



# Ältere Arbeitnehmer, gesundheitliche Einschränkungen und Übergänge in den Ruhestand

- Endbericht -

Mag. Thomas Schober  
Univ.Prof. Dr. Rudolf Winter-Ebmer

Institut für Volkswirtschaftslehre  
Johannes Kepler Universität Linz

Februar 2011

# Inhaltsverzeichnis

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>Ältere Arbeitnehmer und gesundheitliche Einschränkungen</b>           | <b>5</b>  |
| 2.1      | Gesundheitszustand der Beschäftigten . . . . .                           | 6         |
| 2.2      | Gesundheitliche Probleme und die Situation am Arbeitsmarkt . . . . .     | 13        |
| 2.3      | Arbeitszufriedenheit . . . . .   | 16        |
| 2.4      | Langfristige Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen . . . . . | 18        |
| 2.5      | Gesundheitliche Probleme und die Entwicklung der Beschäftigungssituation | 21        |
| <b>3</b> | <b>Gesundheitssystem</b>   | <b>26</b> |
| 3.1      | Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen . . . . .                   | 26        |
| 3.2      | Zugangsprobleme . . . . .  | 28        |
| <b>4</b> | <b>Übertritt vom Erwerbsleben in den Ruhestand</b>                       | <b>30</b> |
| 4.1      | Pensionsantrittsalter . . . . .  | 30        |
| 4.2      | Übergänge in den Ruhestand . . . . .                                     | 33        |
| 4.3      | Gründe für den Pensionsantritt . . . . .                                 | 39        |
| 4.4      | Auswirkungen des Pensionsantritts . . . . .                              | 40        |
| 4.5      | Lebensstandard und Einkommensquellen im Alter . . . . .                  | 41        |
| 4.6      | Freiwillige Arbeit . . . . .   | 48        |
| <b>5</b> | <b>Zusammenfassung</b>   | <b>51</b> |
|          | <b>Literaturverzeichnis</b>  | <b>52</b> |
|          | <b>Tabellenanhang</b>  | <b>55</b> |

# 1 Einleitung

Die in weiten Teilen Europas immer älter werdende Gesellschaft ist mit einer Vielzahl sozialer und wirtschaftlicher Herausforderungen verbunden. Ein besseres Verständnis der Lebensumstände älterer Menschen ist von immanenter Bedeutung um potentielle Probleme zu erkennen und Chancen, die sich durch die demographischen Veränderungen ergeben, zu ergreifen.

Die vorliegende Arbeit widmet sich der Situation älterer Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen und beschreibt den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand. Als Datenbasis dienen die ersten drei Erhebungswellen des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), einer repräsentativen Umfrage unter den über 50-Jährigen in Europa. Die internationale Ausrichtung von SHARE ermöglicht es, den österreichischen Teil der Studie mit Ergebnissen von anderen Ländern zu vergleichen. Dadurch können Einfluss und Bedeutung unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen und kultureller Hintergründe aufgezeigt werden.

## Das SHARE Projekt

Mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) liefert ein internationales Forschungsnetzwerk eine umfassende Datenbasis zu den Lebensumständen von Personen der Altersgruppe 50+ in Europa. Mittels persönlicher Interviews werden Daten zu den Themen Gesundheit, Arbeit, sozioökonomischem Status, sozialem Umfeld, Verhalten und Erwartungen erhoben.

SHARE ist als Längsschnittstudie konzipiert, teilnehmende Personen werden daher zu mehreren Zeitpunkten befragt. Die erste Erhebungswelle fand 2004-05 in elf europäischen Ländern mit über 30.000 Befragten statt, in Israel wurden die Daten erst 2005-06 erhoben. Bei der zweiten Welle 2006-07 nahmen drei zusätzliche Länder teil. Eine dritte Welle, genannt SHARELIFE, setzt sich mit der Lebensgeschichte der Befragten auseinander und erlaubt eine Verknüpfung individueller Entwicklungen im gesamten Leben mit der Lebenssituation älterer Menschen von heute. Die Erhebung wurde 2008-09 durchgeführt.

Des Weiteren ist bereits eine vierte Befragungswelle in Vorbereitung, mit der Durchführung der Interviews wird noch dieses Jahr begonnen. Für den österreichischen Teil der Studie ist eine Ausweitung auf bis zu 6000 Teilnehmer geplant und wird damit eine wesentlich umfangreichere Datenbasis für die Untersuchung der Alterungsprozesse in der österreichischen Bevölkerung liefern.

Durch die Ausrichtung als Längsschnittdatensatz können mit SHARE Veränderungen der wirtschaftlichen, gesundheitlichen und sozialen Lage älterer Menschen in bisher noch nicht da gewesener Vielfalt abgebildet werden. Einen zusätzlichen Nutzen bringt der länderübergreifende Ansatz. Durch die europäische Dimension trägt SHARE zu einem besseren Verständnis der Auswirkungen unterschiedlicher Rahmenbedingungen bei.

SHARE wird durch die Europäische Kommission, das US National Institute on Aging und zahlreichen nationalen Institutionen gefördert. Zentral koordiniert wird das Projekt am Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA).

Österreich nimmt seit der ersten Datenerhebungswelle am SHARE Projekt teil. Die Koordination des österreichischen Teils der Studie erfolgt von Univ.-Prof. Dr. Rudolf Winter-Ebmer von der Johannes Kepler Universität Linz in Kooperation mit dem Vienna Institute of Demography (VID).

### Teilnehmende Länder

Neben Österreich nahmen noch zehn weitere Länder an allen drei bisher durchgeführten Befragungswellen von SHARE teil. Dabei wird ein breites Spektrum Europas vom Mittelmeerraum bis Skandinavien abgebildet. Um die Ergebnisse der Befragung in Österreich mit anderen europäischen Ländern zu vergleichen, werden diese in die drei Gruppen Nordeuropa, Zentraleuropa und Südeuropa gegliedert. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anzahl der befragten Personen in diesen Regionen.

In der ersten Welle wurden in Österreich 1893 Personen befragt, davon konnten 1332 in der zweiten Welle erneut interviewt werden. In Zentraleuropa gab es aufgrund der vielen teilnehmenden Ländern die meisten Befragungen. Für die erste Welle wurden hier 14011 Interviews durchgeführt, in Nordeuropa waren es 4760 und in Südeuropa 7853. Im Durchschnitt konnten ca. 71 % der Befragten zwei Jahre später erneut interviewt werden. Zusätzlich wurde in diesen Ländern mit der dritten Welle die Lebensgeschichte von 17799 Individuen erfasst.

**Tabelle 1:** Länder und Anzahl befragter Personen

|  | Welle 1 (2004-05) | Welle 2 (2006-07) | Welle 3 (2008-09) |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Österreich</b>  | 1893              | 1332              | 847               |
| <b>Zentraleuropa</b>                                     | 14011             | 9182              | 8216              |
| Belgien, Deutschland, Frankreich<br>Niederlande, Schweiz |                   |                   |                   |
| <b>Nordeuropa</b>  | 4760              | 3649              | 2877              |
| Dänemark, Schweden                                       |                   |                   |                   |
| <b>Südeuropa</b>   | 7853              | 6067              | 5859              |
| Griechenland, Italien, Spanien                           |                   |                   |                   |
| gesamt   | 28517             | 20230             | 17799             |

Der verfügbare Datensatz wird auf individueller Ebene gewichtet, sodass die Bevölkerung über 50 Jahren in den teilnehmenden Ländern repräsentativ abgebildet wird. Die kalibrierten Gewichte berücksichtigen dabei Probleme wie die Verweigerung von Interviews und die Nicht-Erreichbarkeit von Personen, beispielsweise aufgrund einer Adressänderung zwischen den Erhebungswellen (De Luca und Rossetti, 2008).

Der erste Teil der Arbeit widmet sich dem Gesundheitszustand älterer Arbeitnehmer und den Zusammenhängen mit der Beschäftigungssituation. Im Anschluss werden Inanspruchnahme und Zugangsprobleme zu Leistungen im Gesundheitsbereich behandelt. Ein weiteres Kapitel behandelt Aspekte des Übertritts vom Erwerbsleben in den Ruhestand und veranschaulicht Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation. Ergänzend zu den Abbildungen sind die zugehörigen Statistiken im Anhang in Tabellenform angegeben.

## 2 Ältere Arbeitnehmer und gesundheitliche Einschränkungen

SHARE bietet vielfältige Möglichkeiten, den Gesundheitszustand älterer Arbeitnehmer zu beschreiben. Fragen, die die teilnehmenden Personen beantworten, reichen von der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit bis zum Auftreten verschiedener Krankheiten und Beschwerden. Weitere Angaben betreffen das psychische Wohlbefinden. Diese Daten ermöglichen somit ein sehr differenziertes Bild des Gesundheitszustandes von älteren Beschäftigten darzustellen und deren Situation am Arbeitsmarkt zu untersuchen.

Im internationalen Vergleich lässt sich der Einfluss kultureller und institutioneller Unterschiede innerhalb Europas beleuchten. Untersucht werden Personen im Alter von 50 bis unter 65 Jahre, wobei die Altersstruktur der Beschäftigten im Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen naturgemäß eine bedeutende Rolle spielt. Viele Erkrankungen treten häufiger bei älteren Menschen auf, weshalb auch bei älteren Beschäftigten das Risiko von Erkrankungen zunimmt. Internationale Unterschiede beim Alter der Erwerbstätigen müssen daher berücksichtigt werden.

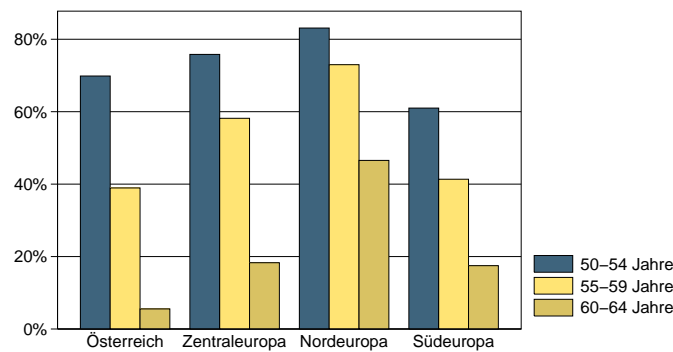


Abbildung 1: Beschäftigungsquoten bei älteren Beschäftigten (Tabelle A.1)

Abbildung 1 zeigt in diesem Zusammenhang, dass es bei den Beschäftigungsquoten im internationalen Vergleich bedeutende Unterschiede gibt. In Österreich verlassen Beschäftigte den Arbeitsmarkt vergleichsweise früh. Der Anteil beschäftigter Personen innerhalb der jeweiligen Altersgruppe nimmt in Österreich mit zunehmendem Alter stärker ab als im Ausland. Geben bei den 50-54-Jährigen noch knapp 70 % der Befragten an, unselbstständig oder selbstständig beschäftigt zu sein, sind es bei den 60-64-Jährigen nur mehr 6 %. In Nordeuropa sind Personen in dieser Altersgruppe mit 47 % noch deutlich häufiger beschäftigt. Auch in Süd- und Zentraleuropa liegt die Beschäftigungsrate in dieser Altersgruppe höher als in Österreich. Beim Vergleich des Gesundheitszustandes ist daher zu beachten, dass Beschäftigte in Österreich durchschnittlich etwas jünger sind als Beschäftigte im Ausland. Im untersuchten Sample der ersten Erhebungswelle von SHARE ist das Durchschnittsalter der österreichischen Beschäftigten 54,1 Jahre und liegt damit unter dem Durchschnitt in Zentraleuropa (54,6), Nordeuropa (55,7) und Südeuropa (55).

Die Angaben über die Beschäftigungssituation lassen sich auch mit den Daten der jährlichen Arbeitskräfteerhebung vergleichen (Statistik Austria, 2010). In Österreich wurde für 2004 bei Personen im Alter von 45-54 Jahren eine Beschäftigungsquote von 79,6 %

ermittelt, bei den 55-59-Jährigen sind es 47,4% und bei den 60-64-Jährigen 11,6%. Die Arbeitskräfteerhebung weist somit gegenüber SHARE auf etwas höhere Beschäftigungsquoten hin. Die Erwerbstätigkeit wird dabei nach dem internationalen Labour Force-Konzept definiert, wonach eine Person als erwerbstätig gilt, wenn sie innerhalb der Referenzwoche mindestens eine Stunde gearbeitet hat oder sich in einem formalen Arbeitsverhältnis befindet und nur vorübergehend, z. B. aufgrund einer Krankheit, keiner Beschäftigung nachgeht. Bei SHARE bestimmen die Befragten hingegen selbst, ob sie sich in Beschäftigung befinden oder sich einer anderen Gruppe zuordnen würden („arbeite nicht mehr (Pension)“, „arbeitslos“, „dauerhaft krank oder arbeitsunfähig“, „Hausfrau/Hausmann“).

Auch wenn man die Definition nach dem internationalen Labour Force-Konzept heranzieht, zeigt sich im internationalen Vergleich eine geringe Erwerbsbeteiligung Älterer in Österreich gegenüber anderen europäischen Ländern. Bei den 55-64-Jährigen beträgt die Beschäftigungsquote 2004 in Österreich 28,8%, während es beispielsweise in Deutschland 41,8% oder in der Schweiz 65,2% sind (Eurostat, 2010b).

## 2.1 Gesundheitszustand der Beschäftigten

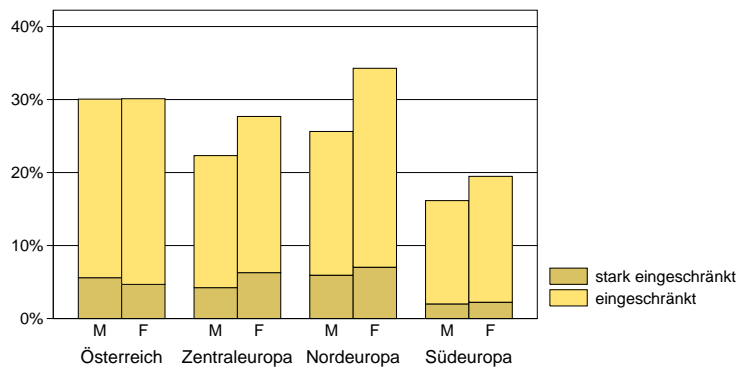
SHARE erfasst unterschiedliche Angaben zum Thema Gesundheit, die für ein besseres Verständnis des Gesundheitszustandes älterer Beschäftigter herangezogen werden können. Die einzelnen Variablen sind dabei vor allem bei internationalen Vergleichen mit unterschiedlichen Problemen behaftet. Aussagen über die eigene Gesundheit sind immer subjektiver Natur, insbesondere bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands hat jedoch auch der kulturelle Hintergrund der Befragten einen Einfluss auf die getätigten Angaben (Jürges, 2007). Andererseits ist auch zu erwarten, dass neben dem Auftreten auch die (Nicht-)Diagnose von Krankheiten mit der Qualität des Gesundheitssystems zusammenhängt.

### Gesundheitliche Einschränkungen

Bei einer allgemeinen Frage zu gesundheitlichen Einschränkungen wird erhoben, inwieweit die Befragten in den vergangenen sechs Monaten durch gesundheitliche Probleme bei normalen, alltäglichen Betätigungen eingeschränkt waren. Als Antwortkategorien stehen „stark eingeschränkt“, „eingeschränkt, aber nicht stark“ sowie „nicht eingeschränkt“ zur Verfügung.

Abbildung 2 zeigt den Anteil beschäftigter Männer und Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen im internationalen Vergleich. In Österreich leiden ca. 30% der beschäftigten Männer und Frauen an Gesundheitsproblemen. Der Anteil, der sich durch die gesundheitlichen Probleme stark eingeschränkt fühlt, liegt bei Männern etwas über 5% und bei Frauen etwas darunter. Etwa 25% der Beschäftigten fühlen sich aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht stark, aber immerhin eingeschränkt bei alltäglichen Betätigungen.

Wird das europäische Ausland betrachtet, so fällt auf, dass weibliche Beschäftigte stärker als männliche Beschäftigte von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.



**Abbildung 2:** Anteil beschäftigter Männer und Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen (Tabelle A.2)

In Südeuropa scheint gesundheitlichen Problemen bei Beschäftigten eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu zukommen. Nur 16 % der Männer und 20 % der Frauen geben an, aufgrund ihres Gesundheitszustandes bei alltäglichen Betätigungen eingeschränkt oder stark eingeschränkt zu sein.

### Selbsteinschätzung

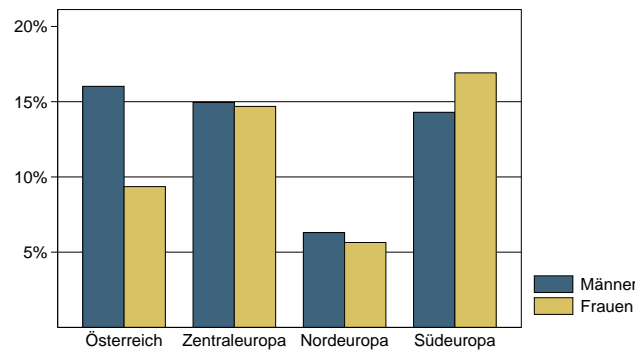
Bei der Betrachtung der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Österreich, wie aus Abbildung 3 hervorgeht. 16 % der beschäftigten Männer, jedoch nur knapp 10 % der beschäftigten Frauen geben ihren eigenen Gesundheitszustandes als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ an.

Der eigene Gesundheitszustand wird bei SHARE mit den fünf Antwortkategorien „ausgezeichnet“, „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“ und „sehr schlecht“ beurteilt<sup>1</sup>. Die Mehrheit der älteren Beschäftigten bewertet ihren Gesundheitszustand daher als gut bis ausgezeichnet.

Im europäischen Vergleich erscheint der Anteil an Männern mit schlechtem Gesundheitszustand in Österreich hoch, bei den Frauen liegt der Anteil klar unter dem Durchschnitt zentral- und südeuropäischer Länder. In Nordeuropa wird der eigene Gesundheitszustand am besten bewertet, nur ca. 6 % der Beschäftigten geben an, in schlechter gesundheitlicher Verfassung zu sein.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes sind im Ausland weniger ausgeprägt als in Österreich, insgesamt zeigt sich jedoch ein Zusammenhang mit den gesundheitlichen Einschränkungen. In Zentral- und Nordeuropa sind Frauen zwar stärker von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen, bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gleichen sich diese Unterschiede

<sup>1</sup>In der ersten Welle von SHARE wurde die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in einer zusätzlich Version mit einer von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ reichenden Antwortskala erhoben, in der zweiten Welle wurde jedoch auf diese Version verzichtet.



**Abbildung 3:** Anteil der Beschäftigten, die den eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ bezeichnen (Tabelle A.3)

jedoch aus. In Österreich sind gesundheitliche Einschränkungen bei Frauen und Männern gleich häufig, Frauen beurteilen in der Folge allerdings ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser. Offenbar wenden Frauen bei der Einschätzung ihrer Gesundheit andere Maßstäbe als Männer an: Während im Durchschnitt Europas 64 % der Frauen trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihren Gesundheitszustand zumindest als gut bezeichnen, sind es bei Männern nur 56 %.

Bei internationalen Vergleichen ist jedoch bei Unterschieden in der Einschätzung der Gesundheit nicht unmittelbar auf Unterschiede in der gesundheitlichen Verfassung zu schließen. Zusätzlich zum Einfluss des kulturellen Hintergrundes auf die eigene Wahrnehmung spielen womöglich auch unterschiedliche Konnotationen der Antwortkategorien in den jeweiligen Sprachen eine Rolle. Die subjektive Einschätzung kann daher, insbesondere im internationalen Vergleich, nur begrenzt als Indikator für den tatsächlichen Gesundheitszustand herangezogen werden.

In Relation zu den vorhandenen Krankheiten und anderen Messwerten findet Jürges (2007) beispielsweise, dass in den skandinavischen Ländern die eigene Gesundheit tendenziell überbewertet wird. In anderen Ländern wie Deutschland wird die Gesundheit hingegen häufig unterbewertet. Österreicher schätzen laut dieser Untersuchung ihren Gesundheitszustand relativ unverzerrt ein.

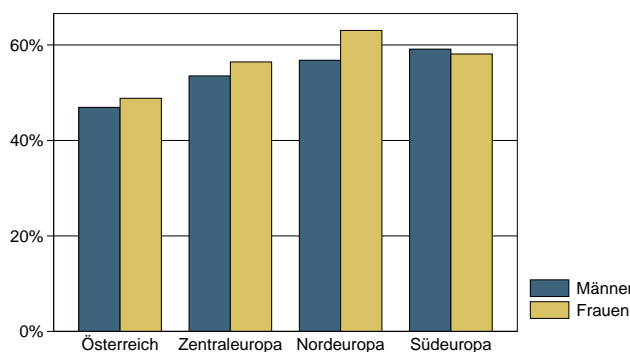
### Chronische Krankheiten

Weiteren Aufschluss über den physischen Gesundheitszustand liefern Fragen nach in der Vergangenheit diagnostizierten chronischen Krankheiten. Die Befragten werden hierbei mit Karten konfrontiert, die 14 mögliche Krankheiten auflisten.

Mit 47 % der Männer und 49 % der Frauen leiden in Österreich fast die Hälfte der älteren Beschäftigten an mindestens einer chronischen Krankheit (Abbildung 4). Im Hinblick auf das europäische Ausland ist dieser Anteil jedoch als vergleichsweise gering einzustufen. Nordeuropa ist Spitzenreiter bei weiblichen Beschäftigten, 63 % der erwerbstätigen Frauen leiden dort an chronischen Krankheiten. Männer sind mit einem Anteil von 59 % in Südeuropa am stärksten betroffen.



Auch bei der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 zeigt sich eine stärkere Betroffenheit von weiblichen Beschäftigten, wobei hier die gesamte Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren und auch länger zurückliegende Krankheiten berücksichtigt werden: Während 52 % der erwerbstätigen Männer mindestens eine chronische Krankheit angeben, sind es bei den Frauen 61 % (Klimont u. a., 2006).



**Abbildung 4:** Anteil an Beschäftigten mit chronischen Krankheiten (Tabelle A.4)

Aus den gesammelten Daten kann zusätzlich das Auftreten von einzelnen chronischen Krankheiten betrachtet werden (Tabelle 2). In allen teilnehmenden Ländern ist Bluthochdruck oder Hypertonie das am meist verbreitete Gesundheitsproblem. Im europäischen Durchschnitt (ohne Österreich) leiden 21,6 % der älteren Beschäftigten an dieser Krankheit, in Österreich sind es 17,8 %. Mit 13 % leiden in Österreich bereits deutlich weniger Personen an einem hohen Cholesterinspiegel. Von den restlichen zwölf Krankheiten werden noch Arthritis, Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Osteoporose, Asthma oder Herzanfall von über 3 % als diagnostiziertes gesundheitliches Leiden angegeben.

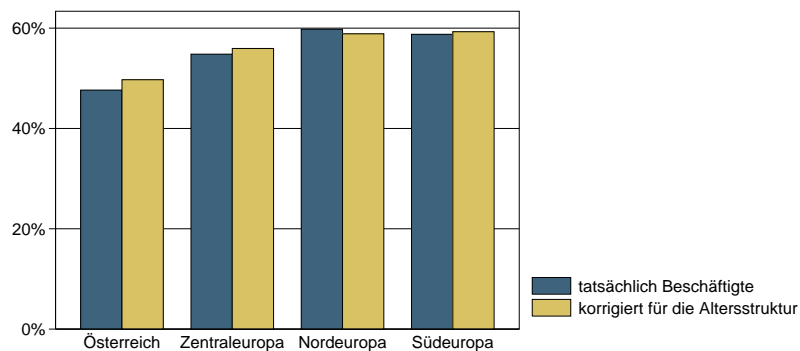
**Tabelle 2:** Prävalenz von chronischen Krankheiten bei älteren Beschäftigten

|                                       | Österreich | Europa |
|---------------------------------------|------------|--------|
| Bluthochdruck oder Hypertonie         | 17,8       | 21,6   |
| hoher Cholesterinspiegel              | 13,0       | 16,6   |
| Arthritis                             | 6,0        | 11,0   |
| Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel | 5,7        | 4,7    |
| Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür   | 4,0        | 4,4    |
| Osteoporose                           | 3,8        | 2,8    |
| Asthma                                | 4,1        | 2,9    |
| Herzanfall                            | 3,1        | 4,3    |
| chronische Lungenerkrankung           | 2,3        | 2,3    |
| grauer Star                           | 1,2        | 1,9    |
| Krebs oder Malignom                   | 0,6        | 2,7    |
| Schlaganfall oder Gefäßkrankung       | 0,3        | 0,9    |
| Oberschenkelhalsbruch                 | 0,3        | 0,5    |
| Parkinson'sche Krankheit              | 0,0        | 0,0    |

Mit Blick auf die restlichen Länder Europas zeigt sich auch hier, dass österreichische Beschäftigte vergleichsweise selten an chronischen Krankheiten leiden. Nur drei Krankheiten sind in Österreich häufiger vertreten als im Ausland: Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel, Osteoporose und Asthma.

