

IZA Standpunkte Nr. 87

Ökonomische Anreizsysteme zur Förderung guter Arbeitsbedingungen

Werner Eichhorst
Carolin Linckh

Oktober 2016

Ökonomische Anreizsysteme zur Förderung guter Arbeitsbedingungen

Werner Eichhorst

IZA

Carolin Linckh

IZA

IZA Standpunkte Nr. 87

Oktober 2016

IZA

Postfach 7240
53072 Bonn

Tel.: (0228) 3894-0
Fax: (0228) 3894-180
E-Mail: iza@iza.org

Die Schriftenreihe „IZA Standpunkte“ veröffentlicht politikrelevante Forschungsarbeiten und Diskussionsbeiträge von IZA-Wissenschaftlern, Fellows und Affiliates in deutscher Sprache. Die Autoren sind für den Inhalt der publizierten Arbeiten verantwortlich. Im Interesse einer einheitlichen Textzirkulation werden Aktualisierungen einmal publizierter Arbeiten nicht an dieser Stelle vorgenommen, sondern sind gegebenenfalls nur über die Autoren selbst erhältlich.

Das IZA ist ein privates, unabhängiges Wirtschaftsforschungsinstitut, das als gemeinnützige GmbH durch die Deutsche Post-Stiftung gefördert wird. Zentrale Tätigkeitsfelder sind die intensive Forschungstätigkeit auf allen Gebieten der Arbeitsökonomie und die darauf gründende evidenzbasierte Politikberatung zu Arbeitsmarktfragen. Die Mitglieder des weltweiten IZA-Forschernetzwerks sind den „IZA Guiding Principles of Research Integrity“ verpflichtet.

ZUSAMMENFASSUNG

Ökonomische Anreizsysteme zur Förderung guter Arbeitsbedingungen

Ein wichtiger Faktor in der sich verändernden Arbeitswelt ist die Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Zum einen sind leistungsfähige und motivierte Beschäftigte zentral für den wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmen. Zum anderen sind schlechte Arbeitsbedingungen mit negativen externen Effekten verbunden, für deren Folgen möglicherweise die Allgemeinheit aufkommen muss. Im Bereich guter Arbeitsbedingungen rückt neben der Frage der Weiterbildung zunehmend auch die Vermeidung psychischer Fehlbelastungen in den Vordergrund. Um sich der Frage zu nähern, wie ein gutes Arbeitsumfeld am effektivsten erreicht werden kann, werden in diesem Beitrag Beispiele von Gestaltungsoptionen innerhalb der Sozialversicherung dargestellt, die einen finanziellen Anreiz für den Arbeitgeber setzen. Bei der Evaluierung der Reformmaßnahmen liegt ein besonderer Fokus auf der Definition geeigneter Bewertungskriterien und darauf, mögliche nichtintendierte Nebeneffekte bereits im Vorfeld zu vermeiden.

JEL-Codes: J24, J28

Schlagworte: Arbeitsbedingungen, psychische Belastungen, ökonomische Anreize,
experience rating

Kontaktadresse:

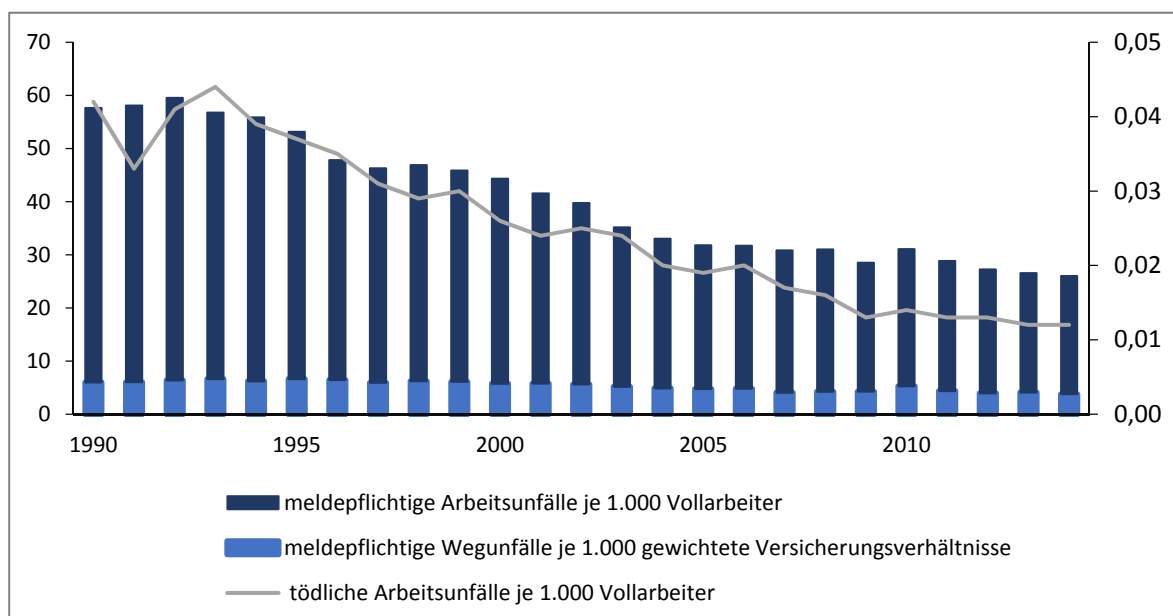
Werner Eichhorst
IZA
Schaumburg-Lippe-Straße 5-9
53113 Bonn
Deutschland
E-mail: eichhorst@iza.org

1. Einleitung

Die Gesundheit und die langfristige Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter liegen im Interesse der Beschäftigten wie auch des Unternehmens und beide hängen wesentlich von den Arbeitsbedingungen ab, welche lern- und kompetenzförderlich sowie auch gesundheitsschonend sein sollten. Lernförderliche Arbeitsbedingungen sind beispielsweise nicht gegeben, wenn ein Arbeitgeber zu wenig in die Weiterbildung der Beschäftigten investiert. Dies führt in der heutigen, postindustriellen, sehr flexiblen und leistungsorientierten Arbeitswelt zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko des jeweiligen Beschäftigten.

Eine zweite Dimension guter Arbeitsbedingungen ist die Gesundheit der Beschäftigten. Der allgemeine Trend der Unfallstatistik der letzten zwei Jahrzehnte weist einen auffallenden Rückgang der betrieblichen Arbeitsunfälle und einen leichten, jedoch kontinuierlichen Rückgang der Wegunfälle auf. Abbildung 1 zeigt, dass 1990 rund 52 Arbeitsunfälle je 1000 Arbeiter registriert wurden, 2014 dagegen nur noch gut 22. Auch die tödlichen Arbeitsunfälle konnten in den letzten Jahrzehnten stark reduziert werden.

