

WIFO

1030 WIEN, ARSENAL, OBJEKT 20
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

Fehlzeitenreport 2012

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Eva Rückert

Juli 2012

Fehlzeitenreport 2012

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Juli 2012

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Pensionsversicherungsanstalt

Begutachtung: Hedwig Lutz • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Eva Rückert

Inhalt

Der Fehlzeitenreport, der 2012 zum fünften Mal erscheint, vermittelt eine breit angelegte Übersicht über die gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich. Neben den aktuellsten Krankenstandsdaten der Sozialversicherungsträger finden sich im ersten Abschnitt des Berichts vertiefende Analysen der Muster und langfristigen Trends des Krankenstandsgeschehens sowie der Unterschiede zwischen Beschäftigtengruppen, Wirtschaftssektoren und Bundesländern. Den thematischen Schwerpunkt des Fehlzeitenreports 2012 bildet eine Untersuchung des Zusammenhanges zwischen Unternehmenskultur und Krankenstandshäufigkeit. In einem ersten Schritt werden die Transmissionsmechanismen zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit dargestellt, mit einem Fokus auf der Rolle der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Bedeutung von psychosozialen Risikofaktoren in der Arbeitswelt. In der Folge wird der empirische Zusammenhang zwischen der Unternehmenskultur und der Gesundheit der Beschäftigten anhand von Daten des European Working Conditions Survey und des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors beleuchtet.

Rückfragen: Thomas.Leoni@wifo.ac.at, Martina.Agwi@wifo.ac.at

2012/299-1/S/WIFO-Projektnummer: 11011

© 2012 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 70,00 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/45658>

Fehlzeitenreport 2012

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Hauptergebnisse	1
Vorwort	1
1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	8
1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	14
1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	18
1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	18
1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	28
1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	35
1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse	39
1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	41
1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	45
1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	51
1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	52
1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	54
2. Krankenstand und Unternehmenskultur	59
2.1 Was ist Unternehmenskultur?	62
2.2 Rolle der Unternehmenskultur für die Gesundheit	65
2.2.1 Unternehmenskultur als Entwicklungsrahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	66
2.2.2 Unternehmenskultur als Determinante psychosozialer Risiken	69
2.2.3 Elemente gesundheitsfördernder Unternehmenskultur	74
2.3 Empirische Analysen	76
2.3.1 Einschätzung der Unternehmenskultur aus Sicht der Beschäftigten	79
2.3.2 Unternehmenskultur und Gesundheit – empirische Zusammenhänge	82
2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	92

Literaturhinweise	97
Anhang A	102
Anhang B	107
Anhang C	110

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	9
Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht	31
Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	32
Übersicht 1.5: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten	36
Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	43
Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote	44
Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik	47
Übersicht 2.1: Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen	75
Übersicht 2.2: Einschätzung der Führungsqualität, sozialen Unterstützung, Partizipation sowie Gratifikation	80
Übersicht 2.3: Unternehmenskultur, Präsentismus und Gesundheitseinschätzung	89
Übersicht 2.4: Unternehmenskultur, Präsentismus und Gesundheitseinschätzung	90
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	102
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	103
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	104
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	105
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	106
Übersicht B1: Übersicht der Indizes zu den Dimensionen der Unternehmenskultur in der EU (EWCS 2010)	108
Übersicht B2: Übersicht der Indizes zu den Dimensionen der Unternehmenskultur in Österreich (AGM 2008 bis 2011)	109
Übersicht C1: Korrelation zwischen den gesundheitlichen Indikatoren	113

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n	6
Abbildung 1.2:	Anteil der Erkrankten an den Versicherten	7
Abbildung 1.3:	Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall	8
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	10
Abbildung 1.5:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen	13
Abbildung 1.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	13
Abbildung 1.7:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	14
Abbildung 1.8:	Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	15
Abbildung 1.9:	Krankenstandsbestände auf Monatsbasis	15
Abbildung 1.10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	16
Abbildung 1.11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	19
Abbildung 1.13:	Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	22
Abbildung 1.14:	Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.15:	Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	27
Abbildung 1.19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	30
Abbildung 1.20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	35
Abbildung 1.21:	Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse	40
Abbildung 1.22:	Krankenstände nach Bundesländern	41
Abbildung 1.23:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	42
Abbildung 1.24:	Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	50
Abbildung 1.25:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	51
Abbildung 1.26:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	53
Abbildung 1.27:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	54
Abbildung 1.28:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	55
Abbildung 1.29:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	56
Abbildung 1.30:	Unfallquote nach Betriebsgröße	58
Abbildung 2.1:	Psychische Belastung und Beanspruchung	60
Abbildung 2.2:	Einordnung der BGF im betrieblichen Instrumentarium	67
Abbildung 2.3:	Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise	72
Abbildung 2.4:	Verhältnis zwischen Anforderungs- und Kontrollindex	81
Abbildung 2.5:	Krankenstand und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	83
Abbildung 2.6:	Krankenstand und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	84
Abbildung 2.7:	Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand	86
Abbildung 2.8:	Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand	87

Abbildung C1:	Präsentismus und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	110
Abbildung C2:	Präsentismus und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	111
Abbildung C3:	Subjektive Gesundheitseinschätzung und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	112
Abbildung C4:	Subjektive Gesundheitseinschätzung und Unternehmenskultur - bivariate Darstellungen	113

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Im Vergleich zum Vorjahr kam es 2011 in Österreich zu einem leichten Anstieg der gesundheitsbedingten Fehlzeiten. Die unselbständig Beschäftigten waren im Jahresverlauf durchschnittlich 13,2 Tage im Krankenstand (2010 12,9 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,6% (2010 3,5%). Der leichte Anstieg gegenüber dem Vorjahr kann zum Teil auf eine hohe Zahl an Krankenständen in den Monaten Jänner und Februar und somit auf eine überdurchschnittlich starke winterliche Grippewelle zurückgeführt werden. Wie bereits seit Beginn der 1990er-Jahre wirkte sich zudem die graduelle Verschiebung in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten ungünstig auf die Krankenstandsquote aus. Dieser Effekt ist allerdings schwach, er bewirkte in einer Betrachtung über die vergangenen beiden Jahrzehnte einen kumulierten Anstieg der Krankenstandsquote um etwa 0,2 Prozentpunkte (das entspricht einem Anstieg um zwei Drittel eines Krankenstandstages).

In einer **langfristigen Betrachtung** schlagen sich neben dem demographischen Wandel auch Entwicklungen am Arbeitsmarkt sowie beschäftigungs- und sozialpolitische Eingriffe auf die Fehlzeiten nieder. Darüber hinaus führen Veränderungen in der Wirtschaftsstruktur und in der Arbeitswelt zu veränderten Arbeitsplatzbedingungen und Produktions- und Organisationsstrukturen der Betriebe. Langfristig gesehen ist das Krankenstandsniveau derzeit vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980, als pro Kopf 17,4 Krankenstandstage anfielen und die Krankenstandsquote bei 4,8% lag, ihren Höchstwert. In den Jahren 1990 und 2000 waren die Beschäftigten durchschnittlich 15,2 Tage bzw. 14,4 Tage krankgeschrieben.

Der langjährige Trend zu einer Verkürzung der **Dauer der Krankenstandsfälle** setzte sich 2011 ungebrochen fort. Kurzkrankenstände stellen nunmehr 35% aller erfassten Krankenstandsfälle dar, wobei nach wie vor von einer Untererfassung in der Statistik auszugehen ist. 1990 waren es noch lediglich 16,4%. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – etwa 15% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (60%), während Kurzkrankenstände für die Krankenstandsquote eine untergeordnete Rolle spielen (6,8% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten). Auch bei den Bundesbediensteten, wo die Erfassung der kurzen Krankenstände vollständig ist, kann zumindest seit 2003 ein spürbarer Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden beobachtet werden. Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften diese Entwicklung gefördert haben. Darüber hinaus werden die Beschäftigten heute öfter als früher bis Freitag anstatt bis Sonntag krankgeschrieben, wodurch in der Statistik mehr Kurzkrankenstände entstehen.

Der Rückgang der durchschnittlichen Krankenstandsdauer ist auch die Folge einer Verschiebung in den **Krankenstandsursachen**. Der Anteil der Atemwegerkrankungen, die typischerweise einen kurzen Verlauf haben, am Krankenstandsgeschehen nahm in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zu. 2011 ging jeder fünfte Krankenstandstag auf diese Krankheitsgruppe zurück. Gleichzeitig nahm der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen deutlich ab. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jenen der oberen Atemwege geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 45% der Krankenstandsfälle und knapp 40% aller Krankenstandstage. Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich weiterhin für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, die, von einem geringen Niveau ausgehend, sowohl absolut als auch relativ zu den restlichen Krankheitsgruppen deutlich zunahm. Dieser starke Aufwärtstrend dürfte aber zumindest teilweise auf eine Veränderung des Bewusstseins für und der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Gesundheitsproblemen zurückgehen.

Die Evolution der Arbeitswelt zeigt insbesondere an der rückläufigen Entwicklung der **Arbeitsunfälle** ihre positiven Seiten. 2011 lag die Unfallquote bei 365 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Damals waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2011 waren es nur noch die Hälfte. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren Arbeitskräften. Große Unterschiede in der Unfallhäufigkeit lassen sich auch in einer Betrachtung nach Branchen feststellen, obwohl langfristig eine Konvergenz zwischen den Wirtschaftsbereichen erkennbar ist. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2011 lag die Unfallhäufigkeit deutlich höher als im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Arbeitsunfälle ereignete sich in diesem Bereich. Auch auf den österreichischen Baustellen wirkten sich die Verbesserungen des ArbeitnehmerInnenschutzes, die Maßnahmen zur Steigerung der Arbeitssicherheit und allgemein der technologische Fortschritt sehr positiv auf die Unfallquote aus: 2011 war das Unfallrisiko nur halb so hoch wie noch Mitte der 1990er-Jahre.

Ältere Arbeitskräfte treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter folgen trotz einiger Abweichungen dem gleichen, leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten und erreichen im Alter von 25 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab 45 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber deutlich verringert. 2011 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 16½ Tage um 56% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durch-

schnittlich 10½ Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten ArbeiterInnen noch doppelt so viele Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich weitgehend konstant blieb, kam es in der Sachgütererzeugung und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen, zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände. Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken, stellt dennoch einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied dar. In der Vergangenheit verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen.

Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was im letzten Jahrzehnt zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2010 verbrachten Frauen erstmals mehr Zeit im Krankenstand als Männer (durchschnittlich 13 Tage gegenüber 12,8 Tagen), 2011 vergrößerte sich die Differenz auf 13,5 Tage für Frauen und 12,9 Tage für Männer. Hinter dieser Entwicklung stehen einerseits Änderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung: So wuchs das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker als es bei den Männern der Fall war. Andererseits begünstigte der überproportionale Rückgang der Unfälle und Krankenstände im Bauwesen und im Sachgüter erzeugenden Sektor infolge der hohen Männerkonzentration in diesen Branchen die Entwicklung der Fehlzeiten der Männer. Darüber hinaus verursachte eine methodische Änderung, die rückwirkend bis zum Jahr 2000 angewendet wurde, in der *Krankenstandsstatistik* einen Niveausprung in der Krankenstandsquote der Frauen.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2010. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2010 um 7% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Zieht man nur die Angestellten als Vergleichsbasis heran und führt man eine Standardisierung der Alterstruktur durch, dann lagen die Krankenstände im Bundesdienst etwa ein Viertel höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fiel zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen an, als bei den ArbeiterInnen und Angestellten. 2010 entfielen fast 64% aller Krankenstandsepisoden und über ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,4 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* waren es bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,8 Tage. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Wie bereits im letzten Fehlzeitenreport aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2011 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,4 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische und die Wiener Gebietskrankenkasse verzeichneten mit respektive 14,9 Tagen und 13,8 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse mit 13,8 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Krankenstand und Unternehmenskultur

Krankenstände stellen nicht nur für die Beschäftigten, die neben dem damit verbundenen Leid auch um negative Folgen für ihre Erwerbskarriere fürchten müssen, eine Belastung dar. Sie sind für die Betriebe und für die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher **Kostenfaktor**. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Krankenstand und Unfall setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen, die unterschiedlich genau erfassbar sind. Während die direkten Zahlungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger in Form von Entgeltfortzahlung und Krankengeld relativ genau abgeschätzt werden können, gibt es kaum Anhaltspunkte zu den indirekten Kosten sowie zu den im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten. Eine grobe Abschätzung der Krankenstandskosten anhand von vereinfachenden Annahmen gibt dennoch einen Hinweis darauf, welche ökonomischen Folgen Reduktionen bzw. Steigerungen der Fehlzeiten haben können (siehe Übersicht).

Übersicht: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2010

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	7.764,8	2,7
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	3.070,3	1,1
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 5.150,0	bis zu 1,8
Gesundheitsausgaben ³⁾	6.988,5	2,5
Direkte öffentliche Kosten	4.819,6	1,7
Direkte private Kosten (direkte Zahlungen)	2.168,8	0,8

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni – Biffl – Guger (2008A)*. – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich die Hälfte des krankensstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2010 rund 147.000 Männer unter 65 Jahren und 62.000 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 3.012 Mio. € an Invaliditätspensionen. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 278 Mio. € aufgewendet²⁾.

Die betriebliche Ebene stellt einen wichtigen Ansatzpunkt zur Förderung der Gesundheit der Erwerbsbevölkerung dar. Das betriebliche Arbeitsumfeld kann auf vielfache Weise eine unterstützende Funktion bei der individuellen Bewältigung von Anforderungen und Belastungen haben, oder umgekehrt durch seine Strukturen und Merkmale krankheitserzeugende Faktoren verstärken. Aus diesem Grund widmet sich der diesjährige Fehlzeitenreport in seinem Schwerpunktthema dem Zusammenhang zwischen **Krankenstand und Unternehmenskultur**. Unternehmenskultur kann dabei als das weitgehend implizite, selbstverständliche Muster gemeinsamer Werte und Prämissen verstanden werden, das die Mitglieder einer Organisation bei der Bewältigung von Anpassungs- und Integrationsproblemen erlernt haben (Schein, 1995). Sie prägt auf vielfache Weise die Art, wie die Beschäftigten ihren Aufgaben nachkommen, Entscheidungen treffen und umsetzen, Konflikte bewältigen sowie miteinander aber auch mit ihrer Umwelt umgehen. Unterschiedliche **Transmissionsmechanismen** bestimmen den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit.

Ein **direktes Verhältnis** besteht dort, wo im Unternehmen die Gesundheit der Beschäftigten explizit angesprochen und Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen sowie zur Stärkung der individuellen Ressourcen gesetzt werden. Eine Vielzahl an Studien untermauert die Erwartung, dass durch Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene positive gesundheitliche und auch ökonomische Effekte erzielt werden können. Es stellt sich also nicht die Frage, ob **betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** in einer gesundheitsökonomischen Perspektive sinnvoll ist, sondern wie BGF gestaltet werden muss, um die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen. Sowohl das Ausmaß und die Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch die Akzeptanz für diese Maßnahmen hängen vom Bewusstsein für und vom Zugang zu gesundheitlichen Fragestellungen im Unternehmen ab. BGF umfasst ein breites Spektrum an möglichen Maßnahmen, die dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn sie sowohl bei der Verhaltens- als auch bei der Verhältnisprävention ansetzen, an die Eigenverantwortlichkeit aller beteiligten Akteure appellieren und Teil eines umfassenden, in den Managementstrukturen eingebetteten Steuerungsinstruments sind. BGF sollte anhand eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in die längerfristige Strategie und Planung des Unternehmens und somit auch als strategischer Faktor in dessen Leitbild einbezogen werden. Gesundheit kann als explizit angesprochener und nach außen hin kommunizierter Unter-

¹⁾ Siehe Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2011, Tabelle 3.11.

²⁾ Siehe www.bmask.gv.at, Sozialschutzausgaben und deren Finanzierung nach sozialen Risiken, Tabelle 2.4.

nehmenswert auch das Image des Unternehmens positiv prägen und somit neben geringeren Fehlzeiten und erhöhter Produktivität auch einen indirekten betriebswirtschaftlichen Nutzen schaffen.

Die Kultur eines Unternehmens bzw. einer Organisation wirkt sich aber auch **indirekt** auf das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten aus. Arbeitsmedizinische Modelle aus der Stress-theorie belegen, dass aus der beruflichen Tätigkeit vor allem dann gesundheitlich schädliche Folgen resultieren, wenn hohe Anforderungen und eine hohe Verausgabung nicht ausreichend durch ressourcenstärkende und unterstützende Faktoren ausbalanciert und kompensiert werden können. Zu diesen positiven Faktoren zählen unter anderem der individuelle Handlungs- und Entscheidungsspielraum, der soziale Rückhalt und das Ausmaß an Gratifikation und Wertschätzung für die erbrachte Leistung. Eine Fülle an medizinischen und sozialwissenschaftlichen Studien hat die Bedeutung dieser stresstheoretischen Modelle untermauert und aufgezeigt, wie aus dem psychosozialen Umfeld gesundheitliche Beeinträchtigungen resultieren können. Die Unternehmenskultur ist Teil des **psychosozialen Umfelds** und steht mit diesen arbeitsmedizinischen Erklärungsmodellen und Erkenntnissen in direktem Bezug: Die Kultur, die in einem Unternehmen vorherrscht, beeinflusst einerseits die Vielfalt und Intensität der Belastungen, denen die Arbeitskräfte ausgesetzt sind, andererseits auch die angesprochenen kompensierenden Faktoren.