Im internationalen Vergleich sind wiederum die unterschiedlichen Altersstrukturen der erwerbstätigen Bevölkerung von Bedeutung, da chronische Krankheiten mit dem Alter verstärkt zunehmen. In Europa leidet beispielsweise die Hälfte aller 50-Jährigen an chronischen Krankheiten, während es bei den 65-Jährigen beinahe drei Viertel sind. Durch die relativ junge erwerbstätige Bevölkerung in Österreich ist daher auch das Auftreten chronischer Krankheiten weniger wahrscheinlich.

Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse können diese internationalen Unterschiede jedoch berücksichtigt und der Effekt des Alters *herausgerechnet* werden. Abbildung 5 zeigt die Anteile an Beschäftigten mit chronischen Krankheiten, sowohl für tatsächlich Beschäftigten, als auch für die Beschäftigten mit korrigierter Altersstruktur.



**Abbildung 5:** Anteil der Beschäftigten mit chronischen Krankheiten, ohne bzw. mit Korrektur für internationale Unterschiede in der Altersstruktur der Beschäftigten (Tabelle A.5)

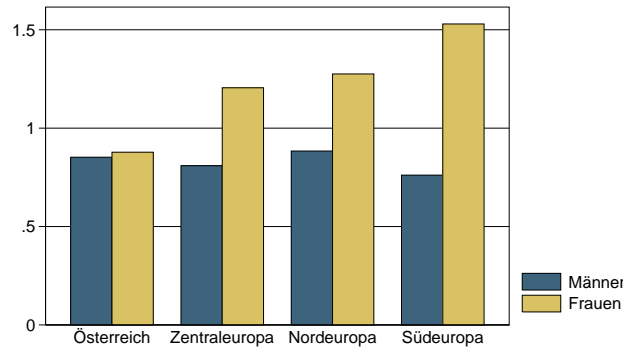
Durch die Korrektur steigt für ältere Beschäftigte in Österreich die Wahrscheinlichkeit, an chronischen Krankheiten zu leiden, da hier der Altersdurchschnitt der Beschäftigten geringer als in anderen Ländern ist. Umgekehrt würde bei gleicher Altersstruktur die Verbreitung chronischer Krankheiten in den nordeuropäischen Ländern sinken, da diese Länder durch ein relativ hohes Alter der Erwerbsbevölkerung gekennzeichnet sind. Trotz der Korrekturen bleiben deutliche Unterschiede im Auftreten chronischer Erkrankungen zwischen den Ländern bestehen, die nicht durch einen Alterseffekt erklärt werden können.

### Gesundheitliche Beschwerden

Zusätzlich zu Krankheiten werden auch allgemeine gesundheitliche Beschwerden erfasst. Berücksichtigt werden Beschwerden, die innerhalb der letzten sechs Monate aufgetreten sind.

Beschäftigte über 50 Jahren hatten innerhalb der letzten sechs Monate im europäischen Durchschnitt mindestens eine gesundheitliche Beschwerde. Bei genauerer Betrachtung lässt sich feststellen, dass in den untersuchten Ländern, mit Ausnahme von Öster-

reich, Frauen im Vergleich zu Männern deutlich stärker betroffen sind (Abbildung 6). Innerhalb der letzten sechs Monate nennen die weiblichen Beschäftigten in Österreich durchschnittlich 0,88 Beschwerden, im Ausland liegen die Werte, mit bis zu 1,53 Beschwerden bei Frauen in Südeuropa, deutlich höher. Männliche Beschäftigte leiden in Österreich an durchschnittlich 0,85 Beschwerden, im internationalen Vergleich zeigt sich hier nur eine geringe Variation.



**Abbildung 6:** Durchschnittliche Anzahl an gesundheitlichen Beschwerden bei Beschäftigten (Tabelle A.6)

Rücken- oder Gelenkschmerzen, dominieren deutlich die Liste der einzelnen gesundheitlichen Beschwerden in Tabelle 3. In Österreich geben 43% der Beschäftigten an, von derartigen Problemen betroffen zu sein. Die zweithäufigst genannte Beschwerde sind Schlafprobleme mit einem Anteil von 12%. Dahinter folgen Magen-Darm-Probleme, Atemschwierigkeiten und geschwollene Beine, mit einer Verbreitung von 5-7%.

Im Vergleich zum Ausland treten die meisten der genannten Beschwerden bei Beschäftigten in Österreich seltener auf. Lediglich Rücken- oder Gelenkschmerzen, sowie Atemschwierigkeiten sind in Österreich ähnlich stark verbreitet wie in anderen Ländern.

**Tabelle 3:** Prävalenz von gesundheitlichen Beschwerden bei Beschäftigten

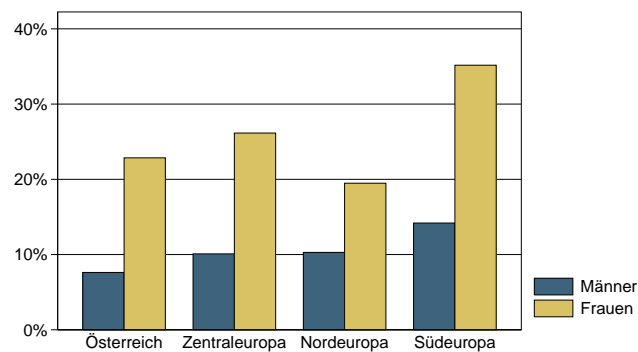
|  | Österreich | Europa |
|--|------------|--------|
| Rücken- oder Gelenkschmerzen               | 42,8       | 43,2   |
| Schlafprobleme                             | 12,2       | 15,0   |
| Magen-Darm-Probleme                        | 6,7        | 10,7   |
| Atemschwierigkeiten                        | 5,8        | 5,8    |
| Geschwollene Beine                         | 5,0        | 6,3    |
| Schwindel, Ohnmacht oder Erinnerungslücken | 3,2        | 4,4    |
| Herzbeschwerden                            | 2,8        | 2,9    |
| Furcht vor Stürzen                         | 2,4        | 1,6    |
| anhaltender Husten                         | 1,9        | 3,9    |
| Stürze                                     | 1,2        | 1,2    |

Bei den einzelnen Beschwerden lassen sich innerhalb Österreichs auch geschlechtsspezifische Unterschiede beobachten. Während männliche Beschäftigte oft über Rücken- oder Gelenkschmerzen klagen, leiden Frauen im Vergleich zu Männern häufiger an Schlaf-

oder Magen-Darm-Problemen.

## Depressionen

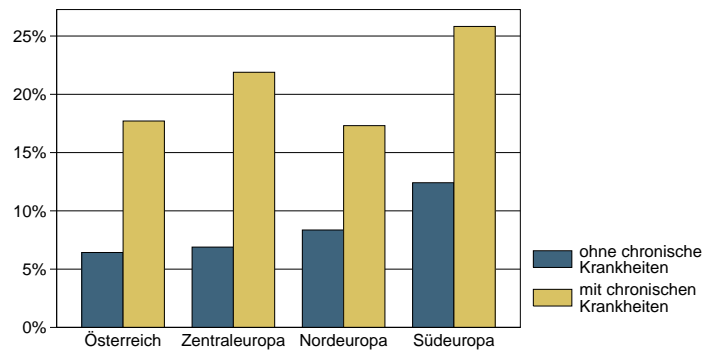
In einem weiteren Interviewmodul von SHARE wird auf das psychische Wohlbefinden der befragten Personen eingegangen. Hierbei werden unter anderem Hoffnungen für die Zukunft, Schlafstörungen und Schuldgefühle thematisiert. Das Modul zum psychischen Wohlbefinden wurde dahingehend konstruiert, aus den gestellten Fragen die EURO-D Depressionsskala bilden zu können. Die Skala reicht von null bis zwölf und gibt anhand von Symptomen den Grad von möglichen vorhandenen Depressionen an. Die Skala wurde entwickelt, um Depressions-Symptome auf internationaler Ebene vergleichbar zu machen. Ein Wert größer als drei wird als klinisch relevante Depression eingestuft (Prince u. a., 1999) und hier als Schwelle herangezogen.



**Abbildung 7:** Anteil beschäftigter Frauen und Männern, die an Depressionen leiden (Tabelle A.7)

Abbildung 7 veranschaulicht die Relevanz von Depressionen bei Beschäftigten in Österreich im europäischen Vergleich. Wie in anderen Studien (z. B. Dewey und Prince, 2005; Castro-Costa u. a., 2007) zeigt sich, dass Frauen deutlich anfälliger für Depressionen sind als Männer. Demnach leiden in Österreich beschäftigte Frauen mit 23 % fast dreimal häufiger an Depressionen als Männer (8 %). Auch in allen anderen Staaten sind Frauen im Vergleich zu Männern wesentlich stärker betroffen. Am häufigsten treten Depressionen bei Frauen in Südeuropa auf, 35 % der weiblichen Beschäftigten zeigen hier Symptome einer klinisch relevanten Depression.

Die vorhandenen Daten lassen auch einen positiven Zusammenhang zwischen physischer und mentaler Gesundheit erkennen. Symptome einer Depression treten deutlich häufiger bei Beschäftigten auf, die an chronischen Krankheiten leiden (Abbildung 8). Während Beschäftigte ohne Krankheiten in Österreich mit einer Wahrscheinlichkeit von 6 % an Depressionen leiden, steigt die Wahrscheinlichkeit bei Vorhandensein von chronischen Krankheiten auf 18 %. Auch in den anderen europäischen Ländern ist dieser Zusammenhang zu erkennen, wobei sich die Wahrscheinlichkeit, an Depressionen zu leiden für Erwerbstätige mit chronischen Krankheiten in Nordeuropa verdoppelt, in Zentral- und Südeuropa sogar verdreifacht.



**Abbildung 8:** Chronische Krankheiten und die Wahrscheinlichkeit von Beschäftigten, an Depressionen zu leiden (Tabelle A.8)

Anmerkung: Die Wahrscheinlichkeiten wurden auf Basis eines Probit Modells ermittelt, zusätzliche Kontrollvariablen berücksichtigen Alter, Geschlecht und ob die Person mit einem Partner zusammen lebt.

Zusammenfassend zeigt sich ein sehr heterogenes Bild des Gesundheitszustandes der Beschäftigten in Europa. Gegenüber dem europäischen Ausland weist Österreich die geringsten Anteile an Beschäftigten mit chronischen Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden auf. Vergleichsweise häufig wird jedoch angegeben, dass gesundheitliche Probleme in den vergangenen sechs Monaten Einschränkungen bei alltäglichen Betätigungen mit sich brachten.

Innerhalb von Österreich sind vor allem bei der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes und beim psychischen Wohlbefinden geschlechtsspezifische Unterschiede zu beobachten. Während Männer im Vergleich zu Frauen ihren Gesundheitszustand häufiger als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ bezeichnen, zeigen sich bei weiblichen Beschäftigten dreimal häufiger Symptome einer klinisch relevanten Depression als bei männlichen Beschäftigten.

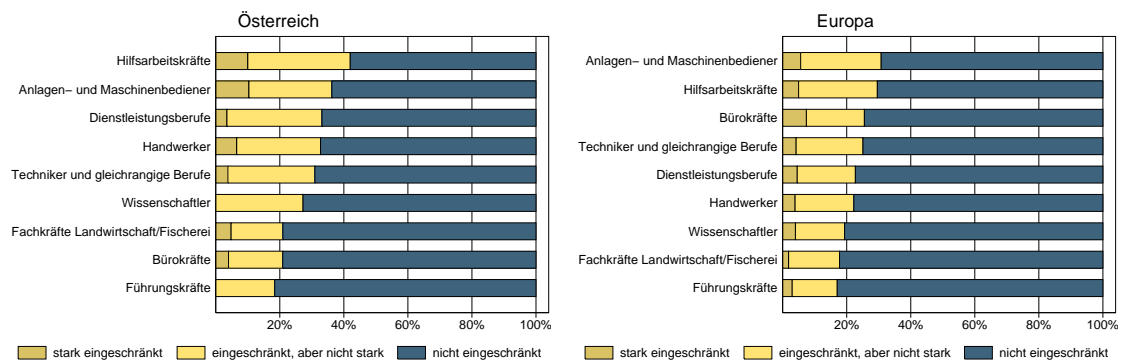
## 2.2 Gesundheitliche Probleme und die Situation am Arbeitsmarkt

Ein großer Teil der älteren Beschäftigten sind oder waren in jüngerer Vergangenheit mit Gesundheitsproblemen konfrontiert. In diesem Kapitel soll untersucht werden, ob sich die Berufssituation von gesundheitlich eingeschränkten Personen signifikant von jenen unterscheidet, die keine Gesundheitsprobleme aufweisen.

### Berufe von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen

Abbildung 9 zeigt den Anteil der Personen mit Gesundheitsproblemen in verschiedenen Berufsgruppen. Als Kriterium werden Gesundheitsprobleme innerhalb der letzten sechs Monate betrachtet, die mit Einschränkungen bei alltäglichen Betätigungen verbunden waren.

In Österreich sind Hilfsarbeitskräfte am stärksten von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen: 42 % geben an, aufgrund gesundheitlicher Probleme in den letzten



**Abbildung 9:** Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen in Berufsgruppen (Tabelle A.9)

sechs Monaten eingeschränkt oder stark eingeschränkt gewesen zu sein. Bei Anlagen- und Maschinenbedienern sind es mit 36 % bereits deutlich weniger. Auch in den anderen europäischen Ländern zeigt sich, dass Beschäftigte in diesen beiden Berufsgruppen am häufigsten gesundheitliche Einschränkungen aufweisen. Mit Anteilen von 30-31 % in diesen Berufssparten liegen die Anteile allerdings unter den österreichischen. Auch bei Dienstleistungsberufen und Handwerkern gibt es in Österreich mit 33 % gegenüber dem Ausland einen vergleichsweise hohen Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen.

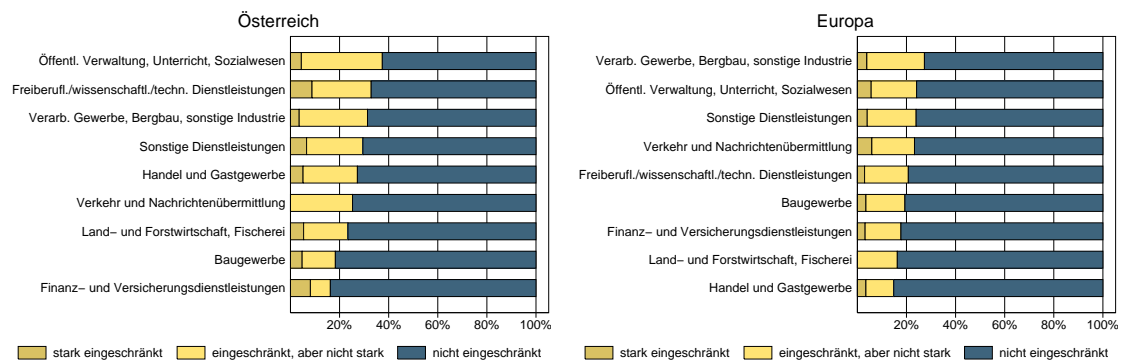
Führungskräfte, Bürokräfte und Fachkräfte in der Landwirtschaft und Fischerei leiden in Österreich am wenigsten unter gesundheitlichen Einschränkungen. In diesen Berufsgruppen geben zwischen 18 und 21 Prozent der Beschäftigten an, aufgrund ihres Gesundheitszustandes eingeschränkt zu sein. Auch in anderen europäischen Ländern sind Personen in diesen Berufen vergleichsweise selten betroffen. Eine Ausnahme bilden Bürokräfte, im Ausland leiden sie am dritthäufigsten an gesundheitlichen Einschränkungen.

### Wirtschaftszweige und gesundheitliche Einschränkungen

Es ist auch aufschlussreich, Gesundheitsprobleme anhand der Branchen, in denen die Beschäftigten arbeiten, zu betrachten (Abbildung 10). In Österreich sind Personen innerhalb der öffentlichen Verwaltung, dem Unterrichts- und Sozialwesen mit einem Anteil von 37 % am stärksten betroffen. Im Gegensatz dazu steht im restlichen Europa der Wirtschaftszweig verarbeitendes Gewerbe, Bergbau und sonstige Industrie mit 27 % an der Spitze.

Niedrige Anteile von unter 20 % finden sich in Österreich im Baugewerbe und bei den Finanz- und Versicherungsdienstleistern. Im restlichen Europa fallen noch zusätzlich die Land- und Forstwirtschaft und Fischerei sowie Handel und Gastgewerbe in diese Kategorie.

In den meisten Wirtschaftszweigen liegt der Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen in Österreich höher als im Ausland. In der öffentlichen Verwaltung, dem Unterrichts- und Sozialwesen ist der Unterschied am größten, der Anteil an Be-

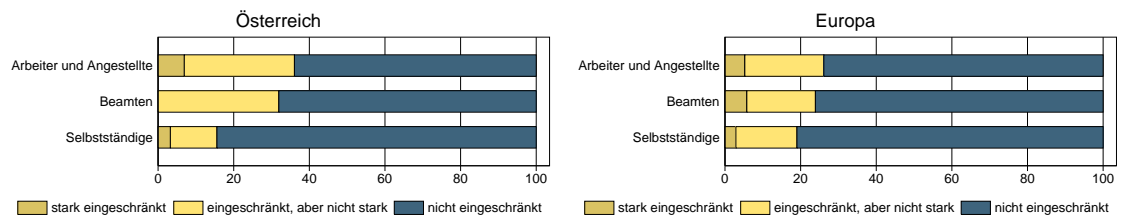


**Abbildung 10:** Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen in den einzelnen Wirtschaftszweigen (Tabelle A.10)

schäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen ist um 13 Prozentpunkte höher als im europäischen Ausland.

### Stellung im Beruf

Wird der Anteil an Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach der Stellung im Beruf betrachtet, zeigt sich im In- und Ausland ein ähnliches Muster. Wie aus Abbildung 11 hervorgeht, ist der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bei Arbeitern und Angestellten am größten: Im europäischen Durchschnitt sind es 26 %, in Österreich ist der Anteil mit 36 % der Arbeiter und Angestellten deutlich höher.



**Abbildung 11:** Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach der Stellung im Beruf (Tabelle A.11)

Beamte scheinen gegenüber Angestellten und Arbeitern im Durchschnitt über einen etwas besseren Gesundheitszustand zu verfügen. Die Werte liegen sowohl in Österreich (32 %) als auch in Europa (24 %) etwas niedriger. Selbstständige hingegen leiden in diesem Vergleich am seltensten unter gesundheitlichen Einschränkungen. In Österreich liegt der Anteil Selbstständiger mit Gesundheitsproblemen bei 16 %, im Ausland sind mit 19 % etwas mehr betroffen.

Insgesamt zeigen sich zwar Unterschiede, Personen mit Gesundheitsproblemen sind jedoch in allen Berufen und Branchen anzutreffen. In den einzelnen Kategorien variiert der Anteil der Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen zwischen 16 und 42 Prozent,

wobei sich die Verteilung in Österreich gegenüber dem Ausland recht ähnlich darstellt. Typischerweise sind Hilfsarbeitskräfte, Anlagen- und Maschinenbediener häufiger von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als andere Berufsgruppen. Bei den Branchen steht die öffentliche Verwaltung, das Unterrichts- und Sozialwesen in Österreich an der Spitze und in Europa an der zweiten Stelle. Auch bei der Stellung im Beruf zeigt sich in allen Ländern das gleiche Bild: Arbeiter und Angestellte sind am stärksten von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen.

### **2.3 Arbeitszufriedenheit**

Der Zusammenhang zwischen individueller Gesundheit und der Zufriedenheit am Arbeitsplatz ist Gegenstand vieler Untersuchungen. Faragher, Cass und Cooper (2005) sammeln in ihrer Meta-Analyse 485 Studien zu diesem Thema, sie finden eine robuste und positive Korrelation zwischen der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und verschiedenen Merkmalen psychischer und physischer Gesundheit.

Eine Wechselwirkung ist in beide Richtungen zu erwarten. Einerseits können sich Gesundheitsprobleme negativ auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz auswirken: Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben oft auch geringere Aufstiegschancen im Beruf und geringere Verdienstmöglichkeiten. Weiters kann das Auftreten von Erkrankungen den Arbeitsplatz gefährden und das Sicherheitsgefühl vermindern, wenn die eigene Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wird. Der positive Effekt von Gesundheit auf die Arbeitszufriedenheit wird von zahlreichen empirischen Studien belegt (z. B. Clark, 1997; D’Addio, Eriksson und Frijters, 2007).

Andererseits beeinflussen die Zufriedenheit mit der Arbeit und die Qualität des Arbeitsplatzes auch den Gesundheitszustand maßgeblich (Fischer und Sousa-Poza, 2008a; Fischer und Sousa-Poza, 2008b). Stress, Überlastung und zunehmende Arbeitsplatzunsicherheit können das Risiko psychischer und physischer Erkrankungen erhöhen.

#### **Zufriedenheit und gesundheitliche Einschränkungen**

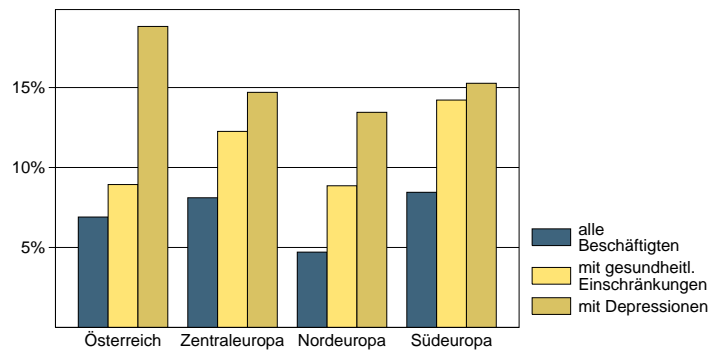
Auch mit den SHARE-Daten lässt sich der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Zufriedenheit untersuchen. Im europäischen Durchschnitt zeigt sich ein hoher Grad an Zufriedenheit bei älteren Beschäftigten. Über 92 % geben an, mit ihrer Arbeit im Großen und Ganzen zufrieden zu sein.

Abbildung 12 veranschaulicht die Unterschiede zwischen den Ländern. In Österreich geben weniger als 7 % der Beschäftigten an, mit ihrer Arbeit unzufrieden zu sein. Der Wert wird lediglich von den nordeuropäischen Ländern (5 %) unterboten, in Zentral- und Südeuropa sind durchschnittlich 8 % der Beschäftigten mit ihrer Arbeit unzufrieden.

Im Gegensatz dazu ist die Unzufriedenheit bei Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen größer. Knapp 9 % dieser Bevölkerungsgruppe geben in Österreich an, mit der Arbeit unzufrieden zu sein, ebensoviele wie in Nordeuropa. Im zentral- und südeuropäischen Raum liegt der Anteil an unzufriedenen Beschäftigten wieder deutlich höher.

