

SOZIALPOLITISCHE STUDIENREIHE

BAND 22

Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Eine Evaluierung für Oberösterreich

Rainer Eppel, Thomas Leoni, Helmut Mahringer, Trude Hausegger,
Christine Reidl, Friederike Weber

Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Inklusive E-Book

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Stubenring 1, 1010 Wien
© 2017 by Verlag des ÖGB GmbH
Hersteller: Verlag des ÖGB GmbH
Verlags- und Herstellungsort: Wien
Printed in Austria
ISBN: 978-3-99046-298-0

Die Studie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz erstellt.

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz zu folgenden Bedingungen:

CC BY-SA 4.0



Namensnennung



Weitergabe unter gleichen Bedingungen

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Für darüber hinausgehende Nutzungen ist eine ausdrückliche Zustimmung des Herausgebers erforderlich.



Die Sozialpolitische Studienreihe steht unter www.studienreihe.at gratis zum Download zur Verfügung.

SOZIALPOLITISCHE STUDIENREIHE BAND 22

**EINSATZ UND WIRKUNG AKTIVER ARBEITSMARKT-
POLITISCHER MASSNAHMEN FÜR PERSONEN
MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN
EINE EVALUIERUNG FÜR OBERÖSTERREICH**

MMag. Dr. Rainer Eppel, Dr. Thomas Leoni, Mag. Dr. Helmut Mahringer, Mag.^a Trude Hausegger, MSc,
Mag.^a Christine Reidl, Mag.^a Friederike Weber, M.A.

Juli 2017

Die Studie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,
erstellt.

ZUSAMMENFASSUNG
ABSTRACT

ZUSAMMENFASSUNG

In Österreich fehlte es bisher – mangels verfügbarer Daten – an fundierter empirischer Evidenz zu den gesundheitlichen Problemlagen der Erwerbspersonen und der Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Die vorliegende Studie leistet einen Beitrag zur Schließung dieser Lücke. Auf Grundlage einer innovativen Verknüpfung von erwerbsbezogenen Daten der Sozialversicherung und des AMS mit gesundheitsbezogenen Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse werden die quantitative Bedeutung und die unterschiedlichen Arten arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen unter den Erwerbspersonen sowie Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlicher Belastung untersucht.

Arbeitsuchende sind um ein Vielfaches häufiger von gesundheitlichen Belastungen betroffen als ungeförderte unselbstständig Beschäftigte, insbesondere von Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychischen Erkrankungen. Häufig tragen mehrere Diagnosen zu einer arbeitsmarktrelevanten gesundheitlichen Belastungssituation bei. Multiple Erkrankungsbilder sind eher die Regel als die Ausnahme.

Alle evaluierten Maßnahmen steigern die Erwerbsbeteiligung der teilnehmenden gesundheitlich belasteten Arbeitslosen: Die Betroffenen ziehen sich infolge einer Teilnahme weniger aus dem Arbeitskräfteangebot zurück. Anders als für aktive Arbeitsuche 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 ungeförderte unselbstständige Beschäftigung nachweisen, wenn auch teilweise erst mit großer zeitlicher Verzögerung. Personen mit einer psychischen Erkrankung profitieren überproportional stark von einer geförderten Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt.

ABSTRACT

In Austria, due to a lack of available data, there has been a lack of well-founded empirical evidence on health problem situations within the labour force and the effectiveness of labour market policy measures for persons with health restrictions up to now. The present study contributes to the closure of this gap. Based on the pilot linking of individual insurance and labour market service (AMS) data with professional trajectories, as well as data on sick leaves and the use of health care services from the Upper Austrian health insurance organization (OÖGKK), Upper Austria serves as an example for studying the prevalence of health issues on the labour market, assessing the number of persons in the labour force with health restrictions and more closely investigating their situations in terms of disease background and employment. Furthermore, the study examines the application and effectiveness of active labour market policies for unemployed persons with health constraints. Compared to the employed, unemployed job-seekers are far more frequently affected by labour-market-relevant health problems, in particular musculoskeletal disorders and mental illness. Frequently, several diagnoses contribute to a labour-market-relevant health burden, and multiple disease diagnoses are more the rule than the exception.

All of the evaluated measures stimulate the labour force participation of the participants: they are less likely to withdraw from the labour force completely as a result of taking part. Not support of active job-seeking and orientation measures, but skills training (courses provided by external educational providers and benefits to cover course costs), employment measures and support through external labour market policy advisory and support facilities (BBE) result in a significant increase in unsubsidised dependent employment, even if in part with a considerable delay. Persons with mental illness benefit from an above-average strong, positive effect of subsidised employment in the second labour market.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	21
1.1	Motivation und Zielsetzung des Projektes	21
1.2	Aufbau und Inhalte des Berichts	24
2	BISHERIGE UMFRAGEBASIERTE EVIDENZ ZU GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN	29
2.1	Subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustands	29
2.2	Einschätzung gesundheitlicher Einschränkungen und weitere Indikatoren	32
2.3	Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen	36
2.4	Zusammenfassung der Erkenntnisse	42
3	DATENGRUNDLAGE UND UNTERSUCHTE PERSONENGRUPPE	45
3.1	Verwendete Datengrundlage	45
3.2	Untersuchte Personengruppe	47
4	IDENTIFIKATION UND QUANTIFIZIERUNG DER ERWERBSPERSONEN MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN	51
4.1	Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen	52
4.2	Zuschreibung eines Indikators für gesundheitliche Belastung	65
4.2.1	Schätzung des Zusammenhangs zwischen Krankenstands- und Behandlungsgeschehen und festgestellter gesundheitlicher Beeinträchtigung Arbeitsloser	70
4.2.2	Bildung eines Indikators für gesundheitliche Beeinträchtigung für Personen im oberösterreichischen Arbeitskräfteangebot	73
4.2.3	Gegenüberstellung der Schätzung gesundheitlicher Belastung mit vom AMS festgestellter gesundheitlicher Beeinträchtigung	75

4.2.4	Abschließende Einschätzung des konstruierten Gesundheitsindikators	76
4.3	Größe und Struktur der Gruppe gesundheitlich belasteter Personen	77
4.3.1	Gesundheitliche Belastungen nach Personenmerkmalen	78
4.3.2	Gesundheitliche Belastungen nach Erwerbsposition	80
4.3.3	Gesundheitliche Belastungen nach Diagnosegruppen	83
4.4	Bedeutung gesundheitlicher Beeinträchtigungen für spätere Arbeitslosigkeit und mittelfristige Entwicklungstrends	85
5	EINSATZ AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITISCHER MASSNAHMEN	91
5.1	Im Jahr 2012 neu geförderte Personen	94
5.2	Förderungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit	103
6	WIRKUNG AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITISCHER MASSNAHMEN	115
6.1	Empirisches Untersuchungsdesign	115
6.1.1	Strategie zur Identifikation kausaler Effekte	115
6.1.2	Datengrundlage der Wirkungsanalyse	118
6.1.3	Grenzen des Analysepotenzials	121
6.1.4	Die untersuchten Maßnahmen	123
6.1.5	Untersuchte Personengruppe	124
6.1.6	Die gewählte Vergleichssituation	127
6.1.7	Untersuchungszeitraum und Ergebnisvariable	128
6.2	Ergebnisse der Wirkungsanalyse	129
6.2.1	Maßnahmenwirkung für gesundheitlich eingeschränkte Personen	129
6.2.2	Vergleich mit Maßnahmenwirkung für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen	155
6.2.3	Vergleich zwischen Diagnosegruppen	162
6.2.4	Vergleich zwischen zielgruppenspezifischer und nicht zielgruppenspezifischer Maßnahme	166

7	QUALITATIVE ERHEBUNG ZU FÖRDERANGEBOTEN DES AMS FÜR GESUNDHEITLICH EINGESCHRÄNKTE ARBEITSLOSE	171
7.1	Design der qualitativen Erhebung	171
7.2	Die Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Personen	172
7.2.1	Identifizierung gesundheitlicher Einschränkungen in der AMS- Beratung	172
7.2.2	Kodierungspraxis	173
7.2.3	Subgruppen von Kundinnen und Kunden mit physischen Einschränkungen	173
7.2.4	Subgruppen von Kundinnen und Kunden mit psychischen Einschränkungen	174
7.3	AMS-Angebote für gesundheitlich Eingeschränkte	174
7.3.1	Angebote für physisch und psychisch Beeinträchtigte unterscheiden sich	175
7.3.2	Veränderungen der Maßnahmen in den letzten Jahren	176
7.3.3	Angebote für Kundinnen und Kunden mit physischen Einschränkungen	176
7.3.4	Angebote für Kundinnen und Kunden mit psychischen/ psychiatrischen Einschränkungen	177
7.4	Betreuungsstrategie des AMS Oberösterreich	178
7.5	Auswirkungen des SRÄG 2012	179
7.5.1	Verbesserungen durch das SRÄG 2012	179
7.5.2	Herausforderungen, die nach Inkrafttreten des SRÄG 2012 sichtbar wurden	180
7.6	Erfolgsfaktoren, Bedarfe, Versorgungslücken	181
8	ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	183
8.1	Fragestellung	183
8.2	Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen	184

8.3	Identifikation gesundheitlich eingeschränkter Erwerbspersonen	186
8.4	Merkmale der gesundheitlich eingeschränkten Erwerbspersonen	187
8.5	Einsatz aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen	190
8.6	Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen	193
8.7	Qualitative Erhebung zu Förderangeboten des AMS für gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose	196
8.8	Schlussfolgerungen	198
LITERATUR		207
AUTOREN UND AUTORINNEN		215
BISHER ERSCHIENEN IN DIESER REIHE		217

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Subjektive Gesundheitseinschätzung im internationalen Vergleich	30
Abbildung 2: Funktionale Einschränkungen im Alltag nach Erwerbsstatus	34
Abbildung 3: Gesundheitliche Probleme mit Einschränkung im Erwerbsleben nach Erwerbsstatus	35
Abbildung 4: Subjektive Einschätzung des Invaliditätsrisikos nach Geschlecht	36
Abbildung 5: Prävalenz von psychischen Störungen	38
Abbildung 6: Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus	41
Abbildung 7: Anteil der Erwerbsspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Referenzzeitraum	54
Abbildung 8: Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und Heilmittelkonsum im Vorjahr	56
Abbildung 9: Anteil der Erwerbsspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus	62
Abbildung 10: Anteil der Personen mit mind. einem Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus	64
Abbildung 11: Verteilung der geschätzten gesundheitlichen Belastung im Arbeitskräfteangebot	74
Abbildung 12: Gesundheitliche Einschränkung nach Personenmerkmalen	79
Abbildung 13: Anzahl der für eine gesundheitliche Belastung maßgeblichen Diagnosen bei gesundheitlich belasteten Arbeitskräften	85
Abbildung 14: Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und allen neu geförderten Personen in OÖ 2012	96
Abbildung 15: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Diagnosegruppen in OÖ	101
Abbildung 16: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Personenmerkmalen in OÖ 2012	101

Abbildung 17: Mittlere Dauer von Förderungen 2012 (Median)	103
Abbildung 18: Verteilung der Arbeitslosen nach Geschäftsfalldauer	105
Abbildung 19: Förderquote nach Geschäftsfalldauer	106
Abbildung 20: Bereinigte Förderquote nach Geschäftsfallmonat	106
Abbildung 21: Effekt einer Teilnahme an aktiver Arbeitsuche (AA) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012	131
Abbildung 22: Effekt einer Teilnahme an beruflicher Orientierung (BO) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012	133
Abbildung 23: 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 in OÖ 2012	134
Abbildung 24: Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012	137
Abbildung 25: 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 in OÖ 2012	138
Abbildung 26: 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 in OÖ 2012	139
Abbildung 27: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012	140
Abbildung 28: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte	

	unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012	142
Abbildung 29:	Effekt einer Förderung mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohnbeihilfe für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012	143
Abbildung 30:	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 in OÖ 2012	146
Abbildung 31:	Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012	148
Abbildung 32:	Effekt einer Förderung mittels BBE, EB/KOM bzw. SÖB/GBP/SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbs- integration im 1., 2. bzw. 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012	154
Abbildung 33:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbs- integration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheits- lich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (abs.) in OÖ 2012	156
Abbildung 34:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbs- integration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheits- lich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (in %) in OÖ 2012	157
Abbildung 35:	Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbs- integration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesund- heitlich eingeschränkte Personen (abs.) nach Art der Krankheit in OÖ 2012	164

Abbildung 36: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (in %) nach Art der Krankheit in OÖ 2012	165
Abbildung 37a: Vergleich des Effekts der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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) in OÖ 2012 (absolut)	167
Abbildung 37b: Vergleich des Effekts der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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) in OÖ 2012 (in %)	167

ÜBERSICHTEN

Übersicht 1: Grundgesamtheit nach Erwerbsstatus	49
Übersicht 2: Grundgesamtheit nach Langzeitbeschäftigungslosigkeit und Arbeitsmarktferne	50
Übersicht 3: Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, Arztbesuchen und Heilmittelkonsum in einem Einjahreszeitraum unter den Erwerbspersonen des Jahres 2012	57
Übersicht 4: Anteil der Personen mit mind. einem Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jeweiligen Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenstandstagen (in %)	59

Übersicht 5:	Anteil der Personen mit mind. einem Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jeweiligen Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenhausaufenthaltstagen (in %)	60
Übersicht 6a und 6b:	Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus	62
Übersicht 7:	Durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und konsumierten Heilmitteln im Vorjahr nach Erwerbsstatus (arithmetisches Mittel)	63
Übersicht 8:	Anteil der Personen mit mind. einem Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus (in %)	65
Übersicht 9:	Ergebnisse einer Probit-Schätzung für das Vorliegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung (laut AMS-Kodierung)	72
Übersicht 10:	Übereinstimmung des Indikators für gesundheitliche Belastung mit AMS-Indikator	76
Übersicht 11:	Gesundheitliche Einschränkung nach Erwerbsstatus	81
Übersicht 12:	Häufigkeit einer gesundheitlichen Belastung (10 %-Definition) mit bestimmter Diagnose, die in signifikantem Ausmaß zur Betroffenheit von einer gesundheitlichen Einschränkung beiträgt	84
Übersicht 13:	Erwerbssituation Beschäftigter und Arbeitsloser des Jahres 2012 im Jahr 2014 nach gesundheitlicher Belastung (bei der OÖGKK versicherte Erwerbspersonen)	87
Übersicht 14:	Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ 2012	95
Übersicht 15:	Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ, allen in OÖ und allen in Gesamtösterreich geförderten Personen 2012	98
Übersicht 16:	Im Rahmen von Trägerförderungen des AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach Zielgruppenspezifität der Maßnahme in OÖ 2012	99

Übersicht 17: Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose mit mindestens einer Förderung während des Geschäftsfalls nach Personengruppen in OÖ 2012	108
Übersicht 18: Anteil der im Laufe eines Geschäftsfalls geförderten Arbeitslosen nach Maßnahmentyp (Personen mit Geschäftsfallzugang 2012)	110
Übersicht 19: Durchschnittlicher Anteil der Fördertage an den Geschäftsfalltagen	112
Übersicht 20: Die häufigsten Förderkombinationen und Fördersequenzen im Laufe eines Geschäftsfalls	114
Übersicht 21: Effekt einer Förderung mittels AA, BO bzw. QUAL für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012	149
Übersicht 22: Effekt einer Förderung mittels KK, BBE, SÖB/GBP/SÖBÜ bzw. EB/KOM für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012	151
Übersicht 23: Effekt der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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 trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL) in OÖ 2012	169

**EINSATZ UND WIRKUNG ARBEITSMARKTPOLITISCHER
MASSNAHMEN FÜR PERSONEN
MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN**

1 EINLEITUNG

1.1 Motivation und Zielsetzung des Projektes

Die Gesundheit der Erwerbspersonen ist aus mehreren Gründen ein zentrales Thema der modernen Arbeitswelt. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels gibt es in allen entwickelten Industrieländern vermehrt 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 – wie zunehmende Flexibilitätsanforderungen, Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse, neue Arbeits- und Organisationsmodelle – die Beschäftigten zusätzlich heraus, und hier vor allem jene mit gesundheitlichen Einschränkungen. Nach Einschätzung der OECD erschweren die Veränderungen in der Wirtschaft und auf dem Arbeitsmarkt Menschen mit gesundheitlichen Problemen den Verbleib am Arbeitsplatz bzw. die Rückkehr in die Arbeit (vgl. OECD 2010; siehe dazu auch Vermeulen et al. 2009).

Die Auswirkungen dieser Trends – Verlängerung des Erwerbslebens und hohe Anforderungen an die Arbeitskräfte aufgrund des 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 diese

nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit waren – eine große Hürde bei der Rückkehr in Beschäftigung dar.

Vor diesem Hintergrund werden in der vorliegenden Studie erstens die quantitative Bedeutung sowie die unterschiedlichen Arten arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen unter der Gesamtheit aller Erwerbspersonen und zweitens der Einsatz und die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen untersucht. Im Zentrum steht die Frage, welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sich zur Unterstützung dieser wachsenden Zielgruppe eignen.

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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt für gesundheitlich eingeschränkte Personen bot (vgl. 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 niederschweligen 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 auf dem 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 Behinderungen nach dem Behinderteneinstellungsgesetz sowie eine von den AMS-BeraterInnen befüllte Information zu Vermittlungseinschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme vor, ohne jedoch genauere Anhaltspunkte über die 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“ zugeschrieben,¹ wenn

- » beim Hauptverband bestimmte Versicherungsqualifikationen (z. B. Rehabilitationszeit, Beihilfe zu Kurskosten für behinderte Personen) erfasst sind,
- » bestimmte Arten von Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden,
- » an bestimmten Förderungen des AMS bzw. des Bundesamts für Soziales und Behindertenwesen (Sozialministeriumservice) teilgenommen wurde oder
- » in den Personenstammdaten des AMS eine „Behinderung“ kodiert ist (Begünstigung nach Behinderteneinstellungsgesetz, Opferfürsorgegesetz und/oder Landesbehindertengesetzen, Behinderung gemäß Behindertenpass oder eine sonstige, durch die BeraterInnen 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

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.

Arbeitsmarktservice wird erstmals ein vollständigeres Bild über Art und Ausmaß gesundheitlicher Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt gewonnen und die Wirksamkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen untersucht.

1.2 Aufbau und Inhalte des Berichts

Die vorliegende Studie gliedert sich in drei Teile:

- » Abschätzung der quantitativen Bedeutung sowie Erhebung der unterschiedlichen Arten arbeitsmarktrelevanter gesundheitlicher Einschränkungen
- » Analyse des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen
- » Analyse der Wirkung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Der **erste Teil** (Kapitel 2 bis 4) widmet sich dem quantitativen Bedarf an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für gesundheitlich eingeschränkte Personen. Aus der Analyse geht eine Schätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Personen auf dem Arbeitsmarkt (Arbeitslose und unselbstständig 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 auf dem 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.

Die Schätzung der Zahl gesundheitlich eingeschränkter Personen auf dem 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 detaillierter beschrieben, ebenso die Grundgesamtheit der untersuchten Personen in der quantitativen Analyse in diesem Bericht. Diese Daten bilden zugleich auch

die Grundlage für die Darstellung und Evaluierung des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für die Zielgruppe der gesundheitlich Beeinträchtigten.

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 Maßnahmeneinsatz 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 den Landesgeschäftsstellen 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 -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

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 den 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 potenziellen Zielgruppe für arbeitsmarktpolitische Unterstützung zu nähern. Im Folgenden werden deshalb einige Kennzahlen und Ergebnisse aus diesen Daten zusammengetragen und beschrieben.

2.1 Subjektive Einschätzung des gesundheitlichen Zustands

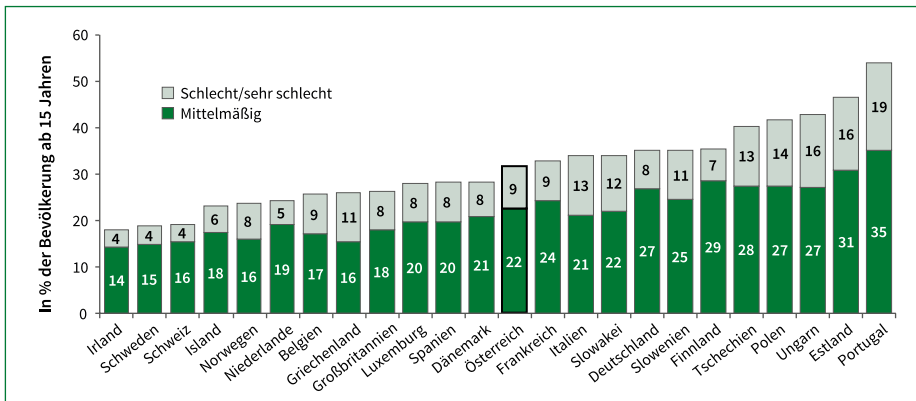
Der wohl am weitesten verbreitete Indikator zur Erfassung des gesundheitlichen Zustands in Befragungen ist die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Die Befragten bewerten dabei ihren (subjektiven) Gesundheitszustand typischerweise auf einer fünfstufigen Skala von „sehr gut“ bis „sehr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

.....
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“.

wahrscheinlichkeit, aber auch für das Risiko von funktionalen Gesundheitseinschränkungen sowie von zahlreichen Krankheiten ist (vgl. 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, in einem „guten“ oder „sehr guten“ Gesundheitszustand zu sein. Mit diesen Werten liegt Österreich ziemlich genau im Mittelfeld der OECD, wobei einschränkend anzumerken ist, dass 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 im internationalen Vergleich



Daten aus EU-SILC für das Jahr 2013, bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 und mehr Jahren.

Quelle: WIFO-Darstellung auf Basis der OECD Health Statistics 2015

Die von der OECD ausgewerteten Daten beziehen sich allerdings auf die gesamte Erwachsenenbevölkerung. Erwartungsgemäß verschlechtert sich mit zunehmendem

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 wurde, stuften knapp 75 % der 20- bis 64-Jährigen ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ ein (vgl. 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 als 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 %. Der Altersgradient im Gesundheitszustand ist dagegen viel stärker ausgeprägt. Während fast neun von zehn (87 %) der unter 40-Jährigen ihre Gesundheit positiv bewerten, sind es bei den

.....
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 % (vgl. Statistik Austria 2006). Aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 ging für die Bevölkerung insgesamt (also inklusive der über 65-Jährigen) ein Anteil von 75 % an Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand hervor (vgl. Statistik Austria 2007). Die kürzlich veröffentlichten Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigen einen höheren Anteil von fast 79 % an Personen mit (sehr) gutem Gesundheitszustand.

40- bis 64-Jährigen mehr als zwei von drei befragten Personen (67 %). Eine feingliedrige Auswertung der EU-SILC-Daten von 2011 zeigt, dass der Anteil der gesundheitlich schlechter gestellten Personen besonders in der Altersgruppe ab 45 und dann in der Altersgruppe ab 55 Jahren spürbar steigt.

2.2 Einschätzung gesundheitlicher Einschränkungen und weitere Indikatoren

Von besonderer Bedeutung für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Frage, inwiefern gesundheitliche Probleme (Beeinträchtigungen) auch mit funktionalen Einschränkungen einhergehen oder aus anderen Gründen eine negative Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit haben.

Aus EU-SILC (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 (2006/2007) gehen vergleichbare Zahlen hervor. 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.

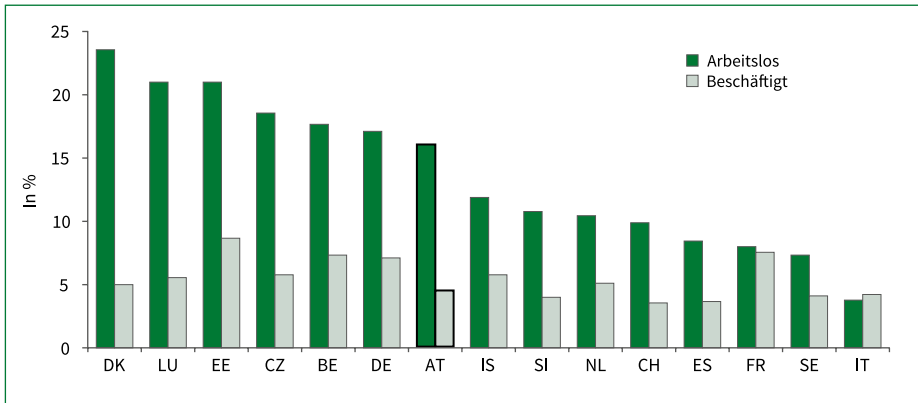
Die älteren Erwerbstätigen sind aufgrund des starken Konnexes zwischen Alter und Gesundheit sowie ihres erhöhten Arbeitslosigkeitsrisikos in Bezug auf eine gesundheitliche Betrachtung der Beschäftigungsfähigkeit von besonderem Interesse. Spezifische Erkenntnisse zur Situation der Älteren können dem Survey on Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) entnommen werden – einer international harmonisierten

Panelerhebung für die Erforschung von gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekten des demografischen Wandels in Europa.⁴

Funktionale Einschränkungen werden in SHARE detailliert mittels der Skalen ADL (Activities of Daily Living) und IADL (Instrumented Activities of Daily Living) gemessen, welche sich mit Handlungen und Aktivitäten des alltäglichen Lebens 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 Alltags-tätigkeiten 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) aufweisen. Die funktionalen Einschränkungen im Wohn- und Lebensumfeld (IADL) sind etwas stärker verbreitet und betreffen knapp 10 % der Befragten.

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

Abbildung 2: Funktionale Einschränkungen im Alltag nach Erwerbsstatus



Anteil der Personen, die mindestens eine funktionale Einschränkung nach ADL oder IADL aufweisen.

Daten für Männer zwischen 50 und 65 Jahren und für Frauen zwischen 50 und 60 Jahren.

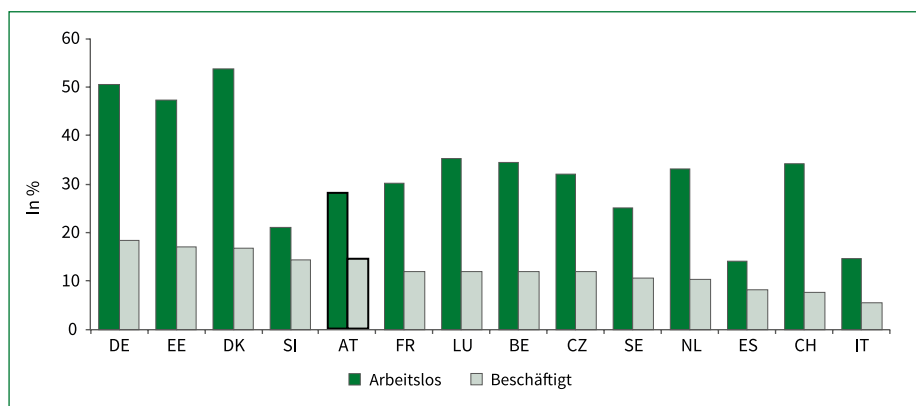
Quelle: SHARE; WIFO-Berechnungen

Die Personengruppen der nach ADL und IADL funktional Eingeschränkten weisen einen hohen Überlappungsgrad auf: Der Anteil der 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 Arbeitssuchenden mehr als dreimal so hoch wie bei den Beschäftigten – der Anteil bei den Erwerbsinaktiven (OLF) liegt mit 17 % etwa gleich hoch.