Unternehmenskultur kann nur schwer erfasst werden, das hängt mit der Vielzahl an involvierten Ebenen (z. B. explizite Regeln, implizite Grundwerte) und Komponenten (z. B. Organisationsstruktur, Kommunikationsprozesse usw.) und deren Vernetzung zusammen. Aus der bisherigen Forschung gibt es dennoch ausreichende Hinweise dafür, dass die Kultur, in der wir bei der Arbeit eingetaucht sind, unsere Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen kann. Eine **empirische Untersuchung** anhand von aussagekräftigen österreichischen und europäischen Daten liefert klare Hinweise zur Validierung dieser Einschätzungen. Auswertungen des European Working Conditions Survey (EWCS) für die EU und des Österreichischen Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitors (AGM) für Österreich lassen einen deutlichen und statistisch robusten Zusammenhang zwischen der Krankenstandsquote der Beschäftigten und Elementen wie **Führungsqualität, soziale Unterstützung** und **Gratifikation** erkennen.

Grundsätzlich überwiegt sowohl bei den österreichischen als auch bei den europäischen Beschäftigten hinsichtlich dieser Elemente der Unternehmenskultur eine positive Einschätzung. Rund drei Viertel der Befragten in der EU sind beispielsweise der Meinung, dass ihr Vorgesetzter bzw. ihre Vorgesetzte das Anforderungsprofil einer Führungskraft sehr gut erfüllt. Nur etwa ein Zehntel der Befragten zeichnet ein sehr negatives Bild des bzw. der eigenen Vorgesetzten. Auch das Ausmaß an sozialer Unterstützung durch das Arbeitsumfeld wird insgesamt gut bewertet. Jene Gruppe von Arbeitskräften, die ihr betriebliches Umfeld negativ beurteilt, verzeichnet deutlich **überdurchschnittliche Krankenstandsquoten**. In der EU sind MitarbeiterInnen, die über die Qualität der Führung im Unternehmen negativ urteilen, im Jahr etwa zweieinhalb Tage mehr im Krankenstand als jene, die sehr gute Führungskräfte haben (bei einem Durchschnittswert von 7 Krankenstandstagen pro Jahr). Dieses Ergebnis berücksichtigt auch

andere, für den Krankenstand relevante Faktoren wie das Alter und Geschlecht der Befragten sowie die Branche und die Präsenz von Arbeitsplatzbelastungen. Die Krankenstände der Beschäftigten, die sich bei der Arbeit nicht ausreichend unterstützt fühlen, und solche, die nur ein geringes Ausmaß an Gratifikation für ihre Leistung erhalten, weisen ebenso eine überproportionale Konzentration an Krankenständen auf. Indikatoren zum Ausmaß an Mitsprache und Mitbestimmung seitens der Arbeitskräfte zeigen dagegen in Bezug auf das Krankenstandsgeschehen keine eindeutige und statistisch signifikante Korrelation.

Die Untersuchungsergebnisse auf Basis des Arbeitsgesundheitsmonitors bestätigen dieses Bild auch für Österreich, obschon infolge der zahlreichen Unterschiede zwischen den beiden Datensätzen keine absolute Übereinstimmung der Ergebnisse erwartet werden kann. Hohe Zufriedenheitswerte mit der Führungsqualität und ein ausreichendes Ausmaß an Unterstützung gehen demnach mit unterdurchschnittlichen Krankenstandswerten einher. Aus den Auswertungen beider Datensätze geht überdies ein klarer und mit den theoretischen Erwartungen übereinstimmender negativer Einfluss von anderen (**körperlichen** sowie **psychosozialen**) **Belastungsfaktoren** auf das Krankenstandsgeschehen hervor. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich aber nicht zwangsläufig in Form von höheren Fehlzeiten niederschlagen. Aus diesem Grund wurden die bereits erwähnten Elemente der Unternehmenskultur auch mit alternativen Gesundheitsindikatoren in Bezug gesetzt, insbesondere mit der Zahl an **Präsentismustagen** und dem **subjektiven Gesundheitszustand** der Befragten. Diese Auswertungen zeigen, dass jene Beschäftigten, die eine sehr negative Einschätzung der Kultur in ihrem Unternehmen haben, nicht nur überdurchschnittlich viele Fehlzeiten verzeichnen, sondern auch ihre gesundheitliche Verfassung schlechter einstufen und öfter trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten gehen.

Die vorliegenden Ergebnisse müssen in mehreren Hinsichten **mit Vorsicht interpretiert** werden. Zum einen können die einzelnen Komponenten des Konstrukts "Unternehmenskultur" nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden, weshalb die Ergebnisse für einzelne Dimensionen nicht überbewertet und aus dem Gesamtbild losgelöst werden sollten. Zum anderen gewährleisten die verfügbaren Daten, die nur eine Querschnittsbetrachtung der Arbeitswelt ermöglichen, keine kausale Interpretation im Sinne eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs. Aufgrund der Datenbeschaffenheit kann z. B. nicht ausgeschlossen werden, dass sich der gesundheitliche Zustand der befragten Personen auf ihre Einschätzung der Unternehmenskultur auswirkt (umgekehrte Kausalität). Trotz dieser Einschränkungen, die durch weiterführende Forschung anhand geeigneter Daten beseitigt werden können, liefern die vorliegenden Ergebnisse einen starken Hinweis für die Bedeutung der Unternehmenskultur als Handlungsfeld zur Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen. Darüber hinaus besitzt die Unternehmenskultur eine hohe Relevanz für zahlreiche betriebliche Zielgrößen, die nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind. Eine hohe Qualität der Unternehmenskultur wirkt sich positiv auf die Motivation und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten aus, im Umkehrschluss kann eine schlechte Unternehmenskultur die Produktivität auf vielfache Weise nachteilig beeinflus-

sen. Vor allem fehlende Gratifikation kann zu Leistungszurückhaltung, ungerechtfertigten Fehlzeiten ("Flucht aus dem Feld") und zu einer erhöhten Fluktuation im Betrieb führen.

Neben der Notwendigkeit, betriebliche Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmenskultur zu verankern, geht aus dem bisher gesagten die Erkenntnis hervor, dass im Unternehmen die Gesundheit der Beschäftigten auch dort mitbestimmt wird, wo sie nicht explizit angesprochen wird. Eine **mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur** kann demnach einen allgemeinen Beitrag zur Stärkung der individuellen Ressourcen und zur Verbesserung von gesundheitlichen Indikatoren im Betrieb leisten. Veränderungsprozesse in Richtung einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur sollten gleichzeitig bei den MitarbeiterInnen und Führungskräften, die Träger der Unternehmenskultur sind, und bei der Organisation selbst ansetzen, die den Kontext für das Verhalten der KulturträgerInnen darstellt. Eine Entwicklung in der gewünschten Richtung setzt eine entsprechende Anpassung aller Komponenten der Unternehmenskultur voraus. **Gesunde Organisationen** sind dabei natürlich eine **notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung** für eine gesunde Erwerbsbevölkerung. Günstige gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sind hierfür ebenso notwendig, wie die Aktivierung der individuellen Ressourcen, die Eigenverantwortung und die Verankerung von gesundheitsförderlichen Werten und Verhaltensmustern auf persönlicher Ebene.

Vorwort

Die Entwicklung der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten ist sowohl für das Verständnis von Veränderungen in der Arbeitswelt und am Arbeitsmarkt als auch in weiterem Sinne für die Gesundheits- und Wirtschaftspolitik von Relevanz. Krankenstände sind für die Beschäftigten eine Quelle von Leid und können negative Folgen auf die Erwerbskarriere und das Einkommen haben. Sie sind aber auch für die Betriebe und die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher Kostenfaktor. Der vorliegende Bericht verfolgt in erster Linie die Zielsetzung, das österreichische Krankenstandsgeschehen und die vielfältigen Wirkungszusammenhänge, in die es eingebettet ist, ein Stück weit zu beleuchten und einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Die Erkenntnisse aus den Darstellungen und Analysen sollen darüber hinaus die Konzeption von gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen unterstützen.

Wie bereits in den Vorjahren besteht der Bericht aus zwei Teilen. Das erste Kapitel gibt einen Überblick zur jüngsten Entwicklung der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich. Neben den aktuellsten Krankenstandsdaten der Sozialversicherungsträger finden sich in diesem Kapitel vertiefende Analysen der Muster und langfristigen Trends des Krankenstandsgeschehens sowie der Krankenstandsunterschiede zwischen Beschäftigtengruppen, Wirtschaftssektoren und Bundesländern. Diesem ersten, gegenüber den Vorjahren weitgehend standardisierten Überblick folgt ein zweites Kapitel mit einem jährlich wechselnden Schwerpunktthema. Den Schwerpunkt des diesjährigen Berichts bildet eine Untersuchung des Einflusses, den die Unternehmenskultur auf den Krankenstand und im Allgemeinen auf das Wohlbefinden der Beschäftigten hat. Sowohl die diskutierten theoretischen Modelle als auch die durchgeführten empirischen Untersuchungen belegen, dass die Kultur in einem Unternehmen einen signifikanten Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen leisten kann.

Der Fehlzeitenreport erscheint 2012 zum fünften Mal in Folge, diese Kontinuität wird durch die Zusammenarbeit zwischen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeiner Unfallversicherungsanstalt, Wirtschaftskammer Österreich und Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte ermöglicht, die den Bericht gemeinsam in Auftrag geben. Darüber hinaus wird die Erstellung dieser Studie durch die Bereitstellung von Daten und Informationen aus zahlreichen Quellen ermöglicht. Der erste Teil des Berichts basiert auf Datenmaterial des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und – für den Vergleich zwischen Privatwirtschaft und öffentlichen Dienst – des Bundeskanzleramts. Die Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und die Arbeiterkammer Oberösterreich haben die Daten zur Verfügung gestellt, anhand deren im zweiten Teil der Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand untersucht wird. Das WIFO Team ist diesen Institutionen und insbesondere den zuständigen Personen zu großem Dank verpflichtet. Ein besonderer Dank geht an Reinhard Haydn vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die unermüdliche Auskunftsbereitschaft und die Beantwortung zahlreicher Anfragen sowie an Reinhard Raml und Nedeljko Beier vom Institut für empirische Sozialforschung für die Durchführung von grundlegenden Auswertungen und die gute Zusammenarbeit.

Fehlzeitenreport 2012

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieses Kapitel dient einem Überblick der langfristigen Entwicklung von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Dazu wurden aus bereits publiziertem Datenmaterial vollständige, langfristige Zeitreihen zusammengestellt, die anhand von unterschiedlichen Indikatoren ein möglichst detailliertes Bild der Krankenstände geben. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Krankenstandsentwicklung in einem breiten Kontext eingebettet ist und dass gesellschaftliche, wirtschaftliche und institutionelle Faktoren auf diese Entwicklung großen Einfluss ausüben. Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheitspolitische Zielgröße betrachtet werden, prinzipiell ist eine Senkung der Krankenstände als positiv und wünschenswert zu beurteilen. Belastungen am Arbeitsplatz und individuelles Risikoverhalten in und außerhalb der Arbeitswelt wirken sich zwangsläufig über kurz oder lang negativ auf die Krankenstände aus. Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt.

Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig in der *Krankenstandsstatistik* nieder. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber³⁾. Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt, Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer⁴⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des sogenannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen.

³⁾ Sieht man von einer rein ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse ab, muss auch bedacht werden, dass die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Alter durch den sinnstiftenden Charakter der Arbeit für das Individuum auch einen immateriellen Wert besitzt.

⁴⁾ Wenn ArbeitnehmerInnen trotz des Auftretens von Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz erscheinen, kann dem Betrieb sowohl über die geminderte Produktivität der Betroffenen als auch über die Ansteckungsgefahr für die restliche Belegschaft ein Schaden entstehen.

Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

Die Begriffe "Krankenstand" und "Fehlzeiten" sind in der Literatur nicht einheitlich definiert, es ist daher notwendig, der Untersuchung eine terminologische Festlegung vorzuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung kann man die Gesamtheit der Abwesenheiten der ArbeitnehmerInnen vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (Schnabel, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen, also Tagen, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die ArbeitnehmerInnen aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgenommen, desgleichen sonstige Fehlzeiten wie beispielsweise Behördenwege und unentschuldigete Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte bzw. gesundheitlich bedingten) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffli, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2011 waren 3,04 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 89% der unselbständig Beschäftigten in Österreich⁵⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁶⁾. Ebenso nicht erfasst werden Personen mit gering-

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2011 gab es laut HV 3,42 Mio. Beschäftigte.

⁶⁾ Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (2.773 Personen im Jahr 2010) sind in der Statistik durchgehend enthalten.

fügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen. Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdiner und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen nicht als Beschäftigte gezählt werden. Durch diese Bereinigung, die zum Teil rückwirkend bis zum Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche pro-Kopf Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – können die Abweichungen gegenüber der bisherigen Statistik ein signifikantes Ausmaß annehmen. In diesen Fällen geht der Bericht bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung ein. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch zumindest in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2011 bis zum Jahr 1970 zurück⁷⁾.

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle und zum Teil auch bürokratische Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht anders als bei anderen Datenquellen sind deshalb auch im Falle der *Krankenstandsstatistik* einige vorwegnehmende Hinweise angebracht:

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des HV der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch geringfügig und über die Jahre stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2011 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,3% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,1% und bei Frauen bei 1,5%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. Im Bericht wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.
- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn ArbeitnehmerInnen sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (bis zu drei Tagen) krank melden dürfen, fließen die entsprechenden Kranken-

⁷⁾ Ab 1970 ist eine durchgehende Darstellung der meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Hauptverbandsdaten möglich. Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen.

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagserhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Haydn, 2012).

standsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.3 noch im Detail eingegangen.

- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

Begriff	Definition	Erläuterung
Krankenstandstage	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten. Einheit: Kalendertage	
Krankenstandstage je Versicherte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Absentzage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeiterfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte/n bzw. je Erkrankte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitsdagen aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten.
Erkrankungsquote	Anteil der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einmal im Krankenstand waren. Einheit: in %	Indikator für die Größe des Personenkreises, der im Laufe eines Jahres von Arbeitsunfähigkeit betroffen ist.

Q: Badura et al. (2000), WIFO.

Die BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die PräsenzdienerrInnen. Jährli-

che Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁹⁾). Mit dem Jahr 2010 wurde die *Krankenstandsstatistik* wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2011 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2011 40 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2010 etwa gleich groß war wie zu Ende der 1980er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). Seit 2007 (12,5 Tage) kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, 2011 waren die Beschäftigten im Schnitt 13,2 Tage im Krankenstand.

⁹⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und PräsenzdienerrInnen für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar. Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter – ist die Verzerrung ausgeprägter, sie kann anhand der verfügbaren Daten allerdings nicht akkurat gemessen werden.

Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann auch anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjährig und nicht ganzjährig Beschäftigten ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2011 3,6%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%.

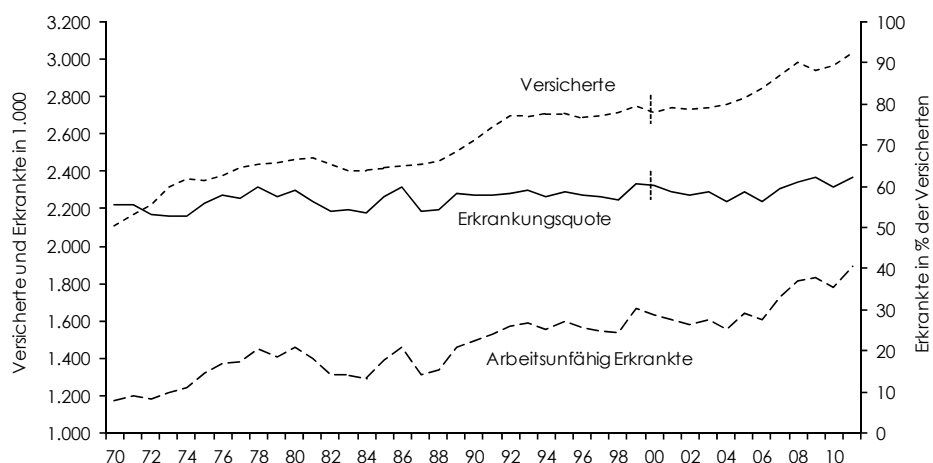
Die Schwankungen der Krankenstandsquote können durch eine Zerlegung in Komponenten näher bestimmt werden. Dabei kann die Entwicklung der Fehlzeiten auf drei unterschiedliche Dimensionen zurückgeführt werden (Biffi, 2002):

- die Zahl der Krankenversicherten, die im Laufe eines Jahres erkranken,
- die Anzahl an Krankenstandsepisoden je erkrankter Person und
- die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle.

Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Trotz jährlicher Schwankungen lag diese Erkrankungsquote im

vergangenen Jahrzehnt immer nahe bei 60% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 bis 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Krisenjahr 2009 wurde mit einer Erkrankungsquote von 62,3% der bisher höchste Wert registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der Krankenstandsstatistik die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Im Laufe des Jahres 2011 waren ebenso viele Versicherte (mindestens einmal) im Krankenstand (62,4%). Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Betroffenheit von Krankheit und die Dauer der Krankenstandsfälle haben sich kontinuierlich verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum erhöht: 1970 entfielen auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2011 waren es 1,24 Fälle (Übersicht A2). Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.3).