Abbildung 1: Meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle je 1000 Vollarbeiter

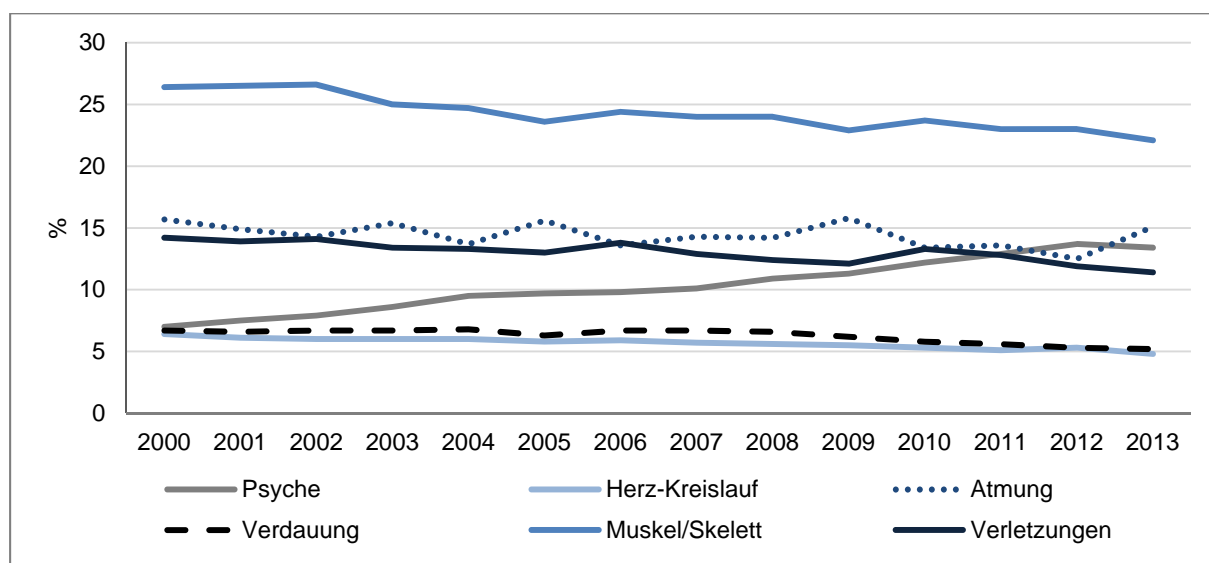


Quelle: DGUV, Arbeitsunfallgeschehen 2014

Parallel dazu nahmen allerdings die Fehltagel wegen psychischer Erkrankungen kontinuierlich zu, wie beispielsweise die Daten der DAK-Versicherten zeigen: Die Fehltagel je 100 Versicherte aller

Erkrankungsgruppen stiegen zwischen 1997 und 2014 um 21 Prozent an. Betrachtet man für den gleichen Zeitraum nur Fehltage wegen psychischer Erkrankungen, beträgt der Anstieg mehr als 200 Prozent (DAK-Gesundheit 2015). Abbildung 2 basiert auf aggregierten Daten der großen Krankenkassen und zeigt, wie häufig psychische Erkrankungen Arbeitsunfähigkeit verursachen und verdeutlicht dieses Bild damit noch. Im Jahr 2000 waren 7,0 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, 2013 bereits 13,4 Prozent.

Abbildung 2: Arbeitsunfähigkeitstage – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013.



Anmerkung: Dargestellt sind die Anteile (in Prozent) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen von 2000 bis 2013. Die Anteile sind gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl. Es gingen Werte folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, B-GEK, BEK.

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Die durchschnittliche Krankschreibungsdauer wegen einer psychischen Erkrankung ist zudem deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen und über die letzten Jahre merklich angestiegen. 2000 lag die Krankschreibungsdauer wegen einer psychischen Erkrankung bei rund 26 Tagen, bis zum Jahr 2013 ist sie um gut 32 Prozent auf 34,5 Tage angestiegen (BPtK 2015). Ferner sind psychische Belastungen die Hauptursache für einen frühzeitigen Ausstieg aus dem Erwerbsleben aufgrund von Erwerbsunfähigkeit.¹ Daher rücken sie im Hinblick auf die Gestaltung von gesundheitserhaltenden

¹ Laut Statistik der deutschen Rentenversicherung waren 2015 psychische Störungen für 36,7 Prozent der Männer und 49,1 Prozent der Frauen die Ursache für den Rentenzugang wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Arbeitsbedingungen neben Berufsunfällen und physischen Belastungsfaktoren zunehmend in den Vordergrund.

Um die zunehmenden psychischen Belastungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt zu erklären, bedarf es der Berücksichtigung zweier grundlegender Entwicklungen. Zum einen verändert sich die Arbeitskultur in der betrieblichen Praxis von klassischen, streng hierarchischen Strukturen hin zu einer teamorientierten Unternehmensorganisation, welche die Verantwortung der einzelnen für Arbeitsergebnisse stärkt. Die wachsende Verantwortung der Beschäftigten in einer Arbeitswelt, die zunehmend von wissensintensiven Tätigkeiten geprägt ist, birgt jedoch im Falle eines ungünstigen Verhältnisses von Anforderungen und Ressourcen auch gesundheitliche Risiken. Eichhorst, Tobsch, Wehner (2016) untersuchen als Ressourcen, welche die Stress- und Anforderungsbewältigung erleichtern können, unter anderem die Arbeitsorganisation und das Führungsverhalten der Vorgesetzten. Die Ergebnisse legen nahe, dass Beschäftigte mit mehr Handlungs- und Entscheidungsspielraum, gutem Management und guter Mitarbeiterführung deutlich zufriedener mit ihrer Arbeit und mit ihrer Work-Life-Balance sind. Werden Fehlzeiten auf Datenbasis einer repräsentativen Erwerbstätigenbefragung von 2006 und 2012 auf zwei gewählte Autonomie-Indikatoren regressiert, zeigt sich, dass die Anzahl der durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehltage einer Berufsgruppe umso geringer ausfällt, je mehr die Beschäftigten den Arbeitsprozess beeinflussen können. Das bestätigt, dass der individuelle Handlungsspielraum von Beschäftigten auch in Hinblick auf die Gesundheit bedeutsam ist.

Parallel zu diesem unternehmensinternen Strukturwandel ist die Arbeitswelt zum anderen durch eine zunehmende Verbreitung flexibler Vertragsformen gekennzeichnet. Der Anteil der atypisch Beschäftigten an den gesamt Beschäftigten ist zwischen 1991 und 2015 von 14,1 Prozent auf 23,3 Prozent gestiegen.² Wenngleich so genannte Normalarbeitsverhältnisse seit 2010 wieder an Bedeutung gewinnen, spielen atypische Beschäftigungsformen besonders im hoch qualifizierten kreativen Bereich, im Gesundheits- und Sozialwesen, im akademisch-wissenschaftlichen Bereich, bei einfacheren Tätigkeiten im Dienstleistungssektor sowie in Form von Zeitarbeit in der verarbeitenden Industrie eine nennenswerte Rolle (Eichhorst 2015). Atypische Beschäftigungsverhältnisse bergen die Gefahr eines höheren Grades an Unsicherheit, fehlender langfristiger Planbarkeit und einer eingeschränkten Integration in das Unternehmen. Neuere Studien legen zudem einen statistischen

² Die Anteile beziehen sich auf Kernerwerbstätige veröffentlicht durch das Statistische Bundesamt. Die Gruppe atypischer Beschäftigungsverhältnisse setzt sich aus befristet Beschäftigten, Teilzeit-Beschäftigten, geringfügig Beschäftigten und Zeitarbeitnehmern zusammen.

