



Arbeitsmarktservice

## **Auswirkungen der Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf beim AMS OÖ vorgemerkte Personen**

Projektleitung AMS: Angela Herzenauer

Projektleitung und -mitarbeit IBE:  
Thomas Lankmayer  
Karl Niederberger

Linz, Jänner 2021

## **Impressum**

Arbeitsmarktservice

Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts

Treustraße 35-43

1200 Wien

Telefon: +43 1 33178-0

# Zusammenfassung

Seit 2010 wurden in Österreich verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel der Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters gesetzt. Dazu zählen insbesondere die mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 verbundene Neuregelung im Bereich der befristeten Invaliditätspension („IP-Neu“), die mit 1.1.2014 in Kraft trat, und Anpassungen bei den Anspruchsvoraussetzungen bei der Langzeitversicherungspension („Hacklerregelung“).

Das AMS OÖ beauftragte das Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (IBE), die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS OÖ arbeitslos vorgemerkten Personen im Rahmen einer Studie zu analysieren.

## I. Ziel und Forschungsfragen

Leitend für die Studie waren folgende Forschungsfragen.

1. Wie haben sich die Anzahl und die Zusammensetzung – insbesondere bezüglich Anzahl, Alter, Vermittlungseinschränkungen – der beim AMS OÖ als arbeitslos vorgemerkten Personen seit den im Jahr 2014 in Kraft getretenen Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters verändert?
2. Inwieweit lässt sich der Einfluss der jeweiligen Maßnahmen (Hacklerregelung, IP-Neu) auf Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS arbeitslos vorgemerkten Personen feststellen?
3. Wie wirken sich diese Veränderungen auf die Anforderungen der AMS-MitarbeiterInnen aus?
4. Welche Handlungsansätze lassen sich für das AMS OÖ daraus ableiten?

## II. Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 1 und 2 wurde eine Analyse-Modell auf Basis von Sekundärdaten (AMS OÖ, PVA OÖ, Statistik Austria und Österreichische Nationalbank) erstellt sowie Regressions- und Differenzen-in-Differenzen-Analysen durchgeführt. Um die Auswirkungen dieser Veränderungen auf die AMS-MitarbeiterInnen (Beantwortung Forschungsfrage 3) abzubilden, wurde eine Online-Befragung von AMS-BeraterInnen durchgeführt. Der Fokus in der Befragung wurde auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gelegt.

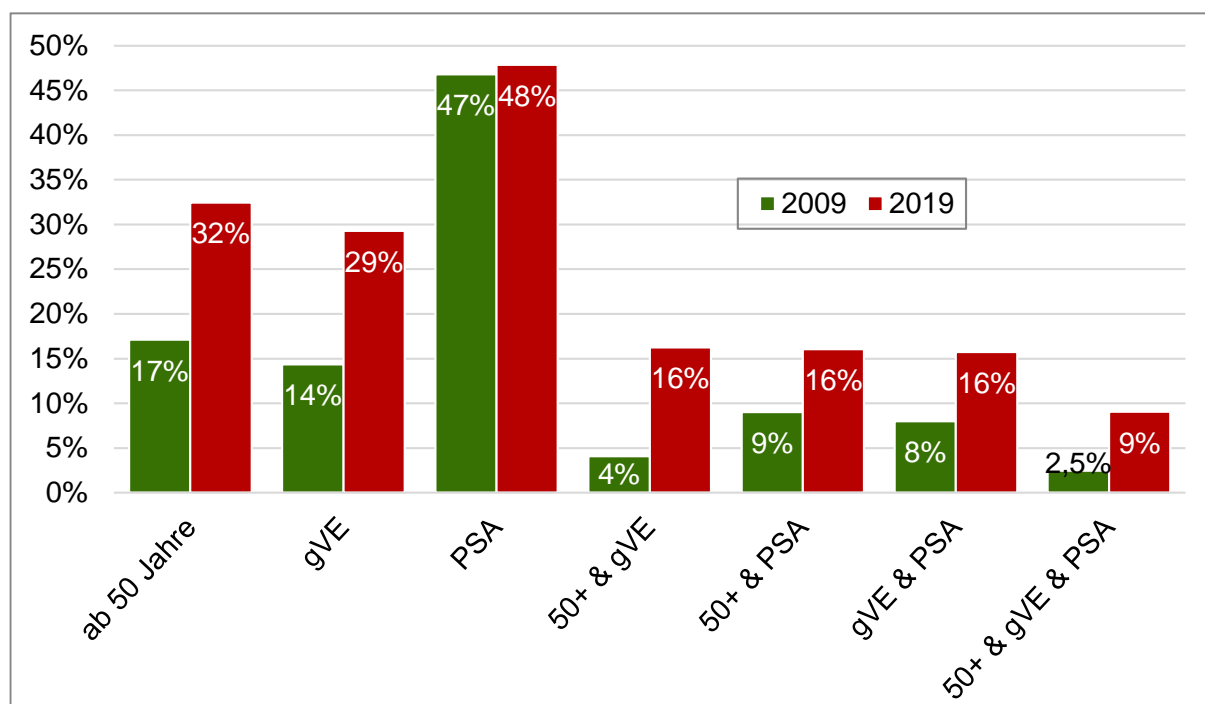
## III. Ergebnisse

### Veränderung der Struktur der arbeitslos vorgemerkten Personen

Mittels deskriptiver Statistiken der AMS-Daten konnten wesentliche Veränderungen bei der strukturellen Zusammensetzung der beim AMS OÖ arbeitslos vorgemerkten Personen in den letzten zehn Jahren aufgezeigt werden. Während die Anteile an Personen mit maximal Pflichtschulabschluss an den arbeitslos vorgemerkten Personen in den letzten zehn Jahren relativ konstant auf einem Niveau von knapp unter 50% stagniert, so zeigt sich etwa eine Verdoppelung der Anteile der ab 50-Jährigen (von 17% auf 32%) und der Anteile an Personen

mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (von 14% auf 29%). Werden Personen mit den zentralen Risikofaktoren für Arbeitslosigkeit (gesundheitliche Vermittlungseinschränkung, 50+, niedriges Bildungsniveau) betrachtet, so hat sich der Anteil innerhalb der Gruppe aller Arbeitslosen in Oberösterreich fast vervierfacht (von 2,5% auf 9,0%). In absoluten Zahlen wuchs diese Gruppe von 759 Personen im Jahr 2009 auf 3.077 Personen im Jahr 2019 an (Jahresdurchschnittsdaten), was absolut gesehen sogar mehr als eine Vervielfachung darstellt.

**Abbildung 1: Überblick Strukturveränderungen Arbeitslose Oberösterreich**



gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; PSA ... maximal Pflichtschulabschluss; AL ... Arbeitslose

Unabhängig vom Inkrafttreten des SRÄG (IP-Neu) und den Änderungen bei den Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension („Hacklerregelung“) im Jahr 2014 sowie der AMS-Umstellung beim Pensionsvorschuss im Jahr 2013 zeigt sich in Oberösterreich eine deutliche Steigerung des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Dieses Potenzial stieg von etwa 10.300 Personen im Jahr 2009 auf etwa 13.400 im Jahr 2018. Allerdings wird deutlich, dass sich die institutionellen Zuständigkeiten für diese Personengruppe ab dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2018 kontinuierlich verschoben: Während in den Jahren 2009 bis 2012 etwa 70% dieser Menschen vom AMS und 30% von der PVA betreut wurden, zeigt sich im Jahr 2018 ein Verhältnis von 80%:20%.

Ein Teil der strukturellen Veränderungen der Arbeitslosen ist auf demografische Verschiebungen in der Altersstruktur der erwerbsfähigen Bevölkerung zurückzuführen. Die Zahl der 50-jährigen und älteren erwerbsfähigen Personen stieg im Beobachtungszeitraum in Oberösterreich von 201.000 auf 255.000 (+27%). Dieses Wachstum ist der Generation der Baby-Boomer geschuldet, die im Beobachtungszeitraum nach und nach in die Alterskohorte der ab 50-Jährigen gelangte. Diese altersspezifische Entwicklung zwischen 2009 und 2018 beeinflusste

maßgeblich die Altersstruktur unselbständig Beschäftigter sowie in der Folge die der Arbeitslosen.

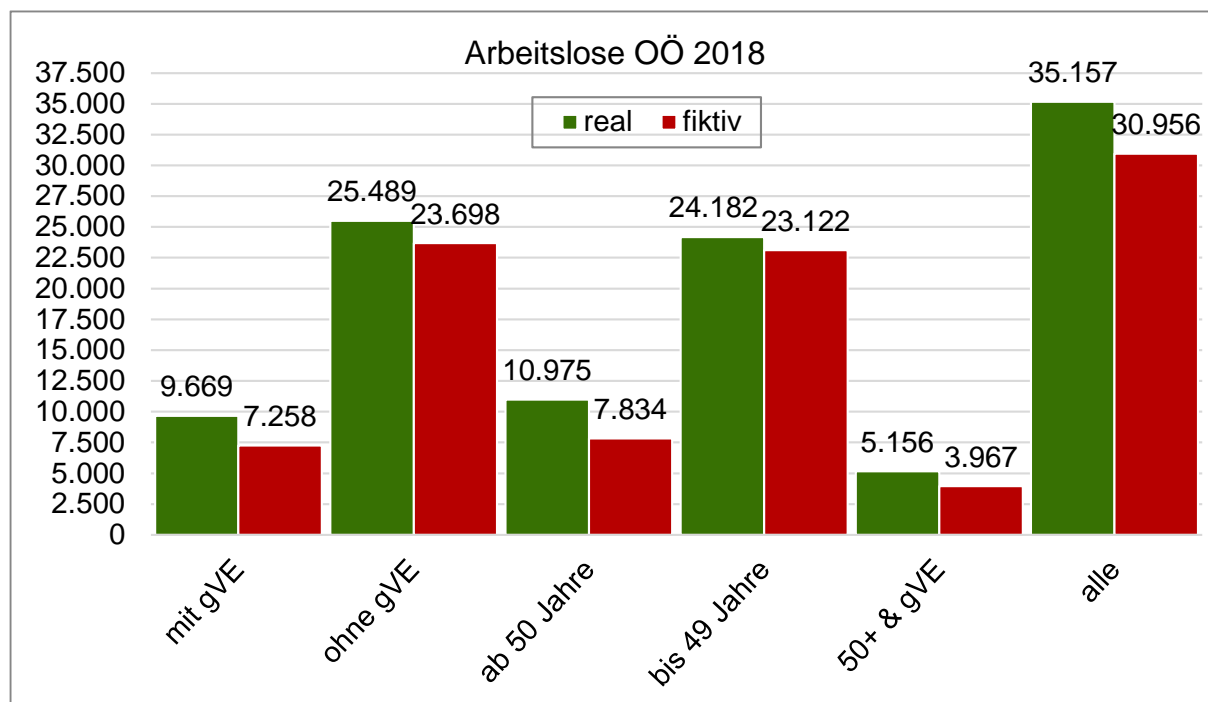
### **Einfluss der Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters**

Um eine Aussage darüber zu erlangen, inwieweit die Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters einen Einfluss auf die in den deskriptiven Analysen dargestellten Veränderungen haben, wurden Regressions- und Differenzen-in-Differenzen-Analysen durchgeführt. Konkret wurde unter Berücksichtigung demografischer und konjunktureller Veränderungen im Beobachtungszeitraum ein fiktives Szenario gebildet, das die Entwicklung der Anzahl und Zusammensetzung der Arbeitslosen ohne die gesetzten Maßnahmen darstellt. Die Gegenüberstellung des fiktiven Szenarios mit dem realen Szenario erlaubt es, die Auswirkungen der gesetzten Maßnahmen auf Zahl und Struktur der Arbeitslosen in OÖ abzubilden.

Es zeigt sich, dass nicht nur die beiden gesetzlichen Änderungen sondern auch die Umstellung im AMS vom Status „Pensionsvorschuss auf IP“ auf den Status „Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“ im Jahr 2013 einen wesentlichen Einfluss auf die Zahl und Struktur der beim AMS vorgemerkten Arbeitslosen ausübte. Alle drei Änderungen bewirkten, dass das AMS Oberösterreich im Jahr 2018 etwa 4.200 Arbeitslosenvormerkungen (Jahresdurchschnitt) mehr verzeichnete, als dies ohne diese drei Änderungen der Fall gewesen wäre – also etwa 35.200 statt 31.000 Arbeitslose. Etwas mehr als die Hälfte der 4.200 Arbeitslosen wären jedoch weiterhin im Zuständigkeitsbereich des AMS und würden einen Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension beziehen.

Lediglich 2% der Differenz von 4.200 Arbeitslosen wären durch die geänderte „Hacklerregelung“ zustande gekommen. Dieser Anteil erscheint deswegen so niedrig, da durchschnittliche Langezeitversicherte nach den geänderten Anspruchsvoraussetzungen die Optionen Korridor pension oder Altersteilzeit bis Alterspension wählen konnten.

Abbildung 2: Arbeitslose im realen vs. fiktiven Szenario im Jahr 2018



Jahresdurchschnittszahlen; gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; AL ... Arbeitslose

#### Auswirkungen auf Anforderungen der AMS-BeraterInnen

Die Auswirkungen auf die Anforderungen der AMS-MitarbeiterInnen wurden in der Online-Befragung erhoben: Die größten Herausforderungen in der Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ergeben sich gemäß den offenen Ausführungen der befragten BeraterInnen vor allem dadurch, dass die passenden Arbeitsplätze für diese Zielgruppe fehlen bzw. der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig für diese Personengruppe ist. Besonders herausfordernd sind Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bzw. mit einem abgelehnten Antrag auf Invaliditätspension, da hier die Vermittelbarkeit am 1. Arbeitsmarkt kaum gegeben ist. Von einem Anstieg dieser Personengruppe gehen 99% der befragten BeraterInnen aus. Als Ursache für den Anstieg an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen geben je rund neun von zehn BeraterInnen Veränderungen der Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt und einen erschwerten Pensionszugang an. Hinzu kommt, dass gerade Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen häufig eine Kumulation von verschiedenen Vermittlungshemmnissen (z.B. geringe Deutschkenntnisse, niedriges Bildungsniveau, Mobilitätseinschränkungen, Langzeitarbeitslosigkeit) aufweisen.

#### IV. Schlussfolgerung und Handlungsansätze

Die deskriptive Darstellung der Veränderungen der Struktur der Arbeitslosen zeigt deutlich auf, dass sich die Struktur der arbeitslos vorgemerkten Personen in Oberösterreich in den letzten zehn Jahren signifikant verändert hat. Es kam zu einem Anstieg von Personen mit geringen Chancen auf Vermittlung, insbesondere Ältere, Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und Langzeitarbeitslose. Diese Entwicklung fand bereits vor

Inkrafttreten der betrachteten Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters im Jahr 2014 statt und beschleunigte sich seitdem. Wie in der Studie eindrücklich dargestellt, sind die Ursachen für diese Veränderungen zu einem Teil auf die Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalter – insbesondere dem SRÄG 2012 und den Umstellungen beim Pensionsvorschuss – zurückzuführen. Andere Gründen können in der Alterung der erwerbsfähigen Bevölkerung und in den Entwicklungen am Arbeitsmarkt verortet werden.

Diese Entwicklungen öffnen ein Spannungsfeld für die AMS-BeraterInnen: Die AMS-BeraterInnen sind mit einer zunehmenden KundInnen-Anzahl an betreuungsintensiven KundInnen mit sehr geringen Chancen auf eine Vermittlung konfrontiert. Dem gegenüber bestehen Rahmenbedingungen, die den Handlungsspielraum eingrenzen. Es fehlen geeignete Arbeitsplätze und Unterstützungsangebote. Daneben sind die Zeitressourcen begrenzt, das Fachknowhow für die Zielgruppe reicht oft nicht aus sowie grenzen die AMS-Steuerungssysteme den Handlungsspielraum zusätzlich ein.

Der Fokus der Handlungsansätze orientiert sich auf den Zuständigkeitsbereich des AMS. Wobei an dieser Stelle darauf hingewiesen werden sollte, dass zur Förderung der Beschäftigungsintegration von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Mitwirkung aller relevanten AkteurInnen (GKK, Ärztinnen/Ärzte, Unternehmen, AMS, PVA, berufliche Reha-AnbieterInnen etc.) entscheidend ist, Schnittstellen verbessert und möglichst früh angesetzt werden sollte (vgl. Eppel et al. 2016, S. 796; Eppel et al. 2017, S. 132). Folgende Handlungsansätze wurden abgeleitet:

- **Strukturelle Analyse der Beratung**

Wie sich die dargestellte strukturelle Änderung der Zusammensetzung der AMS-KundInnen auf die Beratungssituation auswirkt, bedarf noch einer tiefergehenden Analyse um die in weiterer Folge beschriebenen Handlungsansätze zielgerichtet umsetzen zu können. Konkret empfiehlt sich eine Analyse über das Ausmaß der Zunahme der Beratungsintensität bzw. der Verteilung bestimmter Gruppen nach der aufgewendeten Beratungszeit sowie dahingehend, inwieweit sich die Beratung inhaltlich verändert hat und welches Fachwissen bzw. Knowhow dazu erforderlich ist.

- **Anpassung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente**

Aus den Befragungsergebnissen lässt sich ableiten, dass es für Personen insbesondere eines quantitativen als auch qualitativen Ausbaues an Stabilisierungsangeboten, Beschäftigungsförderungen am 1. und 2. Arbeitsmarkt sowie Qualifizierungen bedarf. Diese Einschätzungen der befragten BeraterInnen decken sich mit den Ergebnissen einer WIFO-Studie zu Wirkungen von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in Oberösterreich (Eppel et al. 2017, S. 127f): Eine Wirkung auf die Integration in ungeforderte Beschäftigung – teilweise erst mit großer Zeitverzögerung – konnte für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach der Teilnahme an einer fachlichen Qualifizierung (trägerbezogene fachliche Qualifizierung und Beihilfen zu Kurskosten), mit geförderter

Beschäftigung am ersten und zweiten Arbeitsmarkt und/oder Teilnahme an einer BBE (Beratungs- und Betreuungseinrichtung) nachgewiesen werden.

- **Anpassung der Beratungsstrukturen**

Um eine qualitätsvolle, zielgerichtete Beratung zu ermöglichen wird ein klarer Bedarf an der Erhöhung der Zeitressourcen bzw. an mehr Personal sichtbar. Daneben ist auch das entsprechende Fachknowhow erforderlich: Dies beinhaltet Fachkenntnis über Erkrankungsarten und die damit verbundenen Einschränkungen sowie hinsichtlich der verfügbaren Unterstützungsangebote und über die Abläufe bei den einzubindenden Institutionen (z.B. GKK, PVA). Daneben wird der Wunsch nach einer Spezialisierung seitens der befragten BeraterInnen geäußert. Eine Reha-Spezialisierung besteht zwar in den meisten Regionalstellen, jedoch nicht in allen. Zudem erachten die befragten BeraterInnen die vorhandenen Ressourcen als nicht ausreichend. Es erscheint daher insgesamt geboten, die Beratungsprozesse des AMS, auch hinsichtlich der gemachten Erfahrungen bei der Umstellung auf telefonische Beratung während der Corona-Pandemie, zu reflektieren.

- **Optimierung der Zielsteuerung und Zielsetzungen**

In der Befragung wird deutlich, dass es mitunter vorkommt, dass aufgrund von Zielvorgaben und Vermittlungsquoten auf Angebote nicht zugewiesen wird, obwohl diese als hilfreich für die Person betrachtet werden. Stattdessen werden Personen zu Maßnahmen zugewiesen, bei denen mit hoher Wahrscheinlichkeit die Vermittlungsquote erreicht wird. Um diese sogenannten „Creaming-Effekte“ („Rosinenpicken“) zu vermeiden und eine zielgruppenadäquate Zuweisung zu begünstigen, wird eine Optimierung der Zielsteuerung und Zielsetzung bzw. Bewertung der Maßnahmen speziell für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen empfohlen.



# INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung .....	10
2. Untersuchungsdesign .....	12
2.1 Analyse-Modell.....	13
2.2 Online-Befragung.....	19
3. Deskription der Sekundärdaten .....	20
3.1 Entwicklungen am Arbeitsmarkt 2009 bis 2019.....	21
3.2 Entwicklung Pensionen 2009 bis 2018.....	44
3.3 Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ....	53
4. Ergebnisse des Datenmodells.....	58
4.1 Veränderung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen .....	58
4.2 Veränderung der Struktur der arbeitslos Vorgemerkten.....	63
4.3 Auswirkungen der gesetzlichen Veränderungen auf KundInnen-Struktur des AMS .....	70
5. Ergebnisse der AMS-BeraterInnen-Befragung.....	73
5.1 Stichprobenzusammensetzung.....	73
5.2 KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen .....	75
5.3 Auswirkungen SRÄG 2012.....	90
5.4 AMS Förderangebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen .....	97
5.5 Beratungstätigkeit.....	101
5.6 Exkurs: Beratungsalltag COVID-19.....	107
5.7 Vorschläge zur Verbesserung der Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen .....	113
6. Ergebnisse im Überblick und Handlungsansätze .....	115
7. Verzeichnisse (Abkürzungen, Abbildungen, Tabellen).....	123
8. Literatur.....	128
9. Anhang.....	132
9.1 Glossar .....	132
9.2 Fragebogen .....	137

# 1. Einleitung

Seit 2010 wurden in Österreich verschiedene Maßnahmen mit dem Ziel der Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters gesetzt. Dazu zählen insbesondere die mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG 2012) verbundene Neuregelung im Bereich der befristeten Invaliditätspension („IP-Neu“), die mit 1.1.2014 in Kraft trat<sup>1</sup>, und Anpassungen bei den Anspruchsvoraussetzungen bei der Langzeitversicherungspension („Hacklerregelung“). Während im Jahr 2010 Männer mit durchschnittlich 59,1 Jahren und Frauen mit 57,1 Jahren in Pension gingen, erhöhte sich bis 2019 das durchschnittliche faktische Pensionsantrittsalter bei Männern auf 61,3 Jahren und bei Frauen auf 59,5 Jahre (Statistik Austria 2020f). Das bedeutet bei den Männern einen Zuwachs um durchschnittlich 2,2 Jahren und bei Frauen um 2,4 Jahren innerhalb von 10 Jahren.

Die Analyse der Arbeitsmarktsituation bzw. Verläufe vor erstmaliger Antragstellung einer (befristeten und unbefristeten) Invaliditätspension wurde bereits in früheren Studien beleuchtet (vgl. dazu auch Fuchs 2013; Heil et al. 2013). Sichtbar werden Brüche in den Erwerbsverläufen und die sehr schlechten Arbeitsmarktchancen von Personen, die einen IP-Antrag (befristet und unbefristet) stellen. Der Vergleich der AntragstellerInnen vor und nach Einführung der „Invaliditätspension Neu“ (IP-Neu) im Rahmen der durch Haller et al. (2019, S. 13) durchgeführten Evaluierung verdeutlicht zudem, dass die AntragstellerInnen seit Einführung der IP-Neu im Zeitraum vor der Antragstellung zu einer noch geringeren Wahrscheinlichkeit in Beschäftigung sind und auch ein geringeres Einkommen aufweisen, als vor Einführung der IP-Neu. Die „negative Selektion der AntragstellerInnen“ im Hinblick auf den Arbeitsmarkterfolg wurde durch die IP-Neu somit verstärkt.

Die Ergebnisse der Evaluierung der IP-Neu (Haller et al. 2019) verdeutlichen, dass es durch diese gesetzlichen Änderungen vor allem zu einer Verschiebung der Personen von der befristeten Invaliditätspension hin zum Rehabilitationsgeld gekommen ist. Allerdings lassen die sichtbar gewordene Verschärfung im Zugang zur Invaliditätspension insgesamt (Rückgang der Anträge und Anerkennungen) und die geringe Arbeitsmarktintegration von Invaliditätspension-AntragstellerInnen darauf schließen, dass Personen, die aufgrund der Änderungen keine Anträge mehr stellen (können) bzw. eine Ablehnung erhalten, auch vermehrt in den Zuständigkeitsbereich des AMS fallen.

Dies wurde in der Evaluierung der IP-Neu (Haller et al. 2019) nicht explizit beleuchtet. An dieser Forschungslücke knüpft diese Studie an. Ziel ist die Betrachtung der Auswirkungen der Einführung der IP-Neu und weitere seit 2010 gesetzte (und ab 2014 in Kraft getretenen)

---

<sup>1</sup> BGBl. I Nr. 3/2013

Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf die Anzahl und die Zusammensetzung der beim Arbeitsmarktservice Oberösterreich (AMS OÖ) als arbeitslos vorgemerkten Personen und auf die damit verbundenen Arbeitsanforderungen der AMS-BeraterInnen.

In Kapitel 2 wird zunächst das Untersuchungsdesign beschrieben. In Kapitel 3 werden mittels Sekundärdaten die oberösterreichischen Entwicklungen am Arbeitsmarkt und die Übergänge in die Pension für die Jahre 2009 bis 2018/2019 anhand mehrerer Indikatoren deskriptiv dargestellt. Es erfolgt zudem eine Einschätzung des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, die in den Zuständigkeitsbereich des AMS und der PVA fallen (Kapitel 3.3). Diese Deskriptoren bilden die Basis für das in Kapitel 4 vorgestellte Analyse-Modell. Dort erfolgt die Gegenüberstellung eines prognostizierten fiktiven Szenarios – also ein Szenario, indem die Maßnahmen nicht in Kraft traten – mit dem realen Szenario (Kapitel 4.1 & 4.2). Durch diese Gegenüberstellung können die Auswirkungen der gesetzlichen Veränderungen auf Anzahl und Struktur der beim AMS OÖ arbeitslos vorgemerkten Personen gemessen werden (Kapitel 4.3). Inwieweit diese Veränderungen Auswirkungen auf die Anforderungen der AMS-BeraterInnen haben, war Gegenstand der Online-Befragung, deren Ergebnisse in Kapitel 5 vorgestellt werden. Zuletzt werden in Kapitel 6 die Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet und Handlungsansätze abgeleitet. Im Anhang (S. 132) befindet sich ein Glossar, in dem die Reformen sowie die wichtigsten Begriffe erläutert werden.

Für den Auftrag und die Unterstützung bei der Durchführung des Projektes möchten wir uns ganz herzlich beim Arbeitsmarktservice Oberösterreich, im Besonderen bei Frau Mag.<sup>a</sup> Angela Herzenauer, Herrn Dr. Manfred Haslehner und Herrn Mag. Dieter Hoffmann, bedanken. Die Realisierung des Forschungsvorhabens konnte nur durch die zur Verfügungstellung der Daten gelingen. Daher möchten wir uns besonders für die ausgezeichnete Unterstützung im Zuge der Datenanforderung bedanken bei Herrn Dastl und bei seiner KollegInnenschaft von der Pensionsversicherungsanstalt Oberösterreich sowie bei Herrn Mag. Haider und Frau Wagenhuber aus der Abteilung Managementprozesse, Statistik und Controlling des AMS OÖ. Weiters gilt der Dank den ExpertInnen des AMS, die sich für ein Interview zur Verfügung stellten sowie den Beraterinnen und Beratern, die sich trotz eingeschränkter Zeitressourcen aufgrund der Bewältigung der COVID-19-Krise die Zeit genommen haben, an der Online-Befragung teilzunehmen.

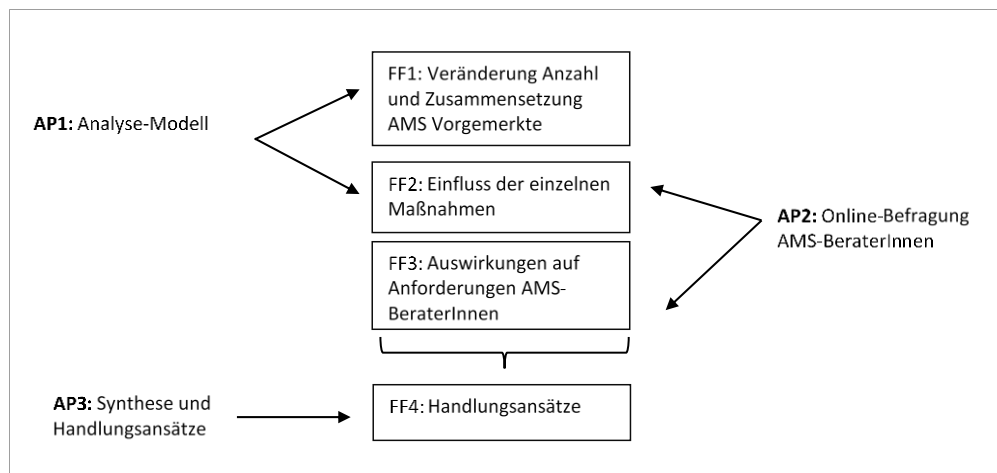
## 2. Untersuchungsdesign

Ziel ist die Beleuchtung der Auswirkungen von Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS vorgemerkten Personen sowie die damit verbundenen Wirkungen auf die Arbeitsanforderungen der AMS-BeraterInnen. Leitend für die Studie sind folgende Forschungsfragen:

1. Wie hat sich die Anzahl und die Zusammensetzung – insbesondere bezüglich Anzahl, Alter, Vermittlungseinschränkungen – der beim AMS OÖ als arbeitslos vorgemerkten Personen seit den im Jahr 2014 in Kraft getretenen Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters verändert?
2. Inwieweit lässt sich der Einfluss der jeweiligen Maßnahmen (Hacklerregelung, IP-Neu) auf Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS arbeitslos vorgemerkten Personen feststellen?
3. Wie wirken sich diese Veränderungen auf die Anforderungen der AMS-MitarbeiterInnen aus?
4. Welche Handlungsansätze lassen sich für das AMS OÖ daraus ableiten?

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Mehr-Methoden-Zugang gewählt. Die einzelnen Erhebungsmethoden werden in weiterer Folge erläutert.

**Abbildung 1: Überblick Forschungsdesign**



Anmerkungen: AP: Arbeitspaket; FF... Forschungsfrage

## 2.1 Analyse-Modell

Das Analyse-Modell wurde auf Basis von angeforderten Sekundärdaten der PVA OÖ und des AMS OÖ sowie mithilfe von Recherchedaten bezüglich demografischer und konjunktureller Indikatoren der Statistik Austria und der Österreichischen Nationalbank (ÖNB) erstellt. Die angeforderten und recherchierten Daten beziehen sich ausschließlich auf Oberösterreich. Fokussiert wurden die Jahre 2009 bis 2018<sup>2</sup>, also zehn Jahre, sodass fünf Jahre vor Inkrafttreten des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2012 (SRÄG) bzw. vor den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension und fünf bzw. sechs Jahre nach Inkrafttreten (1. Jänner 2014) des SRÄG 2012 bzw. nach den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension erfasst sind. Im Zuge des Forschungsprozesses wurde deutlich, dass neben diesen beiden Reformen auch gesetzliche Änderungen beim Pensionsvorschuss und damit bedingte Umstellungen im AMS einen wesentlichen Einfluss auf die Zusammensetzung der arbeitslos vorgemerkten Personen hat. Daher wurden die Änderungen beim Pensionsvorschuss auch in das Analyse-Modell aufgenommen (Beschreibungen der Reformen befinden sich im Glossar ab S. 132).

Die Daten wurden zusammengeführt in EXCEL- und SPSS-Dateien mit 470 Variablen, um statistische Zusammenhänge zu überprüfen wurden Korrelationsanalysen durchgeführt.

In einem ersten Schritt wurden die beim AMS als arbeitslos vorgemerkten Personen im Hinblick auf Anzahl und Struktur vor und nach Umsetzung der Reformen in Jahresschritten beschrieben. Durch diesen Vorher-Nachher-Vergleich (vor vs. nach Inkrafttreten am 1. Jänner 2014 des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2012 bzw. vor vs. nach den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension) lassen sich zwar die Veränderungen seit der Wirksamkeit des SRÄG 2012 bzw. der Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension darstellen, jedoch lassen sich keine Rückschlüsse zu den kausalen Effekten des SRÄG 2012 bzw. der Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension ziehen, da demografische und konjunkturelle Effekte unberücksichtigt bleiben.

---

<sup>2</sup> Eine Ausnahme bilden die vom AMS OÖ gelieferten Daten, die bis 2019 reichen.

Daher wurden in einem zweiten Schritt anhand der Entwicklung der Jahre 2009 bis 2012<sup>3</sup> mithilfe von Regressionsrechnungen und Differenzen-in-Differenzen-Analysen<sup>4</sup> Invaliditätspensionszuerkennungen, BezieherInnen des Pensionsvorschlusses auf Invaliditätspension und Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen fortgeschrieben. Diese Berechnungen wurden in Relation zur Entwicklung der Jahre 2009 bis 2018 des Arbeitskräftepotenzials mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und der demografischen sowie der konjunkturellen Veränderungen gesetzt. Die Analysen zeichnen ein fiktives Szenario für die Jahre nach dem 1.1.2014 unter ceteris Paribus Bedingung – also ohne Einführung der Maßnahmen („IP-Neu“, Anpassungen für die Anspruchsvoraussetzungen zur Langzeitversichertenpension/„Hacklerregelung“, Änderungen beim Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension).

Dritter Schritt: Der Vergleich dieses fiktiven Szenarios mit den tatsächlichen Entwicklungen nach Einführung der Maßnahmen zeigt die veränderte Struktur (Geschlecht, Alter, gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen<sup>5</sup>) oberösterreichischer Arbeitsloser für die Jahre 2014 bis 2018. Die unterschiedlichen Einflüsse von IP-Neu und von den Veränderungen bei der „Hacklerregelung“ auf diese veränderte Struktur oberösterreichischer Arbeitsloser gelang durch weitere Differenzen-in-Differenzen-Analysen unter Berücksichtigung von Personen mit attestierter „Arbeitsfähigkeit“ nach Rehabilitationsgeldbezug<sup>6</sup> sowie einer Strukturanalyse der Personen, die durch die gesetzlichen Veränderungen keine Langzeitversichertenpension beantragten. Die Darstellung der Veränderungen erfolgt in Längsschnitt- und Säulendiagrammen.

---

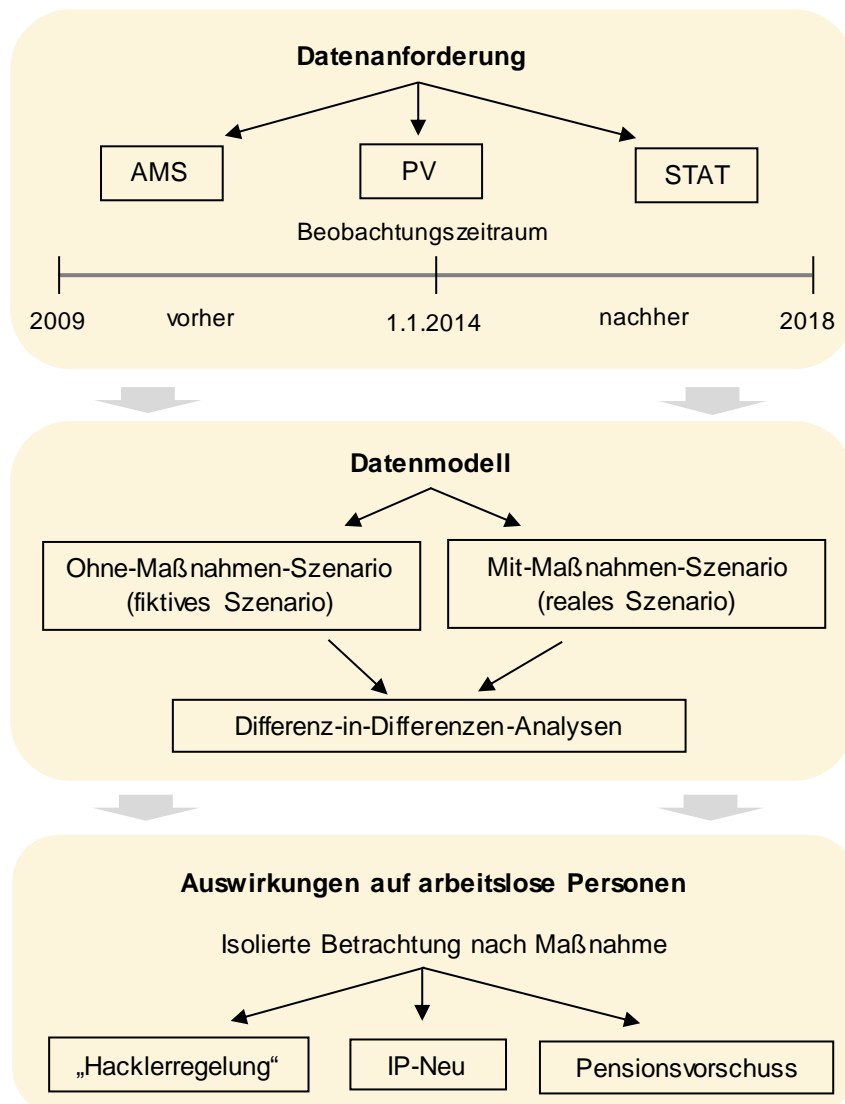
<sup>3</sup> Das Jahr 2013 wurde als Berechnungsbasis für das fiktive Szenario 2014 bis 2018 ausgeklammert, da das AMS in Vorbereitung auf das Inkrafttreten des SRÄG 2012 das Verfahren für den Anspruch auf einen Pensionsvorschuss vor der Invaliditätspension (P.Vors.IP) wesentlich änderte. Bereits 2013 wurden Personen in der „Gesundheitsstraße“ der PVA auf ihre Arbeitsfähigkeit untersucht und erhielten beim AMS während des schwebenden Verfahrens den neu eingeführten Status Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße (Status AG). Die zu analysierenden Zahlen des Jahres 2013 standen also schon im Einflussbereich des SRÄG 2012.

<sup>4</sup> Die Differenzen-in-Differenzen-Analyse ist eine ökonometrische Methode zur Messung von Effekten politischer Maßnahmen. Dazu bedarf es üblicherweise zwei Beobachtungsgruppen, wobei eine Beobachtungsgruppe die politische Intervention erfahren hat und die andere nicht (Kugler et al. 2014, S. 28). Im Falle dieser Studie wurden mehrere hoch korrelierende Trendvariablen (das Alter der Erwerbsbevölkerung, der unselbständig Beschäftigten, der Arbeitslosen, Gesamtpotenzial von arbeitsmarktrelevanten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen) in Bezug gesetzt, um stabile Verhältnisvariablen für eine simulierte Beobachtungsgruppe zu generieren, die die politische Intervention nicht erfahren hat. Diese generierten stabilen Verhältnisvariablen wurden einer linearen Regression unterzogen, um das fiktive Szenario für die Jahre 2014 bis 2018 zu berechnen.

<sup>5</sup> Definition siehe Glossar, S. 130ff

<sup>6</sup> Das sind jene Personen, deren Reha-Geldbezug wegfiel, weil ihnen die PVA im Zuge der vorgesehenen jährlichen Überprüfung aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine „Berufsunfähigkeit“ bzw. „Invalidität“ attestiert hat. In der Folge werden diese Personen, denen aus diesem Grund das Reha-Geld entzogen wurde, als „arbeitsfähig“ bezeichnet.

Abbildung 2: Konzept Analyse-Modell



Anmerkung: AMS ... Arbeitsmarktservice; PVA ... Pensionsversicherungsanstalt; STAT ... Statistik Austria/Österreichische Nationalbank

### **2.1.1. Datenbasis**

Die Datenbasis für die in der Folge beschriebenen Berechnungen wurde mit den durch das AMS OÖ und der PVA OÖ zur Verfügung gestellten Daten entwickelt und mittels Recherchen bei Statistik Austria und der Österreichischen Nationalbank (ÖNB) zu demografischen und konjunkturellen Veränderungen in Oberösterreich über den Beobachtungszeitraum von 2009 bis 2018<sup>7</sup> ergänzt. Bei allen in diesem Projekt verwendeten Daten handelt es sich um aggregierte Daten, die sich auf das Bundesland Oberösterreich beziehen. Aggregierte Daten – oder auch Makro-Daten genannt – fassen eine Vielzahl an Beobachtungen zu verdichteten und plausibilisierten statistischen Daten zusammen und erlauben keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen.

Insgesamt umfasst die Datenbasis 470 Variablen, welche die Jahre 2009 bis 2018 beschreiben – also fünf Jahre vor Inkrafttreten des SRÄG 2012 bzw. vor den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension sowie fünf Jahre nach dem Inkrafttreten am 1. Jänner 2014 des SRÄG 2012 bzw. nach den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension.

#### **Statistik Austria- und ÖNB-Daten**

Konjunkturelle sowie demografische Indikatoren finden sich in ausreichendem Ausmaß auf den Websites von Statistik Austria und der Österreichischen Nationalbank (ÖNB). Die Entwicklungen des realen regionalen Bruttoinlandsprodukt-Wachstums (regionales reales BIP-Wachstum), der erwerbsfähigen Bevölkerung, der unselbständig Beschäftigten sowie der alters- und geschlechtsspezifischen Beschäftigungsquoten fanden Eingang in die Datenbasis.

---

<sup>7</sup> Eine Ausnahme bilden die Daten des AMS OÖ, die bis 2019 reichen.



## AMS-Daten

Das AMS OÖ als Auftraggeber stellte umfassendes Datenmaterial zur Verfügung. Alle diese Daten (Jahresdurchschnittsdaten) betreffen Oberösterreich sowie die Jahre 2009 bis 2019. Je Beobachtungsjahr wurden folgende Daten nach Geschlecht und Alterskategorie unterteilt:

- unselbständig Beschäftigte
- Arbeitslosenquoten nach nationaler Definition

Weiters wurden folgende Daten (Jahresdurchschnittsdaten) – zusätzlich zu Geschlecht und Alterskategorie – unterteilt in Personen mit und ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen.

- Arbeitslosenbestand
- Arbeitslosenbestand mit maximal Pflichtschulabschluss
- arbeitslose Personen
- langzeitarbeitslose Personen
- langzeitbeschäftigungslose Personen
- Vormerkdauer
- Verweildauer
- Zugang arbeitsloser Personen
- Abgang arbeitsloser Personen
- Abgänge in Arbeit aus Arbeitslosigkeit
- Arbeitslose mit Bedarfsorientierter Mindestsicherung (ab 2012)
- NotstandshilfebezieherInnen
- BezieherInnen von Umschulungsgeld (ab 2014)
- BezieherInnen der Leistung „Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension“
- Zugänge in den Status AG<sup>8</sup> – Klärung Arbeitsfähigkeit (ab 2013)
- Anzahl der Förderfälle aus dem Bereich „Beschäftigung“<sup>9</sup>
- Anzahl der Förderfälle aus dem Bereich „Qualifizierung“<sup>10</sup>
- Anzahl der Förderfälle aus dem Bereich „Unterstützung“<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Abklärung Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

<sup>9</sup> In den Bereich „Beschäftigung“ fallen folgende Förderungen: Entfernungsbefreiung, Ein-Personen-Unternehmensförderung, Kombilohnbeihilfe, Kurzarbeitsbeihilfe, SÖB – Sozialökonomische Betriebe

<sup>10</sup> In den Bereich „Qualifizierung“ fallen folgende Förderungen: Arbeitsstiftungen, DLU: Deckung des Lebensunterhaltes, Förderung von Kurs- und Kursnebenkosten, Fachkräftestipendium, Lehrstellenförderung, Qualifizierungsförderung für Beschäftigte

<sup>11</sup> In den Bereich „Unterstützung“ fallen folgende Förderungen: Kinderbetreuungsbeihilfe, Unternehmensgründungsprogramm, Vorstellbeihilfen, Förderungen für Beratungs- und Betreuungseinrichtungen

## PVA-Daten

Die PVA stellte für diese Studie umfangreiches Datenmaterial zur Verfügung. Alle zur Verfügung gestellten Daten betreffen Oberösterreich sowie die Jahre 2009 bis 2018. Je Beobachtungsjahr wurden folgende Daten nach Geschlecht und Alterskategorie unterteilt:

- Stand (jeweils Dezember) Alterspension/Hacklerregelung/  
Korridorversicherung/Langzeitversicherte/Schwerarbeiterpension/BU-IV
- Anträge Alterspension/Hacklerregelung/  
Korridorversicherung/Langzeitversicherte/Schwerarbeiterpension/BU-IV
- Zuerkennungen Alterspension/Hacklerregelung/  
Korridorversicherung/Langzeitversicherte/Schwerarbeiterpension/BU-IV
- Ablehnungen Alterspension/Hacklerregelung/  
Korridorversicherung/Langzeitversicherte/Schwerarbeiterpension/BU-IV

Ab 2014:

- IP-Neu-Erstanträge/Zuerkennungen
- IP-Neu-Weitergewährungsanträge/Zuerkennungen
- IP-Neu-Ablehnungen wegen Rehabilitationsgeldes (Reha-Geld)
- IP-Neu-Ablehnungen wegen beruflicher Rehabilitation
- Reha-Geld Anspruchsberechtigte
- Reha-Geld Weitergewährungen
- Reha-Geld Wegfall/Entziehungen inklusive Begründungen

## 2.2 Online-Befragung

Befragungszeitpunkt 22.9.2020 bis 9.10.2020

Um die Auswirkungen der Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf die Arbeitsanforderungen der AMS-BeraterInnen (Beantwortung Forschungsfrage 3) abzubilden, wurden diese online befragt. Für die Fragebogenkonstruktion wurden im Vorfeld zwei explorative Interviews mit ExpertInnen des AMS geführt.

Aufbauend auf den Erkenntnissen der ExpertInnen-Gespräche wurde der Fokus der Fragestellungen in Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe für die Online-Befragung erweitert: Betrachtet wird die Zielgruppe „Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“ allgemein und speziell jene Personengruppe, die IP-Anträge stellen bzw. denen eine Arbeitsfähigkeit von der PVA (Gesundheitsstraße/ Kompetenzzentrum Begutachtung) bescheinigt wurde. Fokus liegt auf Herausforderungen in der Beratungssituation, die sich aufgrund Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen (gesetzliche Änderungen, Veränderungen am Arbeitsmarkt und Steuerungssysteme des AMS) ergeben haben. Ebenso sollen Bedarfe der BeraterInnen und Verbesserungspotenziale erhoben werden.

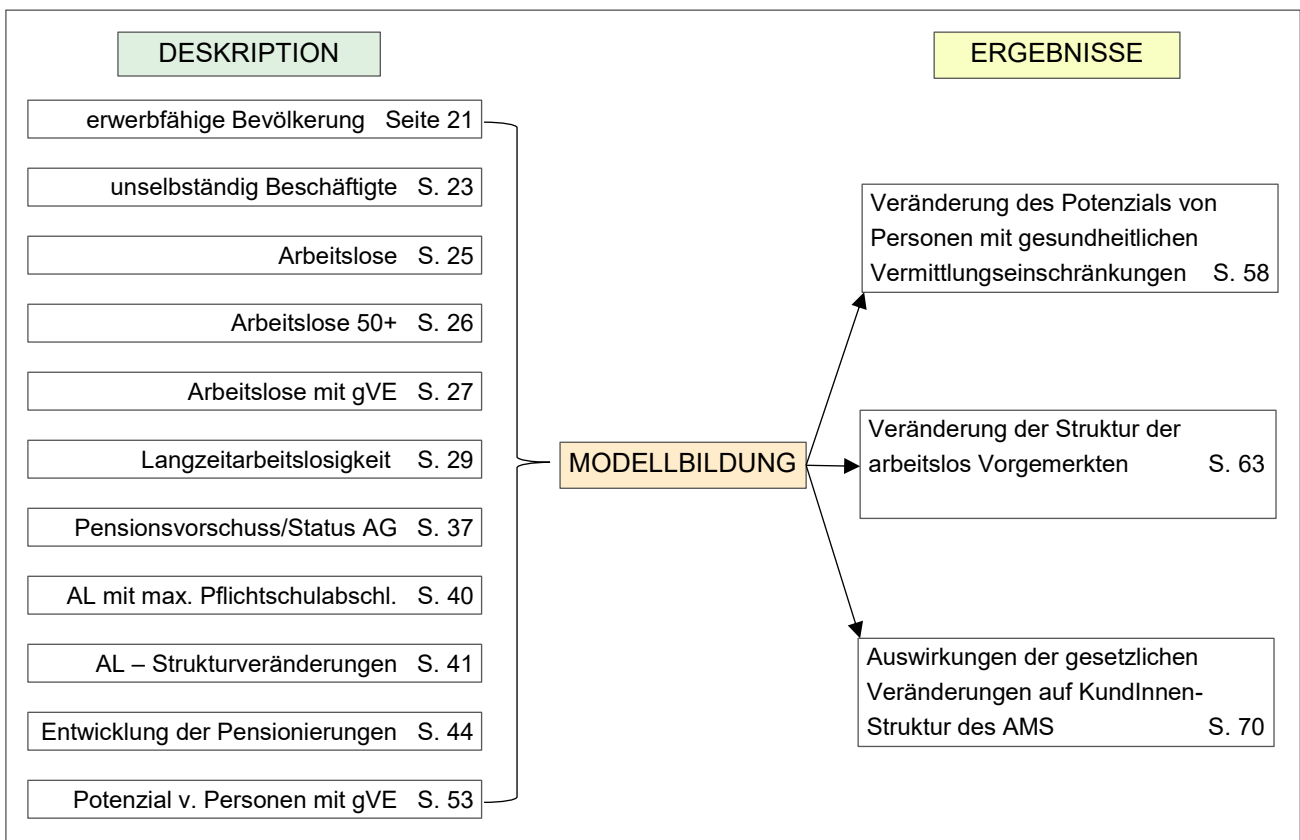
Im Sinne einer Vollerhebung wurden alle BeraterInnen des AMS OÖ zur Befragung eingeladen. Neben geschlossenen Fragestellungen wurden auch offene Fragen gestellt, um so tiefergehende Betrachtungen einzelner interessierender Aspekte zu erhalten. Vor Befragungsstart wurde ein Pretest mit AMS-BeraterInnen durchgeführt.