Noch stärker ist der Zusammenhang zwischen psychischen Gesundheitsproblemen und





**Abbildung 12:** Anteil an Beschäftigten, die mit ihrer Arbeit nicht zufrieden sind (Tabelle A.12)

der Zufriedenheit am Arbeitsplatz. In Österreich sind 19 % der Beschäftigten, die Symptome einer klinisch relevanten Depression zeigen, mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden. Auch in anderen Ländern ist der Anteil Unzufriedener bei Beschäftigten mit psychischen Gesundheitsproblemen am höchsten.

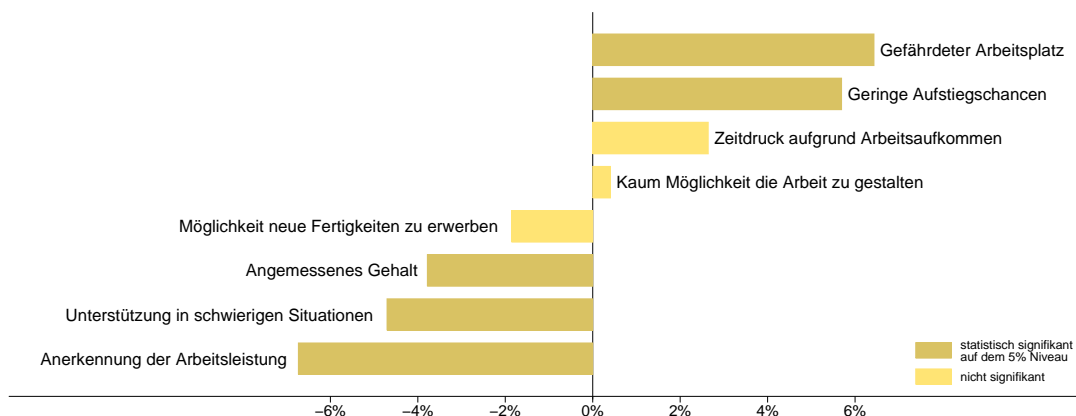
### Arbeitsumfeld und psychisches Wohlbefinden

Über die Auswirkungen der Beschäftigung auf das psychische Wohlbefinden von Personen wird angesichts der Zunahme psychischer Probleme und damit verbundener Arbeitsunfähigkeit verstärkt diskutiert. SHARE erfasst eine Reihe von Angaben zur Charakterisierung des Arbeitsplatzes, wodurch sich Zusammenhänge mit psychischen Gesundheitsproblemen aufzeigen lassen.

Die Angaben reichen von vorhandenem Zeitdruck, einer adäquaten Bezahlung, bis zur Anerkennung der Arbeitsleistung. Die Befragten können den einzelnen Aussagen voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder überhaupt nicht zustimmen. Abbildung 13 zeigt, wie sich einzelne Charakteristika der Beschäftigung (Zustimmung oder volle Zustimmung zu den Aussagen) auf die Wahrscheinlichkeit auswirkt, dass Beschäftigte in Europa Symptome einer klinisch relevanten Depressionen aufzuweisen.

Die Arbeitsplatzsicherheit hängt deutlich mit dem psychischen Wohlbefinden zusammen. Empfinden Beschäftigte ihren Arbeitsplatz als gefährdet, so steigt die Wahrscheinlichkeit einer klinisch relevanten Depression um ca. 7 Prozentpunkte. Symptome einer Depression sind auch bei Beschäftigten häufiger, die nur geringe Aufstiegschancen im Beruf sehen. Auch vorhandener Zeitdruck und fehlende Möglichkeiten, die eigene Arbeit zu gestalten, korrelieren positiv mit dem Risiko psychischer Gesundheitsprobleme. Die Effekte sind allerdings statistisch nicht signifikant.

Im Gegensatz dazu reduzieren andere Charakteristika des Arbeitsumfeldes die Wahrscheinlichkeit, depressive Symptome aufzuweisen. Die größte Verminderung zeigt sich, wenn Beschäftigte angeben, dass sie für ihre Arbeit die Anerkennung erhalten, die sie verdienen. Die Wahrscheinlichkeit einer Depression sinkt um knapp 7 Prozentpunkte. Auch Beschäftigte die angeben, Unterstützung in schwierigen Situationen und ein angemessenes Gehalt zu erhalten, weisen seltener Symptome einer Depression auf als andere



**Abbildung 13:** Einfluss des Arbeitsumfeldes auf Symptome einer Depression (Tabelle A.13). Interpretation: Ein (nach eigenen Angaben) gefährdeter Arbeitsplatz erhöht die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu leiden um 6,4 Prozentpunkte.

Anmerkung: Die marginalen Effekte wurden auf Basis eines Probit Modells ermittelt, zusätzliche Kontrollvariablen berücksichtigen Alter, Geschlecht, Land und Wirtschaftszweig der Beschäftigten.

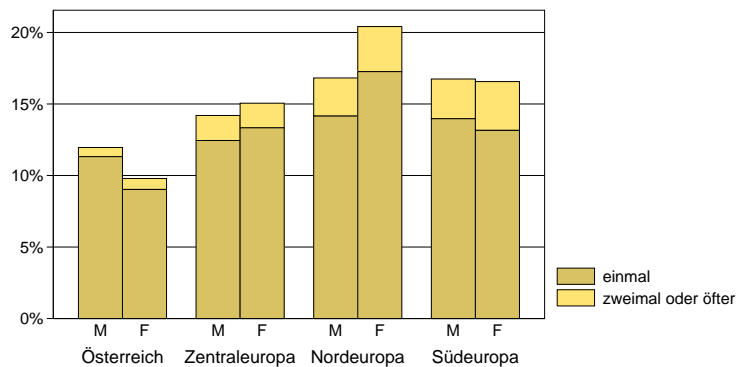
Beschäftigte.

Das Auftreten psychischer Erkrankungen bei älteren Beschäftigten hängt demnach deutlich mit dem Arbeitsumfeld zusammen. Die kommenden Wellen von SHARE werden Aufschluss darüber geben, wie sich Veränderungen der Arbeitswelt auf das psychische Wohlbefinden von Individuen auswirken und wie umgekehrt psychische Erkrankungen die eigene Arbeitssituation beeinflussen. Mit der Ausweitung der Datenbasis können auch innerösterreichische Aspekte und der Einfluss sozialpolitischer Rahmenbedingungen näher untersucht werden.

## 2.4 Langfristige Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen

Die dritte Datenerhebungswelle von SHARE (SHARELIFE) konzentriert sich auf die Lebensgeschichte der Befragten. Sie beinhaltet auch Fragen zu länger zurückliegenden gesundheitlichen Problemen und deckt schwere Krankheiten, Verletzungen und allgemeine Fragen zu Gesundheitszustand und -versorgung bis zurück ins Kindesalter ab. Mit SHARELIFE lassen sich dadurch auch längerfristige Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Beschäftigung untersuchen.

Wie aus Abbildung 14 hervorgeht, geben in Österreich ungefähr 10 % der Frauen und 12 % der befragten Männer an, dass sie im Erwachsenenalter (ab 16 Jahren) mindestens eine schwere Krankheit hatten, die sie über ein Jahr lang beeinträchtigte. Der Anteil an Personen, die zweimal oder öfter länger krank waren, liegt unter 1 %. In den anderen untersuchten Ländern berichten die Befragten häufiger von Krankheiten im Erwachsenenalter, wobei sich in Nordeuropa die meisten Befragten an gesundheitliche Probleme erinnern können.



**Abbildung 14:** Anteil an Personen, die im Erwachsenenalter über ein Jahr lang krank oder behindert waren (Tabelle A.14)

Die individuelle Einschätzung über die Schwere einer Krankheit und den damit verbundene Einschränkungen des täglichen Lebens wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. So können beispielsweise institutionelle Unterschiede ausschlaggebend sein, ob und wie lange eine Beeinträchtigung als solche wahrgenommen wird.

Langfristige Zusammenhänge können mit SHARE auf unterschiedlichen Ebenen untersucht werden. Einerseits beurteilen die Befragten selbst, wie sich ihrer Meinung nach Erkrankungen auf das Leben und den Arbeitsplatz ausgewirkt haben. Andererseits lassen sich auch objektive Aussagen treffen, indem gesundheitliche Einschränkungen mit Angaben über den Berufsverlauf in Verbindung gebracht werden.

### Subjektive Auswirkungen von Erkrankungen

Ein Drittel aller Österreicher mit ernsthaften Erkrankungen im Erwachsenenalter geben an, dass sich ihre Chancen am Arbeitsmarkt durch die gesundheitlichen Probleme vermindert haben. Von jenen Befragten, die im Zeitraum der Erkrankung zumindest teilweise beschäftigt waren, sind die individuellen Erfahrungen am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit der Erkrankung in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4:** Aufgrund einer Erkrankung gemachte Erfahrungen am Arbeitsplatz

|   | Österreich | Europa |
|---|------------|--------|
| verweigerte Beförderungen                         | 1,3        | 0,6    |
| Zuweisung einer Aufgabe mit weniger Verantwortung | 6,4        | 3,2    |
| Aufgaben für die Sie überqualifiziert sind        | 2,7        | 2,3    |
| Schikanen durch Ihren Vorgesetzten oder Kollegen  | 2,7        | 3,4    |
| Lohn-/Gehaltskürzungen                            | 8,8        | 4,3    |

Anmerkung: Es werden jeweils die Auswirkungen der erst genannten Erkrankung berücksichtigt

Nur wenige Personen geben an, dass ihnen aufgrund der Erkrankung eine Beförderung verweigert wurde, sie schikaniert wurden oder Aufgaben erledigen mussten, für die sie überqualifiziert waren. Mit über 6% sprechen in Österreich bereits deutlich mehr

Betroffene davon, dass ihnen aufgrund der Erkrankung Aufgaben mit weniger Verantwortung zugewiesen wurde. Am häufigsten werden jedoch Lohn- und Gehaltskürzungen in Verbindung mit gesundheitlichen Problemen genannt: In Österreich mussten sich mit knapp 9% doppelt soviele Personen wie in den restlichen Ländern mit Lohn- und Gehaltskürzungen abfinden.

Personen, die trotz ihrer Erkrankung weiter gearbeitet haben, berichten daher nur in wenigen Fällen von Konsequenzen bei der Beschäftigung. In Österreich geben 82%, im Ausland 88% an, dass sie keine von den genannten negativen Erfahrungen am Arbeitsplatz gemacht haben.

### Langfristige Zusammenhänge von Erkrankungen und Beschäftigung

Ergänzend zur subjektiven Einschätzung der Folgen von schweren Erkrankungen lassen sich mit den vorhandenen Informationen auch langfristige Zusammenhänge mit der beruflichen Situation abbilden. Für diese Analyse wird die Lebensgeschichte der Befragten (3. Welle) mit Angaben über die Beschäftigungssituation (1. Welle) in Verbindung gebracht.

Untersucht werden Einkommen und Beschäftigung von drei Personengruppen: Erstens werden ältere Personen betrachtet, die im Erwachsenenalter eine schwere Verletzung oder Krankheit<sup>2</sup> hatten. Bei der zweiten Gruppe wird der Gesundheitszustand während der Kindheit berücksichtigt. Die Befragten geben hierbei an, ob sie während ihrer Kindheit (bis 15 Jahre) aus gesundheitlichen Gründen mindestens einen Monat zu Hause oder im Krankenhaus bleiben mussten bzw. in der Schule gefehlt haben. In Österreich berichten ca. 19% der Befragten von derartigen gesundheitlichen Problemen in ihrer Kindheit. Als Vergleichsgruppe dienen Personen, die in ihrem Leben keine schweren gesundheitlichen Probleme hatten. Alle Personengruppen sind zur besseren Vergleichbarkeit auf 50-64-Jährige beschränkt.

**Tabelle 5:** Beschäftigung und Einkommen von Personen mit gesundheitlichen Problemen während Kindheit und Erwachsenenalter

| Gesundheitliche Probleme | Beschäftigungsquote | Einkommen |
|--------------------------|---------------------|-----------|
| während der Kindheit     | 41,8                | 20600     |
| als Erwachsener          | 41,1                | 15100     |
| keine Probleme           | 45,3                | 23000     |

Tabelle 5 zeigt für Österreich den Anteil an Personen, die Einkünfte aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit erzielen haben mit den durchschnittlichen (Brutto-) Jahreseinkommen im Vergleich. Bei Personen mit gesundheitlichen Problemen beträgt die Beschäftigungsquote 41,8%, das erzielte Einkommen im Durchschnitt ca. 20600 Euro. Beide Werte liegen unter denen von Personen, die weder im Kindheits- noch im Erwachsenenalter schwere gesundheitliche Probleme hatten. Noch geringer sind Beschäftigung

<sup>2</sup>Eine Krankheit, die die befragte Person über ein Jahr lang beeinträchtigte aber mittlerweile (in dem Jahr auf das sich Einkommen und Beschäftigung bezieht) überwunden ist.

und Einkommen hingegen bei Personen, die im Erwachsenenalter eine schwere Erkrankung hatten. Mit ca. 15100 liegt ihr Verdienst um 34 % unter dem von Personen, die keine gesundheitlichen Probleme hatten.

Schwere Erkrankungen im Erwachsenenalter haben einen direkten Einfluss auf die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen, weshalb Rückgänge bei Beschäftigungsquoten und Einkommen nachvollziehbar sind. Die vorhandenen Informationen weisen jedoch auch auf langfristige Auswirkungen von gesundheitlichen Problemen im Kindesalter hin. So finden auch Moschetti u. a. (2011) auf Basis der SHARELIFE-Daten, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand im Kindesalter und der Inanspruchnahme und den Ausgaben für Gesundheitsleistungen im höheren Lebensalter gibt. Weitere Analysen sind jedoch notwendig, um die kausalen Effekte von gesundheitlichen Problemen in unterschiedlichen Lebensabschnitten auf die Situation am Arbeitsmarkt zu identifizieren.

## **2.5 Gesundheitliche Probleme und die Entwicklung der Beschäftigungssituation**

Da SHARE als Längsschnittstudie konzipiert ist, wurden Personen, die an der ersten Datenerhebungswelle 2004 teilgenommen haben, im Jahr 2006 erneut befragt. Dadurch können Veränderungen bei der Beschäftigungssituation, dem Gesundheitszustand und mögliche Zusammenhänge untersucht werden. In Österreich konnten von den 1893 Befragten der ersten Welle zwei Jahre später 1332 Personen (ca. 70 %) erneut interviewt werden<sup>3</sup>.

Vergangene Studien lassen deutliche Zusammenhänge zwischen Gesundheitsproblemen bei älteren Beschäftigten und dem Rückzug aus der Erwerbstätigkeit erkennen. Burdorf u. a. (2008) finden auf internationaler Ebene, dass Gesundheitsprobleme den größten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, dass Beschäftigte arbeitsunfähig werden. Zusätzlich ergibt sich ein auch signifikant höheres Risiko, arbeitslos zu werden. Bei Brugiavini, Pasini und Peracchi (2008) erhöht sowohl ein schlechter Gesundheitszustand als auch eine Verschlechterung der Gesundheit im Zeitablauf die Wahrscheinlichkeit, die Beschäftigung zu verlassen.

### **Entwicklung der Erwerbstätigkeit und gesundheitliche Einschränkungen**

SHARE Teilnehmer wurden 2006 erneut nach ihrer Beschäftigungssituation befragt. Tabelle 6 zeigt einen Überblick der Beschäftigungssituation jener Personen in Österreich, die zur ersten Datenerhebungswelle beschäftigt waren.

Die erste Spalte zeigt, dass von allen Beschäftigten im Jahr 2006 noch 71,6 % in Beschäftigung<sup>4</sup> sind, ein großer Teil der ehemals Beschäftigten (23,7 %) ist im Zeitraum von

---

<sup>3</sup>Personen scheiden aufgrund von Tod, Umzug oder Verweigerung aus dem Sample aus. Der SHARE Datensatz beinhaltet Gewichte, die eine systematische Verzerrungen aufgrund der Panelmortalität kompensieren (De Luca und Rossetti, 2008).

<sup>4</sup>Teilweise wechseln jedoch ehemals Arbeitlose und Personen außerhalb des Arbeitsmarktes zurück in Beschäftigung, weshalb diese Zahl nicht mit einer sinkenden Beschäftigungsquote dieser Alterskohorte gleichzusetzen ist.

**Tabelle 6:** Arbeitsmarktstatus 2006 von Personen, die 2004 beschäftigt waren (in %)

|                            | alle Beschäftigten | mit gesundheitlichen Einschränkungen |
|----------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| beschäftigt                | 71,6               | 63,0                                 |
| pensioniert/arbeitsunfähig | 23,7               | 28,4                                 |
| arbeitslos                 | 2,6                | 5,1                                  |
| sonstiges                  | 2,1                | 3,5                                  |
| Summe                      | 100,0              | 100,0                                |

zwei Jahren in Pension gegangen. Übertritte in Arbeitslosigkeit (2,6 %) und sonstigen Arbeitsmarktstatus (2,1 %) waren hingegen deutlich seltener.

Die zweite Spalte zeigt den Arbeitsmarktstatus 2006 für Personen, die im Jahr 2004 beschäftigt waren und im selben Jahr auch angaben, an gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden. Wie zu erwarten, besteht ein negativer Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und der weiteren Erwerbstätigkeit. Lediglich 63 % dieser Personengruppe befinden sich auch 2006 noch in Beschäftigung. Die Übertritte in die Pension (28,4 %) und Arbeitslosigkeit (5,1 %) liegen hingegen im Vergleich zu den durchschnittlichen Übertrittsraten aller Beschäftigten deutlich höher.

Der negative Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Einschränkungen und dem weiteren Verbleib in Beschäftigung ist nur bedingt auf die unterschiedlichen Altersstrukturen zurückzuführen. Im untersuchten Sample sind Beschäftigte mit Gesundheitsproblemen durchschnittlich 2 Monate älter als Beschäftigte ohne Einschränkungen. Auch bei Berücksichtigung dieses Unterschieds sinkt mit dem Auftreten gesundheitlicher Einschränkungen die Wahrscheinlichkeit, in Beschäftigung zu verbleiben.

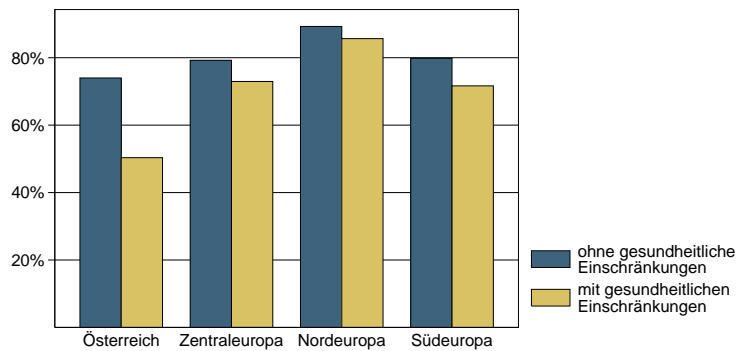
### **Entwicklung der Erwerbstätigkeit im internationalen Vergleich**

Gesundheitliche Probleme führen demnach häufig dazu, dass ältere Beschäftigte den Arbeitsmarkt verlassen. Die vorhandenen Daten ermöglichen auch einen internationalen Vergleich.

Zur Gegenüberstellung wurde errechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Beschäftigten des Jahres 2004 weitere zwei Jahre in Beschäftigung verbleiben. Dies ermöglicht eine Berücksichtigung der Unterschiede in den Beschäftigungsstrukturen, indem für die Effekte von Alter, Geschlecht, Bildung und Wirtschaftszweig der Beschäftigten kontrolliert wird.

Im Vergleich mit dem europäischen Ausland zeigt Abbildung 15, dass in Österreich überdurchschnittlich viele Beschäftigte im Alter von 50-64 Jahren innerhalb von zwei Jahren die Beschäftigung verlassen, was vor allem auf das geringe effektive Pensionsantrittsalter in Österreich zurückzuführen ist (vgl. auch Kapteil 4.1). Zusätzlich gibt es auch einen stärkeren negativen Zusammenhang zwischen dem Gesundheitsstatus und der weiteren Erwerbstätigkeit.

Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen haben in Österreich eine Wahrscheinlichkeit von 74 %, nach zwei Jahren noch in Beschäftigung zu sein. In den Vergleichslän-



**Abbildung 15:** Wahrscheinlichkeit der Beschäftigung im Jahr 2006 für Personen, die 2004 in Beschäftigung waren (Tabelle A.18)

Anmerkung: Ländereffekte wurden auf Basis eines Probit Modells ermittelt, zusätzliche Kontrollvariablen berücksichtigen Alter, Geschlecht, Bildung, Wirtschaftszweig und den Zeitabstand zwischen den Interviews.

dem liegt diese Wahrscheinlichkeit zwischen 5 und 15 Prozentpunkte höher.

Noch größer sind die Unterschiede, wenn man lediglich die Entwicklung von Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen betrachtet. Sie sind in Österreich nach einem Zeitintervall von zwei Jahren mit einer Wahrscheinlichkeit von lediglich ca. 50 %, weiterhin beschäftigt. In anderen europäischen Ländern liegen die Werte deutlich darüber. Mit einer um 35 Prozentpunkte höheren Beschäftigungswahrscheinlichkeit liegen die nordeuropäischen Länder wiederum an der Spitze. In Österreich haben demnach gesundheitliche Einschränkungen einen stärkeren Einfluss auf freiwilliges oder unfreiwilliges Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit<sup>5</sup>.

### Inanspruchnahme von öffentlichen Leistungen

Im Folgenden untersuchen wir, ob die Befragten seit dem letzten Interview öffentliche Leistungen in Anspruch genommen haben. Unsere Stichprobe betrifft also nur Personen, die sich während des ersten Interviews in Beschäftigung befanden und 50-64 Jahre alt waren. Im Unterschied zum Arbeitsmarktstatus, der zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben wird, sind bei den öffentlichen Leistungen Mehrfachnennungen möglich.

In Österreich haben nach der ersten Datenerhebungswelle 12,9 % der Beschäftigten ein Alterspension, 4,2 % eine Frühpension bezogen. Während Österreich beim Bezug von Alterspensionen im Vergleich an der Spitze liegt, haben Frühpensionen in Südeuropa noch eine größere Bedeutung. In anderen zentraleuropäischen Ländern spielt die Frühpension hingegen nur eine geringe Rolle.

Die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wird mit 2,9 % in Österreich häufiger als im Ausland bezogen. Bei diesen öffentlichen Leistungen lässt sich ein deutlicher

<sup>5</sup>Ein Umstand, der dieses Bild verzerren könnte, wäre eine hohe Zahl an Personen, die im gleichen Zeitraum zurück in Beschäftigung wechseln. Gemäß den vorhandenen Daten ist dies jedoch nicht der Fall, Österreich liegt im Vergleich unter dem europäischen Durchschnitt.

**Tabelle 7:** Anteil an Personen, die nach der Erwerbstätigkeit öffentliche Leistungen erhalten haben (in %)

|               | Alterspension | Frühpension | Arbeitslosen-<br>geld | Kranken-<br>geld | Invaliditäts-<br>pension |
|---------------|---------------|-------------|-----------------------|------------------|--------------------------|
| Österreich    | 12,9          | 4,2         | 3,5                   | 1,5              | 2,9                      |
| Zentraleuropa | 6,3           | 0,8         | 5,7                   | 4,7              | 1,9                      |
| Nordeuropa    | 9,1           | 3,3         | 7,7                   | 17,6             | 1,2                      |
| Südeuropa     | 5,7           | 8,6         | 2,0                   | 2,8              | 1,1                      |

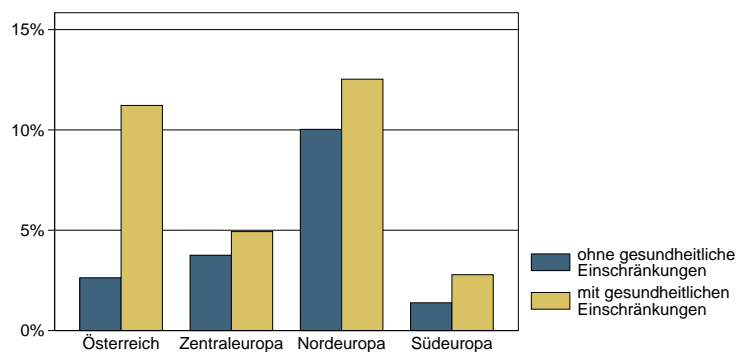
Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand feststellen: Die Hälfte der Invaliditätspensionisten gaben bereits zum Zeitpunkt des ersten Interviews (und als sie noch beschäftigt waren) an, an gesundheitlichen Einschränkungen zu leiden.