Zusammenhang zwischen befristeten Arbeitsverhältnissen und individueller Gesundheit der Beschäftigten nahe. Van Aerden et al. (2016) untersuchen mit Daten der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen für 2010 den Zusammenhang zwischen dem Beschäftigungsverhältnis und dem Gesundheitszustand europäischer Beschäftigter. Die Ergebnisse zeigen, dass flexible und atypische Arbeitsverhältnisse mit geringerer Arbeitszufriedenheit und geringerem allgemeinen sowie mentalen Gesundheitszustand einhergehen. Auch Auswertungen des britischen Haushaltspanels offenbaren einen negativen Zusammenhang zwischen der individuell wahrgenommenen Gesundheit und einem befristeten Arbeitsvertrag für Beschäftigte mit geringem Ausbildungsniveau. Dieser Zusammenhang kehrt sich für sehr gut ausgebildete Beschäftigte um. Die Effekte auf das psychische Wohlbefinden sind überwiegend sehr ähnlich (Robone et al. 2011).

2. Strategiemix zur Erhaltung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit

Ein sinnvolles Konzept zur Erhaltung langfristiger Beschäftigungsfähigkeit ist nicht einfach auf sichtbare Folgen wie der Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten, Leistungsabfall und Arbeitsunzufriedenheit ausgerichtet, vielmehr ist es dann effektiv, wenn es die Ursachen für gesundheitliche Fehlbelastungen oder geringer Weiterbildung in den Vordergrund rückt. Eichhorst und Schroeder (2015) schlagen zur Erhaltung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit einen Strategiemix vor, der aus drei Säulen besteht.

Die erste Säule ist **Regulierung, Beratung und Kontrolle**. Es sollen anspruchsvolle Standards des Arbeitsschutzes festgelegt werden – auch im Hinblick auf psychische Risiken der Arbeit sowie regelmäßig durchgeführte Kontrollen in den Unternehmen. Das Arbeitsschutzgesetz schreibt bereits eine Gefährdungsbeurteilung vor, die den Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zu beurteilen und diejenigen Maßnahmen zu ermitteln, welche im Rahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (ArbSchG §5). Seit September 2013 umfasst dies auch psychische Belastungen als Gefährdungsfaktoren. Rechtlich festgelegt ist, dass psychische Belastungen im Rahmen der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung je nach Art der Tätigkeit aufzunehmen sind, wobei die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend ist, sofern gleichartige Arbeitsbedingungen gegeben sind. Wie genau der Arbeitgeber diese Gefährdungsbeurteilung umsetzt, ist jedoch ihm überlassen.

Während Belastungen durch Lärm, chemische Schadstoffe oder elektromagnetische Felder messbar, mit Grenzwerten vergleichbar und somit kontrollierbar sind, gestaltet sich die Erfassung psychischer Belastungen schwieriger, da diese kaum standardisiert erfasst werden können. Neben Unterschieden nach Art der Tätigkeit können psychische Belastungen auch mit den Arbeitsbedingungen im Arbeits- und Organisationsbereich variieren. Um relevante psychische Belastungsfaktoren zu erheben, bieten es sich an, spezifischere Einheiten zu bilden und bei der Ermittlung der psychischen Belastung der Arbeit vor allem auf schriftliche Mitarbeiterbefragungen, (Beobachtungs-) Interviews oder moderierte Analyseworkshops zurückzugreifen. Für einen Soll-Ist-Vergleich kommen Instrumente in Frage, die Kriterien oder „Schwellenwerte“ für gesundheitlich relevante Ausprägungen der erfassten psychischen Belastung enthalten oder die Nutzung empirischer Vergleichswerte ermöglichen (BMAS 2016).

Neben Schwierigkeiten bei der Durchführung und Bewertung ist auch die möglicherweise fehlende eindeutige Kausalität zwischen Arbeitsbedingungen, psychischen Belastungen und negativen gesundheitlichen Folgen herausfordernd. Im Gegensatz zu körperlichen Belastungsfaktoren stellen psychische Belastungen nicht zwangsläufig eine Gefahr dar und sind somit auch nicht ohne weiteres ursächlich den Arbeitsbedingungen oder der Organisations- und Personalpolitik eines Betriebes anzulasten. Ob eine Beanspruchung positiv oder negativ wirkt und innerhalb welches Zeitraumes, hängt von den individuellen Ressourcen, der Lösungswahrscheinlichkeit und auch persönlicher Stärken wie beispielsweise psychischer Widerstandskraft ab (Treier 2015).

In einer Beschäftigtenbefragung des Linked Personnel Panel 2015 wird gezeigt, dass Termindruck und Multitasking die am häufigsten genannte Belastungsdimension ist. Zwar sind Beschäftigte, die während der Arbeit von Termindruck, einer hohen Informationsdichte und Multitasking betroffen sind, nicht häufiger krank als andere Beschäftigte, sie schätzen ihr allgemeines Wohlbefinden jedoch schlechter ein (Wolter et al. 2016)). Auch eine Regressionsanalyse zeigt, dass trotz fehlenden Kausalzusammenhanges zwischen arbeitsbedingten psychischen Belastungen und erhöhter Erkrankungswahrscheinlichkeit Beschäftigte mit belastenden Arbeitsbedingungen zum Befragungszeitpunkt ein durchschnittlich schlechteres allgemeines Wohlbefinden aufweisen als vergleichbare Beschäftigte ohne Arbeitsbelastungen. Es müssen auch die Wechselwirkungen verschiedener Belastungsfaktoren und sich eventuell potenzierende Effekte berücksichtigt werden. Eine geeignete Präventionsstrategie liegt somit auch nach der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nicht unmittelbar auf der Hand - und Betriebe bedürfen der Unterstützung durch externe und interne Experten. Wird dadurch eine ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung ermöglicht, ist ein wichtiger Schritt für bessere Arbeitsbedingungen geebnet. Denn dies ermöglicht es den Unternehmen,

die Arbeitsbedingungen vorschriftsmäßig, eigenständig, kontinuierlich und vor allem betriebsspezifisch zu evaluieren (DGUV 2015).

Für die Verbesserung von Arbeitsbedingungen sind neben Regulierung, Beratung und Kontrolle noch zwei weitere Faktoren von Bedeutung. Die zweite Säule des Strategiemix sind **Wissenskampagnen**, um das Bewusstsein für die Notwendigkeit unternehmerischer Anstrengungen bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und Weiterbildung zu stärken. Dazu eignen sich beispielsweise Feldstudien, sozialpartnerschaftliche Initiativen oder Kampagnen und Wettbewerbe, die Good-Practice-Beispiele, die innovative Ideen von Unternehmensseite prämiieren.

Das dritte Element des Strategiemix sind **ökonomische Anreizmechanismen**. Unternehmen, die wenig oder gar nicht in die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Arbeitskräfte investieren, sollen an den dadurch verursachten gesellschaftlichen Kosten beteiligt werden. Da sie die gesamte Volkswirtschaft negativ beeinflussen und den Sozialstaat belasten, ist auch eine Anreizsetzung über die Sozialversicherungen in Erwägung zu ziehen. Dies würde die zumindest partielle Internalisierung externer Effekte ermöglichen. Wichtige Fragen in diesem Kontext sind, wie ökonomische Anreizmechanismen aussehen können, die zu sinnvollen Investitionen in Prävention führen und an welchen Kriterien Bonus und Malus-Systeme ausgerichtet werden sollten.

