern (*Böheim – Leoni, 2016*). Aufgrund der hohen Beschäftigungs- und Arbeitsmarktorientierung ihrer Systeme sowie ihrer tiefgreifenden Reformen sind aus österreichischer Sicht die skandinavischen Länder, die Niederlande und die Schweiz von besonderem Interesse, angesichts ausgeprägter institutioneller Ähnlichkeiten auch Deutschland. Aus den Erfahrungen dieser Länder können – trotz erheblicher nationaler Unterschiede – einige Gemeinsamkeiten und Erkenntnisse in Bezug auf zielführende Reformen zur Prävention und vor allem Wiedereingliederung von einmal erkrankten Arbeitskräften gewonnen werden.

3.1 Früherkennung und Frühintervention

Ein wesentlicher Bestandteil aller Bemühungen zur Vermeidung von bleibender Arbeitsunfähigkeit besteht in einer frühen Kontaktaufnahme mit der erkrankten Person und in der Erarbeitung von früh einsetzenden und an die individuellen Bedürfnisse angepassten Interventionen. Die meisten Länder sehen Bestimmungen vor, um die Krankenstände der Beschäftigten laufend zu beobachten und bei erhöhter Krankheitsdauer Maßnahmen zur Wiedereingliederung vorzuschreiben. Dieses Monitoring und vor allem die Interventionschritte werden in Rückkehr- und Aktionsplänen oder ähnlichen Instrumenten festgeschrieben, die zwischen den Stakeholdern vereinbart und mithilfe eines Case Management umgesetzt werden.

In Norwegen etwa zielten neue Regelungen in den 2000er-Jahren auf eine stärkere Einbindung der Arbeitgeber und der krankenschreibenden Ärzte und Ärztinnen in den Wiedereingliederungsprozess. Dabei müssen Arbeitgeber und Beschäftigte bereits nach einem vierwöchigen Krankenstand gemeinsam einen Rückkehrplan formulieren. In Dänemark beobachten dagegen in erster Linie die Kommunen die Krankheitshäufigkeit und stellen frühzeitig ein Maßnahmenangebot zusammen, um negative längerfristige Folgen von Krankheit abzuwenden (*Høgelund – Holm – Falgaard Epløv, 2012*).

3.2 Aktivierung und Fokus auf Restarbeitsfähigkeit

Bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen wird der Fokus verstärkt auf die Bestimmung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bzw. Teilarbeitsfähigkeit und die Rückführung zum Arbeitsplatz gelegt. Typische Programme, die diesen Aktivierungsgedanken im Bereich der Regelung von Krankenstand und Invalidität verkörpern, sind Formen von Teilkrankenstand wie in den skandinavischen Ländern und stufenweiser Wiedereingliederung wie in Deutschland.

Solche Maßnahmen berücksichtigen einerseits, dass Arbeitsfähigkeit nicht ein "binäres" Phänomen ist, sondern Abstufungen kennt. Andererseits ist, wie die medizinische Forschung zeigt, bei Vorliegen von bestimmten Krankheitsbildern regelmäßige Betätigung durch adäquate Arbeit nicht nur möglich, sondern kann der Genesung und Rehabilitation auch zuträglich sein (z. B. *Waddell – Burton, 2006*). Das gilt insbesondere für Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Leiden, die in allen Industrieländern einen großen Teil des Krankenstands- und vor allem des Invalidisierungsgeschehens verursachen (*Markussen – Mykletun – Røed, 2012*).

3.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement und die Rolle des Arbeitsplatzes

Wie internationale Erfahrungen und die verfügbare Evaluierungsliteratur zeigen, kann die Rückkehr bzw. graduelle Wiedereingliederung ins aktive Arbeitsleben in vielen Fällen nur dann erfolgen, wenn der Arbeitsplatz oder der Aufgabenbereich angepasst wird, die Person eine berufliche Rehabilitation durchläuft oder sonstige unterstützende Integrationsmaßnahmen gesetzt werden. In enger Verzahnung mit Aktivierungsbemühungen sind deshalb Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung zunehmend fixer Bestandteil der Strategien im Umgang mit der gesundheitlichen Dimension der Beschäftigungsfähigkeit. So sind etwa in Deutschland seit 2004 die Unternehmen verpflichtet, ihren Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten, wenn diese im Laufe eines Jahres mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig waren.