Die Befragung fand im Zeitraum 22.9.2020 bis 9.10.2020 statt. Von den insgesamt 250 AMS-BeraterInnen haben 100 den Fragebogen ausgefüllt. Der Rücklauf beträgt somit 40%. Die Beteiligung ist bei den BeraterInnen aus der Beratungszone (67 von ca. 70) mit 96% am höchsten, Service-Zone-BeraterInnen haben sich vergleichsweise am geringsten beteiligt (19 von 140 bzw. 14%). In den im Vorfeld geführten explorativen ExpertInnen-Interviews wird deutlich, dass vor allem die Beratungszone-BeraterInnen von der Thematik am stärksten betroffen sind: Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen fallen aufgrund eines erhöhten Beratungsaufwands eher nicht in den Zuständigkeitsbereich der Service-Zone. Reha-Beratung ist nur bei Fällen zuständig, in denen eine berufliche Rehabilitation in Frage kommt. Daher fällt die Mehrheit der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den Zuständigkeitsbereich der Beratungszone, so die interviewte AMS-Expertin. Somit haben sich auch jene BeraterInnen, die diese Thematik am stärksten betrifft, am intensivsten an der Befragung beteiligt.

### 3. Deskription der Sekundärdaten

Um die Auswirkungen des SRÄG 2012, der Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension bzw. der Änderungen beim Pensionsvorschuss auf die Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS OÖ als arbeitslos vorgemerkten Personen festzustellen, bedarf es einerseits einer umfangreichen Datenbasis (Sekundärdaten) und andererseits eines Prognose- sowie eines Analyse-Modells. In der Folge werden die oberösterreichischen Entwicklungen am Arbeitsmarkt und die Übergänge in die Pension für die Jahre 2009 bis 2018/2019 beschrieben (**Deskription**), sowie eine Einschätzung des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, die in den Zuständigkeitsbereich des AMS und der PVA fallen.

**Abbildung 3: Deskription – Modellbildung – Ergebnisse**



Anmerkungen: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; AL ... Arbeitslose  
 Status AG ... Klärung Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

Anschließend wird – basierend auf den Entwicklungen von 2009 bis 2012 unter Einbindung konjunktureller und demografischer Indikatoren – ein fiktives Szenario für die Jahre 2014 bis 2018 entwickelt (**Modellbildung**), das sich ohne des SRÄG 2012 bzw. ohne die Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension zeigen würde. Die Differenzen zwischen den realen Entwicklungen und dem fiktiven Szenario stellen die in

Zahlen gegossenen Auswirkungen der gesetzlichen Änderungen für das AMS OÖ dar (**Ergebnisse**). Um die Einflüsse einzelner Maßnahmen (SRÄG 2012; „Hacklerregelung“) messen zu können, wurden weitere Differenzen-in-Differenzen-Analysen durchgeführt.

### **3.1 Entwicklungen am Arbeitsmarkt 2009 bis 2019**

In der Folge werden ausgewählte Entwicklungen am oberösterreichischen Arbeitsmarkt anhand der AMS-Daten für die Jahre 2009 bis 2019 dargestellt. Dabei wird ein Fokus auf Personen gelegt, die gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen haben und/oder 50 Jahre oder älter sind – also jene Personen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen relevant erscheinen. Am Ende des Kapitels wird in Form einer Zusammenfassung die Entwicklung der Struktur der Arbeitslosen anhand ausgewählter Indikatoren (Risikofaktoren) überblicksmäßig dargestellt.

#### **3.1.1. Erwerbsfähige Bevölkerung**

Die erwerbsfähige Bevölkerung Oberösterreichs stellt die Grundgesamtheit des oberösterreichischen Arbeitsmarktes dar. Der Begriff der erwerbsfähigen Bevölkerung kommt aus der amtlichen Bevölkerungsstatistik für die im erwerbsfähigen Alter stehenden weiblichen und männlichen Personen, unabhängig davon, ob sie tatsächlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Frauen: 15 bis 59; Männer: 15 bis 64 Jahre). Die Entwicklungen bei der erwerbsfähigen Bevölkerung hinsichtlich des Alters und des Geschlechts haben Auswirkungen auf die Struktur von arbeitslos gemeldeten Personen sowie auf das Pensionsantragsgeschehen.

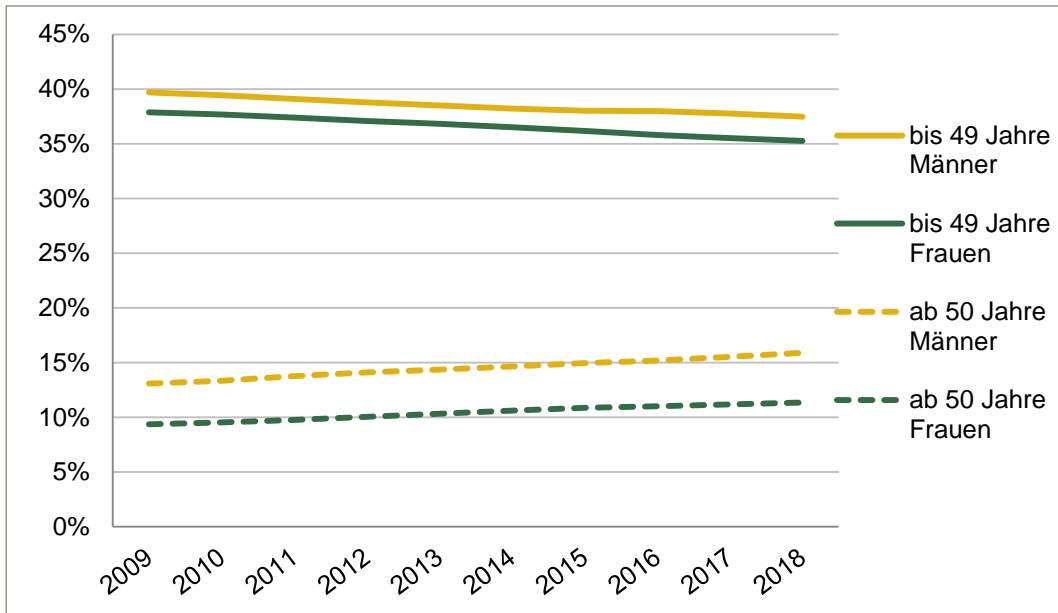
Die Zahl der erwerbsfähigen Bevölkerung in Oberösterreich stieg laut Statistik Austria im Zeitraum von 2009 bis 2018 von etwa 897.000 auf 937.000. Dies bedeutet einen Zuwachs von 4% innerhalb von 10 Jahren. Differenziert nach Alterskohorten zeigt sich bei den 50-jährigen und älteren Personen ein stärkerer Zuwachs, deren Zahl sich im Beobachtungszeitraum von 201.000 auf 255.000 erhöhte (+27%) bzw. deren Anteil an allen Erwerbsfähigen von 22% auf 27% anstieg. Der Anteil der Frauen im Alter zwischen 50 und 59 Jahren an allen erwerbsfähigen Frauen stieg von 20% auf 24% (bzw. von 9% auf 11% an allen Erwerbsfähigen), der der Männer im Alter von 50 bis 64 Jahren von 25% auf 30% (bzw. von 13% auf 16% an allen Erwerbsfähigen). Dieses Wachstum ist der Generation der Baby-Boomer<sup>12</sup> geschuldet, die im Beobachtungszeitraum nach und nach in die Alterskohorte der ab 50-Jährigen gelangte. Diese altersspezifische Entwicklung zwischen 2009 und 2018

---

<sup>12</sup> die besonders geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre

beeinflusste maßgeblich die Altersstruktur unselbständig Beschäftigter sowie in der Folge die der Arbeitslosen.

**Abbildung 4: Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung in OÖ**



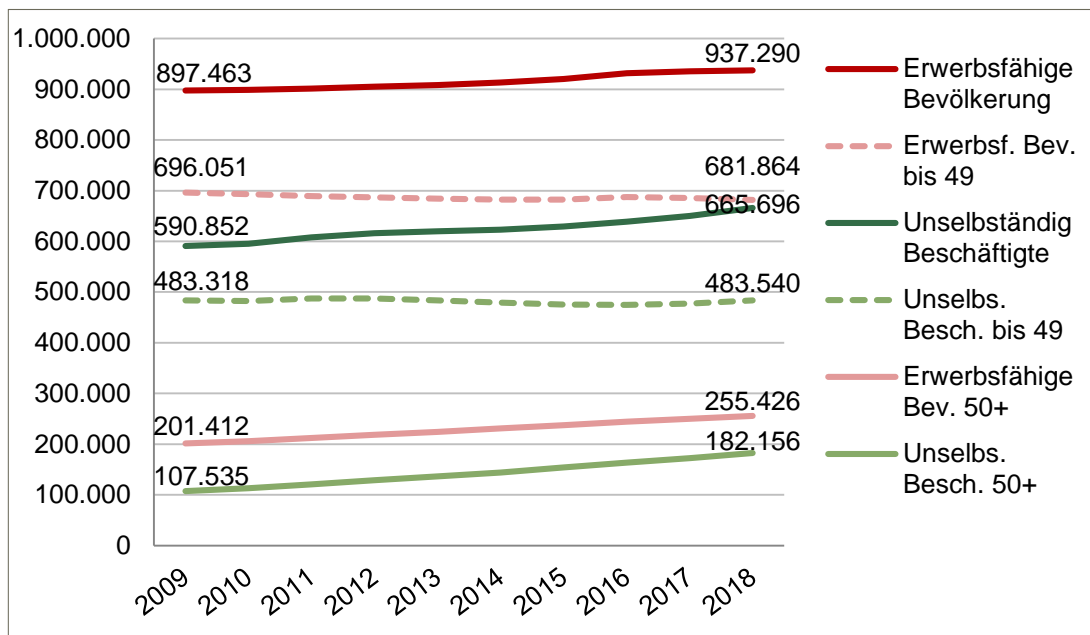
### 3.1.2. Unselbständig Beschäftigte

Die Zahl der unselbständig Erwerbstätigen in Oberösterreich stieg im Zeitraum von 2009 bis 2018 von etwa 591.000 auf 666.000 (siehe Abbildung 5).

Dies bedeutet einen Zuwachs von 13% innerhalb von 10 Jahren. Innerhalb der Alterskohorten zeigt sich bei den 50-jährigen und älteren Personen ein besonders starker Zuwachs, die von 108.000 auf 182.000 anwuchsen (+69%) bzw. deren Anteil an allen unselbständig Erwerbstätigen von 18% auf 27% anstieg.

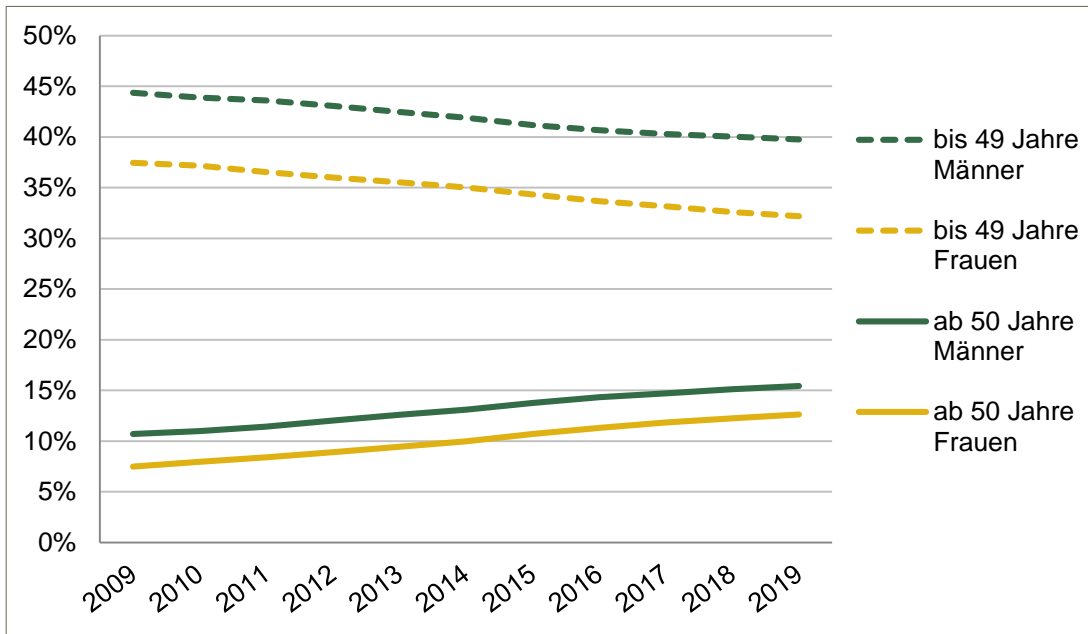
Der Arbeitsmarkt der Jahre 2009 bis 2018 ist also von einem Wachstum des Anteils der unselbständig Beschäftigten an der erwerbsfähigen Bevölkerung geprägt, verursacht durch eine wachsende Beschäftigungsbeteiligung der Generation ab 50 Jahren.

**Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbsbevölkerung und der unselbständig Beschäftigten**



Differenziert nach Geschlecht stieg der Anteil der 50-jährigen und älteren Frauen an allen unselbständigen Erwerbstätigen von 7% auf 13% und der Anteil der Männer dieser Alterskohorte von 11% auf 15% (Abbildung 6).

**Abbildung 6: Anteil an allen unselbständigen Beschäftigten in OÖ**



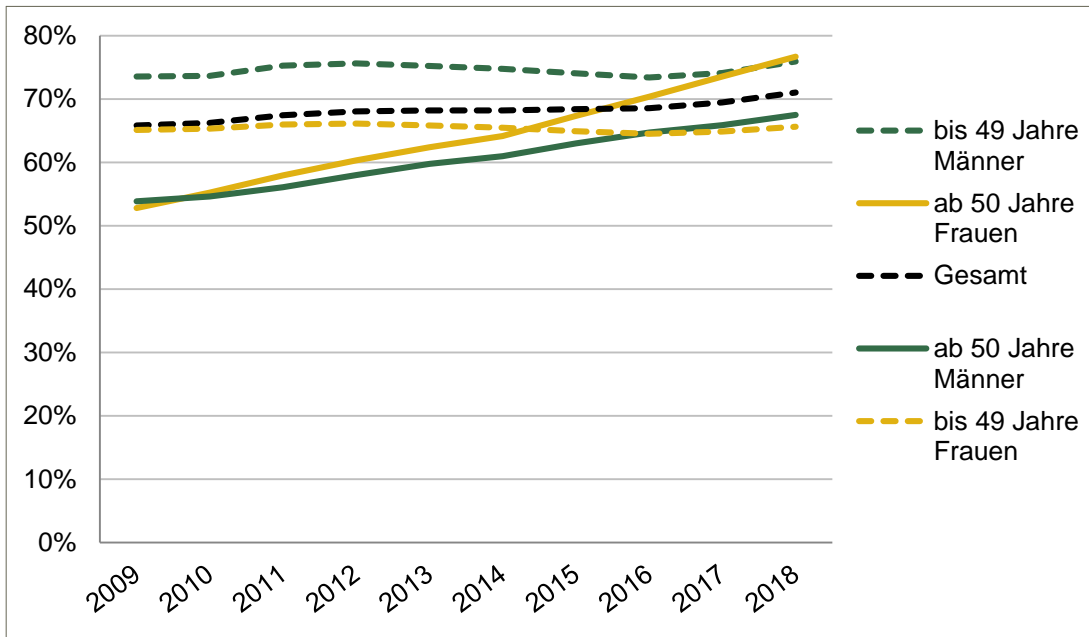
Auf der anderen Seite bilden die unter 50-Jährigen die Komplementärmenge und entsprechend sank deren Anteil an allen unselbständig Erwerbstätigen in Oberösterreich. Die absoluten Häufigkeiten der jüngeren Alterskohorte stagnierte im Beobachtungszeitraum: Im Jahr 2009 zählte Oberösterreich etwa 483.000 unselbständig Erwerbstätige unter 50 Jahren (221.000 Frauen, 262.000 Männer) – 2019 zeigte sich mit 486.000 ein ähnliches Niveau (217.000 Frauen, 269.000 Männer).

Aus dem Verhältnis der unselbständig Erwerbstätigen zu der erwerbsfähigen Bevölkerung ergibt sich die Beschäftigungsquote. Diese Beschäftigungsquote stieg in Oberösterreich zwischen 2009 und 2018 von 66% auf 71% – ein Wachstum von 8%.

Wie in Abbildung 7 ersichtlich, stiegen die Beschäftigungsquoten der erwerbsfähigen Bevölkerung ab 50 Jahren von 53% auf 71% (+34% Wachstum). Besonders hervorzuheben sei an dieser Stelle der starke Anstieg der Beschäftigungsquoten von Frauen ab 50 Jahren, die im Zeitraum von 2009 bis 2018 von 53% auf 77% wuchs (+ 45%). Mit einer Beschäftigungsquote von 77% bei Frauen ab 50 Jahren im Jahr 2018 liegt diese über der Beschäftigungsquote aller erwerbsfähigen Frauen (68%). Umgekehrt verhält es sich bei den Männern, deren Beschäftigungsquote bei den 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2018 (67%) deutlich unter jener aller erwerbsfähigen Männer in Oberösterreich liegt (73%).



Abbildung 7: Beschäftigungsquoten in OÖ



### 3.1.3. Anteile an Arbeitslosen

Die Anteile der unselbständig Erwerbstätigen aus Abbildung 6 werden in Abbildung 8 mit den Anteilen innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen verglichen.

Abbildung 8: Gegenüberstellung der Anteile unselbständig Beschäftigter & Arbeitsloser



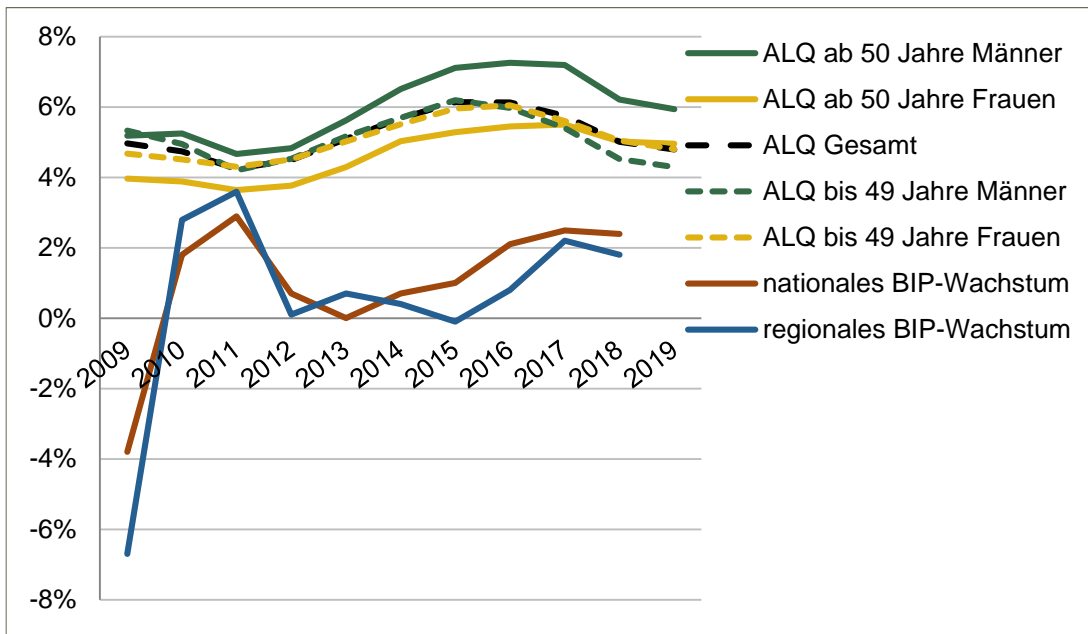
Anmerkung: UB ... Unselbständig Beschäftigte; AL ... Arbeitslose

Es zeigt sich, dass Männer, die 50 Jahre oder älter sind, innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen im Vergleich zu den unselbständigen Beschäftigten überrepräsentiert sind. Umgekehrt verhält es sich mit den Männern der jüngeren Alterskohorte, die innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen ab 2017 unterrepräsentiert erscheinen. Die Anteile der arbeitslosen Frauen beider Altersgruppen gleichen den Anteilen innerhalb der Gruppe der unselbständig Beschäftigten.

### 3.1.4. Arbeitslose ab 50 Jahre

Die Arbeitslosenquoten<sup>13</sup> in Oberösterreich orientierten sich in den Jahren zwischen 2009 und 2019 an den konjunkturellen Gegebenheiten – wenn auch mit etwa einjähriger Verspätung.

Abbildung 9: Vergleich Arbeitslosenquoten in OÖ mit BIP-Wachstum<sup>14</sup>



Das reale regionale BIP-Wachstum für Oberösterreich erreichte in den Jahren 2014 (+0,4%) und 2015 (-0,1%) seinen Tiefpunkt (Statistik Austria 2020b). 2015/2016 – also ein Jahr versetzt – erreichten die Arbeitslosenquoten ihren Höhepunkt (jeweils 6,1% im Jahresdurchschnitt) und sanken danach.

<sup>13</sup> Arbeitslosenquoten nach nationaler Definition

<sup>14</sup> Daten zum BIP-Wachstum des Jahres 2019 liegen zum Zeitpunkt der Modellbildung nicht vor.

Der Konjunkturaufschwung in Oberösterreich ab der zweiten Hälfte des Jahres 2016 spiegelte sich mit Verzögerung im Jahr 2017 in den Arbeitslosenquoten wider (5,8%) und setzte sich ab dann fort (2018: 5,0%, 2019: 4,8%).

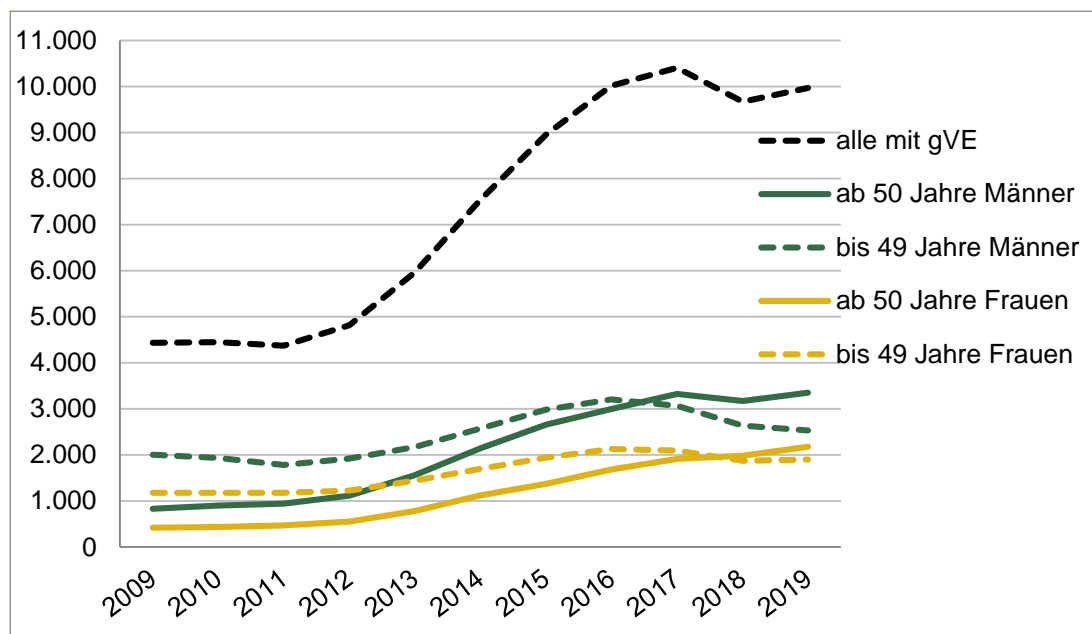
Jedoch zeigt sich, dass diese Erholung am Arbeitsmarkt des Jahres 2017 vor allem Personen unter 50 Jahren betraf. Während in dieser jüngeren Alterskohorte bei Frauen die Arbeitslosenquoten von 2016 auf 2017 von 6,0% auf 5,6% und bei Männern von 6,0% auf 5,4% sank, stagnierte sie bei den 50-jährigen und älteren Personen (Frauen: 5,5% auf 5,5%, Männer: 7,3% auf 7,2%). Arbeitslose ab 50 Jahren profitierten also vorerst von der Entspannung am Arbeitsmarkt weniger als bis 49-jährige Arbeitslose.

Ab dem Jahr 2018 zeigte sich dann auch bei den 50-jährigen und älteren Personen ein deutlicher Rückgang der Arbeitslosenquoten (Frauen: von 5,5% auf 5,0%, Männer: von 7,2% auf 6,2%, siehe Abbildung 9).

### 3.1.5. Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung

Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Menschen in Oberösterreich mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen hat sich in den Jahren 2012 bis 2016 mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 10): Während 2012 noch 4.820 Arbeitslose eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung hatten, stieg diese Zahl im Jahr 2016 auf 10.019.

**Abbildung 10: Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung**

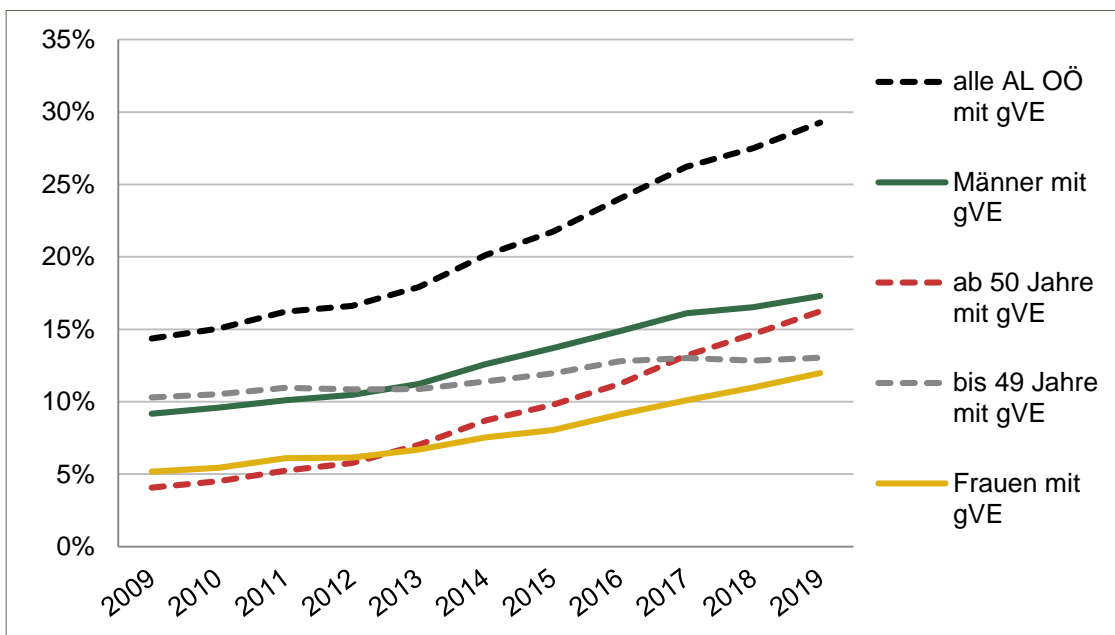


Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; Jahresdurchschnittsdaten

Im Zeitraum zwischen 2012 und 2016 zeigen sich in allen vier Beobachtungsgruppen (Junge/Ältere/Männer/Frauen) Steigerungsraten, jedoch wuchs innerhalb dieser Gruppe der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen der Anteil der 50-jährigen und älteren Männern am stärksten an (siehe Abbildung 10), aber auch der Anteil der älteren Frauen stärker als der Anteil der jüngeren Frauen.

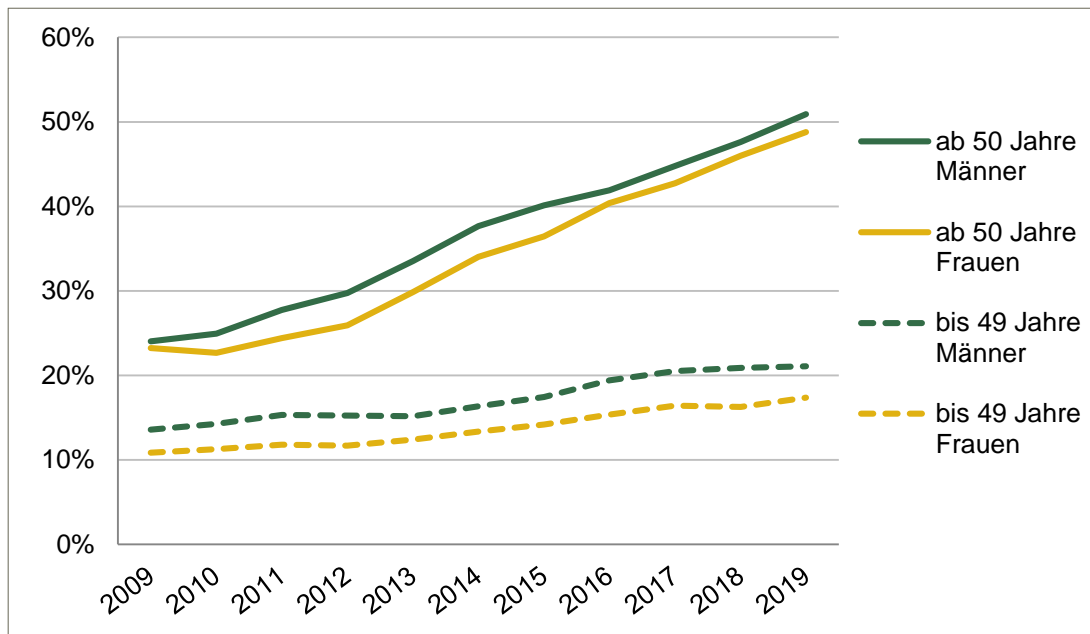
Bei der Betrachtung der Anteile von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitslosen in Oberösterreich (siehe Abbildung 11) ist zu erkennen, dass seit Beginn des Beobachtungszeitraumes im Jahr 2009 ein kontinuierlicher Anstieg bis 2019 zu verzeichnen ist (siehe Abbildung 11): Während 2009 noch 14% aller Arbeitslosen eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung vorweisen, verdoppelte sich dieser Anteil bis 2019 auf 29%. Getragen wird dieser Anstieg vor allem von der Gruppe der 50-Jährigen und Älteren mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, deren Anteil sich innerhalb aller Arbeitslosen in Oberösterreich von 4% auf 16% im Beobachtungszeitraum vervierfachte.

**Abbildung 11: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (gVE) an allen Arbeitslosen**



Innerhalb der geschlechtsspezifischen Alterskohorten zeigen sich bei Frauen wie Männern ähnliche Steigerungsraten, allerdings bei Frauen auf einem etwas niedrigerem Niveau (siehe Abbildung 12).

**Abbildung 12: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an der jeweiligen Alterskohorte/am jeweiligen Geschlecht**



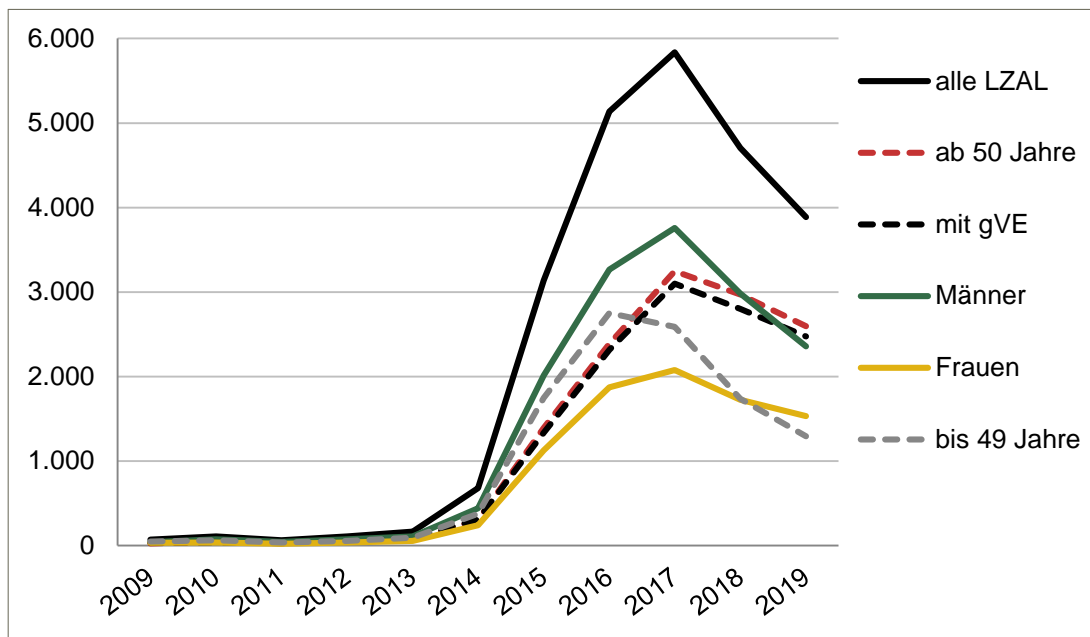
### 3.1.6. Langzeitarbeitslosigkeit

Der Anstieg von arbeitslosen Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sowie der Anstieg von älteren Arbeitslosen wirken sich auch auf die Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit<sup>15</sup> aus. Einerseits spiegelt der sprunghafte Anstieg ab dem Jahr 2014 die angespannte Arbeitsmarktlage zwischen 2013 und 2016 und die häufiger vorkommende Verfestigung von Arbeitslosigkeit wider, andererseits liegt der Hauptgrund für diese Zunahme an einer Änderung der Strategie des AMS. Ab 2014 wurde die Zahl der Schulungen reduziert (AMS 2015). Bis zum Jahr 2013 wurden viele Arbeitslosigkeitsepochen durch Schulungen über 28 Tagen unterbrochen – diese Betroffenen schienen daher nicht in der Langzeitarbeitslosigkeitsstatistik auf. Ab dem Jahr 2014 setzte das AMS mehr auf Beschäftigungsförderungen<sup>16</sup> und weniger auf Schulungen, vor allem weniger auf Schulungen, die länger als 28 Tage dauerten. Diese Strategie bewirkte, dass Arbeitslosigkeitsepochen seltener für mehr als 28 Tage unterbrochen wurden und daher häufiger längere Arbeitslosigkeitsepochen in der Langzeitarbeitslosigkeitsstatistik aufschienen als vor dem Jahr 2014 (siehe Abbildung 13).

<sup>15</sup> In Österreich werden Personen, die über 365 Tage arbeitslos gemeldet sind, als langzeitarbeitslos gezählt. Unterbrechungen bis 28 Tage (zum Beispiel durch kurze Schulungen, Krankenstand oder kurze Beschäftigungsepisoden) werden nicht berücksichtigt.

<sup>16</sup> In den Bereich „Beschäftigung“ fallen folgende Förderungen: Entfernungsbeihilfe, Ein-Personen-Unternehmensförderung, Kombilohnbeihilfe, Kurzarbeitsbeihilfe, SÖB – Sozialökonomische Betriebe

Abbildung 13: Langzeitarbeitslose in OÖ

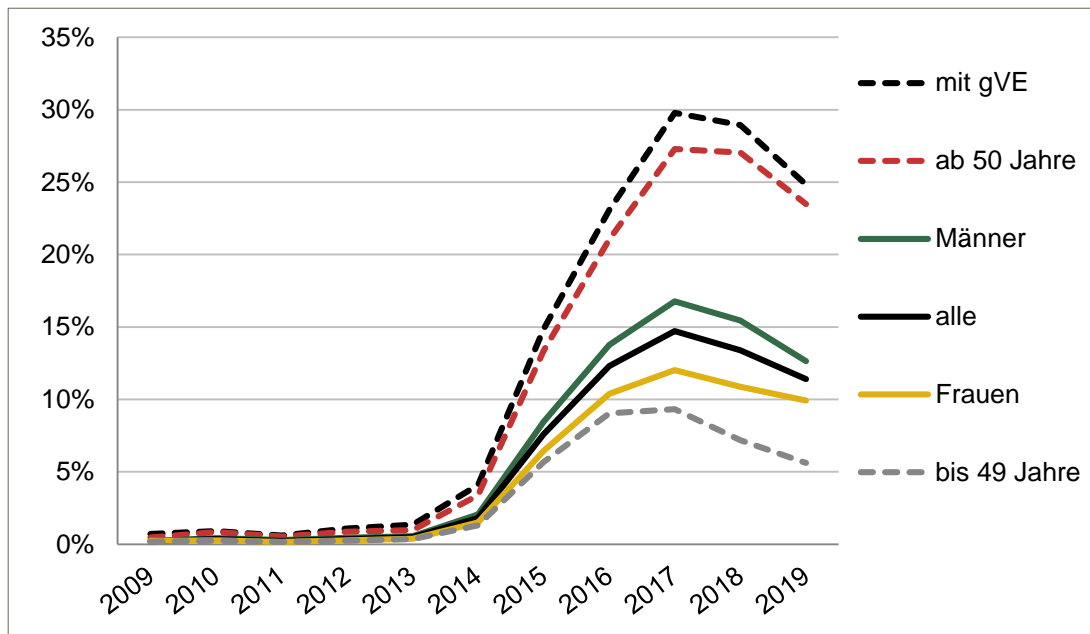


Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; LZAL ... Langzeitarbeitslose; Jahresdurchschnittsdaten

Abbildung 13 zeigt, dass Männer und ältere Arbeitslose häufiger von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind als arbeitslose Frauen und jüngere Arbeitslose. Zudem ist aufgrund der Kurvenverläufe zu erkennen, dass der Wirtschaftsaufschwung ab 2016/2017 bei Männern und bei Jüngeren den Anteil der Langzeitarbeitslosen stärker verringerte als bei Älteren, Frauen und Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.

Abbildung 14 verdeutlicht, dass innerhalb der Beobachtungsgruppen der Anteil der Langzeitarbeitslosen bei den Älteren und bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen am höchsten ist bzw. die Gefahr einer Verfestigung der Arbeitslosigkeit am höchsten ist.

**Abbildung 14: Anteil Langzeitarbeitsloser innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen**

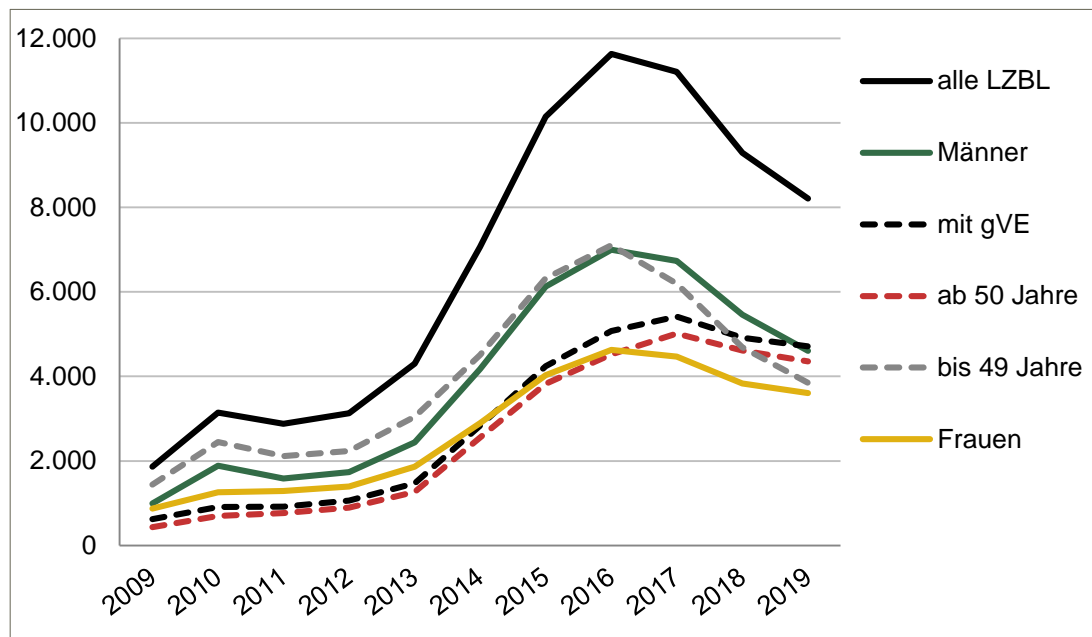


Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung

Als weiteren Indikator für längere Arbeitslosigkeitsepochen bzw. längere beschäftigungslose Zeiträume verwendet das AMS die Definition der Langzeitbeschäftigungslosigkeit<sup>17</sup>. Definitionsgemäß wurden ab November 2013 zusätzliche arbeitslosigkeitsunterbrechende Status hinzugefügt (siehe Fußnote 17). Dies scheint eine der Begründungen zu sein, warum die Zahl der langzeitbeschäftigungslosen Personen im Jahr 2014 sprunghaft anstieg. Wie bei den langzeitarbeitslosen Personen sank auch die Zahl der langzeitbeschäftigungslosen Personen ab dem Jahr 2017 deutlich. Hier kann anhand der Kurvenverläufe ebenso gut nachvollzogen werden, dass aufgrund des wirtschaftlichen Aufschwungs ab 2016 Männer und jüngere Arbeitslose häufiger ihre Beschäftigungslosigkeit beenden konnten als Frauen, Ältere sowie Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (siehe Abbildung 15).

<sup>17</sup> Langzeitbeschäftigungslosigkeit: Alle Episoden der Status „Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“, „arbeitslos“, „lehrstellensuchend“, „in Schulung“, „BezieherInnen eines Fachkräftestipendiums“ und „Schulung Reha mit Umschulungsgeld“ mit Unterbrechungen von ≤ 62 Tagen werden (unabhängig von ihrer Dauer) zu einem Geschäftsfall zusammengehängt. Bis einschließlich Oktober 2013 wurden alle Vormerkepisoden der Status „arbeitslos“, „lehrstellensuchend“ und „in Schulung“ mit Unterbrechungen von ≤ 62 Tagen (unabhängig von ihrer Dauer) zu einem Geschäftsfall zusammengehängt. Als Geschäftsfall-Dauer werden die Dauern dieser einzelnen Vormerkepisoden innerhalb des Geschäftsfalls addiert (die Unterbrechungen werden bei der Dauer also nicht mitgerechnet). Als langzeitbeschäftigungslos gilt eine Person, wenn sie zum Stichtag eine Geschäftsfall-Dauer > 365 Tage hat.

Abbildung 15: Langzeitbeschäftigungslose in OÖ

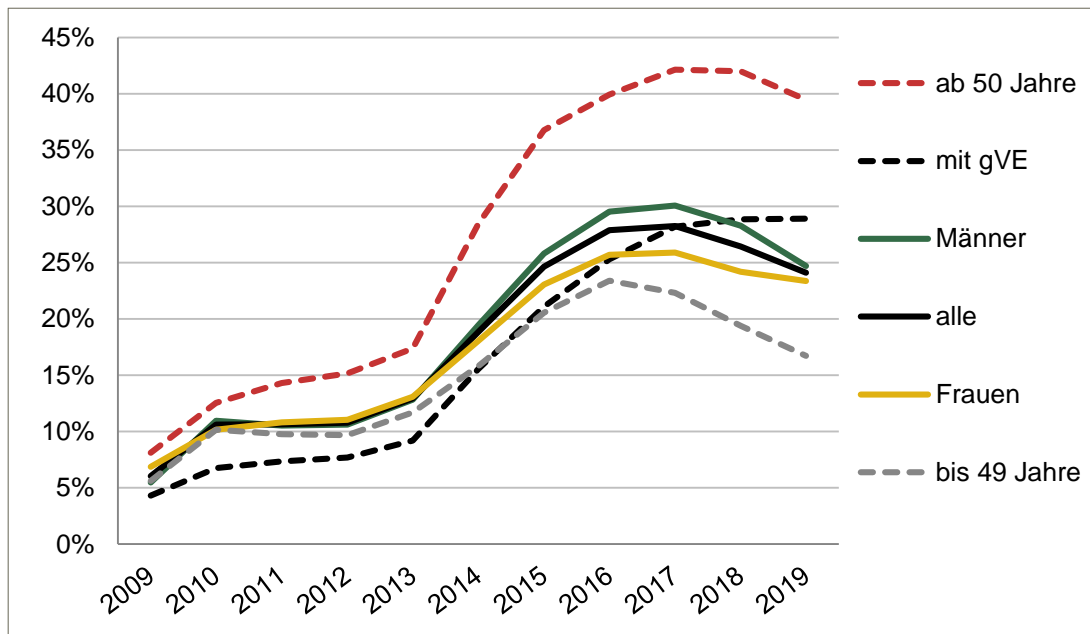


Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; Jahresdurchschnittsdaten

Innerhalb der einzelnen Beobachtungsgruppen zeigt sich bei den ab 50-jährigen Arbeitslosen der höchste Anteil an Langzeitbeschäftigungslosen (2019: 39%; siehe Abbildung 16). Die einzige Beobachtungsgruppe, deren Langzeitbeschäftigungslosigkeits-Anteil nach dem Wirtschaftsaufschwung 2016 nicht sank, waren Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (2019: 29%). Auffallend erscheint auch, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen jene Beobachtungsgruppe ist, die bis 2013 den zweitniedrigsten Langzeitbeschäftigungslosigkeits-Anteil aufwies – 2019 den zweithöchsten. Eine sehr ähnliche Entwicklung weisen auch ab 50-Jährige auf.



**Abbildung 16: Anteil Langzeitbeschäftigungsloser innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen**



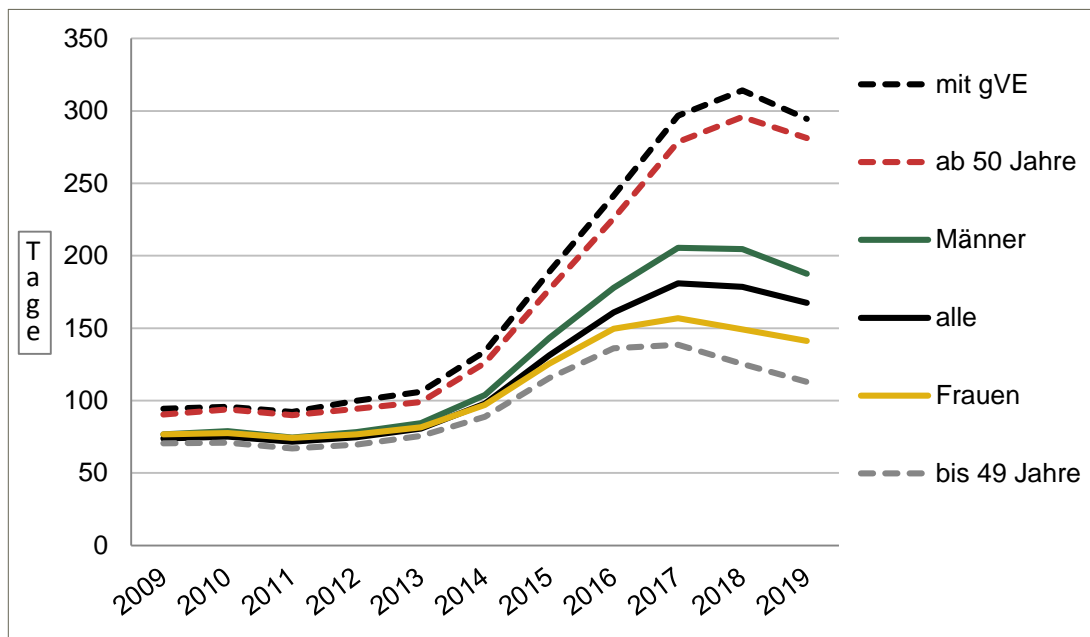
Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung

Ein weiterer Indikator für das Risiko einer Verfestigung der Arbeitslosigkeit stellt die Vormerkdauer<sup>18</sup> dar. Wie schon bei der Langzeitarbeitslosigkeit beschrieben (siehe Text bei Abbildung 13), änderte das AMS ab November 2013 seine Strategie. Bei weitem weniger Schulungen mit mehr als 28 Tagen unterbrochen ab November 2013 die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. die Vormerkdauer. Dieser Strategiewechsel zeigt sich in Abbildung 17. Weitere treibende Kräfte des ansteigenden Kurvenverlaufs waren ein niedriges Wirtschaftswachstum (siehe Abbildung 9, S. 26) und möglicherweise das Inkrafttreten des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2012.