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 hervorgeht, 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 man bedenkt, dass die Anforderungen zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben in der Regel höher und komplexer sind als jene des nichtberuflichen Alltags.

Abbildung 3: Gesundheitliche Probleme mit Einschränkung im Erwerbsleben nach Erwerbsstatus



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?“

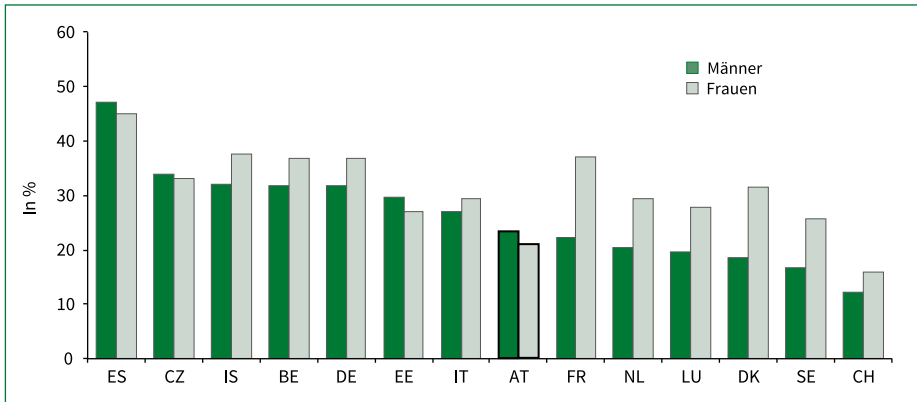
Daten für Männer zwischen 50 und 65 Jahren und für Frauen zwischen 50 und 60 Jahren.

Quelle: SHARE; WIFO-Berechnungen

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 beenden werden müssen. Die Antwort auf diese Frage, die nur den aktiv Beschäftigten gestellt wird, kann als ein subjektiv eingeschätztes Invaliditätsrisiko betrachtet werden. Wie in der nachfolgenden Abbildung 4 zu erkennen ist, ist 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



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 könnten?“

Die Daten beziehen sich nur auf Beschäftigte.

Quelle: SHARE; WIFO-Berechnungen

2.3 Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen

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 psychische Erkrankungen zurück.

Als Ursache für Krankenstände sind psychische Erkrankungen nach wie vor quantitativ weniger bedeutsam, 2014 gingen nur 2,5 % der Krankenstände 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 auf 3 % bis 4,5 % des BIP (vgl. Gustavsson et al. 2011; OECD 2015a). Für Österreich ergeben die Schätzungen Kosten in Höhe von 3,6 % des BIP, wobei die medizinischen Kosten nur einen geringen Anteil ausmachen, der größte Teil der Kosten entsteht nicht im Gesundheitssystem, sondern in Form von indirekten Kosten aufgrund von Arbeitsplatzverlust, verringerter Produktivität und Sozialleistungsbezug.

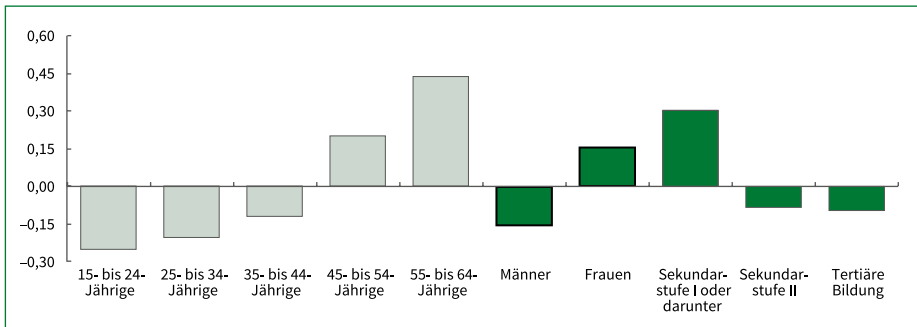
Aus den genannten Gründen erhalten Gesundheitsbeeinträchtigungen seitens der Politik und Stakeholder wachsende Aufmerksamkeit und stehen immer öfter im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit und der Wiedereingliederung gesundheitlich Beeinträchtigter. In der Schweiz wurde beispielsweise der Schwerpunkt der fünften Revision der Invalidenversicherung (2008) auf die Bedürfnisse von Arbeitskräften mit psychischen Gesundheitsproblemen gelegt und 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 in den

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 Untersuchungen nicht darüber hinwegtäuschen kann, dass wir nach wie vor mit großen Daten- und Wissenslücken konfrontiert sind (vgl. 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 zusätzlicher flankierender Maßnahmen bedarf. Auch Eppel et al. (2014) kommen in ihrer Untersuchung von Beschäftigungsmaßnahmen auf dem zweiten Arbeitsmarkt in Österreich zu dem Schluss, dass psychische Erkrankungen eine spezifische Betreuung erfordern.

Abbildung 5: Prävalenz von psychischen Störungen



Die Balken zeigen die Abweichung der Prävalenz psychischer Störungen in den jeweiligen Gruppen von der Prävalenz in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt.

„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.

Quelle: OECD-Berechnungen auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007

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 (vgl. OECD 2015a).

Auch die Frage, inwiefern psychische Erkrankungen tatsächlich im Zunehmen begriffen sind, wird in der Wissenschaft diskutiert und zum Teil unterschiedlich beantwortet (vgl. 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 (vgl. Richter/Berger 2013) im Lichte der Ergebnisse aus 33 neueren Studien bestätigt. Demzufolge scheinen 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 werden, lässt vermuten, dass im Bereich der Krankschreibung der Erwerbspersonen die tatsächliche

Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung noch nicht vollständig zum Ausdruck kommt.

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 methodischen 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.⁵ Zum Vergleich: Aus AT-HIS (2006/2007) 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 zu dem Ergebnis, dass Frauen überproportional oft von psychischen Störungen betroffen sind; auch sind schlechter Qualifizierte häufiger betroffen als höher Qualifizierte (Abbildung 5). Darüber hinaus zeigen die Daten einen starken Anstieg der Prävalenz bei den über 45-Jährigen und insbesondere bei 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 (vgl. OECD 2015a).

In Bezug auf Unterschiede nach dem Erwerbsstatus bestätigt sich für Österreich dagegen das bereits für andere gesundheitliche Indikatoren aufgezeigte und im inter-

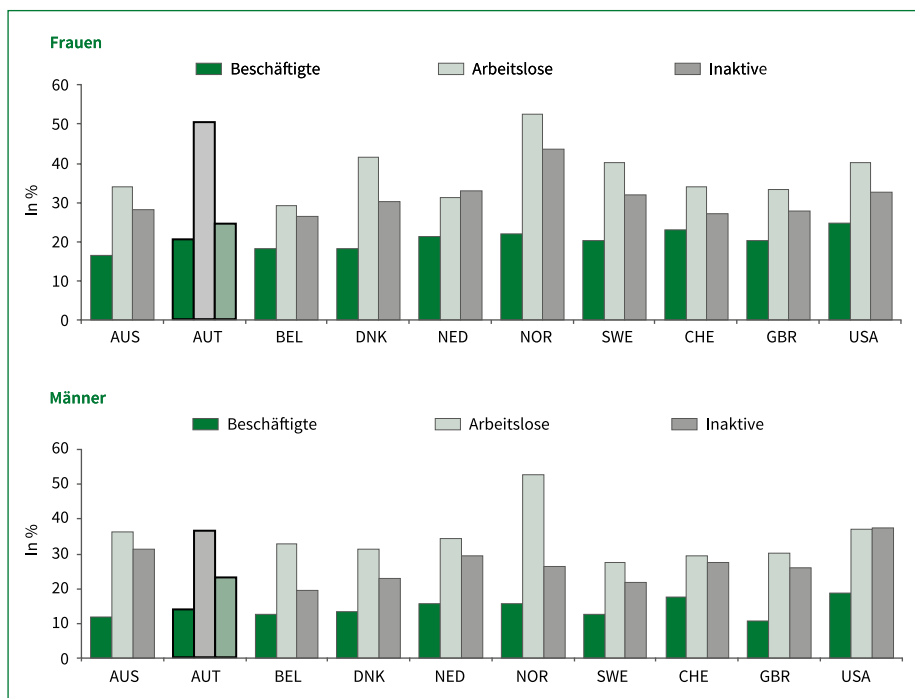
.....

5 Der von der OECD verwendete methodische Ansatz verfolgt nicht das Ziel einer exakten Bestimmung von Prävalenzen, sondern soll der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen psychischen Gesundheitsproblemen und Erwerbstätigkeit dienen.

nationalen Vergleich konsistente Muster: Arbeitslose weisen eine viel höhere Häufigkeit von psychischen Störungen auf als Beschäftigte.

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, besteht darüber hinaus ein geschlechtsspezifisches Gefälle: Die Prävalenz von psychischen Störungen liegt bei weiblichen Beschäftigten (etwa 20 %), Arbeitslosen (50 %) und Erwerbsinaktiven (fast 25 %) deutlich höher als bei den entsprechenden männlichen Gruppen (14 %, 36 % und 23 %).

Abbildung 6: Prävalenz von psychischen Störungen nach Geschlecht und Erwerbsstatus



OECD-Berechnungen auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 und anderer nationaler Gesundheitsbefragungen.

Quelle: OECD 2015

2.4 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 als „mittelmäßig“, während etwa 5 % bis 7 % der Personen im erwerbsfähigen Alter dezidiert von einem schlechten Gesundheitszustand sprechen. In einer ähnlichen Größenordnung bewegt sich auch der Anteil derjenigen, die unter einer funktionalen Einschränkung 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 verlassen oder zumindest den derzeit ausgeübten Beruf frühzeitig aufgeben zu müssen, wird von rund einem Fünftel der über 50-Jährigen als hoch eingestuft.
- » Alle zusammengetragenen 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 unter den Arbeitslosen doppelt bis dreimal so hoch wie unter

den Beschäftigten. Besonders auffällig ist, dass ein Fünftel der Arbeitsuchenden den eigenen Gesundheitszustand eindeutig negativ bewertet und 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 auf dem Arbeitsmarkt dar.
- » Psychische Gesundheitsprobleme sind in der Bevölkerung stark verbreitet. Die Zunahme der Diagnosen und Behandlungen dürfte nicht auf eine Steigerung der Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit zurückzuführen sein, sondern bringt allmählich die volle Tragweite psychischer Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zum Vorschein. Psychische Störungen sind stark auf arbeitslose und erwerbsinaktive Personen konzentriert und wirken sich besonders negativ auf die Erwerbschancen 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 auf dem österreichischen Arbeitsmarkt. Die den Analysen zugrunde liegenden Sozialversicherungsdaten ermöglichen umfangreiche und detaillierte Auswertungen wichtiger gesundheitlicher Indikatoren wie Krankenstände, Krankenhausaufenthalte und Arztbesuche. Die Daten beinhalten jedoch keine umfassenden qualitativen 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 auf dem Arbeitsmarkt zu identifizieren.

3 DATENGRUNDLAGE UND UNTERSUCHTE PERSONENGRUPPE

3.1 Verwendete Datengrundlage

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 auf dem 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-Kodierung⁶ 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

6 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme.

- » „fit2work“-Fälle: Datum der Versendung eines Schreibens der Gebietskrankenkasse und allfällige darauffolgende Maßnahmenteilnahme (z. B. Case-Management)

Diese gesundheitsbezogenen Daten der OÖGKK werden mit Informationen zu individuellen Merkmalen (wie Alter, Geschlecht, Familienstand etc.), Erwerbsverläufen, Krankengeldbezügen, Maßnahmenteilnahmen 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.⁷ Ergänzend zu den AMS-Förderdaten wurden vom Sozialministerium zur Verfügung gestellte Informationen zu Teilnahmen an Förderungen des Sozialministeriumservice (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 des Angebots 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

⁷ Für nähere Details zum Imputationsverfahren siehe Eppel/Horvath/Mahringner 2013.

Liste eindeutig identifizierbaren Maßnahmen werden auch all jene Förderungen als zielgruppenspezifisch kategorisiert, die das Berufliche 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 Arbeitsuche (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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt ist ebenfalls nicht Teil der näher betrachteten zielgruppenspezifischen Maßnahmen, da nur ein Bruchteil der Angebote eine anhand der beschriebenen Vorgehensweise erkennbare spezifische Ausrichtung auf Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen aufweist.

3.2 Untersuchte Personengruppe

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 (unselbstständig Beschäftigte und Arbeitslose) des Jahres 2012,⁸ die bereits mindestens

.....
8 Zu den Erwerbspersonen in Oberösterreich werden alle Personen gezählt, die bei einem in Oberösterreich ansässigen Betrieb beschäftigt waren (einschließlich freier Dienstverträge, exklusive Werkverträge) und/oder bei einer regionalen Geschäftsstelle (RGS) des AMS in Oberösterreich als arbeitslos vorgemerkt waren (breit definiert: mit einem geschäftsfallbegründenden oder einem sonstigen Vormerkstatus).

ein Jahr durchgehend (in jedem Quartal) im Arbeitskräfteangebot und in Oberösterreich versichert waren.⁹

Die Zugehörigkeit zu dieser Grundgesamtheit wurde anhand von vier Quartalsstichtagen des Jahres 2012 überprüft (1. 1., 1. 4., 1. 7. und 1. 10.). Auf Basis dieser vier Stichtage wurde ein Jahresdurchschnitt gebildet. Im gesamten Bericht werden bei Auswertungen solche Jahresdurchschnittswerte ausgewiesen. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da es für eine eindeutige Zuschreibung einer gesundheitlichen Einschränkung einen Stichtag braucht, ab dem die Krankheitsgeschichte gemessen wird. Statt eines einzigen Stichtags werden die vier Quartalsstichtage herangezogen, um die gesamte Spanne des Jahres 2012 abzudecken.

Die Grundgesamtheit wird auf jene Personen beschränkt, 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 Eppel et al. 2017).

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.¹⁰ Davon waren 92,2 % in einer ungeforderten unselbstständigen Beschäftigung, 0,8 % in einer geförderten unselbstständigen Beschäftigung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt und 7,1 % arbeitslos nach einer breiten Definition, die nicht nur geschäftsfallbegründende Vormerkstatus umfasst (vgl. Übersicht 1).

.....
9 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.

10 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 %
Ungeförderte unselbstständige Beschäftigung	497.018	92,2
Geförderte USB auf dem 1. Arbeitsmarkt	2.974	0,6
Geförderte USB auf dem 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

Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus: alle außer AL (arbeitslos), AG (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße), LS (lehrstellensuchend), SC (in Schulung), SF (BezieherInnen eines Fachkräftestipendiums), SR (Schulung Reha mit Umschulungsgeld).

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

Wie in 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 (nicht geförderte unselbstständige Beschäftigung oder geförderte unselbstständige Beschäftigung auf dem ersten 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

Langzeitbeschäftigungslos: (am Stichtag) bereits länger als 365 Tage arbeitslos (gemessen an der Brutto-Geschäftsdauer). Arbeitsmarktfern: im letzten Jahr vor dem Stichtag in Summe maximal 62 Tage in Standardbeschäftigung und mindestens 120 Tage arbeitslos mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus.

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

4 IDENTIFIKATION UND QUANTIFIZIERUNG DER ERWERBSPERSONEN MIT GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN

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

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

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

Als zusätzliche Indikatoren fließen ein:

- » kumulierte Krankengeldbezugsdauer
- » Kosten für ambulante Krankenhausaufenthalte
- » Kosten für stationäre Krankenhausaufenthalte

Erfasst werden dabei nur medizinische Leistungen, die auch über die OÖGKK abgerechnet wurden. Neben Krankenstands-, Krankenhausaufenthalts- und Krankengeldbezugsdauer wurde auch die Zahl der Fälle von 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:¹¹

- » Einjahreszeitraum vor dem jeweiligen Quartalsstichtag („Vorjahr“)
- » Zweijahreszeitraum über die beiden Kalenderjahre 2011 und 2012
- » Fünfjahreszeitraum von 2008 bis 2012

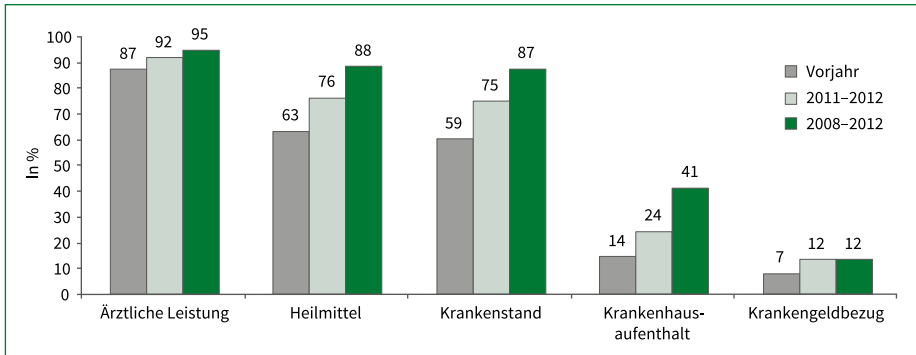
Bei Krankenständen und Krankenhausaufenthalten wird zwischen Diagnosegruppen entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) differenziert.

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

- » 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. Abbildung 7).

.....
11 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.

Abbildung 7: Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Referenzzeitraum



Personen mit mind. einem Tag Krankenstand, mind. einem Tag Krankenhausaufenthalt, mind. einem Tag Krankengeldbezug, mind. einer erhaltenen ärztlichen Leistung bzw. mind. einem erhaltenen Heilmittel.

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

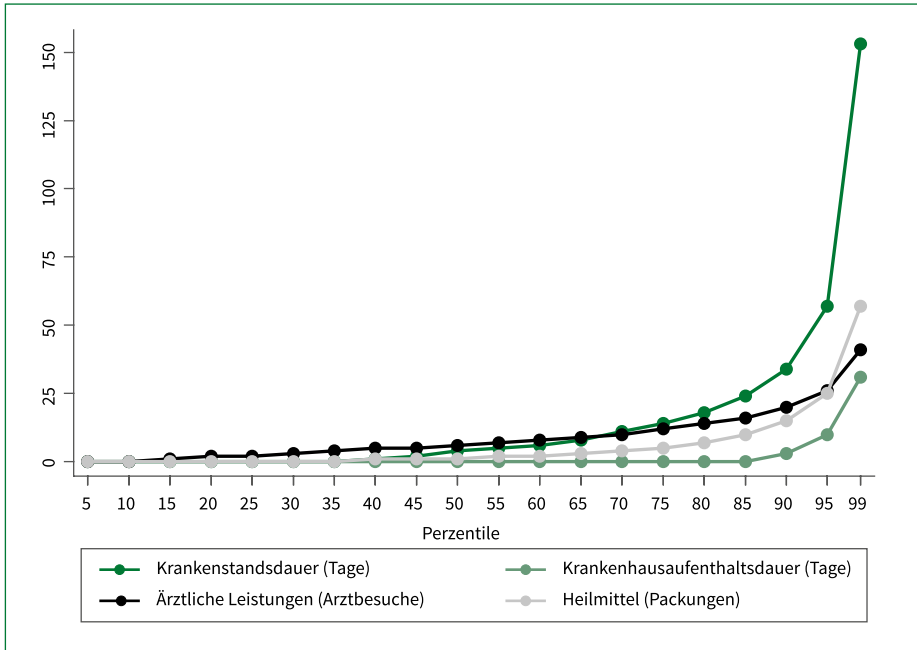
Frauen nahmen im Vorjahr häufiger als Männer eine ärztliche Leistung in Anspruch (90 % gegenüber 85 %) und erhielten zu einem höheren Prozentsatz mindestens ein Heilmittel (69 % gegenüber 59 %). Umgekehrt waren sie seltener im Krankenstand (58 % im Vergleich zu 62 %). Bei Krankenhausaufenthalten und Krankengeldbezügen sind sich die beiden Geschlechter sehr ähnlich (siehe dazu Eppel et al. 2017).

Abbildung 8 veranschaulicht eine hohe Konzentration gesundheitlicher Problemlagen unter den Erwerbspersonen. Abgebildet sind die Perzentile der Verteilung der vier Hauptindikatoren. Bei drei der vier Indikatoren (kumulierte Krankensanddauer, ärztliche Leistungen und Heilmittel) 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 Krankensandtagen, der Summe an erhaltenen ärztlichen Leistungen sowie Heilmitteln jeweils auf die 25 % am stärksten betroffenen Erwerbspersonen entfällt. Krankensanddauern, Kranken-

hausaufenthaltsdauern, 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 vier 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 waren aber Personen zum Teil in starkem Ausmaß betroffen: 1 % war im letzten Jahr mehr als 47 Tage mit dieser Diagnose im Krankenstand. Das arithmetische Mittel belief sich auf zwei 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 zwei Krankenhaustage (vgl. Abbildung 8 und Übersicht 3).

Abbildung 8: Verteilung von Krankenständen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und Heilmittelkonsum im Vorjahr



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

Übersicht 3: 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

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

Die Verteilung von Krankenstandstagen, Krankenhausaufenthaltstagen, im niedergehaltenen Bereich erhaltenen medizinischen Leistungen, konsumierten Heilmitteln, Krankengeldbezugstagen sowie Kosten für ärztliche Leistungen bzw. Heilmittel sieht ähnlich aus, wenn nicht nur das Vorjahr, sondern ein längerer Zeitraum betrachtet wird (siehe dazu Eppel et al. 2017).

Übersicht 4 gibt einen Überblick über die Häufigkeit von Krankenstandsdiagnosen im Vorjahr. Die vier mit Abstand häufigsten sind erstens Erkrankungen des Atmungssystems, von denen etwa jede dritte Erwerbsperson betroffen war (32,1 %), zweitens Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes (16,3 %), drittens infektiöse bzw. parasitäre Krankheiten (15,6 %) und viertens 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 Verhal-

tensstörungen (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 4 Auskunft über den Anteil der einzelnen Diagnosen am gesamten Krankenvolumen. 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.¹²

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.

.....
12 Für die absoluten Zahlen siehe Übersicht 34 in Eppel et al. (2017).

Übersicht 4: Anteil der Personen mit mind. einem Krankenstandstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jeweiligen 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

Sonstige: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen; Neubildungen; Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett; angeborene Fehlbildungen; äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität; Blut, Immunsystem; Zustände mit Ursprung in Perinatalperiode.

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

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 Krankenhausaufenthaltstagen im Vorjahr. Demgegenüber waren Erkrankungen des Atmungssystems ebenso wie infektiöse und parasitäre Krankheiten (in der Übersicht unter „Sonstige“ zusammengefasst) relativ selten für Krankenhausaufenthalte ausschlaggebend (vgl. Übersicht 5).

Übersicht 5: Anteil der Personen mit mind. einem Krankenhausaufenthaltstag im Vorjahr nach Diagnose und Anteil der jeweiligen Diagnose am Gesamtvolumen an Krankenhausaufenthaltstagen (in %)

	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

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

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

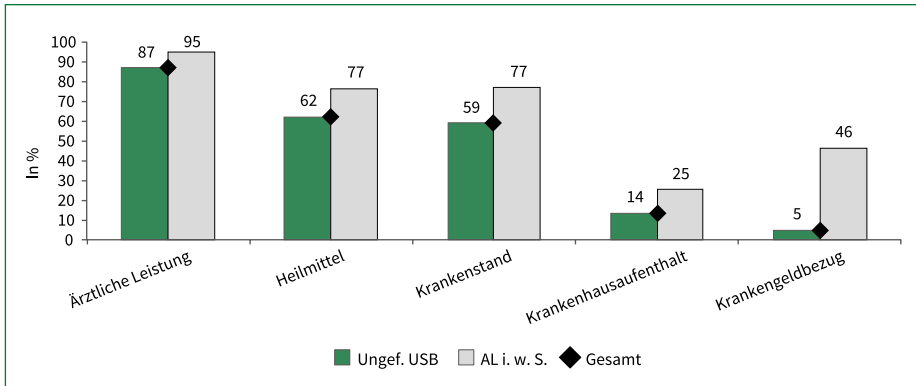
- » Arbeitslose im weiteren Sinn (nicht nur geschäftsfallbegründender, sondern auch sonstiger Vormerkstatus)¹³ sowie Personen in geförderter Beschäftigung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt) waren unabhängig vom Indikator deutlich häufiger mit einer gesundheitlichen Problemlage konfrontiert als Personen in ungeförderter unselbstständiger 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 ungeförderter unselbstständig Beschäftigten waren „nur“ 59 % im Krankenstand, 14 % im Krankenhaus, und 5 % bezogen Krankengeld (vgl. Abbildung 9 und Übersicht 6).

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

- » 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.¹⁴
- » Arbeitslose waren im Durchschnitt (arithmetisches Mittel) im Einjahreszeitraum 35 Tage im Krankenstand (8 Tage aufgrund einer Erkrankung der Psyche oder des Nervensystems) und 4 Tage im Krankenhaus. Sie waren 13-mal beim Arzt und erhielten 13 Packungen an Heilmitteln. Im Vergleich dazu waren die ungefördert unselbstständig Beschäftigten durchschnittlich 12 Tage im Krankenstand (1 Tag aufgrund einer Erkrankung der Psyche oder des Nervensystems) und 2 Tage im Krankenhaus. Sie waren 8-mal beim Arzt und erhielten 5 Packungen an Heilmitteln (vgl. Übersicht 7).
- » Arbeitslose waren von allen Arten von Erkrankungen (deutlich) häufiger betroffen als Personen in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung (vgl. Abbildung 10). 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 % gegenüber 2,4 %) (vgl. Abbildung 10).
- » Innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen im weiteren Sinn gibt es wiederum ausgeprägte Unterschiede in der Prävalenz unterschiedlicher Arten von Erkrankungen. Personen in geförderter Beschäftigung, darunter insbesondere die auf dem zweiten 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 6 und Übersicht 8).

¹⁴ Diese Zahlen sind in keiner Übersicht dargestellt.

Abbildung 9: Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus



Personen mit mind. einem Tag Krankenstand, mind. einem Tag Krankenhausaufenthalt, mind. einem Tag Krankengeldbezug, mind. einer erhaltenen ärztlichen Leistung bzw. mind. einem erhaltenen Heilmittel.