3. Input versus Output-Kriterien

Effektiv gesetzte ökonomische Anreize erfordern Bewertungsmaßstäbe, bessere Arbeitsbedingungen als gewünschtes Resultat sind jedoch nicht ohne weiteres zu evaluieren und zu steuern. Als geeignete Bewertungsgrößen sind zwei Bündel von Kriterien denkbar. Input-Größen sind innerbetriebliche Programme oder Aufwendungen, beispielsweise für eine Verbesserung der Arbeitsorganisation oder für die Weiterbildung der Beschäftigten, von denen positive Effekte zu erwarten sind. Output-Kriterien dagegen könnten an der Anzahl psychisch bedingter Fehltagel beziehungsweise an Zugängen in die Erwerbsminderungsrente gemessen werden. In diesem Fall bieten sich Daten der Sozialversicherung an.

Das wohl bekannteste Beispiel eines Output-basierten ökonomischen Anreizmechanismus für Arbeitgeber ist die Arbeitslosenversicherung in den USA, die auf dem Prinzip des „experience rating“ beruht. Die Beiträge der Arbeitslosenversicherung werden von den Arbeitgebern gezahlt und sind erfahrungsbasiert, hängen also vom Entlassungsverhalten des Arbeitgebers in der Vergangenheit ab.

Ziel dieser Rückkopplung ist es, den Arbeitgeber an den Folgekosten einer Kündigung zu beteiligen. In allen Bundesstaaten entrichten die Arbeitgeber einen Anteil an der besteuerten Lohnsumme, die sogenannte „Federal Unemployment Tax“ in Form einer Lohnsummensteuer. Die Bundesstaaten unterscheiden sich allerdings hinsichtlich der Beitragssätze, der Bemessungsgrundlage, der Höhe des Arbeitslosengeldes, der Dauer der Zahlungen sowie den Berechtigungen für Arbeitslosengeldbezug. In 32 Staaten wird das „Reserve Ratio“ Verfahren zur Berechnung der Beitragssätze angewendet. Jede Firma hat ein Konto beim staatlichen Arbeitslosenversicherungsfonds, dessen Saldo sich aus Beitragszahlungen und ausgezahlten Versicherungsleistungen an ehemalige Mitarbeiter ergibt. Die Reserve Ratio berechnet sich aus dem aktuellen Guthaben des individuellen Versicherungskontos dividiert durch die Lohnsumme (U.S. Department of Labor 2016). Eine erfahrungsbasierte Belohnung einer vorausschauenden Personalpolitik führt auf diese Weise zur faktischen Steuersenkung für das Unternehmen. Dem Arbeitgeber wird dadurch ein Anreiz gesetzt, wirtschaftliche Probleme nicht mit temporären Entlassungen auszugleichen, sondern interne Lösungswege zu finden. Auch werden Arbeitgeber aus wirtschaftlicher Sicht motiviert, gekündigte Mitarbeiter bei der Stellensuche zu unterstützen.

4. Ökonomische Anreizmechanismen in der Sozialversicherung europäischer Länder

4.1. Verlängerte Zahlungsdauer von Verdienstersatzleistungen im Krankheitsfall

Aber nicht nur in der Arbeitslosenversicherung, sondern auch beim Krankengeld und der Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufskrankheiten finden sich im internationalen Umfeld Beispiele für Anreizsysteme. In den letzten Jahren wurde sowohl in Großbritannien als auch in den Niederlanden die Dauer der Lohnersatzzahlungen im Krankheitsfall reformiert. In beiden Ländern wird das Krankengeld heute über einen vergleichsweise langen Zeitraum gewährt. Diese Kopplung der Krankenkosten für Unternehmen mit der tatsächlichen Krankendauer der Beschäftigten stellt ein Output-orientiertes Anreizdesign dar. Neben der Reform der Berufsunfähigkeitsversicherung 2004 wurde in den Niederlanden auch die Dauer der Zahlung des Krankengelds durch den Arbeitgeber von einem Jahr auf zwei Jahre erhöht und die Höhe auf 70 Prozent des Bruttolohns festgesetzt. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber für die Kosten der Arbeitsunfähigkeit aufkommen muss. Nach zwei Jahren besteht Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente. Unabhängig von der Verletzungsursache oder Krankheit kann dem Beschäftigten in dieser Zeit nicht gekündigt werden.

Im Krankheitsfall bestehen in Großbritannien die Verdienstersatzleistungen aus einer Entgeltfortzahlung, der sogenannten „Statutory Sick Pay“ (seit 1986) und der Sozialleistung „Employment and Support Allowance“, die seit 2008 gezahlt wird, sobald kein Anspruch mehr auf Krankengeld besteht. Das Krankengeld wird bis zu 28 Wochen gewährt und beträgt pro Woche pauschal gut 88£. Die Leistungen werden nahezu vollständig vom Arbeitgeber erbracht, zumindest bis zu einer Höhe von nahezu 13 Prozent der monatlichen Summe des Arbeitgeberanteils der Sozialversicherungsbeiträge in einem Betrieb (Banks et al. 2015). Im Vergleich zum niederländischen Modell sind die Arbeitgeberzahlungen in Großbritannien geringer und die Anspruchskriterien weniger streng. Unternehmen haben jedoch in beiden Ländern ein direktes Interesse daran, Krankheiten der Beschäftigten im Vorfeld zu vermeiden beziehungsweise im Falle krankheitsbedingten Fehlens ein Interesse an schneller Genesung, in den Niederlanden sogar noch ausgeprägter. Ein unternehmensfinanzierte Krankengeld birgt allerdings die Gefahr, dass Unternehmen das Risiko einer Krankheit bereits in ihrem Einstellungskalkül berücksichtigen. Dies kann zu Diskriminierung bestimmter Bewerbergruppen führen.

4.2. Erfahrungsbasierte Prämien in der Unfallversicherung

In Finnland ist der Abschluss einer Unfallversicherung für Berufsunfälle und Berufskrankheiten für Arbeitgeber Pflicht, es besteht jedoch die Wahl zwischen verschiedenen privaten Versicherern. Unabhängig von der Firmengröße steigt die Beitragshöhe mit zunehmendem Unfallrisiko an, bei größeren Firmen wurde zusätzlich noch ein erfahrungsbasiertes Element eingeführt. Kleine und mittelgroße Betriebe zahlen eine Prämie, die auf dem Schadensverlauf des entsprechenden Industriesektors basiert („pooled risk per mill“). Bei größeren Firmen hängt die Prämie von der genauen Größe, der Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsunfalls, der jeweiligen Tätigkeit und der individuellen Unfallstatistik des Unternehmens ab. Diese Variante stellt eine engere Verbindung zum Risikoprofil des Unternehmens her und setzt daher einen stärkeren Anreiz, Arbeitsbedingungen zu verbessern (EU-OSHA 2010).