Vor allem in Bezug auf Muskel-Skelett-Erkrankungen liegt bereits umfangreiche Evidenz aus Evaluierungsstudien vor. Demnach beschleunigen Arbeitsplatzanpassungen und andere Arbeitsplatzinterventionen (wie Arbeitsplatzevaluierungen und Arbeitsanpassungen) den Wiedereinstieg in die Arbeit deutlich und können auch die nachhaltige Wiedereingliederung fördern (Anema et al., 2007, Steenstra et al., 2006, van Duijn – Burdorf, 2008). Vooijs et al. (2015) kommen in ihrem zusammenfassenden Überblick über Meta-Studien zu dem Schluss, dass bei Vorliegen chronischer Leiden Bündel unterschiedlicher Maßnahmen (z. B. Arbeitsplatzanpassungen, physiotherapeutische Behandlung, berufliche Beratung usw.) besonders effektiv die Arbeitsmarktintegration verbessern.

3.4 Psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen als besondere Herausforderung

Neben den Arbeitslosen bilden Personen mit psychischen Erkrankungen eine besondere Risikogruppe. Gemäß internationalen Studien wirken sich psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen besonders negativ auf die Erwerbchancen aus und bedeuten eine erhebliche Herausforderung für die Wiedereingliederung auf dem Arbeitsplatz (Gensby, 2012). Auch wenn den empirischen Belegen zufolge die Zahl der psychischen Leiden in der Bevölkerung nicht zugenommen hat, dürften erhöhte Anforderungen an die soziale und kognitive Kompetenz die Arbeitsmarktsituation von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen verschlechtert haben (OECD, 2012). Vor diesem Hintergrund haben zahlreiche Länder Schritte unternommen, um Erwerbspersonen mit psychischen Leiden, darunter vor allem Arbeitslose, zu identifizieren und ein entsprechendes Maßnahmenangebot für diese Zielgruppe zu entwickeln.

Die Schweiz ist hier von besonderem Interesse, weil im Rahmen der fünften Revision der Invalidenversicherung (die 2008 in Kraft trat) besonderes Augenmerk auf die Bedürfnisse von Arbeitskräften mit psychischen Gesundheitsproblemen gelegt wurde. Die Palette der Eingliederungsmaßnahmen wurde um Integrationsmaßnahmen für Personen ausgeweitet, die aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen eine Erwerbstätigkeit oder eine Maßnahme beruflicher Art (z. B. Umschulung, Arbeitsvermittlung) nicht ohne Unterstützung bewältigen können (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2012). Die Eingliederungsfähigkeit dieser Personen soll entweder durch sozialberufliche Rehabilitationsmaßnahmen¹⁰⁾ aufgebaut oder mittels Beschäftigungsmaßnahmen erhalten werden. Auch das Schweizer Verfahren orientiert sich an den Grundsätzen des Case Management, wonach für jeden Fall ein Case Manager für das Verfahren ab der Frühintervention bis zum Abschluss der beruflichen Maßnahmen verantwortlich ist.

In enger Verzahnung mit Aktivierungsbemühungen sind Maßnahmen der beruflichen Wiedereingliederung wie Arbeitsplatzanpassung und berufliche Beratung immer fixer Bestandteil der Strategien im Umgang mit beeinträchtigter Arbeitsfähigkeit.

Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen und ihre sich tendenziell verschlechternde Arbeitsmarktsituation rücken stärker als bisher in den Fokus.

¹⁰⁾ Die Maßnahmen der sozialberuflichen Rehabilitation umfassen Belastbarkeitstrainings, Aufbautrainings und die niederschwellige Integration mit Unterstützung auf dem Arbeitsplatz.

Die Länder unterscheiden sich hinsichtlich der Aufteilung von Verantwortlichkeiten zwischen den Stakeholdern und der damit einhergehenden Gestaltung der Anreiz- und Sanktionsmechanismen.

3.5 Aufteilung der Kompetenzen und Zusammenarbeit der Stakeholder

Effektive Strategien zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und zur Förderung von Beschäftigungsfähigkeit setzen eine gute Zusammenarbeit und Koordination der Beteiligten und die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten voraus. Die untersuchten Länder unterscheiden sich hinsichtlich der Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche zwischen den Stakeholdern (Sozialversicherung, Arbeitgeber, Arbeitskräfte, Ärzteschaft und Gesundheitssystem) sowie der damit einhergehenden Anreiz- und Sanktionsmechanismen. Die Niederlande etwa erhöhten durch eine erhebliche Ausweitung der Entgeltfortzahlungspflicht¹¹⁾ die Kosten der Unternehmen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen ihrer Beschäftigten stark und schreiben ihnen in Prävention und Wiedereingliederung eine zentrale Rolle zu (Yerkes, 2011).