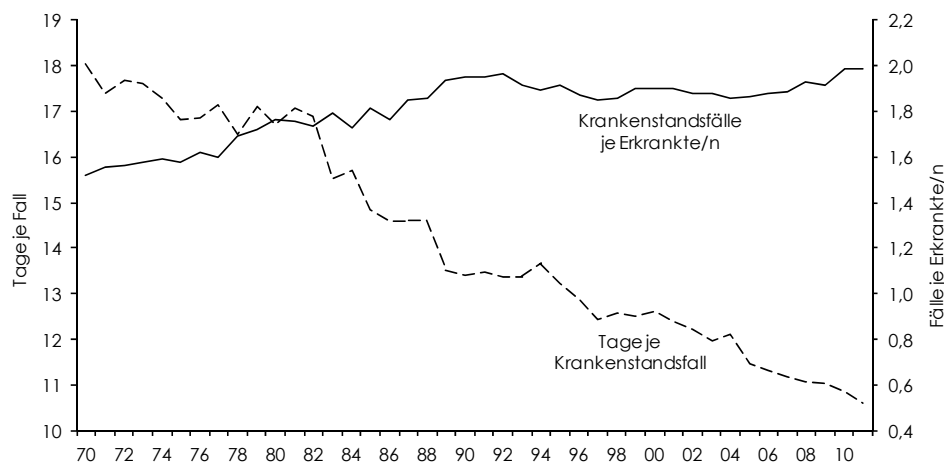
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Bereinigt man die Zahl der Versicherten um jene Personen, die im Laufe des Jahres nicht erkrankt sind, erhält man die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen je Erkrankte/n. Dabei ändert sich nichts an der Gesamtaussage, dass die Anzahl der Krankenstandsepisoden pro Kopf zugenommen hat: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2011 zweimal (Abbildung 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandsdauer spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 10,6 Tage im Jahr 2011.

Abbildung 1.3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die relative Bedeutung der einzelnen Komponenten (Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände) für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Zerlegung untersucht werden¹⁰⁾. Das Ergebnis zeigt, dass Veränderungen in der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf die Entwicklung der Fehlzeiten haben: Rund 70% der Varianz in der Krankenstandsquote werden durch Veränderungen in der Dauer der Krankenstandsepisoden erklärt, während die Anzahl der Fälle je erkrankter Person und die Erkrankungsquote die restlichen 30% der Varianz bestimmen.

1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände von bis zu drei Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheinigungen seitens der ArbeitgeberInnen für Krankenstände, die nur ein bis drei Tage dauern, nicht immer eingefordert werden, sind Kurzkrankenstände in der Statistik untererfasst. Folgende unterschiedliche Faktoren können sich auf das tatsächliche Ausmaß der Meldung von Kurzkrankenständen auswirken:

- Unterschiedliches Verhalten der ArbeitnehmerInnen (je nach Person bzw. Typ von Erkrankung) hinsichtlich der Entscheidung, ob schon in den ersten Tagen der Erkrankung ein Arztbesuch erfolgt;
- Unterschiedliche Handhabung der Krankenstände von Seiten der ArbeitgeberInnen (je nach Unternehmen); dabei ist nicht auszuschließen, dass innerhalb desselben Unternehmens keine durchgehend konsistente Handhabung der Kurzkrankenstände erfolgt.

¹⁰⁾ Für eine Erläuterung der Berechnungsmethode siehe Anhang A im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Dies hängt damit zusammen, dass ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) die Krankenversicherungen dem Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen rückerstatteten. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, die bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielt diese Untererfassung eine geringe Rolle. Man kann davon ausgehen, dass sie auch ein Maß für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik darstellt. Die tatsächliche Untererfassung dürfte allerdings, vor allem bei den Angestellten, um einiges höher liegen.

Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999
Österreich

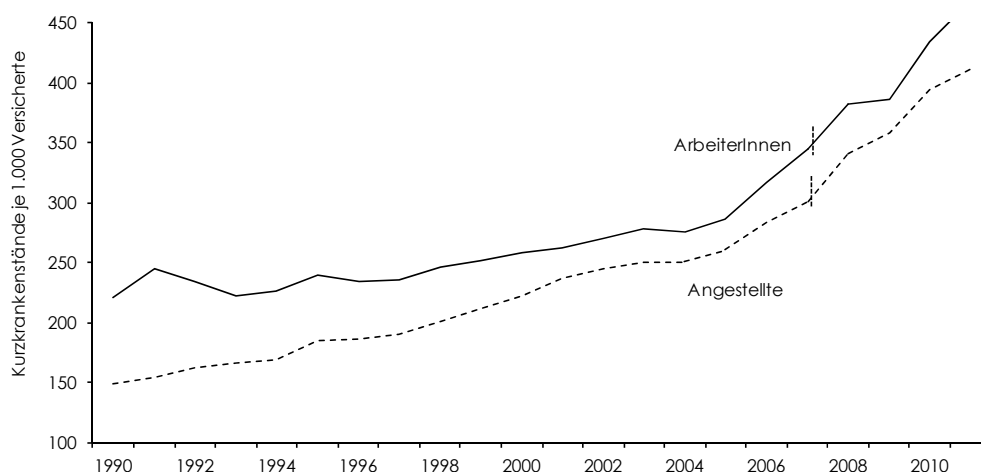
	ArbeiterInnen-Entgeltfortzahlungsgesetz-1999	
	Fälle	Tage
Insgesamt	1.622.516	14.354.057
Mit ärztlicher Bestätigung	1.511.867	14.168.778
Ohne ärztliche Bestätigung	110.649	185.279
	Anteile an insgesamt in %	
Ohne ärztliche Bestätigung	6,82	1,29

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, kann man vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der ArbeiterInnen und der Angestellten eine Rolle spielen. In ArbeiterInnenberufen ist im Regelfall die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz für die Leistungserbringung ausschlaggebend. In zahlreichen Angestelltenberufen, wo auch Informations- und Kommunikationstechnologien sowie flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzgestaltungen verstärkt zum Einsatz kommen, fallen (vor allem kürzere) Abwesenheitszeiten aus Sicht der ArbeitgeberInnen nicht immer stark ins Gewicht. Vor allem bei höher qualifizierten Angestellten ist die

erwartete Arbeitsleistung oftmals von der geleisteten Arbeitszeit abgekoppelt, was auch an der Konzentration von Leistungslohnmodellen wie Zielvorgaben und Prämien auf diese Beschäftigtengruppen erkennbar ist. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Unternehmen im Durchschnitt bei ArbeiterInnen stärker auf die ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und somit auf die vollständige Erfassung des Krankenstandsgeschehens bedacht sind als bei Angestellten. Andererseits legen Betriebsräte und ArbeitnehmerInneninteressenvertretungen sowohl den ArbeiterInnen als auch den Angestellten nahe, freiwillig Krankheitsfälle umgehend beim Arzt zu melden, um ihre Absicherung zu garantieren und zu vermeiden, dass im Falle einer Verlängerung des Krankheitsfalles eine rückwirkende Krankschreibung notwendig wird. Obwohl nachträgliche Krankschreibungen von Seiten des niedergelassenen Arztes möglich sind, lässt anekdotische Evidenz darauf schließen, dass solche Krankschreibungen heutzutage seltener vorgenommen werden als früher.

Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Aus der Entwicklung der Statistik der Krankheitsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 betrug sie schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹¹⁾. Der steigende Trend in der Häufigkeit von Kurzkrankenständen hält aber weiterhin ungebrochen an: Zwischen 2008 und 2011 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 43,6%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2011 waren es 436 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den beiden Berufsgruppen stark an. Während der

¹¹⁾ 2008 betrug die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände anhand der alten Datenbasis 34,4% und war somit 1,5 Prozentpunkte niedriger als anhand der revidierten Krankheitsdaten (2008 35,8%).

1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2011 auf 1.000 Versicherte 412 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 468 (Abbildung 1.4).

Die Zunahme der Kurzkrankenstände folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2010 1,4 Fälle pro Kopf (*Bundeskanzleramt, 2011A*).

Zum einen legen Auswertungen nach Wochentag des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten vom Arzt bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.4, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹²). Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

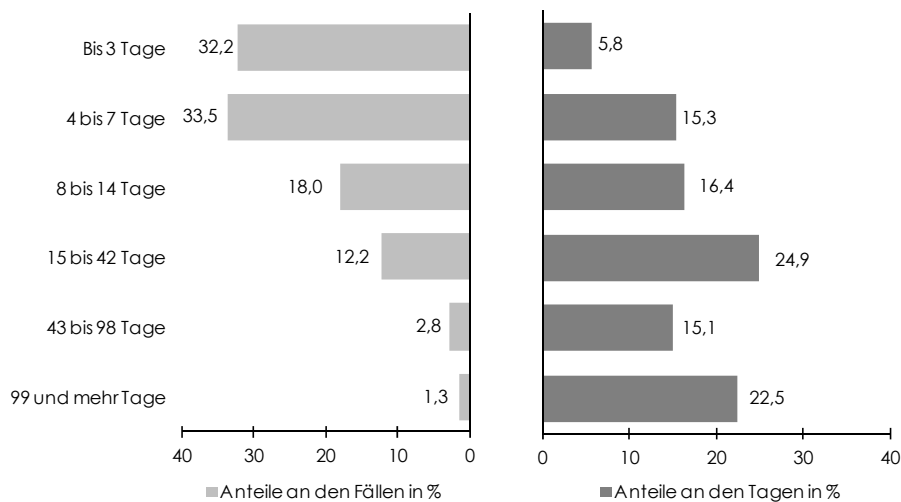
¹²) Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (die in vollständiger Form als Individualdaten nur für die Periode 2001 bis 2007 vorliegen) für das Jahr 2007 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2001 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Viertel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2001 und 2007 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden könnte.

Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankheitsdauer sind 2011 bei den Angestellten 8,0% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (Abbildung 1.6; 1990 3,3%), die Quote bei Männern liegt genau im Durchschnitt von 8,0% (1990 3%), jene der Frauen leicht höher (2011 8,1% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 5,8% in 2011 (Abbildung 1.5), 2,2% in 1990. Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Anders als bei den Angestellten haben Arbeiterinnen einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2011 5,1% gegenüber 6,1%).

Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankheitsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 16,4% der Krankheitsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2011 waren zwar rund 35% der gemeldeten Krankheitsfälle bis zu drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten haben Kurzkrankenstände trotz ihrer Zunahmen weiterhin eine vergleichsweise geringe Bedeutung, ihr Anteil an der Summe der Krankenstandstage liegt bei 6,8%. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankheitsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen weniger als 4% der Gesamtsumme dar, verursachen aber über ein Drittel der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigungsgruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankheitsfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 37,6% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 35,2%.

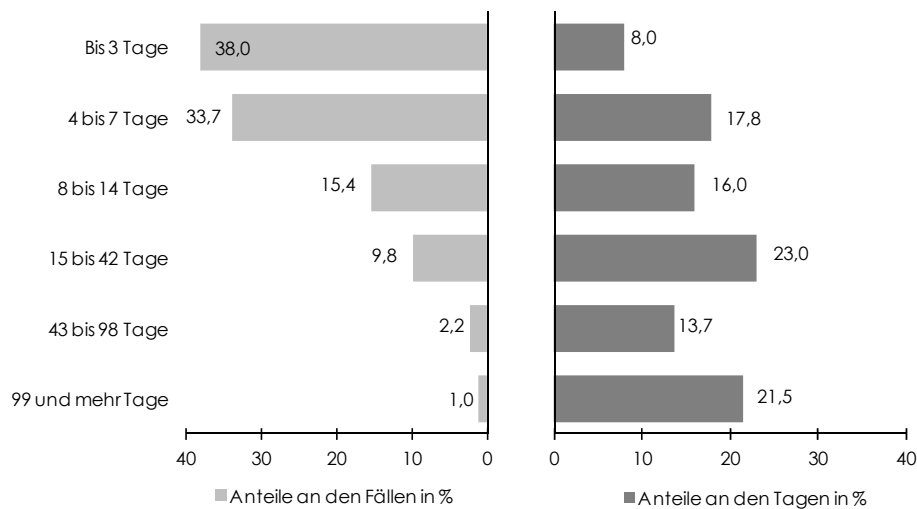
Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2011*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2010 auf Krankheitsfälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 6,2% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 36,5% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Nach einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller, 1998*) liegt der Anteil der Fälle von bis zu drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch wie in der jüngsten offiziellen Statistik (insgesamt durchschnittlich 11,3%).

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2010



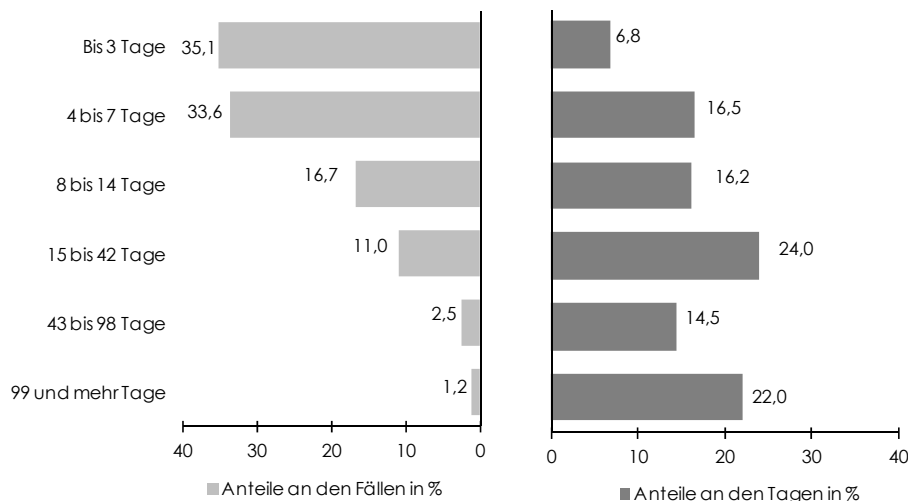
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

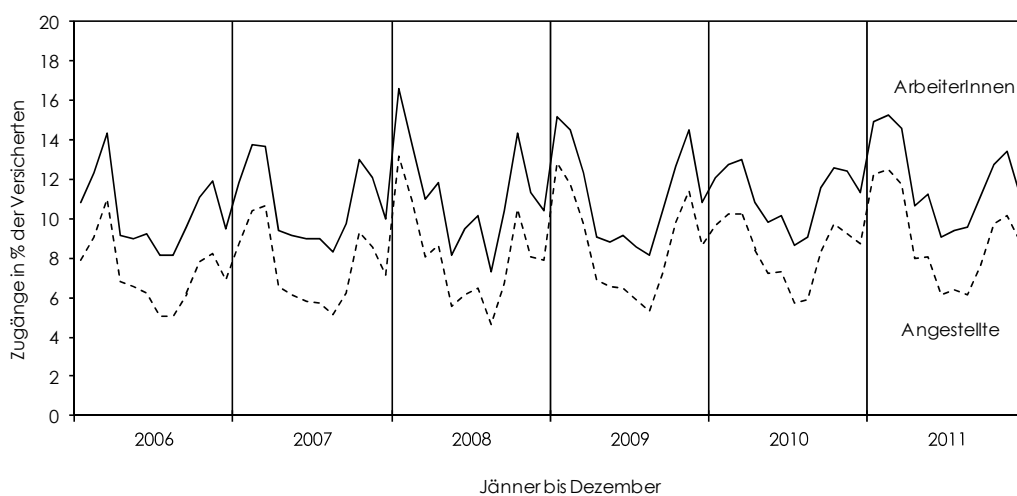
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der Krankenstandsstatistik erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Unterfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwas weniger als einem Krankenstandstag pro Jahr und Beschäftigten (das entspricht einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 7%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 11% auf (diese Schätzungen basieren auf Werte für das Jahr 2010). *Badura et al. (2008)* kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstands abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den Betriebsablauf und können hohe Folgekosten verursachen. Das betrifft insbesondere Kleinbetriebe, die weniger flexibel als Großbetriebe auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können sowie jene Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit einem hohen Sachkapitalaufwand (z. B. teure Maschinen) ausgestattet sind.