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

Übersicht 6a und 6b: Zahl und Anteil der Erwerbspersonen mit gesundheitlicher Problemlage nach Indikator und Erwerbsstatus

	Krankenstand	Krankenhaus-aufenthalt	Ärztliche Leistung	Heilmittel	Krankengeld-bezug
Anzahl der Personen					
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 auf dem 1. AM	2.394	845	2.805	2.280	651
Davon gef. USB auf dem 2. AM	928	215	1.044	832	478
Gesamt	324.692	78.356	470.632	341.816	44.473

	Krankenstand	Krankenhaus- aufenthalt	Ärztliche Leistung	Heilmittel	Krankengeld- bezug
In %					
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 auf dem 1. AM	80,5	28,4	94,3	76,6	21,9
Davon gef. USB auf dem 2. AM	84,7	19,6	95,3	75,9	43,6
Gesamt	60,2	14,5	87,3	63,4	8,2

Personen mit mind. einem Tag Krankenstand, mind. einem Tag Krankenhausaufenthalt, mind. einem Tag Krankengeldbezug, mind. einer erhaltenen ärztlichen Leistung bzw. mind. einem erhaltenen Heilmittel.

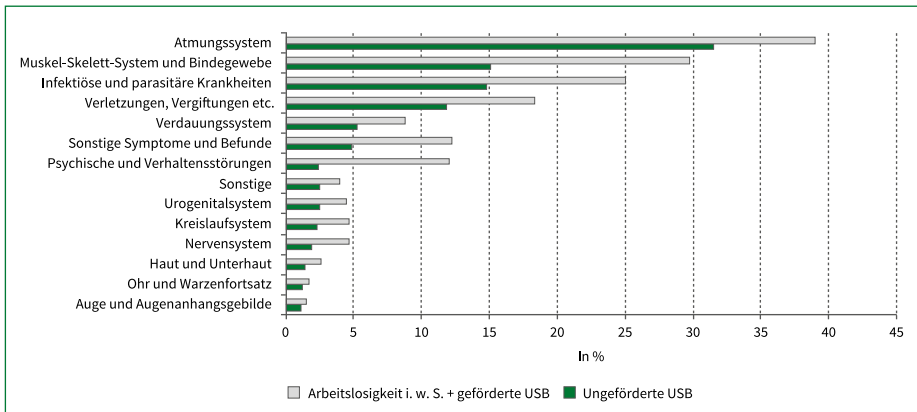
Quelle: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO

Übersicht 7: Durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen, Krankenhausaufenthalten, ärztlichen Leistungen und konsumierten Heilmitteln im Vorjahr nach Erwerbsstatus (arithmetisches Mittel)

	Ungef. USB	AL i. w. S.	Davon AL	Davon gef. USB auf dem 1. AM	Davon gef. USB auf dem 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

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

Abbildung 10: Anteil der Personen mit mind. einem Krankenstandtag im Vorjahr nach Diagnose und Erwerbsstatus



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

Übersicht 8: Anteil der Personen mit mind. einem 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 Augenhangsgebilde	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

AL: alle Vormerkerstatus der Arbeitslosigkeit mit Ausnahme von Schulung (SC).

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

4.2 Zuschreibung eines Indikators für gesundheitliche Belastung

Gesundheitliche Belastungen werden von Arbeitskräften einerseits subjektiv empfunden und sind andererseits auch mit zum Teil 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 Integrationsschwierigkeiten auf dem 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.

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 8 in Abschnitt 4.1 zeigt, sind die Verteilungen dieser Variablen rechtssteil; Krankenstands-

dauer, Dauer 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, wurden Variablen konstruiert, die auf das Vorliegen langer Krankenstände bzw. vieler oder lang dauernder medizinischer Behandlungen hinweisen. Die Variablen wurden jeweils für das letzte Jahr vor der Beobachtung einer Person im Arbeitskräfteangebot gebildet. Für das betrachtete Jahr 2012 erfolgte diese Berechnung für vier Quartalsstichtage.

Konkret wurden folgende Variablen konstruiert:

- » Lange Krankenstände: Die Variable hat den Wert 1, wenn die kumulierte Krankheitsdauer mindestens der Quartilsgrenze zwischen 3. und 4. Quartil (also dem 75 %-Perzentils-Trennwert) 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: Gleiches gilt für die Kodierung der Variable zu langen stationären Behandlungen. 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 Gebietskranken-

kasse 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 – vor allem wegen geringer Besetzungszahlen – zusammengefasst und umfassen Erkrankungen in folgenden Bereichen:¹⁵

- » infektiöse und parasitäre Krankheiten (ICD 1)
- » Neubildungen (ICD 2)
- » Blut, Immunsystem; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (ICD 3 und 4)
- » psychische und Verhaltensstörungen; Krankheiten des Nervensystems (ICD 5 und 6)
- » Auge und Augenanhangsgebilde; Ohr und Warzenfortsatz (ICD 7 und 8)
- » Kreislaufsystem (ICD 9)
- » Atmungssystem (ICD 10)
- » Verdauungssystem (ICD 11)

.....
15 Die Diagnosegruppe „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (ICD 15) wurde weggelassen, weil es sich nicht um eine Erkrankung handelt. Ebenso nicht berücksichtigt wurden 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).

- » 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 wurde überprüft, ob innerhalb jedes Jahres vor dem betrachteten Stichtag im Jahr 2012

- » zumindest eine Woche mit der jeweiligen Diagnosegruppe in Krankenstand verbracht wurde oder
- » ein stationärer Aufenthalt registriert ist oder
- » mindestens sieben Heilmittel beansprucht wurden.

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

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

All diese Variablen werden – neben dem Alter und dem Geschlecht – zur Erklärung der vom AMS kodierten gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitslos vorgemerkter 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 9 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 wurde auch der zusätzliche Einfluss bestimmter Diagnosen (zusammengefasst in Diagnosegruppen) ermittelt: Besonders „psychische Erkrankungen, Verhaltensstörungen, Nervenerkrankungen“ 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 Perinatalperiode¹⁶ (mit +5,1 Prozentpunkten) sowie Muskel- und Skeletterkrankungen (+3,2 Prozentpunkte) tragen vergleichsweise stark zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei.

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

Übersicht 9: 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 Arbeitskräfteangebots 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 Stoffwechselerkrankungen (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 der 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	-59.699,53		

*** 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.

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

4.2.2 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.¹⁷

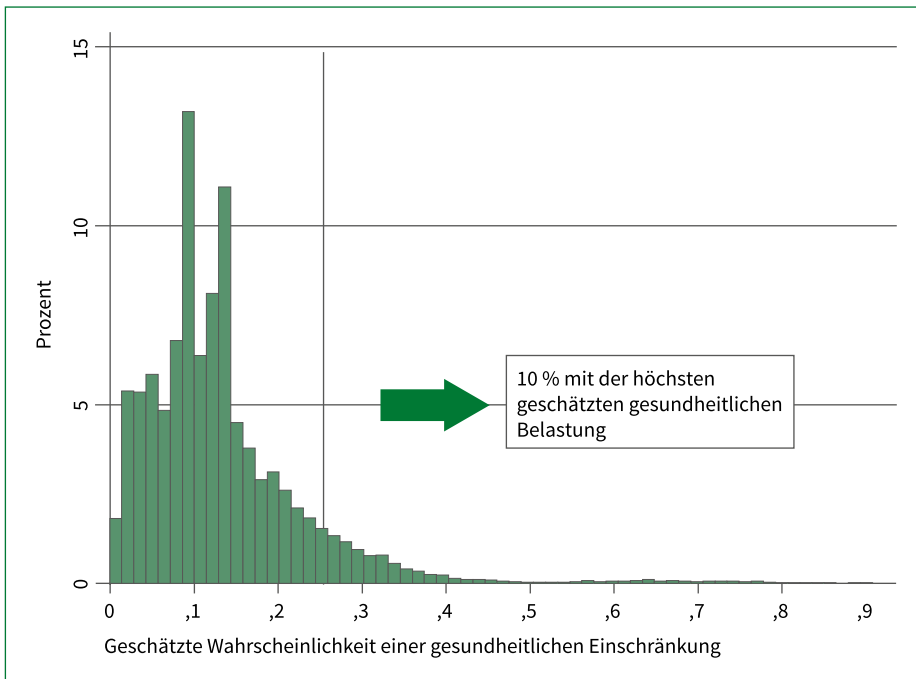
Dieser Indikator wird dazu benutzt, jene Teile des Arbeitskräfteangebots abzugrenzen, die mit höherer Wahrscheinlichkeit unter einer gesundheitlichen Beeinträchtigung leiden. Die Verteilung dieses Indikators ist in Abbildung 11 dargestellt. Daraus ist ersichtlich, dass eine Häufung der zugeschätzten 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 5,5 % bis 7 %. Um nahe diesem Wert zu bleiben, zugleich aber die Zahl der Beobachtungen gesundheitlich

17 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.

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.¹⁸ In anderen Worten: Unter allen Erwerbspersonen werden die 10 % mit der höchsten (geschätzten) gesundheitlichen Belastung ausgemacht.

Abbildung 11: Verteilung der geschätzten gesundheitlichen Belastung im Arbeitskräfteangebot



Die Daten beziehen sich auf die OÖGKK-Versicherten im Jahr 2012.

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

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

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 aufgrund anderer Untersuchungen zu erwarten ist.

4.2.3 Gegenüberstellung der Schätzung gesundheitlicher Belastung mit vom AMS festgestellter gesundheitlicher Beeinträchtigung

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 10):

- » 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 und Beratern 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 zu Zuständen mit und ohne gesundheitliche Einschränkung in der Praxis häufig nicht leicht zu treffen ist, erscheint die Übereinstimmung der beiden Indikatoren hoch.

Übersicht 10: Übereinstimmung des Indikators für gesundheitliche Belastung mit AMS-Indikator

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

Gesundheitliche Belastung nach 10 %-Definition.

Die Daten beziehen sich auf Arbeitslose i. w. S. (AL mit geschäftsfallbegründendem oder sonstigem Vormerkstatus sowie geförderte Beschäftigung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt)

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

4.2.4 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 auf dem 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 umfassen. 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 potenziell auch Einschränkungen auf dem 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 im Folgenden dargestellten Zahlen und Anteile beziehen sich auf die Grundgesamtheit der bei der OÖGKK versicherten 15- bis 64-jährigen Erwerbspersonen (unselbstständig Beschäftigte und Arbeitslose) des Jahres 2012, und zwar nach der in Kapitel 4.1 dargestellten Abgrenzung.

4.3.1 Gesundheitliche Belastungen nach Personenmerkmalen

Deutliche Unterschiede im Anteil gesundheitlich belasteter Personen zeigen sich hinsichtlich des Alters: 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 den 50- bis 64-Jährigen auf rund 20 % (vgl. Abbildung 12). Diese Zahl deckt sich mit jener aus dem 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 dem Ausbildungsniveau: Während 16,8 % der Arbeitskräfte mit maximal Pflichtschulabschluss gesundheitliche Belastungen aufweisen, sind es bei Lehrabsolventinnen und -absolventen 9,7 % und bei Absolventinnen und Absolventen einer berufsbildenden mittleren Schule 6,3 %. Bei Ausbildungsniveaus ab Matura liegen die Anteile gesundheitlich Belasteter im Arbeitskräfteangebot bei rund 5 %.¹⁹

Weniger deutlich sind die Unterschiede nach Geschlecht: Frauen weisen mit einem Anteil gesundheitlich Belasteter von 8,3 % des weiblichen Arbeitskräfteangebots einen um gut drei 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

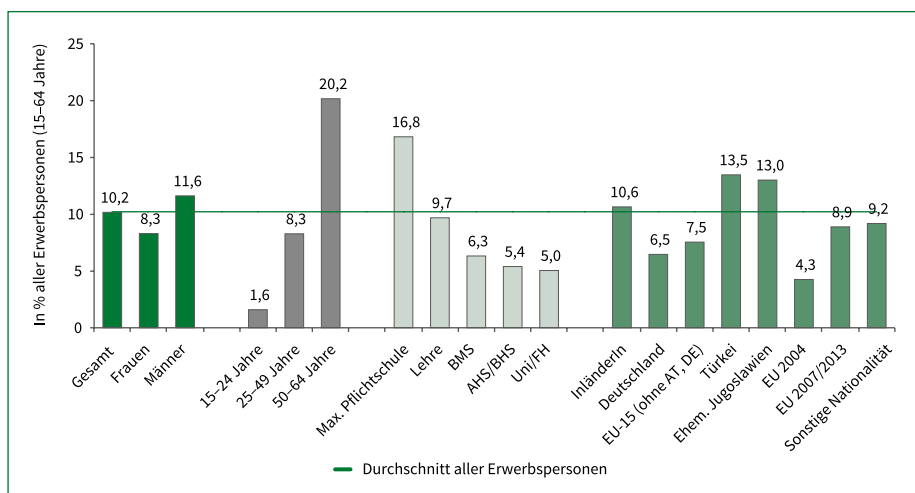
.....

¹⁹ Die dargestellten Unterschiede bleiben auch in multivariaten Analysen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der dargestellten Merkmale bestehen.

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 zwei 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 ehemaliges Jugoslawien) sind durch deren höheres Alter und vor allem das im Durchschnitt geringere Bildungsniveau begründet.

Abbildung 12: Gesundheitliche Einschränkung nach Personenmerkmalen



In dieser Auswertung für alle Erwerbspersonen sind insgesamt nicht 10 %, sondern 10,2 % gesundheitlich eingeschränkt. Diese geringfügige Abweichung entsteht durch die Bereinigung des Samples um Personen, für die keine vollständigen personenbezogenen Informationen verfügbar sind.

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

4.3.2 Gesundheitliche Belastungen nach Erwerbsposition

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 11): Während Beschäftigte einen Anteil gesundheitlich Belasteter von 8,5 % aufweisen, liegt der entsprechende Wert bei registrierten Arbeitslosen bei knapp 23 %. Eine 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 auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt (inkl. Förderungen des Sozialministeriumservice), wobei diese Förderungen Maßnahmen darstellen, die sich an schwer vermittelbare Gruppen und zum Teil direkt an gesundheitlich Beeinträchtigte und/oder Menschen mit Behinderung richten.²⁰

20 Letztgenannte Gruppen sind jedoch relativ klein, und die Zuschreibung über die OÖGKK-Informationen mögen hier die tatsächliche Problemlage bei Förderungen auf dem ersten 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 Sozialministeriumservice enthalten, die sich gezielter an gesundheitlich Eingeschränkte und Behinderte richten.

Übersicht 11: Gesundheitliche Einschränkung nach Erwerbsstatus

Erwerbsstatus	In %
Ungeförderte unselbstständige Beschäftigung	8,5
Registrierte Arbeitslosigkeit	22,7
Schulung	15,6
Lehrstellensuche	6,2
Arbeitslosigkeit mit sonstigem Vormerkstatus	55,5
Geförderte unselbstständige Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt	66,3
Geförderte unselbstständige Beschäftigung auf dem 2. Arbeitsmarkt	34,1
Langzeitbeschäftigungslos	21,5
Arbeitsmarktfern	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

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

Während Langzeitbeschäftigungslose²¹ keinen gegenüber Arbeitslosen insgesamt erhöhten Anteil gesundheitlich Belasteter aufweisen, liegt er bei arbeitsmarktfernen Arbeitslosen – das 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 %.

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

In einer Aufgliederung der Arbeitslosen nach Dauer und Häufigkeit ihrer Arbeitslosigkeit in sieben Typen (vgl. 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 (Typ 2, 5 und 6). Bei Personen, die in den vergangenen fünf Jahren mindestens zweieinhalb Jahre arbeitslos waren (Typ 7), liegt der Anteil gesundheitlich Belasteter über 40 %.

Bei der angesprochenen Typologie wurden anhand von drei Kriterien (Gesamtvolumen an Arbeitslosigkeit, Dauer der längsten Arbeitslosigkeits-Episode im Fünfjahreszeitraum und Häufigkeit der Arbeitslosigkeit) und eines Fünfjahreszeitraums 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 zweieinhalb Jahre) arbeitslos waren
- » Typ 6: Personen, die häufig, zumindest einmal lang und insgesamt viel (mehr als ein Jahr; maximal zweieinhalb Jahre) arbeitslos waren
- » Typ 7: Personen, die zumindest einmal lang und insgesamt sehr viel (mehr als zweieinhalb Jahre) arbeitslos waren

4.3.3 Gesundheitliche Belastungen nach Diagnosegruppen

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 psychische 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 12).

Übersicht 12: Häufigkeit einer gesundheitlichen Belastung (10 %-Definition) mit bestimmter Diagnose, die in signifikantem Ausmaß zur Betroffenheit von einer gesundheitlichen Einschränkung beiträgt

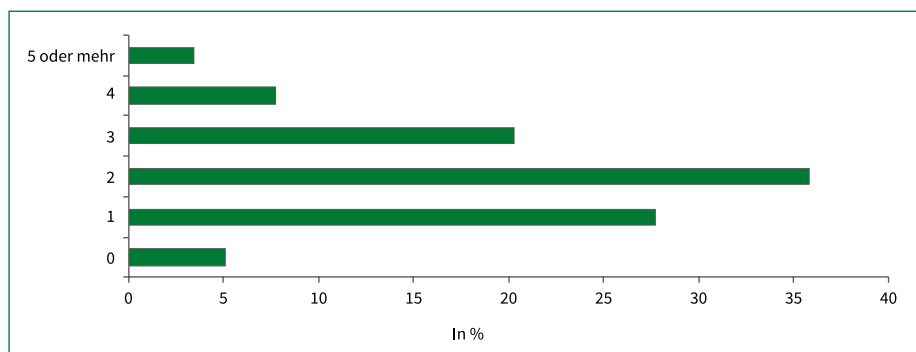
	Erwerbspersonen		Arbeitslose	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	25.363	4,7	6.199	14,7
Psychische und Verhaltensstörungen; Nervensystem	24.646	4,6	6.280	14,9
Atmungssystem	15.395	2,9	3.663	8,7
Kreislaufsystem	15.300	2,8	3.208	7,6
Verletzungen, Vergiftungen etc.	8.776	1,6	2.007	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 Stoffwechselkrankh.	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

Quelle: 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 13). 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 diagnosti-

zierte Krankheiten zum Belastungsbild bei. Multiple Erkrankungsbilder sind also eher die Regel als die Ausnahme.

Abbildung 13: Anzahl der für eine gesundheitliche Belastung maßgeblichen Diagnosen bei gesundheitlich belasteten Arbeitskräften



Quelle: 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 auf dem 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 aufrechterhalten. In Übersicht 13 (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 die Arbeitslosigkeit, 5 % in andere Erwerbszustände (z. B. Kinderbetreuung, geringfügige Beschäftigung).

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 der Beschäftigung zu fallen: Der Anteil der zwei Jahre später (noch) in Beschäftigung befindlichen Personen ist um rund sieben 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 (ungeförderten) Beschäftigten waren 2014 in geförderter Beschäftigung.

Übersicht 13: 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	87,6	80,3	55,2	27,1
	gefördert beschäftigt	0,2	0,8	1,5	3,8
	arbeitslos	3,8	6,1	28,4	43,8
	pensioniert	3,3	10,1	4,9	16,1
	Sonstiges	5,2	2,7	9,9	9,2
	Summe	100	100	100	100

Der Erwerbszustand 2014 wurde exakt zwei Jahre nach den jeweiligen Stichtagen im Jahr 2012 betrachtet (Beschäftigung über der Geringfügigkeitsgrenze).

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

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).²²

Auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Ausbildungsniveau und Geschlecht bleiben diese Unterschiede in nur leicht reduziertem Ausmaß bestehen.²³

²² 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 Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 reduzieren.

²³ Frauen gehen im Vergleich zu Männern häufiger in erwerbsferne Zustände (inkl. Pension) über und verbleiben daher seltener in Arbeitslosigkeit.

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

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.

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. Allein aus 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 der 60- bis 64-Jährigen 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 möglichen weiteren 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 – 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).²⁴

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 sowie spezielle Einstiegshilfen für Jugendliche bringen sollen
- » **Trainingsmaßnahmen („TRAIN“):** Kombination von produktiver Arbeitsleistung und bedarfsgerechter Betreuung sowie Qualifizierung für Langzeitarbeitslose und Personengruppen mit speziellen Vermittlungseinschränkungen

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

- » **Trägerbezogene Qualifizierungsmaßnahmen („QUAL“):** Vermittlung fachlicher Kenntnisse (Ausbildung, also Erwerb staatlich anerkannter Schul- und Berufsabschlüsse, oder Weiterbildung, d. h. berufliche Einstiegs- und Zusatzqualifikationen) im Rahmen von externen Bildungsträgern im Auftrag des AMS durchgeführter Kurse für AMS-Kundinnen und -Kunden
- » **Beihilfen zu den Kurskosten („KK“) für die Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen** auf dem freien Bildungsmarkt (Individualförderung)
- » **Arbeitsstiftung („AST“):** Maßnahmen im Rahmen einer Stiftung zur beruflichen Neuorientierung und Höherqualifizierung 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“)²⁵

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

²⁵ „Insolvenzstiftungen“, „Regionalstiftungen“ und „Unternehmensstiftungen“ sind nicht berücksichtigt.

- » **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 („Arbeitsassistentz“) 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 im Jahr 2012 neu geförderten Personen unter die Lupe genommen.²⁶ Es wird dargestellt, wie viele Förderungen im Jahr 2012 begonnen wurden und wie sich die geförderten Personen auf die unterschiedlichen Förderarten verteilen. 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 wel-

.....
 26 Eine Alternative zu diesem Zugang wäre, einem Betroffenheitskonzept entsprechend alle im Jahr 2012 für mindestens einen Tag geförderte Personen zu betrachten. Auswertungen auf Basis dieses Konzepts führen im Kern zu keinen anderen Ergebnissen.

chen Förderungen gesundheitlich eingeschränkte Personen, die im Jahr 2012 arbeitslos geworden sind, im gesamten Verlauf ihrer Arbeitslosigkeit teilnehmen.²⁷

5.1 Im Jahr 2012 neu geförderte Personen

Gemessen an den im Jahr 2012 begonnenen Förderungen 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 hinsichtlich Geschlecht und sah wie folgt aus (vgl. Übersicht 14):²⁸

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 Arbeitsuche (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 auf dem ersten 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt. Hierunter entfielen auf sozialökono-

.....

27 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 der gesundheitlich eingeschränkten 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.

28 Die Förderstruktur sieht ähnlich aus, wenn nicht die Neuzugänge an Förderungen herangezogen werden, sondern alle in einem Jahr für mindestens einen Tag geförderte Personen.

mische Betriebe (SÖB) 3,6 %, auf gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) 3,3 % und auf sozialökonomische Betriebe Überlasser (SÖBÜ) 1 %.

Angebote von externen Beratungs- und Betreuungseinrichtungen spielen eine wesentliche Rolle in der Arbeitsmarktförderung gesundheitlich Beeinträchtigter. Auf sie entfielen 32,1 % der neu geförderten Personen.

Übersicht 14: Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ 2012

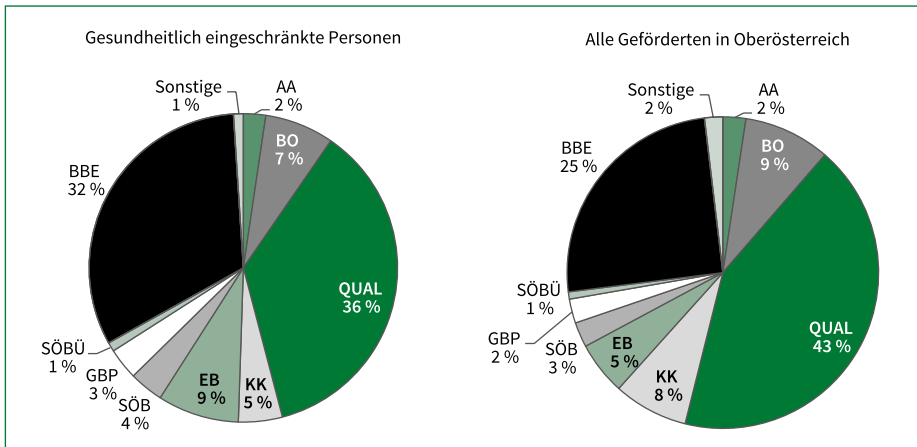
	Gesamt		Männer		Frauen	
	Abs.	In %	Abs.	In %	Abs.	In %
Qualifizierung						
AA	234	2,3	155	2,6	79	2,0
BO	728	7,3	475	7,9	253	6,3
QUAL	3.637	36,3	2.163	35,9	1.474	36,9
TRAIN	24	0,2	18	0,3	6	0,2
KK	461	4,6	290	4,8	171	4,3
AST	74	0,7	27	0,4	47	1,2
Beschäftigung						
EB	856	8,5	508	8,4	348	8,7
KOM	5	0,0	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
Unterstützung						
BBE	3.210	32,1	1.907	31,7	1.303	32,6
Gesamt	7.705	100	4.625	100	3.080	100

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.

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

Aus einem Vergleich mit allen Förderungen in Oberösterreich wird sichtbar, dass beim Maßnahmeninsatz für gesundheitlich eingeschränkte 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 14).²⁹

Abbildung 14: Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und allen neu geförderten Personen in OÖ 2012



Quelle: 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 ein-

29 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 % im Jahr 2015. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil fachlicher Qualifizierung (Träger- und Individualförderungen) von insgesamt 50,3 % auf 37,4 %.

geschränkten 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.³⁰ 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 auf dem freien Bildungsmarkt (KK) zustande.

BBE und Beschäftigungsförderungen kommt im Maßnahmeneinsatz für gesundheitlich eingeschränkte Personen nicht nur im Vergleich zu den 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 15).

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

Übersicht 15: Vergleich der Struktur der Arbeitsmarktförderung zwischen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in OÖ, allen in OÖ und allen in Gesamtösterreich geförderten Personen 2012

	Gesundheitlich Eingeschränkte in OÖ		OÖ		Österreich	
Qualifizierung						
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
Beschäftigung						
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
Unterstützung						
BBE	3.210	32,1	11.994	25,1	71.324	18,5
Gesamt	7.705	100	36.527	100	281.901	100

Im Rahmen der Arbeitsmarktförderung des AMS neu geförderte Personen

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.

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

Wenn Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen an trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen (Maßnahmen der aktiven Arbeitsuche, berufliche Orientierung, fachliche Qualifizierung, Training und Arbeitsstiftung) teilnehmen, dann handelt es sich zumeist um ein zielgruppenspezifisches Angebot.³¹ Unter den insgesamt 7.705

³¹ 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.

MaßnahmenteilnehmerInnen nahmen 5.264 Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen an (mindestens) einer zielgruppenspezifischen Maßnahme teil. Beispielsweise 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 16). Beschäftigungsförderungen werden, wie bereits erwähnt, in der Darstellung nicht berücksichtigt, da es kaum zielgruppenspezifische Angebote gibt.