In anderen Ländern verlagerte sich die Verantwortung eher zu den Beschäftigten. Seit 2008 gilt z. B. in Schweden im Falle von Krankenstand ein neuer Zeitplan, von dem für die erkrankten Beschäftigten ein dezidierter Druck zur Aktivierung ausgeht. Die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen wird dabei an eine laufende Überprüfung der Arbeitsfähigkeit gekoppelt. In einem ersten Schritt wird die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit geprüft, nach drei Monaten in Bezug auf mögliche andere Tätigkeiten beim selben Arbeitgeber und nach sechs Monaten in Bezug auf Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt insgesamt. Gleichzeitig wird in Schweden die Arbeit der behandelnden Ärzteschaft durch Ärztlichrichtlinien für die Krankschreibung stärker kontrolliert, die allgemeine Empfehlungen und diagnose-spezifische Referenzwerte für Dauer und Ausmaß des Krankenstandes vorsehen (Burkhauser et al., 2014).

4. Eckpfeiler einer Strategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

Eine österreichische Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit könnte sich an drei Zielen messen lassen: der Prävention und Behandlung von gesundheitlichen Problemen, der Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen in den Arbeitsmarkt und der sozialen Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit.

Mit dem Sozialsystem werden grundsätzlich drei Funktionen verknüpft. Die erste – die Absicherung gegen Einkommensverluste bei Eintreten von Erwerbsrisiken wie Krankheit und Arbeitslosigkeit – gehört seit jeher zu den Kernaufgaben des Wohlfahrtsstaates. In den vergangenen Jahren entstand aber mit dem Konzept des "investiven Sozialstaates" zunehmend ein Verständnis des Sozialsystems, das dieses nicht auf seine Absicherungs- und Schutzfunktion beschränkt (Esping-Andersen et al., 2002, Morel – Palier – Palme, 2012). Der Wohlfahrtsstaat soll demnach nicht nur gegen Risiken absichern und bereits eingetretene Wohlfahrtsverluste abfedern, sondern auch präventiv wirken, d. h. von vornherein die Eintrittswahrscheinlichkeit von negativen Ereignissen wie Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit minimieren und zugleich aktivieren, d. h. systematisch bei Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration unterstützen. Dem Konzept des investiven Sozialstaates folgend, sind Prävention, Aktivierung und Absicherung die Zieldimensionen des Sozialsystems. Dieser Gliederung gemäß können die Eckpunkte bzw. die Ziele des österreichischen Systems zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit folgendermaßen formuliert werden: Prävention und Behandlung von gesundheitlichen Problemen, Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen in den Arbeitsmarkt sowie Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit.

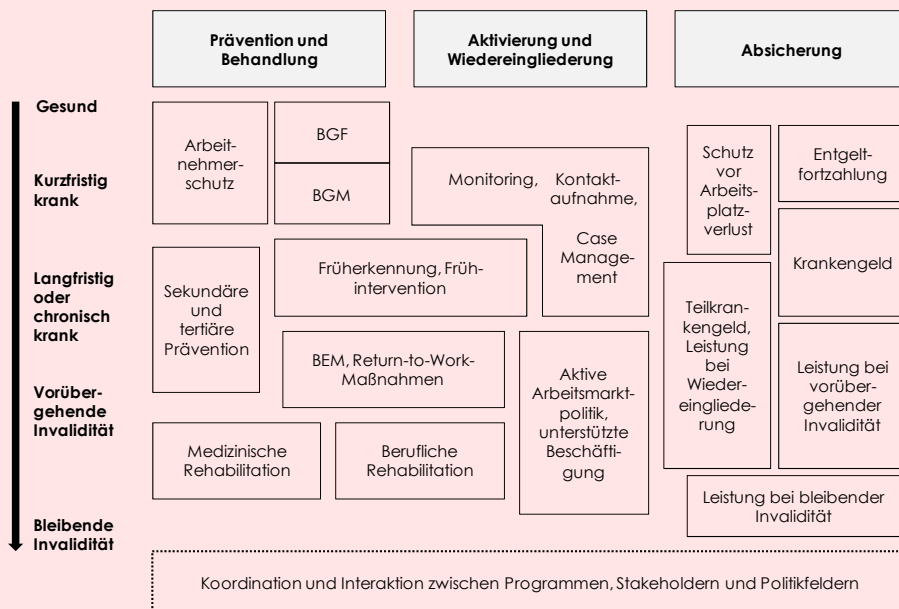
In Abhängigkeit vom Gesundheitszustand und der Arbeitsmarktsituation der betroffenen Erwerbspersonen sind unterschiedliche bzw. eine ausgewogene Mischung aus Maßnahmen erforderlich, um die angesprochenen Ziele zu verfolgen. Abbildung 4 veranschaulicht den analytischen Rahmen einer entsprechenden Gesamtstrategie anhand einer Matrix, in der die einzelnen Strategiekomponenten aufgrund der Ausgangssituation der Erwerbspersonen (vertikale Dimension) und der Ziele (horizontale

¹¹⁾ Die Dauer der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber wurde im Krankheitsfall schrittweise auf zwei volle Jahre verlängert. Erst nach Ablauf dieser Frist kann der bzw. die Beschäftigte einen Antrag auf Invaliditätspension stellen. Die Sozialversicherung kann darüber hinaus den Arbeitgeber ein weiteres Jahr zur Lohnfortzahlung verpflichten, wenn in den ersten zwei Jahren keine ausreichenden Bemühungen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung unternommen wurden (OECD, 2014).