Auch die deutsche gesetzliche Unfallversicherung ist durch ein erfahrungs- und anreizorientiertes Design gekennzeichnet. Der Arbeitgeberbeitrag setzt sich aus einem Grundbetrag, dem Arbeitsentgelt und der Einordnung in eine Gefährklasse zusammen. Diese Einordnung gibt Aufschluss über das durchschnittliche Gefährdungsrisiko der in ihr zusammengefassten Unternehmen (es werden jeweils die Entschädigungssummen der letzten Jahre mit einbezogen) und ermöglicht so eine risikobezogene

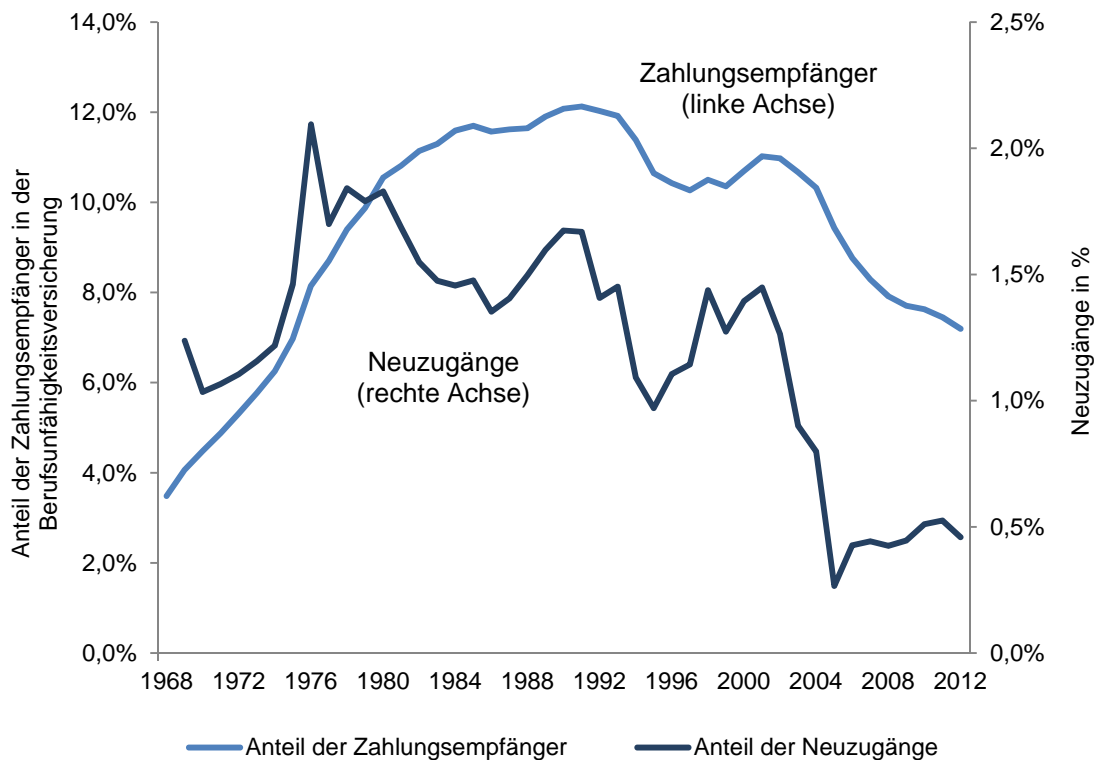
Beitragsgestaltung. Der eigentliche Anreiz zur Prävention in Unternehmen wird durch Zuschläge beziehungsweise Nachlässe der Beiträge gesetzt. Diese richten sich nach dem Umfang, in welchem das Unternehmen bei der Belastung der Unfallversicherung hinter dem Durchschnitt der Unternehmen in einer Gefährklasse zurück bleibt beziehungsweise ihn belastet (DGUV 2016).

4.3. Erfahrungsbasierte Beiträge in der Arbeitsunfähigkeitsversicherung

Lediglich in den Niederlanden und in Finnland wird die staatliche Berufsunfähigkeitsversicherung durch erfahrungsbasierte Prämien der Arbeitgeber finanziert. In Finnland müssen große Firmen (Firmen mit mindestens 50 Mitarbeitern) bis zu 80 Prozent der Zahlungen im Falle von Kündigung oder langfristiger Berufsunfähigkeit übernehmen. Erfahrungsbasierte Prämien sind so ausgelegt, dass der Arbeitgeber seinen Anteil des Gegenwartswertes der Kosten für die Berufsunfähigkeitsrente übernimmt, sofern ein ehemaliger Mitarbeiter berufsunfähig wurde. Der Arbeitgeberanteil an der Berufsunfähigkeitsrente steigt proportional mit der Firmengröße an, ist seit 2000 jedoch auf 80 Prozent gedeckelt. Da die Berufsunfähigkeitszahlungen bis zum 65. Lebensjahr des ehemaligen Beschäftigten akkumuliert werden, wird ein unmittelbarer Anreiz gesetzt, die Wahrscheinlichkeit der Berufsunfähigkeit zu minimieren („ex-ante“-Effekt). Auch hat der Arbeitgeber ein Eigeninteresse daran, den Wiedereinstieg des Beschäftigten zu ermöglichen („ex-post“-Effekt), vergleiche (Korkeamäki und Kyyrä 2012).

Auch die niederländische Arbeitsunfähigkeitsversicherung wurde in den letzten Jahren umfangreich reformiert. Ihr Fokus liegt heute auf der Verantwortung von Unternehmen bei der Vorbeugung von Langzeit-Krankheiten, Abwesenheitstagen und darauffolgender Berufsunfähigkeit. Im europäischen Vergleich setzt sie für Arbeitgeber die höchsten Anreize, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren, da die Finanzierung größtenteils von den Arbeitgebern getragen wird und auf erfahrungsbasierten Beiträgen beruht.

Abbildung 3: Anteil der Zahlungsempfänger und Anteil der Neuzugänge in die Berufsunfähigkeitsversicherung in den Niederlanden, 1968-2012



Quelle: (Koning und Lindeboom, 2015)

Die sehr hohen Rentenzahlungen für die Invalidenversicherung, die bis vor 15 Jahren eines der größten ökonomischen und sozialen Probleme der niederländischen Volkswirtschaft darstellten, machten Reformen notwendig (Koning und Lindeboom 2015). Abbildung 3 zeigt den starken Anstieg der Zahlungsempfänger der Invalidenrente in den Niederlanden bis Anfang der 1990er Jahre. Seit 2002 ist die Zahl der Anspruchsberechtigten jedoch rückläufig. Das alte WAO-Gesetz (*Wet op de Arbeidongeschiktheidsverzekering*) sah vor, dass die Arbeitsunfähigkeitsversicherung zum einen Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle, zum anderen aber auch wirtschaftliche Folgen von Verletzungen außerhalb des Berufs abdeckte. Es wurden bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit vergleichsweise generöse Zahlungen geleistet, begleitet von einer sehr breiten Auslegung der Berufsunfähigkeit (De Jong 2012).

Bis zur Reform führte dies dazu, dass in den Niederlanden Personal unter dem Deckmantel des WAO abgebaut wurde: Für Arbeitnehmer waren die Zahlungen der Arbeitsunfähigkeitsversicherung weitaus

höher als die der Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe. Arbeitgeber profitierten außerdem, da alternativ bei einer Kündigung für jedes zusätzliche Erwerbsjahr ein zusätzliches Monatsgehalt als Abfindung zu zahlen gewesen wäre (Koning und Lindeboom 2015).