Auffallend an den Verläufen der Vormerkdauern unterschiedlicher Beobachtungsgruppen erscheint, dass ältere Arbeitslose und Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den Jahren 2014 bis 2017 deutlich steilere Kurvenverläufe zeigen – also die Vormerkdauer sichtlich stieg als in den anderen Beobachtungsgruppen. Im Jahr 2018 waren ältere Arbeitslose und Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen auch die einzigen Beobachtungsgruppen, deren durchschnittliche Vormerkdauer anstieg.

<sup>18</sup> Die Vormerkdauer<sup>18</sup> ist jene Zeitspanne, die zwischen dem Beginn einer Arbeitslosigkeit und dem Stichtagsdatum liegt. Sie stellt die nicht vollendete Dauer der Arbeitslosigkeit dar und wird nur aus Bestandsmengen berechnet. Um bei kurzfristigen Unterbrechungen einer Arbeitslosigkeit diese nicht in einzelne Kurzperioden zu unterteilen und damit die Berechnung der Vormerkdauer immer wieder von vorne beginnen zu lassen, werden Unterbrechungen bis zu 28 Tagen nicht berücksichtigt.

Abbildung 17: Durchschnittliche Vormerkdauer unterschiedlicher Beobachtungsgruppen

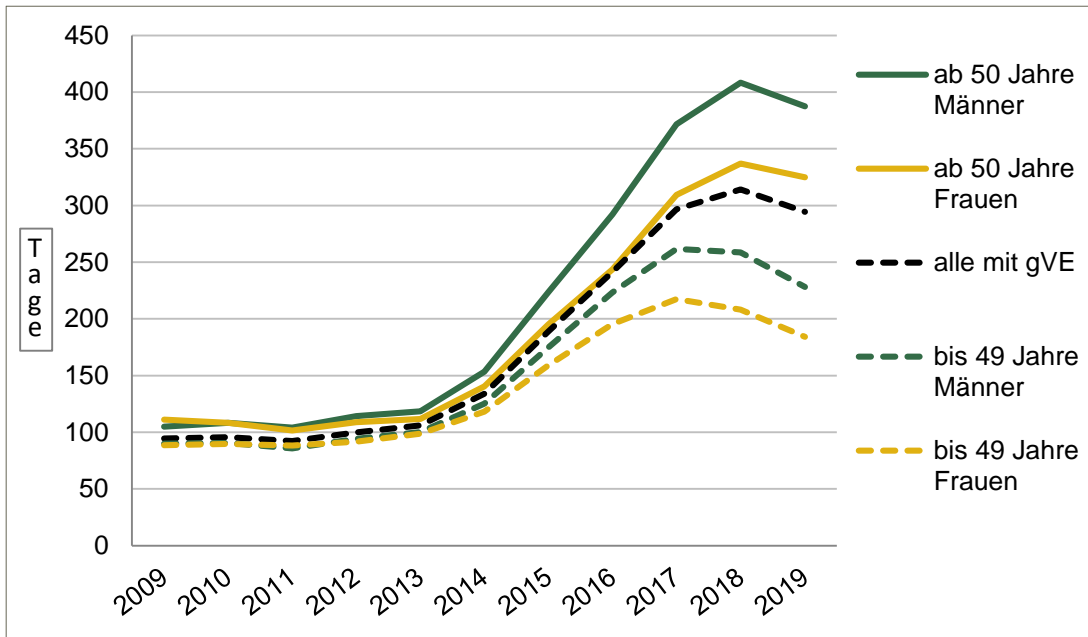


Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung

Innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind Männer länger vorgemerkt als Frauen und Ältere länger als Jüngere (siehe Abbildung 18).

Abbildung 17 und Abbildung 18 zeigen deutliche Unterschiede bei den durchschnittlichen Vormerkdauern: Während unter 50-Jährige im Jahr 2019 durchschnittlich 113 Tage vorgemerkt waren und die Gesamtheit aller oberösterreichischen Arbeitslosen durchschnittlich 167 Tage, sind 50-jährige/ältere Männer mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung durchschnittlich 388 Tage vorgemerkt, also mehr als doppelt so lang.

**Abbildung 18: Durchschnittliche Vormerkdauer von Arbeitslosen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (gVE)**



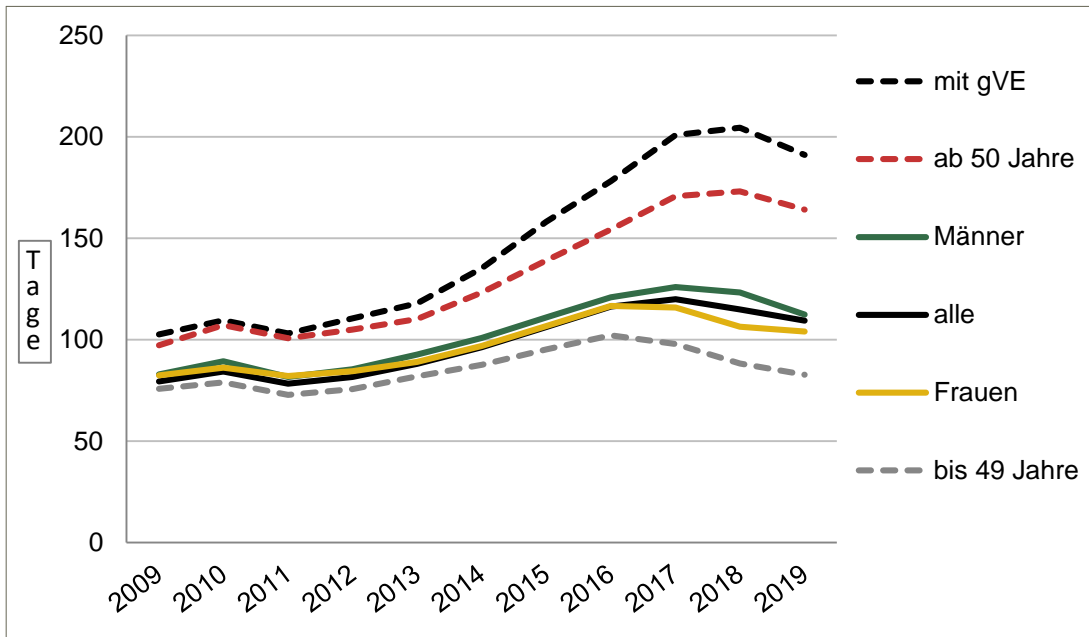
Die Verweildauer<sup>19</sup> stellt einen ähnlichen Indikator wie die Vormerkdauer dar, jedoch verweist sie im Gegensatz dazu auf abgeschlossene Arbeitslosigkeitsepisoden.

Grundsätzlich zeigen sich bei der Verweildauer ähnliche Trends, wie bei der Vormerkdauer (vgl. Abbildung 17 mit Abbildung 19 und Abbildung 18 mit Abbildung 20): Auch bei der Verweildauer weisen Männer längere Episoden auf als Frauen, Ältere längere als Jüngere, mit gesundheitlichen Einschränkungen längere als ohne.

Innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen setzen sich diese Trends fort.

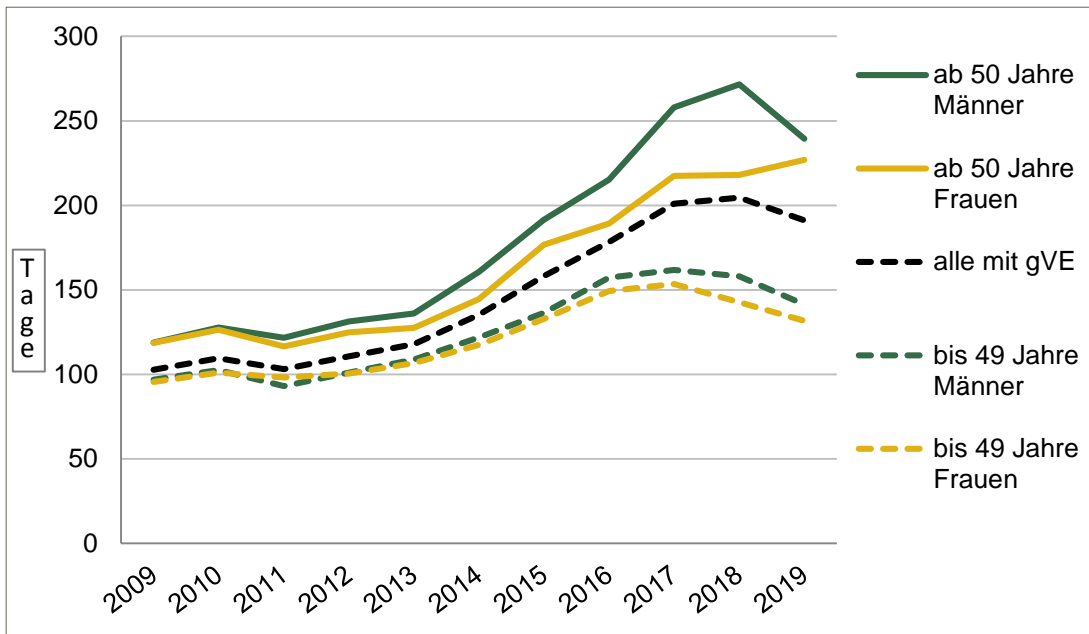
<sup>19</sup> Die Verweildauer ist jene Zeitspanne, die zwischen dem Beginn und dem Ende einer Arbeitslosigkeitsepisode liegt. Sie entspricht somit der "echten" Dauer einer Arbeitslosigkeitsepisode und kann nur aus Abgangsmengen berechnet werden. Wie bei der Vormerkdauer bleiben auch bei der Verweildauer Unterbrechungen bis zu 28 Tagen unberücksichtigt.

Abbildung 19: Durchschnittliche Verweildauer unterschiedlicher Beobachtungsgruppen



Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung

Abbildung 20: Durchschnittliche Verweildauer von Arbeitslosen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (gVE)



Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung

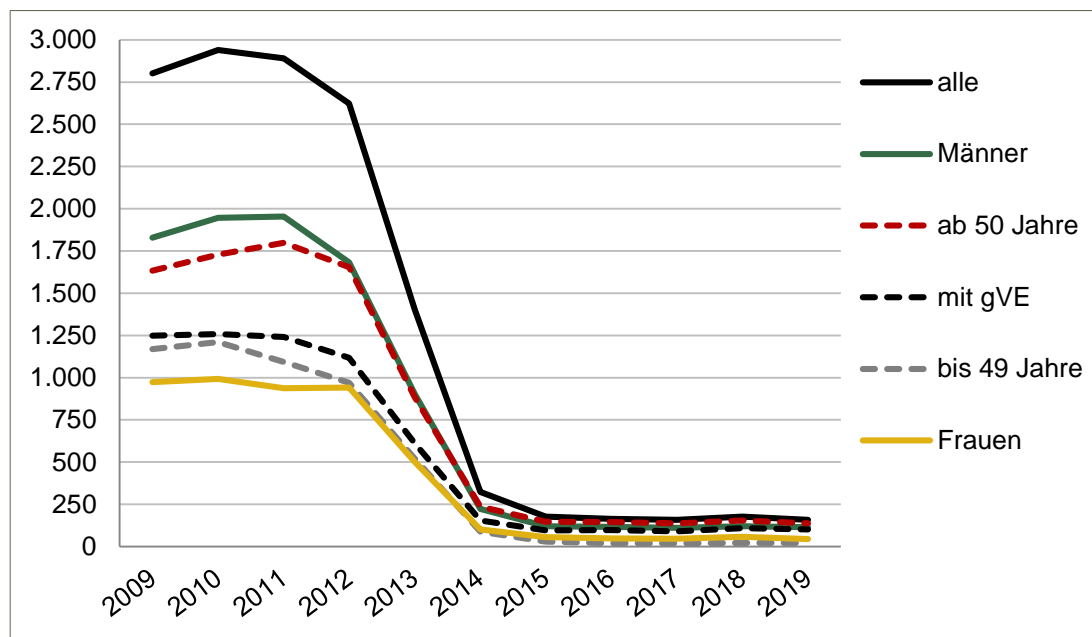
### 3.1.7. Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension/Status AG

Der Pensionsvorschuss stellt eine finanzielle Absicherung für Personen dar, die während eines Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezuges einen Pensionsantrag auf Invaliditätspension gestellt haben. Ab Antrag erhalten sie kein Arbeitslosengeld/Notstandshilfe mehr, sondern den Pensionsvorschuss auf die Invaliditätspension – so die Regelung bis Mitte 2013. Diese Personen wurden nicht in der Arbeitslosenstatistik des AMS geführt und mussten auch nicht der Vermittlung zur Verfügung stehen.

Mit der Neu-Regelung ab Mitte 2013 wurde der Pensionsvorschuss in der bisherigen Form de facto abgeschafft. Stellen Personen einen Antrag auf Invaliditätspension oder wird im Auftrag des AMS bei der Gesundheitsstraße bzw. Kompetenzzentrum Begutachtung die Arbeitsfähigkeit überprüft, erhalten die Personen bis zum Vorliegen des ärztlichen Gutachtens vom AMS Arbeitslosengeld/Notstandshilfe weiter ausbezahlt. Bis maximal einen Zeitraum von 2 Monaten – ab 1.1.2014 für 3 Monate - müssen sie der Vermittlung nicht zur Verfügung stehen. Im AMS wird diese Phase mit dem Status AG (Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße) erfasst.

Im Anschluss daran gibt es einen Bescheid der PVA. Bei Zuerkennung einer Invaliditätspension erhalten sie bis zum Pensionsantritt die Leistung „Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension“, im negativen Fall werden sie wieder als Arbeitslose/NotstandshilfebezieherInnen geführt (Näheres siehe Beschreibung im Glossar im Anhang).

**Abbildung 21: BezieherInnen eines Pensionsvorschusses auf Invaliditätspension**



Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; Jahresdurchschnittsdaten

Hervorstreichen sei bei Abbildung 21 der Anteil der Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bei den PensionsvorsuchsbezieherInnen auf die Invaliditätspension: Dieser Anteil betrug vor Inkrafttreten des SRÄG 2012 bzw. vor Einführung des Status AG weniger als die Hälfte bzw. vice versa betrug der Anteil der Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen mehr als die Hälfte. Dass Personen, die einen Antrag auf Invaliditätspension stellen, beim AMS als Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen geführt werden, lässt sich dadurch erklären, dass diese Personengruppe laut Auskunft des AMS ihre gesundheitliche Einschränkung beim AMS nicht meldet, um im Fall einer Ablehnung der Invaliditätspension ihre Vermittlungschance nicht zu reduzieren.

Ein Jahr vor und mit Inkrafttreten des SRÄG 2012 ersetzte schrittweise der Status AG (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße) den Pensionsvorsuch<sup>20</sup>, daher zeigt sich in Abbildung 21 ab dem Jahr 2013 ein deutlicher Rückgang der Pensionsvorsuche bzw. in Abbildung 22 ab dem Jahr 2013 ein deutlicher Anstieg der Zahl der Personen im Status AG. Auch beim Status AG zeigt sich ein Gap zwischen allen Personen im Status AG und jenen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Dieser Gap beschreibt die Zahl der Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen im Status AG.

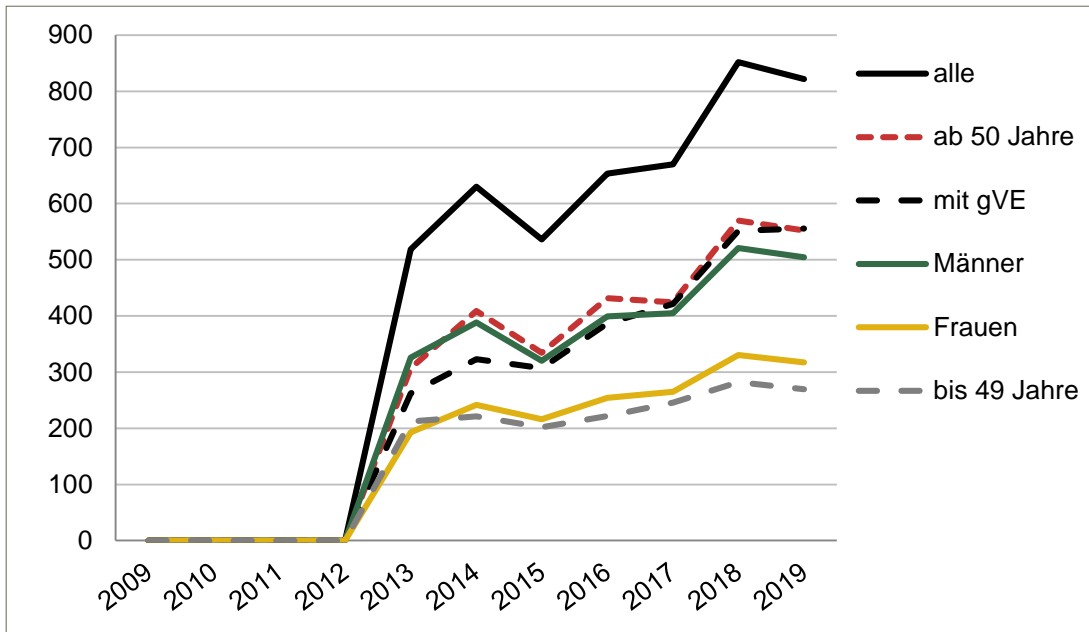
Um eine Vergleichbarkeit über den gesamten Beobachtungszeitraum zu gewährleisten, wurden Personen im Status Pensionsvorsuch und im Status AG addiert. Abbildung 23 zeigt, dass sich seit Inkrafttreten des SRÄG 2012 die Zahl der Personen im Status Pensionsvorsuch auf Invaliditätspension oder im Status AG auf ein Drittel reduziert hat (von etwa 2.700 auf 900 Personen). Das liegt einerseits daran, dass sich die Anträge auf Invaliditätspension ab Inkrafttreten des SRÄG 2012 deutlich reduziert haben und andererseits an der oben beschriebenen veränderten Vorgehensweise des AMS<sup>21</sup>. Diese Veränderungen ab Mitte des Jahres 2013 bewirkte eine deutliche Verschiebung von Personen aus dem Status Pensionsvorsuch auf Invaliditätspension bzw. aus dem Status AG zu den vorgemerkten Arbeitslosen.

---

<sup>20</sup> Anspruch auf Pensionsvorsuch bei einer Beantragung von Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen haben nur Personen, für die ein Gutachten des Pensionsversicherungsträgers vorliegt, welches die Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dies gilt für Personen, die vor 1964 geboren sind. Bei denjenigen, die ab 1964 geboren sind, muss eine dauernde Arbeitsunfähigkeit vorliegen.

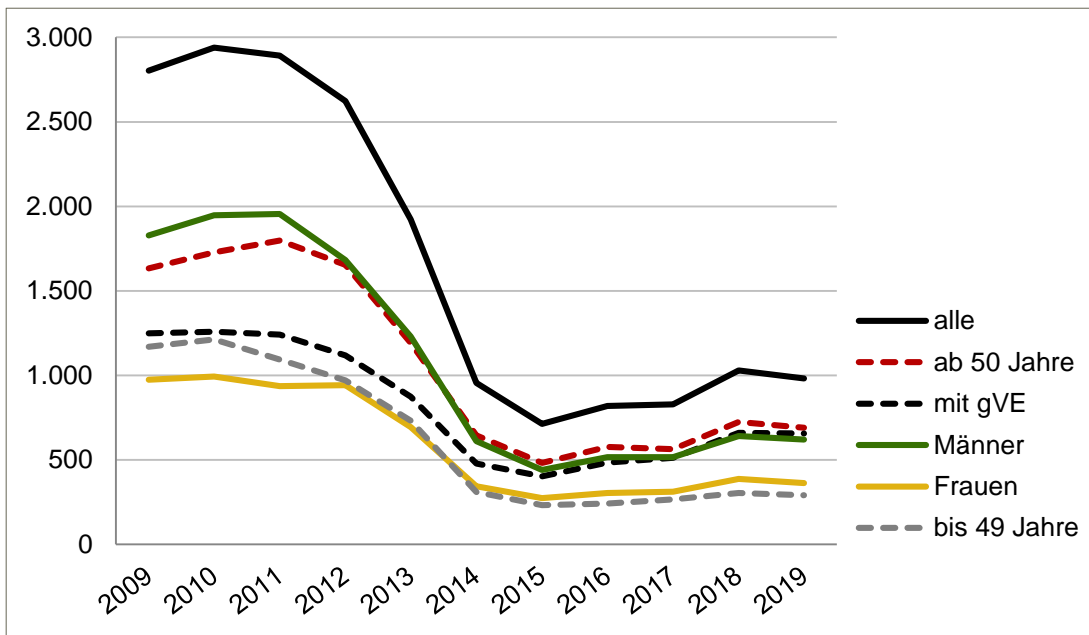
<sup>21</sup> Abmeldung aus dem Status AL erst, wenn Invaliditätspension zuerkannt wird

**Abbildung 22: Personen im Status AG (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/  
Gesundheitsstraße).**



Anmerkungen: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; Jahresdurchschnittsdaten

**Abbildung 23: Personen im Status Pensionsvorschuss auf IP oder im Status AG**

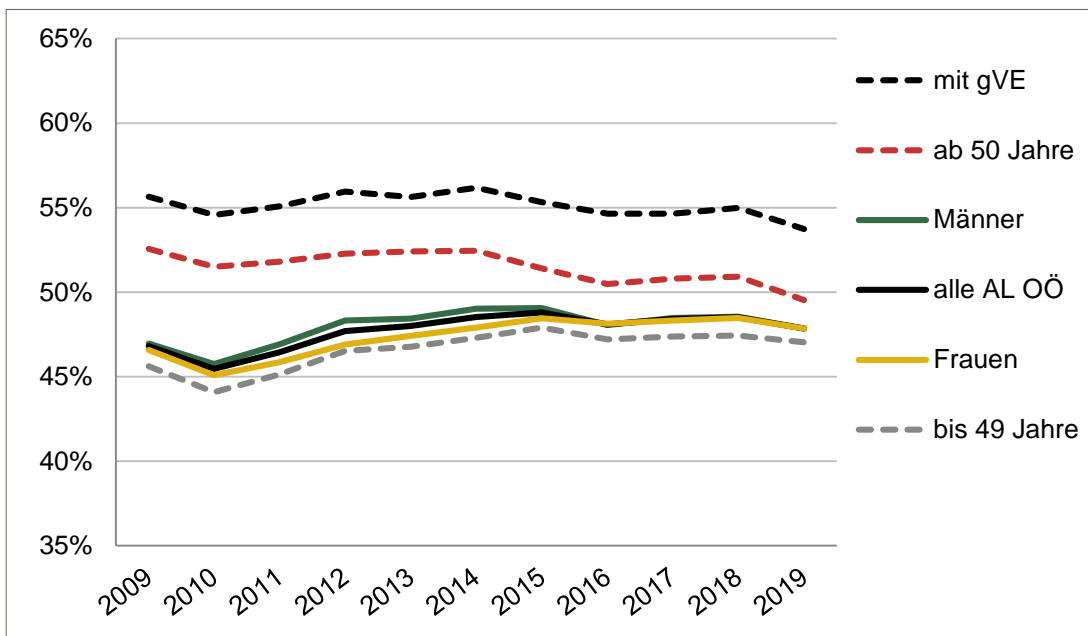


Anmerkungen: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; Jahresdurchschnittsdaten

### 3.1.8. Arbeitslose mit maximal Pflichtschulabschluss

Niedriges Bildungsniveau ist – neben Alter und einer gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung – ein weiteres wesentliches Vermittlungshandicap. Der Anteil Arbeitsloser mit maximal Pflichtschulabschluss an allen Arbeitslosen in OÖ schwankt in den Jahren 2009 bis 2019 zwischen 45% und 49%. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind kaum zu erkennen. Innerhalb der Gruppe der jüngeren Arbeitslosen zeigen sich signifikant weniger Personen mit maximal Pflichtschulabschluss als bei den älteren. Den höchsten Anteil von Arbeitslosen mit maximal Pflichtschulabschluss weisen Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen auf (siehe Abbildung 24).

**Abbildung 24: Anteil Arbeitsloser mit maximal Pflichtschulabschluss innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen**



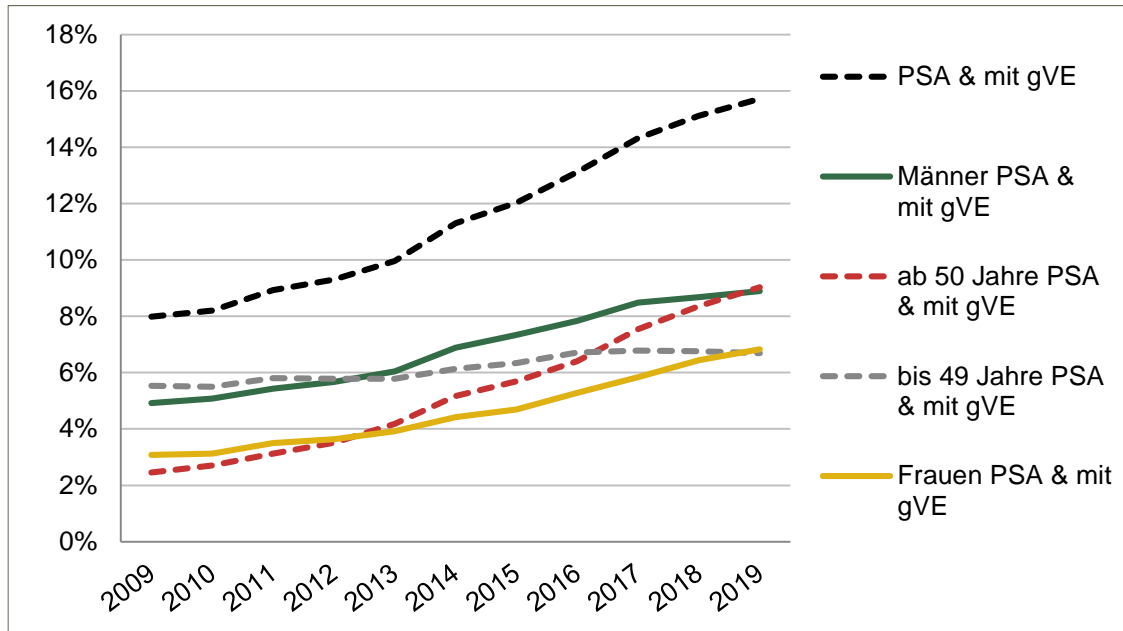
Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; AL OÖ ... alle Arbeitslose Oberösterreich

Bei den Verlaufsbeobachtungen der Verweildauer und der Vormerkdauer war klar zu erkennen, dass Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und ab einem Alter von 50 Jahren längere Arbeitslosigkeitsepochen aufweisen als ihre Komplementärmenge, also schwieriger am Arbeitsmarkt zu vermitteln sind. Zudem zeigte sich, dass diese Gruppe vom Wirtschaftsaufschwung 2016/2017 später und weniger profitierte als Menschen ohne Gesundheitseinschränkung und jüngeren Alters. Ein zusätzlicher Risikofaktor zu Gesundheitseinschränkung und Alter scheint das Bildungsniveau zu sein: Abbildung 25 zeigt, dass sich der Anteil jener Arbeitslosen, die alle drei Risikofaktoren (gesundheitliche Vermittlungseinschränkung, 50+, niedriges Bildungsniveau) aufweisen, innerhalb der Gruppe aller Arbeitslosen in Oberösterreich fast vervierfachte. Während 2009 diese Zielgruppe mit diesen drei Attributen noch 2,5% aller Arbeitslosen in Oberösterreich darstellte, stieg ihr



Anteil bis 2019 streng monoton auf 9,0%. Unabhängig vom Alter verdoppelte sich der Anteil jener Arbeitslosen (von 8% auf 16%), die maximal Pflichtschulabschluss und eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung aufweisen.

**Abbildung 25: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (gVE) & maximal Pflichtschulabschluss an allen Arbeitslosen in OÖ**



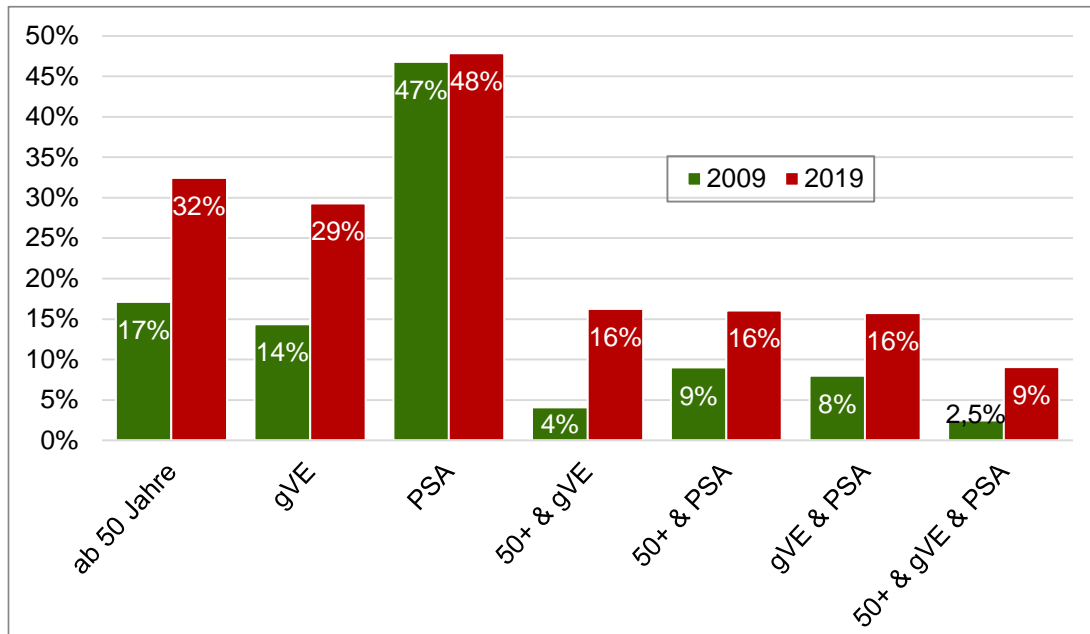
Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; PSA ... maximal Pflichtschulabschluss

### 3.1.9. Überblick Veränderung der Struktur von Arbeitslosen

Abbildung 26 zeigt einen Überblick über die Veränderungen der Struktur von Arbeitslosen in OÖ zwischen 2009 und 2019 bzgl. eines oder mehrerer dieser drei oben genannten Risikofaktoren:

- Der Anteil von Arbeitslosen mit Pflichtschulabschluss stagniert.
- Der Anteil der ab 50-Jährigen verdoppelte sich beinahe.
- Der Anteil der ab 50-Jährigen mit Pflichtschulabschluss verdoppelte sich beinahe.
- Der Anteil von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und Pflichtschulabschluss verdoppelte sich.
- Der Anteil von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wurde mehr als verdoppelt.
- Der Anteil der ab 50-Jährigen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und mit maximal Pflichtschulabschluss wurde mehr als verdreifacht.
- Der Anteil der ab 50-Jährigen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen vervierfachte sich.

Abbildung 26: Überblick Strukturveränderungen Arbeitslose Oberösterreich



Anmerkung: gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung; PSA ... maximal Pflichtschulabschluss; 50+ ... ab 50 Jahren

Die nahezu unveränderten Anteile der Arbeitslosen mit maximal Pflichtschulabschluss zeigen, dass die Anstiege der Arbeitslosigkeitsanteile der Gruppen, die alle drei Risikofaktoren (gesundheitliche Vermittlungseinschränkung, 50+, niedriges Bildungsniveau) oder zwei der drei Risikofaktoren aufweisen, auf den deutlichen Anstieg jener Personengruppen zurückzuführen sind, die 50 Jahre oder älter sind und/oder eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung haben und nicht auf jene zurückzuführen sind, die maximal über Pflichtschulabschluss verfügen.

## Zusammenfassung Entwicklungen am Arbeitsmarkt

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der konjunkturelle Aufschwung der Jahre 2016 und 2017 erst 2018 in den Arbeitslosenzahlen und in den Vormerkdauern niederschlug. Bei Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und Arbeitslosen ab 50 Jahren erst 2019 und da in abgeschwächter Form. Schon seit 2009 ist der klare Trend erkennbar, dass innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen der Anteil der Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und einem Alter ab 50 Jahren kontinuierlich ansteigt. Dieser Anstieg ist einerseits begründet durch das deutliche Anwachsen des Anteils der Personengruppe ab 50 Jahren innerhalb der erwerbsfähigen Bevölkerung (+21% Wachstum von 2009 bis 2018) und andererseits durch das Anwachsen des Anteils der unselbständig Beschäftigten ab 50 Jahren (50% Wachstum) an allen unselbständig Beschäftigten, fällt jedoch vergleichsweise innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen deutlich höher aus: Der Anteil der Arbeitslosen ab 50 Jahren stieg innerhalb aller Arbeitslosen in Oberösterreich in den Jahren 2009 bis 2018 von 17% auf 31% und unterliegt daher einem Wachstum von 82%, also deutlich höher als bei der erwerbsfähigen Bevölkerung bzw. bei den unselbständig Beschäftigten. Ähnlich verhält es sich mit dem Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, dieser hat sich von 14% im Jahr 2009 auf 29% im Jahr 2019 verdoppelt.

Zudem sei festzuhalten, dass das Anwachsen der Personengruppe mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nicht alleinig auf das Anwachsen der Arbeitslosen ab 50 Jahren zurückzuführen ist, denn auch der Anteil der bis 49-Jährigen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an allen Arbeitslosen stieg im Beobachtungszeitraum von 10% auf 13% (25% Wachstum) an.

Die Anstiege von Älteren und Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen unter den arbeitslos vorgemerkten Personen wirken sich auch auf die Entwicklung der Langzeitarbeitslosigkeit aus, da die Anteile dieser Personengruppen unter den Langzeitarbeitslosen am höchsten ausgeprägt sind. Im Jahr 2019 beträgt der Anteil der Langzeitarbeitslosen unter allen vorgemerkten Personen 11%, jener bei den Personen ab 50 Jahren 24% und bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen 25%.

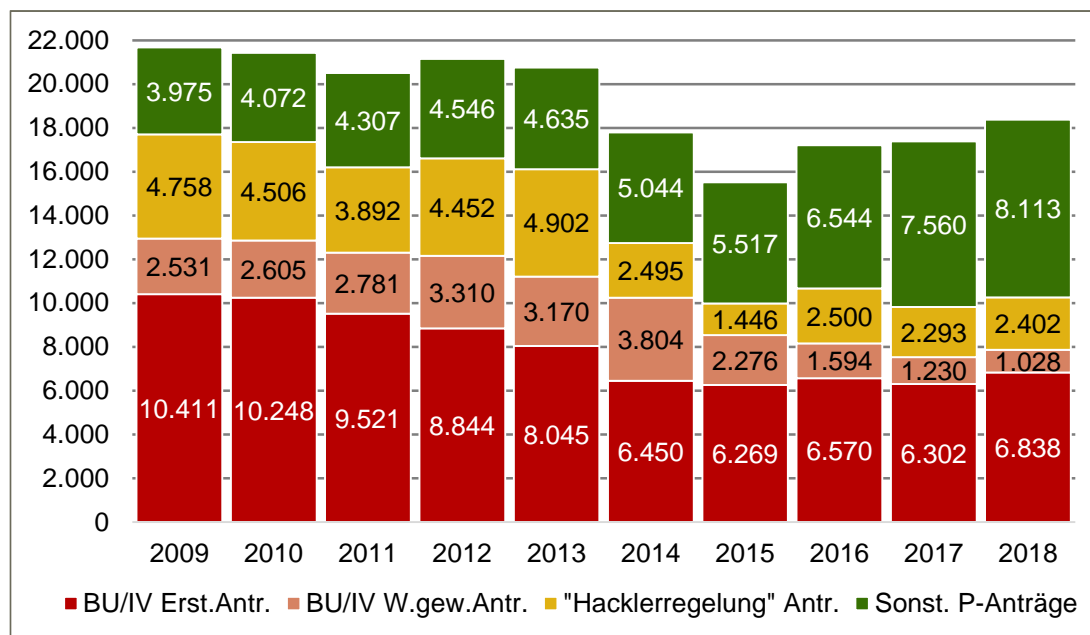
### 3.2 Entwicklung Pensionen 2009 bis 2018

In diesem Kapitel werden Entwicklungen der Anträge, Zuerkennungen und Ablehnungen unterschiedlicher Pensionsantragsarten anhand von PVA-Daten für die Jahre 2009 bis 2018 dargestellt.

#### Pensionsanträge

Wie in Abbildung 27 ersichtlich, schwankte in den Jahren 2009 bis 2013 in Oberösterreich die Zahl der Pensionsanträge innerhalb eines Intervalls von 20.500 und 21.500 auf stabilem Niveau. Lediglich die unterschiedlichen Antragsarten schwankten deutlicher: So sanken die BU/IV-Erstanträge in diesem Zeitraum von etwa 10.400 auf 8.000, während BU/IV-Weitergewährungsanträge von etwa 2.500 auf 3.200 und Langzeitversicherungspensionsanträge („Hacklerregelung“) von etwa 4.750 auf 4.900 anstiegen. Auch alle anderen Pensionsantragsarten (Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d<sup>22</sup>) nahmen zwischen 2009 und 2013 zu (siehe Abbildung 27).

Abbildung 27: Pensionsanträge in OÖ



Anmerkungen:

BU/IV Erst.Antr. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Erstanträge

BU/IV W.gew.Antr. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungsanträge

„Hacklerregelung“ Antr. ... Anträge auf Langzeitversicherungspension

Sonst. P.-Anträge ... Alterspens., Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspens. § 253a, b, c, d<sup>22</sup>

<sup>22</sup> Unterschiedliche Formen der vorzeitigen Alterspensionen bzw. die Gleitzeitpension, die allesamt zwischen 2000 und 2007 aufgehoben wurden und für die bis zum Jahr 2017 Übergangsbestimmungen gegolten haben.

2014, also mit Inkrafttreten des SRÄG 2012 bzw. mit den Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension veränderte sich das Pensionsantragsniveau deutlich: In den Jahren 2014 bis 2018 schwankte in Oberösterreich die Zahl der Pensionsanträge etwa zwischen 15.500 und 18.400 – im Durchschnitt um 18% weniger Pensionsanträge als in den fünf Jahren davor (2009 bis 2013). Dieser deutliche Rückgang an Anträgen ist massiven Einbußen bei BU/IV-Erstanträgen und -Weitergewährungsanträgen (ab 2015) sowie Anträgen auf die Langzeitversichertenpension geschuldet – also genau jene Pensionsantragsarten, die ab 2014 durch Inkrafttreten des SRÄG 2012 bzw. durch die Korrekturen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension Veränderungen erfuhren. Vor allem im Jahr 2014 sanken BU/IV-Erstanträge um 20% und Langzeitversicherungspensionsanträge („Hacklerregelung“) um 49% gegenüber 2013. Die BU/IV-Weitergewährungsanträge stiegen im Jahr 2014 gegenüber 2013 noch um 20% an, um in der Folge deutliche Einbußen bei den Anträgen zu verzeichnen. Alle anderen Antragsarten (Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d<sup>22</sup>) erlebten zusammengefasst seit 2009 (3.975 Anträge) ein streng monotones Wachstum bis Ende des Beobachtungszeitraums 2018 (8.113<sup>23</sup>) – also mehr als eine Verdoppelung. Diese Steigerungsrate ist einerseits der demografischen Entwicklung geschuldet und andererseits zeigt sich die Auswirkung der Korrekturen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension.

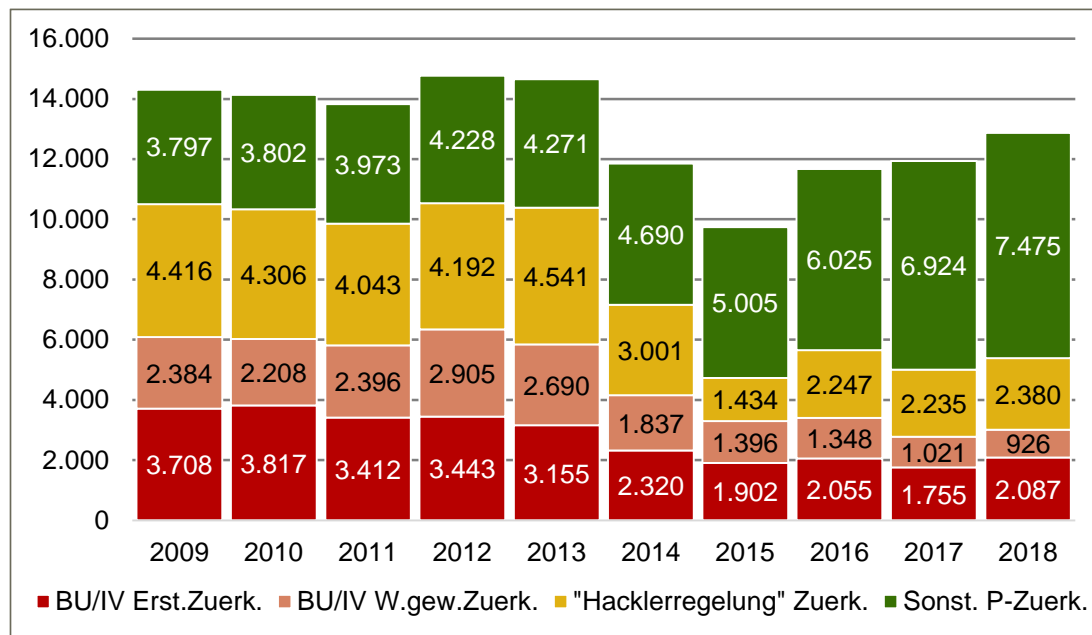
---

<sup>23</sup> davon 5.704 Alterspensionsanträge, 1.219 Schwerarbeiterpensionsanträge, 1.190 Korridorpensionsanträge

## Pensionszuerkennungen

Ähnlich wie die Pensionsanträge entwickelten sich die Zahlen der Pensionszuerkennungen (vgl. Abbildung 27 mit Abbildung 28): Die Pensionszuerkennungen sanken im Zeitraum 2014 bis 2018 durchschnittlich um 19% gegenüber dem Zeitraum 2009 bis 2013 – zum Vergleich: die Pensionsanträge sanken um 18%. Die Zuerkennungsraten bzw. vice versa die Ablehnungsraten unterscheiden sich je Pensionsart deutlich, wie in der Folge dargestellt wird.

**Abbildung 28: Pensionszuerkennungen in OÖ**



Anmerkungen:

BU/IV Erst.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungen bei Erstanträgen

BU/IV W.gew.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungen

„Hacklerregelung“ Zuerk. ... Zuerkennungen von Langzeitversicherungspensionen

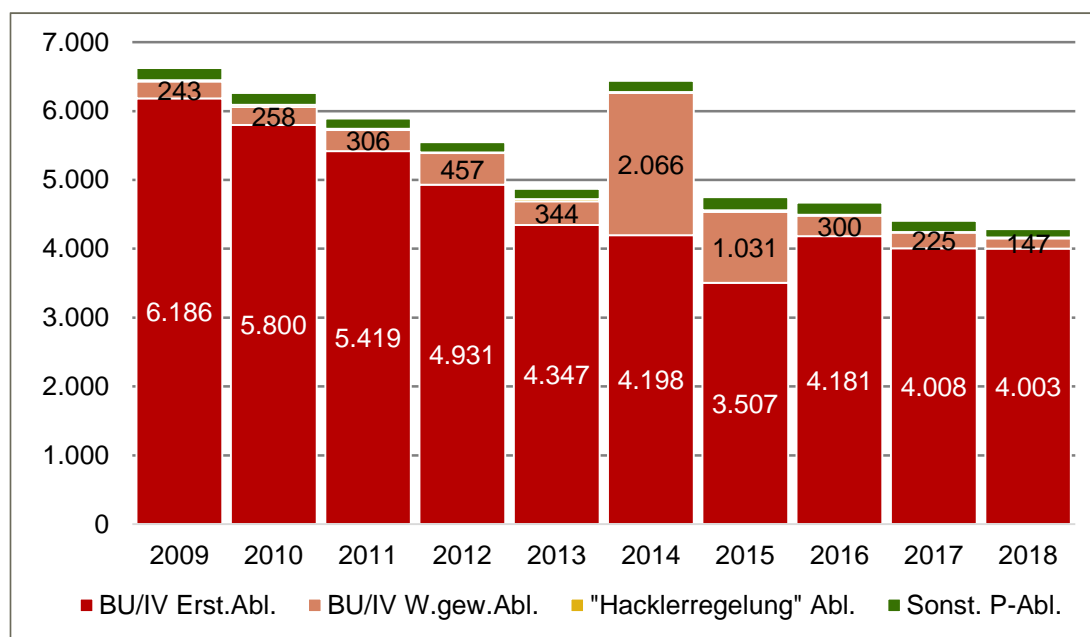
Sonst. P.-Zuerk. ... Alterspension, Korridor pension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension

§ 253a, b, c, d<sup>22</sup>

## Pensionsablehnungen

Abbildung 29 zeigt eine mengenmäßige Abnahme an Pensionsablehnungen in den Jahren 2009 bis 2018 – die einzige Ausnahme bildet diesbezüglich das Jahr 2014, als die Ablehnungen bei den BU/IV-Weitergewährungen aufgrund Inkrafttretens des SRÄG 2012 bzw. der neu hinzugekommenen Möglichkeit des Rehabilitationsgeldes<sup>24</sup> für eine (vorwiegend) medizinische Rehabilitation massiv anstiegen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum ist erkennbar, dass jährlich 96% bis 97% aller Ablehnungen BU/IV-Anträge betreffen.

Abbildung 29: Pensionsablehnungen in OÖ



Anmerkungen:

BU/IV Erst.Abl. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Ablehnungen bei Erstanträgen

BU/IV W.gew.Abl. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungsablehnungen

„Hacklerregelung“ Abl. ... Ablehnungen von Langzeitversicherungspensionen

Sonst. P.-Abl. ... Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d<sup>22</sup>

## Pensions-Zuerkennungs- und Ablehnungsraten

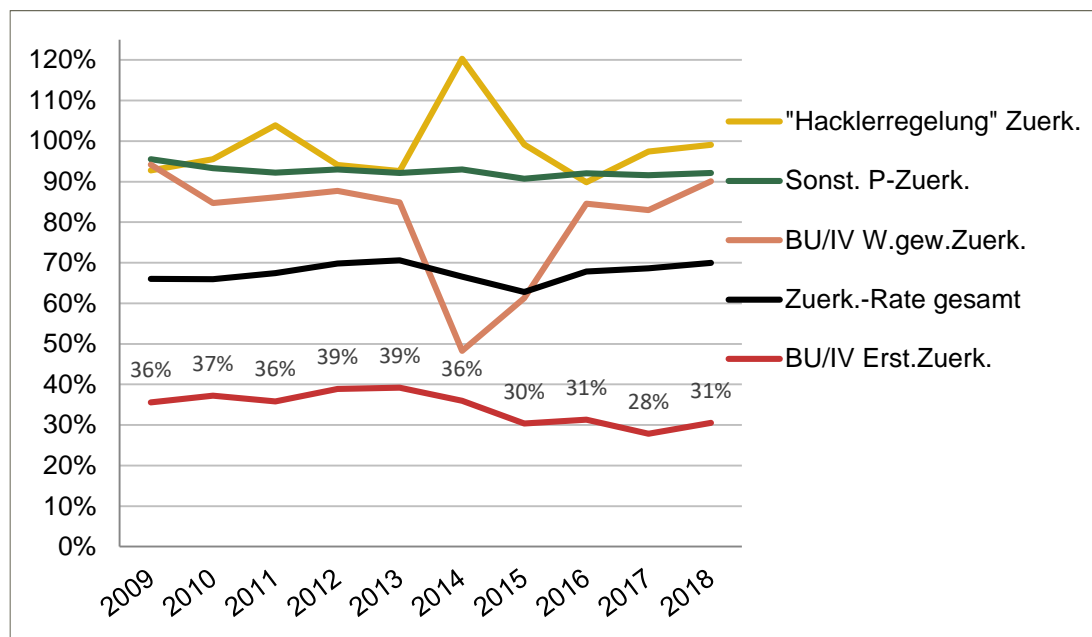
Abbildung 30 zeigt hohe Zuerkennungsraten bei den Langzeitversicherungspensionen („Hacklerregelung“) sowie „Sonstigen“ Pensionsarten (Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, bis 2017 vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d): Über den gesamten Beobachtungsraum gesehen liegen die Zuerkennungsraten für Langzeitversicherungspensionen („Hacklerregelung“) bei 98% und für die oben genannten „Sonstigen“

<sup>24</sup> Die Möglichkeit des Rehabilitationsgeldes ergibt sich erst nach Ablehnung eines BU/IV-Erst- oder -Weitergewährungsantrages für Personen, die ab dem 1.1. 1964 geboren sind.

Pensionsarten bei 93%. Weitergewährungsanträge für BU/IV-Pensionen werden zwischen 2009 und 2018 zu 81% positiv bearbeitet. Große Schwankungen gab es diesbezüglich in den Jahren 2014 und 2015, als die Zuerkennungsraten auf 48% bzw. 61% sanken aufgrund der oben erwähnten Möglichkeit des Rehabilitationsgeldes für Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren sind. Nachdem 2016 die zweijährig befristeten BU/IV-Pensionen aus der Zeit vor 2014 ausgelaufen waren, stieg das Zuerkennungsniveau der BU/IV-Weitergewährungsanträge wieder auf das Niveau von vor 2014, allerdings bei einer deutlich geringeren Anzahl an Anträgen.