Dimension) verortet sind. Die Koordination zwischen den einzelnen Programmen der Kranken- und Sozialversicherung bzw. der Arbeitsmarktpolitik und die Abstimmung der entsprechenden Stakeholder werden durch eine übergreifende Ebene abgebildet.

Abbildung 4: Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit

50- bis 64-jährige Männer und 50- bis 59-jährige Frauen



Q: WIFO, Böheim – Leoni (2016). BGF... betriebliche Gesundheitsförderung, BGM... betriebliches Gesundheitsmanagement, BEM... betriebliches Eingliederungsmanagement.

Vor dem Hintergrund dieser Gliederung nach Zielen (Prävention, Aktivierung bzw. Wiedereingliederung, Absicherung) wird im Folgenden die derzeitige Ausgestaltung des österreichischen Systems zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit beleuchtet. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den Reformen und gesetzlichen Neuerungen der letzten fünf Jahre.

5. Ausgestaltung des österreichischen Systems

Die Mechanismen zur Absicherung gegen den Einkommensverlust bei Arbeitsunfähigkeit sind einfach zusammenzufassen: Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit mündet in erster Linie in Krankenständen. Versicherte sind im Regelfall durch die Kombination aus Entgeltfortzahlung und Krankengeld mindestens ein Jahr lang gegen krankheitsbedingten Einkommensausfall abgesichert. Während eines Krankenstandes sind Beschäftigte allerdings nicht vor Kündigung geschützt. Bei Vorliegen von langfristiger bzw. dauerhafter Arbeitsunfähigkeit ist die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension die primäre Leistung zur Absicherung im Sozialsystem. Anders als in manchen anderen Pensionssystemen richtet sich die Pensionshöhe nicht nach dem Grad der Erwerbsminderung, sondern wird aufgrund der erworbenen Versicherungsmonate und der Bemessungsgrundlage errechnet. Nach 1963 Geborene erhalten nur bei dauerhafter Invalidität eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit. Bei temporärer Invalidität können sie entweder Umschulungsgeld (wenn Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation gewährt wurden) oder Rehabilitationsgeld beziehen (wenn eine medizinische Rehabilitation gewährt wurde).

Die soziale Absicherung erfolgt im Krankheitsfall durch Entgeltfortzahlung und Krankengeld, bei längerfristiger Arbeitsunfähigkeit primär in Form der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension bzw. durch Umschulungs- und Rehabilitationsgeld.

In Bezug auf Prävention ist die Sachlage komplexer, weil neben den gesetzlichen Regelungen auch die individuellen Maßnahmen und die gelebte Praxis in den Unternehmen eine entscheidende Rolle spielen. Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in Österreich auf gesetzlicher Ebene stark verankert und bildet nach

Die gesetzliche Verpflichtung zu Gefahrenanalyse und -verhütung dient dem Gesundheitsschutz auf betrieblicher Ebene.

wie vor gewissermaßen die Grundlage der Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Arbeitswelt. Das Gesetz verpflichtet die Arbeitgeber, die Gefahren für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten im Betrieb zu ermitteln, zu beurteilen und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen. Seit der Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (2013) sollen in dieser Evaluierung sowohl die physischen als auch vermehrt die psychischen arbeitsbedingten Belastungen berücksichtigt werden. Mit der Gesetzesänderung wurde die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen stärker betont.

In Bezug auf das Ziel der Aktivierung und Wiedereingliederung sind in Österreich vor allem die jüngsten Reformen im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes und der Neuregelung der Invaliditätspension von Interesse. Mit der Verabschiedung des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes (AGG) im Jahr 2010 wurden erste Schritte gesetzt, um eine Früherkennung des Risikos einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung nach Langzeitkrankständen zu etablieren. Kern des AGG ist die Einführung von "fit2work" als niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot. Das Angebot ist für alle Erwerbspersonen offen, wobei Beschäftigte, die in einem Kalenderjahr mehr als sechs Wochen im Krankenstand sind, in einem automatisierten Verfahren kontaktiert und zu einer Beratung eingeladen werden. Parallel dazu bietet "fit2work" auf einer von der personenbezogenen Schiene getrennten betrieblichen Schiene Unternehmen Beratung und Unterstützung an, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Eingliederung zu entwickeln.