1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf von Zugängen in den Krankenstand und den Krankenstandsbestand zum jeweiligen Monatsende. Um die saisonalen

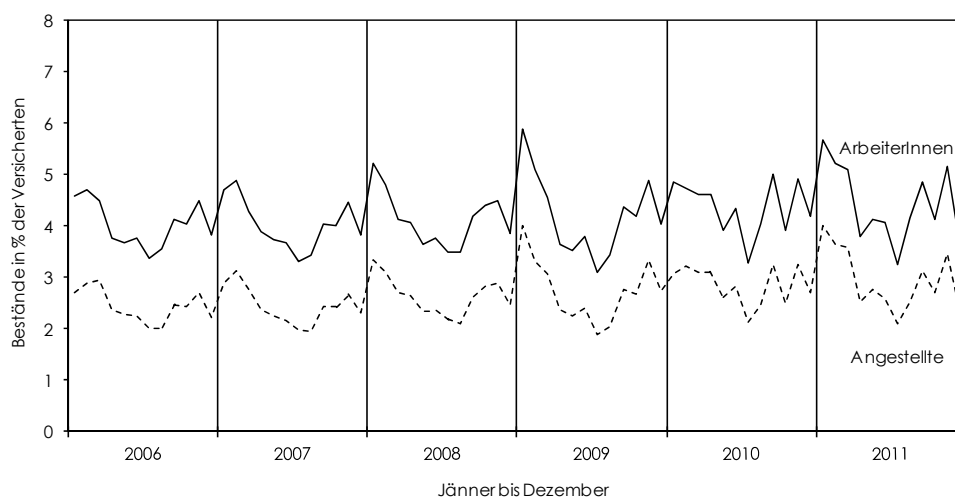
Schwankungen im Beschäftigten- und Versichertenstand zu berücksichtigen, wurden die Krankenstände auf die Versicherten im entsprechenden Monat (Stichtag Monatsende) umgelegt. Je nach Jahr treffen die meisten Krankenstandsfälle im Jänner oder Februar ein. Während des Frühlings und des Sommers nimmt die Anzahl der Neuzugänge in den Krankenstand ab, der Herbstanfang verzeichnet regelmäßig mit dem Monat September ein neues Hoch an Krankenständen. Der parallele Verlauf von Zugängen und Beständen deutet darauf hin, dass die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle kein starkes saisonales Muster aufweist.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

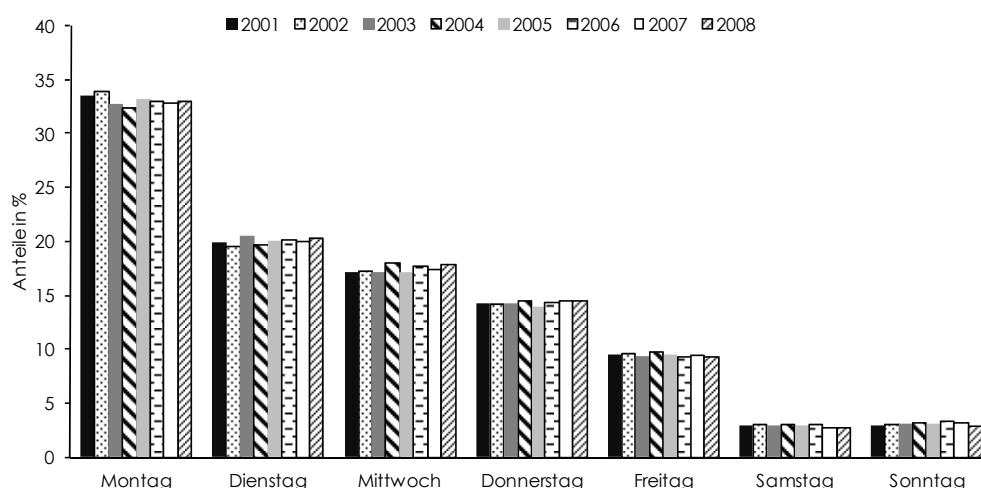
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2008 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner 2008 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller ArbeiterInnen und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009 und 2011 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesem Jahr sein dürfte.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



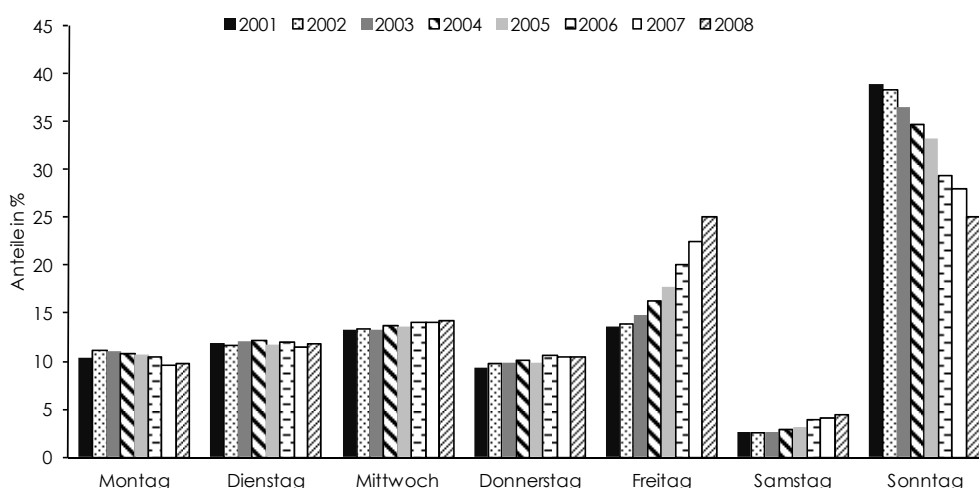
Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Der Zugang in den und der Abgang aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹³⁾. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von Ärzten und Patienten geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstandsmeldungen entfallen. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen allerdings kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das

¹³⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen des Individualdatensatzes der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011, S. 66f). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich liegen nicht vor.

hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte einen Arzt aufsuchen bzw. aufsuchen können. Man kann davon ausgehen, dass der Arzt am Wochenende nur im Notfall aufgesucht wird und dementsprechend Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag knapp 13% der Krankenstandsmeldungen. Sieht man von diesem "Montags-Effekt" ab, der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, wird der Freitag nur in jedem zehnten Fall als der Wochentag angegeben, an dem der Krankenstand begonnen hat. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele ArbeitnehmerInnen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die meisten Krankenstandsepisoden werden entweder an einem Freitag oder an einem Sonntag (je ein Viertel aller Fälle) beendet (Abbildung 1.11). Es gibt kaum Fälle, die am Samstag zu Ende gehen, auch die Zahlen der Krankenstandsbeendigungen am Montag und Donnerstag sind unterdurchschnittlich. Dieses Muster lässt sich vermutlich mit der Tatsache erklären, dass sich der Arzt bei Krankheitsfällen, die in die zweite Wochenhälfte fallen, oftmals veranlasst sieht, das Wochenende als Genesungsperiode zu inkludieren. Zudem ist es nicht unüblich, dass im Krankheitsfall der Patient für den Montag zu einem Kontrolltermin "wiederbestellt" wird. Ist zwischenzeitlich über das Wochenende die Genesung eingetreten, wird dieser Termin nicht wahrgenommen, ArbeitnehmerInnen gehen direkt wieder in die Arbeit. Da der Montag für die Mehrheit der Beschäftigten der erste tatsächliche Arbeitstag ist, wird

der vorangehende Sonntag als Ende der Krankheitsepisode auf der Krankmeldung festgehalten. Im Laufe der letzten Jahre nahm der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, allerdings deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen bis Sonntag zurückging¹⁴). Das trifft besonders auf Krankenstandsepisoden von ein oder zwei Wochen zu. Vermutlich sehen sich die Ärzte heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin zu vereinbaren. Zugleich hat auch der Anteil an Kurzkrankenständen, die sich naturgemäß nur selten auf das Wochenende erstrecken, zugenommen (siehe Abschnitt 1.3)¹⁵).

Für Österreich kann pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingehen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent ist: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende beginnen, wird die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt fließen die Wochentage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfallen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die Krankheit tatsächlich vielleicht schon am Samstag nicht mehr bestand. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2008 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) würde allerdings dazu führen, dass der statistisch erfasste Krankenstand die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzt. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, würden mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst werden, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt werden würde. Ein solches Muster prägt die statistische Erfassung von Krankenständen in Deutschland. Die Daten aus dem deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2011*) zeigen hinsichtlich des Krankenstandbeginns eine Verteilung, die sich stark mit der österreichischen deckt. In Deutschland endet aber fast die Hälfte (45,8%) der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gehen, ist nicht höher als an anderen Tagen. Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt fast 14% der Fälle zu Ende gehen, entfallen in Deutschland auf die restlichen Tage jeweils etwa 8% der Krankenstandsbeendigungen.

1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimen-

¹⁴) In dieser Periode zwischen 2001 und 2008 sank in Oberösterreich der Anteil der Krankenstandsbeendigungen am Sonntag von 39% auf 25%, jener am Freitag stieg von 14% auf 25%.

¹⁵) Das legt den Schluss nahe, dass die Zunahme der Kurzkrankenstände zum Teil auf eine Verkürzung von Krankenstandsepisoden zurückzuführen ist, die früher infolge der Krankschreibung über das Wochenende mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen.

sionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Männer sterben im Vergleich zu Frauen häufiger an den Folgen schwerer organischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungen- oder Leberkrebs (Macintyre – Hunt – Sweeting, 1996). Die unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitserscheinungen bei Frauen und Männern ergibt sich sowohl aus Unterschieden in biologischen Risiken als auch auf der Basis unterschiedlicher Belastung durch Risikofaktoren und unterschiedlicher Gesundheitsrisiken im Lebenszyklus. Zusätzlich zeigen Frauen und Männer ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und haben deshalb auch spezifische Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies kann sich in einer differenzierten Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und in einer unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmung vom Gesundheitszustand niederschlagen, was letztendlich auch die statistische Erfassung von Gesundheit trifft. Case – Paxson (2004) weisen darauf hin, dass Umfragen und Erhebungen für Frauen zum Teil schlechtere Gesundheitswerte darstellen, weil die Berichterstattung von Krankheitszuständen bei Frauen akkurater, d. h. vollständiger erfolgt als bei Männern.

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem statistischen Bruch und vor allem in der Datenreihe der Frauen zu einem Niveausprung.

In Österreich waren – genauso wie in Deutschland – in der Vergangenheit die Krankenstandsquoten der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet und dann wieder verringert. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer etwa 25% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden

Jahren deutlich reduziert. Wie aus Abbildung 1.12 hervorgeht, näherten sich die beiden Quoten vor allem in den jüngsten Jahren weiter an. 2009 waren erstmals die Fehlzeiten von Männern und Frauen gleich hoch (3,6%), 2010 und 2011 lag die Krankenstandsquote der Männer mit 3,5% geringfügig unter jener der Frauen (3,6% bzw. 3,7%). Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne PräsenzdienerrInnen und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und Frauen für das Jahr 2009 mit respektive 3,6% und 3,3% noch deutlich auseinander. Dennoch war bereits vor der Revision der geschlechtsspezifische Unterschied in den Krankenständen stark rückläufig, von 14,5% in 2000 auf 6,4% in 2009.

Ein differenzierteres Bild der Zusammenhänge zwischen Fehlzeiten und Geschlecht ergibt sich bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter bzw. beruflichen Merkmalen und wird in den folgenden Abschnitten untersucht. Die langfristige Angleichung der Fehlzeiten von Männern und Frauen muss jedenfalls vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse sowie des Strukturwandels am Arbeitsmarkt und in der Wirtschaft insgesamt betrachtet werden. Die starke Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen hat die Zusammensetzung der Beschäftigung nach Geschlecht aber auch nach Alter stark verändert. Die Zunahme an Frauen am Arbeitsmarkt macht sich nunmehr auch in jenen Altersgruppen bemerkbar, in denen überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten verzeichnet werden: So ist das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker gewachsen als es bei den Männern der Fall war. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen in den Güter produzierenden Bereichen gekommen. Wie noch in Abschnitt 1.5.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008, Abschnitt 2.6*), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) waren Frauen bereits in der Vergangenheit nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand. Auch im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)¹⁶).

¹⁶) Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen, wie die *Arbeitskräfteerhebung* und den *European Community Household Panel*, die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁷⁾. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 40 Jahren steigt die Quote wieder leicht an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 45 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der 25- bis 39-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation zur Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen müssen deshalb vor dem Hintergrund der geringen Besetzung dieser Kohorten betrachtet werden: 2011 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 113.200 Männer und 81.850 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 6,4% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 28.250 Männer und 8.450 Frauen (1,2% der Versicherten).

Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren knapp 4.924 Männer und 2.847 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Erwerbsquote, die bei den 50- bis 54-Jährigen 81,8% beträgt, fällt in der nächsten Altersgruppe auf rund 60% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 14% ab (Jahr 2011; Abbildung 1.13). Zudem steigt die Arbeitslosigkeit im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2011 mit 7,8%, jene der 60- bis 64-Jährigen mit 10,5% deutlich über dem Durchschnittswert von 6,7%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten ein starker Selektionsmechanismus am Werk ist, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁸⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 57 und 58 Jahren, für Frauen mit 55 und 57 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2010 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 5.074, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 9.065 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension¹⁹⁾. Diese Zahlen weisen mit Nachdruck darauf hin, dass

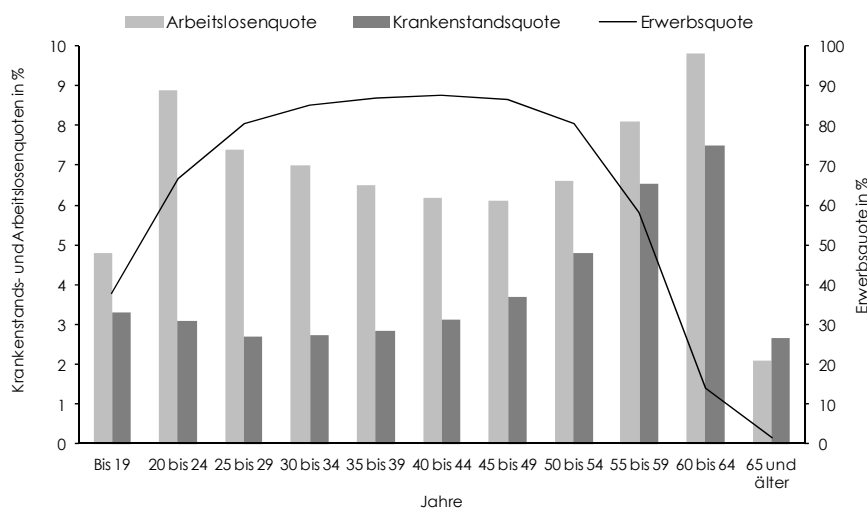
¹⁷⁾ Im Jahr 2011 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 42%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 66%.

¹⁸⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet.

¹⁹⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2011*, Tabelle 3.31.

ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlässt oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2011

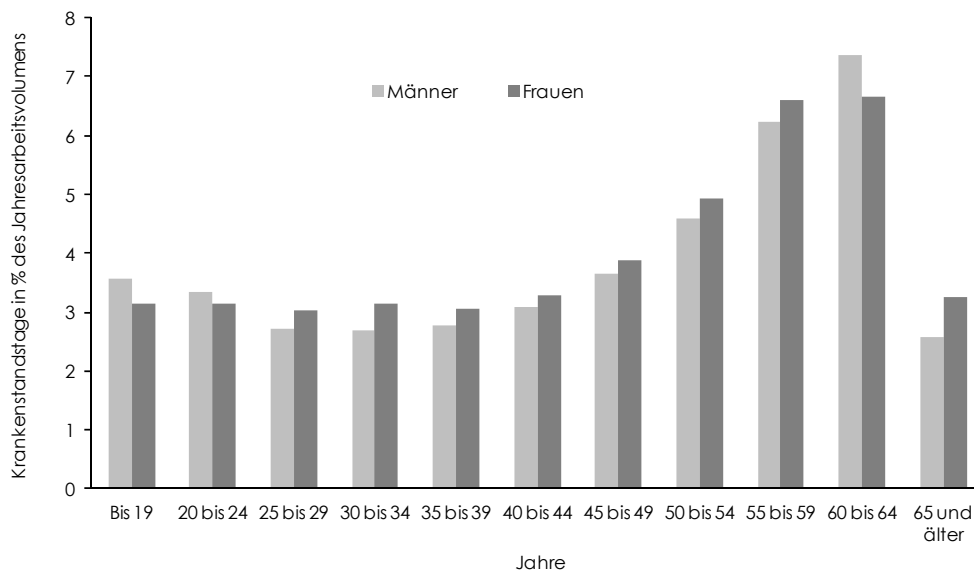


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle²⁰⁾. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls von ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre aber auch die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Österreich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel – Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle: Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau vergleichsweise gering. Jugendliche haben demnach weniger als ältere Arbeitskräfte zu verlieren, wenn sie sich krank melden (Biffi, 1999).