Übersicht 16: Im Rahmen von Trägerförderungen des AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach Zielgruppenspezifität der Maßnahme in 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	5.264	100

Nur bei Trägerförderungen ist eine Unterscheidung in zielgruppenspezifische und nicht zielgruppenspezifische Maßnahmen möglich. „Gesamt“ beinhaltet alle Förderungen, nicht nur die Trägermaßnahmen mit Unterscheidbarkeit zwischen zielgruppen- und nicht zielgruppenspezifischer Ausrichtung.

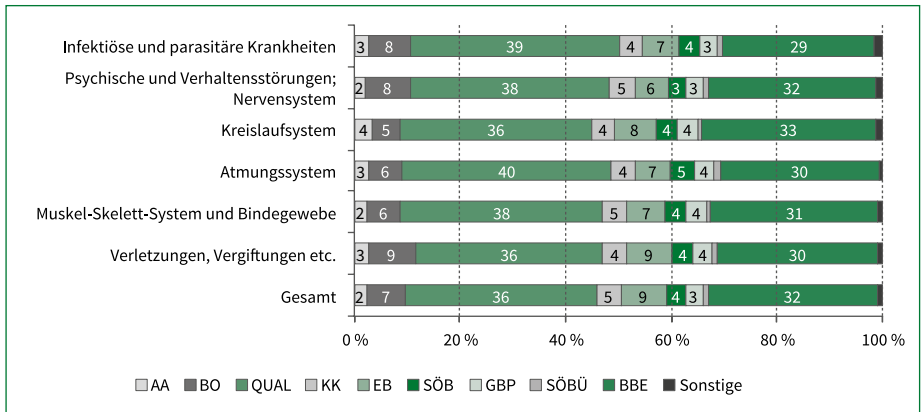
Quelle: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO

Die Förderstruktur variiert nicht wesentlich nach Art der gesundheitlichen Einschränkung (vgl. Abbildung 15).³² Sie unterscheidet sich aber hinsichtlich nicht diagnosebezogener Subgruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen, vor allem in Bezug auf Alter und Ausbildungsniveau (vgl. Abbildung 16):

- » 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt betrifft die Jungen weit weniger als ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt wird diese Subgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen relativ häufig in 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 Arbeitsuche, in geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP) und in BBE überproportional stark vertreten.

.....
³² Der Umstand, dass sich Personen nicht selten in mehreren Diagnosegruppen finden, trägt zu einer Verringerung der beobachtbaren Unterschiede bei.

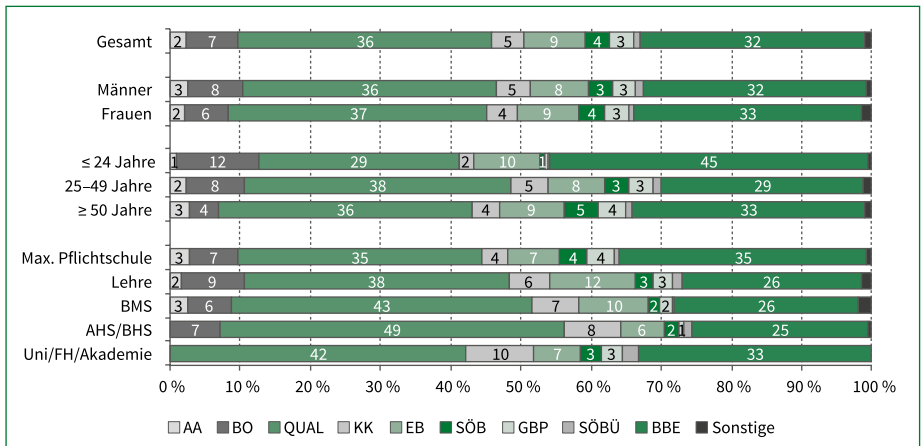
Abbildung 15: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Diagnosegruppen in OÖ



Die Daten beziehen sich auf vom AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

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

Abbildung 16: Struktur der Arbeitsmarktförderung nach Personenmerkmalen in OÖ 2012



Die Daten beziehen sich auf vom AMS neu geförderte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen.

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

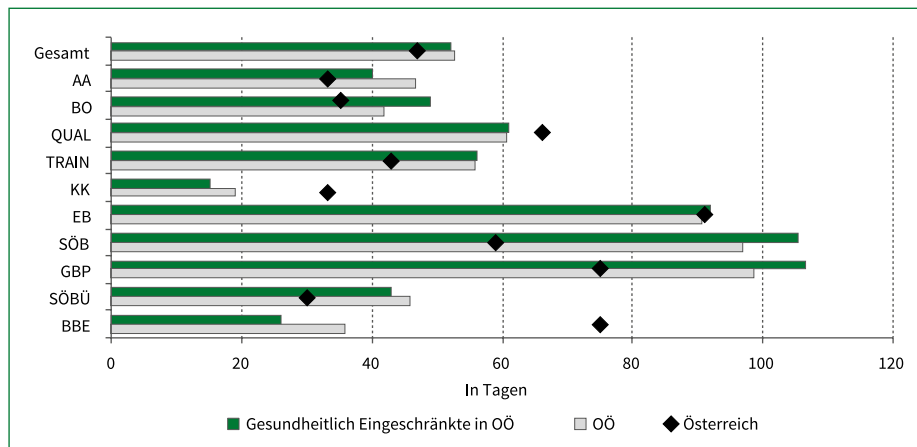
Abbildung 17 zeigt den Median der Förderdauer nach Maßnahmentyp; sie gibt also jene Dauer an, die von der Hälfte der Teilnahmen unterschritten bzw. überschritten wird):

- » Bei Kursen zu aktiver Arbeitsuche und beruflicher Orientierung betrug die mittlere Dauer rund eineinhalb Monate.
- » Teilnahmen an trägerbezogenen fachlichen Qualifizierungen waren mit etwa zwei Monaten im Median deutlich länger als mittels Kurskostenbeihilfe finanzierte Qualifizierungen auf dem freien Bildungsmarkt (halber Monat).
- » Eingliederungsbeihilfen für Beschäftigungen auf dem ersten Arbeitsmarkt wurden im Mittel drei Monate lang bezogen, während geförderte Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt im Rahmen eines SÖB oder GBP zur Hälfte mindestens rund dreieinhalb Monate dauerten. Wesentlich kürzer waren Förderungen bei einem SÖBÜ (eineinhalb 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 sind 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 des zweiten Arbeitsmarktes, während längere Betreuungen durch BBE dort häufiger sind.

Abbildung 17: Mittlere Dauer von Förderungen 2012 (Median)



Alle Förderungen mit Beginn 2012; 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.

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

5.2 Förderungen im Verlauf der Arbeitslosigkeit

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).

Arbeitsuchende 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 die Arbeitslosigkeit gegangenen 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 bei gesundheitlich eingeschränkten Personen zustande: Während in dieser Personengruppe

40 % nicht länger als drei Monate und 22,7 % über ein Jahr lang in Arbeitslosigkeit verweilen, sind von der Gesamtheit aller Arbeitslosen in Oberösterreich 54,4 % maximal drei Monate lang und „nur“ 11,6 % über ein Jahr lang arbeitslos (vgl. Abbildung 18). Unter Kurzarbeitslosen – und insbesondere unter Kurzarbeitslosen ohne gesundheitliche Einschränkungen – ist die Förderquote erheblich geringer als unter Personen, die länger arbeitslos bleiben (vgl. Abbildung 19).

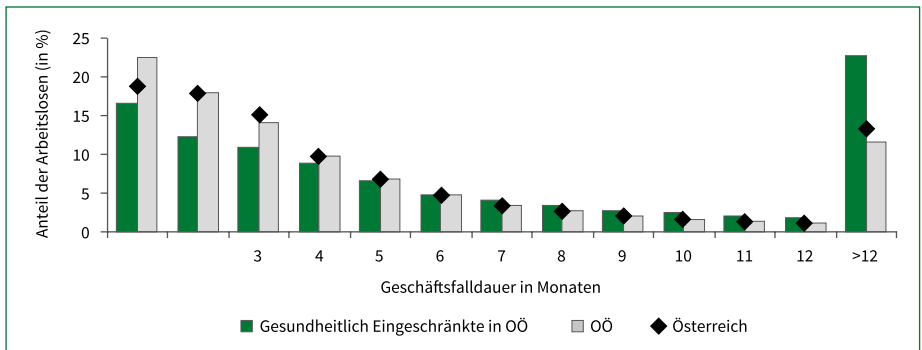
Hinzu kommt, dass gesundheitlich eingeschränkte Personen in den ersten Monaten der Arbeitslosigkeit eher in eine Förderung einbezogen werden als andere Arbeitsuchende. Bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit nehmen Arbeitslose mit Gesundheitsproblemen allerdings seltener als Arbeitsuchende ohne Gesundheitsprobleme 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 19).
- » 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. Beispielsweise wurden im sechsten Geschäftsfallmonat 29,8 % der gesundheitlich Eingeschränkten und 36 % aller Arbeitslosen in Oberösterreich gefördert, im 12. Monat 37,8 % der gesundheitlich Eingeschränkten und 46,7 % aller Arbeitslosen in Ober-

österreich, im 24. Monat 34,1 % der gesundheitlich Eingeschränkten und 47,7 % aller Arbeitslosen in Oberösterreich (vgl. Abbildung 20).³³

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.

Abbildung 18: Verteilung der Arbeitslosen nach Geschäftsfalldauer

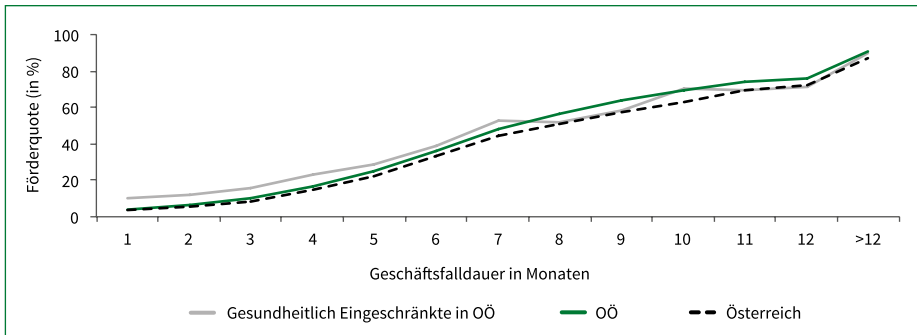


Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012.

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

³³ 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.

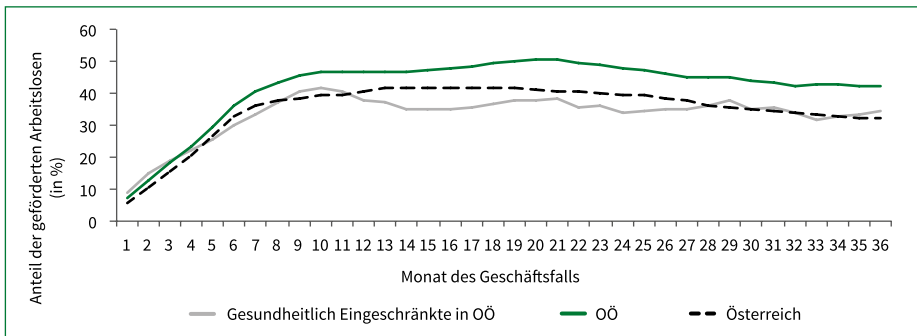
Abbildung 19: Förderquote nach Geschäftsfalldauer



Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012.

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

Abbildung 20: Bereinigte Förderquote nach Geschäftsfallmonat



Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012.

Anteil der Geförderten an allen im jeweiligen Geschäftsfallmonat noch in Arbeitslosigkeit befindlichen Personen.

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

Hinsichtlich Diagnosegruppen sind keine systematischen Unterschiede in der (unbereinigten) Förderquote beobachtbar. Diese variiert jedoch teilweise in Bezug auf persönliche Merkmale der gesundheitlich eingeschränkten Personen (vgl. Übersicht 17):

- » 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 Kurzarbeitslosen (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) hervor. In dieser Personengruppe nehmen insgesamt 60,2 % im Laufe ihrer Arbeitslosigkeit an einer Förderung teil. Fast alle derjenigen mit Geschäftsdauer über ein Jahr (98,4 %) werden gefördert.
- » WiedereinsteigerInnen sind eine weitere Gruppe mit relativ hoher Förderquote.
- » Personen mit Einstellungs- bzw. Wiedereinstellungszusage bei ihrem früheren Arbeitgeber sind umgekehrt eine vergleichsweise selten geförderte Personengruppe. Erst bei länger anhaltender Arbeitslosigkeit werden auch sie in Unterstützungsangeboten einbezogen.
- » Maßnahmenteilnahmen sind dann häufiger und setzen auch bereits früher während der Arbeitslosigkeit an, wenn die letzte ungeforderte Beschäftigung bereits länger zurückliegt.

Übersicht 17: Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose mit mindestens einer Förderung während des Geschäftsfalls nach Personengruppen in ÖÖ 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
Geschlecht					
Frauen	45,7	14,1	35,0	63,2	88,9
Männer	38,8	11,0	26,0	58,7	90,4
Altersgruppe					
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
Ausbildungsniveau					
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
Nationalität					
InländerIn	41,1	12,0	29,6	59,5	90,0
Deutschland	33,9	5,7	22,0	62,5	90,0
EU-15 (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
EU 2004	31,0	8,3	18,2	46,2	88,9
EU 2007/2013	39,8	6,0	24,4	72,9	91,7
Sonstiger Staat	60,2	15,7	48,6	70,0	98,4
Kinderzahl Frauen					
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

	Gesamt	GF-Dauer			
		≤ 92 Tage	93–183 Tage	184–66 Tage	> 366 Tage
Besondere Personengruppen					
WiedereinsteigerIn	53,2	15,8	45,1	63,3	88,8
Einstellzusage	11,3	5,9	10,4	36,2	82,8
Wiedereinstellung beim früheren Arbeitgeber	12,6	2,9	13,5	53,8	94,5
(GF-)Arbeitslosigkeit in den letzten 2 Jahren					
≤ 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
(GF-)Arbeitslosigkeit in den letzten 5 Jahren					
≤ 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
Krankengeldbezug während AL in den letzten 2 Jahren	45,8	12,8	30,8	59,0	88,9
Krankengeldbezug während USB in den letzten 2 Jahren	43,0	13,0	45,0	61,0	90,9
Distanz zur letzten USB					
≤ 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

Anteile in % aller gesundheitlich eingeschränkten Personen mit Geschäftsfallzugang in OÖ 2012.

GF: Geschäftsfall.

Sonstiger Staat: ohne die Länder der EU, Türkei und ehemaliges Jugoslawien (ohne Serbien und Kroatien).

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

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 Gesundheitspro-

blem an allen Maßnahmenarten mit Ausnahme von Arbeitsstiftungen eher teil als sonstige Arbeitslose (vgl. Übersicht 18). 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 %). 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB 2,9 %, GBP 2,1 %, SÖBÜ 1,2 %)³⁴ zu verzeichnen.

Übersicht 18: 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	184–66 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	

34 Hinsichtlich Diagnosegruppen 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.

ö					
	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

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

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 %).³⁵ 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 19).

Übersicht 19: Durchschnittlicher Anteil der Fördertage an den Geschäftsfalltagen

	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

Grundgesamtheit: Geschäftsfallzugänge 2012.

Der Gesamtdurchschnitt von 17,9 % bezieht sich auf die Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Personen, nicht nur auf diejenigen mit einer der sechs näher betrachteten Diagnosen.

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

³⁵ 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, so 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 darauffolgender 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 20).

Übersicht 20: Die häufigsten Förderkombinationen und Fördersequenzen im Laufe eines Geschäftsfalls

Kombinationen von Förderungen			Fördersequenzen		
	Abs.	In %		Abs.	In %
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			

Kombinationen von Förderungen			Fördersequenzen		
	Abs.	In %		Abs.	In %
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			

Grundgesamtheit: Geschäftszugänge von gesundheitlich eingeschränkten Personen in OÖ 2012.

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

6 WIRKUNG AKTIVER ARBEITSMARKTPOLITISCHER MASSNAHMEN

6.1 Empirisches Untersuchungsdesign

6.1.1 Strategie zur Identifikation kausaler Effekte

In der mikroökonomischen Wirkungsanalyse wird ermittelt, inwieweit die vom AMS gesetzten Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik zu einer Verbesserung der Beschäftigungschancen der geförderten Arbeitsuchenden 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“ (vgl. 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 Arbeitsmarktergebnis der TeilnehmerInnen und dem hypothetischen Ergebnis definiert, das die TeilnehmerInnen im kontrafaktischen Fall einer Nichtteilnahme erzielt hätten.

In anderen Worten: Der Erfolg einer Maßnahme ist 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 Arbeitsmarktergebnis 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 Nichtteilnahme zu ermöglichen.

Ein unmittelbarer Vergleich zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen würde in der Regel zu einer verzerrten Schätzung von Maßnahmeneffekten führen, da die Fördererteilnahme 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 Arbeitsmarktchancen haben. Bei einem unmittelbaren Vergleich wäre ein gemessener Unterschied in den Arbeitsmarktergebnissen 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).³⁶ Kurz gefasst, werden hierbei die (durchschnittlichen) Arbeitsmarktergebnisse der Geförderten mit den (durchschnittlichen) Arbeitsmarktergebnissen 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).

.....
36 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.

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 soziodemografische 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 NichtteilnehmerInnen 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.

6.1.2 Datengrundlage der 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 (für eine Liste der beim Matching verwendeten Kontrollvariablen³⁷ siehe Kasten). Diese umfangreichen Informationen rechtfertigen die Annahme, dass die wesentlichen Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer Förderteilnahme und die nachfolgende Erwerbsintegration beeinflussen, beobachtbar sind und somit die kausale Wirkung einer Maßnahmenteilnahme anhand des beschriebenen Vergleichs zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen ermittelt werden kann.

.....

37 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.

Set an verwendeten Kontrollvariablen:

- » betrachtetes Quartal der Arbeitslosigkeit (1/2012 bis 4/2012)
- » bisherige Geschäftsfalldauer bis zum Beginn des betrachteten Quartals
- » Betroffenheit von Langzeitbeschäftigungslosigkeit³⁸ bzw. von einer arbeitsmarktfernen Position zu Beginn des betrachteten Quartals
- » AMS-Zone zu Beginn des betrachteten Quartals³⁹
- » 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 (Vorliegen der Diagnosen mit ICD-Code 1, 5/6, 9, 10, 13 bzw. 19)
- » 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 unselbstständige Beschäftigung auf dem ersten bzw. zweiten Arbeitsmarkt, ungeförderte unselbstständige Beschäftigung, selbstständige Beschäftigung, gesicherte erwerbsferne Position (exklusive Pension)

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

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

- » Krankengeldbezüge während Arbeitslosigkeit bzw. unselbstständiger 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 ungeforderte unselbstständige Beschäftigung mit einer Mindestdauer von 63 Tagen)
- » detaillierte Förderhistorie: zeitliche Distanz und Art der letzten Förderung vor Quartalsbeginn – Unterscheidung, ob BBE, Bildungsmaßnahme (AA, BO, KK, AST) bzw. Beschäftigungsmaßnahme (EB, KOM, SÖB, GBP, SÖBÜ)
- » 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, Langzeitarbeitslosenquote, Stellenandrangsziffer, durchschnittliche Brutto-Geschäftsdauer, teilweise auch Häufigkeit von Wiedereinstellungen beim früheren Arbeitgeber, Arbeitslosenquote nach Geschlecht und Altersgruppen, Anteil der niedrig/mittel/hoch qualifizierten sowie der gesundheitlich beeinträchtigten Personen an den Arbeitslosen (Struktur der Arbeitslosen), Langzeitarbeitslosenquote nach Geschlecht, durchschnittliches Arbeitslosengeld- bzw. Notstandshilfeleistungsniveau, 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)⁴⁰

6.1.3 Grenzen des Analysepotenzials

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 Nichtteilnahme auch die Teilnahme an einer Maßnahme direkt mit der (gleichzeitigen) Teilnahme an einer anderen Maßnahme zu vergleichen.⁴¹ Idealerweise könnten alle Maßnahmen paarweise miteinander verglichen werden, die in einer bestimmten Arbeitslosigkeitssituation plausible Alternativen darstellen.⁴² Beide Arten von Vergleichen würden nicht nur für die Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen, sondern auch differenziert nach Diagnosegruppen umgesetzt. Ein besonderes Erkenntnisinteresse gilt nämlich der Frage, welche Typen von Maßnahmen für welche Gruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen wirken. Zudem könnte im Idealfall 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.

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

41 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“).

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

Zentrale Ursache dafür ist eine – trotz Rückgriff auf Vollerhebungen – von vornherein geringe Fallzahl,⁴³ die durch mehrere Umstände begründet ist: Aufgrund der Einschränkung auf das Bundesland Oberösterreich und hierin auf die Personengruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen ist die untersuchte Grundgesamtheit von vornherein gering. Diese reduziert sich weiter durch den Fokus auf die TeilnehmerInnen 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. Mit dem Fokus auf einzelne Subgruppen gesundheitlich eingeschränkter Personen wird die betrachtete Personengruppe noch kleiner. Hinzu kommt noch die Notwendigkeit, im Zuge der Wirkungsanalyse MaßnahmenteilnehmerInnen nur mit ähnlichen gesundheitlich eingeschränkten Personen zu vergleichen, die zur gleichen Zeit 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 Einstellungs-zusage 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.⁴⁴

43 Ein weiterer Grund für die Unmöglichkeit, ausreichend vergleichbare Vergleichsgruppen zu bilden, kann in der Selektivität der Maßnahmen-zuweisung liegen. Arbeitsuchende werden aufgrund ihrer Merkmale bzw. ihrer 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.

44 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.

6.1.4 Die untersuchten Maßnahmen

Es wurde die Wirkung der folgenden Maßnahmentypen untersucht:

- » Maßnahmen der aktiven Arbeitssuche (AA)
- » berufliche Orientierung (BO)
- » Qualifizierung (QUAL)
- » Beihilfe zu Kurskosten (KK)
- » geförderte Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt in einem sozialökonomischen Betrieb (SÖB), gemeinnützigen Beschäftigungsprojekt (GBP) oder bei einem sozialökonomischen Betrieb Überlasser (SÖBÜ)
- » geförderte Beschäftigung auf dem ersten 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 speziell für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich zum anderen bei Teilnahmen dieser Zielgruppe an sonstigen Trägerförderungen großteils 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 Förderepisode zusammengefasst, wenn sie sich zeitlich überschneiden haben oder mit einem Abstand von weniger als eineinhalb Monaten aufeinander gefolgt sind. Dies gilt auch für unterschiedliche Fördertypen. Eine derartige Förderungsabfolge wird demnach als eine einheitliche Form der Intervention interpretiert.⁴⁵

Betrachtet werden nur Förderepisoden mit einer Mindestdauer von einer Woche (sieben Tagen). 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.⁴⁶

6.1.5 Untersuchte Personengruppe

Die untersuchte Personengruppe umfasst grundsätzlich alle 25- bis 55-jährigen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen⁴⁷, 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 oder SR)⁴⁸,
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 waren und

.....
⁴⁵ Die resultierende Förderepisode wurde anhand der folgenden Hierarchie einem Maßnahmenentyp zugeordnet: SÖB – GBP – SÖBÜ – EB/KOM – (AST) – QUAL – (TRAIN) – AA – BO – KK – BBE.

⁴⁶ Personen mit kürzeren Förderungen wurden ausgeschlossen, sind also weder Teil der Treatment- noch der Kontrollgruppe.

⁴⁷ Zum Stichtag Quartalsbeginn gemessen.

⁴⁸ 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 unselbstständiger Beschäftigung, selbstständiger 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 wurden 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 wurden zusätzlich Personen mit Einstellungszusage (zum Stichtag Quartalsbeginn), da sie bereits vor der (hypothetischen) Förderteilnahme einen Arbeitsplatz gefunden hatten. Dasselbe gilt auch für Personen, die (mit oder ohne in den Daten erfasste Einstellungszusage) nach der Arbeitslosigkeit zu ihrem früheren Arbeitgeber zurückkehrten. Beide Gruppen legen in der Regel ein anderes Arbeitsuchverhalten an den Tag als die sonstigen Arbeitslosen. Weiters aus der Wirkungsanalyse ausgeschlossen wurden die wenigen Personen, die im Beobachtungszeitraum verstorben waren, für die eine regionale Zuordnung auf Basis der vorhandenen Daten nicht möglich war oder für die sonstige zentrale Merkmale wie Geschlecht, Alter oder Ausbildung fehlten. Zu guter Letzt wurden 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 erfolgten Wirkungsanalysen auch für Personen ohne gesundheitliche Einschränkung bzw. für Oberösterreich insgesamt.

Im Analysesample (für Oberösterreich insgesamt) verblieben 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 konnte die spezifische Wirkung für bis zu vier unterschiedliche Diagnosegruppen untersucht werden:

- » psychische und Verhaltensstörungen oder Erkrankungen des Nervensystems
- » Erkrankungen des Atmungssystems
- » Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes
- » 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.

6.1.6 Die gewählte Vergleichssituation

Die Evaluierung der ausgewählten Maßnahmen erfolgte 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) gewesen sein, in dem die Geförderten in eine Maßnahme eintraten. Dadurch sollte 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).⁴⁹ 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.⁵⁰

Um die Maßnahmenwirkung klarer zuordenbar zu machen, wurde, wie bereits erwähnt, die Analyse sowohl aufseiten 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.

Pro Quartal wurde 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.

.....
49 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.

50 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.

6.1.7 Untersuchungszeitraum und Ergebnisvariable

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 wurde, wäre in vielen Fällen ein Teil des Förderzeitraums in die Nachbeobachtungsperiode gefallen. Das ist weniger bei kurzen Förderungen wie BBE als bei längeren Qualifizierungen und Beschäftigungsförderungen relevant. Um diesen Entzugseffekten Rechnung zu tragen, wurde bei den präsentierten Effekten zumeist das erste Jahr ausgeblendet, innerhalb dessen die allermeisten Förderungen endeten. Die Arbeitsmarktergebnisse der Geförderten und Ungeförderten wurden hauptsächlich im zweiten und dritten Jahr nach Quartalsende verglichen.

- » Konkret wurde die Wirkung einer Förderteilnahme anhand der Summe der in diesen zwei Jahren in den folgenden sieben Erwerbszuständen verbrachten Tage gemessen:
- » ungeförderte unselbstständige Beschäftigung über der Geringfügigkeitsgrenze (inkl. freier Dienstverträge)
- » geförderte unselbstständige Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (inkl. freier Dienstverträge)
- » geförderte unselbstständige Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (inkl. freier Dienstverträge)
- » selbstständige Beschäftigung (inkl. Werkverträge)
- » Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem Vormerkstatus (einschließlich Schulungsteilnahmen und Lehrstellensuche)

- » gesicherte erwerbsferne Position („ges. OLF“), darunter insbesondere Alters- oder Invaliditätspension sowie Kinderbetreuung)⁵¹
- » ungesicherte erwerbsferne Position („unges. OLF“)⁵²

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

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

6.2 Ergebnisse der Wirkungsanalyse

6.2.1 Maßnahmenwirkung für gesundheitlich eingeschränkte Personen

Die Ergebnisse der ökonometrischen Wirkungsanalyse werden anhand der durchschnittlichen Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen (dunkelgrüne Balken), der durchschnittlichen Ergebnisse der Kontrollgruppe aus ähnlichen NichtteilnehmerInnen (hellgrüne Balken) sowie der Fördereffekte (Differenz der Durchschnittswerte von Treatment- und Kontrollgruppe) präsentiert.