Auch die Neuregelung des Zuganges in die Invaliditätspension durch das Bundesbudgetbegleitgesetz (BBG) 2011 und vor allem das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 erfolgte mit dem Ziel, das System stärker an Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration auszurichten (nach dem Prinzip "Rehabilitation vor Pension"). Mit der Neugestaltung wurde der Zugang in die Invaliditätspension erschwert, die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation wurden neu geordnet. Personen, die vorübergehend invalid sind und nicht erwerbstätig sein können, erhalten eine Krankenbehandlung von der Gebietskrankenkasse und/oder eine medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung sowie Rehabilitationsgeld. In dieser Zeit werden die Betroffenen von einem Case Management erfasst. Ziel ist eine anschließende Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Wer krankheitsbedingt nur den erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann und Berufsschutz genießt, erhält eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf und Umschulungsgeld.

6. Problemfelder des österreichischen Systems

Eine Gegenüberstellung des entworfenen analytischen Rahmens mit dem Status quo in Österreich lässt vor allem im Bereich der Aktivierung und Wiedereingliederung Handlungsbedarf erkennen. Darüber hinaus ist die systemische Verzahnung und Koordination der einzelnen Akteure und Stakeholder bisher nur schwach ausgeprägt.

6.1 Monitoring und Frühintervention noch wenig ausgebaut

Erste Evaluierungsergebnisse des "fit2work"-Programmes sind ermutigend und belegen, dass Teilnehmer und Teilnehmerinnen eine günstigere Beschäftigungsentwicklung aufweisen als Kontrollpersonen mit ähnlichen Merkmalen, die nicht am Programm teilnahmen (Statistik Austria, 2015B, Jagsch, 2015). Allerdings nimmt nur ein sehr geringer Teil der eingeladenen Personen am Programm teil, und insgesamt wird nur ein Bruchteil der Personen, die zur Risikogruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten zählen, durch ein Case Management im Rahmen von "fit2work" erfasst. Dem österreichischen Ansatz fehlt ein verbindliches Instrument wie der niederländische Aktionsplan oder der norwegische "Follow-up"-Plan, nach dem alle längeren Krankenstände einem stringenten Monitoring unterzogen werden und konkrete Interventionen nach sich ziehen. In Österreich fehlt auch eine Verknüpfung zwischen der personenbasierten und der betrieblichen Schiene von "fit2work". Außerdem werden der Arbeitsplatz und der Arbeitgeber nicht systematisch eingebunden.

Nur wenige der eingeladenen Personen nehmen am "fit2work"-Programm teil; nur ein Bruchteil wird durch ein Case Management erfasst. Ein verbindliches Instrument fehlt.

6.2 Unvollständige Umsetzung des Prinzips "Rehabilitation vor Pension"

Die Einführung von neuen Leistungen im Zuge der Neuregelung der Invaliditätspension hat neue Wege für die Arbeitsmarktintegration eröffnet. Die Bedeutung von Rehabilitation und Case Management wurde in den Vordergrund gerückt. Die Reform wird aber nicht ausreichen, um das Ziel – die Umsetzung des Prinzips "Rehabilitation vor Pension" – zu erreichen: Auch im neuen System werden die Betroffenen erst sehr spät mit Rehabilitationsmaßnahmen unterstützt und in ein Case Management aufgenommen – nämlich dann, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung bereits ausgeprägt ist und sich oftmals auch schon die Beschäftigungssituation der Betroffenen stark verschlechtert hat.

Die bisherige Neuregelung der Invaliditätspension reicht nicht weit genug. Rehabilitationsmaßnahmen und Case Management setzen erst zu spät ein.

6.3 Schwache Verzahnung der Teilbereiche

Aufgrund der fragmentierten Institutionslandschaft und der zersplitterten Kompetenzen konnte bisher in Österreich noch keine einheitliche, kohärente Gesundheitspolitik für den Arbeitsmarkt entwickelt werden. Die unterschiedlichen Dimensionen von Arbeitsunfähigkeit (Krankenstand, Invalidität) bzw. die unterschiedlichen Akteure sind auf systemischer Ebene bisher nicht oder nur im Ansatz miteinander verschränkt. Anders als in den identifizierten "Good-Practice"-Ländern sind darüber hinaus in Österreich bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen weder die unmittelbar zuständigen Hausärzte und Hausärztinnen noch die Arbeitgeber systematisch mit der Frage der Wiedereingliederung und Rückkehr zum Arbeitsplatz befasst.