Um das Eigeninteresse der Arbeitgeber an einer Kostensenkung der Invalidenrente zu stärken, wurde die Arbeitsunfähigkeitsversicherung zwischen 1996 und 2008 schrittweise reformiert und die finanzielle Verantwortung der Arbeitgeber gestärkt. Seit 1998 basiert die Arbeitsunfähigkeitsversicherung auf dem System des "experience rating". Die Berechnung des Beitragssatzes als erfahrungsbasiertes Element fußt auf dem Erwerbsunfähigkeitsrisiko eines Mitarbeiters. Die Kosten für Invalidität ehemaliger Mitarbeiter werden ins Verhältnis zu den Lohnkosten der letzten zwei Jahre der jeweiligen Firma gesetzt. Die Versicherungsprämie variiert je nach Größe der Firma und ist durch Minimal- bzw. Maximalbeiträge beschränkt.

Begleitet wurden diese finanziellen Anreize durch Einführung des sogenannten "Gatekeeper protocol" im Jahr 2002, das die rechtlichen Verpflichtungen von Arbeitgeber und -nehmer während der Krankheitszeit oder Abwesenheit regelt, bevor die Invaliditätsrente beantragt werden kann. Es sieht vor, dass Arbeitgeber und -nehmer in den Niederlanden nach acht Wochen Absenz wegen Krankheit gemeinsam festlegen, ob und wie die berufliche Wiedereingliederung gelingen kann. Dieses strikere „Screening“ setzt Anreize auf Arbeitgeber- wie auch auf Arbeitnehmerseite.

Zum Jahresbeginn 2006 wurde die Arbeitsunfähigkeitsversicherung WIA (*Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen*) eingeführt, das im Falle von Berufsunfähigkeit vor allem auf den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben abzielt. Es wird seitdem zwischen teilweiser und vollständiger Berufsunfähigkeit unterschieden, kombiniert mit Lohnergänzungszahlung im Falle von eingeschränkter Berufsunfähigkeit. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit um 35 Prozent ist die Bedingung für den Bezug von verschiedentlich untergliederten Lohnersatzleistungen.

Neben entlastenden Effekten auf dem Arbeitsmarkt kann diese Anreizgestaltung jedoch auch nicht intendierte, negative Folgen auf der Arbeitsnachfrageseite haben. Ein Arbeitgeber profitiert nun überproportional von Personal mit sehr geringem Arbeitsunfähigkeits- und Krankheitsrisiko, was den Arbeitgeber möglicherweise dazu veranlassen kann, eher Bewerber mit erkennbar guter Gesundheit einzustellen. Empirische Evidenz für diskriminierende Auswahlprozesse der Arbeitgeber beim Bewerbungsverfahren in den Niederlanden konnten bislang nicht gefunden werden. Allerdings ist die Option der Firmen zu erwähnen, Arbeitnehmer auch zeitlich befristet einzustellen, um dem Risiko des

„experience rating“ zu entgehen. Im Falle einer Berufsunfähigkeit erhalten diese dann Zahlungen aus einem kollektiven Fonds.

Der Vergleich von Zugängen in die Erwerbsunfähigkeit von Beschäftigten mit unbefristetem und befristetem Vertrag deutet darauf hin, dass eine gewisse Selektion zugenommen hat. Der Anstieg an Beziehern von Invalidenrente mit befristetem Arbeitsvertrag ist seit 2007 angestiegen und kann nicht alleine durch einen Rückgang von unbefristeten Verträgen im Allgemeinen erklärt werden.³ Dies deutet auf eine Schwachstelle des niederländischen Modells hin: Eine Kostenbeteiligung im Falle der Berufsunfähigkeit funktioniert nur dann als Anreizmechanismus, wenn von langfristigen Arbeitsverträgen ausgegangen wird, da sich einige Arbeitsbelastungen, vor allem psychischen Belastungen erst nach einem längeren Zeitraum zeigen. Ebenso benötigen Präventionsmaßnahmen im Unternehmen eine gewisse Anlaufzeit, ehe sie effektiv wirken (Koning und Lindeboom 2015).

Führten erfahrungsbasierte Beiträge zur Arbeitsunfähigkeitsversicherung zu einem Rückgang der Invalidität beziehungsweise zu ansteigenden Wiedereinstiegsraten von der Berufsunfähigkeit ins Berufsleben? Die empirische Literatur zu diesem Thema ist nach wie vor begrenzt. Es bieten sich jedoch drei Studien an, die jeweils Reformen in der finnischen und niederländischen Berufsunfähigkeitsversicherung für Vergleichsanalysen heranziehen.

Korkeamäki und Kyyrä (2012) analysierten das finnische erfahrungsbasierte Beitragsdesign für den Zeitraum zwischen den frühen 1990er Jahren und 2004. Für ältere Beschäftigte zeigen ihre Ergebnisse, dass das „experience rating“ zu einem signifikanten Rückgang der Krankheitstage sowie des Übergangs von Krankheit zur Berufsunfähigkeit führte. Wie relevant präventive Maßnahmen der Unternehmen sind zeigt sich auch darin, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten für ein Drittel der 50-55-jährigen und für über zwei Drittel der älteren Beschäftigten zu einer vorzeitigen Verrentung innerhalb der nächsten drei Jahre führten.

Kyyrä und Tuomala (2013) schätzen darauffolgend, inwieweit die 2007 ausgeweitete erfahrungsbasierte Beitragsgestaltung zu reduzierten Zugängen älterer Beschäftigter in die Arbeitsunfähigkeit führte. Seit 2007 ist der Beitragssatz für die Invalidenversicherung in Finnland für alle Beschäftigten erfahrungsbasiert. Zuvor war für nicht selbständige Arbeitnehmer, abhängig vom jeweils geltenden privaten Versicherungsgesetz, gegebenenfalls ein pauschaler Beitragssatz zu

³ Der Anteil der Invalidenrenten an temporär Beschäftigten ist von 42 Prozent in 2007 auf 55 Prozent in 2011 angestiegen (Koning und Lindeboom, 2015).

zahlen.⁴ Die Ergebnisse der Schätzungen zeigen keinen Rückgang in der Invalidenstatistik auf. Ein Grund dafür kann die sehr komplexe Struktur des Prämiendesigns sein, die für Arbeitgeber undurchsichtig ist. Einflussfaktoren können jedoch auch die große zeitliche Differenz zwischen Diagnose und tatsächlichem Anstieg des Beitragssatzes sowie die Zusammensetzung der analysierten Beschäftigtengruppe sein.

De Groot und Koning (2016) nutzten eine Reform in den Niederlanden für eine kontrafaktische Vergleichsanalyse. Von 2003 bis 2008 wurde das „experience rating“ für kleine⁵ Firmen zu Gunsten sektorspezifischer Beitragssätze ausgesetzt. Dies führte bei den betroffenen Firmen zu einem relativen Anstieg der Berufsunfähigkeit von 7 Prozent, außerdem nahm die Zahl der Berufsrückkehrer aus der Arbeitsunfähigkeit um 12 Prozent ab. Die zurückgegangene Rate des Wiedereinstiegs in das Arbeitsleben ist auf teilweise Berufsunfähigkeit und Beschäftigte mit vergleichsweise hohen Leistungsbezügen beschränkt. Auch hängt die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereinstiegs von der Firmengröße ab – bei kleineren Firmen ist diese weitaus geringer. Es wird zudem gezeigt, dass Firmen, die den maximalen Beitragssatz zahlten, höhere Zugänge in die Berufsunfähigkeit und geringere Wiedereinstiege in den Beruf aufwiesen. Dies deutet auf fehlende Anreize am oberen Beitragsrand hin.