Über die einzelnen Fördertypen hinweg lässt sich feststellen, dass die Teilnahme an Maßnahmen der Arbeitsmarktförderung die Erwerbsbeteiligung der Geförderten posi-

51 „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.

52 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 Pensionsvorsüssen).

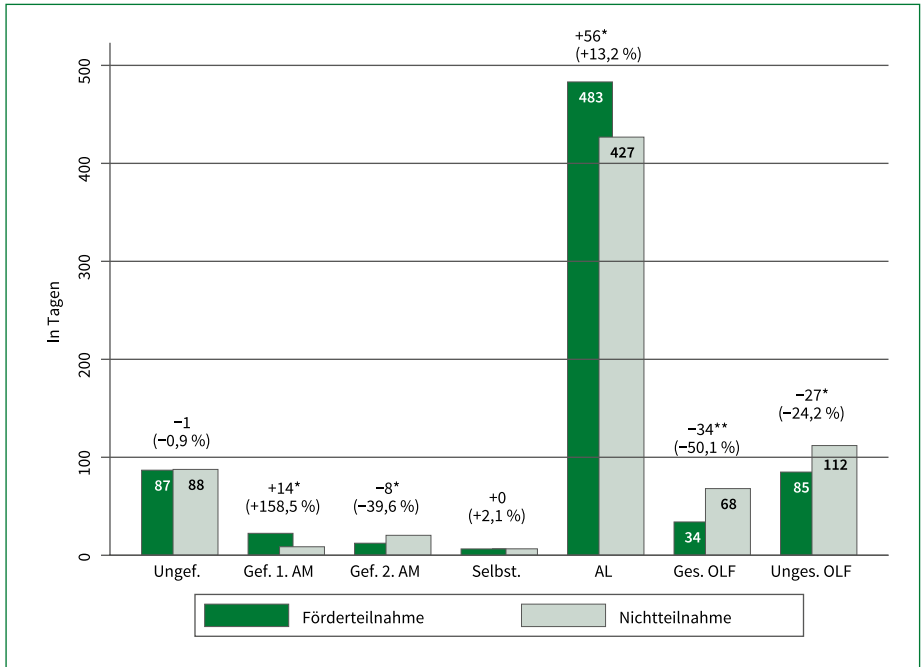
tiv beeinflusst. Die TeilnehmerInnen ziehen sich weniger aus dem Arbeitskräfteangebot zurück und verbringen stattdessen mehr Zeit in Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit.

Im Zuge der aktiven Arbeitsuche (AA) werden Arbeitslosen in externen Einrichtungen im Auftrag des AMS Fertigkeiten vermittelt, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Arbeitsuche 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 Arbeitsuche 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 Förderbeteiligung im Durchschnitt um 34 Tage weniger (-50,1 %) in gesicherten erwerbsfernen Zuständen, um 27 Tage weniger (-24,2 %) in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen und um 56 Tage mehr (+13,2 %) in Arbeitslosigkeit. Sie verbringen als Konsequenz der Förderung im Durchschnitt 14 Tage mehr (+158,5 %) in geförderter Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (EB/Kombilohn) und 8 Tage weniger (-39,6 %) in geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB/GBP/SÖBÜ). Auf die ungeforderte Beschäftigung hat eine Maßnahmenteilnahme keinen Effekt (vgl. Abbildung 21).⁵³

.....
53 Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn und Unterschiede nach Jahren siehe Eppel et al. 2017.

Abbildung 21: Effekt einer Teilnahme an aktiver Arbeitsuche (AA) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.

Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.

Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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.

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

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) sowie

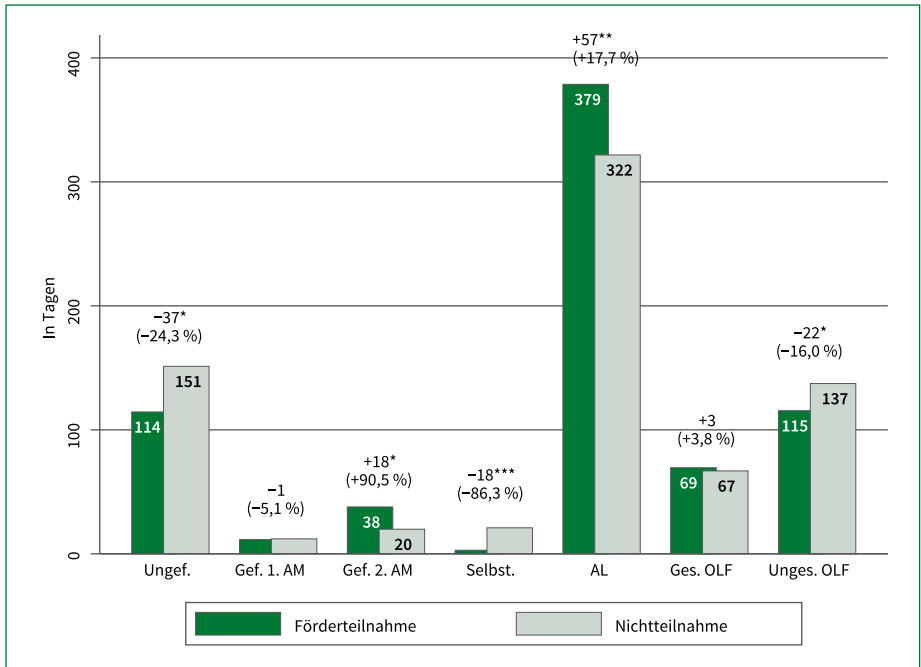
an BerufseinsteigerInnen (Berufsvorbereitung) richten. Sie sollen eine Hilfestellung bei der beruflichen Entscheidungsfindung und Berufswegplanung – der Erarbeitung eines umsetzbaren Karriereplans – bieten bzw. der persönlichen und sozialen Stabilisierung der Teilnehmenden dienen und damit die Voraussetzung für die Aufnahme einer Beschäftigung bzw. einer Lehre 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 %) gegenüber; die Geförderten sind im Zweijahreszeitraum zudem signifikant weniger (-37 Tage bzw. -24,3 %) in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung (vgl. Abbildung 22).⁵⁴

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“).

.....
⁵⁴ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) siehe Eppel et al. 2017.

Abbildung 22: Effekt einer Teilnahme an beruflicher Orientierung (BO) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.

Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.

Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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.

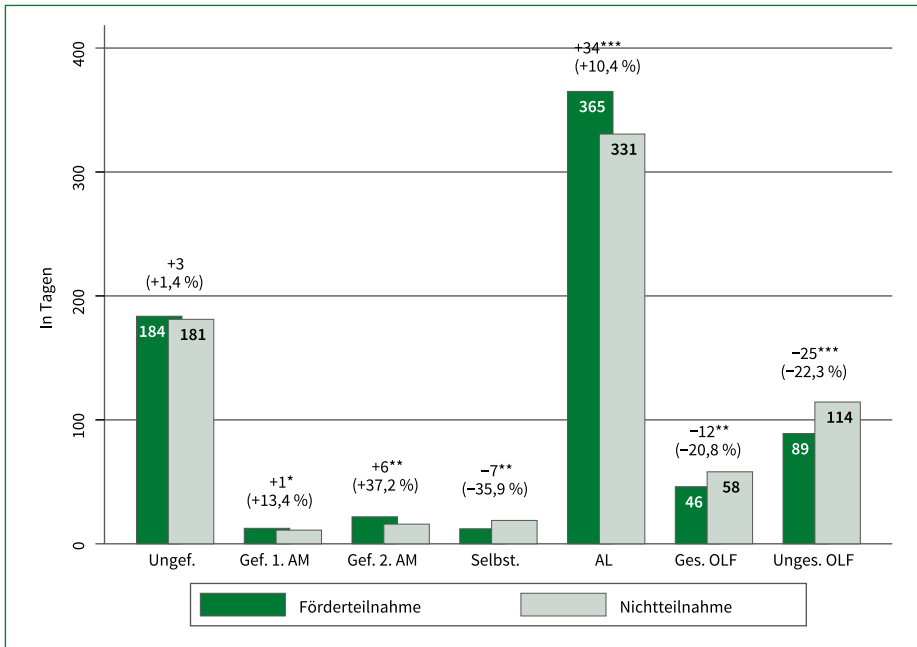
N: 133.074 Nichtgeförderte und 201 Geförderte.

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

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 speziell auch bei der Förderung gesundheitlich eingeschränkter Arbeitsloser eine große 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 Geschäftsjahrs an fachlicher Qualifizierung teil. Diese dauerte im Median etwa zwei Monate.

Abbildung 23: 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 in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.
 Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.
 Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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.

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

Im zweijährigen Beobachtungszeitraum lässt sich als Wirkung einer Maßnahmenteilnahme eine deutliche Steigerung der Erwerbsbeteiligung feststellen. Die Geförderten sind im Durchschnitt um 12 Tage weniger (-20,8 %) in gesicherter Erwerbsinaktivität, um 25 Tage weniger (-22,3 %) in ungesicherter Erwerbsinaktivität und um 34 Tage mehr (+10,4 %) in Arbeitslosigkeit. Die von MaßnahmenteilnehmerInnen in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung verbrachte Zeit unterscheidet sich in Summe nicht von jener der ähnlichen NichtteilnehmerInnen (vgl. Abbildung 23).

Eine Aufschlüsselung in die einzelnen Jahre (siehe Abbildung 26) 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 unselbstständiger 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, der zufolge 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. Währenddessen schränken die MaßnahmenteilnehmerInnen vorübergehend ihre Arbeitssuche ein und partizipieren deshalb aus gutem Grund nicht am Arbeitsmarkt. Mittel- bis langfristig zeitigen die Maßnahmen jedoch positive Effekte, da sich offensichtlich die Investitionen in Humankapital bzw. Produktivität lohnen (vgl. Kluge 2010; Card/Kluge/Weber 2010; Card/Kluge/Weber 2015).⁵⁵

Die zeitverzögerte positive Wirkung fachlicher Qualifizierung ist in Abbildung 24 anhand des Personenanteils in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung zu bestimmen

.....
 55 Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn und Unterschiede nach Jahren siehe Eppel et al. 2017.

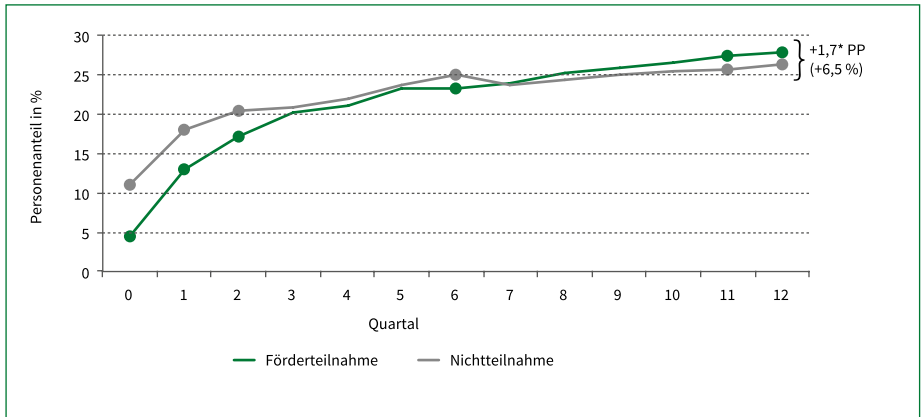
Stichtagen, nämlich am Ende des Förderquartals und am Ende der 12 Quartale danach, dargestellt (siehe auch Übersicht 21). Die grüne Linie gibt den Anteil für die geförderten Personen, die graue Linie den Anteil für die Kontrollgruppe aus ähnlichen ungeförderten Personen wieder. Nur zu denjenigen Zeitpunkten, an denen sich die beiden Gruppen signifikant unterschieden, 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 unselbstständiger 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 unselbstständiger Beschäftigung. Das sind um 1,7 Prozentpunkte bzw. 6,5 % mehr als unter vergleichbaren nicht geförderten Personen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.⁵⁶

.....

56 Von der Gesamtheit aller gesundheitlich eingeschränkten Personen sind drei Jahre nach dem (hypothetischen) Förderbeginn 27,3 % in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung, 43 % in Arbeitslosigkeit mit geschäftsfallbegründendem Status, 1 % in geförderter Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, 2,6 % in geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt, 2,9 % in selbstständiger Beschäftigung und 23,3 % in sonstigen (erwerbsfernen) Zuständen.

Abbildung 24: Effekt einer Teilnahme an einer trägerbezogenen fachlichen Qualifizierung (QUAL) für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeförderter unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012



Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung.

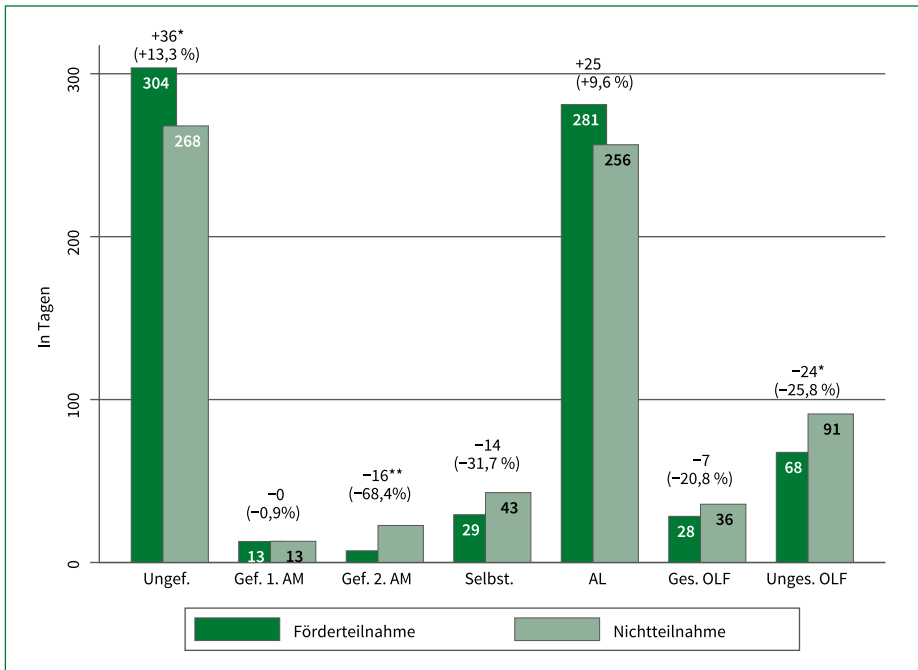
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte.

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

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 mehr (+13,3 %) in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung als vergleichbare nicht geförderte Arbeitslose. Sie sind um 24 Tage weniger (-25,8 %) in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen und um 16 Tage weniger (-68,4 %) in geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt. Weiters lässt sich feststellen,

dass die Geförderten in Summe 25 Tage mehr (+9,6 %) in Arbeitslosigkeit verbringen. Dieser Effekt ist aber statistisch nicht signifikant (vgl. Abbildung 25).⁵⁷

Abbildung 25: 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 in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.

Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.

Über den Balken: Fördereffekt, absolut und in Prozent, gemessen am Ergebnis der Kontrollgruppe.

Sterne zeigen die statistische Signifikanz der Unterschiede an:

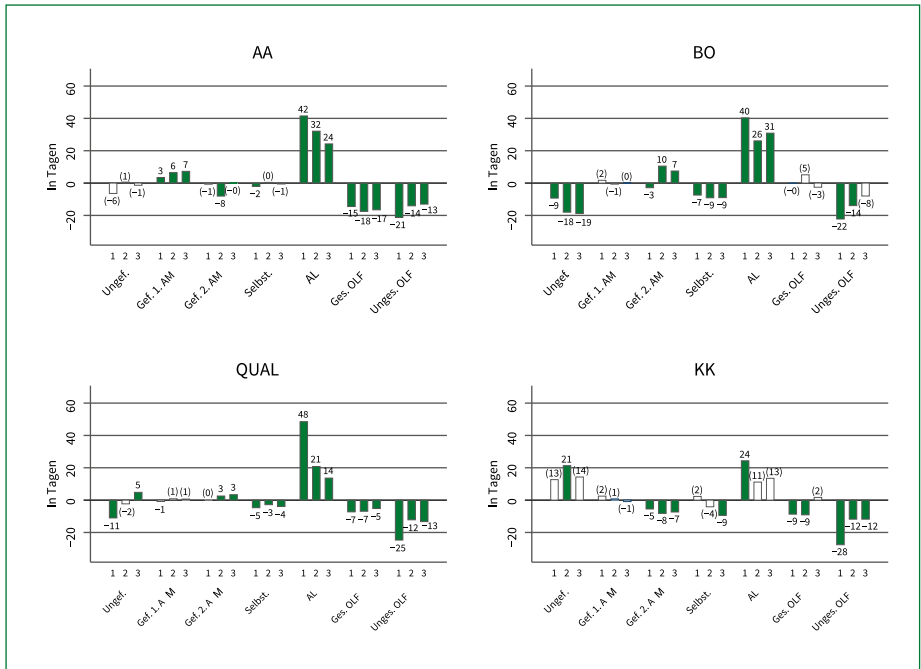
*** signifikant auf 1 %-Niveau, ** signifikant auf 5 %-Niveau, * signifikant auf 10 %-Niveau.

N: 133.074 Nichtgeförderte und 112 Geförderte.

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

⁵⁷ Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) und Unterschiede nach Jahren siehe Eppel et al. 2017.

Abbildung 26: 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 in OÖ 2012



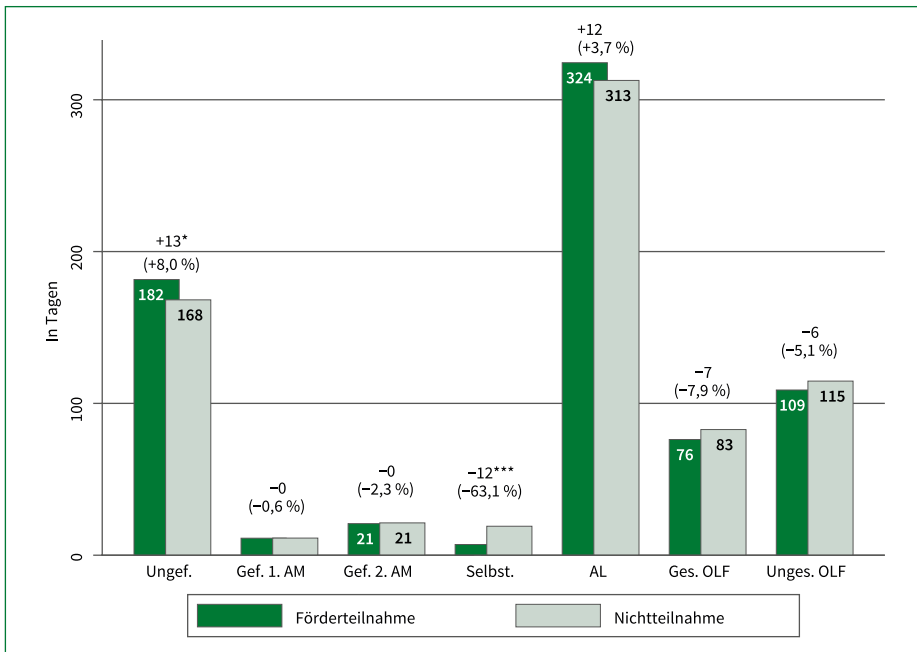
Dargestellt sind Fördereffekte in Tagen. Bei statistisch insignifikanten Effekten sind Werte in Klammern gesetzt und Balken nicht gefüllt.

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

Das AMS betraut teilweise externe arbeitsmarktbezogene Beratungs- und Betreuungseinrichtungen (BBE) mit der Betreuung, Vermittlung oder eine Beschäftigung begleitenden Unterstützung von Arbeitsuchenden 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 gesund-

heitlichen 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 27: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.
 Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.
 Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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.

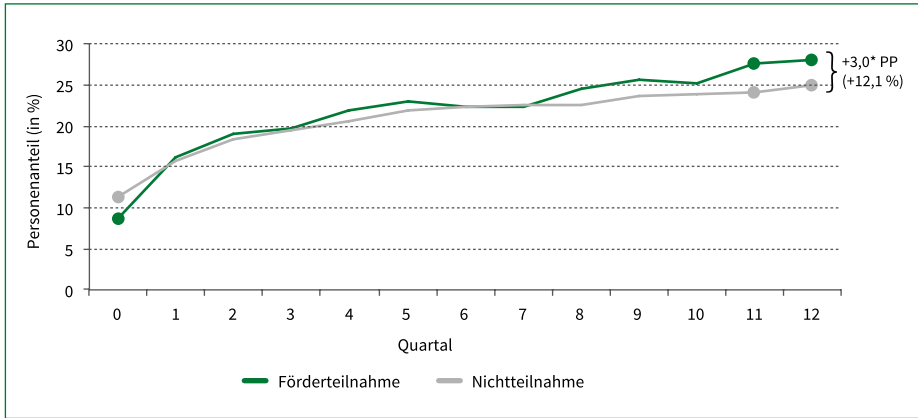
Quelle: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO

Gemäß Wirkungsanalyse sind die Geförderten im betrachteten Zweijahreszeitraum gegenüber vergleichbaren Arbeitslosen ohne Maßnahmenteilnahme um 13 Tage mehr (+8,0 %) in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung und um 12 Tage weniger (-63,1 %) in selbstständiger Beschäftigung. Diese Effekte sind statistisch signifikant. Die Geförderten sind im Durchschnitt um 12 Tage mehr (+3,7 %) in Arbeitslosigkeit und um insgesamt 13 Tage weniger erwerbsinaktiv. Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant (vgl. Abbildung 27).⁵⁸

Ähnlich wie bei fachlicher Qualifizierung (QUAL) wird der positive Effekt auf die ungeförderter Beschäftigung erst mit großer zeitlicher Verzögerung sichtbar, nämlich am Ende des dreijährigen Nachbeobachtungszeitraums (vgl. Abbildung 28 und Übersicht 21). Drei Jahre nach Förderbeginn befinden sich 27,7 % der Geförderten in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung. Das sind um 3 Prozentpunkte bzw. 12,1 % mehr als unter vergleichbaren nicht geförderten Personen. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant.

.....
58 Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) und Unterschiede nach Jahren siehe Eppel et al. 2017.

Abbildung 28: Effekt einer Förderung mittels BBE für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012



Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung.

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte.

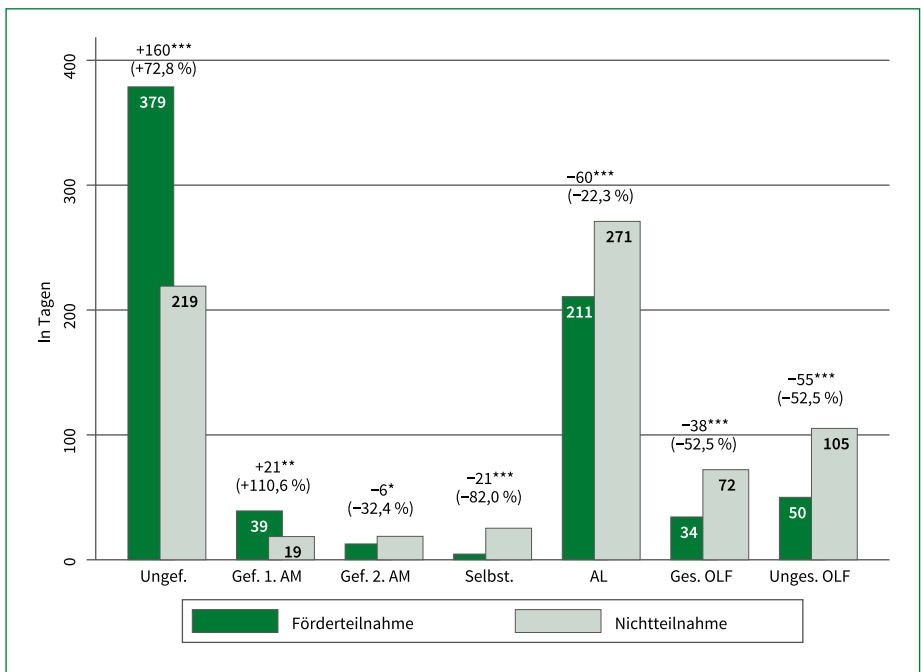
Quelle: OÖGKK und WIFO INDI-DV auf Basis Arbeitsmarktservice Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und WIFO

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 Kombilohnbeihilfen⁵⁹ 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 Arbeitsuchenden mit Eintritt der Arbeitslosigkeit 2012 nahmen im Laufe ihres Geschäftsfalls eine

⁵⁹ Mit Kombilohnbeihilfen soll ein Anreiz für Arbeitslose geschaffen werden, auch eine gering entlohnte Erwerbstätigkeit anzunehmen.

mittels EB oder KOM geförderte Beschäftigung auf. Die mediane Förderdauer belief sich auf ca. drei Monate.

Abbildung 29: Effekt einer Förderung mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohnbeihilfe für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.

Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.

Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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.

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

Eine Teilnahme an diesen Maßnahmen steigert für die Geförderten die nachfolgende Integration in ungeforderte Beschäftigung signifikant. Gemäß vorliegender Wirkungsanalyse verbringen die mittels Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohn auf dem ersten Arbeitsmarkt Geförderten im zweijährigen Nachbetrachtungszeitraum durchschnittlich 160 Tage mehr (+72,8 %) in ungeforderter unselbstständiger Beschäftigung als vergleichbare Arbeitslose ohne Förderteilnahme, um 60 Tage weniger (-22,3 %) in Arbeitslosigkeit, um 38 Tage weniger (-52,5 %) in gesicherten erwerbsfernen Zuständen und um 55 Tage weniger (-52,5 %) in ungesicherten erwerbsfernen Zuständen (vgl. Abbildung 28).^{60 61}

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 (vgl. 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 zweieinhalb Monate mehr in ungeforderter unselbstständiger Beschäftigung, als wenn sie nicht gefördert worden wären. Sie sind um ca. einen

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

61 Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) sowie für Unterschiede in den einzelnen Jahren siehe Eppel et al. 2017.