Eine kohärente Strategie zur Förderung der Arbeitsfähigkeit scheitert an zersplitterten Kompetenzen und einer mangelhaften Verzahnung von Teilbereichen und Akteuren.

Gerade im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen entspricht die getrennte und sequentielle Konzeption von gesundheitlicher und beruflicher Rehabilitation häufig nicht den Erfordernissen einer integrierten Rehabilitationsstrategie. Die Verbindung medizinischer Behandlung dieser besonders häufig zu Invalidität führenden Krankheiten mit adäquater Arbeit erhöht den Rehabilitationserfolg.

6.4 Unzureichende Fokussierung auf psychische Gesundheitsprobleme

Österreich weist, wie die OECD (2015) betont, im Bereich der Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen einen Rückstand auf. Gemäß den jüngsten verfügbaren Daten nimmt das Bewusstsein für die psychosozialen Risiken in der Arbeitswelt in Österreich zwar zu und Interventionen werden in diesem Bereich vermehrt gesetzt. Die Behandlung von psychischen Krankheiten ist aber derzeit fragmentiert und weist keinen ausreichenden Arbeitsmarkt- bzw. Arbeitsplatzbezug auf. Angesichts der hohen Zahl an Betroffenen, gerade auch unter den Beziehern und Bezieherinnen von Rehabilitationsgeld, sowie der großen Schwierigkeiten in der Behandlung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt müssen Maßnahmen zur Frühintervention ausgebaut und neue Prozeduren im Umgang mit psychischen Erkrankungen entwickelt werden.

Hinsichtlich der Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen mit Blick auf die Arbeitsmarktintegration besteht Nachholbedarf.

7. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit ist ein wichtiger Baustein zur Weiterentwicklung des Wohlfahrtsstaates und seiner Anpassung an sich wandelnde wirtschaftliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Gesundheitliche Beeinträchtigungen bedeuten eine große Hürde für die Arbeitsmarktintegration. In Österreich sind rund ein Fünftel der Arbeitslosen durch gesundheitliche Probleme erheblich in ihren Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsmarkt eingeschränkt. Aber auch ein beträchtlicher Teil der derzeit Beschäftigten weist aufgrund eines schlechten allgemeinen Gesundheitszustandes oder funktionaler Einschränkungen ein hohes Risiko einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit auf. Das Zusammenspiel aus demographischem Alterungsprozess, angespannter Arbeitsmarktlage und Veränderungen der Arbeitswelt lässt für die Zukunft eine Verschärfung dieser Probleme erwarten. Darüber hinaus treten psychische Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung heute stärker in den Vordergrund und bilden aufgrund der steigenden Anforderungen an die sozialen und kognitiven Fertigkeiten der Arbeitskräfte eine wachsende Herausforderung.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen erschweren die Arbeitsmarktintegration der Betroffenen erheblich. Ein europäischer Vergleich macht hier Handlungsbedarf in Österreich sichtbar. Reformoptionen wären etwa ein Ausbau früher und den Arbeitsplatz mit einbeziehender Interventionen, eine bessere Abstimmung zwischen den Schnittstellen und Akteuren, eine stärkere Einbindung der Betriebe und der Ärzteschaft in die Prävention und Reintegration sowie die Einführung flexibler bzw. stufenweiser Modelle zur Wiedereingliederung.

Wichtige Vergleichsländer wie die skandinavischen Länder sowie die Niederlande, die Schweiz und Deutschland haben deutlich früher als Österreich begonnen, ihre Systeme zur Prävention von Arbeitsunfähigkeit und Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit anzupassen. Wichtigster gemeinsamer Nenner der Reformen in diesen Ländern sind Regelungen und Prozesse, um auf systemischer Ebene Prävention zu verankern, frühzeitig auf sich abzeichnende gesundheitliche Einschränkungen der Beschäftigten zu reagieren und eine effektive Beteiligung der Stakeholder sicherzustellen. In Österreich wurden erst in den jüngsten Jahren verstärkt Schritte gesetzt, um die Prävention von Arbeitsunfähigkeit zu verbessern und die Integrationschancen von gesundheitlich beeinträchtigten Personen zu erhöhen. Diese Reformschritte waren weniger tiefgreifend als in den Vergleichsländern, weshalb Handlungsbedarf für weitere Anpassungen besteht.