Leistungen in Form von Arbeitslosen- und Krankengeld haben in Österreich eine geringere Bedeutung als in Zentral- und Nordeuropa. Der auffallend hohe Anteil an Krankengeldbezieher in Nordeuropa (17,6 %) ist weniger auf den schlechten Gesundheitszustand als auf Unterschiede im institutionellen Bereich und bei der Interpretation der Kategorien zurückzuführen. So weist der geringe Anteil an Krankengeldbezieher in Österreich auf die Bedeutung der Entgeltfortzahlungen hin.

Während der Pensionsbezug meist das Ende der Erwerbstätigkeit markiert, ist vor allem das Krankengeld nur eine temporäre Unterbrechung: In Österreich nehmen wie in Zentral- und Nordeuropa knapp drei Viertel der Bezieher von Krankengeld erneut eine Beschäftigung auf.

### Wechsel des Arbeitsplatzes

Eine weitere Folge von gesundheitlichen Problemen kann ein Wechsel des Arbeitsplatzes sein, wenn die ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder will. Untersucht wird hierfür der Berufsverlauf von Personen, die während erster und zweiter Datenerhebungswelle beschäftigt waren. Als Maß für den Gesundheitszustand dient die Frage nach gesundheitlichen Einschränkungen zum Zeitpunkt der ersten Welle.



**Abbildung 16:** Anteil an Personen, die den Arbeitgeber gewechselt haben (Tabelle A.20)

In Österreich geben 2,6 % der Beschäftigten ohne gesundheitliche Einschränkungen



an, dass sie seit dem letzten Interview (ca. 30 Monate) ihren Arbeitgeber gewechselt haben. Bei Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen liegt der Anteil mit 11,2 % deutlich höher. Auch in den anderen Regionen gibt es einen positiven Zusammenhang von gesundheitlichen Problemen und dem Wechsel des Arbeitsplatzes, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind allerdings weniger stark ausgeprägt. Weiters kommen Jobwechsel in Nordeuropa generell häufiger vor als in Südeuropa, 10 % der Beschäftigten ohne und 12,5 % der Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen haben in nordeuropäischen Ländern ihren Arbeitgeber gewechselt.

Mit den Daten von SHARELIFE lassen sich rückblickend auf den Berufsverlauf der Befragten ebenfalls Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitsplatzstabilität abbilden: Tabelle 8 zeigt die Anzahl an unterschiedlichen Beschäftigungen im gesamten Erwerbsleben. Dabei werden Personen mit gesundheitlichen Problemen während der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter und Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen getrennt betrachtet.

**Tabelle 8:** Gesundheitliche Probleme und die Anzahl unterschiedlicher Beschäftigungen im Leben

|               | Gesundheitliche Probleme |                 |                |
|---------------|--------------------------|-----------------|----------------|
|               | während der Kindheit     | als Erwachsener | keine Probleme |
| Österreich    | 2,90                     | 2,72            | 2,65           |
| Zentraleuropa | 3,04                     | 3,09            | 2,92           |
| Nordeuropa    | 4,25                     | 4,27            | 4,17           |
| Südeuropa     | 2,64                     | 2,16            | 2,19           |

In Österreich haben über 50-Jährige ohne gesundheitliche Einschränkungen im Durchschnitt 2,65 verschiedene Berufe (bezahlte Beschäftigungen mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten) ausgeübt. Personen, die während ihrer Kindheit oder im Erwachsenenalter eine schwere Krankheit oder Verletzung<sup>6</sup> hatten, haben im Gegensatz dazu ihren Arbeitsplatz häufiger gewechselt. Auch im europäischen Ausland zeigt sich dieser Zusammenhang, wobei auch in diesem Vergleich Jobwechsel in Nordeuropa häufiger als in Südeuropa vorkommen.

<sup>6</sup>Wenn sie als Kind aus gesundheitlichen Gründen mindestens einen Monat zu Hause oder im Krankenhaus bleiben mussten oder in der Schule gefehlt haben bzw. als Erwachsener über ein Jahr lang aus gesundheitlichen Gründen beeinträchtigt waren

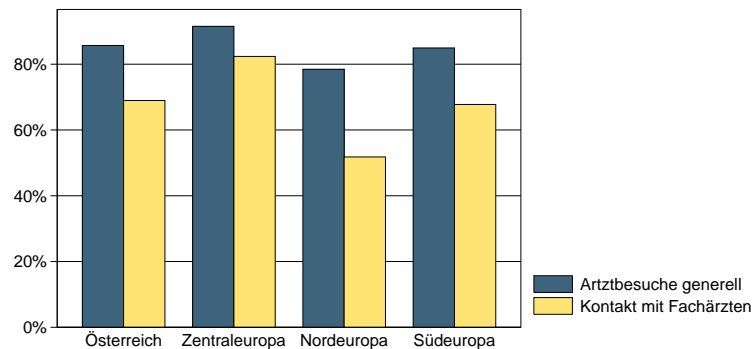
### 3 Gesundheitssystem

Ein weiterer Bestandteil der SHARE Interviews sind Fragen zur Gesundheitsversorgung. Damit kann die gesundheitliche Betreuung Älterer untersucht und international verglichen werden. Im Folgenden werden die Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsleistungen und vorhandene Zugangsprobleme beleuchtet.

#### 3.1 Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen

##### Arztbesuche

Wie aus Abbildung 17 hervorgeht, gibt es bei den Arztbesuchen insgesamt nur geringfügige internationale Unterschiede. In Österreich geben 85,7% der über 50-Jährigen an, in den letzten zwölf Monaten zumindest einmal mit einem Arzt über ihre Gesundheit gesprochen zu haben. Die Inanspruchnahme liegt damit etwas unter dem Durchschnitt der anderen zentraleuropäischen Länder, in Nord- und Südeuropa werden Ärzte hingegen seltener aufgesucht. In Österreich gelten 79% aller Arztbesuche dem praktischen Arzt bzw. Hausarzt, während es im europäischen Durchschnitt nur 74% sind.



**Abbildung 17:** Anteil an Personen mit Arztbesuchen (ausgenommen Zahnärzte) in den letzten zwölf Monaten (Tabelle A.15)

Bei Besuchen von Fachärzten sind die internationalen Unterschiede größer: 69% der Österreicher hatten im letzten Jahr Kontakt mit Fachärzten, wobei Internisten am häufigsten aufgesucht wurden. In anderen zentraleuropäischen Ländern (82,4%) werden Fachärzte häufiger aufgesucht, in Nordeuropa mit 51,8% hingegen viel seltener.

Gehen Beschäftigte seltener zum Arzt als Personen außerhalb des Arbeitsmarktes? Wie aus Tabelle A.15 im Anhang hervorgeht gibt es nur geringe Unterschiede zwischen den Personengruppen: Während in Österreich 85,7% der über 50-Jährigen im letzten Jahr mit einem Arzt über ihre Gesundheit gesprochen haben, sind es bei Beschäftigten zwischen 50 und 65 Jahren 83,8%. Auch Fachärzte wurden von Beschäftigten (63,5%) ähnlich oft aufgesucht wie von älteren Personen insgesamt (69,0%). Auch in anderen Ländern zeigt sich, dass Beschäftigte etwas weniger Arztbesuche gegenüber anderen Personen verzeichnen. Im internationalen Vergleich gibt es auch bei den Beschäftigten die

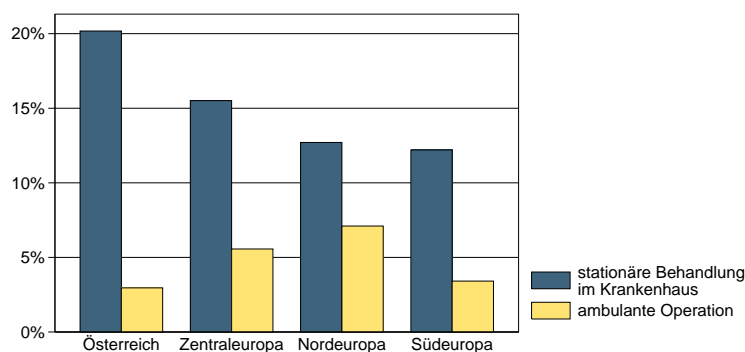
meisten Arztbesuche in Zentraleuropa, in Nordeuropa werden Ärzte weniger regelmäßig aufgesucht.

## Behandlungen im Krankenhaus

Bei den Aufenthalten im Krankenhaus kann zwischen stationärer und ambulanter Behandlung unterschieden werden. Der untersuchte Zeitraum bezieht sich wiederum auf die letzten zwölf Monate.

Bei stationären Krankenhausaufenthalten liegt Österreich im europäischen Vergleich an der Spitze (Abbildung 18). Mehr als 20 % der über 50-Jährigen hatten eine stationäre Behandlung im letzten Jahr, in den anderen Regionen sind es 5 bis 10 Prozentpunkte weniger. Im Gegensatz dazu werden in Österreich wenige Operationen ambulant durchgeführt: Während in Nordeuropa über 7 % in den letzten zwölf Monaten eine ambulante Operation hatten, sind es in Österreich lediglich 3 %.

Der Umfang an stationären Behandlungen in Österreich zeigt sich in der Folge auch bei der Dauer der Aufenthalte. Während über 50-Jährige in Österreich durchschnittlich 2,6 Nächte innerhalb von zwölf Monaten im Krankenhaus verbringen, sind es in Nord- und Südeuropa nur 1,4 Nächte.



**Abbildung 18:** Anteil an Personen mit Behandlungen im Krankenhaus in den letzten zwölf Monaten (Tabelle A.16)

Werden in Tabelle A.16 die Krankenhausaufenthalte von Beschäftigten im Alter von 50-64 Jahren untersucht, ist das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Behandlung in Österreich etwas ausgewogener: In den letzten zwölf Monaten wurden 9,3 % der Beschäftigten stationär und 3,2 % ambulant behandelt. Gegenüber dem Ausland gibt es jedoch auch bei den Beschäftigten vergleichsweise viele stationäre Aufenthalte im Krankenhaus. In nordeuropäischen Ländern beispielsweise werden bei Beschäftigten annähernd gleich viele Behandlungen stationär wie ambulant durchgeführt (7,4 % gegenüber 7,1 %).

Bei den Krankenhausaufenthalten zeigen sich international daher deutlich größere Unterschiede als bei den Arztbesuchen. In Österreich ist insbesondere der Umfang an stationären Behandlungen im Krankenhaus auffallend. Dieser kann im Hinblick auf die Aussagen zum Gesundheitszustand bei Beschäftigten (Kapitel 2.1) und älteren Personen insgesamt (z. B. Jürges, 2007), nicht durch Unterschiede bei der gesundheitlichen

Verfassung erklärt werden, sondern dürfte vor allem auf verschiedene institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sein.

### 3.2 Zugangsprobleme

Als weiteres Merkmal des Gesundheitssystems werden Zugangsprobleme zu Leistungen untersucht. Lange Wartezeiten für Termine und hohe individuelle Kosten sind dabei Hindernisse, die einer reibungslosen Gesundheitsversorgung entgegenstehen.

#### Wartezeiten

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Wartezeiten für verschiedene Termine bei Fachärzten und Operationen. Für einen Termin beim Facharzt aufgrund eines Notfalls beträgt die durchschnittliche Wartezeit in Österreich 3,9 Tage. Handelt es sich nicht um einen Notfall sondern eine neue Erkrankung oder eine Routineuntersuchung sind es 1,8 Wochen. Im Ausland sind die Wartezeiten zum Teil deutlich länger: In Nordeuropa muss für einen Facharzttermin auch bei einem Notfall 11,1 Tage gewartet werden, für gewöhnliche Termine sogar 8,4 Wochen. Auch in Zentral- und Südeuropa sind die Wartezeiten für Termine bei Fachärzten länger als in Österreich.

**Tabelle 9:** Wartezeiten für Termine bei Fachärzten und Operationen

|               | Facharzt: Notfall (Tage) | Facharzt: kein Notfall (Wochen) | Operation: geplanter Eingriff (Monate) | ambulante Operation (Monate) |
|---------------|--------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|
| Österreich    | 3,9                      | 1,8                             | 2,0                                    | 0,6                          |
| Zentraleuropa | 6,5                      | 2,2                             | 2,0                                    | 0,9                          |
| Nordeuropa    | 11,1                     | 8,4                             | 5,0                                    | 3,5                          |
| Südeuropa     | 6,3                      | 3,4                             | 3,7                                    | 3,2                          |

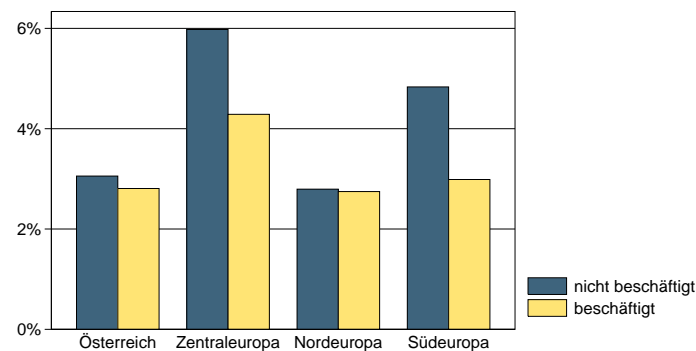
Bei Operationen werden geplante Eingriffen und ambulante Operationen angeführt. Auch hier sind die Wartezeiten in Österreich gegenüber dem Ausland relativ kurz. Auf geplante Eingriffe musste durchschnittlich 2 Monate gewartet werden, auf ambulante Operationen mit 0,6 Monaten wesentlich kürzer. Während es auch in anderen zentral-europäischen Ländern kurze Wartezeiten gibt, müssen Nordeuropäer auch beim Warten auf anstehende Operationen am meisten Geduld beweisen.

Österreicher sind folglich mit den Wartezeiten auch vergleichsweise zufrieden. Während sich etwa in Nordeuropa 46 % der Patienten einen früheren Facharzttermin und 51 % einen früheren Termin für einen geplanten Eingriff gewünscht hätten, sind in Österreich nur jeweils weniger als ein Drittel der Befragten mit den Wartezeiten unzufrieden.

#### Kosten

Neben möglichen negativen Auswirkungen aufgrund langer Wartezeiten bei Behandlungen wird auf manche Leistungen gänzlich verzichtet, da die anfallenden Kosten, die aus eigener Tasche bezahlt werden müssen, als zu hoch empfunden werden. Abbildung 19

vergleicht international, wie oft innerhalb eines Jahres aufgrund der Kosten auf medizinische Leistungen verzichtet wird.



**Abbildung 19:** Anteil an Personen, die in den letzten zwölf Monaten aufgrund der anfallenden Kosten auf Leistungen verzichtet haben (Tabelle A.17)

In Österreich und den nordeuropäischen Ländern verzichten nur ca. 3% der über 50-Jährigen auf Gesundheitsleistungen. Beschäftigte und Personen ohne Erwerbstätigkeit unterscheiden sich dabei nur geringfügig. In anderen zentraleuropäischen Ländern sind die Kosten ein größeres Problem, weiters ist hier auch der Beschäftigungsstatus ausschlaggebend. Durchschnittlich 4% der Beschäftigten und 6% der Nichtbeschäftigten verzichten innerhalb eines Jahres mindestens einmal aufgrund der anfallenden Kosten auf Leistungen im Gesundheitsbereich.

Bei der Art der Leistungen, auf die verzichtet wird, werden in Österreich Zahnbehandlungen und Zahnersatz am häufigsten genannt. Ebenso werden Haushaltskrankenpflege und -hilfe sowie Medikamente und andere Heil- und Hilfsmittel aufgrund der Kosten zum Teil nicht beansprucht. Nicht verzichtet wird hingegen auf Operationen oder Betreuung durch Fachärzte.

Zusammenfassend zeichnet sich das österreichische Gesundheitssystem im internationalen Vergleich durch relativ geringe Zugangsproblemen in Form von langen Wartezeiten und monetären Hürden aus. Andere Umfragen zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem in der Bevölkerung insgesamt sehr hoch ist. So wird beim European Quality of Life Survey (Anderson u. a., 2009) die Qualität des öffentlichen Gesundheitssystems auf einer Skala von 1-10 (10 ist das Maximum) mit durchschnittlich 7,8 Punkten bewertet, während es im europäischen Durchschnitt (EU-15) nur 6,4 Punkte sind.

## 4 Übertritt vom Erwerbsleben in den Ruhestand

Der Übertritt vom Erwerbsleben in den Ruhestand ist mit vielen Veränderungen verbunden, die sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft von Bedeutung sind. Der multidisziplinäre Datensatz von SHARE ermöglicht es, den Übertritt und die damit verbundenen Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen zu untersuchen und die Rolle von unterschiedlichen sozialpolitischen Rahmenbedingungen zu erfassen.

### 4.1 Pensionsantrittsalter

Für viele scheint der Ruhestand ein Ziel zu sein, das möglichst rasch erreicht werden soll. Bei den Beschäftigten im Alter von 50-59 Jahren geben in Österreich 57 % der Männer und 49 % der Frauen an, so früh als möglich in Pension gehen zu wollen (im Ausland 51 % bzw. 48 %). Neben den individuellen Präferenzen entscheiden vor allem unterschiedliche gesetzliche Regelungen, wann eine Pension angetreten werden kann.

#### Pensionsantrittsalter im internationalen Vergleich

Das Pensionsantrittsalter hat einen maßgeblichen Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung. Abweichend vom gesetzlich festgelegten Alter, ist vor allem das effektive Antrittsalter ausschlaggebend. Es liegt in der Regel aufgrund verschiedener Möglichkeiten der vorzeitigen Alterspension im Durchschnitt deutlich unter dem gesetzlich festgelegten Alter.

Bei der zweiten Welle von SHARE wurden alle Personen im Ruhestand nach dem Zeitpunkt ihrer Pensionierung gefragt. Daraus lässt sich rückblickend errechnen, in welchem Alter die Pensionisten ihre Erwerbstätigkeit beendet haben. Abbildungen 20 und 21 zeigen die Verteilung des Pensionsantrittsalters bei Männern und Frauen. Die kumulierte Häufigkeit gibt an, an wieviele Personen vor einem bestimmten Alter in Pension gegangen sind.

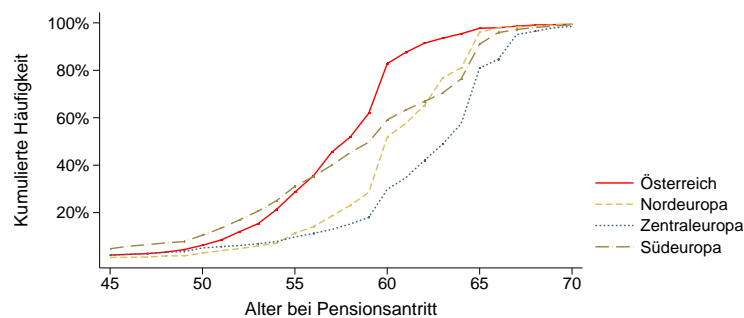
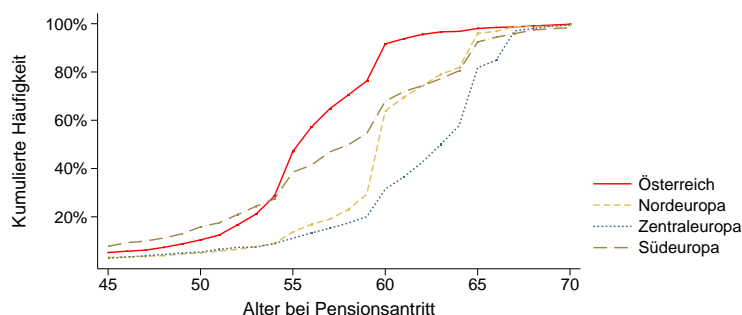


Abbildung 20: Alter bei Pensionsantritt - Männer

In Österreich sind bereits 21 % der Männer in Pension gegangen, bevor sie das Alter von 55 Jahren erreicht haben. Nur in den südeuropäischen Ländern liegt der Anteil mit 25 % höher. Im weiteren Verlauf steigt die Kurve in Österreich stark an. Bereits 62 % der

Männer sind vor dem 60. Geburtstag in den Ruhestand gewechselt, vor allem in Nord- (29%) und Zentraleuropa (18%) sind es im Vergleich dazu deutlich weniger. Bei vielen Männern erfolgte die Pensionierung im Alter von 60 Jahren. In allen Ländern ist bei diesem Antrittsalter eine deutliche Zunahme des Anteils an Pensionisten zu erkennen.

In den zentraleuropäischen Ländern wurde die Pension häufig vergleichsweise spät angetreten. Bei 57% der männlichen Pensionisten erfolgte der Übertritt vor einem Alter von 65 Jahren. In Österreich haben zu diesem Zeitpunkt bereits 95% der derzeitigen Pensionisten ihren Ruhestand angetreten.



**Abbildung 21:** Alter bei Pensionsantritt - Frauen

Bei den Frauen zeigt sich in Abbildung 21 ein ähnliches Bild. Österreichische Pensionistinnen waren zu dem Zeitpunkt, an dem sie die Pension angetreten haben, vergleichsweise jung. 29% der Frauen gingen vor dem 55., insgesamt 77% vor dem 60. Geburtstag in Pension. Der größte Unterschied zeigt sich gegenüber den anderen zentraleuropäischen Ländern. Lediglich 20% der Pensionistinnen in Zentraleuropa waren beim Pensionsantritt jünger als 60 Jahre. Auch in Nord- und Südeuropa sind nur 29% bzw. 55% der Frauen vor dem 60. Geburtstag in Pension gegangen.

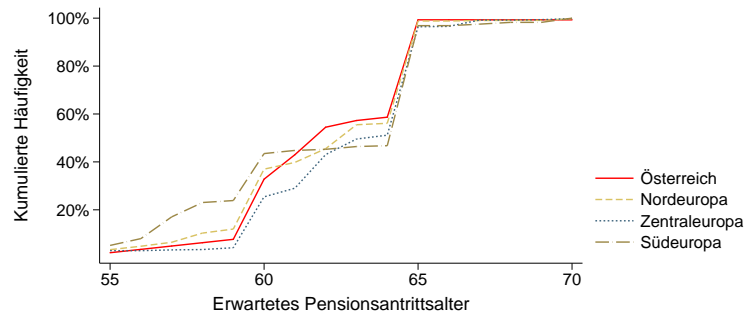
Der vergleichsweise frühe Pensionsantritt in Österreich wird auch durch Berechnungen von Eurostat (2011) belegt. Das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter im Jahr 2005 liegt in Österreich bei 59,9 Jahren und damit um 1,2 Jahre vor dem europäischen Durchschnitt (EU-15). Wie Wipplinger und Winter-Ebmer (2009) in der Analyse des Pensionszugangs in Österreich zeigen, ist der frühe Pensionsantritt nicht auf die familiäre Struktur oder den Gesundheitszustand zurückzuführen. Im internationalen Vergleich weisen die verschiedenen Erwerbsquoten bei Älteren demnach vor allem auf Unterschiede bei der Ausgestaltung des Pensionssystems hin. Bestrebungen zur Anhebung des Pensionsantrittsalter zeigen jedoch bereits Wirkung: 2007 liegt das durchschnittliche Erwerbsaustrittsalter in Österreich bereits bei 60,9 Jahren (Eurostat, 2011). Auch die Erwartungen zum Pensionsantritt im folgenden Kapitel weisen auf den Trend zu längerer Erwerbstätigkeit hin.