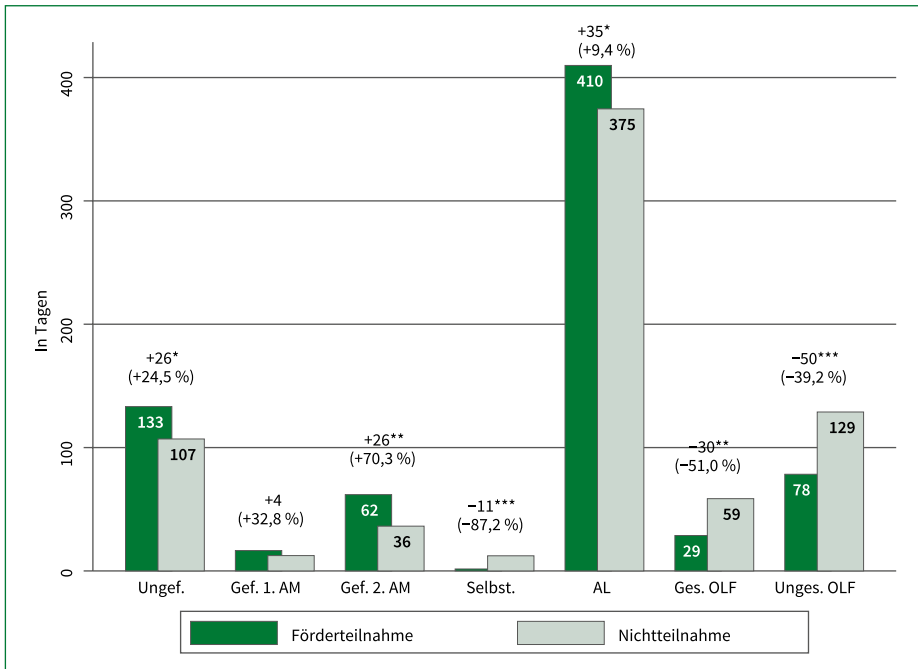
Monat weniger arbeitslos und verbringen ca. eineinhalb Monate weniger in gesicherten oder ungesicherten erwerbsfernen Zuständen.

Mit insgesamt 7,8 % wurde ein gegenüber anderen Gruppen von Arbeitsuchenden ebenfalls überproportional hoher Anteil der im Jahr 2012 neu geförderten Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen mittels geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt unterstützt. Diese nicht direkt in den ersten 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 den Umweg des zweiten 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 einem regulären Beschäftigterbetrieb überlassen zu werden.

6,3 % der Arbeitsuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen mit Eintritt der Arbeitslosigkeit im Jahr 2012 wurden im Laufe ihres Geschäftsfalls mittels SÖB, GBP oder SÖBÜ gefördert. Die mittlere Förderdauer lag bei SÖB und GBP mit ca. dreieinhalb Monaten über jener einer EB- (ca. drei Monate) und vor allem über derjenigen einer SÖBÜ-Förderung (etwa eineinhalb Monate).

Abbildung 30: 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 in OÖ 2012



Dunkelgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der FörderteilnehmerInnen.
 Hellgrüne Balken: durchschnittliche Ergebnisse der NichtteilnehmerInnen.
 Über den Balken: Fördereffekt, absolut und 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 Geförderte (SÖB/GBP/SÖBÜ).

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

Die Wirkungsanalyse ergibt, dass eine geförderte Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt⁶² 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 Nichtteilnahme um 35 Tage mehr (+9,4 %) arbeitslos und um 26 Tage mehr (+24,5 %) in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung. Die Geförderten verbringen außerdem in den zwei betrachteten Jahren 26 Tage mehr (+70,3 %) in geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt als vergleichbare Arbeitslose ohne Maßnahmenteilnahme (vgl. Abbildung 30).

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 nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit erneut an einer solchen Art von Förderung teil. Aus Abbildung 32 (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.⁶³

Da die Geförderten zunächst für längere Zeit in geförderter Beschäftigung und damit dem regulären Arbeitsmarkt entzogen sind – sie schränken aufgrund der Teilnahme ihre Arbeitsuche ein –, wird der positive Effekt einer geförderten Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt erst zwei Jahre nach Förderbeginn sichtbar (vgl. Abbildung 31 und Übersicht 22). Drei Jahre nach Förderbeginn sind 21,1 % der Geförderten in

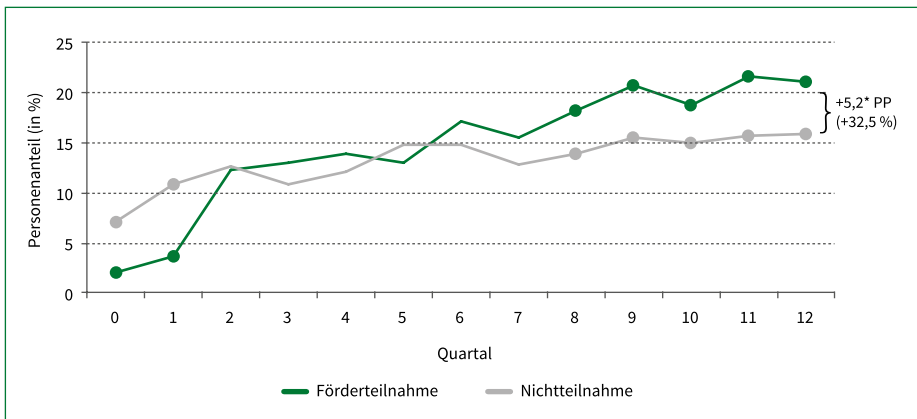
.....

62 Bei SÖBÜ-Förderungen wird nicht danach unterschieden, ob die Geförderten nach einer Vorbereitungsphase in ein Transitarbeitsverhältnis übernommen und ob sie einem Beschäftigerbetrieb überlassen wurden. Evaluiert 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 einem Beschäftigerbetrieb überlassen wird, in Wien sogar nur etwa ein Fünftel.

63 Für einen Vergleich der Erwerbsintegration zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen im gesamten Dreijahreszeitraum ab Förderbeginn (gemessen ab Ende des Förderquartals) und für Unterschiede nach Jahren siehe Eppel et al. 2017.

ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung. Das ist im Vergleich zu einer hypothetischen Situation, in der sie nicht gefördert worden wären, ein hoher Prozentsatz: In der Kontrollgruppe aus ähnlichen ungeförderden Personen sind es nur 16 % und damit um 5,2 Prozentpunkte weniger. Dies entspricht einem Unterschied von 32,5 % und bedeutet, dass eine Förderung auf dem zweiten Arbeitsmarkt die Wahrscheinlichkeit, nach drei Jahren in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung zu sein, um ein Drittel erhöht.

Abbildung 31: Effekt einer Förderung in einem SÖB, GBP oder SÖBÜ für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeförderter unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012



Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung.

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Punkte.

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

Übersicht 21: Effekt einer Förderung mittels AA, BO bzw. QUAL für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012

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

Zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen wird der Personenanteil in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung zu bestimmten Quartalsstichtagen verglichen.

Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Sternchen neben der Differenz (Fördereffekt).

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

Übersicht 22: Effekt einer Förderung mittels KK, BBE, SÖB/GBP/SÖBÜ bzw. EB/
KOM für die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen
auf die Integration in ungeforderte unselbstständige Beschäftigung
zu bestimmten Stichtagen in OÖ 2012

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

Zwischen TeilnehmerInnen und NichtteilnehmerInnen wird der Personenanteil in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung zu bestimmten Quartalsstichtagen verglichen.

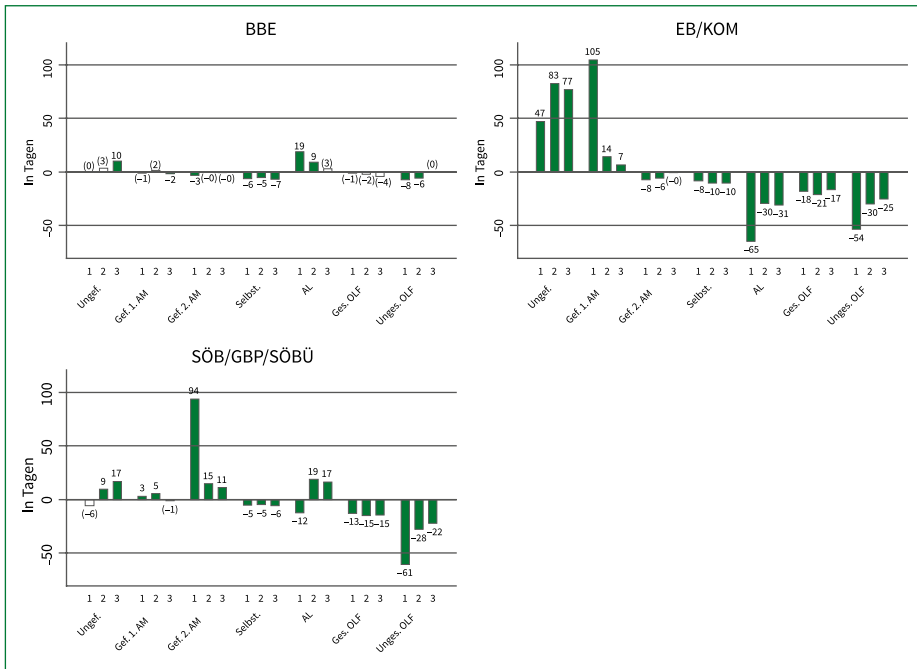
Messung zum Stichtag Quartalsende. 0: Ende des Quartals der (hypothetischen) Förderung.

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1. Bei statistisch insignifikanten Effekten keine Sternchen neben der Differenz (Fördereffekt).

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

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 unselbstständige Beschäftigung hat (siehe dazu Eppel et al. 2017).

Abbildung 32: 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 in OÖ 2012



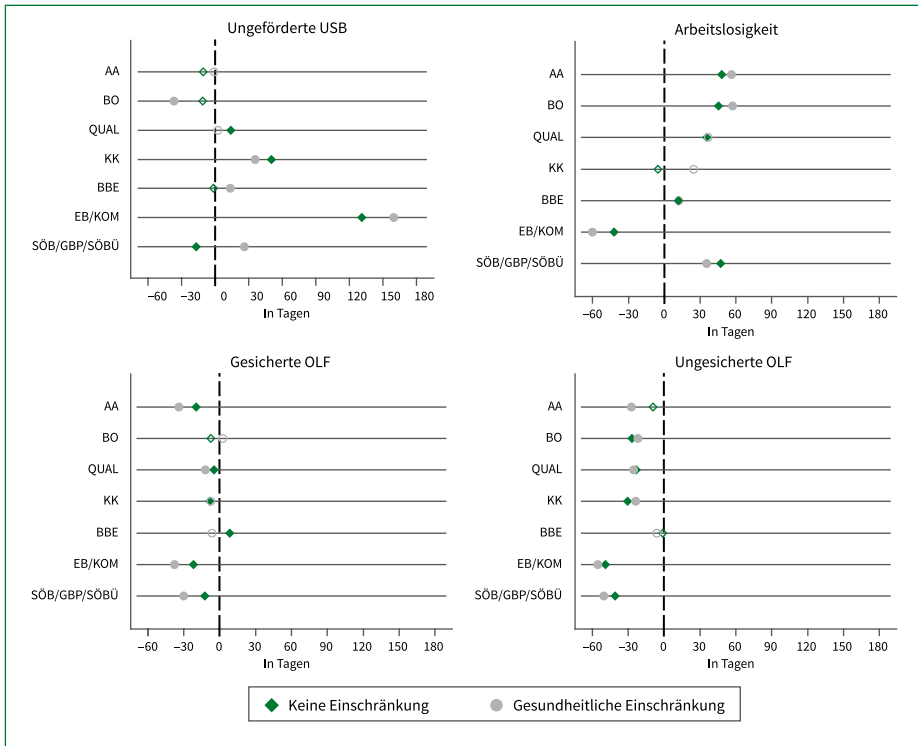
Dargestellt sind Fördereffekte in Tagen. Bei statistisch insignifikanten Effekten sind Werte in Klammern gesetzt und Balken nicht gefüllt.

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

6.2.2 Vergleich mit Maßnahmenwirkung für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen

In Abbildung 33 (Effekte absolut) und Abbildung 34 (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 Detailergebnisse zu Personen ohne Gesundheitsbelastung siehe Eppel et al. 2017). 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 Gesundheitsprobleme feststellen.

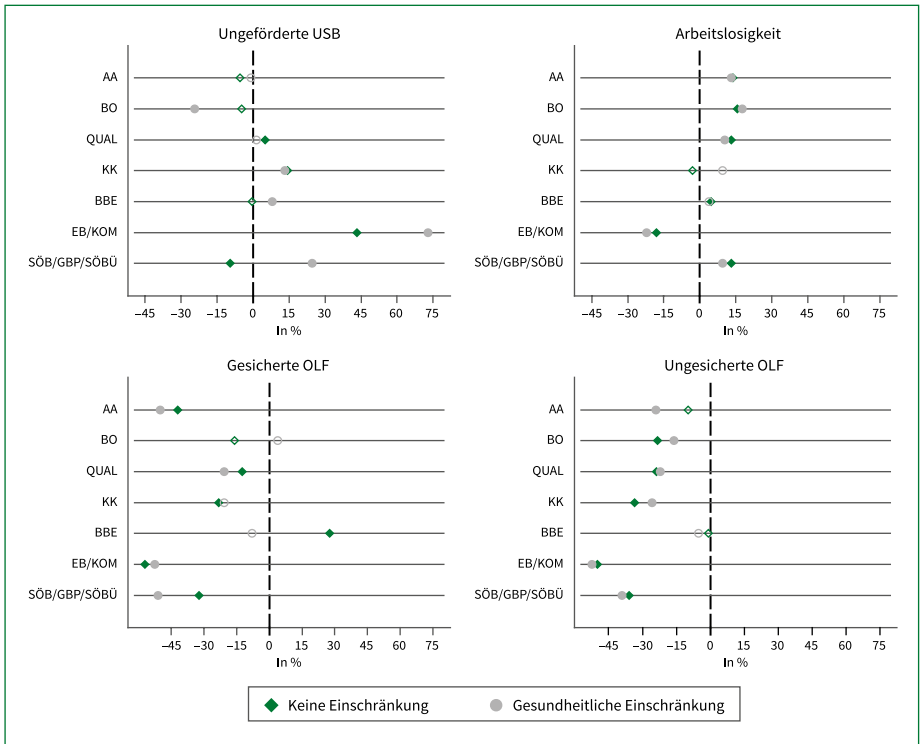
Abbildung 33: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (abs.) in OÖ 2012



Bei statistisch insignifikanten Werten (10 %-Signifikanzniveau) leere Kreise/Rauten.

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

Abbildung 34: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn zwischen gesundheitlich eingeschränkten und nicht gesundheitlich eingeschränkten Personen (in %) in OÖ 2012



Bei statistisch insignifikanten Werten (10 %-Signifikanzniveau) leere Kreise/Rauten.

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

Die Wirkung einer Teilnahme an aktiver Arbeitsuche (AA) fällt insgesamt sehr ähnlich aus: Bei beiden Gruppen steigert sie die Erwerbsbeteiligung, ohne einen Effekt auf die ungeförderte unselbstständige Beschäftigung zu haben. Für gesundheitlich einge-

schränkte 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 (+13,2 %), für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen um 48 Tage (+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 (-27 Tage bzw. -24,2 %) signifikant reduziert, 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 infolge einer Teilnahme an AA vermehrt in geförderter Beschäftigung auf dem ersten 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt verbrachten Zeit festzustellen (-8 Tage bzw. -39,6 %). Umgekehrt hat die Teilnahme an AA nur für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen die Konsequenz, im Nachbeobachtungszeitraum weniger in selbstständiger Beschäftigung zu sein (-17 Tage bzw. -79,7 %).

Eine Teilnahme an einer Berufsorientierungsmaßnahme (BO) zieht in beiden Gruppen mehr Arbeitslosigkeit⁶⁴ (+57 Tage bzw. +17,7 % vs. +45 Tage bzw. +15,7 %), mehr geförderte Beschäftigung auf dem zweiten 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 selbstständige 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 unselbstständiger Beschäftigung verbrachte Zeit (-37 Tage bzw. -24,3 %). Umgekehrt hat sie nur für nicht gesundheitlich eingeschränkte Personen mehr Zeit in geförderter Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zur Folge (+7 Tage bzw. +98,4 %).

64 Hier sind alle geschäftsfallbegründenden Vormerkstatus und somit auch Schulungen mitberücksichtigt.

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 ungeförderte unselbstständige Beschäftigung nachweisbar (in der Größenordnung von +14 Tagen bzw. +5 %). Die Wirkung dieser Maßnahmenart ist insgesamt ähnlich. Beide Gruppen sind infolge einer Qualifizierungsmaßnahme mehr in geförderter Beschäftigung auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt, weniger in selbstständiger Beschäftigung, mehr arbeitslos und weniger in gesicherten und ungesicherten erwerbsfernen Zuständen.

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

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

Die Wirkung von geförderter Beschäftigung auf dem ersten 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 ungeförderter unselbstständiger 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 arbeitsmarktrelevanten 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 (vgl. Eppel et al. 2011).

Vergleichsweise markant ist der Unterschied in der Wirkung von geförderter Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB/GBP/SÖBÜ). Sie steigert bei beiden Gruppen die Erwerbsbeteiligung, verbessert aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen die Integration in ungeförderter unselbstständige Beschäftigung im betrachteten Zweijahreszeitraum (+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 weniger (-9,5 %) in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung als vergleichbare nicht geförderte Personen.

Während die geförderten gesundheitlich eingeschränkten Personen bereits im zweiten Jahr nach Förderbeginn signifikant mehr in ungeförderter unselbstständiger 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt eher von regulärer Beschäftigung abgehalten als gesundheitlich eingeschränkte Personen.⁶⁵

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

- » Die Kurse zur aktiven Arbeitsuche steigern die Erwerbsbeteiligung ohne Effekt auf die Integration in ungeförderte unselbstständige Beschäftigung.
- » Auch Berufsorientierungskurse tragen zu einem Verbleib im Arbeitsangebot bei, dienen allerdings häufig zur Vorbereitung auf eine weitere Maßnahme und haben vermutlich deshalb (zunächst) ein geringeres Ausmaß an ungeförderter unselbstständiger 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 ungeförderte unselbstständige Beschäftigung.
- » Die Förderung von Qualifizierung mittels Kurskostenbeihilfen wirkt einem vollständigen Rückzug aus dem Arbeitsmarkt entgegen und stärkt signifikant die Integration in ungeförderte unselbstständige Beschäftigung.
- » Die Betreuung durch eine BBE führt nur zu leichten Verschiebungen zwischen Erwerbsinaktivität, Arbeitslosigkeit und selbstständiger Beschäftigung, hat jedoch keinen Effekt auf die ungeförderte unselbstständige Beschäftigung.
- » Eingliederungsbeihilfen haben eine deutliche arbeitsangebots- und beschäftigungssteigernde Wirkung.
- » Geförderte Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) steigert die Erwerbsbeteiligung; gleichzeitig lässt sie – vor dem Hintergrund ausgepräg-

65 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 unselbstständiger Beschäftigung sind als Treatment- und Kontrollgruppe unter den beobachteten gesundheitlich eingeschränkten Personen (133 bzw. 107 Tage).

ter Lock-in-Effekte – im zweiten und dritten Jahr nach Förderbeginn die ungeförderter unselbstständige Beschäftigung unverändert (vgl. Eppel et al. 2017).

6.2.3 Vergleich zwischen Diagnosegruppen

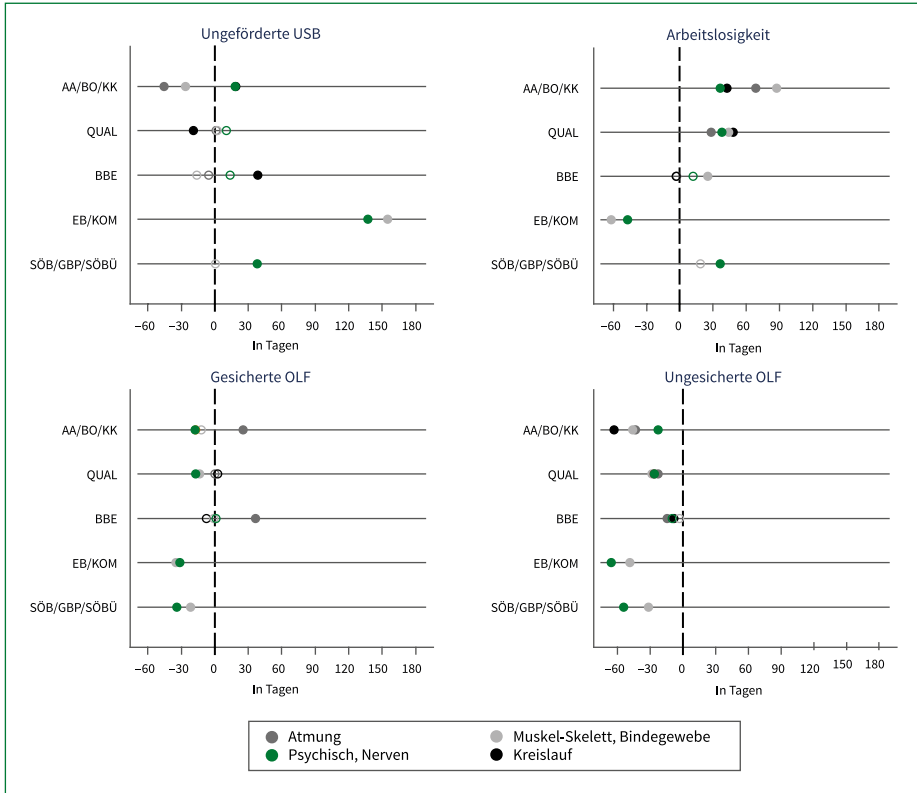
Mit einer Einschränkung auf einzelne Diagnosegruppen ist eine weitere Reduktion der ohnehin bereits geringen Fallzahlen verbunden. Vor diesem Hintergrund lassen sich Effekte nur für einen Teil der Maßnahmen vergleichen. Aktive Arbeitsuche, Berufsorientierung und Kurskostenbeihilfen müssen zu einer Kategorie 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 (für Abbildungen dazu siehe Eppel et al. 2017):

- » 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 ungeförderter unselbstständige Beschäftigung nachweisbar (in der Größenordnung von +18 Tagen bzw. +12,6 %). Für Personen mit Erkrankung 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 ungeförderter unselbstständige Beschäftigung. Aufgrund geringer Fallzahlen sind diese Unterschiede aber mit Vorsicht zu interpretieren.
- » Eine trägerbezogene fachliche Qualifizierung steigert allgemein die Erwerbsbeteiligung. Bei Personen mit Erkrankungen psychischer Natur, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Atmungssystems scheint sie im Zweijahreszeitraum keine signifikante Wirkung auf die in ungeförderter unselbstständiger 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 %). Dieser ist allerdings nur vorübergehender Natur und durch den Entzug vom Arbeitsmarkt während der Maßnahmen- teilnahme bedingt: Aus einer Einzeljahresbetrachtung ist zu erkennen, dass die Geförderten nur im zweiten Jahr weniger und im dritten Jahr ähnlich viel in unge- förderter unselbstständiger Beschäftigung sind wie ähnliche ungeforderte Arbeits- lose. 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 Zeit- verzögerung manifestiert.

- » Auch hinsichtlich der Wirkung von BBE weichen Personen mit Erkrankung des Kreis- laufsystems von den restlichen Diagnosegruppen ab: Nur für sie hat die Förderung eine signifikante Auswirkung auf die in ungeförderter unselbstständiger Beschäftigung verbrachte Zeit, und zwar eine Ausweitung um 39 Tage (+29,1 %).
- » Eine mittels EB oder Kombilohnbeihilfe geförderte Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt hat für beide Diagnosegruppen, für die eine Wirkungsanalyse dieser Maßnahme möglich ist – psychische Erkrankungen und Erkrankungen des Muskel- Skelett-Systems oder Bindegewebes –, eine deutliche arbeitsangebots- und be- schäftigungssteigernde Wirkung.
- » Die Förderung mittels SÖB, GBP oder SÖBÜ hat für beide analysierbaren Maßnah- menarten eine Steigerung der Erwerbsbeteiligung zur Folge. Für Menschen mit psychischen Einschränkungen steigert sie darüber hinaus die Integration in unge- förderter unselbstständige Beschäftigung (+38 Tage bzw. +42,4 %). Demgegenüber unterscheiden sich Geförderte mit Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems dies- bezüglich nicht signifikant von ähnlichen nicht geförderten Arbeitslosen.

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

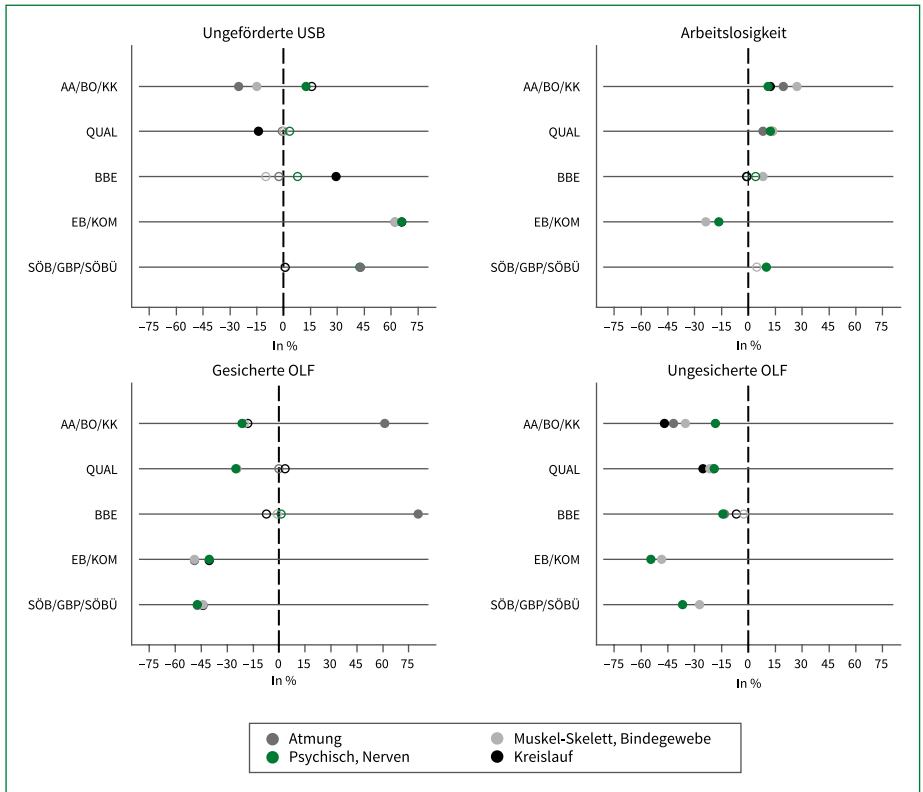


Krankheiten des Atmungssystems (ICD 10); Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD 13); psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Nervensystems (ICD 5/6); Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 9).

Bei statistisch insignifikanten Werten (10 %-Signifikanzniveau) leere Kreise.