Frühe Interventionen, die den Arbeitsplatz mit einbeziehen, sind nachweislich von zentraler Bedeutung, um einen permanenten krankheitsbedingten Rückzug aus dem Erwerbsleben zu vermeiden. Das Monitoring- und Frühinterventionsprogramm "fit2work" muss, wie bisherige Erfahrungen zeigen weiterentwickelt werden, um eine Breitenwirkung zu erreichen. Neben einem höheren Grad an Verbindlichkeit (etwa durch ein mehrstufiges Verfahren, bei dem mit zunehmender Krankenstandsdauer auch die Intensität des Monitorings und die Anreize zur Teilnahme steigen), ist von Beginn an eine stärkere Einbindung des Arbeitsplatzes notwendig, um auf eine Früherkennung von Risiken auch wirkungsvolle Maßnahmen bzw. Maßnahmenpakete folgen zu lassen.

Die Abstimmung zwischen den Schnittstellen (Arbeitsplatz, berufliche Rehabilitation, Gesundheitssystem, Sozialversicherung) muss verbessert und die Mitwirkung aller Akteure, einschließlich der betroffenen Erwerbspersonen, erhöht werden. Wie Beispiele aus anderen europäischen Ländern zeigen, können unterschiedliche Wege begangen werden, um die Mitwirkung der Erwerbspersonen und Betriebe bei der Prävention von Arbeitsunfähigkeit und der Sicherung von Beschäftigungsfähigkeit zu forcieren.

Mittelfristig sollten auch die Regelungen im Krankenstandsfall überdacht werden: Eine stärkere Einbindung der Betriebe erfordert in bestimmtem Ausmaß größere Transparenz (z. B. in Bezug auf die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit erkrankten Beschäftigten und die Information über Rückkehrperspektiven). Gleichzeitig bedarf es neuer Regelungen und neuer Kompetenzen, um künftig auch die Ärzteschaft und andere Schnittstellen im Gesundheitssystem in die Prävention von Arbeitsunfähigkeit und die Unterstützung von Beschäftigungsfähigkeit stärker einzubinden. Derzeit fehlen auch die gesetzlichen und institutionellen Voraussetzungen zur Abstimmung zwischen Beschäftigten, Arbeitgeber und Ärzteschaft.

Die Einführung von Teilkrankenstandsmodellen würde größere Umstellungen im österreichischen System erfordern und erscheint aus heutiger Sicht schwierig. Als erster Schritt könnten allerdings in Pilotprojekten Erfahrungen gesammelt und Vorbehalte der Akteure abgebaut werden. Teilkrankenstandsmodelle könnten auch eingeschränkt auf längere Krankenstände eingeführt werden. Die bereits angebaute Einführung von flexiblen Modellen zum Wiedereinstieg nach dem Beispiel der deutschen stufenweisen Wiedereingliederung ist zu befürworten. Bei diesem Modell steht die therapeutische Komponente der Wiedereingliederung im Vordergrund, die Beschäftigten gelten während der Maßnahme nach wie vor als arbeitsunfähig.

In der Praxis erfolgen zur Zeit medizinische und berufliche Rehabilitation meistens sequentiell: Zuerst wird eine gesundheitliche Stabilisierung abgewartet, um dann mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen fortzusetzen. Dies ist vielfach auch zielführend und notwendig. Gerade im Falle von psychischen, aber auch von Muskel-Skelett-Erkrankungen sind aber oft integrierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zweckmäßig. Auch sonst sind psychische Erkrankungen nicht den anderen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit gleichzusetzen: Psychisch Kranke sind durch eine besonders komplexe Problemlage charakterisiert. Wie das Beispiel der Schweiz zeigt, kann es sinnvoll sein, für sie eigene Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren zu entwickeln.

Einen weiteren Schwerpunkt sollte die Unterstützung von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Problemen bilden. Zwar sind kausale Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit schwierig abzugrenzen. Jedenfalls geraten aber viele Arbeitsuchende mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einen Teufelskreis, der sie zunehmend vom Arbeitsmarkt isoliert. Auch in diesen Fällen muss die Unterstützung zur Wiedereingliederung über Maßnahmen bzw. einen Maßnahmen-Mix erfolgen, der gleichzeitig gesundheitliche und berufliche Komponenten anspricht. Für arbeitsmarktferne Personen könnten verstärkt Stufenmodelle der Reintegration eingesetzt werden mit niedrighschwelligem Angeboten (z. B. stundenweise betreute Beschäftigung, Arbeitstraining oder Transitarbeitsplätze für gesundheitlich Beeinträchtigte), die die Betroffenen Schritt für Schritt an den regulären Arbeitsmarkt heranzuführen.

Evidenzbasierte Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Reformen sowie spezifischen Maßnahmen und Interventionen fehlen weitgehend. Wichtige Fragen, etwa zu den längerfristigen Effekten einer Teilnahme an "fit2work" oder zur Wirkung unterschiedlicher Rehabilitationsmaßnahmen, können nicht oder nur ansatzweise beantwortet werden. Zur Entwicklung und Steuerung einer kohärenten Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wäre eine systematische Erforschung der Auswirkungen von Reformen und Maßnahmen erforderlich, im Idealfall mittels randomisierter Kontrollstudien und anderer Methoden, die die Bestimmung kausaler Zusammenhänge ermöglichen.