Die mit Abstand niedrigsten Zuerkennungsraten zeigen sich für Erstanträge der BU/IV-Pension: Über den gesamten Beobachtungszeitraum wurden bei 34% aller BU/IV-Erstanträge die Pension zuerkannt. Allerdings ist über die Jahre ein Absinken der Zuerkennungsraten für BU/IV-Anträge zu erkennen. Während zwischen 2009 und 2013 die Zuerkennungsrate noch 37% betrug, so sank sie zwischen 2014 und 2018 auf 31% ab – ein auffälliger „Bruch“ zeigt sich 2015, als die Rate von 36% (2014) auf 30% abfiel.

**Abbildung 30: Pensionszuerkennungsraten in OÖ**



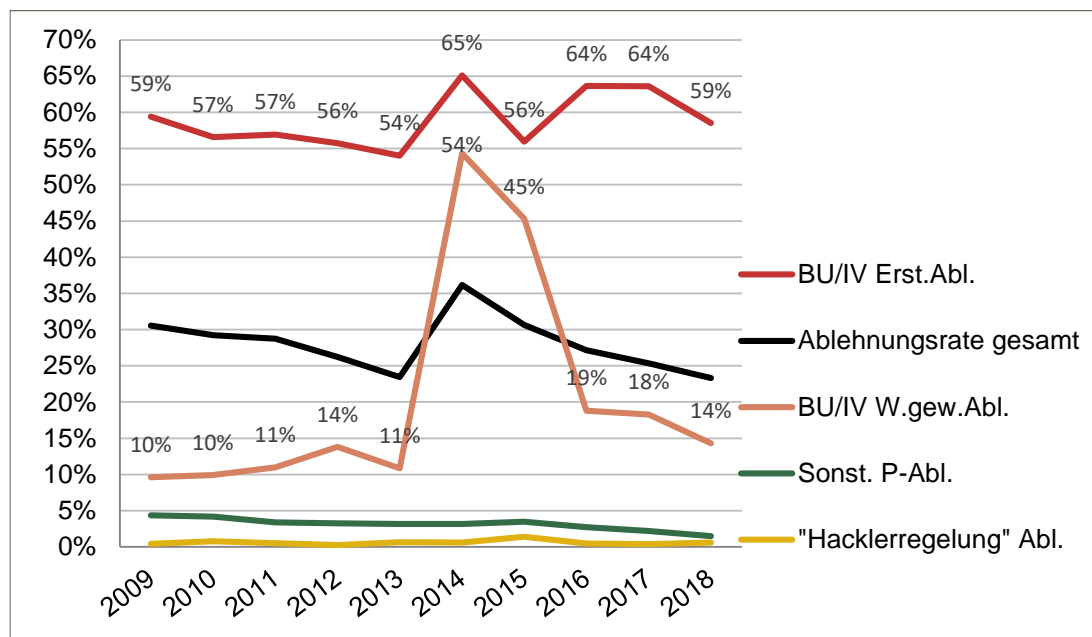
Anmerkungen: Die Zuerkennungsrate errechnet sich aus den Zuerkennungen dividiert durch die Anträge innerhalb eines Kalenderjahres. Da Antrag und Zuerkennung in zwei unterschiedliche Kalenderjahre fallen können, ist es möglich, dass innerhalb eines Kalenderjahres Raten von mehr als 100% erzielt werden können.  
 BU/IV Erst.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungsrate bei Erstanträgen  
 BU/IV W.gew.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungsrate  
 „Hacklerregelung“ Zuerk. ... Zuerkennungsrate von Langzeitversicherungspensionen  
 Sonst. P.-Zuerk. ... Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension  
 § 253a, b, c, d<sup>22</sup>



Vice versa zu den Zuerkennungsraten zeigt sich bei den Ablehnungsraten, dass „Sonstige“ Pensionsarten (Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d) über den gesamten Beobachtungszeitraum zu 3% und Langzeitversicherungspensionen („Hacklerregelung“) zu 1% abgelehnt werden (siehe Abbildung 31) – also vergleichsweise zu den BU/IV-Anträgen auf einem viel niedrigerem Ablehnungsniveau liegen.

Zwischen 2009 und 2013 sanken die Ablehnungsraten bei BU/IV-Erstanträgen von 59% auf 54% ab (Durchschnitt: 57%). Im Jahr 2014 ist ein „Sprung“ auf 65% Ablehnungen zu erkennen. 2015 sinkt die diesbezügliche Ablehnungsrate wieder auf „Normalniveau“ aus der Zeit vor Inkrafttreten des SRÄG 2012, um anschließend im Jahr 2016 wieder auf 64% anzusteigen. Im Durchschnitt liegt die Ablehnungsrate für BU/IV-Erstanträge in den fünf Jahren nach Einführung des SRÄG 2012 bei 61% – auch bei dieser durchschnittlichen Erhöhung gegenüber der Zeit vor 2014 kann die Möglichkeit des Reha-Geldes für Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren sind, als Begründung angeführt werden.

**Abbildung 31: Pensionsablehnungsraten in OÖ**



Anmerkungen: Die Ablehnungsrate errechnet sich aus den Ablehnungen dividiert durch die Anträge innerhalb eines Kalenderjahres. Antrag und Ablehnung können in zwei unterschiedliche Kalenderjahre fallen.

BU/IV Erst.Abl. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Ablehnungsrate bei Erstanträgen

BU/IV W.gew.Abl. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungsablehnungsrate

„Hacklerregelung“ Abl. ... Ablehnungsrate von Langzeitversicherungspensionen

Sonst. P.-Abl. ... Alterspension, Korridorpension, Schwerarbeitspension, vorzeitige Alterspension § 253a, b, c, d<sup>22</sup>

Viel deutlicheren Schwankungen unterliegt die Ablehnungsrate für BU/IV-Weitergewährungsanträge. Während in den Jahren 2009 bis 2013 im Durchschnitt 11%

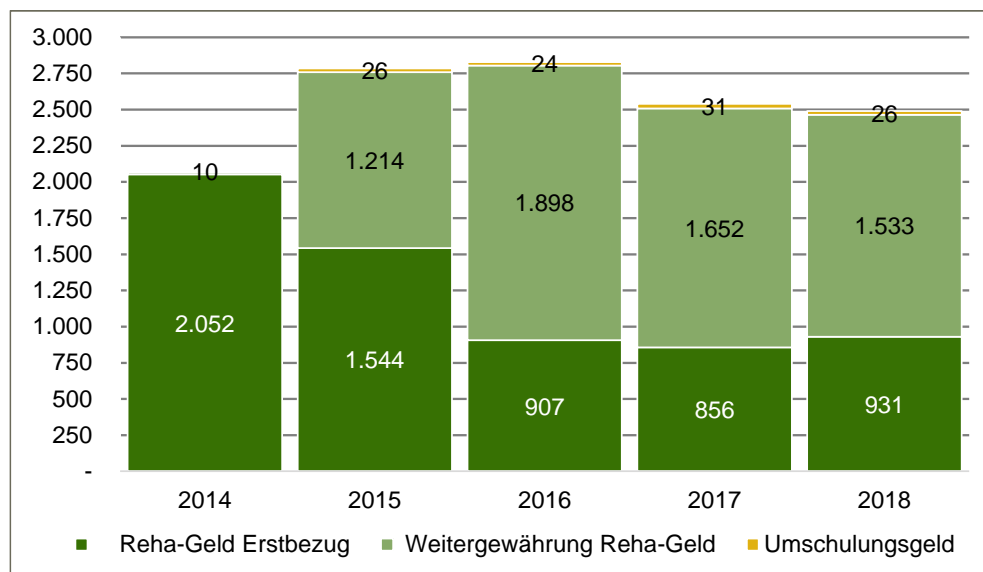
all dieser Anträge abgelehnt wurden, liegt diese durchschnittliche Ablehnungsrate für die Jahre 2014 bis 2018 bei 30% (siehe Abbildung 31). Verantwortlich dafür sind vor allem die Jahre 2014 und 2015, als die Ablehnungsraten 54% bzw. 45% betragen (Übergang von der bis zu zweijährig befristeten BU/IV-Pensionen hin zur Möglichkeit des Rehabilitationsgeldes für Personen, die ab dem 1.1.1964 geboren sind). Danach zeigt sich für die Jahre 2016 und 2017 ein Absinken auf 19% bzw. 18%, was ein höheres Ablehnungsniveau bedeutet als vor Inkrafttreten des SRÄG 2012. Das Jahr 2018 weist dann mit 14% eine Ablehnungsrate auf, die dem Niveau vor 2014 am nächsten kommt.

Die Entwicklung der Ablehnungen von Invaliditätspensionsanträgen (sowohl nach Erstanträgen als auch nach Weitergewährungsanträgen) lässt sich vor allem durch die Möglichkeit des Reha-Geldes erklären, das 2014 für Personen eingeführt wurde, die ab dem 1.1.1964 geboren sind. Auch die stark rückläufigen Zahlen der BU/IV-Weitergewährungsanträge lassen vermuten, dass diese Variante zunehmend an Bedeutung verliert.

### Reha-Geld und Umschulungsgeld-BezieherInnen

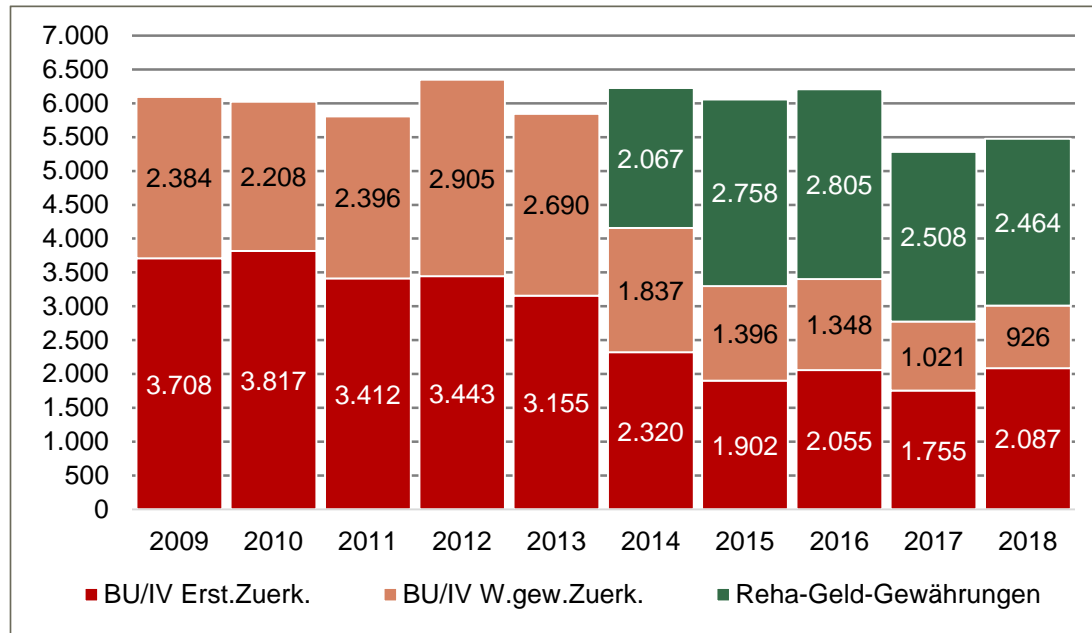
Die Möglichkeit des Umschulungsgeldes für eine berufliche Reha spielt in diesem Zusammenhang kaum eine bzw. gar keine Rolle (siehe Abbildung 32). So beziehen etwa im Jahr 2018 insgesamt 2.464 Personen ein Reha-Geld und nur 26 Personen ein Umschulungsgeld (1,04%).

**Abbildung 32: Reha-Geld und Umschulungsgeld-BezieherInnen**



**Abbildung 33** verdeutlicht, dass die Reha-Geld-Gewährungen einen Teil der Invaliditätspensions-Zuerkennungen ab 2014 ersetzen.

**Abbildung 33: Invaliditätspensions-Zuerkennungen und Reha-Geld-Gewährungen**



Anmerkungen:

BU/IV Erst.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungen bei Erstanträgen

BU/IV W.gew.Zuerk. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungen

Darüber hinaus sei für das fiktive Szenario (Entwicklung ohne SRÄG 2012 bzw. ohne die Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension) zu berücksichtigen, dass einem Teil der Reha-Geld-BezieherInnen das Reha-Geld entzogen worden ist, weil ihnen „Arbeitsfähigkeit“ durch die PVA attestiert wurde. Diese Personen gelten als arbeitsfähig und stehen somit dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung. Dieser Umstand, der sich ohne Inkrafttreten des SRÄG 2012 nicht ereignet hätte, wird im fiktiven Szenario berücksichtigt.

Attest „Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität liegt nicht vor<sup>25</sup>“ nach Reha-Geld-Bezug:

- 2014: 3
- 2015: 193
- 2016: 411
- 2017: 586
- 2018: 416

<sup>25</sup> In der Folge „arbeitsfähig“ bzw. „Arbeitsfähigkeit“ bezeichnet

Jene Personen, die als „arbeitsfähig“ ausgewiesen werden und daher dem Arbeitsmarkt zum Teil als Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkung zur Verfügung stehen, sind Personen, die das fiktive Arbeitskräftepotenzial mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gegenüber dem realen Potenzial erhöhen, da diese Personen ohne Inkrafttreten des SRÄG 2012 kein Reha-Geld bezogen hätten und in der Folge keine „Arbeitsfähigkeit“ durch die PVA attestiert bekommen hätten, die ihnen die Möglichkeit bietet, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen.

Insgesamt summierte sich die Zahl der Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit von 2014 bis 2018 auf 1.609 Personen, die als Arbeitskräftepotenzial gelten.

### Zusammenfassung Entwicklung Pensionierungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen des Jahres 2014 deutliche Spuren bei den Pensionsantragszahlen hinterlassen hat: Im Gesamten sanken die Pensionsantragszahlen durchschnittlich im Zeitraum von 2014 bis 2018 um 18% gegenüber dem Zeitraum 2009 bis 2013. Davon betroffen waren vor allem die Anträge auf die Langzeitversichertenpension (-51%) und Anträge auf Invaliditätspension (-31% sowohl bei Erstanträgen als auch bei Weitergewährungsanträgen). Zuzüglich zu den sinkenden Anträgen auf Invaliditätspension sank auch die Zuerkennungsrate für BU/IV-Erstanträge von durchschnittlich 37% auf 31% in den beiden Vergleichszeiträumen. Die Entwicklung der sinkenden Zuerkennungen von Invaliditätspensionsanträgen (sowohl nach Erstanträgen als auch nach Weitergewährungsanträgen) lässt sich vor allem durch die Möglichkeit des Reha-Geldes erklären, das 2014 für Personen eingeführt wurde, die ab dem 1.1.1964 geboren sind. Im Zeitraum zwischen 2014 und 2018 wurde 1.609 Personen das Reha-Geld entzogen, weil ihnen von der PVA „Arbeitsfähigkeit“ bescheinigt wurde, und standen daher anschließend dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung. Dies trifft auf etwa ein Sechstel aller Reha-Geld-BezieherInnen zu. Das 2014 eingeführte Umschulungsgeld für eine berufliche Rehabilitation spielt aufgrund der geringen Fallzahlen keine Rolle für die Entwicklung der Pensionierungen der letzten Jahre.

### **3.3 Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

Um in der Folge ein Szenario bilden zu können, das ohne die gesetzlichen Änderungen des Jahres 2014 eingetreten wäre, bedarf es neben den vorliegenden Grundgesamtheiten der erwerbsfähigen Bevölkerung und der unselbständig Erwerbstätigen sowie den konjunkturellen und demografischen Veränderungen auch einer Einschätzung einer Grundgesamtheit von Personen, die gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen aufweisen, also das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen darstellen, die in den Zuständigkeitsbereich des AMS oder der PVA fallen. Dabei werden Personen berücksichtigt, die mit einer gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung beim AMS arbeitslos gemeldet sind oder Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension beziehen oder im Status AG gemeldet sind sowie Personen, denen bei der PVA eine Invaliditätspension/Berufsunfähigkeitspension zuerkannt wurde bzw. Reha-Geld gewährt wurde.

Nach Rücksprache mit der PVA wurde zudem folgende Annahme getroffen: Abgelehnte Anträge werden in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt, da davon auszugehen ist, dass Personen mit abgelehnten Invaliditätspensionsanträgen entweder Krankengeld beziehen oder beim AMS als Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung bzw. als PensionsvorschussbezieherInnen/Status AG bzw. bei der PVA als Reha-Geld-BezieherInnen geführt werden.

Um Jahresdurchschnittsdaten des AMS mit Bestandsdaten der PVA kombinieren zu können, werden für die PVA-Daten Jahresdurchschnittsdaten simuliert. Dem Konstrukt zur Simulation von Jahresdurchschnittsdaten der Invaliditätspensionszuerkennungen liegt die Annahme zugrunde, dass die Zuerkennungszahlen über die zwölf Monate eines Jahres gleich verteilt sind. Das heißt, dass für das Szenario des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen davon ausgegangen wird, dass der durchschnittliche jährliche Aufenthalt im Status „Invaliditätspension zuerkannt“ sechs Monate dauerte. Daher wird die Zahl der Invaliditätspensionszuerkennungen halbiert, um für die PVA-Daten Jahresdurchschnittszahlen zu simulieren und um die Möglichkeit zu schaffen, diese Zahlen mit den Jahresdurchschnittszahlen des AMS zu kombinieren. Die gleiche Vorgangsweise wird auch für Reha-Geld-BezieherInnen gewählt. Im Fokus dieser Einschätzung steht, beurteilen zu können, inwieweit sich das Potenzial der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den Jahren 2009 bis 2018 verändert hat.

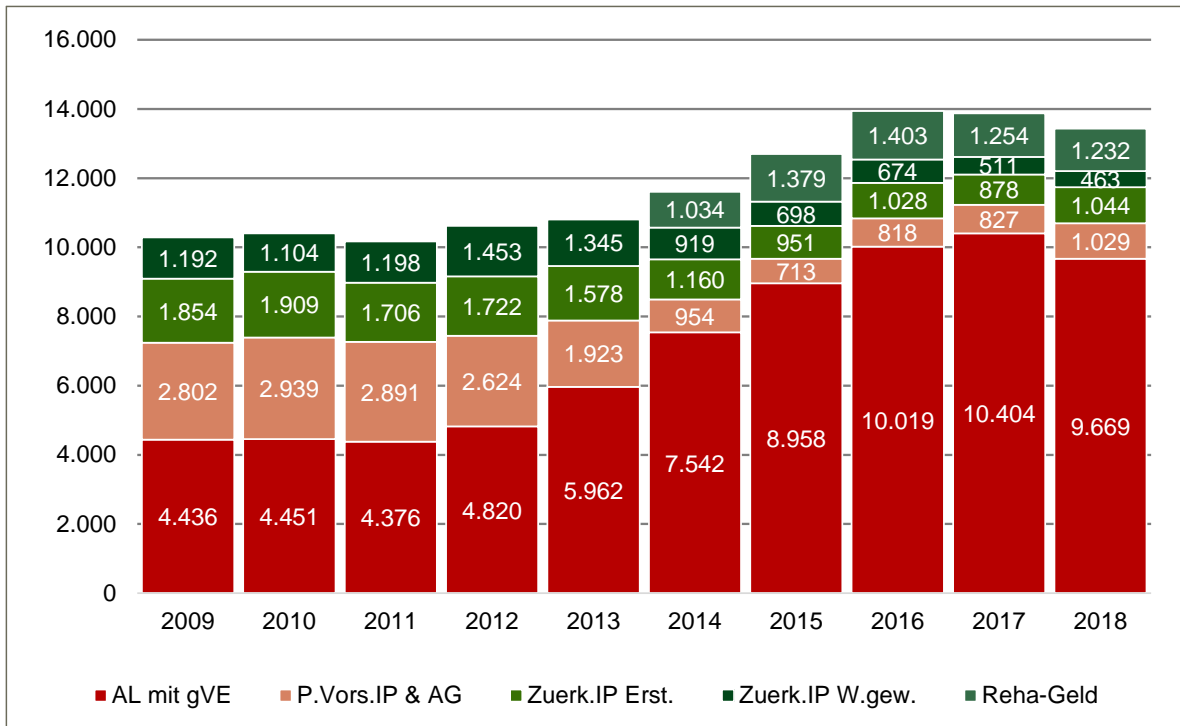
Das geschätzte Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen setzt sich daher folgendermaßen zusammen:

- Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (AL mit gVE)
- Beziehenden eines Pensionsvorschlusses auf Invaliditätspension sowie Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße (P.Vors.IP & AG)
- die Hälfte der Zahl an Personen, denen eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension zuerkannt oder weitergewährt wurde (Zuerk.IP Erst. & IP W.gew.)
- die Hälfte der Zahl an Personen, denen Reha-Geld gewährt wurde

Dieses Konstrukt für das Potenzial von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bildet neben den Grundgesamtheiten der erwerbsfähigen Bevölkerung und der unselbständig Beschäftigten sowie den konjunkturellen wie demografischen Veränderungen die Grundlage für die Bildung des fiktiven Szenarios.

Abbildung 34 zeigt einen deutlichen Anstieg der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zwischen 2009 und 2018, mit denen das AMS und die PVA befasst waren. Während 2009 diese Zahl noch bei etwa 10.300 lag, so stieg diese Zahl bis 2018 auf etwa 13.400 an (Wachstum +31%). Das Potenzial von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, das in den Zuständigkeitsbereich des AMS fällt (AL gVE und P.Vors.IP & AG), wuchs um 48% (von 7.238 auf 10.697), jenes der PVA sank um 10% (von 3.046 auf 2.739 [simulierte Jahresdurchschnittszahlen]).

**Abbildung 34: Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



Anmerkungen:

AL mit gVE ... Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

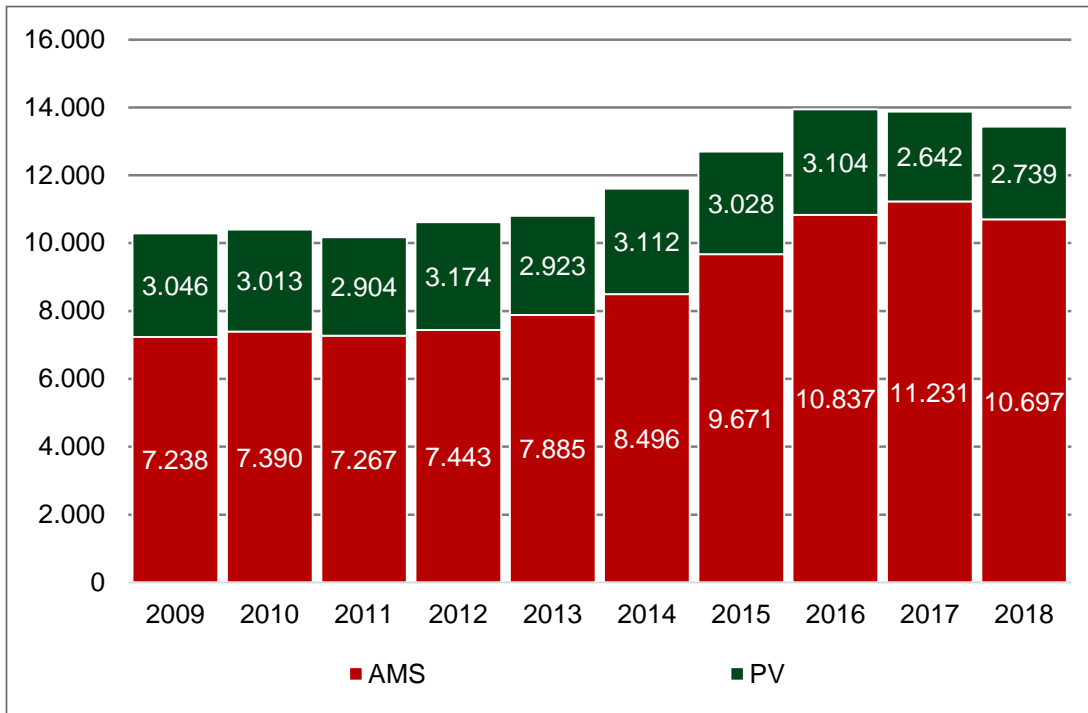
P.Vors.IP & AG ... BezieherInnen von Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

Zuerk.IP Erst. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungen bei Erstanträgen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

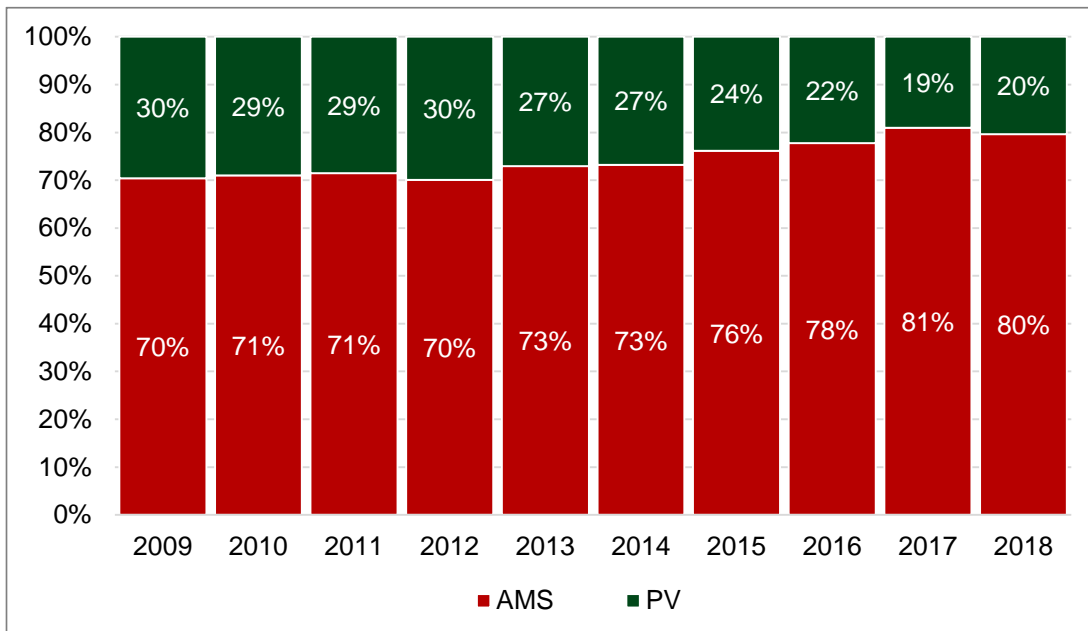
Zuerk.IP W.gew. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

Abbildung 36 zeigt, dass der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, der in den Zuständigkeitsbereich des AMS fiel, zwischen 2009 und 2012 bei etwa 70% lag. Ab dem Jahr 2013 (erste Übergangsbestimmungen für das ab 1.1.2014 in Kraft getretene SRÄG 2012) stieg dieser Anteil bis zum Jahr 2018 auf 80%. Vice versa sank der Zuständigkeitsanteil der PVA für diese Personengruppe im Beobachtungszeitraum von 30% auf 20%, wobei zu berücksichtigen ist, dass im Zeitraum zwischen 2014 und 2018 1.601 Personen das Reha-Geld entzogen wurde, weil ihnen von der PVA „Arbeitsfähigkeit“ attestiert wurde. Dieser Umstand, der sich ohne Inkrafttreten des SRÄG 2012 nicht ereignet hätte, wird im fiktiven Szenario berücksichtigt, indem diese Personengruppe dem Arbeitskräftepotenzial zugerechnet wird.

**Abbildung 35: Absolute Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen**



**Abbildung 36: Relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen**





## Zusammenfassung Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Der im AMS wahrgenommene und durch Zahlen belegte Anstieg von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ist nicht nur durch das Inkrafttreten der gesetzlichen Veränderungen ab 1.1.2014 begründet. Generell stieg das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in Oberösterreich zwischen 2009 und 2018 von etwa 10.300 auf ca. 13.400 Personen an. Das entspricht einem Wachstum von 31% innerhalb von zehn Jahren. Dabei verschoben sich die Zuständigkeitsbereichsanteile für diese Menschen ab dem Jahr 2013 kontinuierlich von der PVA zum AMS: Während in den Jahren 2009 bis 2012 etwa 70% dieser Menschen vom AMS und 30% von der PVA betreut wurden, zeigt sich im Jahr 2018 ein Verhältnis von 80%:20%.

## 4. Ergebnisse des Datenmodells

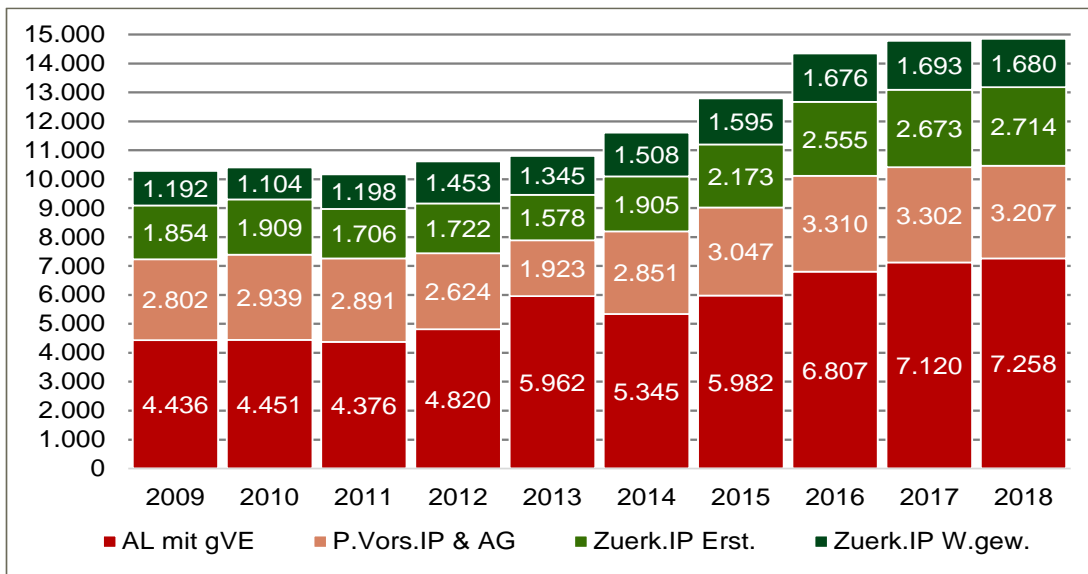
Um ein Szenario zu bilden, das die Struktur der Arbeitslosen in Oberösterreich darstellt, in dem das SRÄG 2012 nicht in Kraft getreten wäre und sich die Anspruchsvoraussetzungen auf die Langzeitversichertenpension nicht geändert hätten, wurden Regressionsrechnungen und Differenzen-in-Differenzen-Analysen zur Fortschreibung der Jahre 2009 bis 2012 durchgeführt. Für diese Fortschreibungen wurden Faktoren ermittelt, welche die Entwicklung der Relationen zwischen Arbeitslosen, unselbständig Erwerbstätigen und erwerbsfähiger Bevölkerung abbilden. Die errechneten Werte für die Jahre 2014 bis 2018 beruhen also auf einer Fortschreibung der Jahre 2009 bis 2012 unter Berücksichtigung der konjunkturellen und demografischen Entwicklungen der Jahre 2014 bis 2018 sowie den Veränderungen der Grundgesamtheiten der erwerbsfähigen Bevölkerung und der unselbständig Erwerbstätigen. Diese Faktorenbildungen wurden auch geschlechts- und altersspezifisch durchgeführt.

Das Jahr 2013 wurde in den Analysen zur Bildung des fiktiven Szenarios für die Jahre 2014 bis 2018 nicht berücksichtigt, da die im Jahr 2014 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen vorausseilende Wirkungen auf das Jahr 2013 hatten. Dies betrifft vor allem den vom AMS neu eingeführten Status „Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“ sowie die geänderten Anspruchsvoraussetzungen für den Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension. Nach Rücksprache mit dem AMS wurde die Annahme getroffen, dass das AMS den Status AG im Jahr 2013 ohne die absehbaren gesetzlichen Veränderungen des Jahres 2014 nicht eingeführt hätte und die bis dorthin geltenden Anspruchsvoraussetzungen für den Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension belassen hätte.

### 4.1 Veränderung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Abbildung 37 verdeutlicht, dass im fiktiven Szenario 2014 bis 2018 – ähnlich, wie im realen Szenario – gegenüber den Jahren 2009 bis 2012 mit einer deutlichen Erhöhung des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zu rechnen gewesen wäre. Innerhalb dieser Gruppe wären sowohl Arbeitslose, PensionsvorschussbezieherInnen als auch Invaliditätspensionszuerkennungen deutlich angestiegen.

**Abbildung 37: Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (bis 2013 reales Szenario, ab 2014 fiktives Szenario)**



Anmerkungen:

AL mit gVE ... Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

P.Vors.IP & AG ... BezieherInnen von Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

Zuerk.IP Erst. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungen bei Erstanträgen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

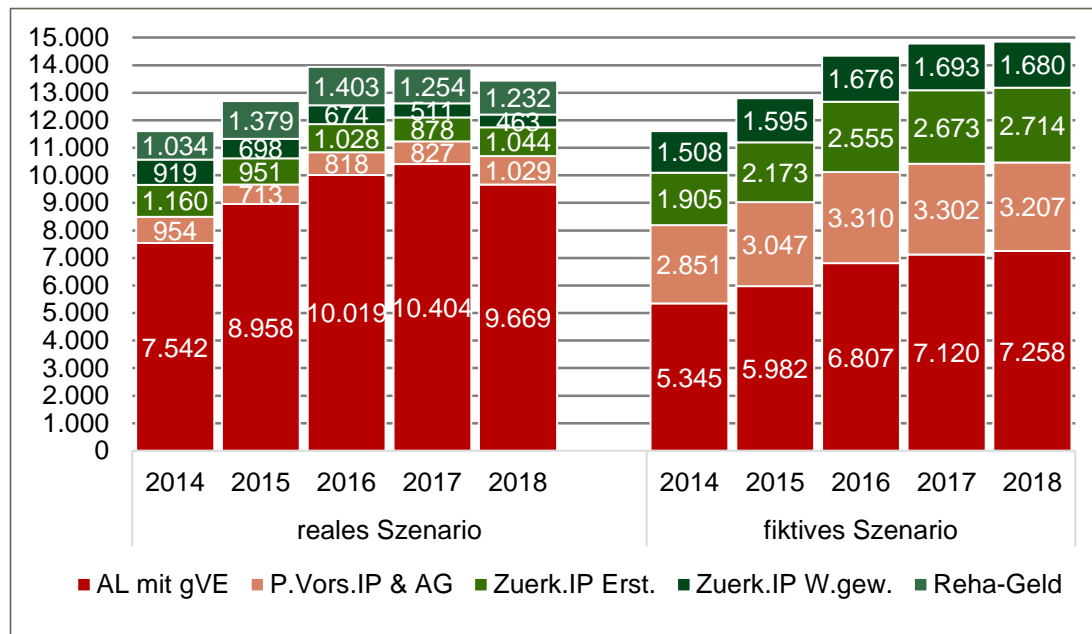
Zuerk.IP W.gew. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

Die Unterschiede zwischen dem realen und fiktiven Szenario bezüglich des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen werden in Abbildung 38 verdeutlicht. Die Zahl von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen läge im Jahr 2018 im fiktiven Szenario bei etwa 7.300 statt bei etwa 9.700 im realen Szenario. Die Zahl der BezieherInnen von Pensionsvorschuss wäre jedoch im fiktiven Szenario deutlich höher als im realen (etwa 3.200 statt etwa 1.000 BezieherInnen von Pensionsvorschuss bzw. im Status AG).

Hervorzuheben sei an dieser Stelle, dass im fiktiven Szenario das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen etwa 14.800 betragen würde, während im realen Szenario dieses Potenzial lediglich bei etwa 13.400 liegt. Diese Differenz von etwa 1.400 Personen erklärt sich dadurch, dass der Großteil der Reha-Geld-BezieherInnen, denen im realen Szenario von der Pensionsversicherungsanstalt „Arbeitsfähigkeit“ attestiert wurde, im fiktiven Szenario den Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zugeordnet wurde<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Jene 1.601 Personen, denen das Reha-Geld entzogen wurde, weil sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes

**Abbildung 38: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



Anmerkungen:

AL mit gVE ... Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

P.Vors.IP & AG ... BezieherInnen von Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

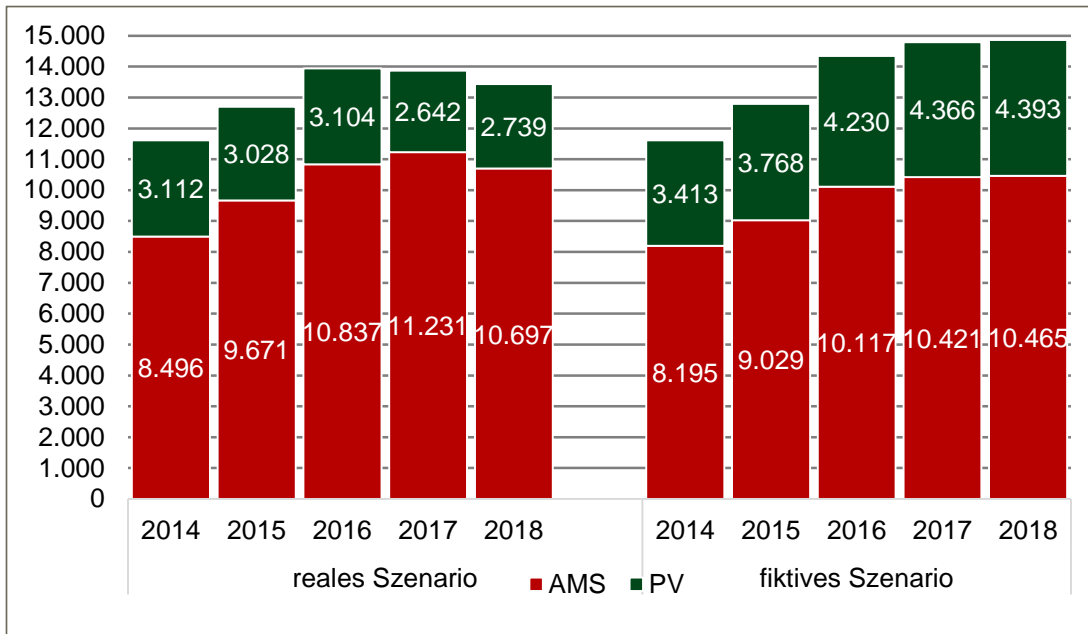
Zuerk.IP Erst. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensions-Zuerkennungen bei Erstanträgen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

Zuerk.IP W.gew. ... Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension -Weitergewährungszuerkennungen (simulierte Jahresdurchschnittszahl)

Abbildung 39 zeigt, dass im fiktiven Szenario das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, die in die Zuständigkeit des AMS fallen würden, sich nur geringfügig verändern würde (von etwa 10.700 im realen Szenario auf etwa 10.500). Dies ist dem Umstand geschuldet, dass im fiktiven Szenario eine deutliche Zunahme von PensionsvorschussbezieherInnen auf Invaliditätspension zu erwarten wäre (von etwa 1.000 Personen im realen Szenario auf etwa 3.200), während die Zahl der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen deutlich sinken würde (von etwa 9.700 Personen im realen Szenario auf etwa 7.300 – siehe Abbildung 38).

nicht mehr „Berufsunfähigkeit“ bzw. „Invalidität“ attestiert wurde, wurden für das fiktive Szenario um 208 Personen reduziert, da für das Jahr 2018 mit 416 attestierten „Arbeitsfähigen“ der Wert halbiert wurde, um Jahresdurchschnittsdaten für 2018 zu simulieren. Für die restlichen Jahre 2014 bis 2017 wurde die Zahl der attestierten „Arbeitsfähigen“ kumuliert, da diese Personen im fiktiven Szenario ganzjährig zum Arbeitskräftepotenzial mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zu zählen wären.

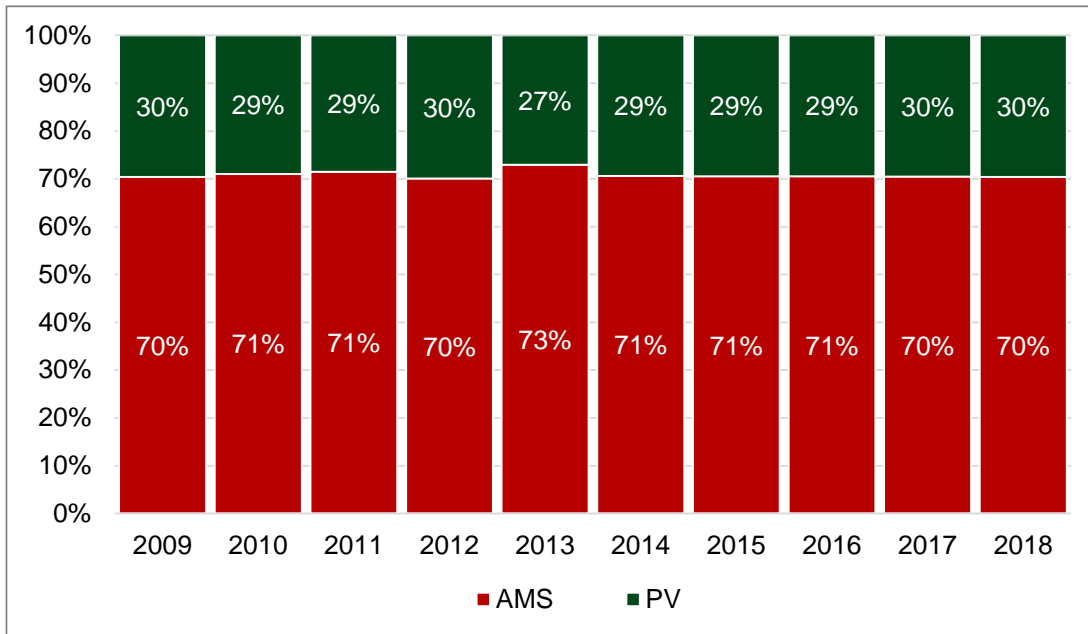
**Abbildung 39: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen**



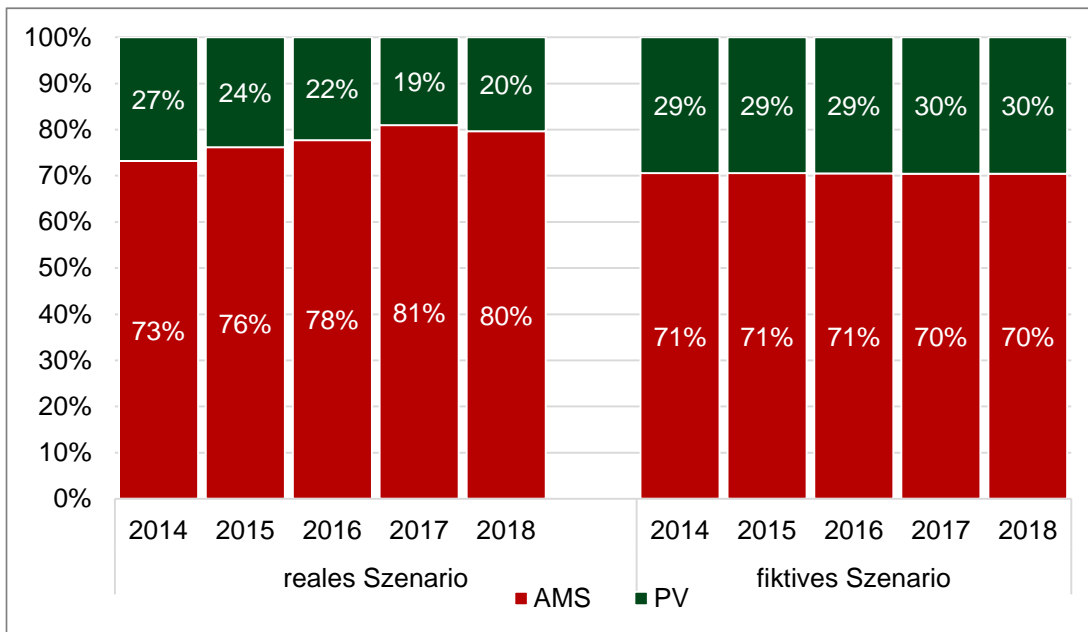
Das fiktive Szenario geht davon aus, dass sich die Verteilung der Zuständigkeiten für Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zwischen AMS und PVA in den Jahren 2014 bis 2018 in etwa so gestaltet hätte, wie in den Jahren 2009 bis 2012 (etwa 70%:30% – siehe Abbildung 40).

Bei der Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios in Abbildung 41 zeigt sich, dass sich das Verhältnis der Zuständigkeit für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen im realen Szenario des Jahres 2018 hin zu 80% AMS zu 20% PVA entwickelt hat, während es im fiktiven Szenario konstant bei etwa 70%:30% stagniert hätte.

**Abbildung 40: Relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen (bis 2013 reales Szenario, ab 2014 fiktives Szenario)**



**Abbildung 41: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für die relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen**



## 4.2 Veränderung der Struktur der arbeitslos Vorgemerkten

Die Veränderung der Struktur der arbeitslos Vorgemerkten lässt sich durch die Gegenüberstellung des fiktiven und realen Szenarios zeigen. Abbildung 38 und Abbildung 39 stellten bereits dar, dass sich die Anzahl von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen beim AMS ohne des SRÄG 2012 und ohne die veränderten Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension geringfügig verändert hätte.

### 4.2.1. Arbeitslose mit und ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

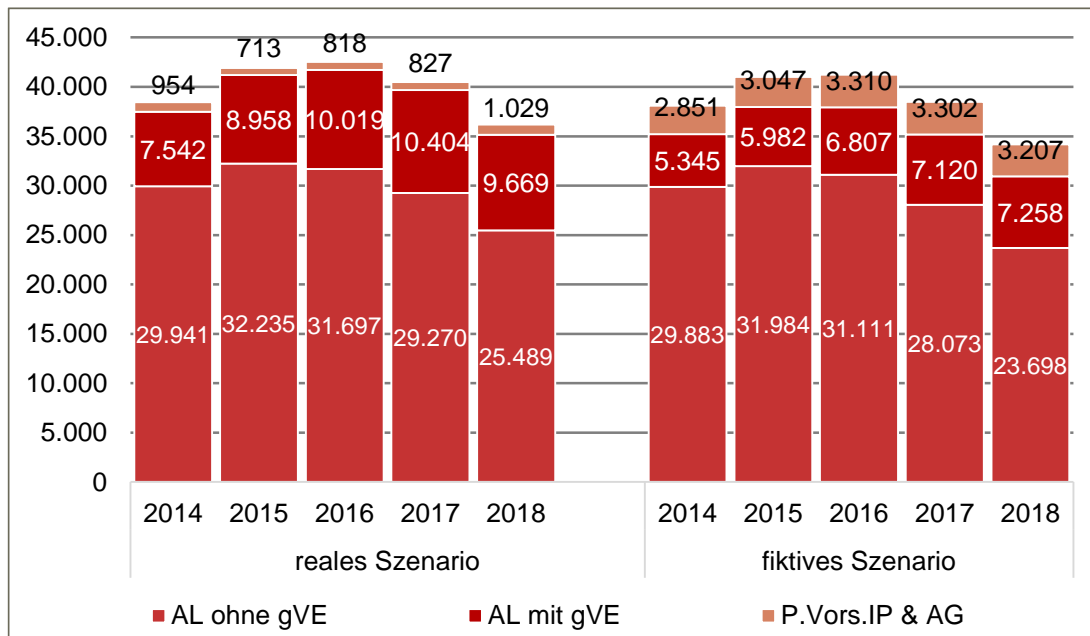
Abbildung 42 zeigt, dass sich die Anzahl der Arbeitslosen vor allem bei jenen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bis zum Jahr 2018 erheblich verändert hätte (etwa 2.400 weniger als im realen Szenario).

Aber auch die Zahl der Arbeitslosen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen hätte sich ohne des SRÄG 2012 und ohne die veränderten Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension reduziert (von etwa 25.500 im realen auf etwa 23.700 im fiktiven Szenario). Dieser Rückgang von etwa 1.800 Personen im Jahr 2018 ist vor allem auf rund 1.450 Personen zurückzuführen, die sich im fiktiven Szenario unter den PensionsvorschussbezieherInnen auf Invaliditätspension<sup>27</sup> zeigen würden. Etwa 50 Personen weniger würden im fiktiven Szenario aufgrund der veränderten Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension erscheinen und zirka 300 weniger Arbeitslose ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen würden sich für jene ergeben, die im realen Szenario nach dem Wegfall des Reha-Geld-Bezuges wegen „Arbeitsfähigkeit“ arbeitslos geworden sind, jedoch im fiktiven Szenario im Zuständigkeitsbereich der PVA verblieben wären.

---

<sup>27</sup> Etwa 40% aller PensionsvorschussbezieherInnen auf Invaliditätspension geben beim AMS keine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung an.