Zusammengenommen legen die drei Studien nahe, dass bei einer erfahrungsbasierten Beitragsgestaltung der Invalidenrente für bessere Arbeitsbedingungen eine Reihe von Faktoren berücksichtigt werden müssen: Unter anderem die Unternehmensgröße, die Branche und die Belegschaftsstruktur.

5. Diskussion

Die Idee ökonomischer Anreizmechanismen für eine bessere Arbeitsumgebung ist es, im Gegensatz oder in Ergänzung zu regulierenden Maßnahmen, die Verantwortung der Unternehmen klar erkennbar

⁴ Arbeitgeber des Privatsektors unterlagen vor der Reform 2007 einem der privaten Rentenversicherungsgesetze TEL (für Arbeitnehmer), LEL (vorübergehend abhängig Beschäftigte) oder TaEL (Künstler und bestimmte andere Gruppen). Für Beschäftigte, unter den Versicherungsgesetzen LEL und TaEL war bis 2007 ein pauschaler Beitrag zur Berufsunfähigkeitsversicherung zu zahlen.

⁵ Firmen sind als „klein“ klassifiziert, wenn deren Lohnkosten maximal dem 15-fachen des durchschnittlichen Lohns in den Niederlanden entsprechen.

zu machen und dadurch Präventionsinvestitionen zu fördern. Anreize über Boni und Mali wirken dann effektiv, wenn eine direkte Beziehung zwischen Präventionsanstrengungen bzw. der Vermeidung von Risiken und finanziellen Vorteilen besteht. Dies erfordert eine Klärung der Wirkungsweise von Investitionen in ein lern- und kompetenzförderliches sowie gesundheitsschonendes Arbeitsumfeld.

Allgemein kommen für als Grundlage für Anreizmodelle Input- und Output-Größen in Frage. Output-Kriterien setzen direkt an gewünschten Effekten an und können beispielsweise an der Anzahl krankheitsbedingter Fehltag gemessen werden. Dadurch können innovative, erfolgsversprechende Maßnahmen seitens der Unternehmen gefördert werden und gewisse Wettbewerbseffekte hervorgerufen werden. Als Kennzahlen bieten sich Daten der Sozialversicherungsträger an. Allerdings können nur Betriebe vergleichbarer Größe und Risikoklasse und somit meist identischer oder benachbarter Branchen verglichen werden. Ferner müssen selbstverständlich die geltenden Datenschutzrichtlinien eingehalten und diskriminierende Einstellungspraktiken, z.B. durch eine vorgelagerte Gesundheitsprüfung, vermieden werden (Eichhorst und Schroeder 2015). Eine isolierte Output-orientierte Bewertung berücksichtigt jedoch den multikausalen Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Erfolgen nicht. Der Krankenstand eines Unternehmens kann beispielsweise durch externe Störgrößen wie der wirtschaftlichen Gesamtsituation überlagert werden. Auch muss bedacht werden, dass Belastungen subjektiv unterschiedlich wahrgenommen werden – Zeitdruck, Eigenverantwortung und atypische Beschäftigungsverhältnisse werden nicht von jedem Mitarbeiter gleichermaßen belastend empfunden.

Input-Größen dagegen sind innerbetriebliche Programme oder Aufwendungen. Anreize, die durch reine Input-Größen bestimmt werden, müssen folglich so gesetzt werden, dass sie diejenigen Präventionsinvestitionen des Arbeitgebers fördern, die zu geringeren Fehlbelastungen der Beschäftigten führen. Somit würden zum Beispiel eine freiere Arbeitszeitgestaltung oder das Gewähren eines größeren Handlungsspielraums unabhängig von der Entwicklung der Krankheitszahlen im Unternehmen als Präventionsanstrengungen belohnt. Vor allem die zunehmende Bedeutung psychischer Effekte erschwert eine rein Output-orientierte Beurteilung, da keine eindeutige Kausalität zwischen betrieblichen Risikofaktoren und psychischer Belastung beziehungsweise folgender Erkrankung dargestellt werden kann. Input-Kriterien wären vor dem Hintergrund der schwierigen Zurechenbarkeit von psychischen Belastung vermutlich weniger problematisch, sofern eine hinreichende empirische Grundlage für die Annahme kausaler Beziehungen zwischen der Personal- und Organisationspolitik der Arbeitgeber und der Gefährdung der Beschäftigten besteht. Dieses in der Praxis möglicherweise leichter handhabbare Modell würde dann aber auf die direkte Zurechnung von Schadensfällen zu einzelnen Betrieben verzichten.

Input- und Output-Indikatoren bedingen sich jedoch gegenseitig. Erhöhte Investitionen in eine gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung sollten sich ja auf Output-basierte Kenngrößen auswirken. Die gegenseitige Rückkopplung der beiden Bewertungskriterien sowie die Tatsache, dass sich einzelne Komponenten gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen wie zum Beispiel die Verbesserung der betrieblichen Gesundheitskultur kaum quantifizieren lassen, unterstreicht die Bedeutung einer ganzheitlichen Evaluation. Als Beispiel für einen Ansatz, der sich sowohl auf Input- als auch Output-Kriterien bezieht, kann das Evaluationskonzept des „Integrativen Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ genannt werden, das für die Erfolgsbewertung eines Modellprojekts der AOK Hessen angewendet wurde. Betriebe in Hessen erhalten bei erfolgreicher Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements einen prospektiven Beitragsbonus, welcher zunächst als Anreiz für den Aufbau des Systems und später als Treiber für die Weiterentwicklung und Stabilisierung dient. Input-Kriterien (die Voraussetzungen, die den Aufbau und Umsetzung eines Gesundheitsmanagements ermöglichen) und Ergebnisse (Output-Kriterien) gehen im ersten Jahr mit einer prozentualen Gewichtung von 70:30 in die Evaluation ein, die sich ab dem zweiten Teilnahmejahr angleicht. Die Voraussetzungen umfassen unter anderem Schulungen der Führungskräfte oder die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, während in die Bewertungsdimension der Ergebnisse Leistungsausgaben (u.a. Krankengeld), Fehlzeiten, Unfallzahlen sowie die Mitarbeiterbefindlichkeit und -zufriedenheit einfließen. Als Grundlage der Erfolgsmessung qualitativer Größen sind die Auswertung von Interviews und Workshops. Allerdings birgt auch dieser breit gefasste Ansatz das Problem, dass sich diejenigen Effekte, die sich einer monetären Bewertung entziehen (beispielsweise die Schaffung eines Bewusstseins zum Thema Gesundheit und psychischen Belastungsfaktoren), auch bei einer Kosten-Nutzen-Analyse keine Berücksichtigung finden (Badura et al. 2008).