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

Abbildung 36: Vergleich des Effekts einer Förderteilnahme auf die Erwerbsintegration im 2. und 3. Jahr nach Förderbeginn für gesundheitlich eingeschränkte Personen (in %) nach Art der Krankheit in OÖ 2012



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.

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

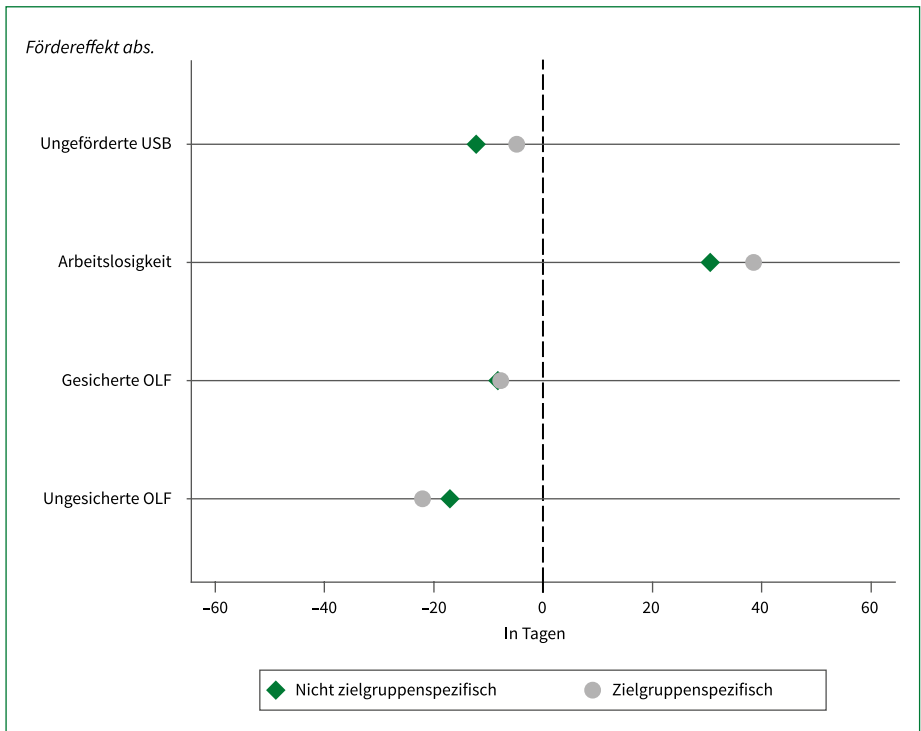
6.2.4 Vergleich zwischen zielgruppenspezifischer und nicht zielgruppenspezifischer Maßnahme

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 speziell für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich bei Teilnahmen gesundheitlich eingeschränkter Personen an sonstigen trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen größtenteils um zielgruppenspezifische 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:

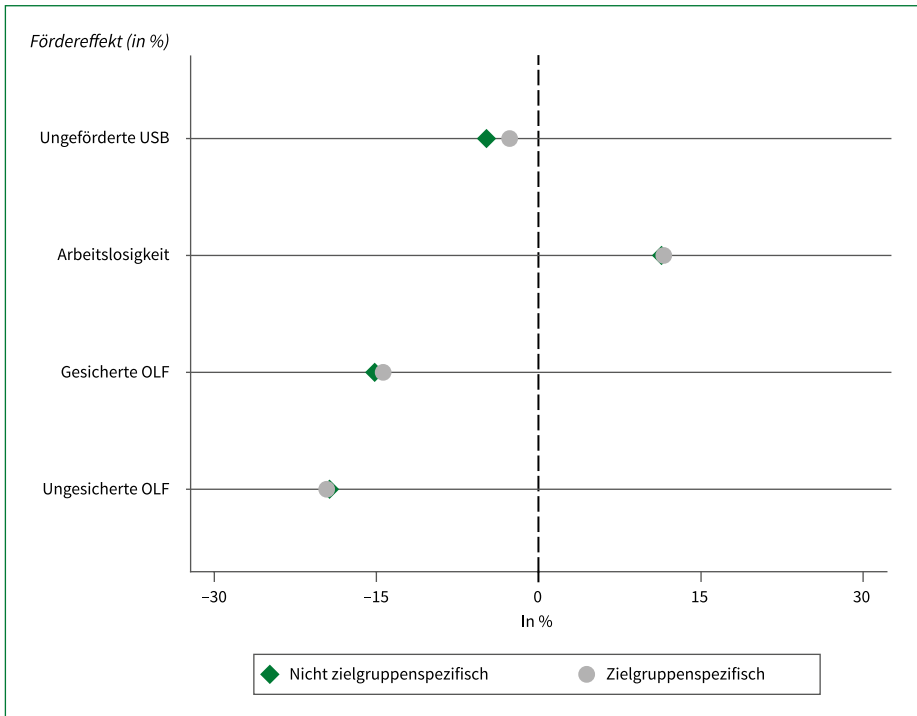
- » In beiden Fällen ist für den zweijährigen Betrachtungszeitraum kein Effekt auf die ungeforderte unselbstständige Beschäftigung nachweisbar.
- » Die in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit nimmt zu: im Fall zielgruppenspezifischer Angebote um 38 Tage (+11,5 %), im Fall nicht zielgruppenspezifischer Angebote 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 37 und Übersicht 23).

Abbildung 37a: Vergleich des Effekts der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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) in OÖ 2012 (absolut)



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

Abbildung 37b: Vergleich des Effekts der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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) in OÖ 2012 (in %)



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

Übersicht 23: Effekt der Teilnahme gesundheitlich eingeschränkter Personen 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 trägerbezogenen Qualifizierung (QUAL) in OÖ 2012

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
Zielgruppenspezifische Maßnahme				
Ungeförderte USB	178	183	-5	(-2,7 %)
Geförderte USB auf dem 1. Arbeitsmarkt	12	11	0	(3,5 %)
Geförderte USB auf dem 2. Arbeitsmarkt	22	18	4	* (22,9 %)
Selbstständige 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 %)

Ergebnisvariable	Geförderte	Nichtgeförderte	Differenz	
Nicht zielgruppenspezifische Maßnahme				
Ungeförderte USB	242	254	-12	(-4,8 %)
Geförderte USB auf dem 1. Arbeitsmarkt	20	10	10	* (94,9 %)
Geförderte USB auf dem 2. Arbeitsmarkt	23	15	8	* (54,3 %)
Selbstständige 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 %)

*** p < 0,01, ** p < 0,05, * p < 0,1. Wirkung (Differenz) 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.

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

7 QUALITATIVE ERHEBUNG ZU FÖRDERANGEBOTEN DES AMS FÜR GESUNDHEITLICH EINGESCHRÄNKTE ARBEITSLÖSE

7.1 Design der qualitativen Erhebung

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

Zunächst wurden im Jänner 2016 qualitative Interviews mit drei VertreterInnen des AMS Oberösterreich geführt (Leiterin der Förderabteilung, Leiter des Service für Arbeitsuchende, 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 des 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 neun Personen teilnahmen (fünf VertreterInnen der LGS aus den Bereichen Förderung und Service für Arbeitsuchende sowie vier VertreterInnen der RGS Traun, Linz, Wels und Vöcklabruck).

In diesem Workshop wurden erste Ergebnisse der quantitativen Analyse vorgestellt, und es wurde 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 um Auswirkungen des SRÄG 2012.

7.2 Die Zielgruppe der gesundheitlich eingeschränkten Personen

Die befragten AMS-VertreterInnen nehmen Kundinnen und Kunden 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.

7.2.1 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 und Kunden 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.

7.2.2 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 und Kunden mit einer solchen Kodierung zwischen den RGS. Dies hat weniger damit zu tun, dass es in manchen RGS mehr oder weniger Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen gibt, als mit der Kodierungspraxis.

7.2.3 Subgruppen von Kundinnen und Kunden mit physischen Einschränkungen

Diagnosen physisch eingeschränkter Kundinnen und Kunden, mit denen BeraterInnen häufiger konfrontiert sind, sind Bandscheiben- bzw. Wirbelsäulenprobleme, „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 in Vollzeit zur Verfügung stehen können.

7.2.4 Subgruppen von Kundinnen und Kunden mit psychischen Einschränkungen

Diagnosen, die in der Beratung von Kundinnen und Kunden mit psychischen Einschränkungen häufiger eine Rolle spielen, sind Suchterkrankungen, Burnout oder Depressionen. Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt ist aus Sicht der Befragten bei Kundinnen und Kunden 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 und
- » 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 an einem geschützten Arbeitsbereich als schwierig. Häufig wollen Betroffene selbst bzw. deren Eltern die Einschränkung nicht wahrhaben. Notfalls 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 Selbsthilfepotenzial 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 bei Bezug von Umschulungsgeld, bei Abklärungsbedarf hinsichtlich der beruflichen Einsetzbarkeit aufgrund gesundheitlicher Probleme oder bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose bzw. von Verhaltensauffälligkeiten notwendig.

7.3.1 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 zielgruppenspezifische arbeitsmarktintegrative Angebote unterscheiden sich hingegen deutlich hinsichtlich 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, „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.

7.3.2 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.⁶⁶

7.3.3 Angebote für Kundinnen und Kunden mit physischen Einschränkungen

Für Kundinnen und Kunden des AMS OÖ mit physischen Einschränkungen stehen aktuell im Bereich Berufsfindung bzw. -orientierung Angebote wie fit2work, Support,

.....
 66 <http://www.pensionsversicherung.at/>.

Arbeitsassistenten, 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.

7.3.4 Angebote für Kundinnen und Kunden mit psychischen/psychiatrischen Einschränkungen

Kundinnen und Kunden mit psychischen/psychiatrischen Einschränkungen steht im Vergleich zu jenen 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 und Kunden mit psychiatrischen Diagnosen wendet
- » INTAKT, das sich an die Zielgruppe verhaltensauffälliger Kundinnen und Kunden (ohne Diagnose) richtet

Die genannten Angebote gab es bereits im Jahr 2012.

Wenn Kundinnen und Kunden mit psychisch/psychiatrischen Einschränkungen stabil sind, können diese – 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

Als Reaktion auf die steigende Zahl gesundheitlich beeinträchtigter Kundinnen und Kunden 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.

Die Organisation der Beratung und Betreuung dieser Zielgruppe, Reha-Beratung genannt, hat das AMS Oberösterreich den RGS freigestellt. Je nach RGS erfolgt diese daher entweder an eigenen Reha-Schaltern oder an „gemischten“ Schaltern in der Beratungszone, d. h., dass der/die AMS-Berater/in sowohl Kundinnen und Kunden mit als auch ohne gesundheitliche Einschränkungen 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 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 und der rechtlichen Rahmenbedingungen (SRÄG) sowie die hohen Qualitätssicherungsanforderungen an die berufliche Rehabilitation erfordern aus Sicht der AMS-VertreterInnen letztlich eine Spezialisierung in 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 wurde aber auch die Komplexität des Handlungsfeldes deutlich erhöht.

7.5.1 Verbesserungen durch das 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 wird 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.

7.5.2 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 einer 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 und Kunden, 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 Arbeitsassistenten⁶⁷ 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 Beschäftigungsprojekten, aber auch um geförderte Dauerbeschäftigung für gesundheitlich Eingeschränkte mit niedriger Qualifikation und ohne Berufsschutz. Ebenso gibt es einen Bedarf an nieder- und mittelschweligen Angeboten für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die eine langsame Belastungssteigerung erlauben. Bei niederschweligen Angeboten geht es um die Wiedererlangung einer Tagesstruktur, bei mittelschweligen 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.

67 Bei Kundinnen und Kunden, 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 Arbeitsassistenten eine sehr strenge TeilnehmerInnen-Selektion. Ohne Facharztgutachten ist oft keine Betreuung möglich. Das erforderliche Gutachten können oder wollen die möglichen TeilnehmerInnen oft nicht erbringen.

8 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

8.1 Fragestellung

Aufgrund von Trends wie der Alterung der Erwerbsbevölkerung, einem verlängerten Erwerbsleben und veränderten 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 potenzielle Zielgruppe für arbeitsmarktpolitische Unterstützung ist und welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sich zur Unterstützung der wachsenden Zielgruppe gesundheitlich eingeschränkter Personen eignen.

Mangels verfügbarer Daten fehlte 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 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 es wird zusätzlich versucht, von bestimmten Versicherungsepisoden, Leistungsbezügen aus der Arbeitslosenversicherung und Teilnahmen an Förderungen des AMS und des Sozialministeriumservice 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 wurde 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 wurde 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.

8.2 Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen

Für die quantitativen Analysen wurden 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 war 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 Krankenstandsdauer, Krankenhausaufenthaltsdauer, 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. Arbeitsuchende – seien es registrierte 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 ungeforderte 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 % fünfmal so hoch wie unter ungeforderten Beschäftigten (2,4 %).

8.3 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, denn 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 die Erwerbsfähigkeit oder Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt.

Vor diesem Hintergrund muss eine 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. Für die vorliegende Studie wurden als solche Ankerwerte aus Befragungen abgeleitete Größenordnungen genutzt. Um die Verbindung zwischen gesundheitlicher Problemlage und Arbeitsmarktrelevanz herzustellen, wurde 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 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 wurde für alle Erwerbspersonen (unselbstständig Beschäftigte und Arbeitslose) das Risiko geschätzt, eine arbeitsmarktrelevante gesundheitliche Belastung zu haben. Auf Basis dieser Schätzung wurden 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.

8.4 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 ungeforderte 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 %). Hierzu gehören u. a. BezieherInnen von Pensionsvorschüssen, die häufig während der Antragstellung auf Invaliditätspension gewährt werden. Hoch sind die Anteile darüber hinaus auch unter geförderten Beschäftigten auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sich diese Maßnahmen (darunter nicht nur AMS-Förderungen, sondern insbesondere auch Maßnahmen des Sozialministeriumservice) 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 unter den 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 %). Diese Zahlen verdeutlichen, dass eine gesundheitliche Beeinträchtigung häufig in Kombination mit anderen Vermittlungshemmnissen auftritt. Frauen sind geringfügig seltener gesund-

heitlich belastet als Männer, ausländische Arbeitskräfte insgesamt seltener als ÖsterreicherInnen.

Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen sind bei Weitem die häufigsten für eine gesundheitliche Belastung ausschlaggebenden Krankheitsarten. Bei 4,7 % der Erwerbspersonen war eine Muskel-Skelett-Erkrankung 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 hervor: Bei 14,7 % der Arbeitslosen resultiert die gesundheitliche Belastung aus einer Muskel-Skelett-Erkrankung, bei 14,9 % aus einer psychischen oder nervlichen Erkrankung. Häufig liegt nicht nur eine einzelne Diagnose vor, sondern tragen mehrere Erkrankungen 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 Belastung ist zwei Jahre später wieder beschäftigt (bei nicht gesundheitlich belasteten Arbeitslosen ist es mehr als die Hälfte).

8.5 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 arbeitsuchende Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine aktive arbeitsmarktpolitische Maßnahme. Auf Qualifizierungsangebote entfiel insgesamt ein Anteil von 51,5 % der neu geförderten Personen, ein großer Teil davon entfiel mit 36,3 % auf fachliche Qualifizierung in externen Trägereinrichtungen (QUAL); Orientierungsmaßnahmen (BO) machten 7,3 %, Kurskostenbeihilfen (KK) 4,6 % und Maßnahmen der aktiven Arbeitsuche (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 auf dem ersten Arbeitsmarkt – in der Regel mittels Eingliederungsbeihilfen (EB) – betraf. 7,8 % der Förderneuzugänge entfielen auf geförderte Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt: sozialökonomische Betriebe (SÖB) 3,6 %, gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) 3,3 % und sozialökonomische Betriebe Überlasser (SÖBÜ) 1 %. 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 Maßnahmeneinsatz 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 geförder-

ten 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 Arbeitsuche, der beruflichen Orientierung, der fachlichen Qualifizierung sowie 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 auf dem 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 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 häufiges Element im Maßnahmenmix. Häufig steht es am Beginn einer Abfolge aus zwei oder mehr Förderungen.

8.6 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 Arbeitsuche (AA), berufliche Orientierung (BO), trägerbezogene fachliche Qualifizierung (QUAL), Beihilfen zu Kurskosten (KK), Förderungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt in einem sozialökonomischen Betrieb (SÖB), gemeinnützigem Beschäftigungsprojekt (GBP) oder bei einem sozialökonomischen Betrieb Überlasser (SÖBÜ), geförderte Beschäftigung auf dem 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 infolge der Förderung weniger aus dem Arbeitskräfteangebot zurück und verbringen stattdessen mehr Zeit in Beschäftigung oder Arbeitslosigkeit.

Für fachliche Qualifizierung (QUAL und KK), geförderte Beschäftigung auf dem 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 zusammenfassen:

- » Die Teilnahme an Maßnahmen der aktiven Arbeitsuche (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 ungeförderter 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 nachfolgende weitere 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 auf dem 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.
- » Infolge 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 auf dem 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 auf dem 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 Interventionsschritt 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) steigern im Betrachtungszeitraum jeweils die Erwerbsbeteiligung, aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen auch die Integration in ungeförderter 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 auf dem 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 speziell für gesundheitlich eingeschränkte Personen gab und es sich bei den Teilnahmen gesundheitlich eingeschränkter Personen an sonstigen trägerbezogenen Qualifizierungsmaßnahmen größtenteils 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.

8.7 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 eintägigen Workshop im AMS Oberösterreich zusammen, an dem insgesamt neun Personen teilnahmen (fünf VertreterInnen der LGS aus den Bereichen Förderung und Service für Arbeitsuchende sowie vier VertreterInnen der RGS 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 und Kunden 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 und Kunden 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 Reintegration 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 Arbeitsassistenten 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 mittelschwelligen Angeboten für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die eine langsame Belastungssteigerung erlauben. Bei niederschweligen Angeboten ginge es um die Wiedererlangung einer Tagesstruktur, bei mittelschwelligen 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 gewünscht.

8.8 Schlussfolgerungen

Die Alterung der Erwerbsbevölkerung und verlängerte Erwerbsphasen durch die Pensionsreformen der jüngeren Vergangenheit werden zu einem deutlichen Anstieg der Zahl 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 aufseiten der Unternehmen. Konkrete, teilweise in Eppel/Leoni/Mahringer (2016a u. 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 Krankenstandsdauer feste Wiedereingliederungspläne vorsehen und ArbeitgeberInnen und Arbeitsumfeld ebenso einbeziehen wie krankschreibende Ärztinnen und 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 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) 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 Krankenstandsdauer, 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 Nachholbedarf.

» **Früherer Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen:**

- Mit der Neuregelung der Invaliditätspension durch das Bundesbudgetbegleitgesetz (BBG) 2011 und vor allem das Sozialrechts-Änderungsgesetz (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, nämlich 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 AkteurInnen (Sozialversicherung, ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen, Ärztinnen und Ärzte sowie Gesundheitssystem), klare Verantwortlichkeiten und die Vermeidung von Doppelgleisigkeiten voraus. In Österreich sind die unterschiedlichen Dimensionen von Arbeitsunfähigkeit (Krankenstand, Invalidität) bzw. die unterschiedlichen AkteurInnen auf systemischer Ebene bisher nicht oder nur im Ansatz miteinander verzahnt. Zudem sind bei Auftreten von gesundheitlichen Problemen weder die unmittelbar zuständigen Hausärztinnen und -ärzte noch die ArbeitgeberInnen 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 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 und Arbeitsuche sowie 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 betreuungsintensive Kundinnen und Kunden mit multiplen Problemlagen, deren Betreuung aufseiten der BeraterInnen auch spezifisches Fachwissen voraussetzt. Eine Aufstockung der Ressourcen und laufende Kompetenzentwicklung der Reha-BeraterInnen sind nicht zuletzt aufgrund der steigenden Zahl an gesundheitlich eingeschränkten Personen im Arbeitskräfteangebot insgesamt und speziell in der Arbeitslosigkeit zu erwägen.

- Aktuell sind den Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten des AMS bei gesundheitlich beeinträchtigten Kundinnen und Kunden Grenzen gesetzt. Bei einem schwer erkrankten Personenkreis ist die Zuständigkeit des AMS zu hinterfragen.

» **Simultane medizinische und berufliche Rehabilitation:**

- Die in Österreich zurzeit praktizierte sequenzielle 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 auf dem ersten als auch auf dem 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 Beschäfti-

gung 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 davon abhalten, 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 sowie des Umgangs mit potenziell auftretenden Schwierigkeiten.

» **Experimentelle Erprobung neuer Maßnahmenkonzepte für den zweiten Arbeitsmarkt:**

- Bei Beschäftigungsprojekten auf dem 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 auf dem 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

höhererschwellige 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 ein Vertrauen 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 Wiedereingewöhnung an eine Erwerbstätigkeit nach längerer Abwesenheit Zeit benötigt, ist die kurze Teilnahmedauer für Beschäftigungsmaßnahmen auf dem 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 auf dem zweiten Arbeitsmarkt abzuwägen.

LITERATUR

Angrist, J. D./Pischke, J. S. (2009): Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion.

Card, D./Kluve, J./Weber, A. (2015): What Works? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations. In: IZA Discussion Paper No. 9236.

Card, D./Kluve, J./Weber, A. (2010): Active Labour Market Policy Evaluations: A Meta-Analysis. In: The Economic Journal 120 (548), 452–477.

de Graaf, R./Ten Have, M./van Gool, C./van Dorselaer, S. (2012): Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. In: Social psychiatry and psychiatric epidemiology 47 (2), 203–213.

Egger-Subotitsch, A./Poschalko, A./Kerler, M./Bartok, L./Liebeswar, C. (2014): Optimale Betreuung und Vorgangsweisen bei psychisch belasteten KundInnen, Forschungsbericht an das AMS Burgenland.

Eppel, R./Leoni, Th./Mahringer, H. (WIFO)/Hausegger, T./Reidl, C./Weber, F. (prospect Unternehmensberatung) (2017): Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Eine Evaluierung für Oberösterreich. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAASK), Wien.

Eppel, R./Leoni, Th./Mahringer, H. (2016a): Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven, WIFO-Studie, Wien.

Eppel, R./Leoni, Th./Mahringer, H. (2016b): Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo und Reformperspektiven, WIFO-Monatsberichte 89 (11), 785–798.

Eppel R./Horvath, Th./Mahringer, H. (2014): 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) (2014): Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), Wien.

Eppel, R./Horvath, Th./Mahringer, H. (2013): 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.

Eppel, R./Mahringer, H./Weber, A./Zulehner, C. (2011): Evaluierung der Eingliederungsbeihilfe. WIFO-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien.

Gensby, U./Lund, Th./Kowalski, K./Saidj, M./Klint Jørgensen, A.-M./Filges, T./Irvin, E./Amick III, B.C./Labriola, M. (2012): Workplace Disability Management Programs Promoting Return to Work: A Systematic Review. In: Campbell Systematic Reviews 8 (17).

Gustavsson, A./Svensson, M./Jacobi, F./Allgulander, C./Alonso, J./Beghi, E. et al. (2011): Cost of disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21 (10), 718–779.

Heckman, J. J./Ichimura, H./Todd, P. E. (1997): Matching as an econometric evaluation estimator. In: *Review of Economic Studies* 64 (4), 605–654.

Heyde, K./Macco, K. (2010): Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2009*. Berlin, Heidelberg, 31–40.

Holland, P. W. (1986): Statistics and Causal Inference. In: *Journal of the American Statistical Association* 81 (396), 945–960.

Horvath, Th./Mahringer, H. (2016): Entwicklung der Erwerbsbeteiligung bis 2030 unter Berücksichtigung von Änderungen im Bildungsverhalten und rezenter Pensionsreformen. Ein Update. *WIFO Working Papers* (523).

Idler, E./Benyamini Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. In: *Journal Health Social Behaviour* 38 (1), 21–37.

Imbens, G. W./Wooldridge, J. M. (2009): Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation. In: *Journal of Economic Literature* 47 (1), 5–86.

Imbens, G. W. (2004): Nonparametric Estimation of Average Treatment Effects under Exogeneity: a Review. In: *The Review of Economics and Statistics* 86 (1), 4–29.

Kluve, J. (2010): The Effectiveness of European Active Labor Market Programs. In: *Labour Economics* 17 (6), 904–918.

Latham, K./Peek, Ch. W. (2012): Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 104.

Lee, B. Y. (2000): The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. In: Journal of Epidemiology and Community Health 54, 123–129.

Leoni, Th. (2011): Fehlzeitenreport 2011, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO, Wien.

Martinez, D. J./Kasl, St. V./Gill, Th. G./Barry, L. C. (2009): Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.

Mayrhuber, C./Tockner, L. (2012): Krankheitsbiografien vor Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen. In: Soziale Sicherheit, 4/2012, 168–175.

OECD (2010): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries.* OECD Publishing, Paris.

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.* OECD Publishing, Paris.

Richter, D./Berger, K. (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. In: Psychiatrische Praxis 40, 176–182.

Richter, D./Berger, K./Reker, T. (2008): Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. In: Psychiatrische Praxis 35 (7), 321–330.

Rosenbaum, P. R./Rubin, D. (1983): The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. In: Biometrika 70 (1), 41–55.

Statistik Austria (2006): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2004. Wien.

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien.

Statistik Austria (2015): Tabellenband EU-SILC 2014. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Wien.

Van Ours, J. C. (2004): The Locking-in Effect of Subsidized Jobs. In: Journal of Comparative Economics 32 (1), 37–52.

Vermeulen, S. J./Tamminga, S. J./Schellart, A. JM./Fekke Ybema, J./Anema, J. R. (2009): Return-to-work of Sick-listed Workers without an Employment Contract – What Works? In: BMC Public Health 9, 232.

Wittchen, H. U./Jacobi, F./Rehm, J./Gustavsson, A./Svensson, M./Jönsson, B./Steinhausen, H. C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: European Neuropsychopharmacology 21 (9), 655–679.

Wunsch, C. (2016): How to Minimize Lock-in-Effects of Programs for Unemployed Workers. In: IZA World of Labor 288.

Zach, M. (2014): Psychische Erkrankungen und Invalidität. Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, Wien.

**AUTOREN UND AUTORINNEN
BISHER ERSCHIENEN IN DIESER REIHE**

AUTOREN UND AUTORINNEN

MMag. Dr. Rainer Eppel



ist seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) im Bereich Arbeitsmarkt, Einkommen und soziale Sicherheit. Seit 2013 ist er darüber hinaus Research Affiliate am Kieler Institut für Weltwirtschaft (IfW). Empirische Arbeitsmarktanalysen, die mikroökonomische Analyse von Individualdaten und die Evaluation von Arbeitsmarktpolitik sind seine Forschungsschwerpunkte.

Dr. Thomas Leoni



ist seit 2005 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) im Bereich Arbeitsmarkt, Einkommen und soziale Sicherheit. In seiner Forschungsarbeit setzt er sich mit Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, mit der Gestaltung des Wohlfahrtsstaats und mit Fragen der Gesundheit in der Arbeitswelt auseinander. Er ist Lehrbeauftragter an der Wirtschaftsuniversität Wien.