**Abbildung 42: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit und ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen sowie Personen mit Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension/Status AG**



Anmerkungen:

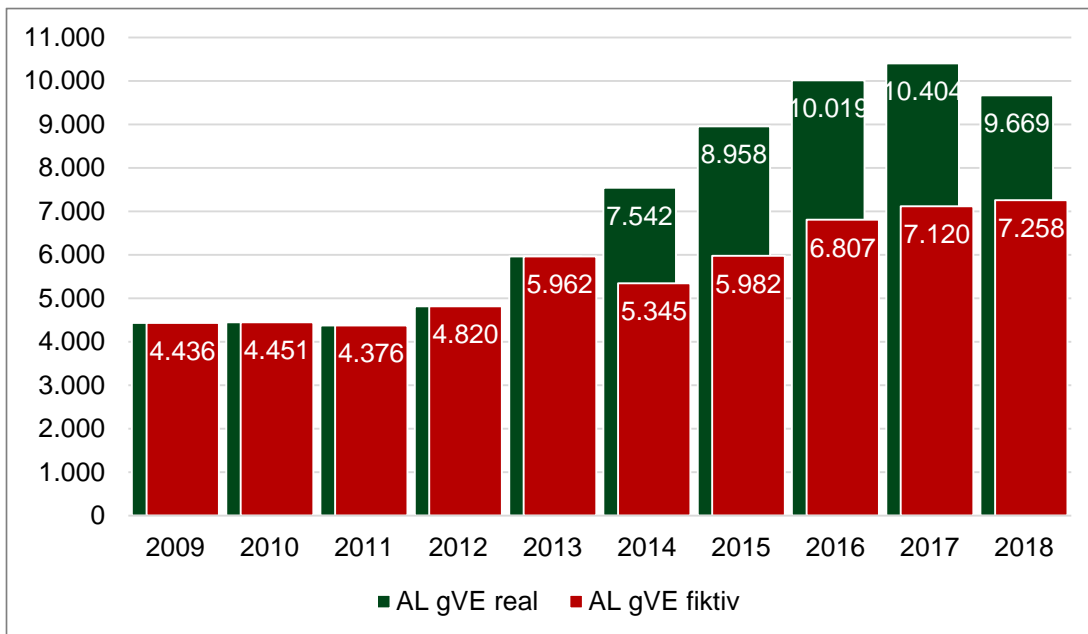
AL mit gVE ... Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

P.Vors.IP & AG ... BezieherInnen von Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

Insgesamt wären 2018 im fiktiven Szenarium etwa 31.000 Menschen arbeitslos gewesen, während im realen Szenario etwa 35.200 Menschen arbeitslos waren (siehe Abbildung 42). Inkludiert man für den Zuständigkeitsbereich des AMS im Jahr 2018 auch die PensionsvorschussbezieherInnen auf Invaliditätspension, dann würden sich dafür im fiktiven Szenario 34.200 Personen finden, während es im realen Szenario 36.200 Personen waren (inkl. Status AG).



**Abbildung 43: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

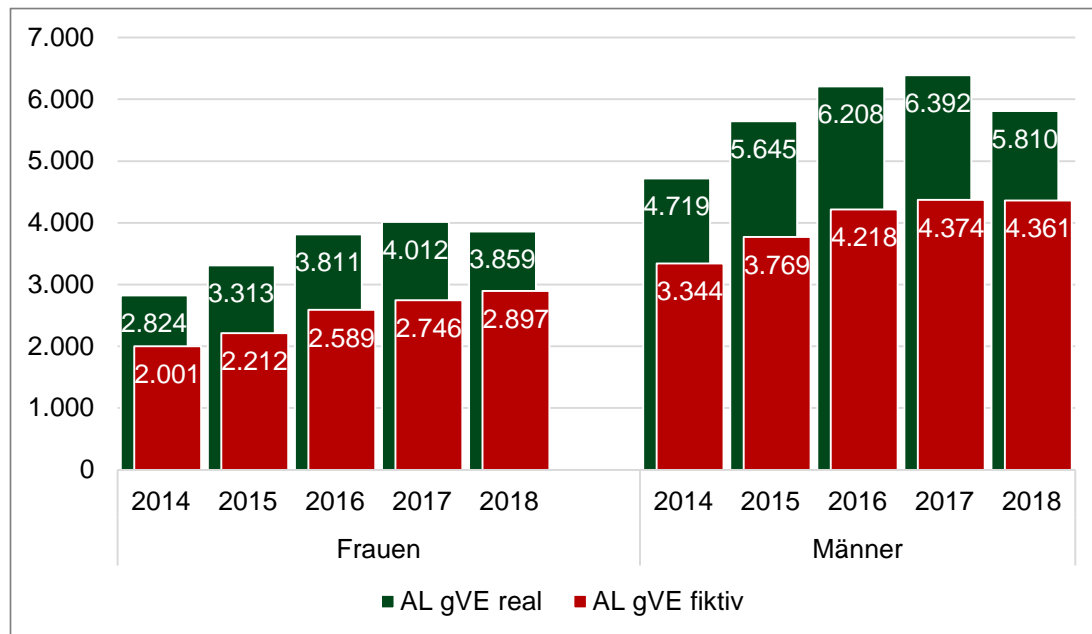


Anmerkungen:

AL mit gVE ... Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Die in Abbildung 43 dargestellte Veränderung der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen im fiktiven Szenarium um etwa **-2.400** Personen setzen sich für das Jahr 2018 aus Invaliditätspensionen (**-1.800**), PensionsvorschussbezieherInnen (**-570**) und Langzeitversichertenpensionen (**-30**) zusammen.

**Abbildung 44: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



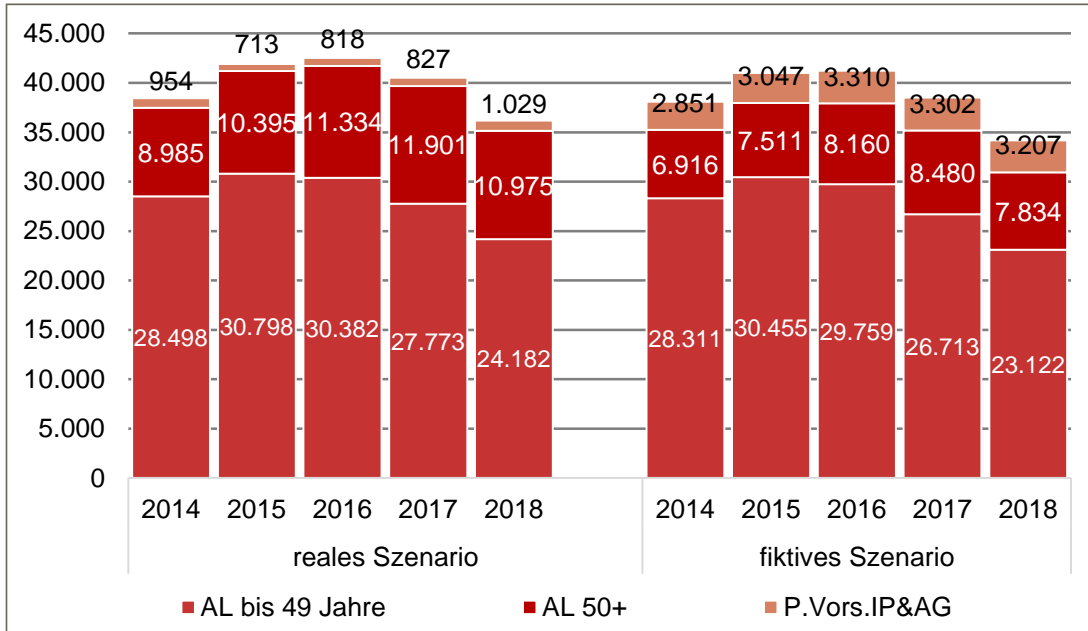
Der Frauenanteil bei Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen liegt sowohl im realen als auch im fiktiven Szenario in den Jahren von 2014 bis 2018 zwischen 37% und 40%.

#### 4.2.2. Arbeitslose ab 50 Jahren

Abbildung 45 zeigt, dass sich die Anzahl der Arbeitslosen bis 50 Jahre bis zum Jahr 2018 erheblich verändert hätte (etwa 3.150 weniger als im realen Szenario).

Aber auch die Zahl der Arbeitslosen bis 49 Jahre hätte sich ohne des SRÄG 2012 und ohne die veränderten Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension reduziert (von etwa 24.200 im realen auf etwa 23.100 im fiktiven Szenario). Dieser Rückgang von etwa 1.050 Personen im Jahr 2018 ist vor allem auf etwa 1.050 Personen zurückzuführen, die sich im fiktiven Szenario in Invaliditätspension zeigen würden. Auf der anderen Seite würden sich um etwa 1.150 Arbeitslose bis 49 Jahren mehr in Arbeitslosigkeit befinden, die im realen Szenario Reha-Geld beziehen. Dieses Plus an 1.150 Personen hebt sich jedoch auf durch etwa 850 Personen weniger, die Pensionsvorschuss beziehen würden sowie etwa 300 Personen weniger, die im realen Szenario nach dem Wegfall des Reha-Geld-Bezuges wegen „Arbeitsfähigkeit“ arbeitslos geworden sind, jedoch im fiktiven Szenario im Zuständigkeitsbereich der PVA verblieben wären.

**Abbildung 45: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren sowie Personen mit Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension/Status AG**



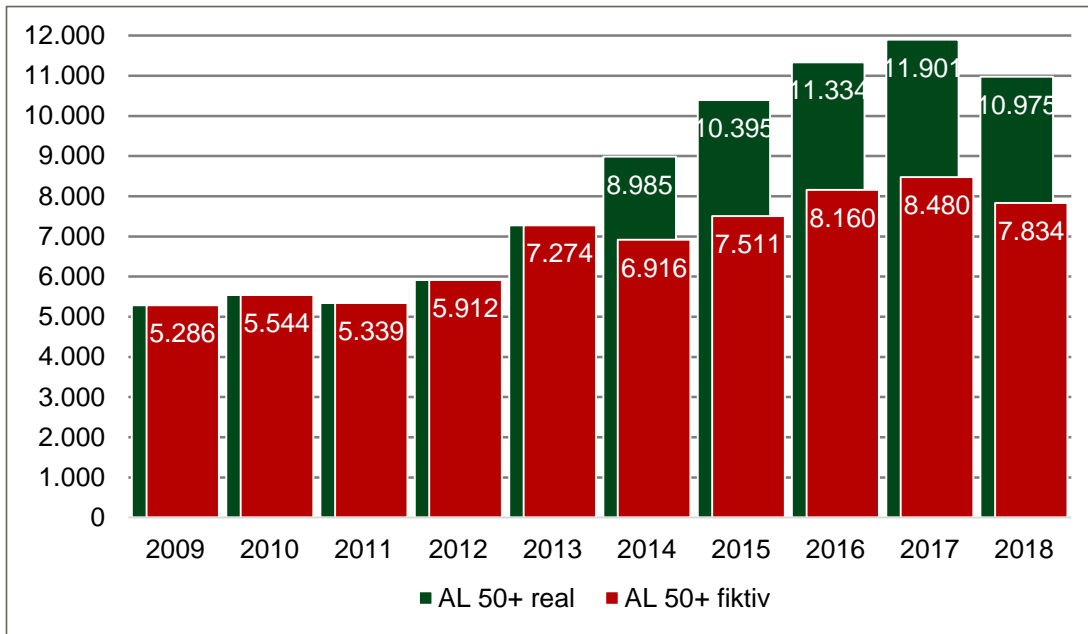
Anmerkungen:

P.Vors.IP & AG ... BezieherInnen von Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Personen im Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

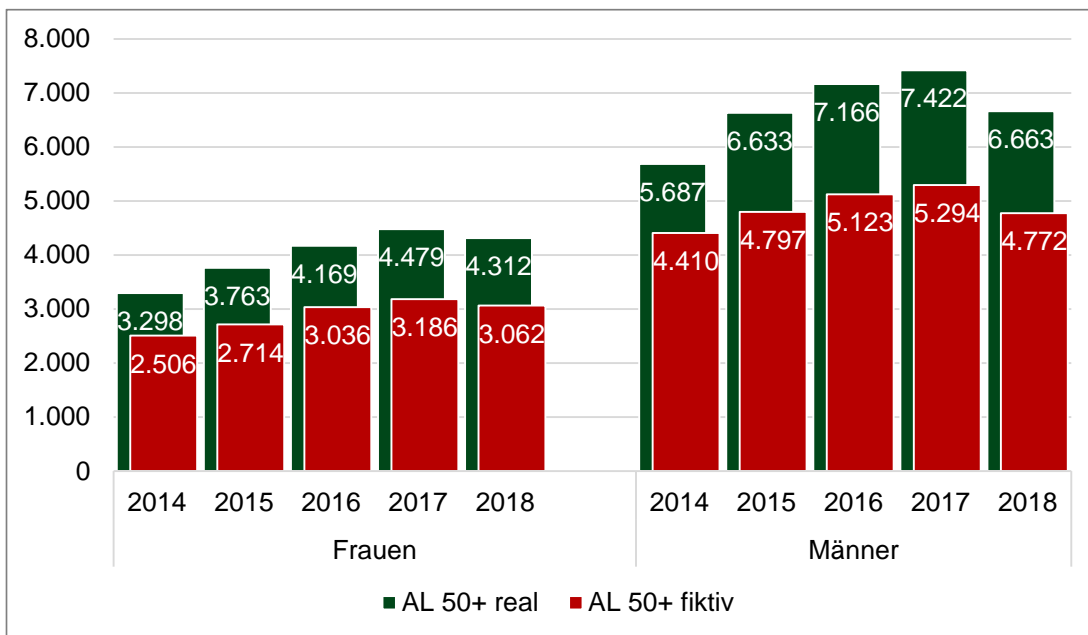
Die in Abbildung 46 dargestellte Veränderung der Arbeitslosen ab 50 Jahren im fiktiven Szenarium um etwa **-3.140** setzt sich für das Jahr 2018 folgendermaßen zusammen:

- etwa **-1.810** Personen, die in Invaliditätspension wären
- etwa **-1.350** Personen, die Pensionsvorschuss beziehen würden
- etwa **-80** Personen, die Langzeitversichertenpension beziehen würden
- etwa **+100** Personen, die nicht Reha-Geld beziehen würden

**Abbildung 46: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren**



**Abbildung 47: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren**

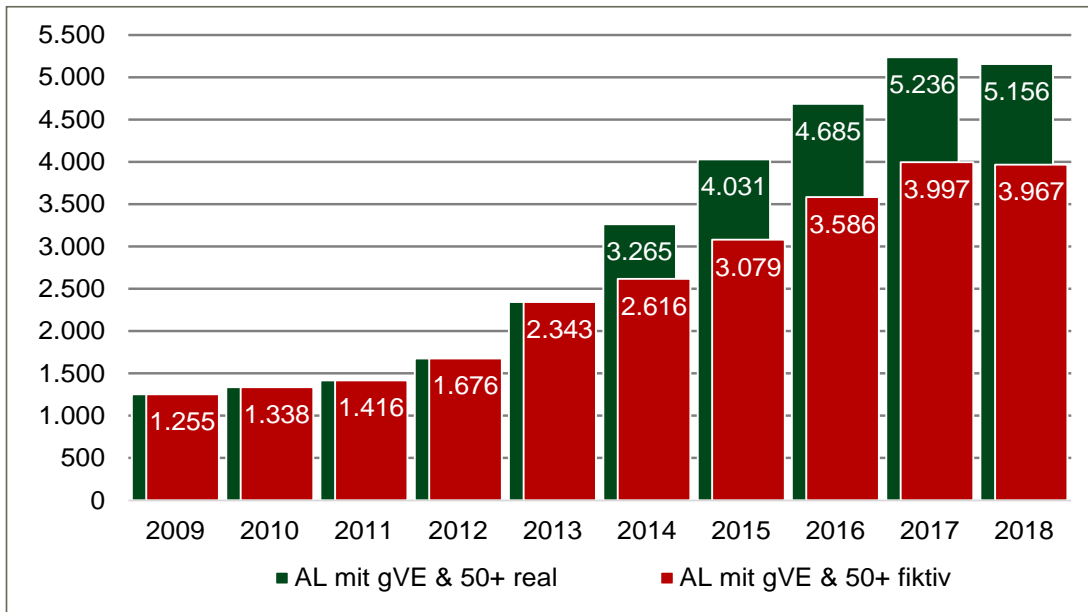


Der Frauenanteil bei Arbeitslosen ab 50 Jahren liegt sowohl im realen als auch im fiktiven Szenario in den Jahren von 2014 bis 2018 zwischen 37% und 39%.

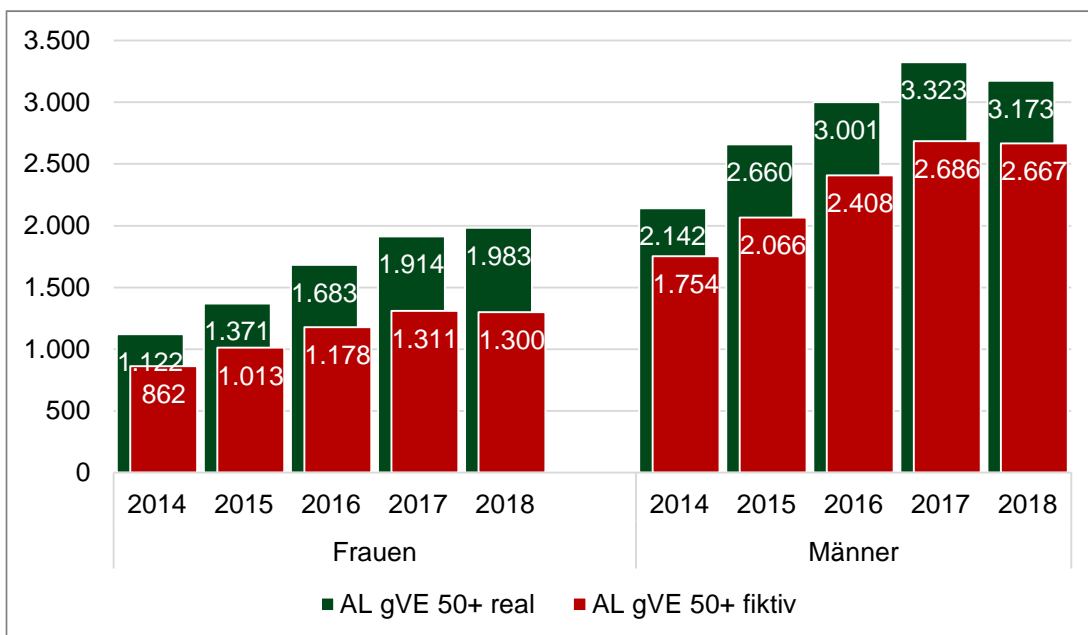
#### 4.2.3. Arbeitslose ab 50 Jahren mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Abbildung 48 zeigt, dass sich die Zahl der Arbeitslosen bis 50 Jahre mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bis zum Jahr 2018 erheblich verändert hätte (etwa 1.200 weniger als im realen Szenario).

**Abbildung 48: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50-Jahren mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung**



**Abbildung 49: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung**



Anmerkungen: AL mit gVE & 50+ ... Arbeitslose ab 50 Jahren mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung

Der Frauenanteil bei Arbeitslosen ab 50 Jahren mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen liegt im realen Szenario in den Jahren von 2014 bis 2018 zwischen 34% und 38% und im fiktiven Szenario zwischen 33% und 34%.

### **4.3 Auswirkungen der gesetzlichen Veränderungen auf KundInnen-Struktur des AMS**

Die gesetzlichen Änderungen des Jahres 2014 (SRÄG 2012, „Hacklerregelung“) veränderten die Struktur der beim AMS gemeldeten Arbeitslosen. Aufgrund der Änderungen kam es zu Verschiebungen von Personen von einer Institution zur anderen und wieder zurück.

So beantragten ab dem Jahr 2014 viele Menschen keine Langzeitversichertenpension mehr, da sie die Anspruchsvoraussetzungen ab 2014 nicht mehr erfüllen konnten. Es handelt sich hierbei um Personen, die zum Zeitpunkt der (möglichen) Antragsstellung mindestens 59 Jahre alt (bzw. Frauen 54 Jahre alt) waren, 540 bzw. 480 Betragsmonate erworben hatten und daher nicht als typische KundInnen des AMS angesehen werden können. Dem entsprechend wurde im berechneten fiktiven Szenario der Wanderungssaldo von der PVA zum AMS konservativ eingeschätzt, indem für jene Gruppe, die aufgrund der gesetzlichen Veränderungen keinen Antrag auf Langzeitversichertenpension stellte, ein Szenario angenommen wurde wie für durchschnittliche Erwerbsfähige dieses Alters. Aufgrund dieser Einschätzung fallen die Auswirkungen der veränderten Anspruchsvoraussetzungen für die „Hacklerpension“ auf die KundInnen-Struktur des AMS geringer aus als das ab 1.1.2014 in Kraft getretene SRÄG 2012.

Einerseits kam es zu einer maßgeblichen Veränderung beim Verfahren des AMS (anstatt des Status Pensionsvorschuss wurde der Status Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße – Status AG eingeführt) und andererseits eröffnete sich für abgelehnte InvaliditätspensionsantragstellerInnen die Möglichkeit des Bezuges eines Reha-Geldes im Zuge einer (vorwiegend) medizinischen Rehabilitation (die berufliche Rehabilitation spielt in diesem Zusammenhang keine Rolle). Die Änderungen beim Pensionsvorschuss bzw. die Einführung des „Status AG“ bewirkte eine Reduktion von Personen, die vom AMS einen Pensionsvorschuss erhielten und in der Folge ein Anwachsen von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Als Wirkung des neu eingeführten Reha-Geldes kann die von der PVA attestierte „Arbeitsfähigkeit“ von jährlich mehreren hundert Personen angesehen werden, die dadurch dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung stehen.

In der Folge werden die relativen Anteile der Veränderungen für das Jahr 2018 dargestellt, die durch das SRÄG 2012, durch die „Hacklerregelung“ im Jahr 2014 sowie durch die Verfahrensänderung beim Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension und durch die Einführung des Status „Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“ (AG) im Jahr 2013 ausgelöst wurden.

Tabelle 1 zeigt, dass durch Inkrafttreten des SRÄG 2012 bzw. durch die Änderungen der Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension sowie der Verfahrensänderung beim AMS bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes im Jahr 2018 sich deutliche Veränderungen in der KundInnen-Struktur des AMS ergaben: Insgesamt hätte das AMS im fiktiven Szenario für das Jahr 2018 etwa 4.200 weniger Arbeitslose in Betreuung (-12%). Arbeitslose, die 50 Jahre oder älter sind würden sich um 3.150 Personen reduzieren bzw. gäbe es 2.400 weniger Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Etwas mehr als die Hälfte der 4.200 Arbeitslosen wären jedoch weiterhin im Zuständigkeitsbereich des AMS und würden einen Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension beziehen. Lediglich 2% der Differenz von 4.200 Arbeitslosen wären durch die geänderte „Hacklerregelung“ zustande gekommen. Dieser Anteil erscheint deswegen so niedrig, da der durchschnittliche Langzeitversicherte kein „typisches AMS-Klientel“ darstellt und nach den geänderten Anspruchsvoraussetzungen oft die Optionen Korridor pension oder Altersteilzeit bis Alterspension vorfand. 46% der Veränderung wurden verursacht durch das im Jahr 2014 in Kraft getretene SRÄG 2012 – dieser hohe Anteil ergibt sich vor allem durch eine deutliche Reduktion der gestellten BU/IV-Anträge.

**Tabelle 1: Relative Anteile der gesetzlichen Änderungen an den Differenzen**

Szenarien/ AL-Merkmal	Arbeitslose 2018 Jahresdurchschnitt				
	mit gVE	ohne gVE	50+	bis 49 J.	alle
reales Szenario	9.669	25.489	10.975	24.182	35.157
fiktives Szenario	7.258	23.698	7.834	23.122	30.956
Differenz	-2.411	-1.790	-3.141	-1.060	-4.201
%-Veränderung	-25%	-7%	-29%	-4%	-12%
Änderungen	relative Anteil an den Differenzen				
<b>P.Vors.IP &amp; AG</b>	30%	81%	43%	78%	52%
<b>SRÄG 2012</b>	69%	16%	54%	22%	46%
<b>"Hacklerregelung"</b>	1%	3%	3%	0%	2%

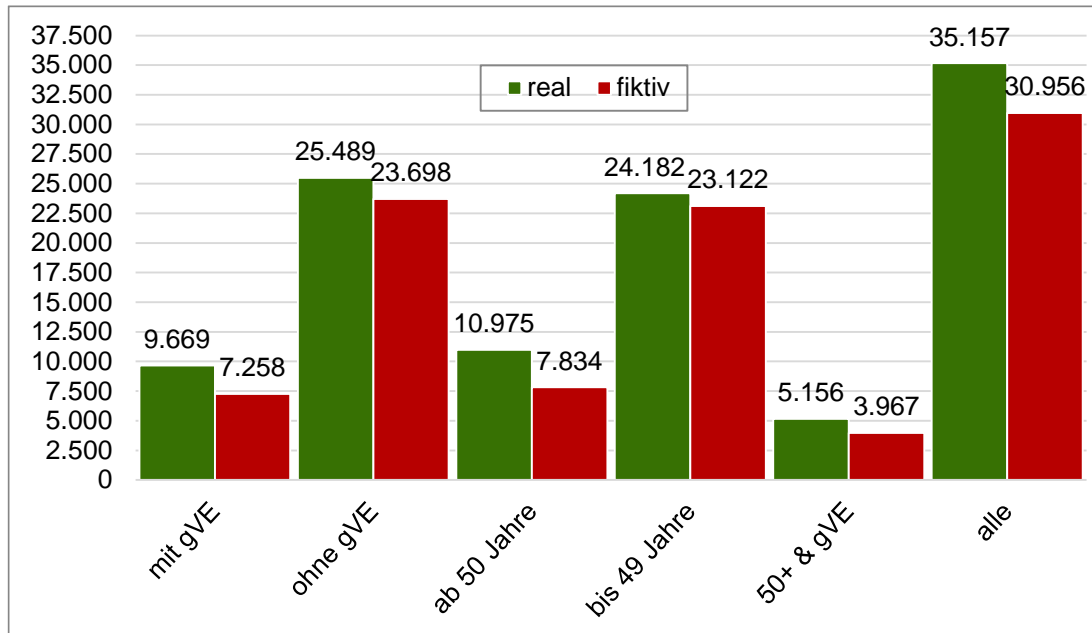
Anmerkungen:

gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

P.Vors.IP & AG ... Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension & Status Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße

In Abbildung 50 sind die zuvor beschriebenen Unterschiede im realen gegenüber dem fiktiven Szenario grafisch aufbereitet.

**Abbildung 50: Arbeitslose im realen vs. fiktiven Szenario im Jahr 2018**



Anmerkungen:

gVE ... gesundheitliche Vermittlungseinschränkung



## 5. Ergebnisse der AMS-BeraterInnen-Befragung

Wie bereits im Zusammenhang mit dem Untersuchungsdesign ausgeführt (siehe Kapitel 2.1.1), wurde der Fokus der Fragestellungen für die Online-Befragung in Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe erweitert: Betrachtet wird die Zielgruppe „Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“ allgemein und speziell jene Personengruppe, die IP-Anträge stellt bzw. der eine Arbeitsfähigkeit von der PVA (Gesundheitsstraße/Kompetenzzentrum Begutachtung) bescheinigt wurde. Der Fokus liegt auf Herausforderungen in der Beratungssituation, die sich aufgrund Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen (gesetzliche Änderungen, Veränderungen am Arbeitsmarkt und Steuerungssysteme des AMS) ergeben haben. Ebenso sollen Bedarfe der BeraterInnen und Verbesserungspotenziale erhoben werden. Nachfolgend werden die zentralen Befragungsergebnisse vorgestellt.

### 5.1 Stichprobenzusammensetzung

Wie in Tabelle 2 ersichtlich, sind knapp sieben von zehn Befragten (66 Personen bzw. 69%) in einer Regionalstelle tätig, in der eine Reha-Spezialisierung angeboten wird. Auf knapp 30% (bzw. 28 Personen) trifft dies nicht zu. Zwei Personen (2%) wählten die Antwortmöglichkeit „kann ich nicht beurteilen“.

In der Servicezone sind 19% (19 Personen), in der Beratungszone 68% (67 Personen) und in der Reha-Beratung 6% (6 Personen) der Befragten tätig. Einen anderen Beratungsbereich geben 6% (6 Personen) an. Genannt werden zweimal Abteilungsleitung und je einmal „Info/BIZ“, „Jugendberatung“ und „Spezialschalter“.

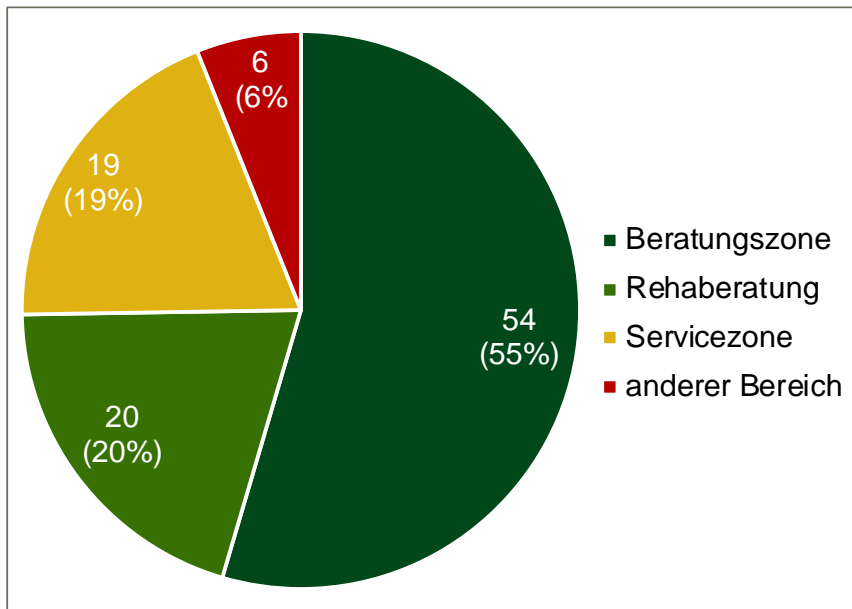
**Tabelle 2: Beratungsbereich**

	Anzahl	Prozent
<b>Regionalstelle mit Reha-Spezialisierung</b>		
ja	66	69%
nein	28	29%
kann ich nicht beurteilen	2	2%
<b>Beratungsbereich</b>		
Servicezone	19	19%
Beratungszone	67	68%
Reha-Beratung	6	6%
anderer Bereich	6	6%
<b>Spezialisierung in Beratungszone</b>		
Reha-Beratung	13	19%
anderer Bereich	20	30%
keine Spezialisierung	34	51%

Von den 67 befragten BeraterInnen in der Beratungszone haben 13 Personen (19%) eine Reha-Spezialisierung. Somit sind insgesamt 19 Befragte in der Reha-Beratung bzw. Reha-Spezialisierung tätig.

Aus der Kombination der Variable „Beratungsbereich“ und „Spezialisierung in Beratungszone“ wurden vier „Beratungstypen“ gebildet. Personen, die in der Beratungszone mit einer Reha-Spezialisierung tätig sind, wurden dem Typ „Rehaberatung“ zugeordnet. Wie in Abbildung 51 ersichtlich, sind 55% der Befragten dem Typ Beratungszone, 20% der Servicezone, 19% der Rehaberatung und 6% einem anderen Bereich zuzuordnen. Diese Verteilung ergibt sich dadurch, dass die Beteiligung an der Online-Befragung bei den Beratungszone-BeraterInnen (96%) vielfach höher war als bei den Servicezone-BeraterInnen (14%) (siehe Kapitel 2.1.1).

**Abbildung 51: Beratungstypen**



n=100, 1 Person hat die Frage nicht beantwortet.

Tabelle 3 zeigt die Soziostruktur der befragten AMS-BeraterInnen. Knapp 60% sind bereits zehn Jahre und länger im AMS OÖ tätig. Mit weniger als 20 Wochenstunden sind lediglich 4% der Befragten angestellt, 96% sind somit 20 Stunden und mehr beschäftigt. 56% der Befragten geben als Geschlecht weiblich, 21% männlich an und weitere 23% wählten die Antwortmöglichkeit „möchte ich nicht angeben“.

**Tabelle 3: Soziostruktur der Befragten**

	Anzahl	Prozent
<b>Beschäftigungsdauer</b>		
bis zu einem Jahr	2	2%
ein bis drei Jahre	9	9%
drei bis 6 Jahre	14	14%
6 bis 10 Jahre	15	15%
10 Jahre und mehr	58	59%
<b>Wochenstunden</b>		
weniger als 20 Stunden	4	4%
20 Stunden und mehr	94	96%
<b>Geschlecht</b>		
weiblich	49	56%
männlich	18	21%
möchte ich nicht angeben	20	23%
<b>Alter</b>		
bis 29 Jahre	10	11%
30 bis 39 Jahre	9	10%
40 bis 49 Jahre	25	29%
50 Jahre oder älter	22	25%
möchte ich nicht angeben	21	24%

## 5.2 KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

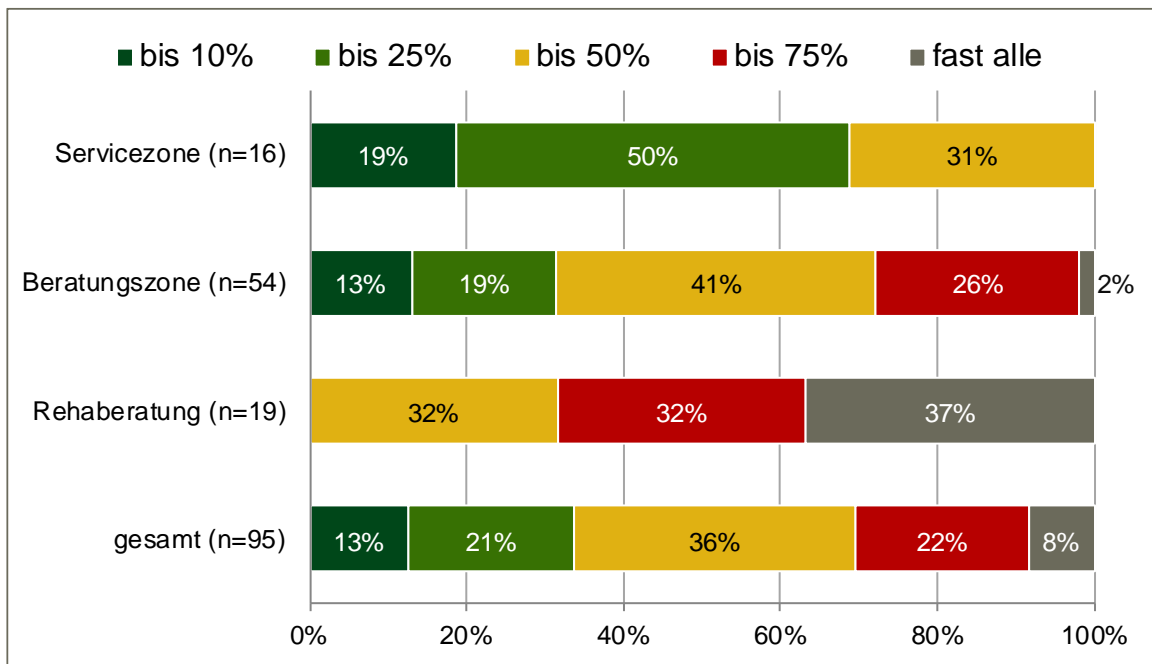
Die Anzahl bzw. der Anteil an arbeitslos vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird in den AMS-Daten erfasst und wurde bereits in Kapitel 3.1.5 dargestellt. Die Online-Befragung von AMS-BeraterInnen zielte darauf ab, die Zielgruppe „Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“ tiefergehend zu beleuchten und Herausforderungen in der Beratung bzw. Vermittlung aufzuzeigen sowie Verbesserungsvorschläge aus Sicht der BeraterInnen festzuhalten.

In diesem Kapitel wird zunächst die Einschätzung der befragten BeraterInnen über den Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sowie zum Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen wiedergegeben. Danach wird die Wahrnehmung der BeraterInnen über einen möglichen Anstieg an gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sowie mögliche Erklärungsansätze dafür dargelegt. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu der Art der gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen vorgestellt sowie Herausforderungen in der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen skizziert. Zuletzt werden die Befragungsergebnisse zu einer Prognose hinsichtlich möglicher Auswirkungen der COVID-19-Krise auf arbeitslos vorgemerkte Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen dargestellt.

## Anteil gesundheitlicher Vermittlungseinschränkungen

Die AMS Beraterinnen und Berater wurden um eine Einschätzung ersucht, wie hoch in etwa der Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen unter ihren derzeitigen Kundinnen und Kunden ist (siehe Abbildung 52).

**Abbildung 52: Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



Anmerkung: Personen mit dem Beratungstyp „anderer Bereich“ wurden aufgrund geringer Fallzahl (n=6) nicht gesondert dargestellt. n=100, 5 Personen haben die Frage nicht beantwortet.

Von den befragten Personen schätzen 13% den KundInnen-Anteil mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen auf weniger als 10% ein. Für gut ein Fünftel bzw. 21% der Befragten beträgt der entsprechende KundInnen-Anteil bis zu 25%. 36% sind der Auffassung, dass der Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bis zu 50% beträgt; für 22% beträgt der Anteil bis zu 75%. 8% geben an, dass fast alle der zu beratenden KundInnen gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen aufweisen.

Anhand der differenzierten Darstellung der Einschätzung der Befragten nach den drei Beratungstypen „Servicezone“, „Beratungszone“ und „Rehaberatung“ werden signifikante Unterschiede deutlich (siehe Abbildung 52). Wie in Kapitel 3.1.4 auf Basis der AMS-Daten veranschaulicht, beträgt der Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen unter den beim AMS OÖ vorgemerkten arbeitslosen Personen im Jahr 2019 29%. Die Befragungsdaten veranschaulichen, dass sich diese entsprechend der Spezialisierungen nach den Beratungstypen unterschiedlich verteilen: Während die befragten BeraterInnen in der Service-Zone den Anteil an Personen mit gesundheitlichen

Vermittlungseinschränkungen am niedrigsten einschätzen, so ist der Anteil an gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bei KundInnen in der Beratungszone und der Reha-Beratung laut den befragten BeraterInnen deutlich höher. Einen Anteil von KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen unter 25% geben knapp sieben von zehn (69%) Servicezone-BeraterInnen und knapp ein Drittel (32%) der Beratungszone-BeraterInnen an. Von den Reha-BeraterInnen trifft dies auf keine befragte Person zu.

### Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen

Neben dem Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gaben die Befragten eine Einschätzung zum Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen ab. Die Ergebnisse gesamt und differenziert nach den drei Beratungstypen dazu zeigt Tabelle 4. In der Einschätzung der Befragten gestaltet sich das Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen bei KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in etwa 50:50, wobei im Durchschnitt der Anteil an psychischen Beeinträchtigungen mit 53,3 % etwas höher ausfällt als der Anteil an physischen Beeinträchtigungen (46,7%). Der Median beträgt 50. Das bedeutet, für die Hälfte der Befragten ist der Anteil an psychischen Beeinträchtigungen unter 50% und für die andere Hälfte über 50%. Im Durchschnitt schätzen BeraterInnen aus der Beratungszone die Anteile an psychischen Beeinträchtigungen mit 56,3% am höchsten und RehaberaterInnen mit 48,4% am niedrigsten ein. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

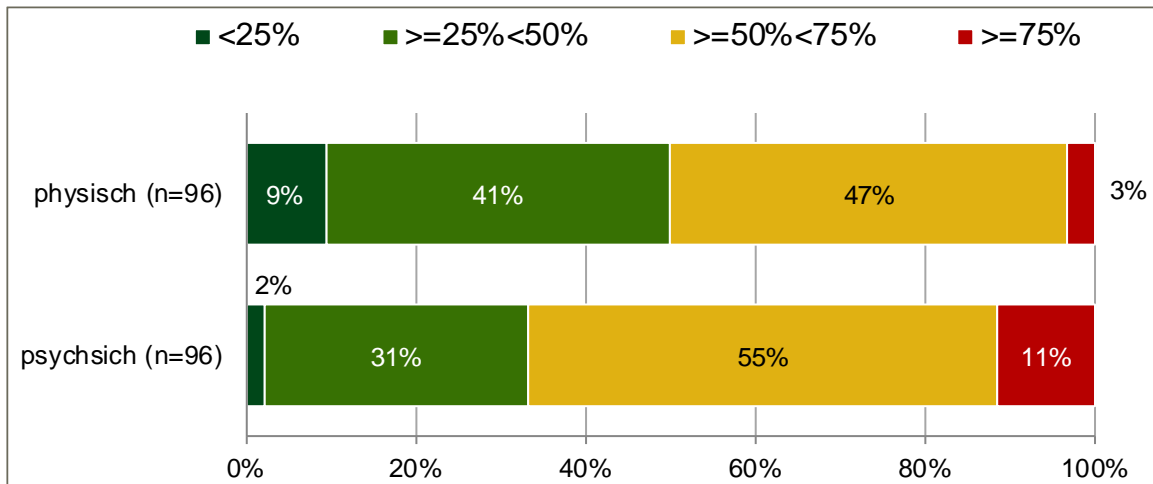
**Tabelle 4: Anteile psychische/physische Beeinträchtigungen**

	Mittelwert	Median
<b>Anteil psychische Beeinträchtigungen</b>		
gesamt (n=95)	53,3	50,0
Servicezone (n=16)	50,6	50,0
Beratungszone (n=54)	56,3	60,0
Rehaberatung (n=19)	48,4	50,0
<b>Anteil physische Beeinträchtigungen</b>		
gesamt (n=95)	46,7	50,0
Servicezone (n=16)	49,4	50,0
Beratungszone (n=54)	43,7	40,0
Rehaberatung (n=19)	51,6	50,0

Anmerkung: Personen mit dem Beratungstyp „anderer Bereich“ wurden aufgrund geringer Fallzahl (n=6) nicht gesondert dargestellt. n=96, 4 Personen haben diese Frage nicht beantwortet.

Neben den Durchschnittswerten zeigt Abbildung 53 die Einschätzung der Anteile an psychischen und physischen Beeinträchtigungen, eingeteilt in Kategorien.

**Abbildung 53: Anteile psychische/physische Beeinträchtigungen bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



n=96, 4 Personen haben diese Frage nicht beantwortet.

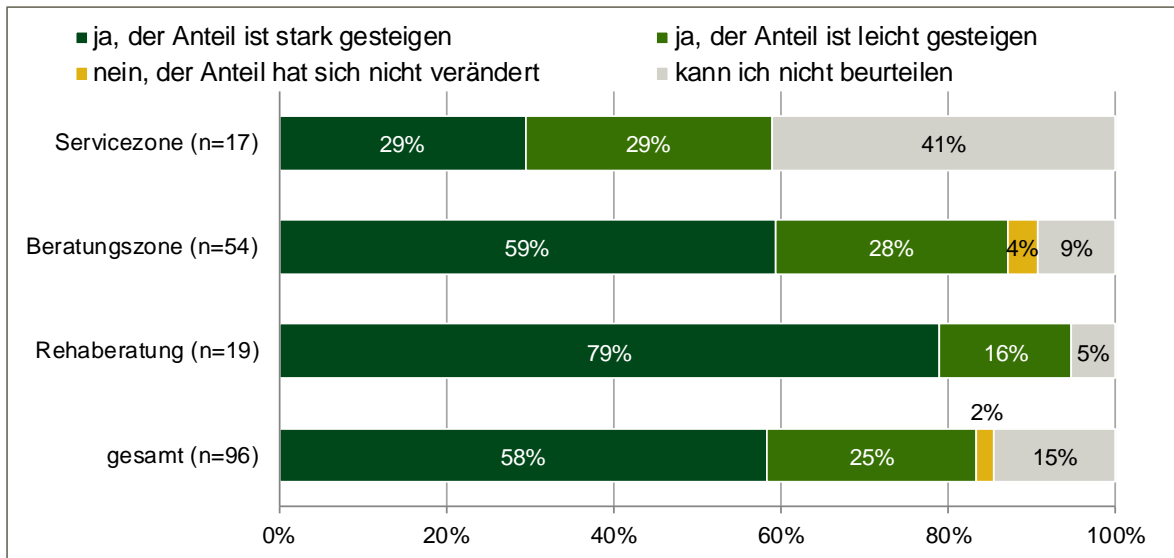
Lesebeispiel: 9% der Befragten schätzen den Anteil an physischen Beeinträchtigungen unter Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen auf bis zu 25%, 41% auf 25% bis 50%, 47% auf 50% bis 75%. Auf 75% und höher schätzen 3% der Befragten.

### **Veränderung des Anteils an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

In weiterer Folge wurden die BeraterInnen danach gefragt, inwieweit sich der Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren verändert hat. Wie in Abbildung 54 ersichtlich, beobachten 83% der Befragten einen Anstieg an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren, wobei 58% von einem starken und 25% von einem leichten Anstieg berichten. Für 2% ist der Anteil unverändert und 15% konnten zu dieser Frage keine Beurteilung abgeben. Einen gesunkenen Anteil gab keine befragte Person an. Die Einschätzungen der befragten BeraterInnen stimmen überein mit den weiter oben (siehe Kapitel 3.1.5) dargestellten Befunden auf Basis der AMS-Daten, anhand derer eine Verdoppelung der gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den Jahren 2009 bis 2016 festgestellt wurde.

Zwischen den Beratungstypen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden mit Ausnahme des signifikant höheren Anteiles von „kann ich nicht beurteilen“ der Servicezone-BeraterInnen.

**Abbildung 54: Hat sich der Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren verändert?**



Anmerkung: Personen mit dem Beratungstyp „anderer Bereich“ wurden aufgrund geringer Fallzahl (n=6) nicht gesondert dargestellt. n=96, 4 Personen haben diese Frage nicht beantwortet.

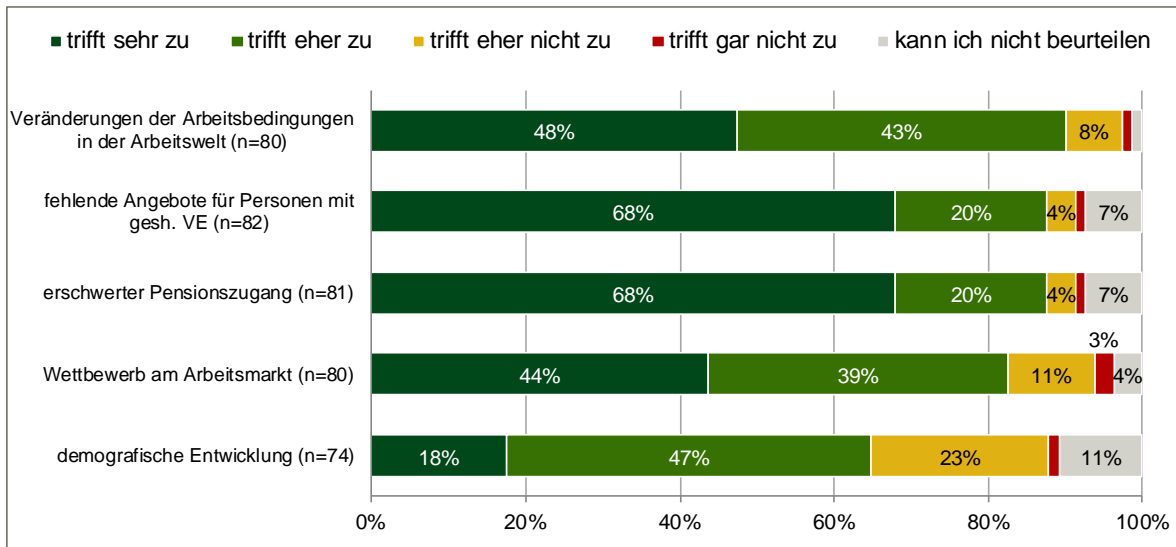
### Ursachen für Anstieg von KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Jene Personen, die einen steigenden Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen angaben, wurden nach möglichen Ursachen gefragt: Je knapp neun von zehn Personen geben als Ursache für den Anstieg an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ...

- Veränderungen der Arbeitsbedingungen in der Arbeitswelt (90%),
- fehlende Angebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (88%)
- und einen erschwerten Pensionszugang (88%) an.

Für 83% ist der Wettbewerb am Arbeitsmarkt eine mögliche Ursache für den Anstieg und für 65% die demografische Entwicklung.

**Abbildung 55: Ursachen für Anstieg von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



Anmerkung: Befragte: Personen, die einen steigenden Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen angegeben haben (n=82)

19 Personen nutzten die Möglichkeit, um mittels offener Angaben „andere Gründe“ für einen Anstieg an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen anzuführen. Sieben Aussagen dazu wurden im Kontext eines Anstieges psychischer Belastungen, wie z.B. Arbeitsbelastungen oder soziale Belastungen (z.B. Existenzgründe, gesellschaftliche Belastungen) getätigt.