Konkret bietet die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland bereits heute eine flexible Beitragsgestaltung nach der Gefahrklasse kombiniert mit Zuschlägen bzw. Nachlässen über die eigene Unfallbilanz des Unternehmens – über Output-Kriterien. Dieser Mechanismus könnte prinzipiell ausgeweitet werden und somit auf einer breiteren Basis Anreize zur Schaffung von besseren Arbeitsbedingungen setzen. Wegen der engen Verzahnung der Kranken- und Unfallversicherungen in Deutschland wäre es realisierbar, dass die Unfallversicherung Teile des Zuständigkeitsbereiches der Krankenkasse übernimmt. Somit würde das bereits etablierte Bonus und Malus-System auf den Schnittbereich von Unfall- und Krankenversicherung angewendet werden. Es müssten in diesem Fall, anders als heute, (langfristige) psychische Erkrankungen als Berufskrankheit definiert werden. Die Grenzen von der Bewertungskriterien müssen auch hierbei beachtet werden. Da die Ursachen psychischer Erkrankungen sehr komplex sind und deren Ursache möglicherweise bei früheren

Arbeitgebern oder im privaten Bereich liegt, muss der Verantwortungsbereich des Unternehmens klar abgegrenzt werden. Auch sind dem Handlungsspielraum von Unternehmen bestimmte Grenzen gesetzt. So kann ein Betrieb durch Vorsorge und entsprechende Arbeitsbedingungen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter psychischer Erkrankungen sowie Arbeitsunfälle minimieren, jedoch nicht vollständig verhindern.

6. Fazit

Um gute Arbeitsbedingungen zu fördern sind Regulierung, Beratung und Kontrolle, Wissenskampagnen und externe ökonomische Anreize gleichermaßen von Bedeutung. Output-basierte Modelle in europäischen Nachbarländern, insbesondere das niederländische Modell der Berufsunfähigkeitsversicherung zeigt, dass wirtschaftliche Anreizmechanismen durchaus zum Ziel besserer Arbeitsbedingungen beitragen können. Der Hauptvorteil von Anreizmechanismen ist es, dass Unternehmen für die wahren Kosten schlechter Arbeitsbedingungen sensibilisiert und dazu angeregt werden, in eine gute Arbeitsumgebung zu investieren. Ein effektives und umfassendes Anreizdesign berücksichtigt jedoch die nicht eindeutige Kausalität von psychischen Belastungsfaktoren und späteren Erkrankungen, die Langfristigkeit der Präventionsinvestitionen, die Wahl geeigneter Bewertungskriterien, den begrenzten Verantwortungsbereich des Unternehmens sowie negative nicht-intendierte Effekte.

Ökonomische Anreizsysteme könnten vorerst begrenzt auf eine Branche oder Region erprobt werden, wobei sowohl primär Input- als auch Output-orientierte Modelle oder Kombinationen beider experimentell getestet werden könnten. Damit könnten belastbare Erkenntnisse zum angemessenen Einsatz von Input- und Output-orientierten Bewertungskriterien gefunden werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden psychischen Belastungsfaktoren relevant, da diese in den bereits etablierten Output-basierten Anreizmechanismen meist nur mittelbar Berücksichtigung fanden. In dem Zusammenhang muss dann auch die Zuständigkeit von Kranken- und Unfallversicherung im Hinblick auf psychisch bedingte Erkrankungen mit Bezug zur Arbeitswelt neu geklärt werden.

7. Referenzen

- Banks, James/Richard Blundell/Carl Emmerson (2015): Disability Benefit Receipt and Reform: Reconciling Trends in the United Kingdom. *The Journal of Economic Perspectives* 29(2), S. 173-190.
- BMAS (2016): Arbeitsschutz in der Praxis. Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, 2., erweiterte Auflage. Berlin.
- DAK-Gesundheit (2015): Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. Hamburg: DAK-Gesundheit.
- De Groot, Nynke/Pierre Koning (2016): Assessing the Effects of Disability Insurance Experience Rating: The Case of the Netherlands. *IZA DP No. 9742*.
- De Jong, Philip R. (2008): Recent Changes in Dutch Disability Policy. *APE Working Paper*.
- DGUV (2016): Neue Formen der Arbeit. Neue Formen der Prävention. Arbeitswelt 4.0: Chancen und Herausforderungen.
- DGUV (2016): Kein Buch mit sieben Siegeln: Die Beitragsberechnung. (http://www.dguv.de/de/ihr_partner/unternehmen/beitragsberechnung/index.jsp; zuletzt aufgerufen am 12.09.2016).
- Deutsche Rentenversicherung (2016): Rentenversicherung in Zahlen. Berlin.
- Eichhorst, Werner (2015): Der Wandel der Erwerbsformen in Deutschland. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 69(1), S. 15-22
- Eichhorst, Werner/Verena Tobsch/Caroline Wehner (2016): Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten. Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M., Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderung und Chancen, Springer, Berlin.
- Eichhorst, Werner/Wolfgang Schroeder (2015): Ein neuer Steuerungsmix für die Arbeitswelt 4.0. Rechtliche Regulierung, Wissenskampagnen und ökonomische Anreize. Policy Brief, 1/2015.
- Elsler, Dietmar et al. (2010): A review of case studies evaluating economic incentives to promote occupational safety and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 36(4), S. 289-298.
- European Agency for Safety and Health at Work (2010): Economic incentives to improve occupational safety and health: a review from the European perspective. Luxembourg.
- Koning, Pierre/Maarten Lindeboom (2015): The Rise and Fall of Disability Insurance Enrollment in the Netherlands. *The Journal of Economic Perspectives* 29(2), S. 151–172.
- Korkeamäki, Ossi/Tomi Kyrrä (2012): Institutional rules, labour demand and retirement through disability programme participation. *Journal of Population Economics* 25(2), S. 439-468.
- Kyrrä, Tomi/Juha Tuomala (2013): Does Experience Rating Reduce Disability Inflow? *IZA DP No. 7344*
- Rabone, Silvana/Andrew M. Jones/Nigel Rice (2011): Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being. *The European Journal of Health Economics* 12 (5), S. 429-44.
- Treier, Michael (2015): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen, essentials. Wiesbaden: Springer, S. 8.

- U.S. Department of Labor (2016): Significant Measures of State Unemployment Insurance Tax Systems Report 2015. (<http://oui.doleta.gov/unemploy/pdf/sigmeasuitaxsys15.pdf>; zuletzt aufgerufen am 12.09.2016).
- Van Aerden, Karen/Vanessa Puig-Barrachina/Kim Bosmans/Christophe Vanroelen (2016): How does employment quality relate to health and job satisfaction in Europe? A typological approach. *Social Science & Medicine* 158, S. 132-140.
- Wolter, Stefanie/Sandra Broszeit/Corinna Frodermann/Philipp Grunau/Lutz Bellmann (2016): Mehr Zufriedenheit und Engagement in Betrieben mit guter Personalpolitik, *IAB-Kurzbericht* 16/2016.
- Zink, Klaus. J. et al. (2009): Integratives Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Kooperationsprojekt des Instituts für Technologie und Arbeit und der AOK – die Gesundheitskasse in Hessen, Umsetzung und Evaluation unter Berücksichtigung einer Stakeholderperspektive, In: Badura, B.; Schröder, H.; Vetter, C. (Hrsg.) *Fehlzeiten – Report 2008, Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, Heidelberg, Springer, S. 171-186.