Mag. Dr. Helmut Mahringer



ist seit 1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter am WIFO im Bereich Arbeitsmarkt, Einkommen und soziale Sicherheit. Zuvor war er bei Joanneum Research Wien im Bereich Arbeitsmarktforschung und Regionalpolitik als wissenschaftlicher Mitarbeiter beschäftigt. Seine Tätigkeit konzentriert sich auf empirische Arbeitsmarktanalysen und -prognosen, insbesondere zu den Themen Arbeitslosigkeit, Beschäftigung und Arbeitsmarktflexibilität, sowie auf die Evaluierung von Arbeitsmarktpolitik.

AUTOREN UND AUTORINNEN

Mag.^a Trude Hausegger, MSc



Studium der Pädagogik und Soziologie an der Universität Graz sowie Masterstudium im Bereich Supervision und Coaching an der Universität Wien. 1999 Gründung der Prospect Unternehmensberatung GmbH und seitdem geschäftsführende Gesellschafterin. Arbeitsschwerpunkte sind Design von und Umsetzungsbegleitung für innovative Instrumente und Programme in der berufsbezogenen Erwachsenenbildung und in der Arbeitsmarktpolitik; Moderation von Workshops, Klausuren und Tagungen.

Mag.^a Christine Reidl



Studium der Soziologie an der Universität Wien mit Schwerpunkt Medizin- und Gesundheitssoziologie. Zwischen 2002 und 2009 wissenschaftliche Mitarbeit an Forschungsprojekten zum Thema Gesundheitsversorgung, u. a. am Institut für Gestaltungs- und Wirkungsforschung der Technischen Universität Wien sowie am Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Seit 2009 Mitarbeit bei Prospect Unternehmensberatung GmbH mit den Arbeitsschwerpunkten Evaluation arbeitsmarktpolitischer Programme, Konzeption von Steuerungsinstrumenten zur Überprüfung und Gestaltung von arbeitsmarktintegrativen Projekten, Inklusion und statistische Analysen.

Mag.^a Friederike Weber, M.A.



Studium der Soziologie an der Universität Wien, Fernstudium „Personalentwicklung in lernenden Unternehmen“ an der Technischen Universität Kaiserslautern sowie Aus- und Weiterbildungen in den Bereichen systemische Beratung, Moderation und Kommunikation. Seit 2001 Gesellschafterin und seit 2003 Prokuristin der Prospect Unternehmensberatung GmbH. Arbeitsschwerpunkte: berufliche Aus- und Weiterbildung – insbesondere Kompetenzorientierung und lebenslanges Lernen –, betriebliche Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting und Arbeitsmarktpolitik.

BISHER ERSCHIENEN IN DIESER REIHE

Band 1: Umverteilung im Wohlfahrtsstaat

Wien, Oktober 2009, 324 Seiten, 25 Euro, ISBN: 978-3-7035-1639-9

Autorinnen und Autoren:

Alois Guger (Projektleitung), Martina Agwi, Adolf Buxbaum, Eva Festl, Käthe Knittler, Verena Halsmayer, Simon Sturn, Michael Wüger

Der erste Band der Sozialpolitischen Studienreihe stellt eine gekürzte Fassung der WIFO-Studie „Umverteilung durch den Staat in Österreich“ dar. Die zentralen Fragestellungen der auf einem Entschließungsantrag des Nationalrats beruhenden Studie sind: Wie wird durch die Staatseinnahmen und Staatsausgaben die Verteilung der Einkommen bzw. die Wohlfahrt der Haushalte beeinflusst? Wer profitiert von bestimmten Ausgaben des Staates bzw. wer leistet welchen Beitrag zur Finanzierung der öffentlichen Haushalte?

Band 2: Armutsgefährdung in Österreich

EU-SILC 2008, Eingliederungsindikatoren

Wien, Dezember 2009, 304 Seiten, 25 Euro, ISBN: 978-3-7035-1640-5

Ergebnisse aus EU-SILC 2008

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung), Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina, Matthias Till

Indikatoren für das Monitoring sozialer Eingliederung in Österreich

Matthias Till (Projektleitung), Franz F. Eiffe, Georg Datler, Justus Henke, Karin Schrittwieser, Ursula Till-Tentschert

Die jährlich in allen EU-Mitgliedsstaaten durchgeführten EU-SILC-Erhebungen (Statistics on Income and Living Conditions) zu Einkommen, Armut und Lebensbedingungen privater Haushalte in Europa sind eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die österreichische Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Band 2 der Sozialpolitischen Studienreihe fasst zwei Studien der Statistik Austria zur sozialen Lage in Österreich zusammen: In der EU-SILC-Studie wird in Anlehnung an die EU-Armutsdefinition im stärkeren Ausmaß der Blickwinkel auf die Verteilung der Einkommen und der finanziellen Teilhabemöglichkeiten gelegt. In der Studie „Eingliederungsindikatoren“ wurde der Schwerpunkt auf nicht monetäre Teilhabemöglichkeiten gelegt.

Band 3: Finanzierung der Pflegevorsorge

Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge

Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge

Wien, März 2010, 212 Seiten, 23 Euro, ISBN: 978-3-99046-000-9

Autorinnen und Autoren:

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger, Margit Schratzenstaller

Wissenschaftliche Assistenz:

Stefan Fuchs, Andrea Sutrich

Band 3 der Sozialpolitischen Studienreihe umfasst zwei Studien des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung, die sich mit unterschiedlichen Fragen und Problemstellungen zur Finanzierung des österreichischen Pflegesystems auseinandersetzen. Die erste Studie der vorliegenden Publikation beschäftigt sich mit der Analyse der Finanzströme der österreichischen Pflegevorsorge, mit dem Ziel, eine Bestandsaufnahme und eine Prognose der Kostenentwicklung der Langzeitpflege in Österreich zu präsentieren.

Die zweite Studie diskutiert unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsformen der Pflegevorsorge sowie deren ökonomische Auswirkungen.

Band 4: Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich

Wien, September 2010, 260 Seiten, 24 Euro, ISBN: 978-3-99046-001-6

Autorinnen und Autoren:

Hubert Eichmann, Jörg Flecker, Alfons Bauernfeind, Bernhard Saupe, Marion Vogt

Die Studie der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) präsentiert differenzierte Darstellungen zu Beschäftigungsformen, Arbeitszeiten, Einkommen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Weiterbildung sowie zur Arbeitszufriedenheit. Außerdem werden europäische Vergleichsdaten zur Einordnung Österreichs im EU-Kontext angeführt. Auf Basis der gesammelten Ergebnisse gibt die Studie einen kurzen Ausblick auf folgende Frage: In welche Richtung müssen sich Rahmenbedingungen für Erwerbsarbeit in Österreich ändern, um das Beschäftigungssystem angesichts struktureller Herausforderungen zukunftssicher zu machen?

Band 5: Armutsgefährdung und Lebensbedingungen in Österreich

Ergebnisse aus EU-SILC 2009

Wien, Jänner 2011, 228 Seiten, 23 Euro, ISBN: 978-3-99046-002-3

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung EU-SILC), Matthias Till (Eingliederungsindikatoren), Franz Eiffe, Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina-Tabue

Im Juni 2010 haben sich die europäischen Regierungen auf eine neue Wachstumsstrategie bis zum Jahr 2020 geeinigt, die erstmals und ausdrücklich einen Schwerpunkt zur Verringerung von Armut und sozialer Ausgrenzung mit konkreten Zielgrößen formuliert. Die vorliegende Publikation der Statistik Austria präsentiert aktuelle Ergebnisse aus EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) 2009 zu Einkommen, Armutsgefährdung und Lebensbedingungen österreichischer Privathaushalte in Österreich.

Band 6: Betriebliche und private Altersvorsorge in Österreich

Durchführungswege und Kosten für die öffentliche Hand

Wien, März 2011, 120 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-003-0

Autor:

Thomas Url

Personen mit einem erwarteten Einkommensrückgang im Ruhestand können den Unterschied zwischen der erwarteten gesetzlichen Pension und dem gewünschten Einkommensniveau im Alter durch zusätzliche private Altersvorsorge ausgleichen. Daneben können Arbeitgeber für ihre Beschäftigten im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge ein Zusatzeinkommen im Alter aufbauen. Die vorliegende Studie vergleicht die wichtigsten betrieblichen und privaten Altersvorsorgeformen nach ihren steuerlichen Anreizen und führt erstmals eine Schätzung der direkten und indirekten Kosten der steuerlichen Förderung in Österreich durch. Sie wurde durch das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag des BMASK durchgeführt.

Band 7: Alleinerziehende in Österreich

Lebensbedingungen und Armutsrisiken

Wien, April 2011, 284 Seiten, 24 Euro, ISBN: 978-3-99046-004-7

Autorinnen und Autoren:

Ulrike Zartler, Martina Beham, Ingrid Kromer, Heinz Leitgöb, Christoph Weber, Petra Friedl

Die in Kooperation zwischen den Instituten für Soziologie der Universität Wien und der Universität Linz erstellte Studie „Alleinerziehende in Österreich“ verfolgt das Ziel, die Lebenssituation Alleinerziehender und deren spezifische Herausforderungen darzustellen und zu analysieren und dabei besonders auf die Situation alleinerziehender Mütter einzugehen. Darüber hinaus werden Armuts- und Deprivationsrisiken von Alleinerzie-

herinnen und ihren Kindern aufgezeigt sowie unterschiedliche Interventionen zur Bekämpfung der Armutsgefährdung in Ein-Eltern-Familien skizziert.

Band 8: Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung in Österreich

Ergebnisse aus EU-SILC 2010

Wien, Dezember 2011, 176 Seiten, 21 Euro, ISBN: 978-3-99046-005-4

Autorinnen und Autoren:

Ursula Till-Tentschert (Projektleitung EU-SILC), Matthias Till (Eingliederungsindikatoren), Thomas Glaser, Richard Heuberger, Elisabeth Kafka, Nadja Lamej, Magdalena Skina-Tabue

Die vorliegende Publikation widmet sich erstmals ausführlich Gefährdungslagen sozialer Ausgrenzung im Sinne der Europa-2020-Strategie. Grundlage des vorliegenden Berichts sind Daten aus der EU-SILC-Erhebung 2010 zu Einkommen und Lebensbedingungen. Diese wird seit 2003 jährlich von Statistik Austria im Auftrag des BMASK durchgeführt. Präsentiert werden die Zusammensetzung und zahlenmäßige Entwicklung der Gruppe von Ausgrenzungsgefährdeten in Österreich.

Band 9: Geringfügige Beschäftigung in Österreich

Wien, November 2011, 416 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-99046-006-1

Autorinnen und Autoren:

Andreas Riesenfelder, Susi Schelepa, Petra Wetzel

L&R Sozialforschung führte im Jahr 2002 in Kooperation mit dem Institut für Staatswissenschaften der Universität Wien eine umfassende Grundlagenstudie zur Beschäftigungssituation und sozialen und materiellen Absicherung von geringfügig Beschäftigten in Österreich durch. In der Studie finden sich detaillierte Erhebungen zur Frage der Arbeitszufriedenheit und zur Arbeitsbelastung. Zusätzlich wurde auch auf eine Darstel-

lung der Branchen und Wirtschaftsbereiche der Arbeitsplätze geringfügig Beschäftigter im Jahresvergleich geachtet. Des Weiteren ist auch eine Erhebung zu arbeitsrechtlichen Problemen im Zusammenhang mit geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen und zum Stand der Information der geringfügig Beschäftigten über ihre rechtlichen Ansprüche enthalten.

Band 10: Evaluierung des Behindertengleichstellungsrechts

Wien, März 2012, 390 Seiten, 27 Euro, ISBN: 978-3-99046-007-8

Autorinnen und Autoren:

Christian Schober, Selma Sprajcer (NPO-Institut der WU Wien) und Christian Horak, Thomas M. Klein, Bojan Djukic, Julia Soriat (Contrast Management-Consulting) Walter J. Pfeil, Susanne Mayer (Universität Salzburg)

Band 10 der Sozialpolitischen Studienreihe befasst sich mit zwei umfassenden Evaluierungsstudien zum Behindertengleichstellungsrecht. Die sozialwissenschaftliche Studie befasst sich in erster Linie mit einer wirkungsorientierten Evaluierung des Behindertengleichstellungspaketes. Des Weiteren wird auf die verfassungsrechtliche Anerkennung der Gebärdensprache und des Bundes-Behindertengleichstellungsbegleitgesetzes eingegangen. Das rechtswissenschaftliche Gutachten wurde von Univ.-Prof. Walter Pfeil und Dr. Susanne Mayer von der Universität Salzburg erarbeitet. Der Bericht setzt sich mit diversen rechtlichen Fragestellungen zum Behindertengleichstellungsrecht auseinander und analysiert die bestehende Rechtslage.

Band 11: Soziale Lage älterer Menschen in Österreich

Wien, Juli 2012, 188 Seiten, 27 Euro, ISBN: 978-3-99046-007-8

Autorinnen und Autoren:

Franz Ferdinand Eiffe (Projektleitung), Matthias Till, Georg Datler, Richard Heuberger, Thomas Glaser, Elisabeth Kafka, Nadja Lamei, Magdalena Skina, Ursula Till-Tentschert

Basis der Studie über die soziale Lage älterer Menschen ist eine EU-SILC-Erhebung aus dem Jahr 2008. Der Bericht befasst sich mit konzeptionellen und empirischen Aspekten der Armut im Alter und der Identifikation von Armutsgefährdungsschwellen, führt empirische Analysen zu zentralen Lebensbereichen älterer Menschen aus und erörtert technische Aspekte der Armutsmessung. Band 11 der Sozialpolitischen Studienreihe zeichnet ein umfassendes Bild der Lebenssituation älterer Menschen in Österreich und diskutiert relevante konzeptuelle Fragen, die für die zukünftige Forschung in diesem Bereich, aber auch für die amtliche Statistik von großer Relevanz sind.

Band 12: Arbeitsmarktöffnung 2011

Monitoring der Arbeitsmarktauswirkungen der Zuwanderung aus den neuen EU-Mitgliedsländern im Regime der Freizügigkeit – Begleitende Beratung und Analyse

Monitoring der Arbeitsmarktöffnung – Auswirkungen auf Beschäftigungsformen und auf Lohndumping

Wien, Dezember 2012, 480 Seiten, 29 Euro, ISBN: 978-3-99046-009-2

Autorinnen und Autoren:

WIFO im Auftrag des BMASK

L&R Sozialforschung im Auftrag des BMASK und der AK Wien

Seit 1. Mai 2011 ist der österreichische Arbeitsmarkt für acht der 2004 zur EU beigetretenen Staaten – Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Polen, Estland, Lettland und Litauen – geöffnet. In Band 12 der Sozialpolitischen Studienreihe werden zwei Studien behandelt, die ein umfassendes Bild der Auswirkungen der Arbeitsmarktöffnung hinsichtlich quantitativer und qualitativer Aspekte liefern. Neben dem Ausmaß der Immigration seit dem 1. Mai 2011 untersuchte das WIFO auch die Struktur und Mobilität der zugewanderten Arbeitskräfte. L&R Sozialforschung analysierte qualitative Veränderungen auf dem österreichischen Arbeitsmarkt, Entsendungen nach Österreich sowie das Phänomen und die Bekämpfung des Lohndumpings.

Band 13: Monitoring des effektiven Pensionsantrittsalters 2011

Bericht 2012 des Büros der Kommission zur langfristigen Pensionssicherung

Beschluss der Sitzung am 29. Oktober 2012

Wien, September 2013, 404 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-7035-1637-5

Autorinnen und Autoren:

Johann Stefanits, Irene Sassik, Roman Freitag, Ursula Obermayr, Michaela Mayer-Schulz

Die umlagefinanzierte gesetzliche Pensionsversicherung stellt weiterhin die größte Säule der Pensionsvorsorge in Österreich dar, wobei sie aufgrund geänderter Rahmenbedingungen so angepasst werden muss, dass ihre langfristige Finanzierbarkeit erhalten bleibt. Ziel des vorliegenden Berichts sind die Darstellung des Pensionsantrittsverhaltens im Jahr 2011 und insbesondere die gezielte Analyse des effektiven Pensionsantrittsalters, wobei ein Konnex zur demografischen Entwicklung und zur Erwerbsbeteiligung hergestellt wird.

Band 14: Die Langzeitwirkung von Qualifikationsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice

Wien, November 2013, 126 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-012-2

Autorinnen und Autoren:

Jürgen Holl, Günter Kernbeiß, Karin Städtner, Michael Wagner-Pinter

Die verschiedenen Schulungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice Österreich stehen nicht zuletzt wegen der Frage nach ihrer nachhaltigen Wirkung zur Arbeitsmarktintegration im besonderen öffentlichen Interesse. Im aktuellen Band 14 der Sozialpolitischen Studienreihe werden die Forschungsergebnisse der Firma Synthesis-Forschung zur Langzeitwirkung dieser Qualifikationsmaßnahmen einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Sie untermauern einmal mehr empirisch die in der arbeitsmarktpolitischen Zielsetzung verfolgte Ausrichtung, via spezifische Qualifizierungsmaßnahmen die nachhaltige Arbeitsmarktintegration zu fördern.

Band 15: Überblick Arbeitsbedingungen in Österreich

Wien, Juni 2014, 400 Seiten, 28 Euro, ISBN: 978-3-99046-038-2

Autorinnen und Autoren:

Hubert Eichmann, Bernhard Saupe

Auf Basis einer breit angelegten Literaturanalyse u. a. mit Sekundäranalysen aus Repräsentativdatensätzen wird ein aktueller Überblick über Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen in Österreich erarbeitet. Das abzudeckende Themenspektrum reicht von Beschäftigungsformen, Arbeitszeiten, Einkommen, Arbeitsorganisation, Gesundheit, Weiterbildung bis hin zu subjektiven Einschätzungen der Arbeitsqualität. Darüber hinaus erfolgt eine Einordnung Österreichs im europäischen Vergleich. Die Studie ist als Follow-up des 2010 publizierten Bandes 4 der Sozialpolitischen Studienreihe des BMASK angelegt. Im besonderen Fokus stehen die Entwicklung seit Ausbruch der Finanz- und Wirtschaftskrise und damit einhergehende Veränderungen bei Arbeitsbedingungen.

Band 16: Psychische Erkrankungen und Invalidität

Endbericht der 2. Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts September 2012 bis Juni 2013

Wien, September 2014, 328 Seiten, 24 Euro, ISBN: 978-3-99046-094-8

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.)

Es wird aktuell immer wieder darauf hingewiesen, dass dem Bereich psychische Erkrankungen eine steigende Bedeutung als Ursache für frühzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zukommt. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz entschloss sich daher 2012, das Thema psychische Erkrankungen und Invalidität in einem breit aufgesetzten Prozess unter Einbeziehung möglichst aller relevanten Stakeholder einer generellen Problemaufbereitung zuzuführen.

Band 17: Unterstützung der arbeitsmarktpolitischen Zielgruppe „NEET“

Studie von ISW, IBE und JKU im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Wien, Dezember 2014, 614 Seiten, 34 Euro, ISBN: 978-3-99046-109-9

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.),

Johann Bacher, Julius Braun, Simon Burtscher-Mathis, Cornelia Dlabaja,

Thomas Lankmayer, Heinz Leitgöb, Martina Stadlmayer, Dennis Tamesberger

Wie viele Jugendliche sind in Österreich von NEET (not in employment, education or training) betroffen, was sind die Ursachen für ein erhöhtes NEET-Risiko, und welche Faktoren begünstigen eine (dauerhafte) Überwindung des NEET-Status? Zur Beantwortung dieser Fragen startete das Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) in Kooperation mit dem Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität (JKU) und dem Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (IBE) ein umfangreiches Forschungsprojekt mit dem Ziel, ein differenziertes Bild der NEET-Jugendlichen zu zeichnen. Zunächst werden die sozialstrukturellen Merkmale der NEET-Jugendlichen sowie die zentralen Risikofaktoren (u. a. früher Schulabbruch, geringe Bildung der Eltern, Migrationshintergrund, Kinderbetreuungspflichten) quantitativ erhoben. Dabei zeigt sich, dass es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die entsprechend vielfältige Bedürfnis- und Problemlagen aufweist. Diese werden im qualitativen Untersuchungsteil mittels Einzelfalldarstellungen und Interviews vertieft. Auf dieser Grundlage werden abschließend Handlungsstrategien entwickelt: Empfohlen werden vor allem niederschwellige Maßnahmen, die an den individuellen Bedürfnissen der Jugendlichen ansetzen, eine Weiterentwicklung der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie öffentliche Investitionen in die Bildungs- und Kinderbetreuungsinfrastruktur.

Band 18: Eine Arbeitslosenversicherung für den Euroraum als automatischer Stabilisator

Studie des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Wien, März 2015, 174 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-123-5

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.),

Sebastian Dullien, Ferdinand Fichtner, Peter Haan, Laslo Jaeger, Max Jansen,

Richard Ochmann, Erik Tomasch

Die vorliegende Studie analysiert die makroökonomischen Stabilisierungs- und mikroökonomischen Verteilungswirkungen einer europäischen Arbeitslosenversicherung. Auf Grundlage dynamischer makroökonomischer Simulationen wird gezeigt, dass ein solches Transfersystem innerhalb des Euroraums – je nach Ausgestaltung – zu einer merklichen Stabilisierung der wirtschaftlichen Entwicklung geführt hätte. Dies gilt selbst für eine gemessen am Transferumfang relativ kleine europäische Arbeitslosenversicherung mit einer maximalen Bezugszeit von sechs Monaten und einer Nettoersatzquote von 30 %; mit größerem Leistungsumfang steigt die Stabilisierungswirkung, aber im Gegenzug auch die möglicherweise unerwünschten Wirkungen auf Arbeitsanreize und das Ausmaß der Umverteilung zwischen den Mitgliedsländern. Die Verteilungswirkungen dürften insgesamt aus politischer Sicht unproblematisch sein; tendenziell finden sich leicht progressive bis neutrale Effekte auf die Einkommensverteilung, Haushalte mit niedrigeren Einkommen profitieren also überproportional von der Einführung einer europäischen Arbeitslosenversicherung.

Band 19: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

Einblick in die Situation Betroffener und Möglichkeiten der Unterstützung

Wien, August 2015, 442 Seiten, 32 Euro, ISBN: 978-3-99046-157-0

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.),

Maria Daniel, Julia Hauprich, Manuela Kainbacher, Martina Koller, Martin Nagl-Cupal,
Hanna Mayer

Als „Young Carers“ werden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren bezeichnet, die regelmäßig Pfl egetätigkeiten für ein chronisch krankes Familienmitglied übernehmen. Neben Haushaltstätigkeiten und der Obsorge für gesunde Geschwister sind sie in „klassische“ Pfl egetätigkeiten involviert, die normalerweise von Erwachsenen übernommen werden.

In Österreich ist dieser Gruppe der pflegenden Angehörigen bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führte daher im Auftrag des Sozialministeriums zwei Studien zu dieser Thematik durch. In der ersten Studie werden zunächst Anzahl und soziodemografische Merkmale der Young Carers erhoben, und es wird beschrieben, was diese tun und was sie belastet. Im folgenden qualitativen Studienteil werden negative (und auch positive) Auswirkung früher Pfl egeerfahrungen aus der Sicht ehemaliger, nunmehr erwachsener Young Carers beleuchtet. Die zweite Studie legt ein Rahmenkonzept für Projekte zur Unterstützung von pflegenden Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien vor. Damit soll aufgezeigt werden, durch welche konkreten Maßnahmen Betroffene unterstützt werden können und welche Voraussetzungen für ein wirksames Young-Carers-Projekt gegeben sein sollten.

Band 20: Ausbildung bis 18

Grundlagenanalysen zum Bedarf von und Angebot für die Zielgruppe

Wien, Juni 2016, 360 Seiten, 26 Euro, ISBN: 978-3-99046-223-2

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.),

Mario Steiner, Gabriele Pessl, Johannes Karaszek

Mit der Einführung einer „Ausbildung bis 18“ soll der Anteil der frühen AusbildungsabbrecherInnen (FABA) reduziert und die Zahl der Bildungsabschlüsse in Österreich erhöht werden.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der wissenschaftlichen Grundlagenanalysen dar, die vom Institut für Höhere Studien im Auftrag von BMASK, BMBF und BMWFW durchgeführt wurden. Er beinhaltet quantitative Analysen zu Ausmaß und Ursachen von frühem Bildungsabbruch, qualitative Analysen zu Problemlagen und Ressourcen betroffener Jugendlicher sowie eine Analyse der vorhandenen präventiven und kompensatorischen Angebote.

Zielgruppe der „Ausbildung bis 18“ sind demnach rund 16.000 Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren, die jedoch in Hinblick auf ihre Lebenssituation und den Grad ihrer Systemferne sowie hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfs sehr unterschiedlich sind. Österreichweit werden bereits beträchtliche Aktivitäten im Bereich der Kompensation eines fehlenden Abschlusses gesetzt. Um die „Ausbildung bis 18“ zu realisieren, ist es jedoch notwendig, den Bereich der Prävention auszubauen.

**Band 21: Intergenerationelle Lebensqualität. Diversität zwischen Stadt und Land.
Intergenerationelle Lebensqualität. Diversität zwischen Stadt und Land.**

Wien, Dezember 2016, 196 Seiten, 20 Euro, ISBN: 978-3-99046-250-8

Autorinnen und Autoren:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.),

Anton Amann, Christian Bischof, Andreas Salmhofer

Subjektive Lebensqualität ist heute stark geprägt von der Diversität zwischen Stadt und Land sowie zwischen den einzelnen Generationen. Ein hoher Anteil alter Menschen lebt in gering besiedelten Gebieten, wobei dieser Anteil zukünftig noch steigen wird.

Die empirischen Analysen der vorliegenden, vom Sozialministerium in Auftrag gegebenen Studie konzentrieren sich auf die subjektiven Dimensionen von Lebensqualität: materielle Lebensbedingungen, Wohnbedingungen und Wohnumfeld, Infrastruktur und Mobilität, Partizipation und soziale Unterstützung, subjektives Wohlbefinden und Gesundheit. Hier bestehen systematische, infrastrukturebedingte Differenzen. Das eigentlich interessante Ergebnis ist jedoch, dass die regional unterschiedliche Bevölkerungsdichte in den meisten Fällen Differenzen besser erklären kann als Alter, Geschlecht oder Bildung. Eine Ausnahme bildet das Thema Gesundheit, hier haben das Alter und in weiterer Folge auch der Bildungsabschluss eine höhere Effektstärke.

Weitere Informationen und alle Bücher der Studienreihe als E-Books zum Download unter www.studienreihe.at.



BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT, SOZIALES
UND KONSUMENTENSCHUTZ