*„Im Job gibt es immer mehr Stresssituationen, daher steigt dies meiner Meinung nach auch immer mehr an. Es wird immer mehr und mehr gefordert und es wird vergessen, dass wir es hier mit Menschen zu tun haben und nicht mit Maschinen.“*

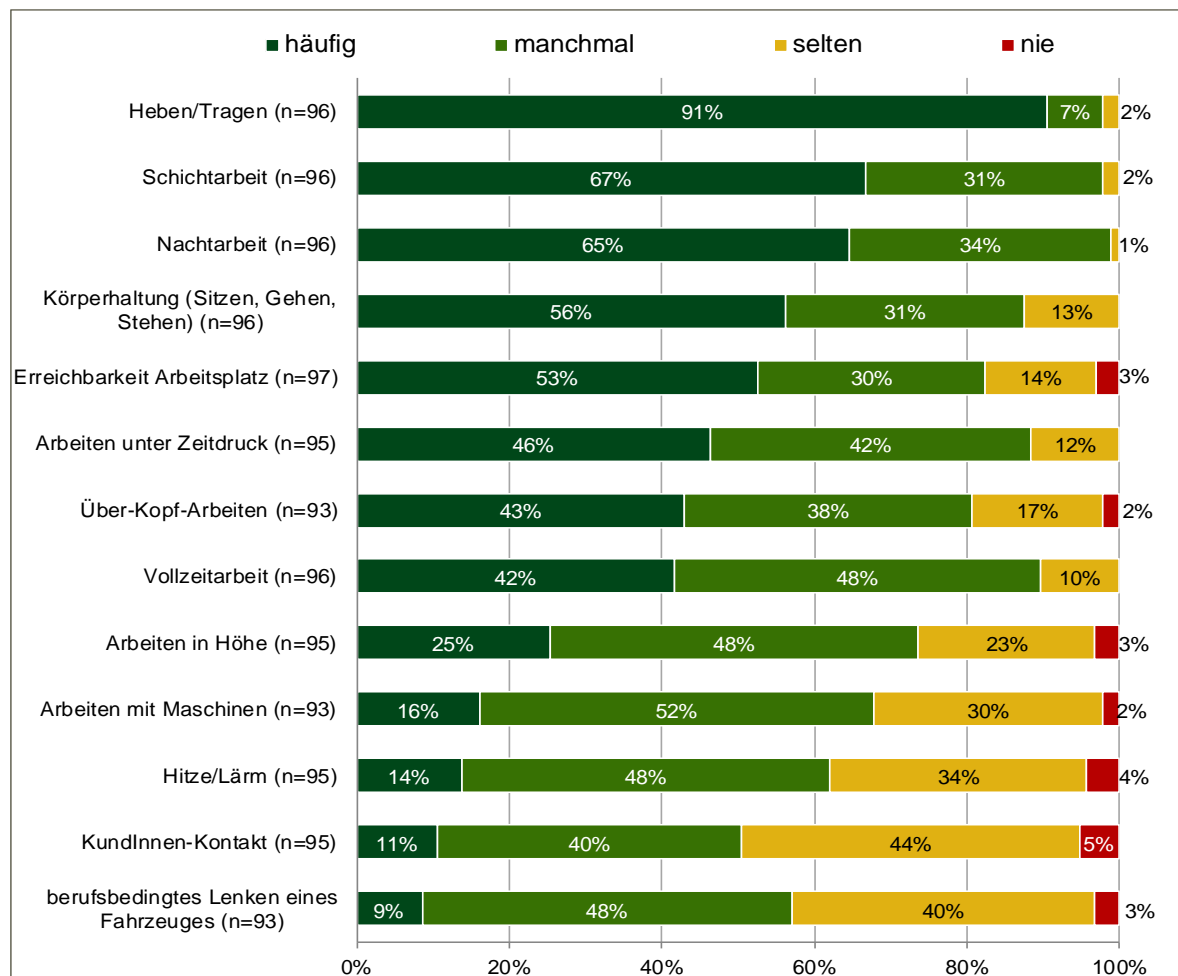
Als weitere mögliche Ursache wird in drei Nennungen auf eine bessere medizinische Abklärung und Diagnosemöglichkeit bzw. auf ein höheres Bewusstsein für gesundheitliche Einschränkungen hingewiesen. Zudem wird auf Migration oder das Verhalten der KundInnen verwiesen. Beispielsweise, indem sich diese „hinter Krankheiten verstecken“ und mehr darauf fokussieren „was sie NICHT mehr können“ als auf das „WAS sie noch arbeiten können“.



## Häufigste gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

Um eine Einschätzung über die Art der gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zu erhalten, wurde den Befragten eine Reihe an diesbezüglichen Aspekten hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens zur Beurteilung vorgelegt. Die Items orientieren sich an einem arbeitsmedizinischen Gutachten des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums Österreich (BBRZ). Die Ergebnisse zeigt Abbildung 56.

Abbildung 56: Art der gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Häufigkeit



Zu den häufigsten gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zählen laut den Befragten Einschränkungen hinsichtlich ...

- Heben/Tragen (91% häufig)
- Schichtarbeit (67% häufig)
- Nachtarbeit (65% häufig)
- Körperhaltung (Sitzen, Gehen, Stehen) (56% häufig)
- Erreichbarkeit Arbeitsplatz (53% häufig)

Hingegen werden Einschränkungen bezüglich KundInnenkontakt (40% selten), berufsbedingtes Lenken eines Fahrzeuges (44% selten), oder Hitze/Lärm (34% selten) vergleichsweise weniger häufig bzw. seltener als Vermittlungseinschränkung angeführt.

Zehn Befragte nutzen die Möglichkeit, mittels offener Angaben weitere Einschränkungen zu nennen: Dreimal werden Suchterkrankungen angeführt. Zudem wird auf Mehrfachbelastungen, kognitive Einschränkungen (z.B. Lernschwächen) und Allergien verwiesen.

### **Herausforderung bei der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

Die AMS-BeraterInnen wurden ersucht, mittels offener Angaben die größten Herausforderungen, die sich bei der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ergeben, zu nennen. 71 Personen (71%) nutzten diese Möglichkeit. Die offenen Angaben wurden in Kategorien eingeteilt. Hat eine befragte Person mehrere Aspekte angeführt, so wurden diese in mehrere Nennungen aufgeteilt und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Insgesamt konnten somit 91 Nennungen gewonnen werden. Tabelle 5 zeigt einen Überblick über die gebildeten Kategorien, die in weiter Folge beschrieben werden.

**Tabelle 5: Herausforderungen in der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

	Anzahl	Prozent
keine passenden Arbeitsplätze/ Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes	27	30%
Beratungssituation	11	12%
Diskrepanz zwischen Arbeitsfähigkeit und Vermittelbarkeit	11	12%
Kumulation von Vermittlungshemmnissen	10	11%
kein adäquates/unzureichendes Unterstützungsangebot	9	10%
psychische Beeinträchtigung	8	9%
Motivation der KundInnen	8	9%
Sonstiges	7	8%
gesamt	91	100%

Anmerkung: 91 Nennungen von 71 Personen

Als größte Herausforderung bei der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen führen die befragten AMS-BeraterInnen **keine passenden Arbeitsplätze bzw. eine mangelnde Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes** an. 27 Nennungen (30% aller Nennungen) werden in diesem Zusammenhang geschildert. Neben einem generell geringen Stellenangebot bzw. fehlenden Arbeitsplätzen wird darauf verwiesen, dass gerade für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen keine adäquaten Arbeitsplätze bestehen bzw. der Arbeitsmarkt für diese Personengruppen nicht bzw. begrenzt aufnahmebereit ist. In den Ausführungen wird auch ein steigender Leistungsdruck am Arbeitsmarkt deutlich, was dazu führt, dass Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit dadurch weniger Chancen auf eine Beschäftigung erhalten.

- *„Betriebe stellen lieber gesunde, junge, erfahrene, Mitarbeiter ein. Betriebe sind trotz attraktivem Förderangebot eher uninteressiert, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen einzustellen.“*
- *„Die passenden Stellen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind fast nicht vorhanden.“*
- *„Durch den großen Leistungsdruck unserer Gesellschaft wollen/können sich die wenigsten Dienstgeber Menschen mit Beeinträchtigungen leisten. Diese Personen bekommen meistens keine Chance.“*
- *„Firmen lehnen Bewerber mit Einschränkungen ab bzw. es kommt erst gar nicht zum Vorstellungsgespräch, Personen werden auch nicht für Arbeitserprobung eingeladen, bekommen keine Chance, ihre Stärken zu zeigen.“*
- *„Bestenauslese durch Dienstgeber, wenig Chancen am Arbeitsmarkt, da es kaum leichte Tätigkeiten mehr gibt. Viele Jobs, die durch ärztliche Abklärungen möglich sind, gibt es real nicht mehr am Arbeitsmarkt – Sortierer, Botendienste usw.“*

11 Nennungen (12%) werden in Zusammenhang mit **der Beratungssituation** gebracht. Einerseits wird die Beratung selbst als Herausforderung beschrieben – *„die richtige Mischung aus Vermittlung und Hilfestellung zu finden“* – und andererseits erschweren eingeschränkte Zeitressourcen und unzureichendes Fachwissen über gesundheitliche Einschränkungen, Gutachten, Spezialangebote udgl. eine optimale Beratung. Aber auch Kritik hinsichtlich der AMS-Steuerungssysteme (AMAS – Arbeitsmarkt Assistenz System) wird in diesem Zusammenhang geäußert.

- *„Es ist ein Spezialwissen erforderlich sowie ein intensives Kontakthalten mit anderen: PVA, AUVA, BBRZ.“*
- *„Die größte Schwierigkeit besteht darin, Gutachten von Fachärzten zu erhalten und diese zu beurteilen. Oft haben Kunden keine Gutachten und oft werden diese einfach nicht vorgelegt.“*
- *„Eine der momentan größten Herausforderungen ist der Umstand, dass die BeraterInnen sich an AMAS Vorgaben zu halten haben und Kundengruppen, die es bräuchten, NICHT zubuchen dürfen. Das ist meiner Meinung nach einer Erschwerung des Beratungsalltags [...]“*

Zur nächsten Kategorie mit ebenfalls 11 Nennungen (12%) wurden Aussagen im Zusammenhang mit der **Diskrepanz zwischen Arbeitsfähigkeit und Vermittelbarkeit** zusammengefasst. Darunter fallen KundInnen, die einerseits sehr eingeschränkt arbeitsfähig sind und somit eine Vermittlung am Regelarbeitsmarkt kaum möglich ist und andererseits keinen Zugang zum System Pension erhalten. Explizit als sehr herausfordernd werden KundInnen betrachtet, die mit einem abgelehnten IP-Antrag wieder zum AMS zurückkehren sowie Personen, die als Perspektive eine (Invaliditäts-)Pension verfolgen und nicht offen für Vermittlungsbemühungen sind.

- *„Was tun mit Personen mit derart massiven gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Unterbringung am Arbeitsmarkt unrealistisch erscheinen lassen, da es diese Arbeitsplätze nur bedingt oder gar nicht gibt. Und es genügend andere Arbeitskräfte gibt, die fitter sind. Das ist auch für die betroffenen Personen nicht zufriedenstellend. Auf der anderen Seite ist die Pension weit weg/wird laufend abgelehnt. Es gibt somit kein wirklich passendes Angebot für diese benachteiligten Menschen. Zu gesund für die Pension, zu krank zum Arbeiten.“*
- *„Wenn die KundInnen bereits einen Pensionsantrag gestellt haben, dieser abgelehnt wurde und ein Klagsverfahren läuft, stehen die Chancen minimal, die KundInnen zu motivieren, da sie ja aus deren Sicht nicht arbeitsfähig sind, jedoch laut Ablehnungsbescheid sehr wohl, wenn auch eingeschränkt, der Vermittlung zur Verfügung stehen müssen.“*
- *„Langzeitbeschäftigungslose mit gesundheitlichen Einschränkungen wählen oft nur den eigenen Ausweg in die Prüfung der Invaliditätspension – sie haben oftmals mit der Arbeit abgeschlossen – bzw. es ist wirklich nicht mehr realistisch.“*

Als weitere große Herausforderung werden Personen mit einer **Kumulation an verschiedenen Vermittlungshemmnissen** (10 Nennungen, 11%) angeführt. Neben den gesundheitlichen Einschränkungen sind oft weitere Aspekte wie unzureichende Deutschkenntnisse, Betreuungspflichten, geringe Ausbildung, Mobilitätseinschränkungen, Langzeitarbeitslosigkeit udgl. vorhanden. Dies kann zu einer Verfestigung der

Arbeitslosigkeit führen, was wiederum weitere soziale und psychische Probleme bedingen kann.

- *„Langzeitbeschäftigungslose mit gesundheitlichen Einschränkungen werden oft früh (mit Mitte/Ende 40/Anfang 50) beschäftigungslos, haben im Hintergrund oft zusätzlich mehrere Defizite (sozial/persönlich + mangelnde verwertbare Ausbildung + nicht ausbildungswillig/fähig; oder finanzielle Probleme = kein Auto/FSB<sup>28</sup>), dann wird es schwierig, diese Personen auch mittelfristig zu reintegrieren. Bei Kooperation und Willen des Kunden werden jedes Jahr neue Impulse versucht und positiv weitergearbeitet.“*
- *„Die Kombination der Vermittlungshemmnisse Alter, gesundheitliche Einschränkungen und mangelnde Ausbildung machen es sehr schwer, Vermittlungserfolge zu erzielen.“*

In 9 Nennungen wird auf ein **unzureichendes bzw. unpassendes Unterstützungsangebot** (10%) hingewiesen. Wie in Kapitel 5.4 noch aufgezeigt wird, schätzen die befragten AMS-BeraterInnen das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen schlechter ein als jenes für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen. Neben einem generell fehlenden Angebot für diese Zielgruppe wird der Bedarf nach niederschweligen und stabilisierenden Angeboten deutlich. Zudem würde es bei passenden Angeboten häufig zu langen Wartezeiten kommen.

In acht Nennungen (9%) werden als besondere Herausforderungen Kundinnen und Kunden mit **psychischen Beeinträchtigungen** angeführt, in vier Nennungen wird speziell auf Suchterkrankungen bzw. Personen in Substitutionsprogrammen eingegangen. Herausforderungen ergeben sich zum einen bei einer eingeschränkten Belastbarkeit, zum anderen bei der Schwierigkeit, ein passendes Angebot zu finden.

- *„Oftmals in den letzten Jahren auch bereits viele junge Erwachsene, die als Erstdiagnose psychiatrisch vorzuweisen haben. Ältere haben als Erstdiagnose öfters zunächst physisch, die psychische Komponente kommt dann leider im Laufe der Arbeitslosigkeit. Dann wird Vermittlung schwierig, da zunächst arbeitsmedizinisch geklärt werden muss, welche Tätigkeiten zumutbar sind. Liegt die Berufsdiagnostik dann vor, wird die Vermittlung oftmals nochmals eingeschränkt.“*
- *„Offensichtliche psychische Problematik, die vom Kunden nicht gesehen, nicht zugegeben und nicht behandelt wird. Psychische Problematik ist sehr oft auch im Hintergrund bei körperlichen Beschwerden. So kommt es oft zu jahrelangen bzw. jahrzehntelangen Verläufen von kurzen Dienstverhältnissen, immer wiederkehrenden Problemen. Sinnvolle Lösungsansätze kaum möglich mangels Einsicht der KundInnen. Zuwenig Augenmerk*

---

<sup>28</sup> Führerschein der Klasse B

*darauf bei Abklärung der gesundheitlichen Einschränkungen im BDZ [Berufsdagnostisches Zentrum, Anm.]."*

- *„Menschen mit akuter Suchterkrankung sind nicht vermittelbar. Sie sind nicht fähig, Vereinbarungen und Termine einzuhalten. Wenn sie selbst nicht stark genug sind, um einen Entzug zu machen, kann man diese Personen nur verwalten. Wenn man sanktioniert, kann die Situation noch schlimmer werden (Obdachlosigkeit, Prostitution). Diese Personen gehören nicht vom AMS betreut.“*

Als eine weitere Herausforderung (8 Nennungen bzw. 9%) wird eine **fehlende Motivation** der KundInnen, die im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung steht, genannt.

Vordergründig würde in der Einschätzung der BeraterInnen häufig die gesundheitliche Erkrankung stehen und ein Fokus auf daraus verbundenen Defiziten. Dadurch fehlt oft die Offenheit gegenüber Vermittlungsvorschlägen.

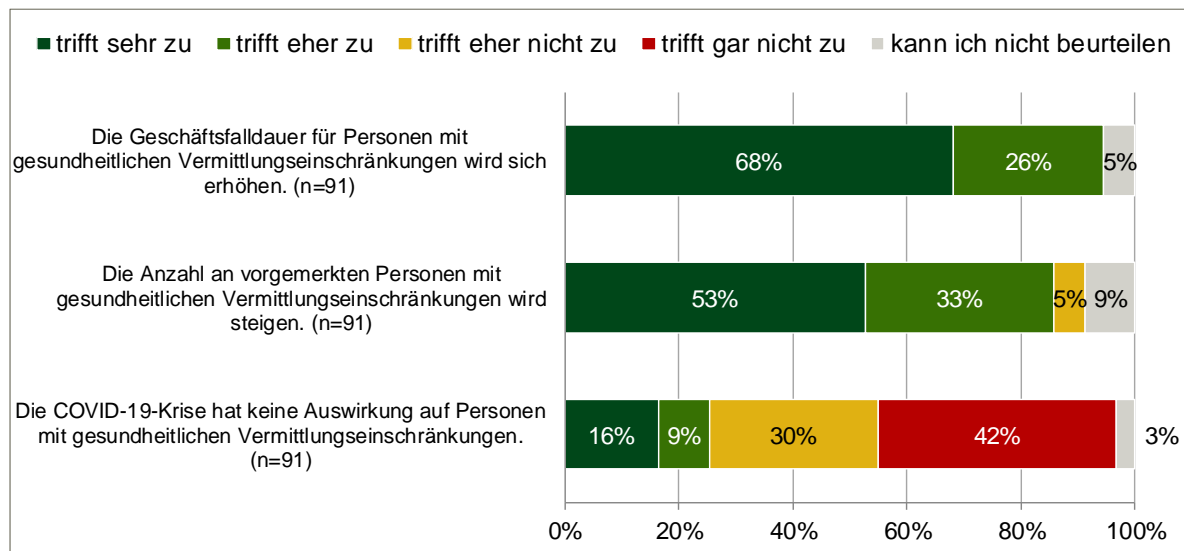
- *„Bei vielen Kunden steht die gesundheitliche Einschränkung im Vordergrund – nicht bereit für Arbeitssuche.“*
- *„Die meisten Personen haben mit der Arbeitssuche abgeschlossen und sprechen nur über ihre gesundheitlichen Probleme. Die meisten Personen nehmen die Ratschläge von Fachärzten und Psychologen nicht an.“*
- *„Häufig nutzen Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen diese als Ausrede für alles.“*
- *„Weitere Herausforderung ist die Motivation von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, den Fokus nicht darauf zu legen, was NICHT mehr geht, sondern darauf, WAS geht.“*

In der Zusammenschau wird deutlich, dass einerseits die gegebenen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel das Angebot an offenen Stellen, die Bereitschaft der Unternehmen, auch Personen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit einzustellen, oder das verfügbare Unterstützungsangebot eine Herausforderung bei der Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen darstellen. Andererseits führen die begrenzten Jobaussichten sowie sehr begrenzte Perspektiven auf einen Pensionsantritt zu Demotivation bis hin zur Resignation seitens der Arbeitssuchenden. Hinzu kommen psycho-soziale Problematiken, mangelnde Deutschkenntnisse und geringe Qualifikationen, welche die Vermittlung zusätzlich erschweren. Für eine zielgerichtete qualitative Beratung fehlen zudem oftmals die entsprechende Zeit und das erforderliche Fachwissen.

## Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Angesichts der zum Befragungszeitpunkt bestehenden COVID-19-Pandemie wurden die BeraterInnen ersucht, eine Einschätzung zu den Auswirkungen der Pandemie auf AMS-KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen abzugeben. Wie in Abbildung 57 ersichtlich, stimmen nur 21% der Befragten der Aussage zu, dass die COVID-19-Krise keine Auswirkungen auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen hat. 30% antworten mit „trifft eher nicht zu“ und 42% „trifft gar nicht zu“. Dagegen besteht eine sehr hohe Zustimmung zur Aussage, dass sich die Geschäftsdauer für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen erhöhen wird und dass die Anzahl an vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen steigen wird.

Abbildung 57: Auswirkungen der COVID-19 Krise auf Personen mit ges. VE



## Zusammenfassung KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Wie in Kapitel 3.1.5 anhand der AMS-Daten bereits dargelegt, beträgt der Anteil der beim AMS OÖ vorgemerkten arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen im Jahr 2019 29%. Von den befragten BeraterInnen schätzt ein Drittel (33%) den Anteil unter 25%, ein weiteres gutes Drittel (36%) auf 25% bis 50% und 30% auf mehr als 50%. Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass sich diese Personengruppe zwischen den Beratungszonen unterschiedlich aufteilen. So sind die Anteile an gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in der Auffassung der befragten BeraterInnen in der Reha-Beratung und der Beratungszone am höchsten, in der Servicezone vergleichsweise deutlich geringer. Das Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen gestaltet sich bei der Zielgruppe Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in der Einschätzung der befragten BeraterInnen auf 50:50.

Den in Kapitel 3.1.5 auf Basis der AMS-Daten dargelegten Anstieg an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nehmen auch die befragten BeraterInnen wahr: 83% gehen von einem Anstieg an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren aus, wobei 15% keine Beurteilung abgeben konnten. Die größte Zustimmung bei den abgefragten Ursachen für den Anstieg erhalten Veränderungen der Arbeitsbedingungen in der Arbeitswelt (90% Zustimmung), fehlende Angebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (88% Zustimmung) und ein erschwerter Pensionszugang (88% Zustimmung).

Von den abgefragten gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sind laut den Befragten am häufigsten Einschränkungen hinsichtlich Heben/Tragen, Schichtarbeit, Nacharbeit, Körperhaltung (Sitzen, Gehen, Stehen) und Erreichbarkeit am Arbeitsplatz gegeben.

Die größten Herausforderungen in der Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ergeben sich gemäß den offenen Ausführungen der befragten BeraterInnen vor allem dadurch, dass die passenden Arbeitsplätze für diese Zielgruppe fehlen bzw. der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig für diese Personengruppe ist. Besonders herausfordernd sind jene Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bzw. mit einem abgelehnten Antrag auf Invaliditätspension, da hier die Vermittelbarkeit am 1. Arbeitsmarkt kaum gegeben ist. Hinzu kommt, dass gerade Personen mit gesundheitlichen



Vermittlungseinschränkungen häufig eine Kumulation von verschiedenen Vermittlungshemmnissen (z.B. geringe Deutschkenntnisse, niedriges Bildungsniveau, Mobilitätseinschränkungen, Langzeitarbeitslosigkeit) aufweisen. Auch wird das Unterstützungsangebot für diese Zielgruppe als unzureichend eingeschätzt. All diese Faktoren erschweren nicht nur die Vermittlung, sondern auch die Beratungssituation. Das für die Zielgruppe erforderliche Knowhow sowie die Zeitressourcen fehlen dabei oftmals.

Gefragt nach den Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, stimmen 94% der Aussage zu, dass die Geschäftsfalldauer für diese Zielgruppe steigen wird und 86% gehen davon aus, dass die Anzahl dieser Personen ebenfalls weiter steigen wird. Dass die COVID-19-Krise keinerlei Auswirkungen auf diese Zielgruppe hat, meint nur ein Viertel (25%) der befragten BeraterInnen.

### 5.3 Auswirkungen SRÄG 2012

Den AMS-BeraterInnen wurde eine Reihe an Fragen zu den Auswirkungen des SRÄG 2012 auf die arbeitslos vorgemerkten Personen und auf die Beratungssituation gestellt. Zunächst wurde abgefragt, inwieweit das SRÄG 2012 bekannt ist, um in weiterer Folge nur all jene Personen mit einem Wissenstand über die Reform näher zu befragen.

- Ein Fünftel (25% bzw. 24 Personen) gibt an, das SRÄG 2012 sehr gut zu kennen,
- 47% (46 Personen) teilweise.
- 22% (21 Personen) antworten, dass sie nur vom SRÄG 2012 gehört haben
- und 6% (6 Personen) haben noch nie davon gehört.

Somit wurden in weiterer Folge jenen 70 Personen mit Kenntnis über das SRÄG 2012 weiterführende Fragen gestellt.

#### **Auswirkungen des SRÄG 2012 auf arbeitslos vorgemerkte Personen und Beratung**

Zunächst wurden die AMS-BeraterInnen offen danach gefragt, wie sich das SRÄG 2012 auf die arbeitslos vorgemerkten Personen und auf die Beratungssituation auswirkt. 40 Personen nutzten diese Möglichkeit. Die offenen Nennungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und werden nachfolgend zusammenfassend wiedergegeben.

Die Aussagen der befragten AMS-BeraterInnen sind stark geprägt von einem erschwerten Zugang zum System Pension bzw. Invaliditätspension in Verbindung mit einer fehlenden Perspektive der zu beratenden KundInnen im Hinblick auf Pensionsantritt auf der einen Seite und Vermittelbarkeit am Regelarbeitsmarkt auf der anderen Seite. Wie weiter unten noch aufgezeigt wird (Abbildung 60) ist der Großteil der befragten AMS-BeraterInnen der Ansicht, dass der Erhalt einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit durch die PVA in den letzten Jahren schwerer geworden ist sowie dass der Anteil an KundInnen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger eingeschränkter Vermittelbarkeit gestiegen ist. Dies wird auch in den offenen Angaben deutlich sichtbar:

- *„Trotz massiver gesundheitlicher Einschränkungen besteht wenig Chance auf Zuerkennung der Invaliditätspension. Aber auch die Situation am Arbeitsmarkt/Angebot für KundInnen mit Vermittlungshemmnissen wurde eher schlechter.“*
- *„Meiner Wahrnehmung nach wird der Großteil abgelehnt. Die Voraussetzungen für eine Zuerkennung der I-Pension sind strenger geworden.“*

Mehrere Befragte führen explizit eine Verlagerung vom System (I-)Pension auf das System AMS an, was sowohl für die betroffenen KundInnen als auch für die BeraterInnen eine große Belastung und Herausforderung darstellt:

- *„Personen, die sehr offensichtlich nicht mehr arbeiten können (z.B.: Krebspatienten während der Chemo-Therapie, schwere Bandscheibenvorfälle, Schmerzpatienten mit hoher Medikation, kognitiv eingeschränkte Personen, ...) werden beim AMS zwischengelagert; verursachen aber viel Arbeit, weil sie einerseits vermittelt werden sollten, andererseits immer wieder Pensionsanträge stellen.“*
- *„Mehr Kunden, die kaum mehr vermittelbar sind. Für die Pensionsversicherung wurde eine Möglichkeit geschaffen, Personen zum AMS zu verschieben und die Kosten trägt die Arbeitslosenversicherung.“*
- *„Unvermittelbare Personen, die früher in I-Pension/BU-Pension waren, werden einfach beim AMS geparkt, obwohl für alle Beteiligten klar ist, dass NICHTS mehr passieren kann und wird.“*
- *„Auslagerung an das AMS und daher vermehrte Vormerkungen mit geringen Chancen, auf dem 1. Arbeitsmarkt unterzukommen.“*
- *„Ein großer Teil der arbeitssuchenden Personen dürfte eigentlich gar nicht bei uns sein, da die Einschränkungen derart gravierend sind. Die PVA lehnt gefühlte 99 % der Erstanträge kategorisch ab.“*

Drei Befragte führen die Veränderungen im AMS im Umgang mit KundInnen, die sich im Klagsverfahren gegen den PVA-Bescheid befinden, an. Im Experten-Interview wurde diesbezüglich darauf hingewiesen, dass bis Mitte 2013 Personen mit einem laufenden Pensionsantrag keine Vermittlungsvorschläge vom AMS erhielten bzw. diese Personen nicht als aktiv arbeitslos vorgemerkt waren (Näheres dazu siehe Glossar „Änderungen beim Pensionsvorschuss“). Diese geänderte Situation führt in der Einschätzung der BeraterInnen zu Unverständnis seitens der KundInnen:

- *„Im Klagsverfahren müssen die Personen der Vermittlung zur Verfügung stehen. Dies ist für die betroffenen Person unverständlich und führt oft zu Konfliktgesprächen.“*
- *„Das Verständnis der Personen, im Rahmen eines Klagsverfahrens vermittelt zu werden, ist nicht gegeben.“*
- *„Im Klagsverfahren Vermittlung laut Richtlinie; KundInnen müssen sich arbeitsfähig erklären, ansonsten keine weitere Leistung vom AMS mehr, andererseits läuft Klage gegen Ablehnungsbescheid.“*

Einzelne Nennungen betreffen das Reha-Geld. Hier wird etwa darauf verwiesen, dass Personen mit Reha-Geld-Entzug „immer mehr“ werden und dass während des Reha-Geld-Bezuges die aktive Teilnahme an Stabilisierungsmaßnahmen hilfreich wäre:

- *„Meiner Auffassung nach wird das vorhandene Angebot während des RG-Bezuges zu wenig genutzt und nach RG-Entzug ist die Umstellung dann sehr groß, weil plötzlich wieder verlangt wird, an meist vollzeitigen Maßnahmen teilzunehmen oder eben der Vermittlung zur Verfügung zu stehen. Eine verpflichtende Teilnahme an einer entsprechenden Stabilisierungsmaßnahme während des Reha-Geldes würde möglicherweise die Belastbarkeit verbessern und somit auch die Chancen der erfolgreichen Reintegration in den Arbeitsmarkt erhöhen.“*

Neben der Zunahme an KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen und fehlender Perspektive auf einen Pensionsantritt oder eine Vermittlung auf den 1. Arbeitsmarkt, werden in einzelnen Wortmeldungen auch positive Aspekte des SRÄG 2012 genannt. Begrüßt wird etwa, dass im neuen System die BezieherInnen von Reha-Geld aktiviert werden, Schritte zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu setzen. Eine weitere Person bemerkt ein Umdenken der KundInnen, dass Invalidität als Option nicht mehr so einfach möglich ist und sehr wohl der Vorsatz „Rehabilitation vor Pension“ stärker im System verankert ist, wobei auch die entsprechenden Angebote dazu fehlen.

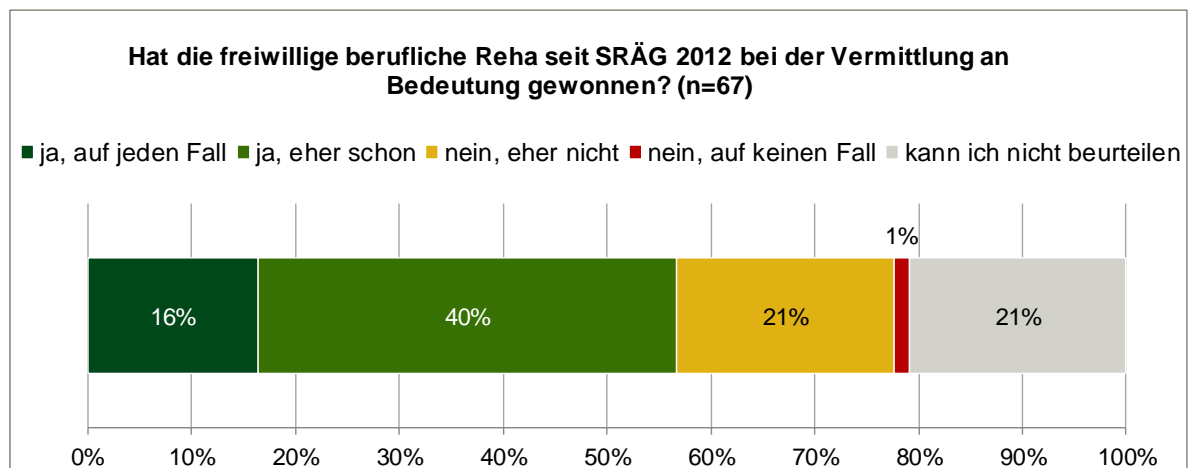
- *„Der Vorteil der Gesetzesänderung ist sicherlich jener, dass die Kunden eine gewisse Mitwirkungspflicht z.B. nach Erhalt des REHA-Geldes haben und bereit sein müssen, medizinische Angebote anzunehmen. Früher wurde bei der befristeten Pension oft 2 Jahre kein Beitrag geleistet, um die gesundheitliche Situation zu verbessern und erst kurz vor Auslaufen der befristeten Pension ein Verlängerungsantrag der Pension eingebracht.“*
- *„Es hat schon bewirkt, dass die Kundinnen sehr wohl bemerkt haben, dass es nicht möglich ist, vor 50 invalide zu werden. ABER: Rehabilitiert mit Umschulungsgeld werden zu wenige aus meiner Sicht! Anspruch auf Maßnahmen der beruflichen Reha haben zu wenige! Ein gutes Zwischenprojekt war R4I für Personen ohne Berufsschutz.“*

## Positive Effekte des SRÄG 2012

In den im Vorfeld geführten explorativen ExpertInneninterviews mit AMS-VertreterInnen wurde als positiver Effekt des SRÄG 2012 auf eine verbesserte Kommunikation zwischen den Institutionen (AMS, PVA, ÖGK) sowie auf eine zunehmenden Bedeutung der freiwilligen beruflichen Reha hingewiesen. Daher wurden diese beiden Aspekte auch den AMS-BeraterInnen zur Beurteilung vorgelegt.

Wie Abbildung 58 entnommen werden kann, geben 16% an, dass die freiwillige berufliche Reha seit dem SRÄG 2012 auf jeden Fall und 40% eher schon bei der Vermittlung an Bedeutung gewonnen hat. Je ein Fünftel (22%) stimmt dem nicht zu bzw. kann dies nicht beurteilen (21%). Signifikante Unterschiede nach den Beratungstypen konnten nicht festgestellt werden.

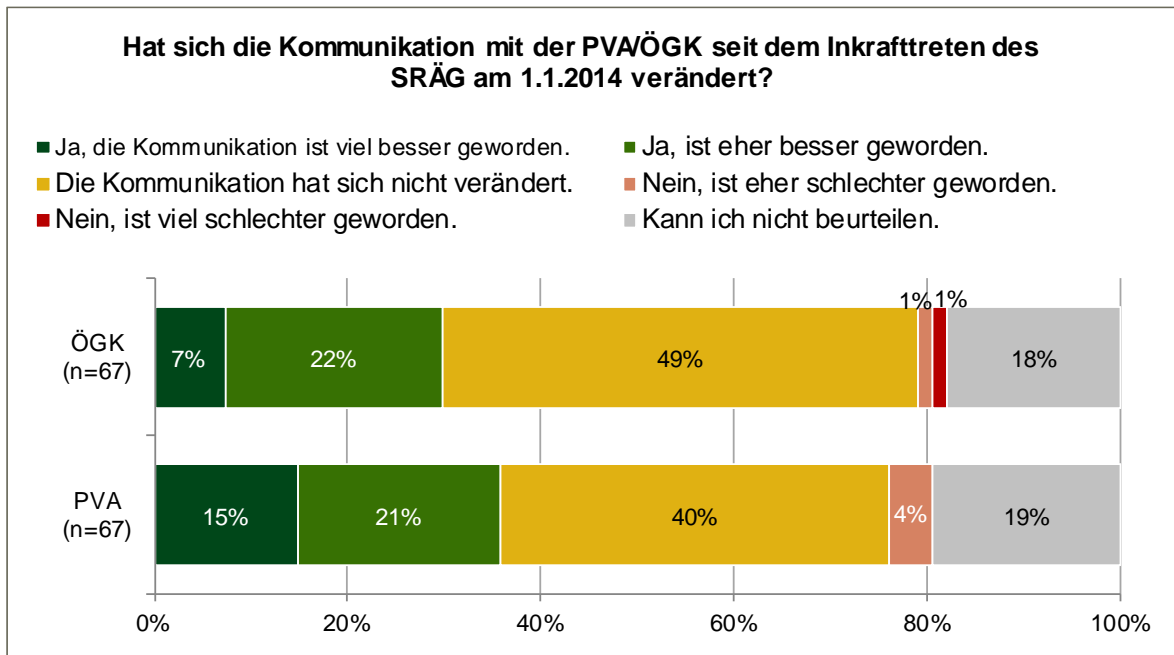
**Abbildung 58: Bedeutung freiwilliger beruflicher Reha bei Vermittlung**



Anmerkung: Befragte: Personen, mit Kenntnis über SRÄG 2012

Abbildung 59 verdeutlicht, dass 29% der Befragten von einer verbesserten Kommunikation mit der ÖGK und 36% von einer verbesserten Kommunikation mit der PVA berichten. 49% berichten über eine unveränderte Kommunikation mit der ÖGK und 40% mit der PVA. Über eine Verschlechterung der Kommunikation mit beiden Institutionen wird nur im Einzelfall berichtet. Knapp jede fünfte befragte Person konnte zu dieser Frage keine Beurteilung abgeben. Die Unterschiede sind statistisch signifikant.

Abbildung 59: Veränderte Kommunikation seit SRÄG 2012



Anmerkung: Befragte: Personen, mit Kenntnis über SRÄG 2012

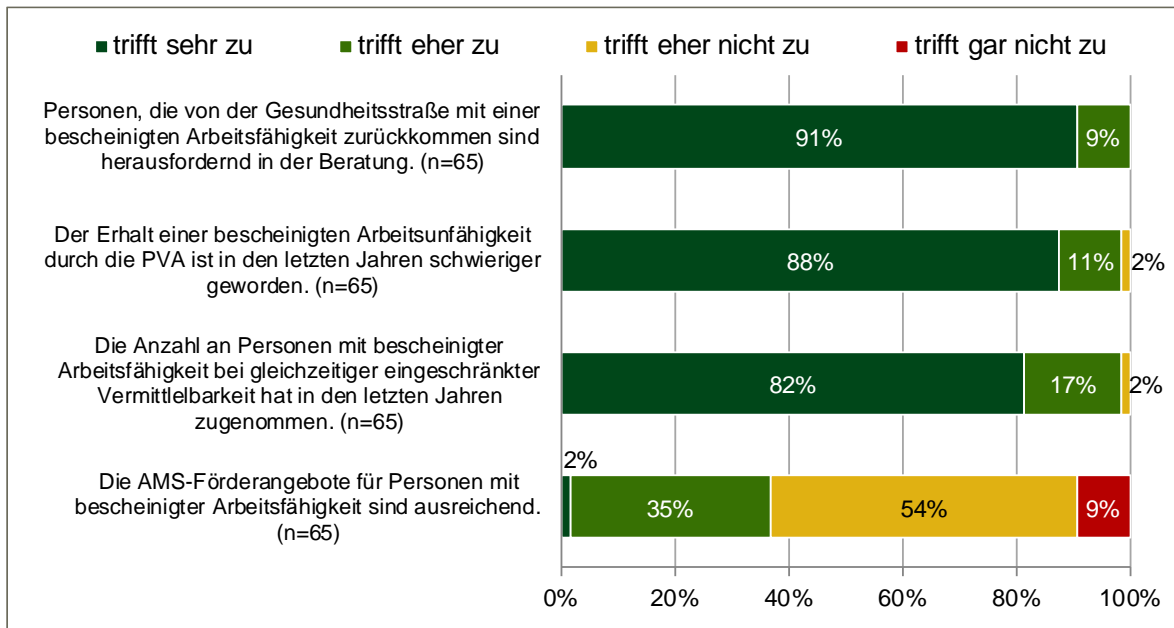
### Zielgruppe „Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit“

Das SRÄG 2012 bedingte auch Veränderungen bei der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit durch die PVA. Im Zusammenhang mit der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit wurden den Befragten vier Aussagen zur Beurteilung gegeben. Die Ergebnisse dazu zeigt Abbildung 60.

Deutlich wird, dass in der Einschätzung der befragten AMS-BeraterInnen Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit herausfordernd in der Beratung sind (91% „trifft sehr zu“), dass der Erhalt einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit durch die PVA in den letzten Jahren schwieriger geworden ist (88% „trifft sehr zu“) und dass die Anzahl an Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger eingeschränkter Vermittelbarkeit in den letzten Jahren zugenommen hat (82% „trifft sehr zu“). Diese Befunde decken sich gut mit den weiter oben angeführten offenen Anmerkungen zu den Auswirkungen des SRÄG 2012.

Die AMS-Förderangebote für Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit finden 37% als ausreichend (2% „trifft sehr zu“, 35% „trifft eher zu“). 54% antworteten mit „trifft eher nicht zu“ und 9% „trifft gar nicht zu“ und somit betrachtet der Großteil der Befragten das Angebot für die betrachtete Zielgruppe als nicht ausreichend.

**Abbildung 60: Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit**



Anmerkung: Befragte: Personen, mit Kenntnis über SRÄG 2012

### Zusammenfassung Auswirkungen SRÄG 2012

Jenen Personen, denen das SRÄG 2012 und die damit verbundenen Veränderungen bekannt sind (72%), wurde eine Reihe an Fragen zu den Auswirkungen der Gesetzesänderung gestellt. Die offenen Antworten zu den Auswirkungen des SRÄG 2012 auf die AMS-KundInnen sind stark geprägt von einem erschwerten Zugang zum System Pension bzw. Invaliditätspension in Verbindung mit einer fehlenden Perspektive der zu beratenden KundInnen im Hinblick auf Pensionsantritt auf der einen und Vermittelbarkeit am Regelarbeitsmarkt auf der anderen Seite. Mehrmals wird über eine Verlagerung vom System (I-)Pension auf das System AMS verwiesen und dass die betroffenen Personen eine sehr große Herausforderung in der Beratung darstellen. Die offenen Antworten decken sich gut mit den standardisierten Fragestellungen: Alle Befragten (100%) stimmen der Aussage zu, dass Personen, die von der Gesundheitsstraße mit einer bescheinigten Arbeitsfähigkeit zurück zum AMS kommen, herausfordernd in der Beratung sind. Fast alle (99%) stimmen zu, dass der Erhalt einer bescheinigten Arbeitsunfähigkeit durch die PVA in den letzten Jahren schwieriger geworden ist. Auch das Statement zum Anstieg an Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger eingeschränkter Vermittelbarkeit in den letzten Jahren erfährt mit 99% eine sehr hohe Zustimmung. Hingegen finden nur 37%, dass das AMS-Förderangebot für Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit ausreichend ist.

In den explorativen ExpertInneninterviews mit AMS-VertreterInnen wurde als positiver Effekt des SRÄG 2012 auf eine verbesserte Kommunikation zwischen den Institutionen (AMS, PVA, ÖGK) sowie auf eine zunehmende Bedeutung der freiwilligen beruflichen Reha hingewiesen. Mehr als die Hälfte der Befragten (56%) geht ebenfalls von einer Zunahme der Bedeutung der freiwilligen beruflichen Reha aus (21% konnten diese Frage nicht beurteilen). 29% der Befragten nehmen eine verbesserte Kommunikation mit der ÖGK wahr und 36% mit der PVA. Der Großteil nimmt keine diesbezügliche Veränderung wahr bzw. kann dies nicht beurteilen.



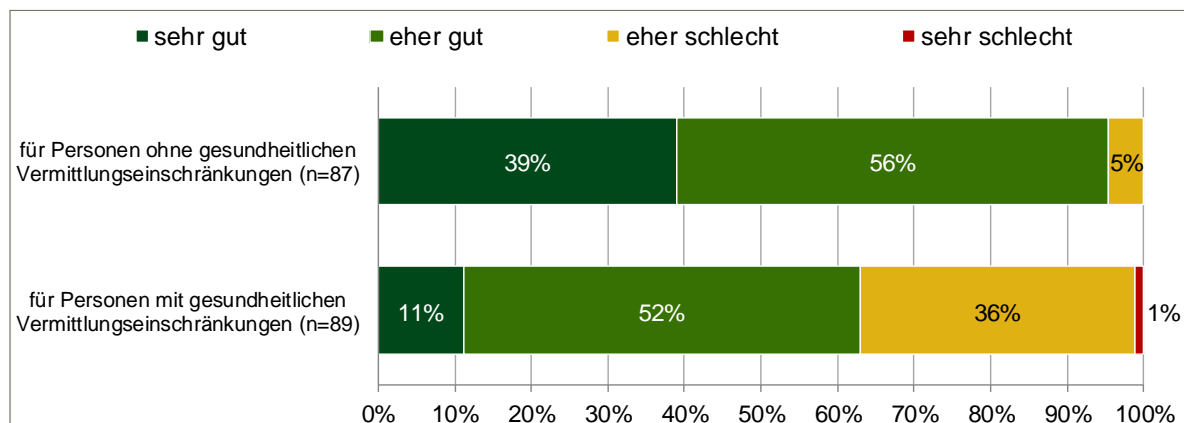
## 5.4 AMS Förderangebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Die AMS-BeraterInnen wurden anhand mehrerer Fragestellungen um eine Einschätzung zur Qualität des AMS-Förderangebots generell und speziell für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gebeten.

### Gesamtbeurteilung der AMS-Förderangebote

Zunächst wurden die Befragten um eine Einschätzung zum AMS-Förderangebot für Personen mit und ohne gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ersucht. Wie in Abbildung 61 ersichtlich, schätzen die befragten AMS-BeraterInnen das AMS-Förderangebot für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen deutlich besser ein als für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (Unterschiede sind statistisch signifikant): 39% der Befragten bewerten das AMS-Förderangebot für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen als „sehr gut“ und weitere 56% als „eher gut“, nur 5% als „eher schlecht“. Für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen betrachten nur 11% das AMS-Förderangebot als „sehr gut“ und 52% als „gut“. 36% meinen, es ist „eher schlecht“ und 1% „sehr schlecht“.

Abbildung 61: AMS-Förderangebot

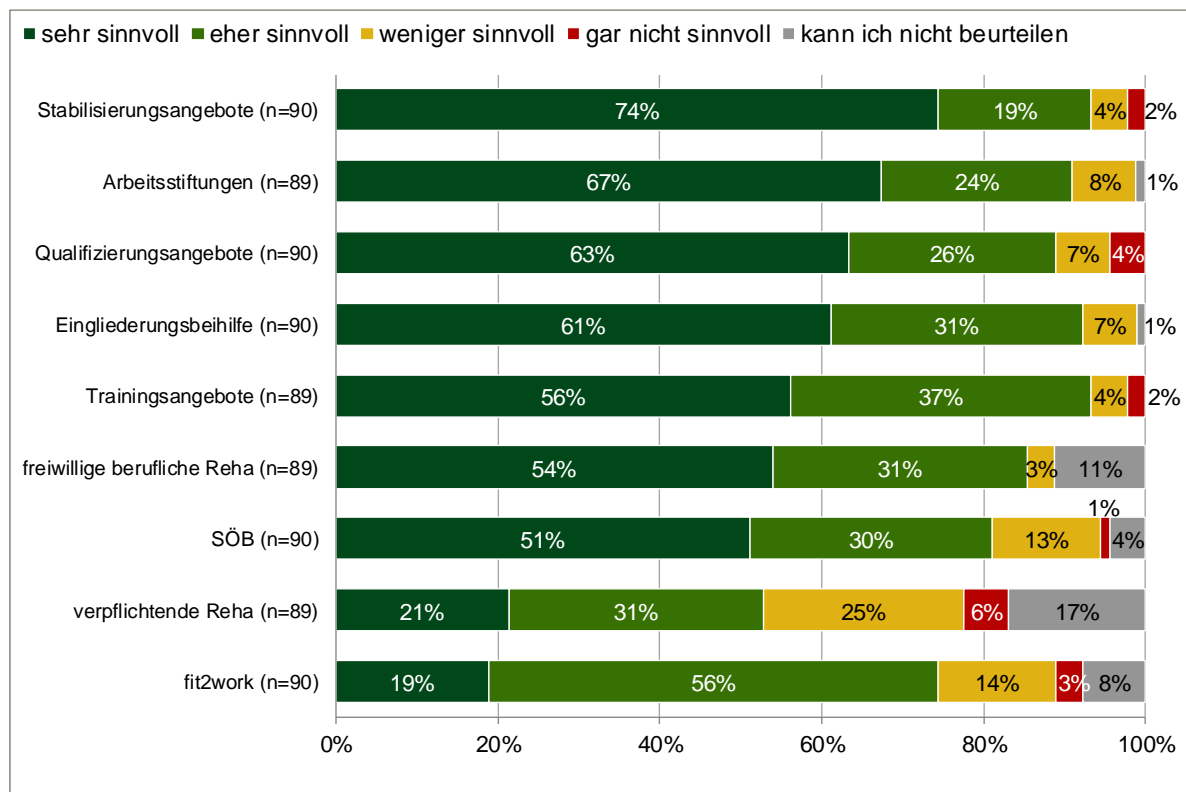


### Welche Angebote werden am sinnvollsten erachtet?

Neben diesem Gesamteindruck wurden in einem nächsten Schritt den AMS-BeraterInnen einzelne AMS-Förderangebote hinsichtlich der Sinnhaftigkeit für die Zielgruppe Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zur Beurteilung gegeben. Die Ergebnisse dazu sind in Abbildung 62 dargestellt.