### Erwartung des Pensionsantritts bei Beschäftigten

In Österreich haben die derzeitigen Pensionisten ihren Ruhestand vergleichsweise früh angetreten. Demgegenüber können auch die Erwartungen der derzeit Beschäftigten im

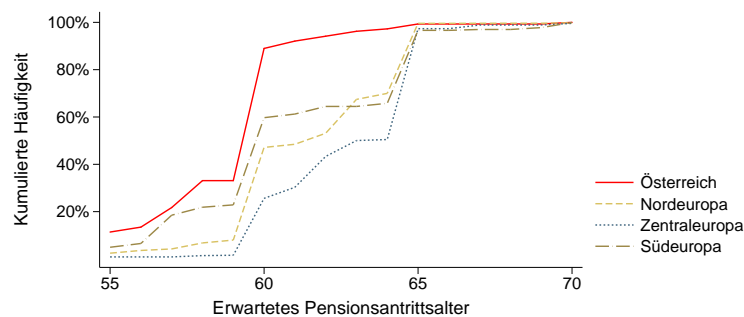
Hinblick auf ihren Pensionsantritt international verglichen werden.

Das erwartete Pensionsantrittsalter wird im Zusammenhang mit bestehenden zukünftigen Pensionsansprüchen erhoben. Innerhalb Europas bauen die Pensionssysteme der untersuchten Länder unterschiedlich stark auf staatliche, betriebliche und private Altersvorsorge. Bei Ansprüchen auf verschiedene Pensionen wird in diesem Vergleich das Alter, indem die Person die ersten Leistungen beziehen wird als erwartetes Pensionsantrittsalter herangezogen. Untersucht werden die Erwartungen der Beschäftigten im Alter von 50 bis 59 Jahren.



**Abbildung 22:** Erwarteter Pensionsantritt für beschäftigte Männer im Alter von 50-59 Jahren

Im Gegensatz zum Antrittsalter der derzeitigen Pensionisten zeigt sich bei den zukünftigen Erwartungen der beschäftigten Männer im internationalen Vergleich ein homogeneres Bild: Wie in Abbildung 22 dargestellt, erwartet in Österreich nur ein geringer Teil der männlichen Beschäftigten (8%), vor 60 in Pension zu gehen. In den nord- und südeuropäischen Ländern ist der Anteil ebenfalls gering, in Südeuropa sind es mit 24% deutlich mehr. Immerhin 59% der Beschäftigten erwarten in Österreich, vor dem 65. Geburtstag, dem gesetzlichen Regelpensionsalter, in Pension zu gehen. In den Vergleichsländern sind es weniger, die Anteile liegen zwischen 47% (Südeuropa) und 56% (Nordeuropa).



**Abbildung 23:** Erwarteter Pensionsantritt für beschäftigte Frauen im Alter von 50-59 Jahren

Bei Frauen liegt das gesetzliche Regelpensionsalter in Österreich noch bei 60 Jahren und ist maßgeblich für den erwarteten Pensionsantritt der weiblichen Beschäftigten verantwortlich. Dennoch erwarten 33% der Österreicherinnen, vor diesem Alter in Pension



zu gehen. Im Gegensatz dazu erwarten lediglich 2 % der Frauen in anderen zentraleuropäischen Ländern und 8 % in Nordeuropa, vor einem Alter von 60 Jahren Leistungen aus einer Pensionsversicherung zu erhalten. Auch in Südeuropa liegt der Anteil mit 23 % unter dem Wert von Österreich.

Viele Frauen erwarten einen Pensionsantritt im Alter von 60 Jahren. In Österreich erwarten 89 %, spätestens zu diesem Zeitpunkt in Pension zu gehen. In anderen Ländern wird der Pensionsantritt aufgrund höherem Regelalter im Durchschnitt deutlich später erwartet, nur zwischen 50 % (Zentraleuropa) und 70 % (Nordeuropa) der Frauen erwarten, vor 65 die Pension anzutreten.

Im Vergleich zum vergangenen Antrittsalter aus Sicht der Pensionisten, erwarten die derzeit Beschäftigten einen späteren Pensionsantritt. Die Erwartungen entsprechen in Österreich auch öfter dem gesetzlichen Regelaltersalter bei Frauen und Männern. Im internationalen Vergleich zeigt sich jedoch, dass Frauen in Österreich ihren Pensionsantritt relativ früh erwarten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass in vielen anderen teilnehmenden Ländern das Regelalter bei Frauen schon weiter dem von Männern angeglichen wurde.

## **4.2 Übergänge in den Ruhestand**

Als Pensionsantritt wird typischerweise das Ende der Erwerbstätigkeit mit anschließendem Bezug einer Alterspension erachtet. Es gibt jedoch vielfältige Wege in den Ruhestand: Zum Teil verlieren Personen ihre Beschäftigung oder werden arbeitsunfähig, bevor sie Leistungen aus einer Altersvorsorge beziehen können. Andere treten schrittweise vom Erwerbsleben in den Ruhestand, indem sie das Beschäftigungsausmaß bereits vor dem eigentlichen Pensionsantritt reduzieren, oder auch nach dem Antritt weiter einer Beschäftigung nachgehen. Mit der Konzentration auf Personen der Altersgruppe 50+ ermöglicht es das SHARE Projekt, unterschiedliche Übergänge in den Ruhestand zu untersuchen.

### **Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit bei Älteren**

Bei SHARE wird der eigene Beschäftigungsstatus durch die Befragten selbst festgelegt. Diese können dabei wählen, ob sie ihre Situation als „arbeite nicht mehr (Pension)“, „angestellt oder selbstständig“, „arbeitslos“, „dauerhaft krank oder arbeitsunfähig“ oder als „Hausfrau/Hausmann“ beschreiben würden.

Wie in Abbildung 24 zu erkennen, ist Österreich durch eine vergleichsweise niedrige Beschäftigungsquote bei Älteren gekennzeichnet. Bei der Bevölkerung im Alter von 50-69 Jahren sind in Nordeuropa 57 % und in Zentraleuropa noch 42 % in Beschäftigung. Im Gegensatz dazu sind es in Österreich nur mehr 32 %. Umgekehrt ist der Anteil an Personen im Ruhestand in Österreich vergleichsweise hoch und auf einen durchschnittlich frühen Pensionsantritt zurückzuführen.

Der Antritt des Ruhestandes erfolgt jedoch nicht in allen Fällen im direkten Anschluss an eine Erwerbstätigkeit. Häufig gibt es Phasen, in denen Personen arbeitslos und arbeitsunfähig sind, bevor sie Leistungen aus einer Altersvorsorge beziehen können. In einigen Ländern werden indirekte Übergänge bewusst unterstützt, beispielsweise durch

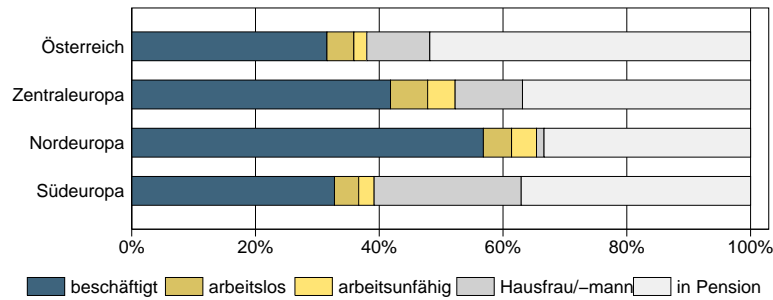


Abbildung 24: Arbeitsmarktstatus im Alter von 50-69 Jahren (Tabelle A.21)

Sonderregelungen für Ältere beim Bezug von Arbeitslosengeld (Blanchet, Brugiavini und Rainato, 2005).

Um Übergänge in den Ruhestand abzubilden, kann der Arbeitsmarktstatus der Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen untersucht werden. Tabelle A.19 im Anhang gibt einen Überblick in Fünf-Jahres-Altersgruppen für Österreich und die europäischen Regionen im Vergleich. Für Österreich ist der Verlauf in Abbildung 25 dargestellt.

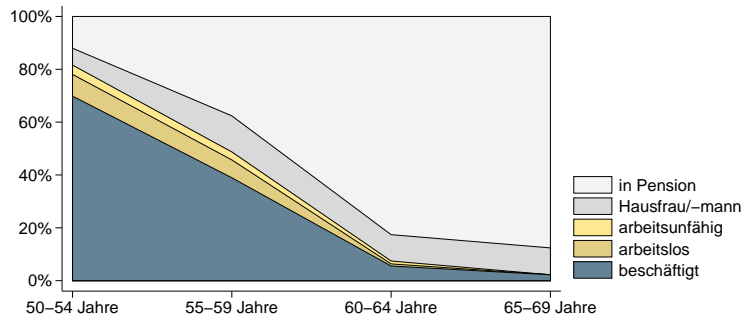


Abbildung 25: Arbeitsmarktstatus der Bevölkerung in unterschiedlichen Altersgruppen in Österreich (Tabelle A.19)

Nicht nur der Anteil an Beschäftigten, sondern auch der Anteil an Personen, die sich als arbeitsunfähig oder arbeitslos bezeichnen, sinkt in Österreich mit zunehmendem Alter beständig, während die Personengruppe der Pensionisten wächst. In anderen Ländern zeigt sich zum Teil ein anderes Bild: Bei den 50-54-Jährigen beträgt der Anteil Arbeitsloser in Österreich wie auch im Durchschnitt Zentraleuropas ca. 8%. Im weiteren Verlauf sinkt der Anteil in Österreich leicht auf 7%, während er in Zentraleuropa auf über 10% stark ansteigt. Auch in Nordeuropa wächst die Anzahl der Arbeitslosen in dieser Altersgruppe. Im weiteren Verlauf sinkt in allen Ländern die relative Anzahl der Arbeitslosen. Bei den 60-64-Jährigen weist Österreich mit einem Anteil von unter 1% den geringsten Wert auf, in Zentraleuropa bezeichnen sich in dieser Altersgruppe noch 5% der Bevölkerung als arbeitslos.

Auch bei der Anzahl an arbeitsunfähigen Personen gibt es im Verlauf international unterschiedliche Entwicklungen: Bei den 50-54-Jährigen liegt der Anteil derer, die sich

als dauerhaft krank oder arbeitsunfähig bezeichnen, in allen verglichenen Ländern bei ca. 3-4 %. In weiterer Folge sinkt der Anteil in Österreich und Südeuropa, während er in den Nord- und Zentraleuropa wiederum ansteigt. Die zentraleuropäischen Länder verzeichnen den stärksten Zuwachs: 8 % der 55-60-Jährigen bezeichnen sich als dauerhaft krank oder arbeitsunfähig. Auch bei Personen im Alter von 60-64 Jahren bleibt der Anteil Arbeitsunfähiger in Nord- und Zentraleuropa relativ hoch, während der Anteil in Österreich auf 1 % der Bevölkerung weiter abnimmt. In Südeuropa ist in dieser Altersgruppe hingegen ein leichter Anstieg zu verzeichnen, der Anteil Arbeitsunfähiger bleibt jedoch deutlich niedriger als in zentral- und nordeuropäischen Ländern. Erst bei den 65-69-Jährigen sinkt der Anteil in allen Vergleichsländern unter 2 %.

Die Entwicklung von Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Alter zeigt, dass mögliche Wege vom Erwerbsleben in den Ruhestand in den einzelnen Ländern unterschiedlich stark beansprucht werden. Insbesondere in zentral- und nordeuropäischen Ländern scheinen Personen vor dem eigentlichen Pensionsantritt häufiger Phasen der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit zu durchlaufen. In Österreich zeigt sich hingegen, dass die Anzahl an Arbeitslosen und Arbeitsunfähigen mit zunehmendem Alter stetig abnimmt. Häufiger als im Ausland ist es demnach in Österreich möglich, vom Erwerbsleben direkt in den Ruhestand zu treten.

### Situation nach letzter Beschäftigung

Mit der Erhebung der Lebensgeschichte von älteren Personen im Rahmen der dritten Welle von SHARE können Übergängen in den Ruhestand aus individueller Sicht betrachtet werden. Die Befragten geben hierbei rückblickend an, welche Beschreibung am besten auf ihre Situation nach dem Ende der letzten Beschäftigung zutrifft. Die wichtigsten Antwortkategorien sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Ein großer Teil wechselt direkt nach dem Ende der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand. In Österreich sind es 61 % der Beschäftigten, nur in den nordeuropäischen Ländern erfolgt der Antritt des Ruhestands häufiger direkt nach der letzten Beschäftigung.

**Tabelle 10:** Situation nach dem Ende der letzten Beschäftigung (in %)

|                                       | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa |
|---------------------------------------|------------|---------------|------------|-----------|
| im Ruhestand                          | 61,46      | 49,49         | 67,52      | 47,58     |
| arbeitslos und arbeitssuchend         | 2,60       | 6,97          | 4,27       | 2,79      |
| arbeitslos und nicht arbeitssuchend   | 2,46       | 6,16          | 1,84       | 2,05      |
| Krankheit oder Behinderung            | 8,05       | 9,06          | 11,40      | 5,21      |
| Betreuung von Haushalt oder Familie   | 22,81      | 22,73         | 8,81       | 35,27     |
| freiwillige oder gemeinnützige Arbeit | 0,90       | 0,87          | 0,79       | 0,56      |
| Sonstiges                             | 1,72       | 4,72          | 5,38       | 6,55      |

In den zentraleuropäischen Ländern sind mit 13 % vergleichsweise viele Personen im Anschluss an die Erwerbstätigkeit arbeitslos. In Österreich sind es im Gegensatz dazu nur 5 %, wobei etwa die Hälfte davon angibt, keine neue Beschäftigung mehr zu suchen. 8 % der Österreicher geben an, dass sie nach der letzten Beschäftigung eine Krankheit oder Behinderung hatten, 23 % betreuen den Haushalt oder Familienmitglieder. Bei der

Betreuung gibt es die größten internationale Unterschiede, wobei im Süden (35 %) gegenüber dem Norden (9 %) diese Kategorie deutlich häufiger genannt wird.

Werden Frauen und Männer getrennt betrachtet (Tabelle A.22 im Anhang), geben in Österreich 40 % der weiblichen Befragten an, nach der letzten Beschäftigung den Haushalt oder Familienmitglieder betreut zu haben. Bei Männern ist hingegen der direkte Übergang in den Ruhestand (77 %) stärker ausgeprägt, auch Krankheit oder Behinderung (13 %) nach dem Ende der Erwerbstätigkeit nennen Männern häufiger als Frauen.

## Arbeitszeit

Alle Personen, die einer Beschäftigung nachgehen, werden nach ihrer gewöhnlichen Arbeitszeit pro Woche befragt. Dies umfasst nicht nur Voll- und Teilzeitbeschäftigte, sondern beispielsweise auch Bezieher einer Alterspension, die zusätzlich noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Dadurch kann die durchschnittliche Arbeitszeit von Personen in unterschiedlichem Alter betrachtet werden.

In Abbildung 26 ist die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche nach Altersgruppen aufgetragen, wobei sich interessante regionale Unterschiede zeigen. Erwerbstätige Personen im Alter von 50 bis 54 Jahren arbeiten in Österreich im internationalen Vergleich am längsten. Die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 41 Stunden pro Woche und liegt damit zwischen einer und fünf Stunden über anderen europäischen Regionen. Auch bei den 55-59-Jährigen liegt Österreich mit einer Wochenarbeitszeit von 39 Stunden an der Spitze.

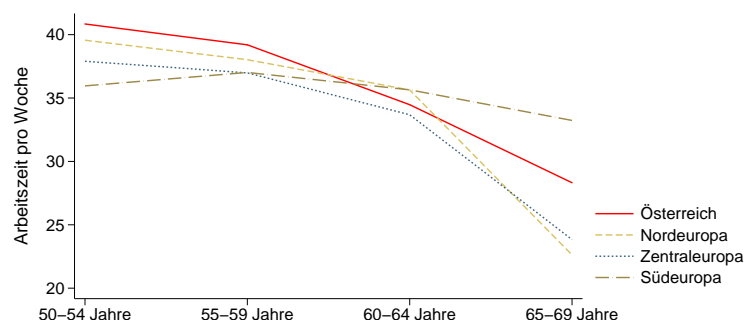


Abbildung 26: Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche bei Beschäftigten (Tabelle A.23)

Die Arbeitszeit ist auch im Kontext der relativ niedrigen Beschäftigungsquoten bei älteren Personen in Österreich zu betrachten. Zwar scheinen Ältere den Arbeitsmarkt typischerweise früher zu verlassen als in anderen Ländern, bis zu diesem Zeitpunkt sind sie jedoch vergleichsweise häufig in Vollzeitbeschäftigung. So arbeiten bei den Erwerbstätigen im Alter von 50-54 Jahren in Österreich 88 % Vollzeit (über 30 Stunden pro Woche), während es in Deutschland im Vergleich dazu lediglich 80 % sind.

Bei den weiteren Altersgruppen in Abbildung 26 geht die durchschnittliche Arbeitszeit in den meisten Ländern deutlich zurück. Bei den 60-64-Jährigen sind es in Österreich 34, bei den 65-69-Jährigen 28 Stunden pro Woche. In Nord- und Zentraleuropa sinkt die durchschnittliche Arbeitszeit noch stärker. Ältere scheinen in diesen Ländern verstärkt

auf Teilzeitarbeit zurückzugreifen oder einer geringfügigen Beschäftigung nachzugehen. In den südeuropäischen Ländern hingegen, bleibt die durchschnittliche Arbeitszeit auch in der letzten Altersgruppe mit 33 Stunden pro Woche noch auffallend hoch.

Im Vergleich mit anderen Datenquellen zeigt sich, dass das Arbeitsvolumen bei Beschäftigten im Alter von 50-54 noch über dem Durchschnitt von Erwerbstätigen aller Altersgruppen liegt. Nach der Arbeitskräfteerhebung für das Jahr 2004 beträgt die normalerweise geleistete Arbeitszeit in Österreich 39,9 Stunden pro Woche. Auch hier liegt die gewöhnliche Arbeitszeit in Österreich über dem europäischen Durchschnitt (EU-15) von 37,4 Stunden pro Woche (Eurostat, 2010a).

Insgesamt lassen sich auf internationaler Ebene signifikante Unterschiede beim Beschäftigungsausmaß und dessen Entwicklung im Zeitablauf erkennen. Der Einfluss der institutionellen Rahmenbedingungen auf den Übertritt vom Erwerbsleben in den Ruhestand beschränkt sich somit nicht nur auf den Zeitpunkt, sondern auch in welchem Ausmaß Personen vor dem eigentlichen Antritt die Arbeitszeit reduzieren und sich später, zusätzlich zum Bezug einer Pension, am Arbeitsmarkt beteiligen.

### Gleitender Übergang in den Ruhestand

Der gleitende Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand bezeichnet eine Alternative zur einstufigen Pensionierung. Dabei wird die Beschäftigung nicht abrupt beim Erreichen einer bestimmten Altersgrenze beendet, sondern in einer zwischengelagerten Phase (schrittweise) reduziert. Aus individueller Sicht werden hierbei die Vorteile einer sanften Anpassung an den Ruhestand hervorgehoben. Für Betriebe hingegen ergeben sich bei entsprechenden Förderungen kostengünstige Möglichkeiten, Wissen und Fähigkeiten älterer Mitarbeiter zu erhalten.

In Europa wird mit verschiedenen Programmen ein gleitender Übergang in den Ruhestand öffentlich gefördert. In Anbetracht von steigendem Druck auf Systeme der Altersvorsorge wird damit auch das Ziel verfolgt, Ältere länger am Arbeitsmarkt zu halten und die Erwerbsbeteiligung zu erhöhen (Kantarci und Van Soest, 2008). Auch in Österreich gibt es seit 2000 mit der Einführung der Altersteilzeit eine Möglichkeit, für Reduktionen der Arbeitszeit einen teilweisen Lohnausgleich zu erhalten.

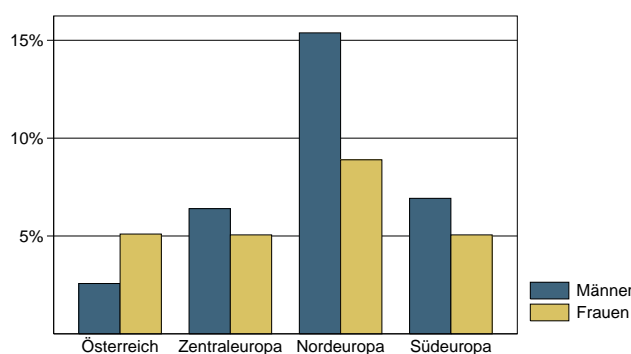


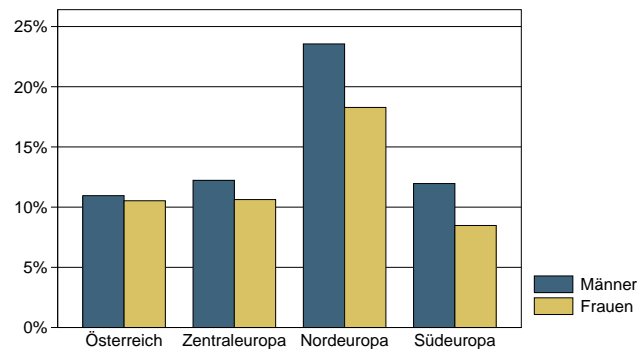
Abbildung 27: Anteil an Personen im Ruhestand, die einer Beschäftigung nachgehen (Tabelle A.24)

Auch Personen, die sich nicht als beschäftigt bezeichnen, werden bei SHARE gefragt, ob sie innerhalb der letzten vier Wochen eine bezahlte Arbeit verrichtet haben. Abbildung 27 zeigt den Anteil an Personen im Ruhestand, die zusätzlich einer Beschäftigung nachgehen. Untersucht wird die Altersgruppe der 50-69-Jährigen.

Mit einem Anteil von 5,1 % gehen Frauen im Ruhestand in Österreich doppelt so oft wie Männer (2,6 %) einer bezahlten Tätigkeit nach. In allen anderen Ländern ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt.

Insgesamt ist das Ausmaß an Beschäftigung von Personen im Ruhestand in Österreich jedoch als gering einzustufen. Am weitesten verbreitet sind zusätzliche Beschäftigungen in Nordeuropa: 15,4 % der Männer und 8,9 % der Frauen im Ruhestand geben an, dass sie innerhalb der vergangenen vier Wochen eine bezahlte Arbeit verrichtet haben.

Beschäftigung im Ruhestand kann auch anhand der erzielten Einkommen betrachtet werden. Die verschiedenen Einkommensarten werden für das gesamte Jahr vor dem persönlichen Interview erhoben, wobei unter anderem Pensionseinkünfte und Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit berücksichtigt werden. Es kann jedoch nicht unterschieden werden, ob Einkommen aus den verschiedenen Quellen im untersuchten Zeitraum hintereinander oder gleichzeitig bezogen wurden.



**Abbildung 28:** Anteil an Personen mit Pensionseinkünften, die Einkommen aus (un-)selbstständiger Arbeit erzielen (Tabelle A.25)

In Abbildung 28 zeigt sich erneut, dass ein gleitender Übergang in Nordeuropa am stärksten ausgebaut ist. 23,6 % der Männer und 18,3 % Frauen mit Pensionseinkünften haben im untersuchten Zeitraum auch Einkünfte aus (un-)selbstständiger Arbeit erzielt. Österreich ist mit einem Anteil von 11 % bei Männern im diesem Vergleich an letzter Stelle, bei den Frauen (10,5 %) beziehen in Südeuropa noch weniger Pensionistinnen gleichzeitig ein Arbeitseinkommen.

Auch die Erfahrung der derzeitigen Pensionisten zeigt, dass die Weiterbeschäftigung nach dem Pensionsantritt in Österreich wenig ausgebaut ist. Nur 20 % der österreichischen Pensionisten geben an, dass es an Ihrem letzten Arbeitsplatz nach der Pensionierung eine Möglichkeit zur Weiterbeschäftigung in Teil- oder Vollzeit gegeben hat. Im Vergleich dazu sind es in Nord- (35 %) und Zentraleuropa (35 %) bereits deutlich mehr, in Südeuropa gibt es fast an jedem zweiten Arbeitsplatz die Möglichkeit, auch nach der Pensionierung weiterzuarbeiten.