8. Literaturhinweise

- Anema, J. R., Steenstra, I. A., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., Knol, D. L., Loisel, P., van Mechelen, W., "Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?", *Spine*, 2007, 32(3), S. 291-298.
- Böheim, R., Leoni, Th., "Disability policies: Reform strategies in a comparative perspective", NBER Working Paper, 2016, (22206).
- Börsch-Supan, A., Jürges, H. (Hrsg.), *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*, Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA), Mannheim, 2005.
- Bundesamt für Sozialversicherungen, "Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmaßnahmen in der Invalidenversicherung", *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, Forschungsbericht, 2012, (13/12).
- Burkhauser, R. V., Daly, M. C., McVicar, D., Wilkins, R., "Disability benefit growth and disability reform in the US: Lessons from other OECD nations", *IZA Journal of Labor Policy*, 2014, 3(1), S. 1-30.
- Clasen, J., Clegg, D. "Beyond Activation Reforming European Unemployment Protection Systems In Post-Industrial Labour Markets", *European Societies*, 2006, (8.4), S. 527-553.
- Czypionka, Th., Lappöhn, S., Pohl, A., Röhrling, G., *Invalideitspension aufgrund psychischer Erkrankungen*, Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien, 2016.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., Myles, J. (Hrsg.), *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, 2002.
- Gensby, U., Lund, Th., Kowalski, K., Saidj, M., Klint Jørgensen, A.-M., Filges, T., Irvin, E., Amick, B. C. III, Labriola, M., *Workplace Disability Management Programs Promoting Return to Work. A Systematic Review*, *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 8(17).
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2014*, Wien, 2014.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016*, Wien, 2016.
- Høgelund, J., Holm, A., Falgaard Eplöv, L., "The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders", *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2012, 15(4), S. 157-170.
- Idler, E., Benyamini, Y., "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1), S. 21-37.
- Jagsch, R., *Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts "fit2work"*, Universität Wien, Wien, 2015.
- 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, S. 123-129.
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2011, <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/42691>.
- Markussen, S., Mykletun, A., Røed, K., "The case for presenteeism – Evidence from Norway's sickness insurance program", *Journal of Public Economics*, 2012, 96(11), S. 959-972.

- Martinez, D. J., Kasl, St. V., Gill, Th. G., Barry, L. C., "Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009.
- Morel, N., Palier, B., Palme, J., "Beyond the welfare state as we knew it?", in Morel, N., Palier, B., Palme, J. (Hrsg.), *Towards a Social Investment Welfare State? Ideas, policies and challenges*, Policy Press, Chicago, 2012, S. 1-30.
- OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*, Paris, 2010.
- OECD, *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, Paris, 2012.
- OECD, *Mental Health and Work: Netherlands*, Paris, 2014.
- OECD, *Mental Health and Work: Austria*, Paris, 2015.
- Richenhagen, G., "Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Beschäftigungsfähigkeit und ihre Bedeutung für das Age Management", in Freude, G., Falkenstein, M., Zülch, J. (Hrsg.), *Förderung und Erhalt intellektueller Fähigkeiten für ältere Arbeitnehmer. Abschlussbericht des Projekts "Pffiff"*, Berlin, 2009.
- Statistik Austria (2015A), *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien, 2015.
- Statistik Austria (2015B), *fit2work-Auswertungen 2014. Evaluierung der Personenberatung*, Wien, 2015.
- Statistik Austria, *Tabellenband EU-SILC 2015. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*, Wien, 2016.
- Steenstra, I. A., Anema, J. R., van Tulder, M. W., Bongers, P. M., de Vet, H. C. W., van Mechelen, W., "Economic Evaluation of a Multi-Stage Return to Work Program for Workers on Sick-Leave Due to Low Back Pain", *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2006, 16(4), S. 557-578.
- van Duijn, M., Burdorf, A., "Influence of Modified Work on Recurrence of Sick Leave Due to Musculoskeletal Complaints", *Journal of Rehabilitation Medicine: Official Journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2008, 40(7), S. 576-581.
- Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Wind, H., Frings-Dresen, M. H., "Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews", *Occupational and Environmental Medicine*, 2015, 72(11), S. 820-826.
- Waddell, G., Burton, A. K., *Is work good for your health and well-being?*, The Stationery Office, London, 2006.
- Yerkes, M., *Transforming the Dutch Welfare State*, The Policy Press, Bristol, 2011.