Die höchsten Anteile von „sehr sinnvoll“ vergeben die befragten AMS-BeraterInnen für Stabilisierungsangebote (74%), Arbeitsstiftungen (67%), Qualifizierungsangebote (63%), Eingliederungsbeihilfe (61%), Trainingsangebote (56%) und freiwillige berufliche Reha (54%). Anders als bei der freiwilligen beruflichen Reha wird die verpflichtende berufliche Reha differenzierter beurteilt: So halten 21% diese als „sehr sinnvoll“, 31% als „eher sinnvoll“, 25% als „weniger sinnvoll“ und 6% als „gar nicht sinnvoll“; 11% konnten dies nicht beurteilen. Differenziert fällt auch die Beurteilung von fit2work aus: Nur 19% halten dieses Angebot für „sehr sinnvoll“, 56% halten es für „eher sinnvoll“ und 14% für „weniger sinnvoll“ und 3% als „gar nicht sinnvoll“; 8% können dies nicht beurteilen. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Beratungstypen konnten nicht festgestellt werden.

**Abbildung 62: AMS-Förderangebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**



## Wie kann das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen verbessert werden?

Die AMS-BeraterInnen wurden danach gefragt, wie das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen verbessert werden kann bzw. wo sie einen Bedarf sehen. 36 Personen beantworteten diese offene Frage.

Die offenen Antworten wurden inhaltlich zusammengefasst. Im Hinblick auf spezifische Angebotsarten wird am häufigsten auf Stabilisierungsangebote allgemein und speziell für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen sowie auf Beschäftigungsprojekte hingewiesen. Konkret würde es bei Stabilisierungsangeboten an den entsprechenden Kapazitäten mangeln (z.B. IMBUS, work.box<sup>29</sup>). Im Hinblick auf Beschäftigungsprojekte wird ein klarer Bedarf für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sichtbar. Konkret wird kritisch angemerkt, dass aufgrund der Vermittlungsquote von Sozialökonomischen Betrieben (SÖB) eine defacto Zugangsbarriere für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen vorliegt, wobei gerade für diese Zielgruppe derartige Angebote hilfreich wären.

- *„SÖB's müssen auch für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zugänglich sein, dies ist nur durch eine Streichung der Vermittlungsquote realisierbar.“*
- *„Die Sozialökonomischen Betriebe, die nicht den Druck haben, an den 1. Arbeitsmarkt zu vermitteln, sondern die auch Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen annehmen dürfen!“*
- *„SÖB-Zugang wieder für diese Personen erleichtern, für die SÖB's ursprünglich eingerichtet wurden s.o. (Erfolgsdruck/Förderkürzungen).“*
- *„Leichter Zugang zu SÖBs ohne Vermittlungsquote.“*

Zudem wird auch ein Bedarf an Arbeitstraining sowie Beschäftigungsprojekten im geschützten Bereich deutlich.

- *„Arbeitsplätze im geschützten Bereich dringend erforderlich, ohne im Hintergrund den Erfolg der Vermittlung zu messen, wie dzt. bei SÖB üblich, geschützte Werkstätten mit angepasster Entlohnung, um auch selbständig leben zu können und nicht aus vielen verschiedenen Töpfen zusätzliche Beihilfen beantragen zu müssen.“*

---

<sup>29</sup> IMBUS ist ein Angebot zur psychischen Stabilisierung des BBRZ; work.box ist ein Jugendangebot der pro mente OÖ des Typs „AusbildungsFit“ (ehemals Produktionsschule) (siehe: [https://www.bbrz.at/fileadmin/user\\_upload/Produktblaetter/Reha-Kombination/Oberoesterreich/REHA-Kombi\\_Imbus-Linz.pdf](https://www.bbrz.at/fileadmin/user_upload/Produktblaetter/Reha-Kombination/Oberoesterreich/REHA-Kombi_Imbus-Linz.pdf); file:///C:/Users/tla/Downloads/Infoblatt%20AusbildungsFit%20Work.box.pdf – dl: 16.12.2020)

Des Weiteren wird in Einzelnennungen auf den Bedarf nach betrieblichen Förderungen deutlich, konkret sollten Anreize geschaffen werden, damit mehr Unternehmen Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Chance auf Beschäftigung ermöglichen.

Zudem wird auf den Bedarf nach individuellen und flexiblen Angeboten verwiesen. Genannt werden dazu eine größere Flexibilität im Bereich der Maßnahmenstunden, Teilzeitangebote sowie weniger starre Vorgaben im Hinblick auf Zielgruppenbeschränkungen bei einzelnen Angeboten.

### **Zusammenfassung AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

Das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird durch die befragten BeraterInnen signifikant schlechter bewertet als jenes für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (98% sehr/eher gut vs. 63% sehr/eher gut). Stabilisierungsangebote, Arbeitsstiftungen, Qualifizierungsangebote, Eingliederungsbeihilfen und freiwillige berufliche Reha werden am sinnvollsten für die Zielgruppe erachtet. Die offenen Nennungen im Zusammenhang mit Verbesserungsmöglichkeiten des AMS-Förderangebotes verdeutlichen, dass es angesichts eines höheren Unterstützungsbedarfs der Zielgruppe eines Ausbaues von Stabilisierungsangeboten allgemein und speziell für Personen mit psychischen Einschränkungen bedarf. Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Perspektiven auf eine Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt sehen die BeraterInnen einen Bedarf an Beschäftigungsprojekten. Aufgrund bestehender Vermittlungsquoten wird jedoch bei Beschäftigungsprojekten (z.B. Sozialökonomische Betriebe) eine formale Zugangsbarriere für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gesehen. Auch Angebote im geschützten Bereich sollten nach Auffassung der befragten AMS-BeraterInnen ausgebaut werden.

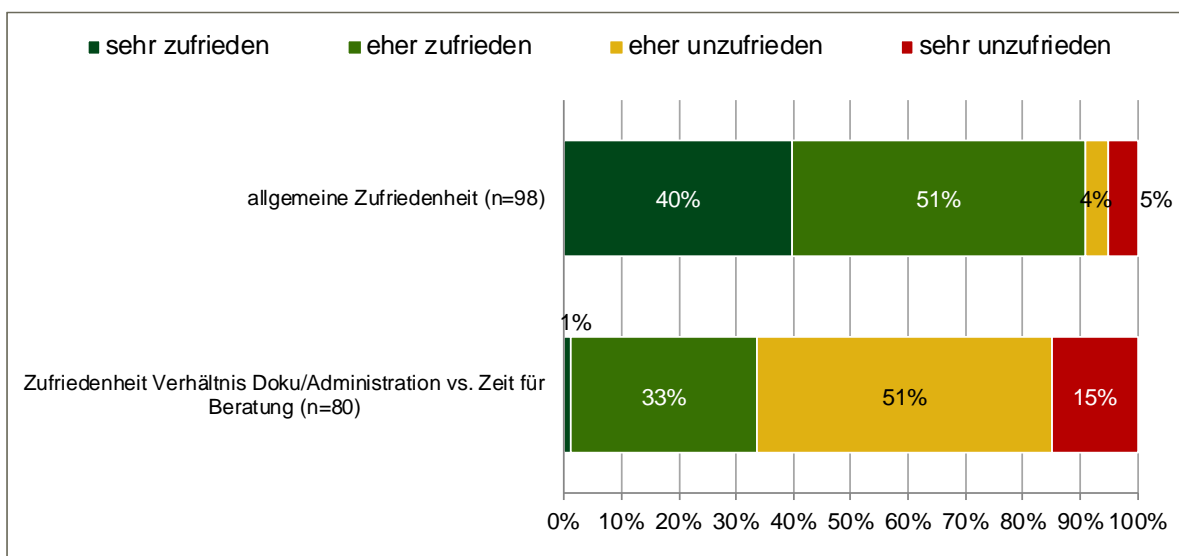
## 5.5 Beratungstätigkeit

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit der Beratungstätigkeit, mit dem Verhältnis Zeitaufwand für Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung und zu den Fragestellungen im Zusammenhang mit den AMS-Steuerungssystemen vorgestellt.

### Zufriedenheit mit Beratungstätigkeit

Zu Beginn des Fragebogens wurde die allgemeine Zufriedenheit mit der Beratungstätigkeit abgefragt („Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Beratungstätigkeit?“). An einer späteren Stelle wurde zudem die Zufriedenheit mit dem Verhältnis Zeitaufwand für Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung erhoben. Die Ergebnisse beider Fragestellungen zeigt Abbildung 63.

Abbildung 63: Zufriedenheit Beratungstätigkeit



Anmerkungen: Fragestellungen: „Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Beratungstätigkeit?“; „Wie zufrieden sind Sie mit dem Verhältnis von Zeitaufwand für Administration/Dokumentation vs. Zeit für die Beratung?“

Es besteht eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit der Beratungstätigkeit: 91% sind mit der Beratungstätigkeit zufrieden, wobei 40% „sehr“ und 51% „eher zufrieden“ sind. Neun von zehn (9%) der Befragten sind mit der Beratungstätigkeit unzufrieden, 4% „eher“ und 5% „sehr unzufrieden“.

Mit dem Verhältnis Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung besteht hingegen eine deutlich geringere Zufriedenheit. Ein Drittel der Befragten (33%) ist damit „eher zufrieden“, nur 1 Person (1%) „sehr zufrieden“. Die Hälfte (51%) ist mit diesem Verhältnis „eher unzufrieden“ und 15% sind „sehr unzufrieden“ damit.

Die allgemeine Zufriedenheit korreliert hoch signifikant mit der Zufriedenheit mit dem Verhältnis Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung: Das bedeutet, je höher die Zufriedenheit mit dem Verhältnis Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung, umso höher die allgemeine Zufriedenheit und vice versa. Zudem konnte festgestellt werden, dass die Zufriedenheit erwartungsgemäß mit der Höhe des Zeitaufwands für Dokumentation/Administration zusammenhängt (siehe nächster Punkt).

### **Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung**

Die AMS-BeraterInnen wurden auch nach dem Verhältnis Zeitaufwand für Dokumentation/ Administration vs. Zeit für die Beratung gefragt. Die Ergebnisse gesamt und differenziert nach den drei Beratungstypen dazu zeigt Tabelle 6. In der Einschätzung der Befragten gestaltet sich das Verhältnis Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung in etwa 50:50, wobei im Durchschnitt der Zeitaufwand für Dokumentation/ Administration mit 52,7 % etwas höher ausfällt als jener für die Beratung (47,3%). Im Durchschnitt schätzen BeraterInnen aus der Rehaberatung den Zeitaufwand für Dokumentation/Administration mit 54,5% am höchsten und die Servicezone-BeraterInnen mit 50,4% am niedrigsten ein. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

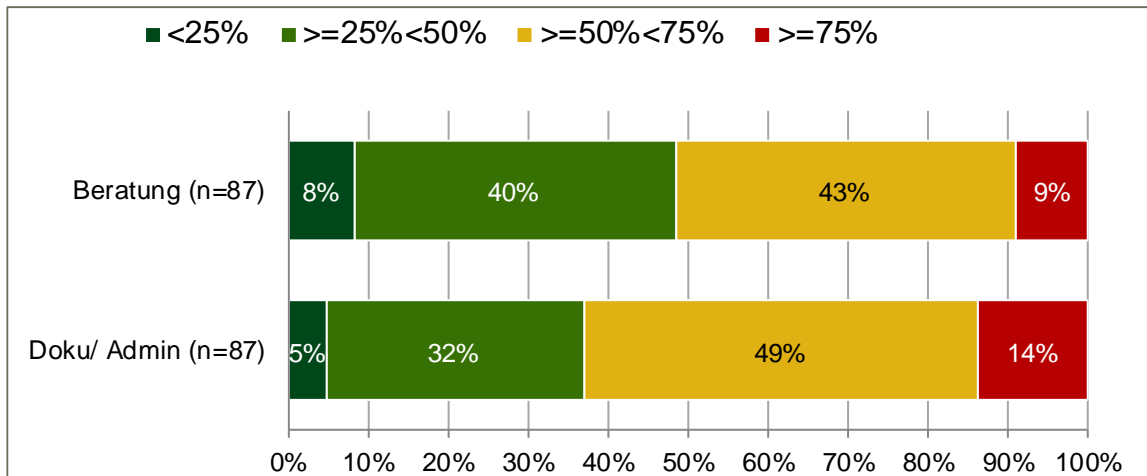
**Tabelle 6: Anteil Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Beratung**

	Mittelwert	Median
<b>Anteil Zeitaufwand Dokumentation/Administration</b>		
gesamt (n=86)	52,7	50,0
Servicezone (n=14)	50,4	52,0
Beratungszone (n=47)	53,1	50,0
Rehaberatung (n=19)	54,5	50,0
<b>Anteil Zeitaufwand Beratung</b>		
gesamt (n=86)	47,3	50,0
Servicezone (n=14)	49,6	48,0
Beratungszone (n=47)	46,9	50,0
Rehaberatung (n=19)	45,5	50,0

Anmerkung: Personen mit dem Beratungstyp „anderer Bereich“ wurden aufgrund geringer Fallzahl (n=6) nicht gesondert dargestellt. n=87, 13 Personen haben diese Frage nicht beantwortet.

Neben den Durchschnittswerten zeigt Abbildung 64 die Einschätzung der Anteile des Zeitaufwandes für Beratung und Dokumentation/Administration, eingeteilt in Kategorien.

**Abbildung 64: Anteil Zeitaufwand Dokumentation/Administration und Beratung**

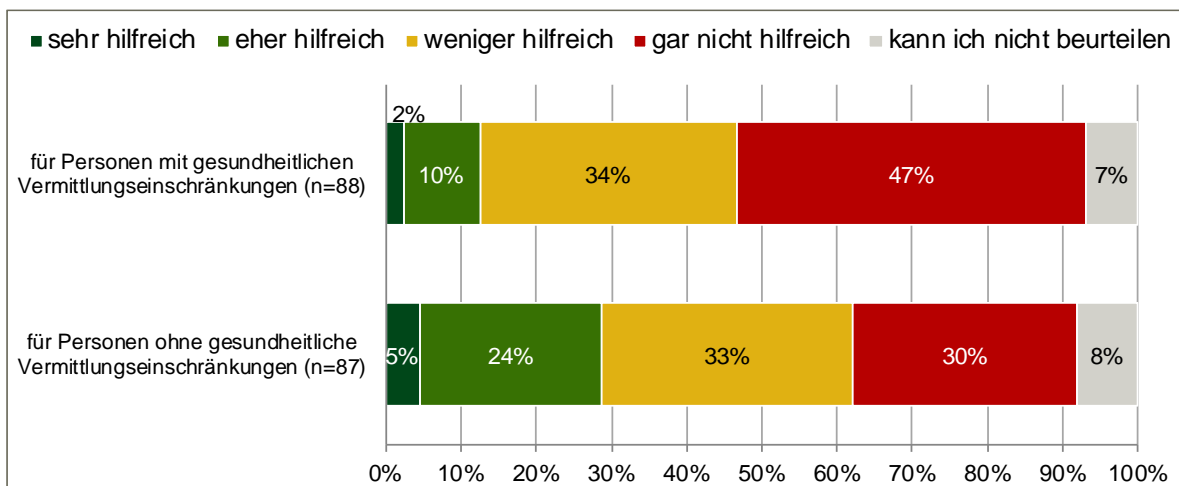


Anmerkung: Personen mit dem Beratungstyp „anderer Bereich“ wurden aufgrund geringer Fallzahl (n=6) nicht gesondert dargestellt. n=87, 13 Personen haben diese Frage nicht beantwortet.

### AMS-Steuerungssysteme

In den explorativen ExpertInneninterviews mit VertreterInnen des AMS wurde der Einfluss der AMS-Steuerungssysteme (Zielsetzungen, Balanced Scorecard – BSC) auf die BeraterInnen thematisiert. Um die Perspektive der BeraterInnen einzufangen, wurden diese danach gefragt, wie hilfreich sie die AMS-Steuerungssysteme (Ziele, BSC) bei der Beratung bzw. Vermittlung für Personen mit und ohne gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen erachten. Die Ergebnisse dazu zeigt Abbildung 65. 29% der Befragten finden die AMS-Steuerungssysteme für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkung als hilfreich bei der Vermittlung bzw. Beratung, wobei 24% diese als „eher hilfreich“ und 5% als „sehr hilfreich“ empfinden. Ein Drittel (33%) findet die Systeme „weniger hilfreich“ und weitere 30% „gar nicht hilfreich“; 8% konnten keine Beurteilung abgeben. Für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen werden die AMS-Steuerungssysteme signifikant weniger hilfreich betrachtet: Nur 12% finden diese als hilfreich (10% „eher hilfreich“, 2% „sehr hilfreich“), 34% als „weniger hilfreich“ und knapp die Hälfte (47%) als „gar nicht hilfreich“, 7% konnten keine Beurteilung abgeben.

Abbildung 65: AMS-Steuerungssysteme



Anmerkung: Frage: Wie hilfreich finden Sie die AMS-Steuerungssysteme (Ziele, BSC – Balanced Scorecard) bei der Beratung bzw. Vermittlung?

Die Befragten wurden um eine Begründung bezüglich ihrer Einschätzung zu den AMS-Steuerungssystemen ersucht. 46 Personen nutzten die Möglichkeit, eine Begründung abzugeben. Die offenen Nennungen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und werden nachfolgend zusammenfassend wiedergegeben.

Am häufigsten wird in den offenen Nennungen darauf verwiesen, dass die individuelle Situation der Person – gerade bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen – sehr unterschiedlich ist und diese schwer mittels Steuerungssystemen abzubilden sei. In diesem Zusammenhang wird öfters darauf verwiesen, dass im Vordergrund der Mensch stehen sollte, anstatt zu sehr auf „Zahlen“ oder auf „Statistiken“ zu fokussieren. Entsprechend bedarf es einer qualitativen Beratung, speziell bei der Personengruppe mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, für die allerdings oftmals die Zeit fehlt. Daneben wird darauf verwiesen, dass es für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen an Angeboten und Beschäftigungsmöglichkeiten fehlen würde. Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld mit Zielvorgaben auf der einen Seite und andererseits bestehen individuelle Bedarf der KundInnen sowie eine sehr eingeschränkte Vermittelbarkeit. Dies führt zu Druck sowohl auf Seiten der BeraterInnen als auch jener der KundInnen. Vereinzelt wird geschildert, dass aufgrund der Zielvorgaben in manchen Fällen KundInnen der Zugang zu Angeboten verwehrt bleibt.

- „Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben sowohl Probleme bei Aus- und Weiterbildung als auch bei der Vermittlung, Ziele und BSC üben in diesem Bereich Druck auf BeraterInnen und somit KundInnen aus.“
- „Es fallen immer wieder Personen durch den Rost bei ev. sinnvollen Förderungen. Weil sie gerade nicht der Zielgruppe entsprechen. Die einzelne Person wird in Zahlen, Daten, Fakten zerlegt.“



- *„Durch diese Art von 'Highscore' wird der Druck auf die BeraterInnen sehr hoch. Statt gemeinsame Lösungsansätze zu finden, mit denen KundInnen geholfen werden kann, werden vermehrt Anweisungen übermittelt, die unter Zeitdruck zu befolgen sind.“*
- *„Eigentlich sollten wir für Menschen und nicht für Zahlen arbeiten.“*
- *„In der Beratung/Vermittlung soll es um die Person und nicht um Ziele und Statistiken gehen.“*
- *„Weil es nur nach Zahlen geht! Die Menschen (KundInnen und BeraterInnen) kommen dabei unter die Räder!“*

In Einzelnennungen wird aber auch positiv hervorgehoben, dass Zielsetzung für einzelne benachteiligte Gruppen (z.B. Personen mit Behinderungen) zu einer höheren Sensibilisierung im AMS beitragen kann. Eine befragte Person führt dazu an, dass gerade die Aufteilung in „Spezierschalter“ dazu zielführend ist, dies aber nicht in allen Regionalgeschäftsstellen gegeben ist.

### Zusammenfassung Beratungstätigkeit

91% der Befragten sind mit der Beratungstätigkeit zufrieden, wobei 40% „sehr“ und 51% „eher zufrieden“ sind. Mit dem Verhältnis Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung hingegen ist nur gut ein Drittel (34%) zufrieden, wobei nur 1% „sehr zufrieden“ damit ist. Die Hälfte (51%) ist mit dem Verhältnis „eher unzufrieden“ und 15% sind „sehr unzufrieden“. In der Einschätzung der befragten AMS-BeraterInnen gestaltet sich das Verhältnis Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung in etwa 50:50. Die allgemeine Zufriedenheit korreliert signifikant mit der Zufriedenheit mit dem Verhältnis Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung: Je höher die Zufriedenheit mit dem Verhältnis, umso höher auch die allgemeine Zufriedenheit und vice versa.

Die Bewertung der AMS-Steuerungssysteme durch die AMS-BeraterInnen fällt verhalten aus. Sichtbar wird, dass der Anteil jener, der angibt, dass die AMS-Steuerungssysteme (Zielsetzungen, Balanced Scorecard – BSC) hilfreich bei der Beratung bzw. Vermittlung sind, für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (12%) noch geringer ist als für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (29%). Gut ein Drittel (34%) findet die Steuerungssysteme für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen weniger hilfreich, 47% sogar als gar nicht hilfreich. In

den offenen Begründungen wird deutlich, dass die individuelle Situation der Personen – gerade bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen – zu unterschiedlich ist, um diese mittels Steuerungssystemen entsprechend abzubilden zu können. Statt der Fokussierung auf „Zahlen und Statistiken“ sollte mehr Wert auf die Person und eine qualitative Beratung gelegt werden, so die befragten AMS-BeraterInnen. Die Zielvorgaben stehen oftmals im Widerspruch mit den geringen Arbeitsmarktchancen und dem eingeschränkt verfügbaren AMS-Förderangebot. Dies übt sowohl Druck auf BeraterInnen als auch auf KundInnen auf.

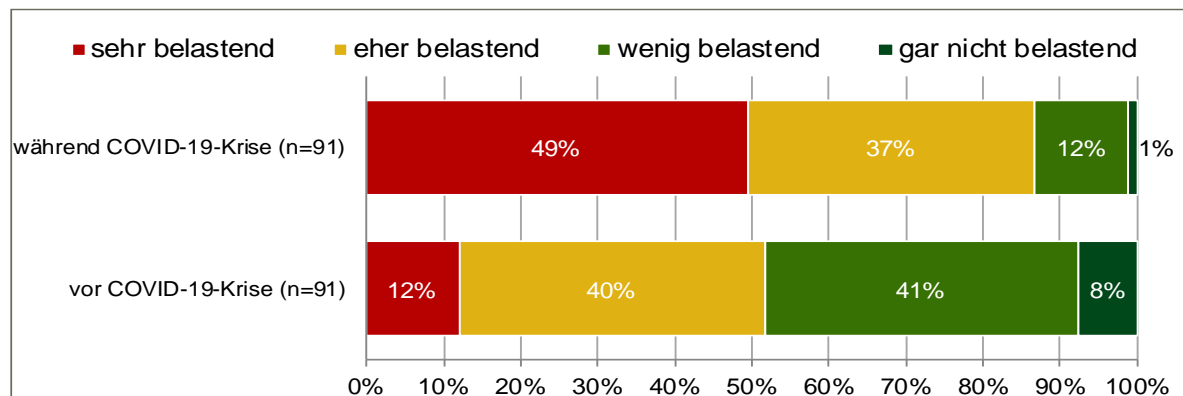
## 5.6 Exkurs: Beratungsalltag COVID-19

Vor dem Hintergrund der zum Befragungszeitpunkt bestehenden COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Herausforderungen im AMS wurden den BeraterInnen Fragen zu ihren Erfahrungen zum Beratungsalltag während der COVID-19-Krise gestellt.

### Wie belastend ist die Beratungstätigkeit?

Zunächst wurden die AMS-BeraterInnen danach gefragt, wie belastend sie ihre Beratungstätigkeit vor und während der COVID-19-Krise empfanden. Wie in Abbildung 66 deutlich wird, empfand die Hälfte der BeraterInnen (52%) ihre Tätigkeit vor der COVID-19-Krise als belastend, wobei 12% davon diese als „sehr“ und 40% als „eher belastend“ empfanden; 41% empfanden diese als „wenig belastend“ und 8% als „gar nicht belastend“. Während der COVID-19-Krise empfinden die Befragten die BeraterInnen-Tätigkeit signifikant häufiger als Belastung: Knapp die Hälfte (49%) empfinden die Situation als „sehr belastend“, 37% als „eher belastend“. Nur für 12% ist die Situation „wenig belastend“ und für 1% „gar nicht belastend“. Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Beratungstypen konnten keine festgestellt werden.

Abbildung 66: Wie belastend empfanden Sie Ihre Beratungstätigkeit?



Um mehr über die Erfahrungen im Beratungsalltag während der COVID-19-Krise zu erfahren, wurden die befragten AMS-BeraterInnen ersucht, Herausforderungen zu schildern sowie anzuführen, was gut funktioniert(e) und wo Verbesserungsbedarf besteht.

## Besondere Herausforderungen im Beratungsalltag COVID-19-Krise

73 Personen (73%) schilderten ihre Herausforderungen im Beratungsalltag während der COVID-19-Krise. Die offenen Angaben wurden in Kategorien eingeteilt. Hat eine befragte Person mehrere Aspekte angeführt, so wurden diese in mehrere Nennungen aufgeteilt und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Insgesamt konnten somit 110 Nennungen gewonnen werden. Tabelle 7 zeigt einen Überblick über die gebildeten Kategorien, die in weiterer Folge beschrieben werden.

**Tabelle 7: Herausforderungen in der COVID-19-Krise**

	Anzahl	Prozent
Erreichbarkeit KundInnen	29	26%
Beratungsqualität/telefonische Beratung	27	25%
(Neu)Organisation der Arbeit	19	17%
Anstieg an KundInnen	12	11%
Anstieg Arbeitsaufwand/Stress	9	8%
Technische Ausstattung	3	3%
Sonstiges	11	10%
gesamt	110	100%

Anmerkung: 110 Nennungen von 73 Personen

Als größte Herausforderungen führen die befragten AMS-BeraterInnen die **telefonische Erreichbarkeit** ihrer KundInnen an (29 Nennungen bzw. 26%). Erschwerend sind in diesem Zusammenhang zudem Sprachbarrieren sowie eine Verbindlichkeit herzustellen. Ähnlich viele Nennungen (n=27 bzw. 25%) betreffen **die Umstellung auf die telefonische Beratung bzw. die Beratungsqualität**. Telefonisch ist es schwer, eine Beziehung aufzubauen – gerade bei Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf (z.B. aufgrund psychischer Erkrankung). Hinzu kommt ein zeitlicher Engpass, der auch zu Lasten der Beratungsqualität geht.

- *„Neukunden mit gesundheitlichen Einschränkungen sind bei weitem schwieriger zu betreuen. Es fehlt die persönliche Vertrauensbasis, über psychische Erkrankungen am Telefon zu reden, was durchaus verständlich ist. Bereitschaft, Befunde zu übermitteln, hat abgenommen.“*
- *„Die Kunden werden nicht gesehen, daher fallen viele Eindrücke weg, die auf gesundheitliche Probleme, psychische usw. hinweisen, weiters ist es schwierig bei Personen, die Deutsch wenig bis gar nicht verstehen – Beratung sehr schwierig.“*
- *„Nicht die Qualität in der Beratung leisten zu können, die man aufgrund Zeitmangels hat [...]“*

Neben der Umstellung der Beratung von persönlich auf telefonisch und den damit verbundenen Hürden stellen v.a. Aspekte der **Organisation der neuen Arbeitsprozesse** (19 Nennungen bzw. 17%) die BeraterInnen vor große Herausforderungen. Einerseits müssen neue Aufgabenbereiche (z.B. Abwicklung der Kurzarbeit) und vermehrt Verwaltungsaufgaben, andererseits Vertretungen übernommen werden. Diese Umstellung der Arbeitsweisen bringt eine Unsicherheit mit sich und es wird auch die Kommunikation seitens der Organisation in einigen Meldungen kritisch betrachtet.

- *„Planungsunsicherheit aufgrund ständiger Änderungen“*
- *„ständig ändernde Anweisungen, Richtlinien, unüberschaubar“*
- *„Kurzarbeit-Bearbeitung von heute auf morgen“*
- *„Werkzeug konnte nicht angewendet werden, Arbeitsalltag völlig auf den Kopf gestellt, die Erfolge der letzten Jahre völlig verpufft.“*
- *„Verwaltungsarbeit anstatt Beratungsarbeit“*

Als weitere große Herausforderung wird ein **Anstieg an AMS-KundInnen** (12 Nennungen bzw. 11%) angeführt sowie ein Anstieg des Arbeitsaufwandes und daraus resultierender **Arbeitsdruck bzw. Stress** (9 Nennungen bzw. 8%). Der Mehraufwand wird zum einen auf den KundInnen-Anstieg zurückgeführt und zum anderen auf neue Tätigkeitsfelder. Diesbezüglich wird auch auf Personalengpässe hingewiesen.

- *„die Masse an Arbeitslosen mit viel zu wenig Personal“*
- *„Ich habe aufgrund der Funktionen ein Mehr zu leisten und daher keine durchgehende Ruhe beim Arbeiten.“*
- *„Überlastung aufgrund von Vertretungen, da die halbe Geschäftsstelle für die Kurzarbeit abgestellt wurde.“*
- *„Quantität hat stark zugenommen, Druck seitens Landesgeschäftsstelle mit Stundenaufstockung, obwohl zu Hause selbst Homeschooling-Kind anwesend ist. Es wurde uneingeschränkter Einsatzwille unterschwellig suggeriert!“*

Einzelne Meldungen betreffen die technische Ausstattung, wie z.B. die EDV oder die Ausstattung im Homeoffice. Unter die Kategorie „Sonstiges“ fällt etwa die Ansteckungsgefahr vor COVID-19, Kursabbrüche aufgrund von COVID-19, Kinderbetreuung, fehlende Motivation und Verbindlichkeit der KundInnen aufgrund Corona etc.

## Das funktioniert(e) gut im Beratungsalltag COVID-19-Krise

Neben Herausforderungen wurde auch danach gefragt, was gut funktioniert(e). 57 Personen haben diese Frage beantwortet. Die Nennungen wurden, wie bei den Herausforderungen beschrieben, kategorisiert (siehe Tabelle 8). Am häufigsten (18 Nennungen bzw. 27%) wird positiv die Umstellung auf telefonische Beratung bzw. eAMS angeführt. Während die telefonische Beratung einerseits für einen Teil als sehr herausfordernd und belastend beschrieben wird (siehe vorherigen Punkt), so begrüßt dies ein Teil der BeraterInnen. In den Ausführungen wird auch deutlich, dass die telefonische Beratung für manche KundInnen – insbesondere jene, die „jobready“ sind – durchaus vorteilhaft ist.

- *„Mittlerweile empfinde ich die telefonischen Beratungen größtenteils als sehr angenehm und zielführend (natürlich nicht für alle KundInnen passend).“*
- *„Kundenkontakt funktioniert besser elektronisch und telefonisch, ist angenehmer als die lfd. persönlichen Vorsprachen.“*
- *„Jobreadypersonen zu vermitteln, ist auch ohne persönlichen Termin gut möglich. [...]“*

17 Personen (25% der Nennungen) berichten über eine gute Zusammenarbeit bzw. einen guten Zusammenhalt im AMS, was sowohl die KollegInnen als auch Führungspersonen betrifft.

Zudem führen 9 Personen (13% der Nennungen) eine gute Organisation der internen Abläufe an. Konkret wird eine flexible und rasche Um-Organisation der neuen Arbeitsweisen angeführt sowie eine gute interne Kommunikation genannt. Im Zusammenhang mit veränderten Rahmenbedingungen werden die Öffnungszeiten nur am Vormittag begrüßt sowie, dass die Antragstellung nicht mehr persönlich erfolgen muss und dadurch einfacher abläuft. Bei den sonstigen Meldungen werden etwa die technische Ausstattung (Headset), das Krisenmanagement im AMS insgesamt begrüßt oder das Verständnis der KundInnen positiv angeführt.

**Tabelle 8: Das funktionierte gut.**

	Anzahl	Prozent
Umstellung der Beratung (Telefon, E-AMS)	18	27%
Zusammenarbeit und Zusammenhalt im AMS	17	25%
interne Organisation/Abläufe	9	13%
veränderte Rahmenbedingungen (Öffnungszeiten, Antragstellung)	7	10%
Sonstiges	16	24%
gesamt	67	100%

Anmerkung: 67 Nennungen von 57 Personen

## Verbesserungsbedarfe und -vorschläge

Auch wurde nach Verbesserungsbedarf im Beratungsalltag während der COVID-19-Krise gefragt. Mittels demselben Kategorisierungsverfahren konnten 64 Nennungen von 53 Personen gewonnen werden. Die getätigten Verbesserungsvorschläge fallen sehr unterschiedlich aus.

**Tabelle 9: Verbesserungsbedarf Beratungsalltag COVID-19-Krise**

	Anzahl	Anteil
Sonstiges	18	28%
Technik/Ausstattung	13	20%
mehr Personal/Beratungszeit	11	17%
Erreichbarkeit/Verbindlichkeit herstellen	10	16%
Homeoffice	4	6%
E-Kommunikation/Telefon	3	5%
Kommunikation/Information	3	5%
persönliche Beratung	2	3%
gesamt	64	100%

Anmerkung: 64 Nennungen von 53 Personen.

Die größte Kategorie umfasst „Sonstiges“ (18 Nennungen bzw. 28%), in der auch vereinzelt konkrete Verbesserungsvorschläge eingebracht werden. Eine Person führt als Verbesserungsvorschlag eine intensivere Medienarbeit an, um auch Erfolgsgeschichten des AMS öffentlich darzustellen. Eine weitere Person schlägt vor, im Falle von erneutem coronabedingten Kursausfall Online-Angebote zur Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsunterlagen zu schaffen. Auch der Wunsch nach Urlaubstagen als Wertschätzung für die geleistete Arbeit wird geäußert.

13 Personen (20% der Nennungen) führen Verbesserungsbedarfe im Zusammenhang mit der Technik bzw. Ausstattung an: „EDV“, „Telefon“ sind die am häufigsten genannten Schlagworte. 11 Personen (17%) sehen ein Verbesserungspotenzial in der Erhöhung des Personals bzw. Zeit für die Beratung.

- *„Mehr Personal, sodass der AMS-Mitarbeiter nicht der Verwalter der Arbeitslosen bleibt, sondern sich wieder aktiv um die Kunden und Kundinnen kümmern kann.“*

Verbesserungsbedarf wird zudem von 10 Personen (16%) im Zusammenhang mit der telefonischen Erreichbarkeit bzw. bei der Herstellung einer Verbindlichkeit gesehen. Konkrete Vorschläge, wie dies erreicht werden sollte, werden dabei nicht genannt. In Einzelnennungen wird zudem der Wunsch nach mehr Homeoffice, nach einem verstärkten Einsatz bzw. Beibehalten der elektronischen bzw. telefonischen Kommunikation mit den KundInnen sowie eine bessere interne Information und Kommunikation geäußert. Zwei Personen sehen den persönlichen Kontakt in der Beratung als erforderlich an.

## Zusammenfassung Beratungsalltag COVID-19

Angesichts der zum Befragungszeitpunkt bestehenden COVID-19-Pandemie wurden den AMS-BeraterInnen Fragen zu den Erfahrungen in dieser herausfordernden Zeit gestellt. Es wird deutlich, dass die COVID-19-Krise eine hohe Belastung im Beratungsalltag mit sich bringt: Während vor der COVID-19-Krise rund die Hälfte der Befragten die Beratungstätigkeit als Belastung empfinden (12% „sehr belastend“, 40% „eher belastend“), so trifft dies während der COVID-19-Krise auf gut acht von zehn zu (49% „sehr belastend“, 37% „eher belastend“). Als größte Herausforderungen werden in den offenen Antworten die Erreichbarkeit der KundInnen sowie die Umstellung auf die telefonische Beratung beschrieben. Erschwerend kommt ein Anstieg an KundInnen sowie neue Arbeitsaufgaben (z.B. Kurzarbeit-Anträge) hinzu. Dies führt zu hohem Stress und geht auch zu Lasten der Zeitressourcen für eine qualitätsvolle Beratung. Gefragt nach Verbesserungsbedarf wird am häufigsten auf die technische Ausstattung (EDV, Telefon) und auf eine Aufstockung des Personals bzw. mehr Zeit für Beratung verwiesen. Bei den Antworten zur Frage, was gut funktioniert(e), wird deutlich, dass für einen Teil die Umstellung auf die telefonische Beratung sehr gut funktionierte und bei bestimmten Zielgruppen dies auch in Zukunft anzudenken ist (z.B. jobready KundInnen). Zudem werden die interne Organisation der Abläufe sowie der gute Zusammenhalt und die gute Zusammenarbeit zwischen den KollegInnen und Führungskräften als positiv angeführt.



## 5.7 Vorschläge zur Verbesserung der Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen

Am Ende des Fragebogens wurden die BeraterInnen danach gefragt, welche konkreten Vorschläge sie haben, um die Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zu verbessern. 41 Personen haben diese Frage beantwortet. Die offenen Angaben wurden in Kategorien eingeteilt. Hat eine befragte Person mehrere Aspekte angeführt, so wurden diese in mehrere Nennungen aufgeteilt und den entsprechenden Kategorien zugeordnet. Tabelle 10 zeigt einen Überblick über die gebildeten Kategorien. Die getätigten Verbesserungsvorschläge fallen sehr unterschiedlich aus bzw. handelt es sich um Ausführungen, die keine konkreten Verbesserungen beinhalten.

**Tabelle 10: Verbesserungsvorschläge**

	Anzahl	Prozent
Sonstiges	18	30%
Ausbau Unterstützungsangebote	15	25%
Spezialisierungen im AMS	8	13%
mehr Beratungszeit/mehr Personal	7	11%
medizinische Abklärung	5	8%
Überblick über Beratungsangebote schaffen	2	3%
Pensionszugang erleichtern	2	3%
Vernetzung	2	3%
Weiterbildung/Wissenstransfer BeraterInnen	2	3%
Gesamtergebnis	61	100%

Anmerkung: 61 Nennungen von 41 Personen

Am häufigsten (15 Nennungen) wird der Ausbau der Unterstützungsangebote angeführt. Die diesbezüglich getätigten Verbesserungsvorschläge überschneiden sich mit den bereits weiter oben (siehe Kapitel 5.4) angeführten Verbesserungsvorschlägen im Zusammenhang mit dem AMS-Förderangebot. So wird ein Verbesserungspotenzial im Ausbau der Kapazitäten bei Beschäftigungsprojekten, Stabilisierungsangeboten oder aber bei Übungsfirmen gesehen (z.B. Beschäftigungsprojekte, Erhöhung der Eingliederungsbeihilfe). Weiters wird der Bedarf nach Teilzeitangeboten angeführt sowie mehrmals speziell der Bedarf nach Angeboten für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen artikuliert. Acht Personen führen den Bedarf nach vermehrtem Angebot der Spezialisierung im AMS an. Zumeist wird im Zusammenhang mit „Spezialisten“ auf „Reha-Berater“ verwiesen. Hier würde es mehr Kapazitäten bzw. überhaupt eines entsprechenden Angebotes bedürfen.

- *„Es sollte eigene BeraterInnen geben, die dafür zuständig sind, diese Personengruppe abzuklären, es ist für den normalen Beratungsalltag zu viel an Aufwand – die Personen und Abklärungen gehören in eine eigene Abteilung.“*

- *„Ich wäre wieder für die Einführung von Spezialisten, wie z.B. REHA Berater - es gibt leider eine so breite Palette von Angeboten für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die es schwierig machen, den Überblick zu behalten und den KundInnen das bestmögliche Angebot zu unterbreiten/zur Verfügung zu stellen.“*

Sieben Personen sehen ein Verbesserungspotenzial in einer Aufstockung des Personals bzw. wird der Wunsch nach mehr Zeit für Beratung geäußert, die in Zusammenhang mit den Personalressourcen gebracht wird. Fünfmal wird auf eine Verbesserung der medizinischen Abklärungsmöglichkeiten verwiesen. Insbesondere die Erhöhung der Plätze in der berufsdiagnostischen Abklärung (BDZ) wird genannt. In diesem Zusammenhang wird der Wunsch nach alternativen Abklärungsmöglichkeiten formuliert, etwa indem auch Stellungnahmen der Hausärzte akzeptiert werden.

Neben den angeführten werden in Einzelnennungen zum Teil auch sehr konkrete Vorschläge eingebracht. So werden etwa regelmäßige Workshops mit erfahrenen Reha-BeraterInnen zum Wissenstransfer vorgeschlagen oder Vorschläge gemacht, um einen besseren Überblick über das Beratungsangebot zu erhalten, z.B. eine Landkarte oder eine Website, wie es sie in der Steiermark gibt. Daneben wird der Wunsch nach einem erleichterten Pensionszugang, nach einer besseren Vernetzung mit den relevanten Institutionen (PVA, ÖGK) angeführt. Eine Person schlägt zudem vor, in Öffentlichkeitsarbeit zu investieren, um die Akzeptanz der Zielgruppe zu erhöhen.

## 6. Ergebnisse im Überblick und Handlungsansätze

Im Fokus der vorliegenden Studie stand die Betrachtung der Auswirkungen der Einführung der IP-Neu und weitere seit 2014 in Kraft getretenen Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf die Anzahl und die Zusammensetzung der beim Arbeitsmarktservice Oberösterreich als arbeitslos vorgemerkten Personen und auf die damit verbundenen Arbeitsanforderungen der AMS-BeraterInnen. Leitend für die Studie waren vier Forschungsfragen, die nachfolgend zusammenfassend beantwortet werden.

1. Wie haben sich die Anzahl und die Zusammensetzung – insbesondere bezüglich Anzahl, Alter, Vermittlungseinschränkungen – der beim AMS OÖ als arbeitslos vorgemerkten Personen seit den im Jahr 2014 in Kraft getretenen Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters verändert?
2. Inwieweit lässt sich der Einfluss der jeweiligen Maßnahmen (Hacklerregelung, IP-Neu) auf Anzahl und Zusammensetzung der beim AMS arbeitslos vorgemerkten Personen feststellen?
3. Wie wirken sich diese Veränderungen auf die Anforderungen der AMS-MitarbeiterInnen aus?
4. Welche Handlungsansätze lassen sich für das AMS OÖ daraus ableiten?

### **Forschungsfrage 1: Veränderung der Anzahl und die Zusammensetzung der beim AMS OÖ vorgemerkten Personen**

Für den gewählten Beobachtungszeitraum 2009 bis 2019 (fünf Jahre vor und sechs Jahre nach Inkrafttreten der Maßnahmen im Jahr 2014) wird eine deutliche Veränderung der Struktur der beim AMS OÖ vorgemerkten Arbeitslosen sichtbar: So hat sich der Anteil der ab 50-Jährigen (von 17% auf 32%) und der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (von 14% auf 29%) innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen im Beobachtungszeitraum etwa verdoppelt. Werden mehrere dieser Faktoren, die die Chance auf eine Beschäftigung reduzieren (Risikofaktoren), addiert, so wird deutlich, dass Personen, die drei Risikofaktoren – „50+“, „gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen“ und maximal Pflichtschulabschluss – aufweisen, im Beobachtungszeitraum von 2,5% auf 9% aller Arbeitslosen in Oberösterreich anstiegen, sich also anteilmäßig mehr als verdreifacht haben. In absoluten Zahlen wuchs diese Gruppe von 759 Personen im Jahr 2009 auf 3.077 Personen im Jahr 2019 an (Jahresdurchschnittsdaten), was absolut gesehen mehr als eine Vervierfachung darstellt. Somit zeigt sich ein deutlicher Anstieg an Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen. Der Anteil von Arbeitslosen mit niedrigem Bildungsniveau (maximal Pflichtschulabschluss) verhält sich über den Beobachtungszeitraum stabil.

Unabhängig vom Inkrafttreten des SRÄG (IP-Neu) und den Änderungen bei den Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversichertenpension („Hacklerregelung“) im Jahr 2014 sowie der AMS-Umstellung beim Pensionsvorschuss im Jahr 2013 zeigt sich in Oberösterreich eine deutliche Steigerung des Potenzials von Menschen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen. Dieses Potenzial stieg von etwa 10.300 Personen im Jahr 2009 auf etwa 13.400 im Jahr 2018. Allerdings wird deutlich, dass sich die institutionellen Zuständigkeiten für diese Personengruppe ab dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2018 kontinuierlich verschoben: Während in den Jahren 2009 bis 2012 etwa 70% dieser Menschen vom AMS und 30% von der PVA betreut wurden, zeigt sich im Jahr 2018 ein Verhältnis von 80%:20%.

### **Forschungsfrage 2: Einfluss der jeweiligen Maßnahmen („Hacklerregelung“, IP-Neu)**

Um den Einfluss von „Hacklerregelung“ und IP-Neu festzustellen, wurde mithilfe von Regressionsrechnungen und Differenzen-in-Differenzen-Analysen ein fiktives Szenario gebildet, das die Entwicklung der Struktur der Arbeitslosen in Oberösterreich ohne diese gesetzlichen Änderungen simuliert. Dabei wurden die konjunkturellen und demografischen Entwicklungen sowie das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und das Pensionsantragsverhalten mitberücksichtigt. In der Folge wurde das fiktive dem realen Szenario gegenübergestellt, um den Einfluss der beiden gesetzlichen Änderungen zu messen. Mittels weiterer Differenzen-in-Differenzen-Analysen konnte der Einfluss von „Hacklerregelung“ und „IP-Neu“ getrennt dargestellt werden.

Es zeigt sich, dass nicht nur die beiden gesetzlichen Änderungen, sondern auch die Umstellung im AMS vom Status „Pensionsvorschuss auf IP“ auf den Status „Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“ im Jahr 2013 einen wesentlichen Einfluss auf die Zahl und Struktur der beim AMS vorgemerkten Arbeitslosen ausübte. Alle drei Änderungen bewirkten, dass das AMS Oberösterreich im Jahr 2018 etwa 4.200 Arbeitslosenvormerkungen (Jahresdurchschnitt) mehr hatte als ohne diese drei Änderungen – also etwa 35.200 statt 31.000 Arbeitslose. Etwas mehr als die Hälfte der 4.200 Arbeitslosen wären jedoch weiterhin im Zuständigkeitsbereich des AMS und würden einen Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension beziehen.

Lediglich 2% der Differenz von 4.200 Arbeitslosen wären durch die geänderte „Hacklerregelung“ zustande gekommen. Dieser Anteil erscheint deswegen so niedrig, da der durchschnittliche Langzeitversicherte nach den geänderten Anspruchsvoraussetzungen die Optionen Korridorpension oder Altersteilzeit bis Alterspension wählte.

Auch auf die Struktur der Arbeitslosen hinterließen die Veränderungen der Jahre 2013 und 2014 deutliche Spuren: So zeigen sich im fiktiven Szenario des Jahres 2018 etwa 7.300

Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und 7.800 Arbeitslose ab 50 Jahren. Tatsächlich wies das AMS für das Jahr 2018 bei diesen beiden Zielgruppen 9.700 bzw. 11.000 Arbeitslose aus, also eine Differenz zum fiktiven Szenario von 2.400 bei Arbeitslosen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen bzw. 3.100 Arbeitslosen mehr ab 50 Jahren.

46% der gesamten Veränderung wurden verursacht durch das im Jahr 2014 in Kraft getretene SRÄG 2012 – dieser Anteil ergibt sich vor allem durch eine deutliche Reduktion der gestellten BU/IV-Anträge.

Ein Teil der strukturellen Veränderungen der Arbeitslosen ist auf demografische Verschiebungen in der Altersstruktur der erwerbsfähigen Bevölkerung zurückzuführen. Die Zahl der 50-jährigen und älteren erwerbsfähigen Personen stieg im Beobachtungszeitraum in Oberösterreich von 201.000 auf 255.000 (+27%). Dieses Wachstum ist der Generation der Baby-Boomer geschuldet, die im Beobachtungszeitraum nach und nach in die Alterskohorte der ab 50-Jährigen gelangte. Diese altersspezifische Entwicklung zwischen 2009 und 2018 beeinflusste maßgeblich die Altersstruktur unselbständig Beschäftigter sowie in der Folge die der Arbeitslosen.

### **Forschungsfrage 3: Auswirkungen auf Anforderungen der AMS-MitarbeiterInnen**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 3 werden die Ergebnisse der Online-Befragung von AMS-BeraterInnen herangezogen. Der Fokus in der Befragung wurde auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gelegt.

Die größten Herausforderungen in der Beratung und Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ergeben sich gemäß den offenen Ausführungen der befragten BeraterInnen vor allem dadurch, dass die passenden Arbeitsplätze für diese Zielgruppe fehlen bzw. der Arbeitsmarkt nicht aufnahmefähig für diese Personengruppe ist. Besonders herausfordernd sind Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bzw. mit einem abgelehnten Antrag auf Invaliditätspension, da hier die Vermittelbarkeit am 1. Arbeitsmarkt kaum gegeben ist. Von einem Anstieg dieser Personengruppe gehen 99% der befragten BeraterInnen aus. Als Ursache für den Anstieg an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen geben je rund neun von zehn BeraterInnen Veränderungen der Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt und einen erschwerten Pensionszugang an. Hinzu kommt, dass gerade Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen häufig eine Kumulation von verschiedenen Vermittlungshemmnissen (z.B. geringe Deutschkenntnisse, niedriges Bildungsniveau, Mobilitätseinschränkungen, Langzeitarbeitslosigkeit) aufweisen.