### 4.3 Gründe für den Pensionsantritt

Personen im Ruhestand werden bei SHARE nach den Hauptgründen für den Pensionsantritt befragt. Die Teilnehmenden können hierbei von zehn vorgegebenen Möglichkeiten Gründe auswählen, wobei Mehrfachnennungen möglich sind.

Die zentralen Antwortkategorien sind in Tabelle 11 zusammengefasst und stellen die Beweggründe österreichischer Pensionisten den Durchschnittswerten des europäischen Auslands gegenüber. Anspruch auf eine staatliche Pension wird in Österreich von knapp 65 %, und damit deutlich mehr Personen als im Ausland (48 %) als Grund für den Pensionsantritt genannt. Im Gegensatz dazu werden vorhandene Firmen- und Privatpensionsansprüche in Österreich äußerst selten als Motiv angegeben.

**Tabelle 11:** Gründe für den Pensionsantritt in Österreich und Europa

|  | Österreich | Europa |
|--|------------|--------|
| Anspruch auf staatliche Pension          | 64,8       | 48,0   |
| Anspruch auf Firmen-/Privatpension       | 1,9        | 12,8   |
| Angebot für vorzeitigen Ruhestand        | 3,8        | 11,6   |
| Wegrationalisierung, mit Pensionsangebot | 5,3        | 5,5    |
| Gesundheitsgründe                        | 20,0       | 15,6   |
| mehr Zeit/Leben genießen                 | 6,4        | 10,6   |
| Sonstiges                                | 2,6        | 4,1    |

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Auch Angebote für den vorzeitigen Ruhestand spielen in diesem Vergleich mit knapp 4 % in Österreich nur eine untergeordnete Rolle. Im Ausland wird dieser Grund dreimal häufiger genannt. Weiters geben über 5 % der Pensionisten an, von Rationalisierungsmaßnahmen betroffen gewesen zu sein. Österreich liegt hier im internationalen Durchschnitt. Werden in Tabelle 12 ausschließlich Personen betrachtet, die eine staatliche Frühpension beziehen, geben mit 13 % deutlich mehr Pensionisten an, aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen in den Ruhestand getreten zu sein.

Gesundheitliche Gründe waren für jeden fünften Österreicher ausschlaggebend für den Pensionsantritt. Im Ausland ist dieser Anteil geringer. Vor allem bei jungen Pensionisten war die Gesundheit ein entscheidender Faktor. In der Altersgruppe der 50-54-Jährigen geben in Österreich die Hälfte, bei den 55-59-Jährigen etwas mehr als ein Viertel an, aufgrund gesundheitlicher Probleme in Pension getreten zu sein. Weiters lässt sich auch ein Zusammenhang mit den Pensionsarten feststellen. Bei den Beziehern staatlicher Frühpension geben 47 % an, dass Gesundheitsgründe für den Pensionsantritt eine Rolle gespielt haben (Tabelle 12). Gesundheitliche Probleme dienen in Österreich demnach häufig als Rechtfertigung für einen frühen Pensionsantritt.

Mehr Zeit für die Familie zu haben oder das Leben zu genießen werden im Vergleich dazu in Österreich (6,4 %), aber auch im Ausland (10,6 %), seltener als Gründe für den Pensionsantritt genannt.

Zwischen Männern und Frauen gibt es innerhalb Österreichs bei den Gründen für den Pensionsantritt nur geringfügige Unterschiede (Tabelle 12): Ansprüche auf Firmen- oder Privatpension, ein Angebot für den vorzeitigen Ruhestand sowie Wegrationalisierung

**Tabelle 12:** Gründe für den Pensionsantritt in Österreich

|                                    | Männer | Frauen | Frühpensionisten |
|------------------------------------|--------|--------|------------------|
| Anspruch auf staatliche Pension    | 65,0   | 64,6   | 15,8             |
| Anspruch auf Firmen-/Privatpension | 3,1    | 1,0    | 2,3              |
| Angebot vorzeitiger Ruhestand      | 5,2    | 2,6    | 20,7             |
| Wegrationalisierung                | 6,3    | 4,4    | 13,2             |
| Gesundheitsgründe                  | 23,9   | 16,8   | 47,4             |
| mehr Zeit/Leben genießen           | 2,8    | 9,5    | 2,3              |
| Sonstiges                          | 0,7    | 4,3    | 7,6              |

Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

werden bei Frauen noch seltener als bei Männern als Motiv angeführt. Ebenso scheinen gesundheitliche Probleme für Frauen weniger ausschlaggebend zu sein in Pension zu gehen. Im Vergleich zu den männlichen Pensionisten sind bei Frauen hingegen die zusätzlich verfügbare Zeit sowie die Möglichkeit, das Leben zu genießen, von größerer Bedeutung beim Pensionsantritt.

#### 4.4 Auswirkungen des Pensionsantritts

Der Übertritt vom Erwerbsleben in den Ruhestand hat neben weitgehenden Veränderungen des Lebensalltages auch finanzielle Konsequenzen. An Stelle des Erwerbseinkommens treten in der Regel Systeme der Altersversorgung, die sowohl in absoluter Höhe als auch relativ zum vergangenen Einkommen stark variieren. In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen der Pensionsantritt auf Individuen und Haushalte hat und wie diese mit den Veränderungen zurecht kommen.

##### Der Pensionsantritt als Erleichterung und Sorge

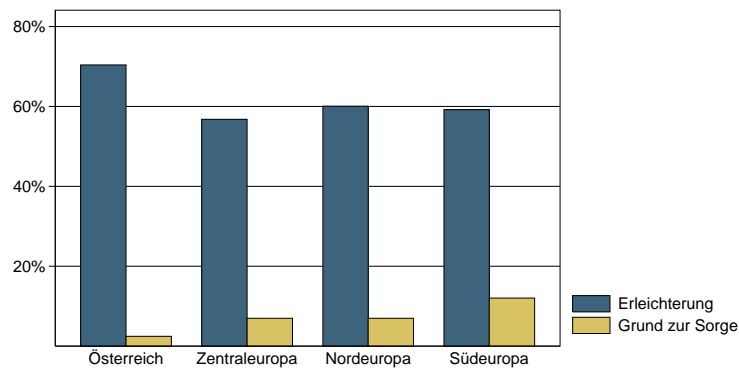
Ein Großteil der in den Ruhestand getretenen Personen empfindet diesen als Erleichterung. In Österreich liegt der Anteil bei 70%. Wie aus Abbildung 29 hervorgeht, liegt Österreich damit im internationalen Vergleich an der Spitze.

Nur 2,5% der österreichischen Pensionisten empfinden den Ruhestand als Grund zur Sorge. In den Südeuropäischen Ländern ist der Anteil mit durchschnittlich 12% am größten. Die übrigen Personen geben an, den Ruhestand als Erleichterung *und* Grund zur Sorge zu empfinden, bzw. als keines von beiden.

Der Grund, warum Personen in Pensionen gegangen sind spielt naturgemäß eine bedeutende Rolle, ob der Antritt ein Grund zur Sorge ist oder nicht. Abbildung 30 zeigt den Effekt der genannten Antrittsgründe auf die Wahrscheinlichkeit, dass der Pensionsantritt Sorgen bereitet.

Sind Rationalisierungsmaßnahmen der Hauptgrund, ist der Pensionsantritt eher ein Grund zur Sorge als wenn aufgrund anderer Umstände der Ruhestand angetreten wird. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Pensionsantritt Sorgen bereitet steigt um 6,8 Prozentpunkte. Auch ein Antritt aufgrund gesundheitlicher Probleme ist eher mit Sorgen verbunden.





**Abbildung 29:** Anteil an Personen, die den Ruhestand als Erleichterung bzw. Grund zur Sorge empfinden (Tabelle A.26)

Im Gegensatz dazu zeigt sich bei einer Pensionierung aufgrund staatlicher Pensionsansprüche oder um das Leben zu genießen ein signifikant negativer Effekt auf die Wahrscheinlichkeit, dass der Pensionsantritt ein Grund zur Sorge ist. Diese Motive sprechen für einen erwarteten Übergang in den Ruhestand, die Pensionisten können dadurch besser mit der Verminderung des Einkommens und der Veränderung der Lebensumstände zurechtkommen. Bei den anderen genannten Gründen zeigt sich kein statistisch signifikanter Effekt auf die Einschätzung des Pensionsantrittes.

Weiters lässt sich ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status feststellen: Bei Personen, die den Pensionsantritt als Grund zur Sorge empfinden, liegen die Pensionseinkünfte im europäischen Durchschnitt um ca. 12% unter denen von Personen, die den Antritt als Erleichterung wahrnehmen. Der geringe Anteil an österreichischen Pensionisten, die den Ruhestand als Grund zur Sorge empfinden, weist somit neben der Bedeutung der staatlichen Pension auch auf den relativ hohen Lebensstandard von Personen im Ruhestand (vgl. Kapitel 4.5) hin.

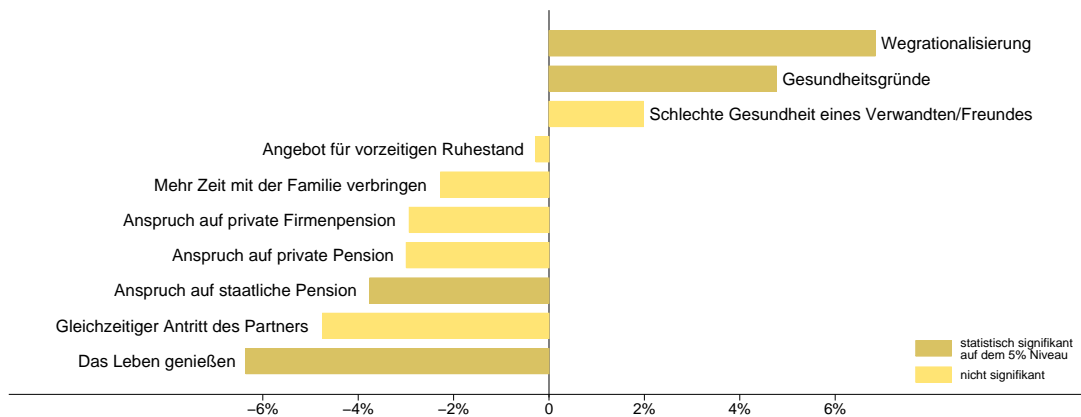
## 4.5 Lebensstandard und Einkommensquellen im Alter

SHARE umfasst eine detaillierte Erhebung verschiedener Einkommensquellen. Einzelne Einkommensarten wie Kapitaleinkünfte oder Wohnzuschüsse wurden in der Regel auf Ebene des gesamten Haushalts erfasst, der Großteil der Einkommen lässt sich jedoch auf einzelne Personen zuordnen. Um die Einkommen international vergleichbar zu machen, wurden die Beträge nach Kaufkraftparitäten korrigiert, Basis ist das Preisniveau von Deutschland 2005. Weiters wurden fehlende Angaben mittels Imputationsverfahren ergänzt (Brugiavini u. a., 2005).

### Individuelles Einkommen

Die Einkommensarten auf individueller Ebene sind in fünf Kategorien gegliedert:

- Arbeitseinkommen: Sämtliche Einkünfte aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit

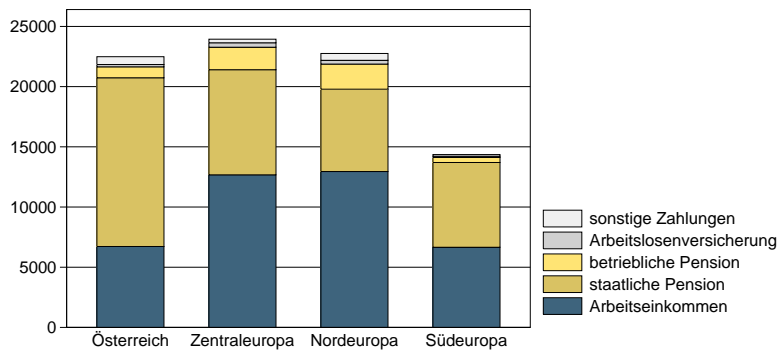


**Abbildung 30:** Einfluss von Pensionsantrittsgründen auf die Wahrscheinlichkeit, den Pensionsantritt als Grund zur Sorge zu empfinden (Tabelle A.27). Interpretation: Ein Antritt aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen erhöht die Wahrscheinlichkeit um 6,8 Prozentpunkte. Anmerkung: Die marginalen Effekte wurden auf Basis eines Probit Modells ermittelt, zusätzliche Kontrollvariablen berücksichtigen Alter, Geschlecht und Land der in den Ruhestand getretenen.

- Staatliche Pension: Gesetzliche Alters- und Frühpension, Invaliditätspension, Hinterbliebenenpension des Ehe- oder Lebenspartners, Kriegsinvalidenrente und Sozialhilfe
- Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung
- Betriebliche Pension: Betriebliche Alters- und Frühpension, Krankheits- oder Invalidenrente und betriebliche Hinterbliebenenpension aus der Berufstätigkeit des Partners
- Sonstige regelmäßige Zahlungen: private Lebens-, Pensions- und Krankenversicherungen, Unterhaltszahlungen und Unterstützungen von Hilfsorganisationen

Abbildung 31 zeigt das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen über 50 Jähriger als Summe der einzelnen Einkommensquellen. Mit einem Einkommen von ca. 21300 liegt Österreich etwas unter den Werten von Zentral- und Nordeuropa (23800), in Südeuropa (14400) sind die durchschnittlichen Einkommen deutlich geringer.

Betrachtet man die einzelnen Einkommensbestandteile, ist in Österreich vor allem die Bedeutung der staatlichen Pension auffallend. Sie macht durchschnittlich 62,3 % des Einkommens älterer Personen aus. Betriebliche Pensionseinkünfte sind hingegen nur für 4,1 % des gesamten Einkommens verantwortlich. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bisher nur ein sehr geringer Teil der Bevölkerung in diese Variante der Altersvorsorge eingebunden ist (Brunner, Riess und Winter-Ebmer, 2005). Auch in anderen Ländern dominieren staatliche Pensionen, wobei betriebliche Vorsorgemodelle in einzelnen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt sind. In Zentral- und Nordeuropa machen betriebliche Pensionen daher immerhin 7,8 % bzw. 9,2 % des gesamten Einkommens aus.



**Abbildung 31:** Individuelles Einkommen vor Abzug von Steuern aus verschiedenen Quellen in Euro (kaufkraftbereinigt, Basis 2005, Tabelle A.28)

Der geringe Anteil an Arbeitseinkommen in Österreich (29,9 %) ist eine direkte Konsequenz der niedrigen Beschäftigungsquote bei Älteren (siehe Tabelle A.1). In den anderen Regionen machen Einkünfte aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit zwischen 46,4 % und 56,9 % der durchschnittlichen Einkommen aus. Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung (0,8 %) haben in Österreich wie in den anderen Ländern in dieser Übersicht nur eine geringe Bedeutung. Ein weiterer Teil entfällt auf sonstige regelmäßige Zahlungen (2,9 %), wobei innerhalb dieser Kategorie private Lebens- und Pensionsversicherungen am bedeutendsten sind.

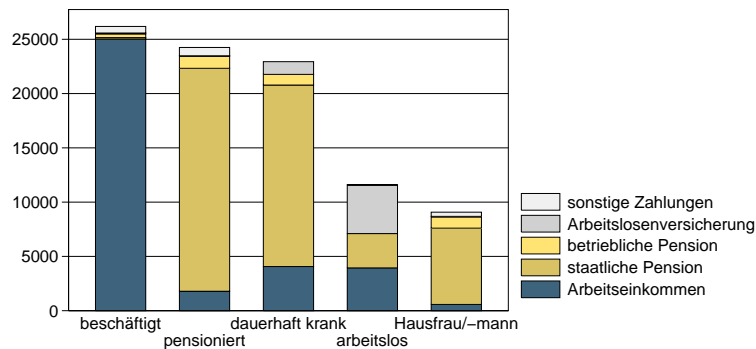
### Einkommen nach Beschäftigungsstatus

Für Österreich werden die individuellen Einkommen in Abbildung 32 nach dem Beschäftigungsstatus betrachtet, dem sich die einzelnen Befragten zuordnen. Bei dieser Übersicht ist zu berücksichtigen, dass sich die Einkommen auf das vorangegangene Jahr vor dem Interview beziehen, während der Status zum Zeitpunkt des Interviews erfragt wird.

Wie zu erwarten erzielen Beschäftigte ihr Einkommen beinahe zur Gänze durch ihre Arbeit (95,6 %), wobei sie mit durchschnittlich 26200 Euro an der Spitze dieser Einkommensübersicht stehen. Pensionisten erreichen ein individuelles Einkommen von 24200 Euro, neben der staatlichen (84,7 %) und betrieblichen (4,6 %) Pension erhalten sie noch immerhin 7,4 % ihres Einkommens aus einer Erwerbstätigkeit.

Auch bei Personen, die sich als dauerhaft krank oder arbeitsunfähig bezeichnen, macht die staatliche Pension den größten Teil des Einkommens aus, wobei Zahlungen aus der Pflegeversicherung (32,2 %), Invaliditäts- (17,9 %) und Frühpension (10,7 %) die wichtigsten Einkommensbestandteile sind. Trotz vorhandener Einschränkungen macht jedoch auch das Arbeitseinkommen bei dieser Personengruppe noch einen Teil des Gesamteinkommens aus.

Mit jährlich 11600 Euro müssen Arbeitslose mit weniger als dem halben Einkommen im Vergleich zu Beschäftigten und Pensionisten auskommen. Mit 38,5 % macht das Arbeitslosengeld einen großen Teil des Einkommens aus. Der relativ hohe Anteil an Arbeitseinkommen ist ein Hinweis darauf, dass viele Arbeitslose erst kürzlich ihre Be-



**Abbildung 32:** Individuelles Einkommen nach Beschäftigungsstatus (kaufkraftbereinigt, Basis 2005, Tabelle A.29)

schäftigung verloren haben. Die Pensionseinkünfte beziehen sich bei dieser Gruppe vor allem auf die staatliche Invaliditätspension.

Hausfrauen/-männer haben in diesem Vergleich mit 9100 Euro das geringste Jahreseinkommen. Der größte Einkommensbestandteil, die staatliche Pension, berücksichtigt hier vor allem die staatliche Hinterbliebenenpension des Ehe- oder Lebenspartner (37,2 % des Einkommens), weiters tragen auch Pflegeversicherung (21,8 %) und Alterspension (17,7 %) zum Jahreseinkommen bei.

### Kapitaleinkommen

Auch vorhandene Vermögen und damit verbundene Kapitaleinkünfte sind als Bestandteil des Einkommens zu berücksichtigen. Da derartige Geldanlagen meist gemeinsam mit dem Partner oder der Partnerin verwaltet werden, sind diese Einkommen auf Ebene der Haushalte zu betrachten.

**Tabelle 13:** Anteil an Haushalten mit Einkünften aus Vermietung und sonstigem Vermögen (in %)

|               | Sparbücher, Girokonten | Anleihen | Aktien | Fonds | Vermietung |
|---------------|------------------------|----------|--------|-------|------------|
| Österreich    | 73,6                   | 6,7      | 5,2    | 5,2   | 1,7        |
| Zentraleuropa | 90,3                   | 9,6      | 15,0   | 15,5  | 7,1        |
| Nordeuropa    | 84,3                   | 19,2     | 36,2   | 38,8  | 4,0        |
| Südeuropa     | 66,2                   | 5,4      | 4,0    | 4,4   | 3,6        |

Tabelle 13 zeigt die Verbreitung verschiedener Geldanlagen in Österreich und dem europäischen Ausland. Mit 73,6 % besitzt der Großteil der österreichischen Haushalte Sparbücher oder Girokonten. Anlagen in Form von Anleihen, Aktien/Unternehmensanteilen oder Investmentfonds kommen mit ca. 5-7 % vergleichsweise selten vor. International zeigt sich hier ein deutlicher Nord-Süd Gradient: Während diese Formen der Geldanlage in südeuropäischen Ländern wenig Verbreitung finden, haben mehr als ein Drittel der Haushalte in Nordeuropa in Aktien und Fonds investiert. Mieteinkünfte spielen in Österreich (1,7 %) nur eine geringe Rolle, in anderen zentraleuropäischen Ländern (7,1 %)

erzielen deutlich mehr Haushalte Einkommen aus der Vermietung von Immobilien.

### Rolle nichtstaatlicher Vorsorgeinstrumente

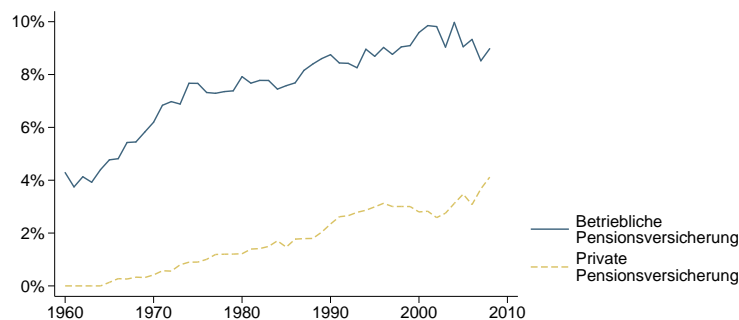
Bereits bei der Betrachtung der individuellen Einkommensbestandteile wurde ersichtlich, dass nichtstaatliche Vorsorgeinstrumente in Europa unterschiedlich stark ausgeprägt sind. In Österreich stammt nur ein vergleichsweise geringer Teil des Einkommens aus betrieblicher und privater Pensionsvorsorge. Wie aus Tabelle 14 hervorgeht, ist auch nur ein geringer Teil der Pensionisten in diese Vorsorgeformen eingebunden.

6,3% der österreichischen Pensionisten erhalten Zahlungen aus betrieblicher Altersvorsorge, in Nordeuropa ist es durchschnittlich jeder zweite. Auch in anderen Zentraleuropäischen Ländern sind Firmenpensionen stärker verbreitet als in Österreich. Die dritte Säule der Altersvorsorge ist in allen Ländern weniger stark verbreitet, wobei sie bei den nordeuropäischen Pensionisten mit 13% am stärksten vertreten ist. In Österreich erhalten nur 1,3% der Pensionisten Zahlungen aus einer privaten Pensionsversicherung. Auch andere private Vorsorge in Form von Lebensversicherungen hat nur eine geringe Bedeutung.

**Tabelle 14:** Anteil an Pensionisten, die Zahlungen aus privater und betrieblicher Pensionsvorsorge erhalten (in %)

|               | betriebliche Pension | private Pension | Lebensversicherung |
|---------------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Österreich    | 6,3                  | 1,3             | 1,8                |
| Zentraleuropa | 23,1                 | 3,2             | 1,2                |
| Nordeuropa    | 50,0                 | 13,0            | 2,1                |
| Südeuropa     | 5,3                  | 0,5             | 0,3                |

Die Rolle nichtstaatlicher Vorsorgeinstrumente kann auch anhand des Rückblickes auf den gesamten Berufsverlauf im Rahmen von SHARELIFE abgebildet werden. Bei jeder neuen Tätigkeit wird dabei auch erhoben, ob während der Beschäftigung Beiträge in die drei Säulen der Altersvorsorge gezahlt wurden. Dadurch lassen sich Veränderungen bei der Bedeutung betrieblicher und privater Pensionsversicherungen im Zeitablauf abbilden (Abbildung 33).