Die Wahrnehmungen der AMS-BeraterInnen konnten mittels des Analyse-Modells nachgewiesen werden. Insbesondere der Anstieg an Personen mit sehr eingeschränkten Arbeitsmarktchancen – hohes Alter, gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen, Langzeitarbeitslosigkeit – in den letzten Jahren wird, wie oben bereits angeführt, deutlich. Somit kommt es zu einem Anstieg an beratungsintensiven Kundinnen und Kunden mit sehr eingeschränkten Vermittlungschancen, für die oftmals das erforderliche Knowhow sowie die Zeitressourcen in der Beratung fehlen.

Im Beratungsalltag sind die AMS-MitarbeiterInnen zudem mit einem hohen Dokumentationsaufwand konfrontiert. Im Durchschnitt beträgt das Verhältnis Dokumentation zu Beratung 50:50. Die Zufriedenheit mit dem Verhältnis Zeit für Administration/Dokumentation vs. Zeit für die Beratung fällt gering aus: Nur gut ein Drittel (34%) ist damit zufrieden, wobei nur 1% „sehr zufrieden“ ist (im Vergleich: 40% der Befragten sind mit der Beratungstätigkeit insgesamt „sehr zufrieden“ und 51% „eher zufrieden“). Neben dem eingeschränkten Angebot passender Plätze am Arbeitsmarkt und in Unterstützungsangeboten sind die BeraterInnen noch mit den Steuerungssystemen (Ziele, BSC – Balanced Scorecard) des AMS konfrontiert, welchen den Handlungsspielraum vorgeben. Diese werden für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen überwiegend als „wenig“ (34%) bzw. „gar nicht hilfreich“ (47%) bei der Beratung und Vermittlung erachtet. In den offenen Begründungen wird deutlich, dass die individuelle Situation der Personen – gerade bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen – zu unterschiedlich ist, um diese mittels Steuerungssystemen entsprechend abbilden zu können. Statt der Fokussierung auf „Zahlen und Statistiken“ sollte mehr Wert auf die Person und eine qualitative Beratung gelegt werden, so die befragten AMS-BeraterInnen. Die Zielvorgaben stehen oftmals im Widerspruch mit den geringen Arbeitsmarktchancen und dem eingeschränkt verfügbaren AMS-Förderangebot. Dies übt sowohl Druck auf BeraterInnen als auch auf KundInnen auf.

#### **Forschungsfrage 4: Handlungsansätze**

Die deskriptive Darstellung der Veränderungen der Struktur der Arbeitslosen zeigt deutlich auf, dass sich in den letzten zehn Jahren die Struktur der arbeitslos vorgemerkten Personen in Oberösterreich signifikant verändert hat. Es kam zu einem Anstieg von Personen mit geringen Chancen auf Vermittlung, insbesondere Ältere, Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und Langzeitarbeitslose. Diese Entwicklung fand bereits vor Inkrafttreten der betrachteten Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters im Jahr 2014 statt und beschleunigte sich seitdem. Wie in der Studie eindrücklich dargestellt, sind die Ursachen für diese Veränderungen nur zu einem Teil auf die Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters – insbesondere dem SRÄG 2012 und den Umstellungen beim

Pensionsvorschuss – zurückzuführen. Andere Gründe können in der Alterung der erwerbsfähigen Bevölkerung und in den Entwicklungen am Arbeitsmarkt verortet werden.

Diese Entwicklungen öffnen ein Spannungsfeld für die AMS-BeraterInnen: Die bei der Beantwortung der Forschungsfrage 3 skizzierten Ausführungen verdeutlichen, dass die AMS-BeraterInnen mit einer zunehmenden KundInnen-Anzahl an betreuungsintensiven KundInnen mit sehr geringen Chancen auf eine Vermittlung konfrontiert sind. Dem gegenüber bestehen Rahmenbedingungen, die den Handlungsspielraum eingrenzen. Es fehlen geeignete Arbeitsplätze und Unterstützungsangebote. Daneben sind die Zeitressourcen begrenzt, das Fachknowhow für die Zielgruppe reicht oft nicht aus sowie grenzen die AMS-Steuerungssysteme den Handlungsspielraum zusätzlich ein.

An mehreren Stellen der Online-Befragung wurde nach Verbesserungen gefragt. Diese Antworten liefern die Basis für die nachfolgend beschriebenen Handlungsansätze. Ergänzend werden auch Befunde aus anderen Studien herangezogen.

Der Fokus der Handlungsansätze orientiert sich dabei auf den Zuständigkeitsbereich des AMS. Wobei an dieser Stelle darauf hingewiesen werden sollte, dass zur Förderung der Beschäftigungsintegration von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Mitwirkung aller relevanten AkteurInnen (ÖGK, Ärztinnen/Ärzte, Unternehmen, AMS, PVA, berufliche Reha-AnbieterInnen etc.) entscheidend ist, Schnittstellen verbessert gehören und möglichst früh angesetzt werden sollte (vgl. Eppel et al. 2016, S. 796; Lankmayer 2016, S. 62-63; Eppel et al. 2017, S. 132). Folgende Handlungsansätze wurden abgeleitet:

### **Strukturelle Analyse der Beratung**

Wie zuvor beschrieben, hat sich die strukturelle Zusammensetzung der arbeitslosen Personen in den letzten zehn Jahren deutlich verändert. Wie sich diese strukturelle Änderung der Zusammensetzung der AMS-KundInnen auf die Beratungssituation auswirkt, bedarf aber noch einer tiefergehenden Analyse. Konkret empfiehlt sich eine Analyse über das Ausmaß der Zunahme der Beratungsintensität bzw. der Verteilung bestimmter Gruppen nach der aufgewendeten Beratungszeit sowie dahingehend, inwieweit sich die Beratung inhaltlich verändert hat und welches Fachwissen bzw. Knowhow dazu erforderlich ist. Ziel dieser strukturellen Analyse ist es, eine Grundlage zu schaffen, um die nachfolgend beschriebenen Ansatzpunkte zielgerichtet umzusetzen.

## Anpassung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente

Das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird durch die befragten BeraterInnen signifikant schlechter bewertet als jenes für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (98% sehr/eher gut vs. 63% sehr/eher gut). Stabilisierungsangebote, Arbeitsstiftungen, Qualifizierungsangebote, Eingliederungsbeihilfen und freiwillige berufliche Reha werden am sinnvollsten für die Zielgruppe erachtet. Die offenen Nennungen im Zusammenhang mit Verbesserungsmöglichkeiten des AMS-Förderangebotes verdeutlichen, dass es angesichts eines höheren Unterstützungsbedarfs der Zielgruppe eines Ausbaues von Stabilisierungsangeboten allgemein und speziell für Personen mit psychischen Einschränkungen bedarf. Vor dem Hintergrund der eingeschränkten Perspektiven auf eine Beschäftigung am 1. Arbeitsmarkt sehen die BeraterInnen einen Bedarf an Beschäftigungsprojekten. Aufgrund bestehender Vermittlungsquoten wird jedoch bei Beschäftigungsprojekten (z.B. Sozialökonomische Betriebe) eine formale Zugangsbarriere für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gesehen. Auch Angebote im geschützten Bereich sollten in der Auffassung der befragten AMS-BeraterInnen ausgebaut werden.

Die Einschätzungen der befragten BeraterInnen hinsichtlich eines Ausbaues der angeführten AMS-Förderangebote decken sich mit den Ergebnissen einer WIFO-Studie zu Wirkungen von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in Oberösterreich (Eppel et al. 2017, S. 127f): Ein Wirkung auf die Integration in ungeforderte Beschäftigung – teilweise erst mit großer Zeitverzögerung – konnte für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach der Teilnahme an einer fachlichen Qualifizierung (trägerbezogene fachliche Qualifizierung und Beihilfen zu Kurskosten), geförderter Beschäftigung am ersten und zweiten Arbeitsmarkt und BBE (Beratungs- und Betreuungseinrichtung) nachweisen. Im Vergleich zu Personen ohne gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird zudem deutlich,

- dass die Teilnahme an einer BBE nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen nachweislich die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung fördert.
- Eingliederungsbeihilfen haben bei gesundheitlichen Einschränkungen eine noch stärkere beschäftigungssteigernde Wirkung als für diejenigen ohne gesundheitliche Einschränkungen.
- Förderungen am zweiten Arbeitsmarkt (SÖB, GBP, SÖBÜ) steigern die Erwerbsbeteiligung im Betrachtungsreitraum, aber nur bei gesundheitlich eingeschränkten Personen auch die Integration in ungeforderte unselbständige Beschäftigung.



Im Hinblick auf die Art der gesundheitlichen Einschränkungen konnten höhere Beschäftigungseffekte für Personen mit psychischen Erkrankungen nach der Teilnahme an einer geförderten Beschäftigung am 2. Arbeitsmarkt festgestellt werden.

Somit decken sich die Einschätzungen der BeraterInnen sehr gut mit den empirisch nachgewiesenen Wirkungen in der angeführten WIFO-Studie für den oberösterreichischen Arbeitsmarkt. Daraus lässt sich ableiten, dass für die Zielgruppe von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen vor allem ein Ausbau von Stabilisierungsangeboten, wie z.B. BBE, Beschäftigungsförderungen am 1. und 2. Arbeitsmarkt sowie Qualifizierungsangebote zielführend sind. Es empfiehlt sich daher, die bestehenden Angebote den veränderten Herausforderungen, quantitativ wie qualitativ, anzupassen.

### **Anpassung der Beratungsstrukturen**

Im Zusammenhang mit Verbesserungsansätzen bei der Beratungssituation lässt sich aus den Befragungsergebnissen ein Bedarf der Erhöhungen der Zeitressourcen für eine qualitätsvolle Beratung ableiten. Mehr Zeit bzw. mehr Personal sind die am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge der befragten BeraterInnen. Die Schilderungen der BeraterInnen zu den Erfahrungen mit der Umstellung auf eine telefonische Beratung und auf einen vermehrten Einsatz von eAMS aufgrund der COVID-19-Pandemie zeigen auf, dass auch in Zukunft darüber nachgedacht werden kann, dies für bestimmte Gruppen (z.B. „jobready“-KundInnen) beizubehalten. Eine dadurch möglicherweise entstehende Zeitersparnis könnte für beratungsintensivere KundInnen in der persönlichen Beratung aufgewendet werden.

Um eine qualitätsvolle Beratung für die Zielgruppe zu ermöglichen, bedarf es neben der entsprechenden Beratungszeit auch eines gewissen Fachknowhow. Dies beinhaltet Fachkenntnis über Erkrankungsarten und die damit verbundenen Einschränkungen sowie hinsichtlich der verfügbaren Unterstützungsangebote und über die Abläufe bei den einzubindenden Institutionen (z.B. ÖGK, PVA). Als diesbezügliche Vorschläge wurden etwa Workshops zum Wissenstransfer mit Reha-BeraterInnen genannt oder die Schaffung eines Überblicks über bestehende Unterstützungsangebote, z.B. in Form einer Website. Daneben wird der Wunsch nach einer Spezialisierung seitens der Befragten geäußert. Eine Reha-Spezialisierung besteht zwar in den meisten Regionalstellen, aber nicht in allen. Zudem würden die befragten BeraterInnen die vorhandenen Ressourcen als nicht ausreichend ansehen.

## Optimierung der Zielsteuerung und Zielsetzungen

Wie bei der Beantwortung der Forschungsfrage 3 bereits angeführt, werden die AMS-Steuerungssysteme als wenig hilfreich in der Beratung und Vermittlung von KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen seitens der befragten BeraterInnen betrachtet. Diese würden Druck sowohl auf die BeraterInnen als auch auf KundInnen ausüben. Mitunter kommt es laut den Schilderungen der BeraterInnen vor, dass aufgrund von Zielvorgaben und Vermittlungsquoten auf Angebote nicht zugewiesen wird, obwohl diese als hilfreich für die Person betrachtet wird. Diese sogenannten „Creaming-Effekte“ („Rosinenpicken“), bedingt durch die AMS-Steuerungssysteme, sind in der empirischen Arbeitsmarktforschung bereits vielfach beschrieben (z.B. Eppel et al. 2017b, S. 498; S. 500). Auch die bereits angeführte WIFO-Studie (Eppel et al. 2016), greift diesen Punkt auf und schlägt eine Optimierung der Zielsetzungen bzw. Maßnahmenbewertung vor. Insbesondere über die Erfolgsbetrachtung der Maßnahmen, die zumeist kurzfristig und stichtagsbezogen erfolgt, gilt es zu überdenken.

Aus den Erkenntnissen empirischer Forschung zu Wirkungen von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen geht eindeutig hervor, dass positive Beschäftigungseffekte von Programmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik bei kurzfristiger Betrachtung (bis zu einem Jahr) häufig keine bzw. eine geringfügige Wirkung zeigen und positive Effekte erst bei einer mittel- bis längerfristigen Betrachtung (zwei bis drei Jahre) sichtbar werden (u.a. Card et. al 2010/2018; Vooren et al. 2019; für den österreichischen Arbeitsmarkt: Eppel et al. 2014; Eppel et al. 2017). Dies gilt es, bei der Erfolgsbetrachtung zu berücksichtigen. Daneben zeigen einschlägige Evaluierungen (u.a. Niederberger 2018; Osterkorn et al. 2014; Lankmayer et al. 2020), dass arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Personen mit hohem Unterstützungsbedarf und speziell bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Reihe an Wirkungen erzielen können (z.B. Abbau sozialer Problemlagen, Verbesserung der psychischen und/oder physischen Gesundheit, Perspektivenerweiterung, Stärkung des Selbstvertrauens), die über die Beschäftigungseffekte hinausgehen. Eine Aufnahme alternativer Erfolgsindikatoren, welche diese „weichen Wirkungen“ berücksichtigen, könnte zur Vorbeugung dieser Selektionseffekte bei der Zuweisung beitragen.

## 7. Verzeichnisse

### 7.1 Abkürzungen

AG	Abklärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße
AL	Arbeitslose
AMAS	Arbeitsmarkt Assistenz System
AMS	Arbeitsmarktservice
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BDZ	Berufsdiagnostisches Zentrum
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BU/IV	Berufsunfähigkeit/Invalidität
COVID	Coronavirus Disease
DiD	Differenzen-in-Differenzen-Analyse
gVE	gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen
IP	Invaliditätspension
KUA	Kurzarbeit
ÖGK	Österreichische Gebietskrankenkasse
ÖNB	Österreichische Nationalbank
OÖ	Oberösterreich
P.Vors.IP	Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SÖB	Sozialökonomischer Betrieb
SRÄG	Sozialrechtsänderungsgesetz
STAT	Statistik Austria
Zuerk.IP W.gew.	Weitergewährung einer Invaliditätspension/ Berufsunfähigkeitspension
Zuerk.IP Erst.	Zuerkennung einer Invaliditätspension/ Berufsunfähigkeitspension nach Erstantrag

## 7.2 Abbildungen

Abbildung 1: Überblick Forschungsdesign	12
Abbildung 2: Konzept Analyse-Modell	15
Abbildung 3: Deskription – Modellbildung – Ergebnisse	20
Abbildung 4: Anteil an der erwerbsfähigen Bevölkerung in OÖ	22
Abbildung 5: Entwicklung der Erwerbsbevölkerung und der unselbständig Beschäftigten	23
Abbildung 6: Anteil an allen unselbständigen Beschäftigten in OÖ	24
Abbildung 7: Beschäftigungsquoten in OÖ	25
Abbildung 8: Gegenüberstellung der Anteile unselbständig Beschäftigter & Arbeitsloser	25
Abbildung 9: Vergleich Arbeitslosenquoten in OÖ mit BIP-Wachstum	26
Abbildung 10: Arbeitslose mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung	27
Abbildung 11: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (gVE) an allen Arbeitslosen	28
Abbildung 12: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen an der jeweiligen Alterskohorte/am jeweiligen Geschlecht	29
Abbildung 13: Langzeitarbeitslose in OÖ	30
Abbildung 14: Anteil Langzeitarbeitsloser innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen	31
Abbildung 15: Langzeitbeschäftigungslose in OÖ	32
Abbildung 16: Anteil Langzeitbeschäftigungsloser innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen	33
Abbildung 17: Durchschnittliche Vormerkdauer unterschiedlicher Beobachtungsgruppen	34
Abbildung 18: Durchschnittliche Vormerkdauer von Arbeitslosen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (gVE)	35
Abbildung 19: Durchschnittliche Verweildauer unterschiedlicher Beobachtungsgruppen	36
Abbildung 20: Durchschnittliche Verweildauer von Arbeitslosen mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung (gVE)	36
Abbildung 21: BezieherInnen eines Pensionsvorschusses auf Invaliditätspension	37
Abbildung 22: Personen im Status AG (Abklärung der Arbeitsfähigkeit/ Gesundheitsstraße).	39
Abbildung 23: Personen im Status Pensionsvorschuss auf IP oder im Status AG	39
Abbildung 24: Anteil Arbeitsloser mit maximal Pflichtschulabschluss innerhalb unterschiedlicher Beobachtungsgruppen	40
Abbildung 25: Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (gVE) & maximal Pflichtschulabschluss an allen Arbeitslosen in OÖ	41
Abbildung 26: Überblick Strukturveränderungen Arbeitslose Oberösterreich	42
Abbildung 27: Pensionsanträge in OÖ	44
Abbildung 28: Pensionszuerkennungen in OÖ	46

Abbildung 29: Pensionsablehnungen in OÖ	47
Abbildung 30: Pensionszuerkennungsraten in OÖ	48
Abbildung 31: Pensionsablehnungsraten in OÖ	49
Abbildung 32: Reha-Geld und Umschulungsgeld-BezieherInnen	50
Abbildung 33: Invaliditätspensions-Zuerkennungen und Reha-Geld-Gewährungen	51
Abbildung 34: Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	55
Abbildung 35: Absolute Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen	56
Abbildung 36: Relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen	56
Abbildung 37: Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (bis 2013 reales Szenario, ab 2014 fiktives Szenario)	59
Abbildung 38: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	60
Abbildung 39: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für das Potenzial von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen	61
Abbildung 40: Relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen (bis 2013 reales Szenario, ab 2014 fiktives Szenario)	62
Abbildung 41: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für die relative Verteilung des Potenzials von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Institutionen	62
Abbildung 42: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit und ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen sowie Personen mit Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension/Status AG	64
Abbildung 43: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	65
Abbildung 44: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	66
Abbildung 45: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren sowie Personen mit Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension/Status AG	67
Abbildung 46: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren	68

Abbildung 47: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren	68
Abbildung 48: Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50-Jahren mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung	69
Abbildung 49: Geschlechtsspezifische Gegenüberstellung des realen und fiktiven Szenarios für Arbeitslose ab 50 Jahren mit gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung	69
Abbildung 50: Arbeitslose im realen vs. fiktiven Szenario im Jahr 2018	72
Abbildung 51: Beratungstypen	74
Abbildung 52: Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	76
Abbildung 53: Anteile psychische/physische Beeinträchtigungen bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	78
Abbildung 54: Hat sich der Anteil an KundInnen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren verändert?	79
Abbildung 55: Ursachen für Anstieg von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	80
Abbildung 56: Art der gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nach Häufigkeit	81
Abbildung 57: Auswirkungen der COVID-19 Krise auf Personen mit ges. VE	87
Abbildung 58: Bedeutung freiwilliger beruflicher Reha bei Vermittlung	93
Abbildung 59: Veränderte Kommunikation seit SRÄG 2012	94
Abbildung 60: Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit	95
Abbildung 61: AMS-Förderangebot	97
Abbildung 62: AMS-Förderangebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	98
Abbildung 63: Zufriedenheit Beratungstätigkeit	101
Abbildung 64: Anteil Zeitaufwand Dokumentation/Administration und Beratung	103
Abbildung 65: AMS-Steuerungssysteme	104
Abbildung 66: Wie belastend empfanden Sie Ihre Beratungstätigkeit?	107

### 7.3 Tabellen

Tabelle 1: Relative Anteile der gesetzlichen Änderungen an den Differenzen	71
Tabelle 2: Beratungsbereich	73
Tabelle 3: Soziostruktur der Befragten	75
Tabelle 4: Anteile psychische/physische Beeinträchtigungen	77
Tabelle 5: Herausforderungen in der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	82
Tabelle 6: Anteil Zeitaufwand Dokumentation/Administration vs. Beratung	102
Tabelle 7: Herausforderungen in der COVID-19-Krise	108
Tabelle 8: Das funktionierte gut.	110
Tabelle 9: Verbesserungsbedarf Beratungsalltag COVID-19-Krise	111
Tabelle 10: Verbesserungsvorschläge	113

## 8. Literatur

AMS (2015). Spezialthema zum Arbeitsmarkt: Langzeitarbeitslosigkeit und Langzeitbeschäftigungslosigkeit. Online verfügbar unter: [https://www.ams.at/content/dam/dokumente/berichte/001\\_spezialthema\\_1115.pdf](https://www.ams.at/content/dam/dokumente/berichte/001_spezialthema_1115.pdf) (dl:02.11.2020)

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz). Grundlagen des österreichischen Pensionssystems. Ausgabe 2019. Wien: BMASGK. Online verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=652> (dl: 29.12.2020)

Card, D./Kluve, J./Weber, A. (2010). Active labour market policy evaluations: A meta-analysis. In: *The Economic Journal*, vol 120 (548), S. 452-477.

Card, D./Kluve, J./Weber, A. (2018). What Works? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations. In: *Journal of the European Economic Association*, 16 (3), 894-931.

Eppel, R./Horvath, T./Lackner, M./Mahringer, H./Hausegger, T./Hager, I./Reidl, C./Reiter, A./Scheiflinger, S./Friedl-Schafferhans, M. (2014a). Evaluierung von Sozialen Unternehmen im Kontext neuer Herausforderungen. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/50690> (dl: 26.11.2019).

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

Eppel, R./Leoni, T./Mahringer, H./Hausegger, T./Reidl, C./Weber, F. (2017a). 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. Wien: WIFO.

Eppel, R./Mahringer, H./Sauer, P. (2017b). Österreich 2025 – Arbeitslosigkeit und die Rolle der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In: *WIFO-Monatsberichte* 90 (6), S. 493-505.



Fuchs, M. (2013). Die weitere Erwerbsbiographie von Arbeitern und Angestellten, deren Antrag auf Invaliditätspension abgelehnt wurde. In: Soziale Sicherheit 5/2013, S. 256-265.

Abrufbar unter:

[https://www.researchgate.net/publication/321973352\\_Die\\_weitere\\_Erwerbsbiographie\\_von\\_Arbeitern\\_und\\_Angestellten\\_deren\\_Antrag\\_auf\\_Invaliditaetspension\\_abgelehnt\\_wurde\\_in\\_Soziale\\_Sicherheit\\_52013\\_256-265](https://www.researchgate.net/publication/321973352_Die_weitere_Erwerbsbiographie_von_Arbeitern_und_Angestellten_deren_Antrag_auf_Invaliditaetspension_abgelehnt_wurde_in_Soziale_Sicherheit_52013_256-265) (dl:18.2.2020).

Haller, A./Staubli, S./Zweimüller, J. (2019). Evaluation IP Neu (Studie im Auftrag des BMASGK). Wien: Verlag des ÖGB GmbH. Wien: Prospect Unternehmensberatungs GesmbH.

Hausegger, T./Reidl, C./Scharinger, C. (2012). Begleitende Evaluierung der „Gesundheitsstraße“. Endbericht (Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz). Online verfügbar unter:

[https://www.prospectgmbh.at/wp/wp-content/uploads/2014/11/Endbericht\\_Gesundheitsstra%C3%9fe.pdf](https://www.prospectgmbh.at/wp/wp-content/uploads/2014/11/Endbericht_Gesundheitsstra%C3%9fe.pdf) (dl: 29.12.2020)

Heil, E./Oberhauser, S./Walch, D. (2013). Erstzugänge in Eigenpension 2010. Arbeitsmarkt- und Branchenintegration von InvaliditätspensionszugängerInnen. IHS-Studie im Auftrag des BMASK.

Kugler, F./Schwerdt, G./Wößmann L. (2014). Ökonometrische Methoden zur Evaluierung kausaler Effekte der Wirtschaftspolitik. IZA Standpunkte Nr. 69. Online verfügbar unter: <http://ftp.iza.org/sp69.pdf> (dl: 12.01.2020)

Lankmayer, T. (2016). Gesundheitliche Einschränkungen und Förderung der Arbeitsmarktintegration. Lücken, Optimierungspotenziale und Handlungsfelder (unveröffentlichte Studie im Auftrag des FAB). Linz: IBE.

Lankmayer, T./Hiesmair, M./Niederberger, K. (2020). Evaluierung der ESF-Umsetzung für Salzburg. Projektbericht „Relimpuls“. (Studie im Auftrag des Land Salzburg). Linz: IBE. Online verfügbar unter:

[https://www.salzburg.gv.at/soziales\\_/Documents/200815EvalberichtReimpulsV1final.pdf](https://www.salzburg.gv.at/soziales_/Documents/200815EvalberichtReimpulsV1final.pdf) (dl:29.12.2020).

Niederberger, K. (2018). Social Return on Investment (SROI) – am Beispiel des sozialökonomischen Betriebes (SÖB) SMARTWORK (Studie im Auftrag des AMS OÖ). Linz: AMS.

ÖNB (Österreichische Nationalbank) (2020). Ausgewählte volkswirtschaftliche Kennziffern. Online verfügbar unter:  
<https://www.oenb.at/isaweb/report.do;jsessionid=7DE6F55DCFD8F17DC5F027917457D8CB?report=7.1> (dl: 03.09.2020)

PVA – Pensionsversicherungsanstalt (2020). Vorzeitige Alterspension – Langzeitversicherungspensionen. Online verfügbar unter:  
<https://www.pensionsversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.636568&version=1580123855> (dl: 05.11.2020)

PVA (Pensionsversicherungsanstalt) (2015): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Wien: Pensionsversicherungsanstalt. Online verfügbar unter:  
<http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvaportal/content/contentWindow?&contentid=10008.577845&action=b&cacheability=PAGE> (dl:29.12.2020).

Rumpelsberger, K./Zoufal, K./Mayr, H. (2014). Die neuen Leistungen der Krankenversicherung für Empfänger von Rehabilitationsgeld. In: Soziale Sicherheit, 3/2014, S. 115-118.

Statistik Austria (2020a). Erwerbstätige und unselbständig Erwerbstätige nach Vollzeit/Teilzeit und Geschlecht seit 1994. Online verfügbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeit\\_zeit/teilzeitarbeit\\_teilzeitquote/062882.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeit_zeit/teilzeitarbeit_teilzeitquote/062882.html) (dl: 03.09.2020)

Statistik Austria (2020b). Bruttoregionalprodukt nominell 2000-2018 nach Bundesländern: absolut und je Einwohner. Online verfügbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche\\_gesamtrechnungen/regionale\\_gesamtrechnungen/nuts2-regionales\\_bip\\_und\\_hauptaggregate/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/volkswirtschaftliche_gesamtrechnungen/regionale_gesamtrechnungen/nuts2-regionales_bip_und_hauptaggregate/index.html) (dl: 03.09.2020)

Statistik Austria (2020c). Anzahl der Personen und Bedarfsgemeinschaften sowie Höhe der Ausgaben in der Mindestsicherung 2013 - 2019. Online verfügbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_landesebene/mindestsicherung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/mindestsicherung/index.html) (dl: 03.09.2020)

Statistik Austria (2020d). Demographische Indikatoren - erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich. Online verfügbar unter:  
[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/demographische\\_indikatoren/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html) (dl: 08.09.2020)

Statistik Austria (2020e). Bevölkerung nach Alter und Bundesland und Geschlecht. Online verfügbar unter:

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung\\_nach\\_alter\\_geschlecht/index.html#:~:text=J%C3%A4nner%202020%20lebten%20in%20%C3%96sterreich,1.019%20Frauen\)%20waren%20am%201.](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html#:~:text=J%C3%A4nner%202020%20lebten%20in%20%C3%96sterreich,1.019%20Frauen)%20waren%20am%201.)

(dl: 18.11.2020)

Statistik Austria (2020f). Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen in der gesetzlichen Pensionsversicherung 1970 bis 2019. Online verfügbar unter:

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_bundesebene/pensionen\\_und\\_renten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/pensionen_und_renten/index.html) (dl: 28.01.2021)

Vooren, M./Haelermans, C./Groot, W./Maassen van den Brink, H. (2019). The effectiveness of active labor market policies: a meta-analysis. In: *Journal of Economic Surveys*, 33 (1), 125-149.

## 9. Anhang

### 9.1 Glossar

#### SRÄG 2012 – „IP-Neu“

Im Rahmen des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012 (BGBl. I Nr. 3/2013) traten am 1.1.2014 umfassende Neuregelungen im Bereich der Invaliditätspension („IP-Neu“) in Kraft. Ziel der Gesetzesänderung ist die verstärkte Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und die Vermeidung von krankheitsbedingten Pensionierungen. (Haller et al. 2019, S. 31)

Für alle nach dem 31.12.1963 geborenen Personen wurde ab 1.1.2014 die Möglichkeit einer befristeten Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension abgeschafft. Damit ist seit 2014 eine befristete IP für unter 50-Jährige nicht mehr möglich. Ab 2015 (2016, 2017, etc.) erhöhte sich die Altersschwelle auf das Alter 51 (52, 53, etc.). Mittelfristig läuft die befristete IP somit vollständig aus. Ein Pensionsanspruch besteht in Zukunft nur dann, wenn Versicherte nicht medizinisch oder beruflich rehabilitiert werden können. (Haller et al. 2019, S.31)

Im neu geschaffenen Kompetenzzentrum Begutachtung der PVA (Beschreibung siehe weiter unten) erfolgt die Überprüfung der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit. Bei vorübergehender Invalidität – mindestens 6 Monate – wird im Falle einer Zweckmäßigkeit und Zumutbarkeit einer Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zugewiesen. Die Personen haben Anspruch auf **Umschulungsgeld** für die Dauer der beruflichen Umschulung. (Haller et al. 2019, S.31) Die Teilnahme zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ist verpflichtend, daher wird diese Form auch im Sprachgebrauch des AMS als „Pflichtreha“ in Abgrenzung zur „freiwilligen Reha“ bezeichnet, die es bereits vor Inkrafttreten der Reform gab.

Ist eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation nicht zweckmäßig und zumutbar, haben die Personen Anspruch auf Reha-Geld. Das **Rehabilitationsgeld** gebührt grundsätzlich in gleicher Höhe wie das Krankengeld und ab dem 43. Tag im Ausmaß des erhöhten Krankengeldes. (Haller et al. 2019) Das Rehabilitationsgeld wird grundsätzlich unbefristet ausgestellt bzw. für die Dauer der vorübergehenden Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gewährt. Spätestens nach einem Jahr wird die

Invaliderität bzw. Berufsunfähigkeit wieder durch das Kompetenzzentrum Begutachtung überprüft. (PVA 2015, S. 4)

Die Personen sind an einer Mitwirkung bei der Durchführung der medizinischen Rehabilitation verpflichtet, wird die Mitwirkungspflicht verweigert, so wird das Rehabilitationsgeld für die Dauer der Verweigerung entzogen. (PVA 2015, S. 4). Während des Rehabilitationsgeldbezugs werden die BezieherInnen durch das im Zuge des SRÄG 2012 initiierte Case Management betreut. Das Ziel des Case Managements liegt darin, eine gemeinsame Perspektive mit den RehabilitationsgeldbezieherInnen und einen Versorgungsplan zu entwickeln bzw. zu vereinbaren (Rumpelsberger et al. 2014, S. 115) sowie die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen (§ 143b ASVG).

### Langzeitversicherungspension „Hacklerregelung“

Die Langzeitversicherungspension – umgangssprachlich als „Hacklerregelung“ bezeichnet – ist eine Möglichkeit für Personen mit entsprechenden Beitragsmonaten, vor dem Regelpensionsantrittsalter die Pension anzutreten. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Langzeitversicherungspension wurden im Laufe der Jahre mehrmals angepasst. Ab 2014 haben Anspruch auf eine Langzeitversicherungspension („Hacklerregelung“)

- ab dem 1. Jänner 1954 geborene Männer, sobald sie 540 Beitragsmonate erworben und das 62. Lebensjahr vollendet haben,
- ab dem 1. Jänner 1959 geborene Frauen, für welche die Anspruchsvoraussetzungen schrittweise angehoben werden. (BMSGK 2019, S. 9)

## Änderungen beim Pensionsvorschuss

Mit dem 2. Stabilitätsgesetz 2012 (BGBl. I Nr. 35/2012) wurden Änderungen beim Pensionsvorschuss vorgenommen, die Mitte 2013 in Kraft traten. Der Pensionsvorschuss stellt eine finanzielle Absicherung für Personen dar, die während eines Arbeitslosengeld- oder Notstandshilfebezuges einen Pensionsantrag auf Invaliditätspension gestellt haben. Gemäß der alten Regelung bis Mitte 2013 erhielten die Personen ab Antrag anstatt Arbeitslosengeld/Notstandshilfe den Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension. Diese Personen wurden nicht in der Arbeitslosenstatistik des AMS geführt und mussten auch nicht der Vermittlung zur Verfügung stehen. Im Interview mit AMS-Experten wurde darauf verwiesen, dass die Phase des Pensionsvorschuss-Bezugs sich mitunter über einen längeren Zeitraum erstrecken konnte, wenn die Personen mehrere Anträge stellten bzw. den Bescheid einklagten. Über den gesamten Zeitraum wurde keine Vermittlung seitens des AMS betrieben.

Mit der Neu-Regelung ab Mitte 2013 wurde der Pensionsvorschuss in der bisherigen Form de facto abgeschafft. Stellen Personen einen Antrag auf Invaliditätspension oder wird im Auftrag des AMS bei der Gesundheitsstraße bzw. dem Kompetenzzentrum Begutachtung die Arbeitsfähigkeit überprüft, erhalten die Personen bis zum Vorliegen des ärztlichen Gutachtens vom AMS Arbeitslosengeld/Notstandshilfe weiter ausbezahlt. Bis maximal einen Zeitraum von 2 Monaten – ab 1.1.2014 für 3 Monate – müssen sie der Vermittlung nicht zur Verfügung stehen. Im AMS wird diese Phase mit dem Status AG (Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße) erfasst (Näheres siehe: [https://www.arbeitslosennetz.org/arbeitslosigkeit/rechtshilfe/invaliditaetspension\\_b\\_erufsunfaehigkeitspension\\_pensionsvorschuss\\_2013\\_info\\_AK.html](https://www.arbeitslosennetz.org/arbeitslosigkeit/rechtshilfe/invaliditaetspension_b_erufsunfaehigkeitspension_pensionsvorschuss_2013_info_AK.html)).

## Kompetenzzentrum Begutachtung und Gesundheitsstraße

Das Kompetenzzentrum Begutachtung und die Gesundheitsstraße werden häufig als Synonym verwendet. Beides sind Einrichtungen der PVA, die medizinische Begutachtungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von gesundheitlich beeinträchtigten Personen durchführen.

Mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 wurde das **Kompetenzzentrum Begutachtung** bei der Pensionsversicherungsanstalt als einheitliche Begutachtungsstelle für unselbständig Beschäftigte eingerichtet. In dieser Stelle erstellen medizinische und berufskundliche BegutachterInnen (gemeinsam) ein Gutachten. Bei Bedarf ist auch eine sachkundige Vertreterin/ ein sachkundiger Vertreter des AMS beizuziehen bzw. werden auch externe Stellen, wie z.B. das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ), befasst. Die entsprechenden Bescheide sind für das Arbeitsmarktservice und die Pensionsversicherungsanstalt gleichermaßen bindend. Im Kompetenzzentrum Begutachtung bekommt der medizinische Dienst anlässlich des Pensionsantrages den Auftrag, Invalidität, Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit zu prüfen bzw. ob Berufsschutz vorliegt. Die gesetzliche Grundlage bildet § 307g des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) (BMASGK 2019, S. 22).

Die **Gesundheitsstraße** wurde bereits 2010 bundesweit eingeführt, mit dem Ziel, Mehrfachbegutachtungen im Zuge der Abklärung der Arbeitsfähigkeit durch das AMS und die PVA zu vermeiden (Hausegger et al. 2012, S. 4; 6) und stattdessen eine einheitliche Begutachtungsstelle zu schaffen. Die zentral erstellten Gutachten sind für das AMS und die PVA gleichermaßen bindend. Während das Kompetenzzentrum Begutachtung primär im Zusammenhang mit der Feststellung der Invalidität im Zusammenhang mit Ansprüchen auf Invaliditätspension, Reha-/Umschulungsgeld steht, so dient die Gesundheitsstraße primär dem AMS zur Überprüfung der Arbeitsfähigkeit ihrer KundInnen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Diese Gutachten schätzen ein, inwieweit eine Person arbeitsfähig ist, welchen Anforderungen sie gewachsen ist, und beinhalten Empfehlungen zur Rehabilitation. Diese Gutachten werden auch für die Beurteilung von Pensionsanträgen verwendet. Ziel der Gesundheitsstraße ist es, mittels medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. die Wiedereingliederung der betroffenen Personen in das Berufsleben zu erwirken. Die gesetzliche Grundlage ist § 351b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) (BMASGK 2019, S. 31).

## Gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

Das AMS erfasst die sogenannten „gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“, welche sich grob in die zwei Kategorien „arbeitslose Personen mit Behinderung“ und „sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen“ unterteilt. Erstere beinhaltet „begünstigte Behinderte“ und Personen mit einem Behindertenpass. Die Kategorie „sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen“ umfasst Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in einem breiten Verständnis. Eine genaue Definition existiert nicht, nach Auskunft des AMS muss zumindest ein ärztliches Attest vorliegen. Hinsichtlich Art und Schweregrad der Beeinträchtigung sind keine Informationen vorhanden, da diese aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht erfasst werden. Im explorativen Interview mit AMS-VertreterInnen wurde darauf verwiesen, dass eine gesundheitliche Einschränkung erst dann als gesundheitliche Vermittlungseinschränkung erfasst wird, wenn diese die Vermittelbarkeit einschränkt. Eine Einschränkung beim Gehen stellt etwa für eine Kellnerin/einen Kellner eine gesundheitliche Vermittlungseinschränkung, nicht aber für eine Büroangestellte/einen Büroangestellten dar.



## 9.2 Fragebogen

### Legende

Filter bzw. an wen sich die Frage richtet

#### Einleitungstext (1. Seite im Online-Fragebogen)

- Vielen Dank für die Befragungsteilnahme!
- Ihre Erfahrungen und Sichtweisen in der Beratung von **Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen** sind uns wichtig.
- Die Befragung dauert ca. 15 Minuten.
- Die Befragung ist anonym.
- Mit dem Ausfüllen des Fragebogens erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Angaben anonymisiert verarbeitet und ausgewertet werden.
- Bei Unklarheiten oder Rückfragen kontaktieren Sie bitte das vom AMS OÖ mit der Befragung beauftragte Forschungsinstitut IBE unter 0732/609313-5516 oder [lankmayer@ibe.co.at](mailto:lankmayer@ibe.co.at).

#### I. Angaben zu BeraterInnen-Tätigkeit

Befragte: alle BeraterInnen

**1. Hat Ihre Regionalstelle eine spezialisierte Reha-Beratung?**

- ja
- nein
- kann ich nicht beurteilen

**2. In welchem Beratungsbereich sind Sie überwiegend tätig?**

- Service Zone
- Beratungszone
- Reha-Beratung
- anderer Bereich \_\_\_\_\_

**3. Wenn bei Frage 2 „Beratungszone“: Sind Sie in einer Spezialisierung tätig?**

- ja, Reha-Beratung
- ja, andere \_\_\_\_\_
- nein

**4. Wie lange sind Sie beim AMS OÖ in der Beratung tätig?**

- bis zu einem Jahr
- ein bis drei Jahre
- drei bis 6 Jahre
- 6 bis 10 Jahre
- 10 Jahre und mehr

**5. Wie vielen Stunden pro Woche sind Sie angestellt?**

- weniger als 20 Stunden
- 20 Stunden und mehr

**II. Allgemeine Zufriedenheit**

**6. Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit Ihrer Beratungstätigkeit?**

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher unzufrieden
- sehr unzufrieden

**III. Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

**Befragte:** alle BeraterInnen

**7. Wenn Sie an Ihre derzeitigen Kundinnen und Kunden denken: Wie hoch ist zirka der Anteil an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?**

- bis 10%
- bis 25%
- bis 50%
- bis 75%
- fast alle

**8. Hat sich der Anteil an Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den letzten Jahren verändert?**

- ja, der Anteil ist stark gestiegen
- ja, der Anteil ist leicht gestiegen
- nein, der Anteil hat sich nicht verändert
- nein, der Anteil ist leicht gesunken
- nein, der Anteil ist stark gesunken
- kann ich nicht beurteilen

**9. Wenn bei Frage 8 ja (1-2):** Was sind Ihrer Einschätzung nach die Ursachen für einen Anstieg an Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?

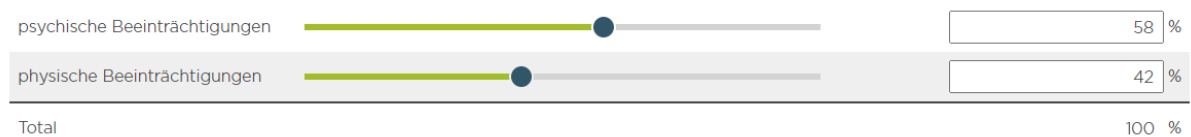
	trifft sehr zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Veränderung der Arbeitsbedingungen in der Arbeitswelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wettbewerb am Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erschwerter Pensionszugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlende Angebote für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
demografische Entwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Gründe					

**10. Wie schätzen Sie das Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen bei gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ein?**

Darstellung im Online-Tool

Wie schätzen Sie das Verhältnis von psychischen zu physischen Beeinträchtigungen unter Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen ein?

Achten Sie bitte darauf, dass die Summe 100% ergibt.



**11. Ergeben sich bei Personen mit gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen durch Einschränkungen in folgenden Aspekten Schwierigkeiten bei der Vermittlung?**

	häufig	manchmal	selten	nie	kann ich nicht beurteilen
Körperhaltung (Sitzen, Gehen, Stehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heben/Tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über-Kopf-Arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten mit Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten in Höhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
berufsbedingtes Lenken eines Fahrzeugs (PKW/LKW, Stapler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze/Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erreichbarkeit Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KundInnen-Kontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollzeitarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. andere Einschränkungen

---

---

---

13. Wo ergeben sich für Sie die größten Herausforderungen bei der Beratung bzw. Vermittlung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?

---

#### IV. Sozialrechtsänderungsgesetz – SRÄG

Befragte: alle BeraterInnen

14. Kennen Sie das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012 – ab 1.1.2014 in Kraft – und die damit verbundenen Veränderungen (z.B. Abschaffung der befristeten Invaliditätspension – “IP-NEU“)?

ja, sehr gut

ja, zum Teil

nein, ich habe nur davon gehört → Weiter mit Frage 18

nein, ich habe noch nie davon gehört → Weiter mit Frage 18

15. Wenn bei Frage 14 Antwort 1-2: Wie wirkt sich das SRÄG auf die arbeitslos vorgemerkten Personen und auf Ihre Beratungssituation aus? Bitte beschreiben Sie Ihre Wahrnehmungen:

---

Durch das SRÄG soll der Leitgedanke „Reha vor Pension“ stärker verankert werden.

16. Hat die freiwillige berufliche Reha seit dem SRÄG (ab 2014) bei der Vermittlung an Bedeutung gewonnen?

ja, auf jeden Fall

ja, eher schon

nein, eher nicht

nein, auf keinen Fall

kann ich nicht beurteilen

**17. Hat sich die Kommunikation mit der PVA/ÖGK seit dem Inkrafttreten des SRÄG am 1.1.2014 verändert?**

	Ja, die Kommunikation ist viel besser geworden.	Ja, ist eher besser geworden.	Die Kommunikation hat sich nicht verändert.	Nein, ist eher schlechter geworden.	Nein, ist viel schlechter geworden.	Kann ich nicht beurteilen.
PVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÖGK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V. Personen mit IP-Antrag**

**Befragte: alle BeraterInnen**

In weiterer Folge sind Personen, die ihre Arbeitsfähigkeit durch das Kompetenzzentrum Begutachtung der PVA (Gesundheitsstraße) bescheinigen lassen, von Interesse.

**18. Inwieweit treffen folgende Aussagen zu?**

	trifft sehr zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Der Erhalt einer bescheinigten Arbeits <u>un</u> fähigkeit durch die PVA ist in den letzten Jahren schwieriger geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anzahl an Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger eingeschränkter Vermittelbarkeit hat in den letzten Jahren zugenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen, die von der Gesundheitsstraße mit einer bescheinigten Arbeitsfähigkeit zurückkommen sind herausfordernd in der Beratung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die AMS-Förderangebote für Personen mit bescheinigter Arbeitsfähigkeit sind ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. AMS-Förderangebot**

**Befragte: alle BeraterInnen**

**19. Wenn Sie an Ihre Kundinnen und Kunden denken: Wie gut schätzen Sie die AMS-Förderangebote ein?**

	sehr gut	eher gut	eher schlecht	sehr schlecht	kann ich nicht beurteilen
für Personen mit gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Für wie sinnvoll erachten Sie folgende AMS-Förderangebote für die Zielgruppe der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen?**

	sehr sinnvoll	eher sinnvoll	weniger sinnvoll	gar nicht sinnvoll	kann ich nicht beurteilen
fit2work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freiwillige berufliche Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verpflichtende berufliche Reha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stabilisierungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifizierungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsstiftungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialökonomische Betriebe (SÖB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingliederungsbeihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Wie kann das AMS-Förderangebot für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen verbessert werden? Wo sehen Sie einen Bedarf?**

**VII. Administration, Dokumentation und Steuerungssystem**

**22. Wie zufrieden sind Sie mit dem Verhältnis von Zeitaufwand für Administration/Dokumentation vs. Zeit für die Beratung?**

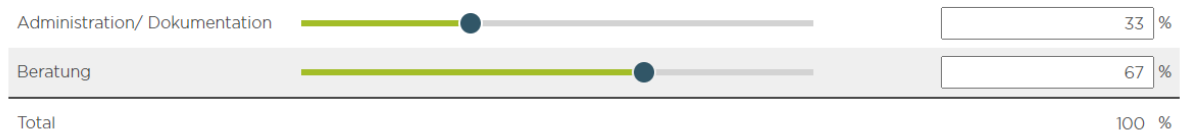
sehr zufrieden     eher zufrieden     eher unzufrieden     sehr unzufrieden

**23. Wie schätzen Sie das Verhältnis von Zeitaufwand für Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung ein?**

Darstellung im Online-Tool

Wie schätzen Sie das Verhältnis von Zeitaufwand für Dokumentation/Administration vs. Zeit für die Beratung ein?

Achten Sie bitte darauf, dass die Summe 100% ergibt.



**24. Wie hilfreich finden Sie die AMS-Steuerungssysteme (Ziele, BSC – Balanced Scorecard) bei der Beratung bzw. Vermittlung?**

	sehr hilfreich	eher hilfreich	weniger hilfreich	gar nicht hilfreich	kann ich nicht beurteilen
für Personen ohne gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung:**

---

**VIII. Erfahrungen während COVID-19**

**Befragte: alle BeraterInnen**

Seit des COVID-19 bedingten Lockdowns Mitte März 2020 hat sich die Beratungssituation im AMS maßgeblich verändert. Die Landesgeschäftsstelle interessiert sich für Ihre Erfahrungen während dieser herausfordernden Zeit.

**26. Wie belastend empfanden Sie Ihre Beratungstätigkeit?**

	sehr belastend	eher belastend	wenig belastend	gar nicht belastend
vor der COVID-19-Krise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
während der COVID19-Krise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Schildern Sie uns bitte Ihre Erfahrungen zum Beratungsalltag während der COVID-19-Krise:**

Was waren besondere Herausforderungen? \_\_\_\_\_

Was funktioniert(e) gut? \_\_\_\_\_

Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf? \_\_\_\_\_

## IX. Auswirkungen der COVID-19-Krise

**Befragte:** alle BeraterInnen

### 28. Wie wirkt sich die COVID-19-Krise auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen aus?

	trifft sehr zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Die COVID-19-Krise hat keine Auswirkung auf Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anzahl an vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird steigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Geschäftsfalldauer für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen wird sich erhöhen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**sonstige Auswirkungen**

---

## X. Abschlussfrage

**Befragte:** alle BeraterInnen

### 29. Wenn Sie an die Zielgruppe der Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen denken: Welche konkreten Vorschläge gibt es, um die Beratung und Vermittlung dieser Personengruppe zu verbessern?

---

### 30. Möchten Sie der AMS-Landesgeschäftsstelle noch etwas mitteilen?

---

## XI. Soziodemografie

**Befragte:** alle BeraterInnen

### 31. Geschlecht

- weiblich
- männlich
- möchte ich nicht angeben

### 32. Alter

- bis 29 Jahre
- 30 bis 39 Jahre
- 40 bis 49 Jahre
- 50 Jahre oder älter
- möchte ich nicht angeben