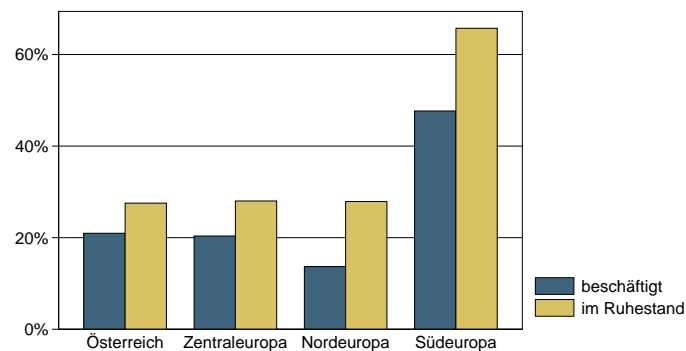
**Abbildung 33:** Beschäftigte mit privater und betrieblicher Pensionsvorsorge in Österreich

Beide Formen nichtstaatlicher Versorgung haben in den letzten fünfzig Jahren zugenommen. Zahlten in den 1960er Jahren nur 4 % der Beschäftigten Beiträge an eine betriebliche Pensionsversicherung, sind es nach 2000 bereits knapp 10 %. Private Pensionsvorsorge hatte am Beginn des untersuchten Zeitraums praktisch keine Bedeutung, am Ende sind hingegen immerhin 4 % der Beschäftigten in private Pensionsversicherungen eingebunden. Personen, die heute über 50 Jahre alt sind, haben demnach in ihrem Berufsverlauf immer stärker in private und betriebliche Pensionsvorsorge investiert.

Der Trend zu stärkerer nichtstaatlicher Altersvorsorge wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Betrachtet man die Pensionsvorsorge von Beschäftigten aller Altersgruppen, sind in Österreich gemäß den Berechnungen der europäischen Kommission bereits 35 % der Beschäftigten in betriebliche und 10 % in individuelle, private Altersvorsorge eingebunden (European Commission, 2006).

### Finanzielle Lage im Ruhestand

Die Auswirkungen von Einkommensausfällen durch den Übertritt in den Ruhestand kann mit Hilfe der SHARE Daten durch die subjektive Einschätzung der finanziellen Lage auf Haushaltsebene untersucht werden.



**Abbildung 34:** Anteil an Haushalten, die Schwierigkeiten haben mit dem Einkommen den Lebensunterhalt zu bestreiten.

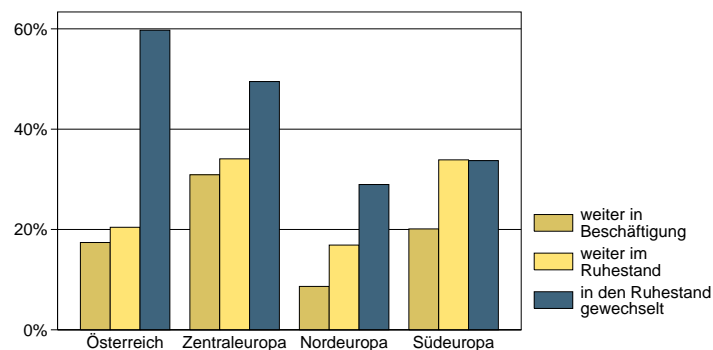
Wie aus Abbildung 34 hervorgeht, haben Haushalte, in denen zumindest ein Mitglied in Beschäftigung ist, deutlich seltener Schwierigkeiten mit dem zur Verfügung stehenden Haushaltseinkommen den Lebensunterhalt zu bestreiten als Haushalte, in denen niemand mehr Erwerbstätig ist. In Österreich geben 21 % der Haushalte in Beschäftigung und 28 % der Haushalte im Ruhestand an, nur mit großen oder zumindest gewissen Schwierigkeiten mit dem Geld auszukommen. In anderen zentraleuropäischen Ländern sind es im Durchschnitt ebenso viele.

Im internationalen Vergleich leiden Haushalte in Südeuropa häufiger an finanziellen Engpässen. Knapp die Hälfte der Haushalte mit Beschäftigten bzw. zwei Drittel der Haushalte ohne arbeitende Mitglieder sprechen von Schwierigkeiten beim Bestreiten des Lebensunterhalts.

Bei der zweiten Datenerhebungswelle von SHARE sollen die Befragten beurteilen,

wie sich die finanzielle Lage des Haushalts seit dem ersten Interview verändert hat. In Österreich geben wie im Ausland die Mehrheit der Befragten an, dass sich die Lage nicht verändert hat. Immerhin 24 % geben jedoch an, dass sich die finanzielle Lage etwas oder sehr verschlechtert hat, nur 8 % berichten hingegen von Verbesserungen.

Um die Auswirkungen eines Pensionsantritts einzuschätzen, kann die Veränderung der finanziellen Lage getrennt nach verschiedenen Haushaltstypen betrachtet werden: Haushalte, bei denen der Haushaltsvorstand zwischen den beiden Erhebungswellen von einer Beschäftigung in den Ruhestand wechselt, werden mit Haushalten verglichen, bei denen der Vorstand weiter beschäftigt ist. Die dritte Gruppe sind Haushalte, die bereits zum Zeitpunkt der ersten Welle von SHARE im Ruhestand gewesen sind. Abbildung 35 zeigt den Anteil an Haushalten, bei denen sich die finanzielle Lage verschlechtert hat für die einzelnen Haushaltstypen.



**Abbildung 35:** Anteil an Haushalten, bei denen sich die finanzielle Lage im Vergleich zur ersten Erhebungswelle verschlechtert hat (Tabelle A.30)

In allen Ländern geben in den Ruhestand gewechselte Haushalte öfter als andere an, dass sich die finanzielle Lage verschlechtert hat. In Österreich sprechen knapp 60 % dieser Haushalte von einer Verschlechterung, in den Vergleichsländern sind es 29-49 %. Im Gegensatz dazu geben in Österreich nur 17 % der weiter beschäftigten Haushalte an, dass sich die finanzielle Lage verschlechtert hat, wobei dieser Wert nur in den nordeuropäischen Ländern unterboten wird. Von den Haushalten, die bereits zum Zeitpunkt der ersten Welle von SHARE im Ruhestand gewesen sind, sprechen in Österreich 20,4 % von finanziellen Verschlechterungen.

Die mit dem Übertritt in den Ruhestand verbundene Verminderung des verfügbaren Einkommens wird demnach in vielen Haushalten auch als Verschlechterung der finanziellen Lage wahrgenommen. Trotzdem gibt der Großteil der in den Ruhestand gewechselten Haushalte an, das finanzielle Auslangen zu finden. In Österreich geben 84 % dieser Haushalte an, mit dem Einkommen völlig oder zumindest einigermaßen problemlos auszukommen. Nur in Nordeuropa (93 %) sind es mehr, in Südeuropa (54 %) haben Haushalte bei denen der Haushaltsvorstand zwischen den beiden Erhebungswellen in den Ruhestand gegangen ist deutlich häufiger mit finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen.

## 4.6 Freiwillige Arbeit

Viele ältere Menschen arbeiten freiwillig und ohne Bezahlung in unterschiedlichen Bereichen. Formelle (z. B. Ehrenämter) und informelle (z. B. Nachbarschaftshilfe) Tätigkeiten können dabei einerseits als wichtiger Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt gewertet werden, andererseits können soziale Interaktionen auch Gesundheit und Wohlbefinden gerade bei älteren Freiwilligen positiv beeinflussen (Bath und Deeg, 2005).

### Freiwillige Aktivitäten

Bei SHARE wird erhoben, ob die Befragten im letzten Monat unterschiedliche Aktivitäten ausgeführt haben. Tabelle 15 gibt an, wie häufig bestimmte Aktivitäten in Österreich und in den restlichen Ländern genannt wurden.

In der Personengruppe der über 50-Jährigen geben 8,3 % der Österreicher an, im letzten Monat unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisationen oder -veranstaltungen geleistet zu haben. Die Beteiligung liegt damit etwas unter dem europäischen Durchschnitt. Nachbarschaftshilfe und die Betreuung Kranker sind Formen informeller Freiwilligenarbeit. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass Österreich bei den Betreuungsleistungen einen hohen Wert aufweist. 7,1 % geben an, im letzten Monat eine kranke oder behinderte Person betreut zu haben. Weiters behaupten 21,8 % der Befragten, in diesem Zeitraum der Familie, Freunden oder Nachbarn geholfen zu haben.

**Tabelle 15:** Ausgeführte Aktivitäten im letzten Monat (in %)

|  | Österreich | Europa |
|--|------------|--------|
| freiwillige Arbeit bei Wohltätigkeitsorganisationen/-veranstaltungen       | 8,3        | 10,0   |
| Betreuung einer kranken oder behinderten Person                            | 7,1        | 5,1    |
| der Familie, Freunden oder Nachbarn geholfen                               | 21,8       | 18,3   |
| einen Weiterbildungskurs besucht   | 4,1        | 4,5    |
| einen Sportverein oder anderen Verein besucht                              | 14,1       | 16,5   |
| eine religiöse Einrichtung (Kirche, Synagoge, Moschee, etc.) besucht       | 21,6       | 9,1    |
| sich bei einer politischen Organisation oder Gemeindeeinrichtung beteiligt | 5,4        | 3,2    |
| keine der genannten Aktivitäten  | 50,7       | 57,1   |

Innerhalb Europas zeigt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle bei den genannten Aktivitäten. Bei der freiwilligen Arbeit und der Nachbarschaftshilfe ist die Beteiligung in Nordeuropa mit 17,9 % bzw. 36 % der Befragten am höchsten, in Südeuropa am geringsten.

Häufig genannt wird in Österreich auch der Besuch von Sportvereinen oder anderen Vereinen (14,1 %) sowie von religiösen Einrichtungen (21,6 %). Religiöse Einrichtungen sind in Österreich damit deutlich populärer als in den meisten anderen Ländern.

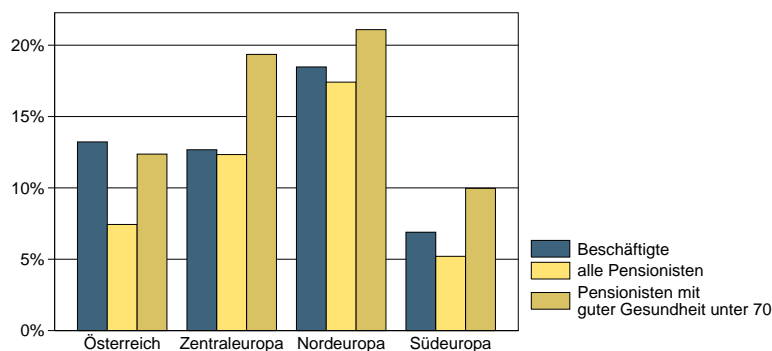
### Freiwillige Arbeit und der Übertritt in den Ruhestand

Freiwilliges Engagement hängt von zahlreichen Faktoren ab. Neben individuellen Einstellungen und Werten sind auch die eigene Gesundheit und der Zeitfaktor von Bedeutung



(Erlinghagen, 2007; Mutchler, Burr und Caro, 2003). Im Zusammenhang mit dem Übertritt in den Ruhestand wird dabei die Frage aufgeworfen, ob die zusätzlich verfügbare Zeit nach dem Ende des Erwerbslebens in freiwillige Arbeit investiert wird.

Der direkte Vergleich der Bevölkerungsgruppen in Abbildung 36 zeigt, dass sich Beschäftigte in allen verglichenen Ländern häufiger als Pensionisten an (formeller) freiwilliger Arbeit beteiligen. In Österreich sind beispielsweise 13% der Beschäftigten und 7% der Pensionisten freiwillig bei Wohltätigkeitsorganisationen oder -veranstaltungen tätig.



**Abbildung 36:** Beteiligung an freiwilliger Arbeit bei Beschäftigten und Pensionisten (Tabelle A.31)

Auch die Erhebung zur Struktur und dem Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich (Statistik Austria, 2008) zeigt Unterschiede beim Erwerbsstatus. Bei den Beschäftigten aller Altersgruppen sind 32,6%, bei Pensionisten 19,1% der Befragten in formelle Freiwilligenarbeit eingebunden. Berücksichtigt werden hierbei allerdings sämtliche freiwillige Aktivitäten im Rahmen von Organisationen.

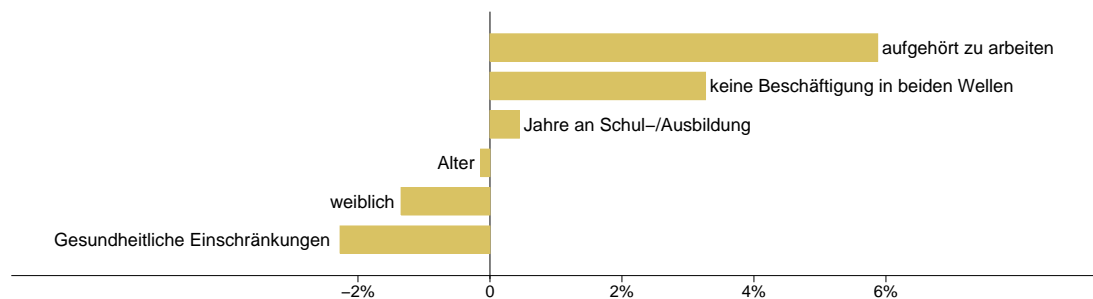
Es ist zu erwarten, dass es älteren Personen aufgrund gesundheitlicher Probleme häufig nicht möglich ist, freiwillige Tätigkeiten fortzusetzen oder zu beginnen. Zum Vergleich ist in Abbildung 36 daher auch die Beteiligung von Pensionisten abgebildet, die ihren eigenen Gesundheitszustand zumindest als gut bezeichnen und unter 70 Jahre alt sind.

Pensionisten mit guter Gesundheit arbeiten erwartungsgemäß deutlich häufiger freiwillig als andere. In Österreich sind es mit ca. 12% etwas mehr als in Südeuropa (10%), in den zentral- (19%) und nordeuropäischen Ländern (21%) liegen die Werte jedoch deutlich höher. Insgesamt zeigt sich in Österreich doch beträchtliches ungenutztes Potential: Während in anderen Ländern die Beteiligung von Pensionisten mit guter Gesundheit deutlich über der von Beschäftigten liegt, ist dies in Österreich nicht der Fall.

Durch das Design von SHARE lassen sich die Auswirkungen des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand auf freiwilliges Engagement direkt beobachten. Bei Personen, die zwischen den ersten beiden Erhebungswellen von SHARE aufgehört haben zu arbeiten, steigt die Beteiligung an freiwilliger Arbeit in Österreich wie auch im europäischen Durchschnitt um 11% an. Demgegenüber stehen in Österreich jedoch 10%, die gleichzeitig mit dem Erwerbsleben auch ihren freiwilligen Einsatz beenden. Im europäischen Durchschnitt sind es hingegen nur 7% der ehemals Beschäftigten, die nach dem Pensionsantritt aufhören freiwillig zu arbeiten.

In einer multivariaten Analyse können die Faktoren veranschaulicht werden, die die

Aufnahme einer freiwilligen Arbeit beeinflussen. Dazu werden Veränderungen der Beschäftigungssituation als erklärende Variablen herangezogen<sup>7</sup>.



**Abbildung 37:** Wahrscheinlichkeit der Aufnahme freiwilliger Arbeit, marginale Effekte (Tabelle A.32). Interpretation: Gesundheitliche Einschränkungen reduzieren die Wahrscheinlichkeit, eine freiwillige Arbeit aufzunehmen um 2,3 Prozentpunkte. Anmerkung: Alle angegebenen Variablen sind statistisch signifikant auf dem 5% Niveau. Die marginalen Effekte wurden auf Basis eines Probit Modells ermittelt, zusätzliche Kontrollvariablen berücksichtigen das Land des Befragten und den Zeitabstand zwischen den Interviews.

Wie aus Abbildung 37 hervorgeht, haben sowohl Personen, die zwischen den beiden Erhebungswellen aufgehört haben zu arbeiten (5,9 Prozentpunkte), wie auch Personen, die zu keinem Zeitpunkt einer Beschäftigung nachgegangen sind (3,3 Prozentpunkte), eine höhere Wahrscheinlichkeit eine freiwillige Arbeit anzunehmen als Beschäftigte. Auch der Gesundheitszustand spielt bei dieser Entscheidung eine bedeutende Rolle. Gesundheitliche Einschränkungen reduzieren die Wahrscheinlichkeit, sich sozial zu engagieren um 2,3 Prozentpunkte. Im Vergleich zu Männern geben Frauen seltener an, eine freiwillige Tätigkeit aufgenommen zu haben, weiters wirkt sich auch ein höheres Alter negativ auf die Aufnahmewahrscheinlichkeit aus. Im Gegensatz dazu gibt es einen positiven Effekt von Bildung auf freiwilliges Engagement.

Im internationalen Vergleich sind Personen im Ruhestand in Österreich relativ selten freiwillig bei Wohltätigkeitsorganisationen/-veranstaltungen tätig. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass in Österreich nur wenige Personen nach der Erwerbstätigkeit eine unentgeltliche Arbeit beginnen. Die multivariate Analyse bestätigt jedoch im gesamteuropäischen Kontext, dass die verfügbare Zeit für diese Entscheidung eine wichtige Rolle spielt. Die Förderung von freiwilligem Engagement im Ruhestand könnte somit positive Effekte für den Einzelnen und die Gesellschaft mit sich bringen.

<sup>7</sup>Bei der Beschäftigung werden die drei Kategorien „aufgehört zu arbeiten“, „keine Beschäftigung in beiden Wellen“ sowie „weiter/erneut beschäftigt“ unterschieden, wobei letztere als Basiskategorie dient.

## 5 Zusammenfassung

Auf Basis des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) können vielfältige Fragestellungen zum Leben älterer Personen in Österreich und Europa untersucht werden. In dieser Arbeit wurden Themen im Bereich Gesundheit, Arbeitsmarkt und die Phase des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand behandelt.

Die überwiegende Mehrheit der älteren Beschäftigten bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet, dennoch lassen sich vergangene und gegenwärtige gesundheitliche Probleme feststellen und Zusammenhänge mit der Beschäftigung aufzeigen. Der eigene Gesundheitszustand spielt demnach eine bedeutende Rolle für die Arbeitszufriedenheit und die Beschäftigungschancen Älterer. Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wechseln den Arbeitsplatz häufiger, ihr Gehalt liegt im Durchschnitt unter dem von Personen ohne Einschränkungen. Für Österreich zeigt sich, dass die Erwerbsbeteiligung Älterer vergleichsweise gering ist und gesundheitliche Einschränkungen häufiger als in anderen Ländern dazu führen, dass der Arbeitsmarkt verlassen wird.

Bei der Gesundheitsversorgung wurden Aspekte der Inanspruchnahme und vorhandene Zugangsprobleme beleuchtet. Während im internationalen Vergleich der Umfang der stationären Behandlung in Österreich auffällt, sind die Wartezeiten für Termine kurz und gegenüber dem Ausland wird nur selten aufgrund hoher Kosten auf medizinische Leistungen verzichtet.

Bedeutende Unterschiede gibt es beim Übergang in den Ruhestand. Bei der Analyse zeigt sich, dass der Pensionsantritt in Österreich relativ früh und meist direkt nach dem Ende der Erwerbstätigkeit erfolgt. Ein gleitender Übergang in den Ruhestand ist in Österreich eher die Ausnahme. In nordeuropäischen Ländern beispielsweise gehen deutlich mehr Personen auch nach dem Pensionsantritt einer Beschäftigung nach.

Gleichzeitig empfinden in Österreich so viele Personen wie in keinem anderem Land den Antritt des Ruhestands als Erleichterung. Nur wenige Haushalte haben im Ruhestand Schwierigkeiten, mit dem verfügbaren Einkommen zurechtzukommen, obwohl der Pensionsantritt häufig auch als Verschlechterung der finanziellen Lage wahrgenommen wird. Die Beteiligung an formeller Freiwilligenarbeit liegt in Österreich unter dem europäischen Durchschnitt, bei Beschäftigten ist das Engagement in diesem Bereich höher als bei Pensionisten. Im Gegensatz dazu hat in Österreich die freiwillige Nachbarschaftshilfe und die Betreuung von kranken Personen gegenüber dem Ausland einen größeren Stellenwert.

Das Forschungsnetzwerk SHARE ist mit den gesammelten Daten eine fruchtbare Basis für wissenschaftliche Forschungsprojekte in verschiedensten Bereichen, wie sich auch anhand der ständig wachsenden Publikationsliste (<http://www.share-project.org>) zeigt. Die vierte Befragungswelle wird mit der Ausweitung der Stichprobe in Österreich eine neue Datenbasis für detaillierte Untersuchungen innerösterreichischer Aspekte liefern. Gleichzeitig kann mit dem Längsschnittsdatensatz bereits ein Zeitraum von sieben Jahren abgedeckt werden, um neue Erkenntnisse über die Entwicklung der Generation 50+ in Europa zu gewinnen.

## Literaturverzeichnis

- Anderson, R. u. a. (2009). „Second European Quality of Life Survey: Overview“. In: *Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*.
- Bath, P.A. und D. Deeg (2005). „Social engagement and health outcomes among older people: introduction to a special section“. In: *European Journal of Ageing* 2.1, S. 24–30. ISSN: 1613-9372.
- Blanchet, D., A. Brugiavini und R. Rainato (2005). „Pathways to Retirement“. In: *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 246–252.
- Brugiavini, Agar, Giacomo Pasini und Franco Peracchi (2008). „Exits From the Labour Force“. In: *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 206–214.
- Brugiavini, Agar u. a. (2005). „Generated Income Variables in SHARE Release 1“. In: *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe - Methodology*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan und Hendrik Jürges. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 205–113.
- Brunner, Johann K., Cornelia Riess und Rudolf Winter-Ebmer (2005). „Public and Private Pension Claims“. In: *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 241–245.
- Burdorf, Alex u. a. (2008). „The Effects of Ill Health on Displacement from the Labour Market and Potential Impact of Prevention“. In: *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 137–142.
- Castro-Costa, E. u. a. (2007). „Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study“. In: *The British Journal of Psychiatry* 191.5, S. 393.
- Clark, A.E. (1997). „Job satisfaction and gender: why are women so happy at work?“. In: *Labour economics* 4.4, S. 341–372.
- D’Addio, A.C., T. Eriksson und P. Frijters (2007). „An analysis of the determinants of job satisfaction when individuals’ baseline satisfaction levels may differ“. In: *Applied Economics* 39.19, S. 2413–2423.
- De Luca, Giuseppe und Claudio Rossetti (2008). „Sampling Design and Weighting Strategies in the Second wave of SHARE“. In: *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 333–338.

- Dewey, Michael E und Martin J Prince (2005). „Mental Health“. In: *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), S. 108–117.
- Erlinghagen, Marcel (2007). „Die Beteiligung an ehrenamtlicher Arbeit und informeller Hilfe nach dem Renteneintritt: Analysen mit dem Sozio-oekonomischen Panel“. In: *SOEPpapers* 27.
- European Commission (2006). *Adequate and sustainable pensions : synthesis report, 2006*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (Dez. 2010a). *Durchschnittliche normalerweise geleistete Wochenarbeitsstunden in Haupttätigkeit, nach Geschlecht, Stellung im Beruf, Vollzeit-/Teilzeittätigkeit und Beruf (Stunden)*. URL: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa\\_ewhuis&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsa_ewhuis&lang=de).
- (Okt. 2010b). *Erwerbstätigenquote älterer Erwerbstätiger*. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=0&language=de&pcode=tsdde100>.
- (Jan. 2011). *Durchschnittliches Erwerbsaustrittsalter - Jährliche Daten*. URL: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsi\\_exi\\_a&lang=de](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsi_exi_a&lang=de).
- Faragher, EB, M. Cass und CL Cooper (2005). „The Relationship between Job Satisfaction and Health: A Meta-Analysis“. In: *Occupational and Environmental Medicine*, S. 105–112.
- Fischer, J.A.V. und A. Sousa-Poza (2008a). „Does job satisfaction improve the health of workers? New evidence using panel data and objective measures of health“. In: *Health Economics* 18.1, S. 71–89.
- Fischer, Justina A. V. und Alfonso Sousa-Poza (2008b). „Personality, Job Satisfaction and Health - The Mediating Influence of Affectivity“. In: *Swiss Journal of Economics and Statistics (SJES)* 144.III, S. 379–435. URL: <http://ideas.repec.org/a/ses/arsjes/2008-iii-6.html>.
- Jürges, Hendrik (2007). „True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health“. In: *Health Economics* 16.2, S. 163–178. URL: <http://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v16y2007i2p163-178.html>.
- Kantarci, T. und A. Van Soest (2008). „Gradual retirement: Preferences and limitations“. In: *De Economist* 156.2, S. 113–144.
- Klimont, J. u. a. (2006). *Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung*. STATISTIK AUSTRIA, Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Moschetti, K. u. a. (2011). „Does Poor Childhood Health Explain Increased Health Care Utilisation and Payments in Middle and Old Age?“ In: *The Individual and the Welfare State: Life Histories in Europe*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. Heidelberg: Springer. Kap. 23.
- Mutchler, Jan E., Jeffrey A. Burr und Francis G. Caro (2003). „From Paid Worker to Volunteer: Leaving the Paid Workforce and Volunteering in Later Life“. English. In:

- Social Forces* 81.4, pp. 1267–1293. ISSN: 00377732. URL: <http://www.jstor.org/stable/3598115>.
- Prince, MJ u. a. (1999). „Development of the EURO-D scale—a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres“. In: *The British Journal of Psychiatry* 174.4, S. 330.
- Statistik Austria (2008). *Struktur und Volumen der Freiwilligenarbeit in Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz*. Hrsg. von Markus Bönisch. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.
- (Apr. 2010). *Erwerbstätige (internationale Definition) nach Alter und Geschlecht seit 1995*. URL: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/023542.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/023542.html).
- Wipplinger, Ronald und Rudolf Winter-Ebmer (2009). „Pensionszugang in Österreich im internationalen Vergleich“. In: *50plus in Deutschland und Europa: Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Hrsg. von Axel Börsch-Supan u. a. VS Verlag.

## Tabellenanhang

**Tabelle A.1:** Beschäftigungsquoten bei älteren Beschäftigten (in %)

|             | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|-------------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| 50-54 Jahre | 70,3       | 76,2          | 83,9       | 59,4      | 70,9         |
| 55-59 Jahre | 39,3       | 59,8          | 75,1       | 43,0      | 53,6         |
| 60-64 Jahre | 7,2        | 19,9          | 47,0       | 17,7      | 20,3         |

**Tabelle A.2:** Anteil beschäftigter Männer und Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen

|               | Männer        |                     | Frauen        |                     |
|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------|
|               | eingeschränkt | stark eingeschränkt | eingeschränkt | stark eingeschränkt |
| Österreich    | 24,5          | 5,6                 | 25,4          | 4,7                 |
| Zentraleuropa | 18,1          | 4,2                 | 21,4          | 6,3                 |
| Nordeuropa    | 19,7          | 5,9                 | 27,3          | 7,0                 |
| Südeuropa     | 14,2          | 2,0                 | 17,2          | 2,2                 |

**Tabelle A.3:** Anteil der Beschäftigten, die den eigenen Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „mittelmäßig“ bezeichnen (in %)

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 16,0       | 14,9          | 6,3        | 14,3      | 14,2         |
| Frauen | 9,4        | 14,7          | 5,6        | 16,9      | 14,4         |

**Tabelle A.4:** Anteil an Beschäftigten mit chronischen Krankheiten (in %)

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 46,9       | 53,5          | 56,8       | 59,1      | 55,4         |
| Frauen | 48,8       | 56,4          | 63,0       | 58,1      | 57,3         |

**Tabelle A.5:** Anteil an Beschäftigten mit chronischen Krankheiten, ohne bzw. mit Korrektur für inter-antionale Unterschiede in der Altersstruktur der Beschäftigten (in %)

|               | tatsächlich Beschäftigte | korrigiert für die Altersstruktur |
|---------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Österreich    | 47,6                     | 49,7                              |
| Zentraleuropa | 54,8                     | 55,9                              |
| Nordeuropa    | 59,8                     | 58,9                              |
| Südeuropa     | 58,8                     | 59,3                              |

**Tabelle A.6:** Durchschnittliche Anzahl an gesundheitlichen Beschwerden bei Beschäftigten

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 0,85       | 0,81          | 0,88       | 0,76      | 0,80         |
| Frauen | 0,88       | 1,21          | 1,28       | 1,53      | 1,29         |

**Tabelle A.7:** Anteil beschäftigter Frauen und Männern, die an Depressionen leiden (in %)

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 7,6        | 10,1          | 10,3       | 14,2      | 11,4         |
| Frauen | 22,9       | 26,1          | 19,5       | 35,2      | 27,8         |

**Tabelle A.8:** Die Wahrscheinlichkeit von Beschäftigten, an Depressionen zu leiden (in %)

|               | ohne chronische Krankheiten | mit chronischen Krankheiten |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Österreich    | 6,4                         | 17,7                        |
| Zentraleuropa | 6,9                         | 21,9                        |
| Nordeuropa    | 8,4                         | 17,3                        |
| Südeuropa     | 12,4                        | 25,8                        |

**Tabelle A.9:** Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen in Berufsgruppen (in %)

|                                     | Österreich    |             | Europa        |             |
|-------------------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|                                     | eingeschränkt | stark eing. | eingeschränkt | stark eing. |
| Führungskräfte                      | 18,4          | 0,0         | 14,1          | 3,0         |
| Wissenschaftler                     | 27,3          | 0,0         | 15,3          | 4,0         |
| Techniker und gleichrangige Berufe  | 27,2          | 3,8         | 20,9          | 4,2         |
| Bürokräfte                          | 16,9          | 4,0         | 18,1          | 7,4         |
| Dienstleistungsberufe               | 29,7          | 3,5         | 18,1          | 4,6         |
| Fachkräfte Landwirtschaft/Fischerei | 16,2          | 4,8         | 15,9          | 1,9         |
| Handwerker                          | 26,2          | 6,5         | 18,3          | 3,9         |
| Anlagen- und Maschinenbediener      | 25,9          | 10,4        | 25,1          | 5,6         |
| Hilfsarbeitskräfte                  | 32,0          | 10,0        | 24,6          | 5,0         |

**Tabelle A.10:** Anteil Beschäftigter mit gesundheitlichen Einschränkungen in den einzelnen Wirtschaftszweigen (in %)

|  | Österreich    |             | Europa        |             |
|--|---------------|-------------|---------------|-------------|
|  | eingeschränkt | stark eing. | eingeschränkt | stark eing. |
| Land- und Forstwirtschaft, Fischerei               | 18,1          | 5,4         | 16,3          | 0,0         |
| verarb. Gewerbe, Bergbau, sonstige Industrie       | 27,8          | 3,6         | 23,5          | 3,9         |
| Baugewerbe   | 13,5          | 4,8         | 15,9          | 3,5         |
| Handel und Gastgewerbe                             | 22,1          | 5,1         | 11,3          | 3,5         |
| Verkehr und Nachrichtenübermittlung                | 25,3          | 0,0         | 17,4          | 5,9         |
| Finanz- und Versicherungsdienstleistungen          | 8,1           | 8,1         | 14,6          | 3,2         |
| Grundstücks- und Wohnungswesen, Vermietung         | 0,0           | 0,0         | 14,4          | 12,9        |
| freiberufl./wissenschaftl./techn. Dienstleistungen | 24,1          | 8,8         | 17,8          | 2,9         |
| öffentl. Verwaltung, Unterricht, Sozialwesen       | 33,0          | 4,4         | 18,5          | 5,6         |
| sonstige Dienstleistungen                          | 22,9          | 6,6         | 19,9          | 4,0         |



**Tabelle A.11:** Anteil von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach der Stellung im Beruf (in %)

|                          | Österreich    |             | Europa        |             |
|--------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|                          | eingeschränkt | stark eing. | eingeschränkt | stark eing. |
| Arbeiter und Angestellte | 26,6          | 6,3         | 19,8          | 4,8         |
| Beamte                   | 32,6          | 0,0         | 18,1          | 5,3         |
| Selbstständige           | 12,2          | 3,5         | 14,9          | 2,2         |

**Tabelle A.12:** Anteil an Beschäftigten, die mit ihrer Arbeit nicht zufrieden sind (in %)

|               | alle Beschäftigten | mit gesundheitl. Einschränkungen | mit Depressionen |
|---------------|--------------------|----------------------------------|------------------|
| Österreich    | 6,9                | 8,9                              | 18,8             |
| Zentraleuropa | 8,1                | 12,3                             | 14,7             |
| Nordeuropa    | 4,7                | 8,9                              | 13,5             |
| Südeuropa     | 8,4                | 14,2                             | 15,3             |

**Tabelle A.13:** Zusammenhang zwischen Arbeitsumfeld und Symptome einer Depression

|   |           |         |
|---|-----------|---------|
| Zeitdruck aufgrund Arbeitsaufkommen (d)       | 0,026     | (0,076) |
| Kaum Möglichkeit die Arbeit zu gestalten (d)  | 0,004     | (0,817) |
| Möglichkeit neue Fertigkeiten zu erwerben (d) | -0,019    | (0,268) |
| Unterstützung in schwierigen Situationen (d)  | -0,047*   | (0,010) |
| Anerkennung der Arbeitsleistung (d)           | -0,067*** | (0,001) |
| Angemessenes Gehalt (d)                       | -0,038*   | (0,018) |
| Geringe Aufstiegschancen (d)                  | 0,057***  | (0,000) |
| Gefährdeter Arbeitsplatz (d)                  | 0,064**   | (0,001) |
| Beobachtungen                                 | 5819      |         |

Zusätzliche Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Land und Wirtschaftszweig

(d) für diskrete Veränderungen der Dummy Variable von 0 auf 1

Marginale Effekte;  $p$ -Werte in Klammern

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabelle A.14:** Anteil an Personen, die im Erwachsenenalter über ein Jahr lang krank oder behindert waren

|               | Männer |                    | Frauen |                    |
|---------------|--------|--------------------|--------|--------------------|
|               | einmal | zweimal oder öfter | einmal | zweimal oder öfter |
| Österreich    | 11,3   | 0,6                | 9,0    | 0,8                |
| Zentraleuropa | 12,4   | 1,8                | 13,3   | 1,7                |
| Nordeuropa    | 14,2   | 2,6                | 17,3   | 3,1                |
| Südeuropa     | 14,0   | 2,8                | 13,2   | 3,4                |

**Tabelle A.15:** Anteil an Beschäftigten und Personen insgesamt mit Arztbesuchen in den letzten zwölf Monaten (in %)

|               | Über 50-Jährige |                 | Beschäftigte 50-64 |                 |
|---------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|
|               | Arztbesuche     | Facharztbesuche | Arztbesuche        | Facharztbesuche |
| Österreich    | 85,7            | 69,0            | 83,8               | 63,5            |
| Zentraleuropa | 91,5            | 82,4            | 87,5               | 74,7            |
| Nordeuropa    | 78,5            | 51,8            | 73,3               | 45,3            |
| Südeuropa     | 84,9            | 67,8            | 73,7               | 50,7            |

**Tabelle A.16:** Anteil an Beschäftigten und Personen insgesamt mit Aufenthalten im Krankenhaus in den letzten zwölf Monaten (in %)

|               | Über 50-Jährige |          | Beschäftigte 50-64 |          |
|---------------|-----------------|----------|--------------------|----------|
|               | stationär       | ambulant | stationär          | ambulant |
| Österreich    | 20,2            | 3,0      | 9,3                | 3,2      |
| Zentraleuropa | 15,5            | 5,6      | 9,9                | 5,7      |
| Nordeuropa    | 12,7            | 7,1      | 7,4                | 7,1      |
| Südeuropa     | 12,2            | 3,4      | 6,3                | 2,0      |

**Tabelle A.17:** Anteil an Personen, die in den letzten zwölf Monaten aufgrund der anfallenden Kosten auf Leistungen verzichtet haben (in %)

|                   | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|-------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| nicht beschäftigt | 3,1        | 6,0           | 2,8        | 4,8       | 5,3          |
| beschäftigt       | 2,8        | 4,3           | 2,7        | 3,0       | 3,8          |

**Tabelle A.18:** Wahrscheinlichkeit der Beschäftigung im Jahr 2006 für Personen, die 2004 in Beschäftigung waren (in %)

|               | ohne gesundheitliche Einschränkungen | mit gesundheitlichen Einschränkungen |
|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Österreich    | 74,0                                 | 50,4                                 |
| Zentraleuropa | 79,2                                 | 73,0                                 |
| Nordeuropa    | 89,3                                 | 85,7                                 |
| Südeuropa     | 79,8                                 | 71,6                                 |

**Tabelle A.19:** Verteilung des Arbeitsmarktstatus in unterschiedlichen Altersgruppen (in %)

|                      | in Pension | beschäftigt | arbeitslos | arbeitsunfähig | Hausfrau/-mann | gesamt |
|----------------------|------------|-------------|------------|----------------|----------------|--------|
| <b>Österreich</b>    |            |             |            |                |                |        |
| 50-54 Jahre          | 12,0       | 69,8        | 8,2        | 3,5            | 6,4            | 100,0  |
| 55-59 Jahre          | 37,6       | 38,9        | 6,8        | 3,0            | 13,6           | 100,0  |
| 60-64 Jahre          | 82,6       | 5,5         | 0,8        | 1,1            | 10,0           | 100,0  |
| 65-69 Jahre          | 87,6       | 2,2         | 0,0        | 0,0            | 10,2           | 100,0  |
| <b>Zentraleuropa</b> |            |             |            |                |                |        |
| 50-54 Jahre          | 2,5        | 75,8        | 7,8        | 4,4            | 9,4            | 100,0  |
| 55-59 Jahre          | 11,8       | 58,3        | 10,5       | 7,7            | 11,7           | 100,0  |
| 60-64 Jahre          | 57,4       | 18,4        | 4,6        | 5,4            | 14,1           | 100,0  |
| 65-69 Jahre          | 88,3       | 2,9         | 0,1        | 0,1            | 8,6            | 100,0  |
| <b>Nordeuropa</b>    |            |             |            |                |                |        |
| 50-54 Jahre          | 6,5        | 83,3        | 6,3        | 3,3            | 0,6            | 100,0  |
| 55-59 Jahre          | 12,1       | 73,4        | 7,0        | 5,9            | 1,7            | 100,0  |
| 60-64 Jahre          | 43,5       | 46,7        | 3,1        | 5,4            | 1,4            | 100,0  |
| 65-69 Jahre          | 92,1       | 5,8         | 0,2        | 0,7            | 1,2            | 100,0  |
| <b>Südeuropa</b>     |            |             |            |                |                |        |
| 50-54 Jahre          | 8,1        | 61,0        | 6,7        | 3,1            | 21,2           | 100,0  |
| 55-59 Jahre          | 23,2       | 41,4        | 4,4        | 2,1            | 28,8           | 100,0  |
| 60-64 Jahre          | 53,0       | 17,6        | 3,9        | 3,5            | 22,0           | 100,0  |
| 65-69 Jahre          | 70,7       | 5,5         | 0,1        | 1,3            | 22,4           | 100,0  |

**Tabelle A.20:** Anteil an Personen, die den Arbeitgeber gewechselt haben (in %)

|               | ohne gesundheitliche<br>Einschränkungen | mit gesundheitlichen<br>Einschränkungen |
|---------------|---|---|
| Österreich    | 2,6                                     | 11,2                                    |
| Zentraleuropa | 3,8                                     | 4,9                                     |
| Nordeuropa    | 10,0                                    | 12,5                                    |
| Südeuropa     | 1,4                                     | 2,8                                     |

**Tabelle A.21:** Arbeitsmarktstatus im Alter von 50-69 Jahren

|               | in Pension | beschäftigt | arbeitslos | arbeitsunfähig | Hausfrau/-mann | Gesamt |
|---------------|------------|-------------|------------|----------------|----------------|--------|
| Österreich    | 51,8       | 31,5        | 4,4        | 2,1            | 10,2           | 100,0  |
| Zentraleuropa | 36,9       | 41,8        | 6,0        | 4,4            | 10,9           | 100,0  |
| Nordeuropa    | 33,4       | 56,8        | 4,5        | 4,0            | 1,2            | 100,0  |
| Südeuropa     | 37,1       | 32,8        | 3,9        | 2,5            | 23,8           | 100,0  |

**Tabelle A.22:** Situation nach dem Ende der letzten Beschäftigung in Österreich (in %)

|                                       | Männer | Frauen | Durchschnitt |
|---------------------------------------|--------|--------|--------------|
| im Ruhestand                          | 77,43  | 48,70  | 61,46        |
| arbeitslos und arbeitssuchend         | 2,77   | 2,47   | 2,60         |
| arbeitslos und nicht arbeitssuchend   | 2,50   | 2,42   | 2,46         |
| Krankheit oder Behinderung            | 12,74  | 4,31   | 8,05         |
| Betreuung von Haushalt oder Familie   | 1,52   | 39,81  | 22,81        |
| freiwillige oder gemeinnützige Arbeit | 1,66   | 0,29   | 0,90         |
| Sonstiges                             | 1,36   | 2,00   | 1,72         |

**Tabelle A.23:** Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche bei Beschäftigten

|               | 50-54 Jahre | 55-59 Jahre | 60-64 Jahre | 65-69 Jahre | Gesamt |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| Österreich    | 40,8        | 39,2        | 34,5        | 28,3        | 39,2   |
| Zentraleuropa | 37,9        | 37,0        | 33,7        | 23,8        | 36,6   |
| Nordeuropa    | 39,6        | 38,0        | 35,6        | 22,6        | 37,4   |
| Südeuropa     | 36,0        | 37,0        | 35,7        | 33,2        | 36,1   |

**Tabelle A.24:** Anteil an Personen im Ruhestand, die einer Beschäftigung nachgehen (in %)

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 2,6        | 6,4           | 15,4       | 6,9       | 6,8          |
| Frauen | 5,1        | 5,1           | 8,9        | 5,1       | 5,3          |

**Tabelle A.25:** Anteil an Personen mit Pensionseinkünften, die Einkommen aus (un-)selbstständiger Arbeit erzielen (in %)

|        | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|--------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Männer | 11,0       | 12,2          | 23,6       | 12,0      | 12,6         |
| Frauen | 10,5       | 10,6          | 18,3       | 8,5       | 10,3         |

**Tabelle A.26:** qwer Anteil an Personen, die den Ruhestand als Erleichterung bzw. Grund zur Sorge empfinden (in %)

|                         | Österreich | Zentraleuropa | Nordeuropa | Südeuropa | Durchschnitt |
|-------------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------------|
| Erleichterung           | 70,4       | 56,8          | 60,1       | 59,2      | 58,2         |
| Sorge                   | 2,5        | 7,0           | 7,0        | 12,0      | 8,6          |
| keins von beiden        | 22,0       | 29,0          | 21,0       | 23,8      | 26,6         |
| Erleichterung und Sorge | 5,2        | 7,3           | 11,9       | 5,0       | 6,7          |

**Tabelle A.27:** Einfluss von Pensionsantrittsgründen auf die Wahrscheinlichkeit, den Pensionsantritt als Grund zur Sorge zu empfinden

|                                     |           |         |
|-------------------------------------|-----------|---------|
| Anspruch auf staatliche Pension (d) | -0,038**  | (0,004) |
| ... private Firmenpension (d)       | -0,029*   | (0,032) |
| ... private Pension (d)             | -0,030    | (0,207) |
| Angebot vorzeitiger Ruhestand (d)   | -0,003    | (0,850) |
| Wegrationalisierung (d)             | 0,068**   | (0,005) |
| Gesundheitsgründe (d)               | 0,048**   | (0,007) |
| Gesundheit v. Verwandtem/Freund (d) | 0,020     | (0,517) |
| Pensionsantritt des Partners (d)    | -0,047**  | (0,009) |
| Mehr Zeit für Familie (d)           | -0,023    | (0,151) |
| Das Leben genießen (d)              | -0,064*** | (0,000) |
| Beobachtungen                       | 10652     |         |

Zusätzliche Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht, Land  
(d) für diskrete Veränderungen der Dummy Variable von 0 auf 1  
Marginale Effekte;  $p$ -Werte in Klammern  
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabelle A.28:** Individuelles Einkommen aus verschiedenen Quellen in Euro (kaufkraftbereinigt, Basis 2005)

|               | Einkommen | Einkommensbestandteile in % |                       |                          |                               |                       |
|---------------|-----------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
|               |           | Arbeits-<br>einkommen       | staatliche<br>Pension | private/betr.<br>Pension | Arbeitslosen-<br>versicherung | sonstige<br>Transfers |
| Österreich    | 22087     | 29,9                        | 62,3                  | 4,1                      | 0,8                           | 2,9                   |
| Zentraleuropa | 21738     | 52,9                        | 36,5                  | 7,8                      | 1,5                           | 1,2                   |
| Nordeuropa    | 22970     | 56,9                        | 30,1                  | 9,2                      | 1,4                           | 2,5                   |
| Südeuropa     | 13361     | 46,4                        | 49,0                  | 2,9                      | 0,8                           | 0,9                   |

**Tabelle A.29:** Individuelles Einkommen nach Beschäftigungsstatus in Euro (kaufkraftbereinigt, Basis 2005)

|                    | Einkommen | Einkommensbestandteile in % |                       |                          |                               |                       |
|--------------------|-----------|-----------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|
|                    |           | Arbeits-<br>einkommen       | staatliche<br>Pension | private/betr.<br>Pension | Arbeitslosen-<br>versicherung | sonstige<br>Transfers |
| pensioniert        | 24248     | 7,4                         | 84,7                  | 4,6                      | 0,1                           | 3,2                   |
| beschäftigt        | 26184     | 95,6                        | 0,5                   | 1,3                      | 0,3                           | 2,3                   |
| arbeitslos         | 11600     | 34,0                        | 27,3                  | 0,0                      | 38,5                          | 0,3                   |
| dauerhaft krank    | 22937     | 17,7                        | 72,9                  | 4,3                      | 5,1                           | 0,0                   |
| Hausfrau/-<br>mann | 9075      | 6,3                         | 77,5                  | 11,4                     | 0,6                           | 4,3                   |

**Tabelle A.30:** Anteil an Haushalten, bei denen sich die finanzielle Lage im Vergleich zur ersten Erhebungswelle verschlechtert hat

|               | weiter in<br>Beschäftigung | weiter im<br>Ruhestand | in den Ruhestand<br>gewechselt | Gesamt-<br>durchschnitt |
|---------------|----------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Österreich    | 17,4                       | 20,4                   | 59,7                           | 22,3                    |
| Zentraleuropa | 30,9                       | 34,1                   | 49,5                           | 34,1                    |
| Nordeuropa    | 8,7                        | 16,9                   | 29,0                           | 14,8                    |
| Südeuropa     | 20,1                       | 33,9                   | 33,7                           | 30,4                    |

**Tabelle A.31:** Beteiligung an freiwilliger Arbeit bei Beschäftigten und Pensionisten (in %)

|               | Beschäftigte | alle Pensionisten | Pensionisten mit guter Gesundheit unter 70 |
|---------------|--------------|-------------------|--|
| Österreich    | 13,2         | 7,4               | 12,4                                       |
| Zentraleuropa | 12,7         | 12,3              | 19,4                                       |
| Nordeuropa    | 18,5         | 17,4              | 21,1                                       |
| Südeuropa     | 6,9          | 5,2               | 10,0                                       |

**Tabelle A.32:** Wahrscheinlichkeit der Aufnahme freiwilliger Arbeit, marginale Effekte

|  |           |         |
|--|-----------|---------|
| Alter                                    | -0,001*** | (0,000) |
| Jahre an Schul-/Ausbildung               | 0,004***  | (0,000) |
| weiblich (d)                             | -0,013*   | (0,028) |
| Gesundheitliche Einschränkungen (d)      | -0,023*** | (0,000) |
| aufgehört zu arbeiten (d)                | 0,059**   | (0,003) |
| keine Beschäftigung in beiden Wellen (d) | 0,033***  | (0,000) |

Beobachtungen 12340

Zusätzliche Kontrollvariablen: Land und den Zeitabstand zwischen den Interviews

(d) für diskrete Veränderungen der Dummy Variable von 0 auf 1

Marginale Effekte;  $p$ -Werte in Klammern

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$