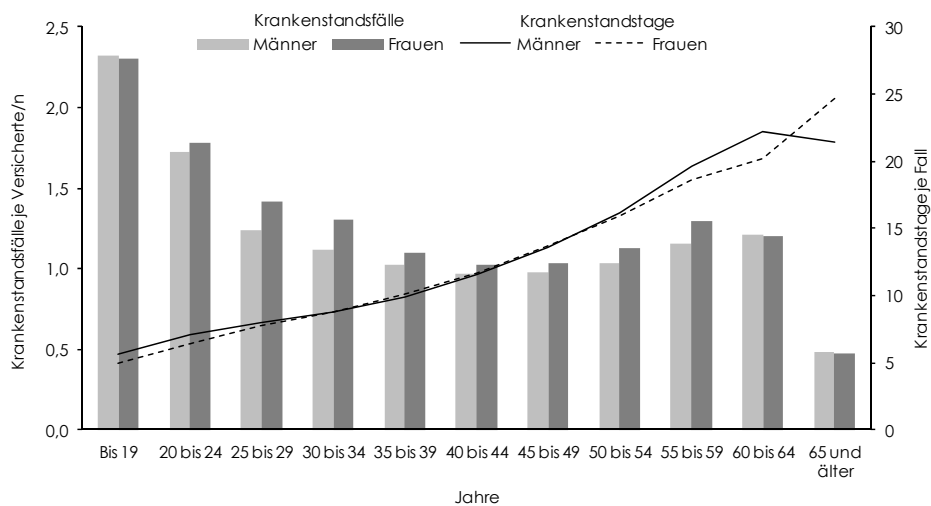
²⁰⁾ Die Möglichkeit eine dritte Dimension – jene der altersspezifischen Erkrankungsquoten – zu untersuchen, ist bei der vorliegenden Datenbasis nicht gegeben.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2011



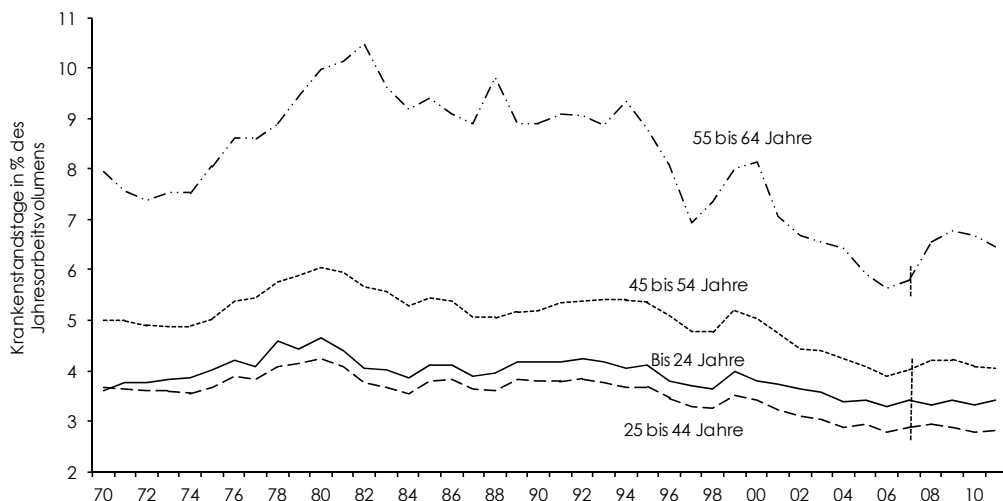
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2011



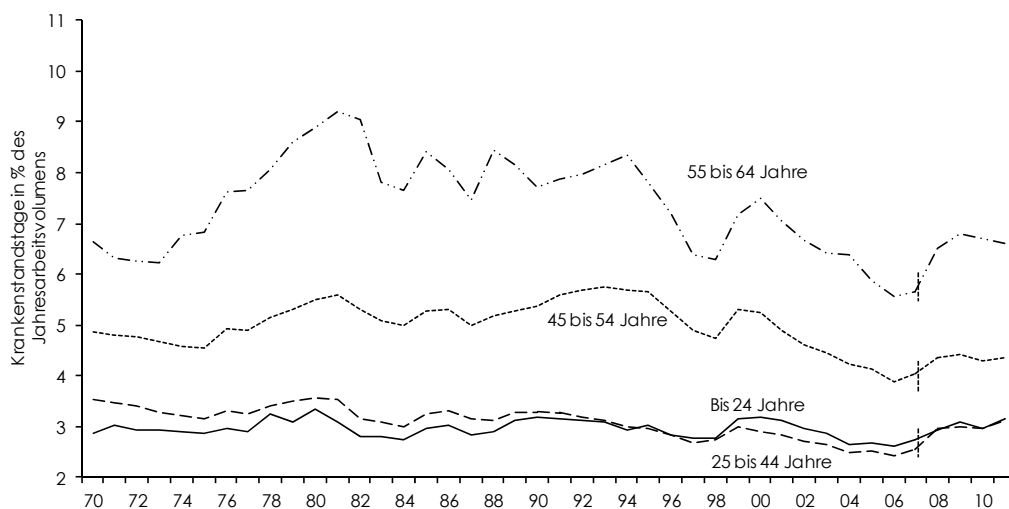
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen weitgehend konstant, und sinkt in den höchsten Altersgruppen weiter. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter merklich. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 6,2 Tage, bei 60- bis

64-Jährigen mehr als dreimal so lang (21,8 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar. Leichte Abweichungen von diesem gemeinsamen Muster sind dabei durchaus möglich: So waren beispielsweise im Krisenjahr 2009 die Krankenstandsquoten der 25- bis 44-Jährigen gegenüber 2008 bei den Frauen konstant und bei den Männern leicht rückläufig, während jene der jüngeren und insbesondere der älteren Kohorten deutlich zunahm. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten²¹⁾ schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen (Leoni – Biffi – Guger, 2008A).

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich auf Ältere stärker als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (Bergendorff, 2003). Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes setzten in Österreich in der Vergangenheit besonders bei älteren Arbeitskräften an. Bei steigender Arbeitslosigkeit bestand eine größere Bereitschaft, Pensionen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit zu gewähren (Meggeneder, 2005). Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein. Ab Mitte der 1990er-Jahre wurde Personen mit langer Versicherungsdauer der Übergang in die Pension erleichtert; das ging mit einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen einher. In den letzten Jahren wurde der Frühausstieg aus dem Erwerbsleben erschwert; das schlug sich in einem stär-

²¹⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

keren Anstieg der Arbeitslosigkeit nieder (Biffi, 2007). Diese Richtungsänderungen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

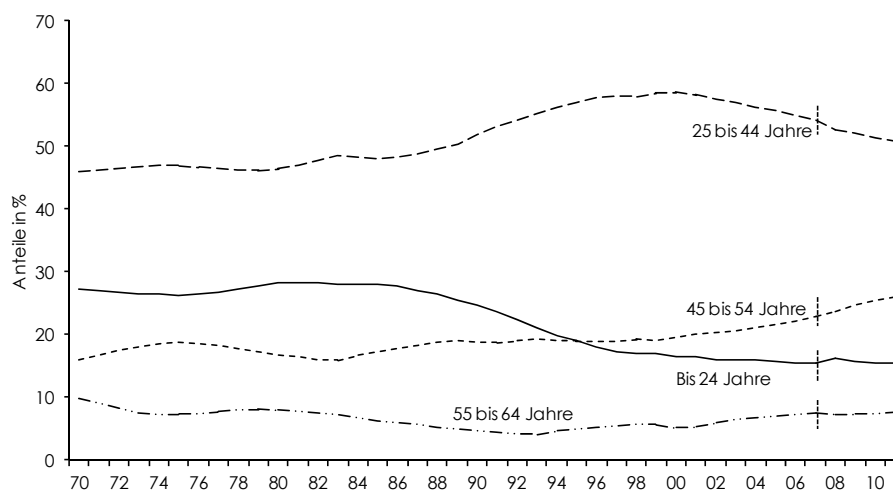
Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinander gehalten werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²²). Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben. Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken. Die Berechnungen ergeben beispielsweise, dass der rapide Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und 1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. 17%) im Wesentlichen auf Änderungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen ist. Mit Ausnahme der Über-65-Jährigen verzeichneten alle Kohorten eine Steigerung der Krankenstandsquote, was sich aufgrund der Besetzung unterschiedlich stark auf das Gesamtbild auswirkte. Der relativ gesehen größte Beitrag zur Steigerung der Krankenstandsquote kam allerdings von der Personengruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung war dagegen vernachlässigbar bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkend.

Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten zwei Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbssalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbssalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 50,8%. Gleichzeitig ist der Anteil der Über-55-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2011 bei 7,6%. Dieser Trend wird sich, nicht

²²) Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der Unter-25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 15,4% (2011).

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung die Krankenstandsquote um etwa ein Fünftel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um zwei Drittel eines Krankenstandstages. Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2009 und 2010, zum Beispiel, hatte die Verschiebung der demographischen Struktur einen leichten negativen Effekt auf die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen und Angestellten. Dieser wurde allerdings durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2010 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. Auch 2011 setzte sich der negative demographische Effekt fort, die Erhöhung der Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr um 0,3 Krankenstandstage pro Kopf ist aber in erster Linie auf einen fast viermal so starken Effekt infolge eines Anstiegs der altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen.

Der negative Beitrag der demographischen Entwicklung nahm in den letzten Jahren zu, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation²³⁾ erst in den kommenden Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleich bleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und der Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in den kommenden Jahrzehnten einen durchschnittlichen Anstieg um zwei Krankenstandstage pro Kopf und Jahr bewirken werden (Leoni – Biffi – Guger, 2008A). Damit würden die durchschnittlichen Fehlzeiten zwar höher als gegenwärtig, aber noch deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und frühen 1990er-Jahre liegen. Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten entwickeln werden und inwiefern Verbesserungen im gesundheitlichen Zustand der älteren Beschäftigten die negativen Auswirkungen des demographischen Trends entschärfen können. Eine Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und eine stärkere Verbreitung von gesundheitlich förderlichen Verhaltensmustern können in diesem Hinblick eine positive Rolle spielen. Die zukünftige Entwicklung der Krankenstände wird aber auch davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz gestaltet. Wie die Unbeständigkeit der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten zeigt, bilden Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße": Die Lage am Arbeitsmarkt und die betrieblichen und institutionellen Rahmenbedingungen führen zu Selektionsmechanismen, die darauf Einfluss nehmen, ob gesundheitlich schwächere Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen detaillierten Einblick in die Tätigkeit der ArbeitnehmerInnen ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach ArbeiterInnen und Angestellten und einer Betrachtung nach Branchen sind dennoch einige aussagekräftige Auswertungen und Analysen möglich. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind bei ArbeiterInnen deutlich höher als bei Angestellten. Dies ist nicht nur in Österreich, sondern auch in Deutschland der Fall. Hier können einige Erklärungsgründe für diese Unterschiede in der Krankenstandsquote nach Statusgruppe angeführt werden:

²³⁾ Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

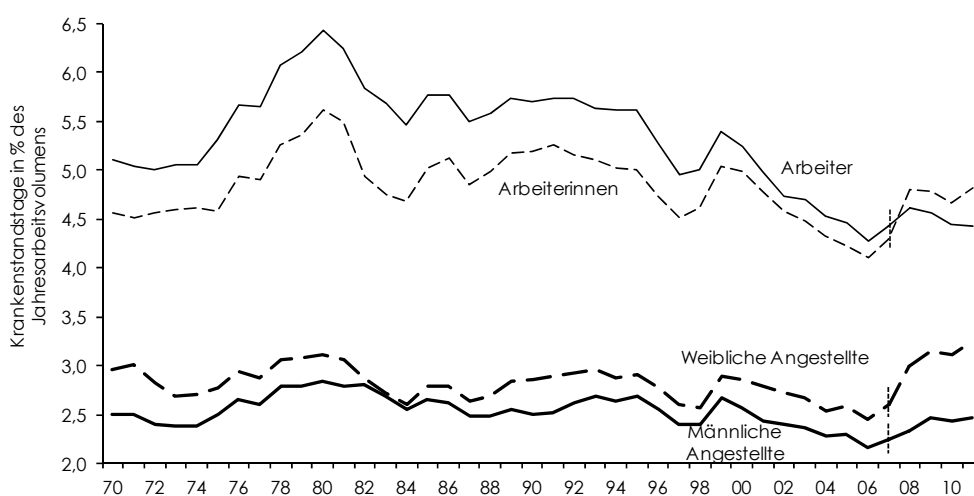
- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*);
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni, 2008*) bestätigen dieses Bild;
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- *Badura et al. (2008)* weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichen Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als ArbeiterInnen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit;
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der ArbeiterInnen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Zum einen üben Personen mit einem geringeren Einkommen öfters Tätigkeiten aus, die mit Belastungen und höheren Unfallrisiken verbunden sind. Zugleich hat das niedrigere Einkommensniveau der ArbeiterInnen eine negative Korrelation mit Faktoren wie Ernährung und Erholungsmöglichkeiten, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den ArbeiterInnen vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zur Differenz in den Krankenstandsquoten der beiden Berufsgruppen bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit, als durch den Entgeltfortzahlungsfonds ein Anreiz zur vollständigen Erfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen gegeben war, eine größere Rolle gespielt haben als heute (siehe Abbildung 1.4).

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher als jene der Angestellten war (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von ArbeiterInnen und Angestellten gekommen. Während vor zwanzig Jahren die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte und 90% Differenz. Im letzten verfügbaren Jahr (2011) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um 56% mehr Zeit im

Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen 16½ Tage, die Angestellte 10½ Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,6 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁴⁾ spürbar waren.

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in ArbeiterInnen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (8,8%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (32,2%). Für dieses Muster dürfte die Tatsache von entscheidender Bedeutung sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind. Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen kann diesbezüglich als Indikator für die Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die

²⁴⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der ArbeiterInnen an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/80 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden kann.

Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Krankenstandsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 1.3). Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle nur geringfügig stärker bei den Männern als bei den Frauen aus.

Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich, 2011

	Insgesamt	Krankenstandstage		Krankenstandsquote	
		Arbeitsunfälle		Insgesamt	Um Unfälle bereinigt
	Anzahl	Anzahl	Anteile in %	In %	In %
Insgesamt	39.977.321	2.616.195	6,5	3,6	3,4
Männer	21.214.046	2.003.898	9,4	3,5	3,2
Frauen	18.763.275	612.297	3,3	3,7	3,6
ArbeiterInnen	21.360.302	2.057.686	9,6	4,6	4,1
Männer	14.361.666	1.731.919	12,1	4,4	3,9
Frauen	6.998.636	325.767	4,7	4,8	4,6
Angestellte	18.617.019	558.509	3,0	2,9	2,8
Männer	6.852.380	271.979	4,0	2,5	2,4
Frauen	11.764.639	286.530	2,4	3,3	3,2

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt²⁵). Die Zahl der Krankenstandsfälle und somit der Fehlzeiten, die von den Unfallversicherungsträgern als anerkannte Arbeitsunfälle definiert werden, liegt deutlich unter den Werten, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst werden²⁶). Führt man die Bereinigung der Fehlzeiten anhand der Krankenstandszahlen durch, die auf anerkannte Unfälle zurückgehen, kommt es zu einer geringeren Veränderung in den Krankenstandsquoten. Das Ergebnis, wonach Männer in Arbeiterberufen die höchste Konzentration an unfallbedingten Fehlzeiten aufweisen, findet allerdings Bestätigung (*Leoni – Biffl – Guger, 2008A*).

²⁵) Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle: Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein.

²⁶) So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2011 etwa 1,56 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 2,62 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2011

	Insgesamt	Männer In %	Frauen
<i>Wirtschaftsklassen der ÖNACE 2008</i>			
A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	2,3	2,4	2,1
B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	3,7	3,9	2,5
C Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren	3,9	3,8	4,0
D Energieversorgung	3,6	3,6	3,5
E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	4,3	4,3	4,1
F Baugewerbe, Bau	3,8	4,0	2,6
G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	3,4	3,1	3,5
H Verkehr und Lagerei	4,4	4,4	4,4
I Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie	3,1	2,6	3,4
J Information und Kommunikation	2,3	2,1	2,9
K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	2,7	2,4	3,0
L Grundstücks- und Wohnungswesen	3,3	2,8	3,7
M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	2,1	1,9	2,3
N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	4,8	4,6	4,9
O Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,1	3,9	4,3
P Erziehung und Unterricht	2,5	2,1	2,9
Q Gesundheits- und Sozialwesen	4,1	3,9	4,1
R Kunst, Unterhaltung und Erholung	3,0	2,9	3,1
S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	3,3	2,9	3,5
T Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	2,6	2,0	2,7
Insgesamt	3,6	3,5	3,7

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Die Branche "Extraterritoriale Organisationen und Körperschaften" sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, werden nicht angeführt.

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen für das Jahr 2011 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.4)²⁷⁾. Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote der Branche aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte

²⁷⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk als bisher auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise knapp 19% bzw. 17% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,5% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen, wie die Land- und Forstwirtschaft, die Energieversorgung, die Wasserversorgung und der Bergbau umfassen weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen. Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2011 können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage fällt im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 3,9%, sie betrug für Männer 3,8% und für Frauen 4,0%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,8%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (4,0%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,6%).
- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen lag die Krankenstandsquote im Durchschnitt (3,5%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,1%).
- Sowohl der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung als auch das Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten sehr hohe Krankenstandsquoten (jeweils 4,1%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al.* (2008) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Baugewerbe, Verkehr und Transport, öffentliche Verwaltung und verarbeitendes Gewerbe überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufweisen. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. So gingen beispielsweise im österreichischen Bauwesen 2005 rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurück (*Leoni – Biffl – Guger, 2008B*). Auch in den anderen Branchen des Sachgüter erzeugenden Bereichs verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den Dienstleistungen hatte nur der Bereich "Verkehr- und Nachrichtenübermittlung"

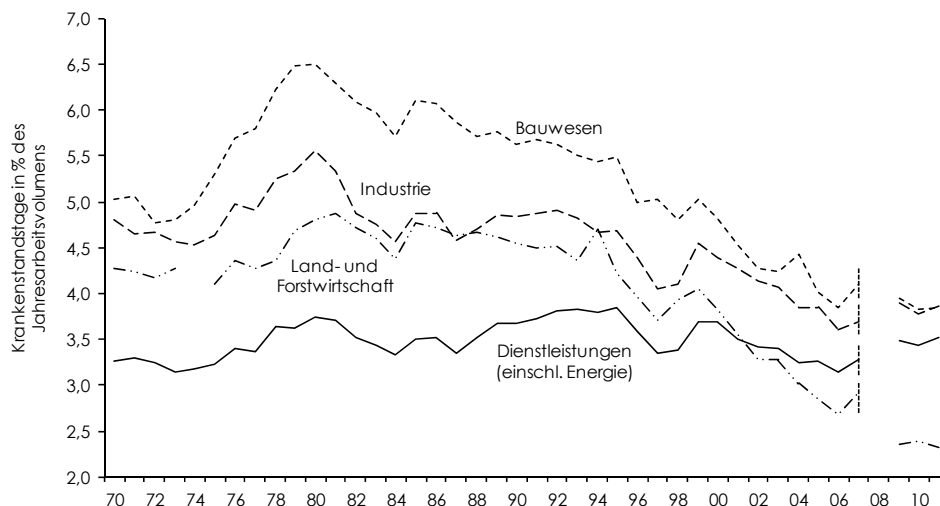
einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%). Eine Bereinigung um die Arbeitsunfälle führt erwartungsgemäß zu einer Reduktion der Abstände zwischen den Branchen im Dienstleistungsbereich und im Güter produzierenden Sektor. Dennoch zeigen die Berechnungen, dass auch nach einer solchen Bereinigung das Gefälle zwischen den Sektoren erhalten bleibt (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*).

Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Jahr 2011 lag die Krankenstandsquote der Männer um 50% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. Es gibt auch Branchen, wie Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation, in denen Frauen höhere Krankenstände als Männer aufweisen. Im Bereich Kunst, Unterhaltung, Erholung weisen Frauen und Männer dagegen annähernd gleich hohe Krankenstandsquoten auf.

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 1.20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Branchen der Industrie, allen voran die Branchen der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, weisen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor; die Krankenstandsquote im Bauwesen entfernte sich hingegen stärker von den restlichen Branchen. Seit Beginn der 1990er-Jahre glich sich das Krankenstandsgeschehen im Dienstleistungs- und Industriebereich weiter an, die entsprechenden Zeitreihen haben einen ähnlichen, leicht konvergierenden Verlauf. In der Zwischenzeit ging die Krankenstandsquote im Bauwesen deutlich

stärker als in den anderen Sektoren zurück und näherte sich damit erneut dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Der Bruch in der Zeitreihe der Land- und Forstwirtschaft im Jahr 1974 geht auf Änderungen der Organisationsstruktur der Sozialversicherungen (Auflösung der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt) und den damit im Zusammenhang stehenden Änderungen in der statistischen Erfassung der Krankenstände zurück. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 liegen für 2008 keine Werte vor. Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die Krankenstandsstatistik des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundeskanzleramt veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (Bundeskanzleramt, 2011B) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (132.804 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) zumindest bis zum Jahr 2010 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt jüngst auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst veröffentlicht, dieser Bericht bezieht sich auf das Jahr 2010 (Bundeskanzleramt, 2011A). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen des Bundeskanzleramts geht hervor, dass 2010 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,1% und jene der Vertragsbediensteten 2,8% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,5%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssek-

toren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,3% (2010). Im Vergleich zwischen Bund und den restlichen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der BeamtInnen denen der Angestellten ähnlicher als denen der ArbeiterInnen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der ArbeiterInnen legt es nahe, die Fehlzeiten der BeamtInnen mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2010 um fast einen Prozentpunkt (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,6% gegenüber 3,5%, Übersicht 1.5).

Übersicht 1.5: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote in %
BeamtInnen	2008	940	14.334	15,3	3,9
	2009	1.000	14.849	14,9	4,1
	2010	962	14.905	15,5	4,1
ASVG-Versicherte des Bundes	2008	726	10.610	14,6	2,9
	2009	769	10.659	13,9	2,9
	2010	696	10.263	14,7	2,8
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes	2008	856	12.827	15,0	3,5
	2009	908	13.104	14,4	3,6
	2010	850	12.892	15,2	3,5
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte ¹⁾	2008	816	12.247	15,0	3,4
	2009	823	12.387	15,0	3,4
	2010	777	12.043	15,5	3,3
ASVG-versicherte Angestellte ¹⁾	2008	698	9.149	13,9	2,5
	2009	647	9.637	13,8	2,6
	2010	673	9.451	14,6	2,6

Q: *Bundeskanzleramt* (2011B). Die Werte in dieser Übersicht decken sich nur zum Teil mit jenen aus den entsprechenden Übersichten früherer Fehlzeitenreports. Die Zahlen für den ASVG-Bereich wurden rückwirkend angepasst, um die Änderung in der Erfassung der Versicherten (d. h. die Bereinigung um Präsenzdienster und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen) zu berücksichtigen. Die Auswertungen des Personalinformationssystems des Bundes beinhalteten diese Personengruppen auch in Vergangenheit nicht, wodurch keine Anpassung der Krankenstandsquoten von BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes notwendig war. – ¹⁾ WIFO-Berechnungen.

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss mit Vorsicht vorgegangen werden, die Differenz zwischen den Fehlzeiten der Bundesbediensteten und der Angestellten kann durch unterschiedliche Faktoren erklärt werden. Aus Abschnitt 1.5.2 geht hervor, dass das Alter der

Beschäftigten einen wesentlichen Erklärungsfaktor für die Höhe der Fehlzeiten darstellt. Das überdurchschnittliche Alter der Beschäftigten im Bundesdienst verzerrt die Krankenstandsquote nach oben: 2010 waren 34,6% der Bundesbediensteten²⁸⁾, aber nur 18,6% der ASVG-Versicherten älter als 50 Jahre (bei den Angestellten waren es 18,3%). Um diesen deutlichen Unterschied in der Altersstruktur zu berücksichtigen, wird die Krankenstandsquote der Angestellten auf die Altersstruktur der Bundesbediensteten normiert (d. h. es wird eine hypothetische Krankenstandsquote der Angestellten berechnet, der die Altersstruktur der BeamtInnen und ASVG-Versicherten des Bundes zugrunde liegt). Diese normierte Krankenstandsquote beträgt 2,9%, der Abstand zu den Bundesbediensteten verringert sich auf 0,6 Prozentpunkte.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankheitsmuster auf (*Bundeskanzleramt*, 2011A). Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die etwa ein Fünftel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2010 eine Krankenstandsquote von 5,2% bzw. 4,5%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflagedienst (6,5%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,6%), LehrerInnen (2,2%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (1,9%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 5,0% auf.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitenauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2010 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 647 Arbeitstage²⁹⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedin-

²⁸⁾ Informationen zur Altersstruktur der Bundesbediensteten können der Publikation zum Personal des Bundes (*Bundeskanzleramt*, 2011B) bzw. dem dazu gehörenden Kurzfolder entnommen werden. 2010 waren 10,5% der Bundesbediensteten jünger als 30 Jahre, 19,3% zwischen 30 und 39 Jahren, 35,6% zwischen 40 und 49 Jahren und 34,6% älter als 50 Jahre.

²⁹⁾ Die Auswertungen des Bundeskanzleramts beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

gungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (*Oppolzer, 2000*). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (*Marstedt et al., 2001*). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen ArbeitgeberInnen³⁰).

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (*Bundeskanzleramt, 2011A*) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Obwohl fast alle Auswertungen – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage eingehen, bestätigen sie das Bild, das sich aus den Darstellungen in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels ergeben hat. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer um gut 13% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2010 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 15,4 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst

³⁰) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (*Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003*) wurde im Jahr 2000 die Beschäftigungsquote von begünstigten Behinderten im Bund zu 80% erfüllt (5.823 von 7.400 Pflichtstellen waren besetzt), in einer Durchschnittsbetrachtung für das Jahr 2001 kamen sämtliche einstellungspflichtige ArbeitgeberInnen nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (54.818 von 84.869 Pflichtstellen waren besetzt).

abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. Die 55- bis 59-Jährigen sind am häufigsten im Krankenstand, während in Folge des "Healthy-Worker"-Effekts die Krankenstandsquote bei älteren Kohorten wieder sinkt.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2010 entfielen fast 64% aller Krankenstandsepisoden und über ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,4 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* waren es bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,8 Tage³¹⁾. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

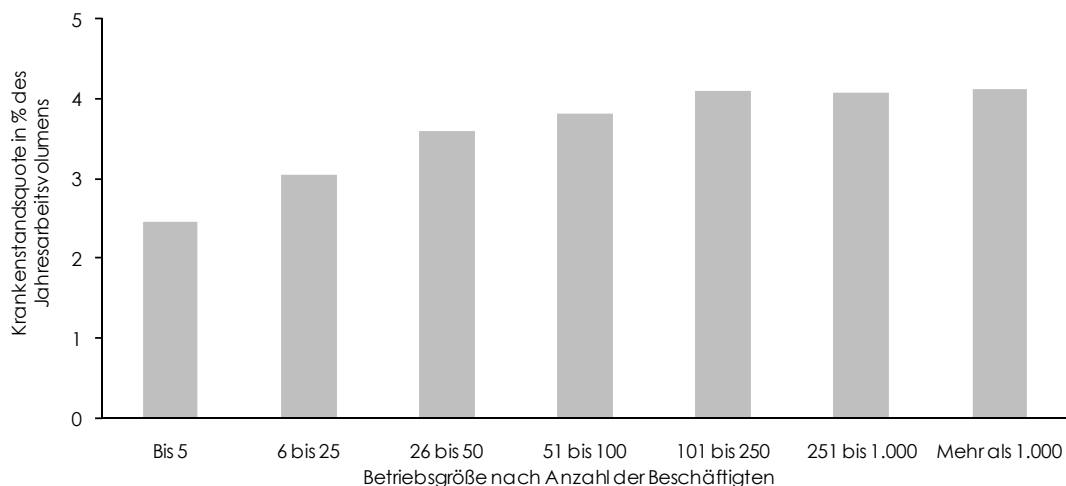
1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden. Diese Lücke konnte zumindest teilweise mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)³²⁾ gefüllt werden, wobei sich die Auswertungen auf das Jahr 2007 beschränken. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Demnach lag 2007 die Krankenstandsquote in Betrieben mit 51 bis 250 Beschäftigten bei 31%, in Betrieben mit über 250 Beschäftigten rund ein Drittel höher als in Betrieben mit maximal 50 Beschäftigten. Abbildung 1.21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings bleibt sie in den höheren Betriebsgrößenklassen weitgehend konstant.

³¹⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von bis zu drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstage und Kalendertage hier unberücksichtigt bleiben kann.

³²⁾ Für eine Datenbeschreibung siehe Leoni (2011) S. 66f.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2008) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in Betrieben bis 1.000 Beschäftigte ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder geringere Krankenstandsquoten³³). *Winkelmann* (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass Krankenstände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren.

Der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenständen muss vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Vor allem die Sachgüter erzeugenden Bereiche der Wirtschaft weisen eine großbetriebliche Struktur auf, Klein- und Kleinstbetriebe spielen dort nur eine untergeordnete Rolle. In diesen Branchen sind die Beschäftigten allerdings infolge der höheren Arbeitsbelastungen und Unfallgefährdung auch einem höheren Krankenstandsrisiko ausgesetzt als jene im Dienstleistungssektor (siehe Abschnitt 1.5.3).

Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Branchen- und des Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden. Entsprechende Auswertungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008*) haben gezeigt, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede erge-

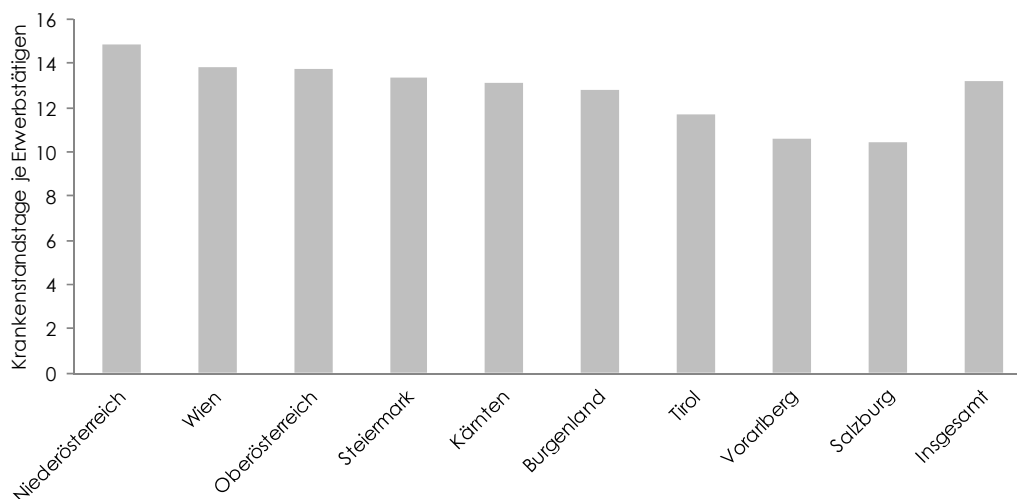
³³) Die Berechnungsergebnisse in *Badura et al.* (2006) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die Autoren die Betriebsgröße an der Zahl der AOK-Mitglieder im Betrieb, wodurch in der Regel nur ein Teil der gesamten Belegschaft erfasst wird. Zudem schließen sie Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.

ben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieser Beziehung sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht.

1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind³⁴), ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 94% (2011). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2011



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

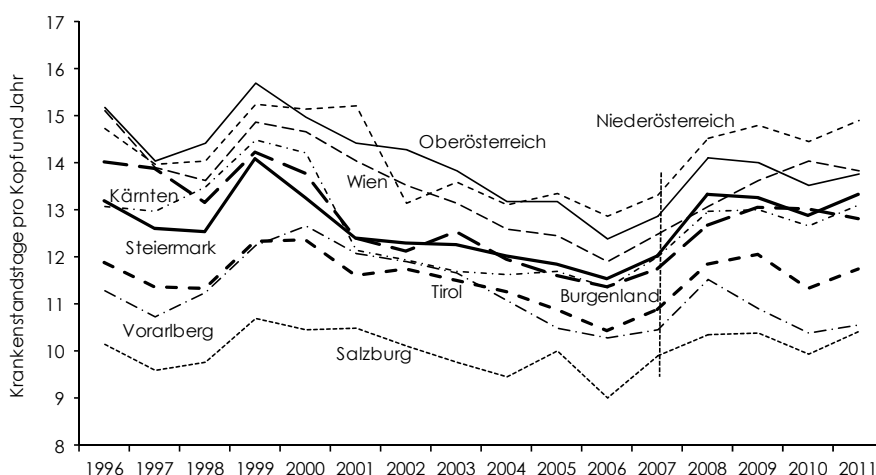
Die Werte aus dem Jahr 2011 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 13,3 Tagen je Erwerbstätigen marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Versicherten (13,2) liegt. Die niederösterreichische, Wiener und oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,9 und je 13,8 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Gebietskrankenkassen Steiermark (13,3), Kärnten (13,2) und Burgenland (12,8), lagen nahe am bundesweiten Durchschnitt, während die Versicherten in Tirol (11,7) und Vorarlberg (10,6) weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer verzeichneten. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der

³⁴) Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie sieben Betriebskrankenkassen.

Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 10,4 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,9% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,6%) und um 30% unter dem niederösterreichischen (4,1%) Wert.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2011) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Wien und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte, während Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert lagen. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Gebietskrankenkasse Burgenland, die 1996 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauf folgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Die Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. Das gilt insbesondere für die signifikantesten Abweichungen vom Durchschnitt, die niedrigen Krankenstände in Salzburg und die vergleichsweise hohen Werte in Niederösterreich, Oberösterreich und Wien. In Abschnitt 1.5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstandsniveau Einfluss nimmt. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig

abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen. Einerseits kann dadurch aufgezeigt werden, wie hoch die Krankenstände der einzelnen Gruppen von Beschäftigten in den Bundesländern sind; andererseits ist die Bedeutung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten in den Gebietskrankenkassen zu berücksichtigen.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2011

	ArbeiterInnen, Angestellte			ArbeiterInnen			Angestellte		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
	In %								
<i>Gebietskrankenkassen</i>									
Insgesamt	3,6	3,5	3,7	4,6	4,4	4,8	2,9	2,5	3,3
Wien	3,8	3,4	4,2	5,1	4,6	5,8	3,2	2,6	3,8
Niederösterreich	4,1	4,0	4,2	5,0	4,8	5,4	3,2	2,7	3,6
Burgenland	3,5	3,4	3,7	3,9	3,7	4,3	3,1	2,6	3,3
Oberösterreich	3,8	3,8	3,7	4,7	4,7	4,9	2,9	2,5	3,2
Steiermark	3,7	3,6	3,7	4,5	4,5	4,6	2,9	2,4	3,2
Kärnten	3,6	3,5	3,7	4,2	4,1	4,5	3,1	2,7	3,2
Salzburg	2,9	2,8	2,9	3,6	3,6	3,7	2,3	1,9	2,5
Tirol	3,2	3,2	3,2	4,0	3,9	4,1	2,5	2,2	2,7
Vorarlberg	2,9	3,0	2,8	3,9	3,9	3,9	2,1	2,0	2,2

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,9%) und Arbeiter (4,7%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Frauen und Männer lagen mit ihren Krankenständen am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Sachgütererzeugung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen zwar auch die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,6% bzw. 2,6% über dem bundesweiten Durchschnitt (4,4% und 2,5%), aber vor allem die Frauen verzeichneten sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,8%) als auch in Angestelltenberufen (3,8%) unter allen Bundesländern mit Abstand die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,8% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt nur eine etwa 6% höhere Krankenstandsquote hatte als der Durchschnitt aller Bundesländer (3,6%). In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Bei der Gebietskrankenkasse Salzburg ist ebenfalls für alle Gruppen (mit Ausnahme der weiblichen Angestellten, die etwas öfter als in Vorarlberg krank waren) das gleiche Muster beobachtbar, auch

wenn es sich hierbei um unter- und nicht um überdurchschnittliche Werte handelt: Sowohl die Arbeiterinnen (3,7%) und Arbeiter (3,6%) als auch die männlichen Angestellten (1,9%) hatten 2011 die niedrigste Quote aller Bundesländer.

Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2011

	Tatsächliche Krankenstandsquote	Normierte Krankenstandsquote	
	In %		Abweichung zur tatsächlichen Quote in %
<i>Gebietskrankenkassen</i>			
Insgesamt	3,6	3,6	
Wien	3,8	4,0	+ 5,7
Niederösterreich	4,1	4,0	- 1,8
Burgenland	3,5	3,4	- 2,6
Oberösterreich	3,8	3,7	- 1,8
Steiermark	3,7	3,6	- 2,0
Kärnten	3,6	3,6	- 1,0
Salzburg	2,9	2,8	- 0,5
Tirol	3,2	3,1	- 2,3
Vorarlberg	2,9	2,9	- 0,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Die normierte Krankenstandsquote entspricht der Krankenstandsquote unter der Annahme einer durchschnittlichen Beschäftigungsstruktur (Arbeiter, Arbeiterinnen, angestellte Männer und Frauen).

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2011. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁵). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 4,0% belaufen, was einem Plus von knapp 6% entspricht. In den

³⁵) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.6).

anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland und in Tirol.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Wien, Niederösterreich und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,8%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und in Oberösterreich) auf die Krankenstände auswirkt. Andererseits liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁶⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbsspendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Aus der Statistik nach Krankheitsgruppen (Übersicht 1.8) ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist. Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den zehn häufigsten Diagnosegruppen über vier Fünftel (82%) aller Krankenstandsfälle und drei Viertel (75,5%) der Krankenstandstage. Betrachtet man die Statistik aus der Perspektive

³⁶⁾ So waren beispielsweise ArbeiterInnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik für das Jahr 2007*).

der Krankenstandstage, sind die zehn dominierenden Krankheitsgruppen für mehr als drei Viertel (76,4%) aller gemeldeten Krankenstandstage sowie 80,1% der Fälle verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme³⁷⁾ handelt es sich aber um die gleichen zehn Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jene der oberen Atemwege. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 45% der Krankenstandsfälle und knapp 40% der Fehlzeiten. Unfälle³⁸⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten. Sieht man von den Arbeitsunfällen³⁹⁾ ab, gingen immer noch 9,5% der Krankenstandstage auf andere Formen von Unfällen zurück. Sportunfälle waren für 2,6% der Fehlzeiten verantwortlich, Verkehrsunfälle verursachten weitere 1% der Krankenstandstage. Sonstige Unfälle (Freizeit, Haushalt) sind allerdings wesentlich häufiger, sie stellen 3,2% der Fälle und 6,0% aller Krankenstandstage dar. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind Erkrankungen der Psyche, des Verdauungsapparates und des Kreislaufs.

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁴⁰⁾ und Herz-Kreislaufkrankungen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in der *Krankenstandsstatistik* nicht vollständig abgebildet wird. So haben Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems beispielsweise einen großen Einfluss auf das Ausmaß der Gesamtsterblichkeit in Österreich⁴¹⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

³⁷⁾ Virusinfektionen gehören zu den zehn häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. Die Sportunfälle sind bei den Krankenstandsfällen nur an 13. Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an 9. Stelle.

³⁸⁾ Vergiftungen gewerblicher und nicht gewerblicher Ursache werden auch zu den Unfällen gezählt; ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen ist aber marginal (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2011).

³⁹⁾ Es besteht in der *Krankenstandsstatistik* eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der anerkannten Arbeitsunfälle bestimmen, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des Hauptverbands alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Erfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle ist demnach niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert.

⁴⁰⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen sowie Zwischenstufen.

⁴¹⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2011 wurden vier von zehn Sterbefällen (42,3% bzw. 32.374 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria, Statistik der Todesursachen im Überblick*).

Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2011

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle
	fälle	tage	Ø Anzahl Tage
	Anteile in %		
Krankheiten des Skeletts, Muskeln, BGW	14,0	22,1	16,7
Krankheiten der oberen Luftwege	30,6	16,6	5,8
Psychiatrische Krankheiten	2,2	7,7	36,8
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,4	6,1	19,0
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,2	6,0	19,6
Darminfektionen	11,6	4,5	4,2
Symptome und schlecht bez. Affektionen	5,4	4,3	8,4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	5,7	4,1	7,6
Sportunfälle	1,3	2,6	21,6
Kh. des Magen-Darm-Traktes	2,8	2,5	9,6
Krankheiten des Nervensystems	1,7	1,7	10,8
Virusinfektionen	3,1	1,7	5,8
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	0,5	1,2	25,1
Kh. der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,1	1,2	11,6
Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane	0,9	1,1	13,3
Komplik. d. Grav., Entbindung, Wochenbett	0,8	1,1	14,5
Unbekannte exogene Ursachen	0,8	1,0	12,9
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	0,4	1,0	27,5
Krankheiten der Harnorgane	1,2	0,9	8,0
Endokrinopathien, StW-Kh., Immun-Kh.	0,5	0,8	18,0
Krebs der Brust, Harn- u. Geschlechtsorgane	0,2	0,8	57,6
Ischämische Herzkrankheiten	0,2	0,8	37,6
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	0,6	0,8	14,8
Kh. der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	1,9	0,8	4,3
Krankheiten des Ohres	0,9	0,8	8,9
Affektionen des Auges	0,9	0,7	8,4
Sonstige Herzkrankheiten	0,3	0,7	25,9
Gutartige Neubildungen	0,4	0,7	19,2
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	0,3	0,5	20,1
Cerebrovaskuläre Krankheiten	0,1	0,5	70,9
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	0,2	0,5	23,9
Sonstige Neubildungen	0,1	0,5	35,8
Hypertonie	0,3	0,4	13,7
Sonst. exogene Ursachen (z.B. med. Kompl.)	0,2	0,4	18,0
Sonstige Kreislaufkrankheiten	0,5	0,3	6,7
Krebs der Verdauungsorgane	0,0	0,3	82,3
Sonstige solide Krebse	0,1	0,3	33,7
Krankheiten der Arterien	0,1	0,2	30,6
Krankheiten der männl. Geschlechtsorgane	0,2	0,2	13,5
Sonstige bakterielle Infektionen	0,2	0,2	12,9
Absichtliche Verletzungen durch andere Personen, Tötung	0,1	0,2	16,0
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	5,8
Hämoblastosen	0,0	0,2	50,2
Sonstige Infektionskrankheiten	0,2	0,2	7,8
Krebs der Atmungsorgane	0,0	0,1	74,9
Fehlgeburt, Interruptio	0,1	0,1	12,2
Kongenitale Missbildungen	0,1	0,1	20,0
Krankheiten des Blutes	0,1	0,1	18,2
Sonstige Krankheiten	0,2	0,2	11,6

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von knapp 11 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen typischerweise Darminfektionen (4,2 Tage), Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse und des Kiefers (4,3 Tage) sowie Erkrankungen der oberen Atemwege (5,8 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (16,7 Tage), die Unfälle (zwischen 19 und 28 Tagen) und vor allem die psychiatrischen Krankheiten (36,8 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen besonders schwere Erkrankungen (z. B. Krebs, cerebrovaskuläre Krankheiten) die längsten Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei über 50 Tagen.

Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Arbeitsunfälle zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern 2½-mal so häufig wie bei Frauen⁴²). Ein ähnliches Verhältnis besteht auch bei den Sportunfällen; bei den Nicht-Arbeitsunfällen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern weniger stark ausgeprägt, dennoch gehen bei Männern fast 1,5-mal so viele Krankenstandsfälle und -tage wie bei Frauen aufgrund von sonstigen Unfällen verloren. Sieht man von den Unfällen ab und konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten, ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes sind bei Männern um ein Sechstel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt gut zwei Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Herz-Krankheiten, Männer sind gut zweimal so oft wie Frauen von ischämischen Herzkrankheiten (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen) betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist mehr als 3½-mal so hoch. Umgekehrt sind psychiatrische Erkrankungen bei Frauen deutlich häufiger: Während es im Jahr 2011 auf 100 Männer im Schnitt 1,9 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 3,7 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern, insbesondere bei weit verbreiteten Erkrankungen infektiöser Natur: Drei der vier häufigsten Diagnosegruppen, die Darminfek-

⁴²) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

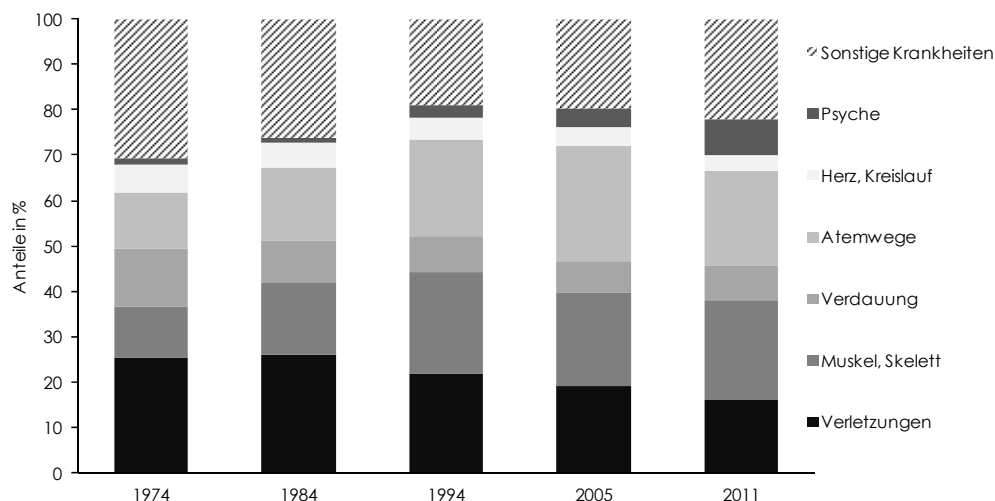
tionen, die Krankheiten der oberen Luftwege und die sonstigen Krankheiten der Atmungsorgane sind bei Männern und Frauen etwa gleich stark ausgeprägt.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber bereits in der Vergangenheit anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe *Leoni – Biffl – Guger, 2008A*). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast ein Drittel aller Krankenstandstage dieser Gruppe geht auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab; im Haupterwerbssalter wurde nur jeder fünfte Krankenstandstag durch einen Unfall verursacht, bei älteren Arbeitskräften jeder achte. Auch infektiöse und parasitäre Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane sind für junge Beschäftigte von größerer Bedeutung als für ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt nimmt das Gewicht von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: Weniger als ein Zehntel der Krankenstandsfälle und der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte wird durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sind es fast ein Drittel der Fälle und mehr als ein Drittel der Tage. Neben Diagnosegruppen, die mit steigendem Alter ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen vergrößern oder verringern, gibt es auch eine Reihe von Diagnosegruppen, deren Anteil am Fehlzeitenvolumen in allen Altersgruppen konstant bleibt. Die Krankheiten des Blutes, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut sowie die Erkrankungen der Verdauungsorgane können zu dieser Kategorie gezählt werden.

Abbildung 1.24 gibt einen Einblick in die langfristigen Trends der Fehlzeitenentwicklung nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärzte beeinflusst wird. Die Bedeutung von Verletzungen, die alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten zusammenfassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich merklich; 1974 fielen im Schnitt pro beschäftigter Person 3,6 Krankenstandstage an, im Jahr 2011 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von mehr als einem Viertel auf gut ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar gegenüber 1994 rückläufig, dieser Rückgang folgt allerdings einer Phase der starken Zunahme dieser Krankheitsgruppe als Ursache von Fehlzeiten: Mit einem Schnitt von 2,9 Tagen pro Person gingen 2011 mehr Tage als 1974 (1,6 Tage) und 1984 (2,3 Tage) infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verloren. Ihr Anteil an den Krankenstandstagen blieb seit 1994 weitgehend unverändert (etwa 22%). Die Erkrankungen des Verdauungsapparates verzeichneten einen starken Rückgang, ebenso war der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den beobachteten Jahren, wenn auch in etwas geringerem Maße, kontinuierlich rückläufig. Obwohl Erkrankungen an den Atemwegen 2011 genauso viele Ausfallzeiten wie 2004 verursachten (2,7 Krankenstandstage),

vergrößerte sich in der längerfristigen Betrachtung ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen in signifikantem Ausmaß.

Abbildung 1.24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich

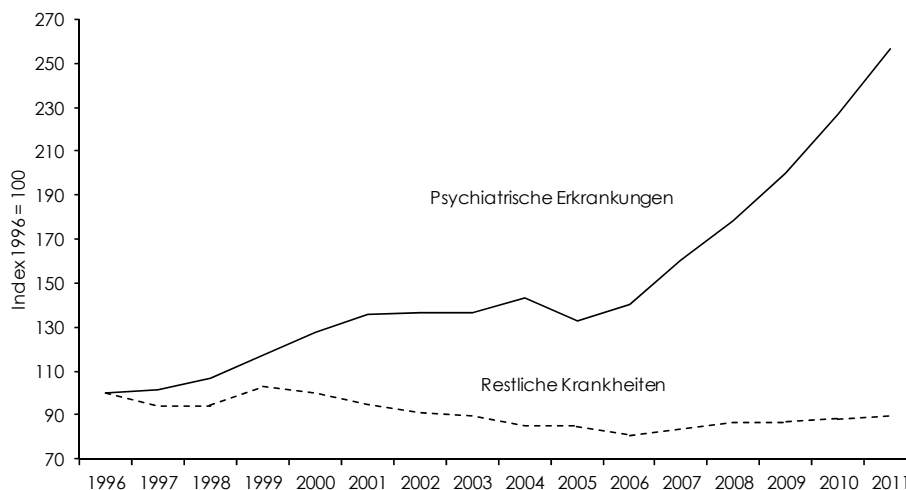


Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychiatrischen Erkrankungen (Abbildung 1.25), der sich vor allem seit Mitte der 1990er-Jahre beschleunigte und auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, beobachtet werden kann. Erkrankungen der Psyche sind die einzige Krankheitsgruppe, die zwischen 1994 und 2011 (von einem niedrigen Niveau ausgehend) einen absoluten Zuwachs an Fehlzeiten je Beschäftigten verzeichnete. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das Krankenstandsgeschehen ist allerdings von diesen Zahlen nicht unmittelbar abzulesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der Ärzte, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Die große Bedeutung von psychischen Belastungen und Erkrankungen für die Arbeitswelt kann durch andere Quellen bestätigt werden. Umfragen haben wiederholt gezeigt, dass Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zu den gesundheitlichen Problemen zählen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden (Dupré, 2001). Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum

Tragen. So sind psychische Erkrankungen bei den österreichischen Männern die zweithäufigste und bei den Frauen die häufigste Ursache von Invaliditätspensionen.

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten
Krankenstandstage pro Kopf, Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Es besteht in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmt, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des HV alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Ersterfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankenstandsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fern bleiben muss. Aus diesen Gründen liegt die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert (siehe Abschnitt 1.7).

Als Basis für die vorliegende Zusammenstellung dienen Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt wurden. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungs-

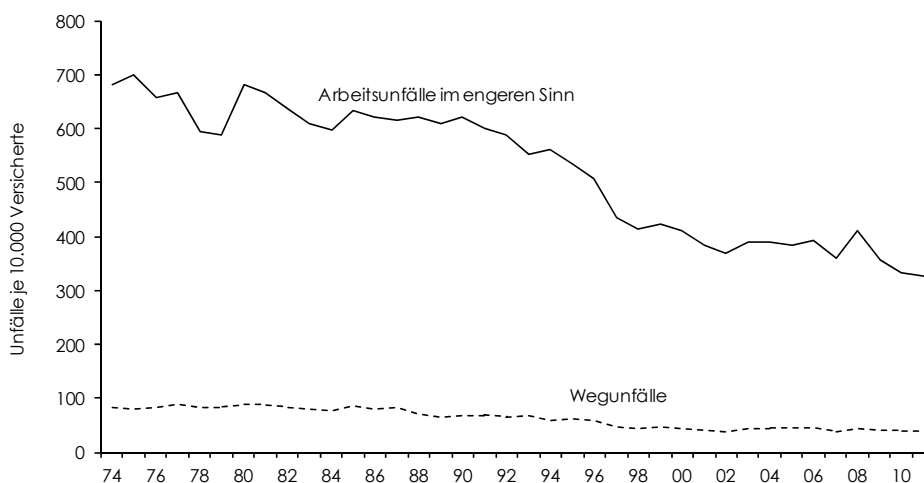
anstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2011 waren 2,8 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 87% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 105.402 anerkannten Arbeitsunfällen und 13.490 Wegunfällen im Jahr 2010 wurden 92.954 (88%) bzw. 10.665 (84%) bei der AUVA erfasst. Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

Die AUVA weist in ihrer Statistik jährlich alle im Berichtsjahr anerkannten Arbeits- und Wegunfälle aus. In einer weiteren Auswertung werden nur die meldepflichtigen Unfälle, also die Versicherungsfälle, die einen Krankenstand von mehr als drei Tagen zur Folge hatten, erfasst. Die Darstellungen in diesem Kapitel zielen darauf ab, das Unfallgeschehen möglichst vollständig abzubilden; es werden demnach für die Analysen immer alle anerkannten Versicherungsfälle berücksichtigt. Wichtigste Kenngröße der Unfallstatistik ist die Unfallquote bzw. der dazu synonyme Begriff der Unfallrate. Durch diesen Indikator wird die relative Schadenshäufigkeit abgebildet, die Anzahl der Unfälle wird mit der Zahl der Versicherten in Bezug gebracht. Der Indikator kann sowohl in Prozent als auch als Anzahl von Unfällen je 10.000 Versicherten wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, so dass 2011 die Unfallquote mit 365 Unfällen auf 10.000 Versicherte ihren tiefsten Stand seit 1974 erreichte. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2011 waren es 3,7%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2011 3,3%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2011 um 50% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 11% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 auf 38 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2011, was einer Verringerung von knapp 55% entspricht.

Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴³⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt: Für 2011 weist die Statistik der AUVA 116 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz aus.

Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur verschiebt sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen, während arbeitsintensive Produktionsprozesse in Drittländer verlagert werden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte. Die Reduktion

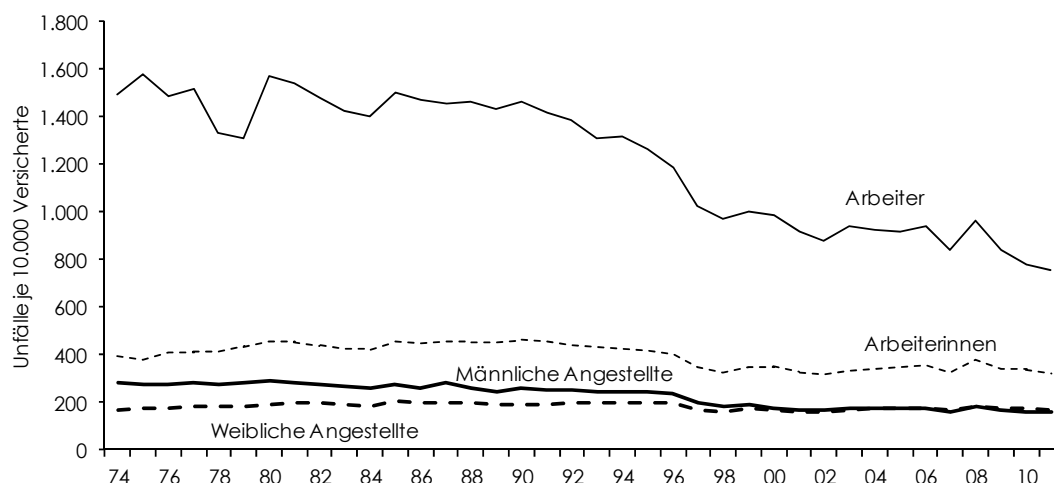
⁴³⁾ Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2011 für Männer 4,9%, für Frauen lag sie bei 2,2%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallochhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2011 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

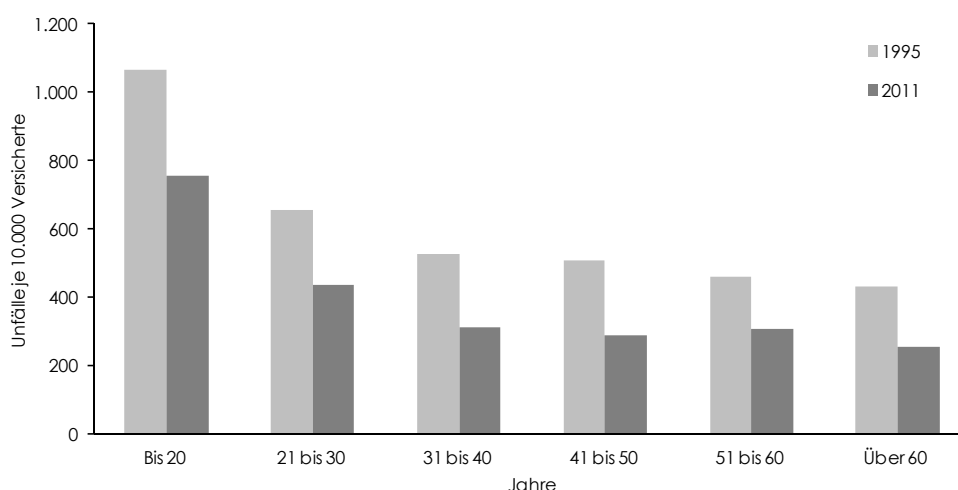
Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2011 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 622 (-44%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 162 (-28%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 158 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2011 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (165 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern mehr als die Hälfte (-55%), bei den Frauen ein Viertel.

Abbildung 1.28: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen
Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



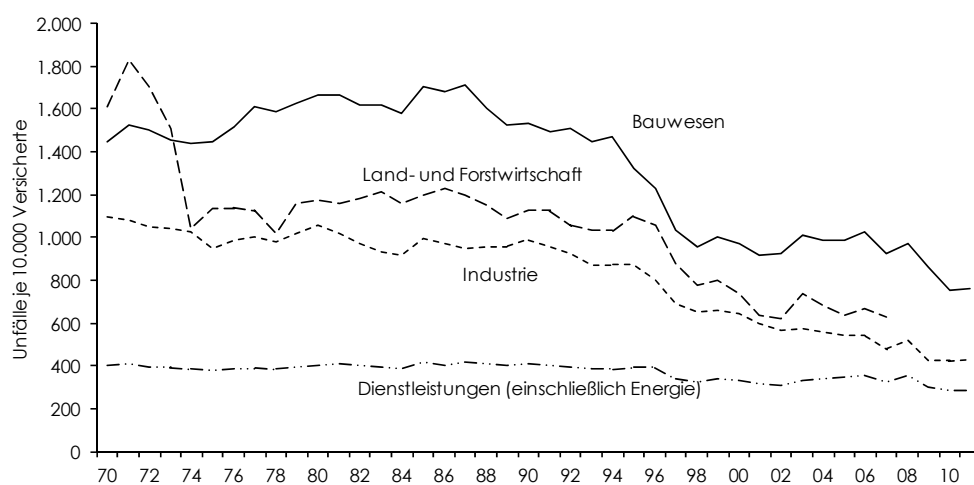
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2011 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausge-

prägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Eine weitere Dimension des Unfallgeschehens ist durch eine Betrachtung nach Wirtschaftsbereichen gegeben. Die einzelnen Branchen⁴⁴⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben das höchste Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2011 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Sachgüterproduktion, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Verkehr und Lagerei" und "Kunst, Unterhaltung und Erholung" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Der Bereich mit dem geringsten Unfallrisiko ist das Finanz- und Versicherungswesen, wo die Unfallquote unter 1% lag und somit ein Fünftel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 2008 einen deutlichen Bruch in der Zeitreihe verursacht.

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbar-

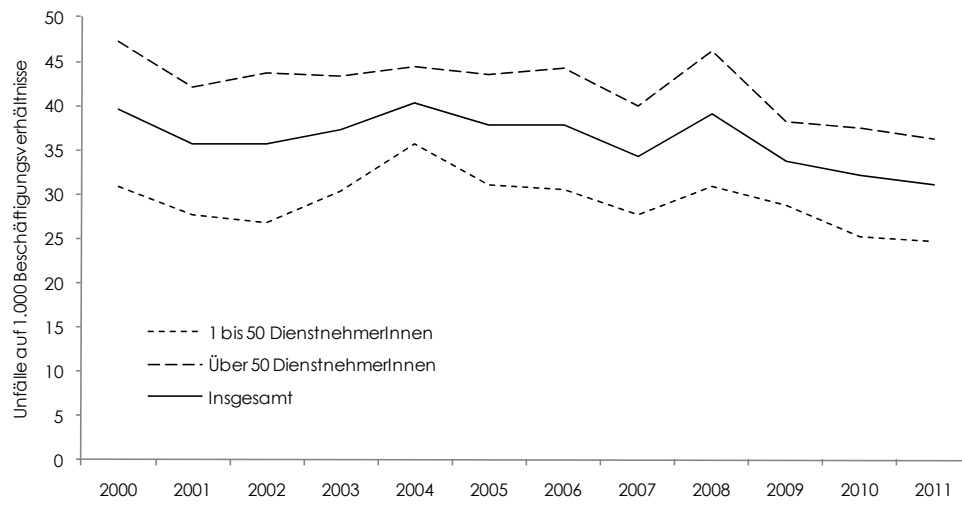
⁴⁴⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

keit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Wirtschaftsklassen-Gliederung zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Sachgütererzeugung, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 1.29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um mehr als ein Viertel zurückgegangen, in der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (–18%).

Langfristig ist es zu einer Angleichung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen, als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Industrie 2½-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3½-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2011 betrug die Unfallrate in der Industrie das 1,5-Fache, im Bauwesen das 2,7-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.30). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2011 im Durchschnitt knapp 50% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Unterschied ist im letzten Jahrzehnt über die Zeit weitgehend konstant geblieben. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen allerdings Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben den Sachgüter erzeugenden Branchen auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Darstellung. Die Unfallquoten in dieser Abbildung wurden anhand von Beschäftigungsverhältnissen, nicht von Versichertenzahlen, berechnet und sind daher nicht mit den restlichen Unfallquoten in diesem Abschnitt ident.

2. Krankenstand und Unternehmenskultur

Schon seit geraumer Zeit ist bekannt, dass die Arbeitswelt eine wichtige Determinante der Gesundheit ist. Systematische Forschungen zu den Einwirkungen von Arbeitsplatzbedingungen auf die Gesundheit können mindestens bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zurückverfolgt werden (siehe *Treble, 1990, Brown – Sessions, 1996*). Im Laufe der Zeit hat sich unser Verständnis des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit aber stark gewandelt: Während in der Vergangenheit in erster Linie körperliche Arbeitsplatzbelastungen, Unfallrisiken und die Präsenz von gesundheitsgefährdenden Arbeitsmaterialien thematisiert wurden, rückten in den letzten Jahrzehnten neben diesen "traditionellen" physischen Risikofaktoren vermehrt auch psychosoziale Belastungen in den Mittelpunkt der Analysen und der Interventionsvorschläge.

Psychosoziale Risikofaktoren werden in Abgrenzung von den körperlichen, biologischen und chemischen Faktoren definiert, die lange Zeit im Fokus des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz standen. Nach der Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergeben sich diese psychosozialen Risiken aus dem Zusammenwirken der individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen der Beschäftigten einerseits und der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsorganisation und des Arbeitsmanagements sowie der weiteren Rahmenbedingungen im Unternehmen, in der Privatsphäre und in der Gesellschaft andererseits (*International Labor Office, 1986*). Psychosoziale Belastungen werden durch die Wahrnehmungen und Erfahrungen der Beschäftigten gefiltert und können deren (physische und psychische) Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Leistungsfähigkeit beeinflussen. Man kann sie in einer knapperen Formulierung auch als jene Aspekte der Gestaltung, Organisation, Leitung sowie individuellen, sozialen und organisatorischen Kontextfaktoren von Arbeit bezeichnen, die potentiell psychisch oder körperlich schädlich sein können (*Cox – Griffiths, 1996* zitiert von *OSHA, 2000*). Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte die Bedeutung von psychosozialen Risiken für die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung in Industrieländern stark erhöhten (*OSHA, 2007*)⁴⁵).

Gleichzeitig setzte sich bezüglich unseres Gesundheitsverständnisses ein Paradigmenwechsel durch, weg von einem krankheitsorientierten hin zu einer ressourcenorientierten Gesundheitsdefinition⁴⁶). Diese Definition wendet sich gegen eine Reduktion von Gesundheit auf rein

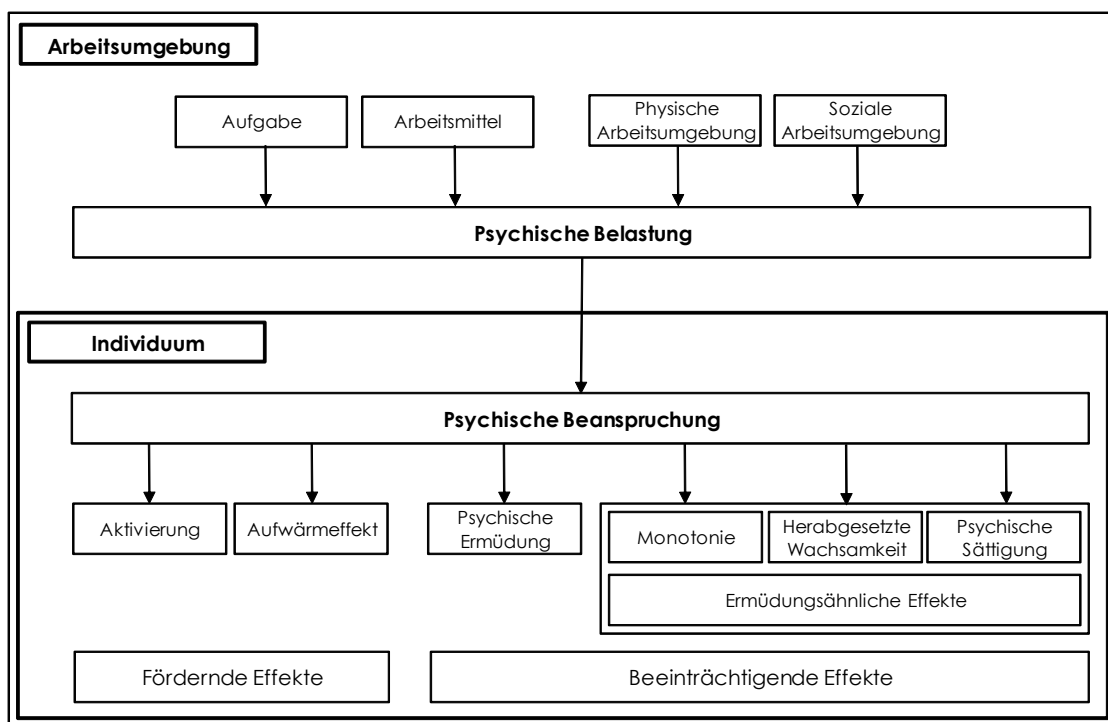
⁴⁵ Zu den Veränderungen, die zu einer stärkeren Verbreitung psychosozialer Risikofaktoren in der Arbeitswelt führten bzw. führen werden, zählen laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA) die Zunahme der Arbeitsintensität und der emotionalen Anforderungen am Arbeitsplatz, die Alterung der Gesellschaft, die Präkarisierung der Arbeitsverhältnisse und die steigenden Herausforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

⁴⁶ Zu diesem Paradigmenwandel hat das salutogenetische Gesundheitsmodell von Aaron Antonovsky einen wesentlichen Beitrag geleistet. Demnach ist Gesundheit nicht ein statischer Zustand, sondern ein Prozessgeschehen. Vollständige Gesundheit und schwere Erkrankung sind die zwei Pole eines Kontinuums, auf welchem wir uns ständig bewegen, indem wir versuchen, die Anforderungen zu bewältigen, die dem Organismus von außen oder innen gestellt werden (siehe diesbezüglich *Aschauer, 2005: S. 205*). Auch in den Begriffsdefinitionen der Weltgesundheits-

körperliche Zustände und die Idee, dass Gesundheit etwas rein objektiv Feststellbares ist. Sie betont, dass Gesundheit etwas subjektiv Erlebtes ist und als Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung verstanden werden muss (Hofer – Süß, 2005). Dazu passend wurde in der arbeitswissenschaftlichen Fachsprache die Diskussion um Gesundheit und Arbeitsplatzbelastungen um den Begriff der Beanspruchung ergänzt. Es wird zwischen den objektiven, auf jeden Menschen in gleicher Weise einwirkenden Ursachen (Belastungen) und den subjektiven, bei jedem Menschen etwas unterschiedlich eintretenden Folgen (Beanspruchungen) unterschieden (siehe Oppolzer, 2010: S. 14). Der Beanspruchungsbegriff ist grundsätzlich neutral, da aus der Arbeitssituation nicht nur negative Beanspruchungen (also Beeinträchtigungen), sondern auch positive Beanspruchungen, die für die Gesundheit förderlich und anregend sind, hervorgehen können.

Abbildung 2.1: Psychische Belastung und Beanspruchung

Terminologie und konzeptuelle Zusammenhänge nach DIN EN ISO 10075-1:2000-11



Q: Nachreiner – Schultetus (2002: S. 520).

Vor allem psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz beanspruchen die Person demnach in individuell unterschiedlichem Ausmaß und zum Teil auch in unterschiedlicher Richtung (siehe

organisation (WHO), wonach Gesundheit "ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" (WHO-Verfassung 1948) bzw. "die Fähigkeit und Motivation ist, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen" (Ottawa-Charta 1987), kommt dieser Ansatz zum Ausdruck.

Abbildung 2.1)⁴⁷⁾. Die tatsächlichen Auswirkungen der Arbeit auf die menschliche Gesundheit hängen von den Bedingungen im Betrieb und von den individuellen Ressourcen und Kompetenzen ab, sowie von den Einflussfaktoren, die vom gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeld ausgehen. Dieser Ansatz liefert den theoretischen Rahmen, um zu verstehen, weshalb Arbeit – auch solche, die hohe Anforderungen an den Menschen stellt – nicht zu negativen gesundheitlichen Folgen führen muss und sogar einen gesundheitsstärkenden Faktor darstellen kann (und umgekehrt das Fehlen von Arbeit gesundheitlich schädlich sein kann).

Die soeben beschriebenen Entwicklungen sind für das Verständnis der Rolle der Unternehmen für die Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Im gesundheitspolitischen Sinne betrachten wir Unternehmen heute nicht einfach als die Summe von individuellen Arbeitsplätzen, in denen in unterschiedlichem Ausmaß (körperliche) Belastungen für die Beschäftigten vorliegen. Sondern als komplexe Systeme, in denen sich die Arbeitskräfte aufgrund ihrer Kompetenzen und Ressourcen bewegen und wo sie mit vielfältigen Anforderungen und Anreizen konfrontiert sind. Nicht nur das Ausmaß von physischen und psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz kann durch Eingriffe auf betrieblicher Ebene beeinflusst werden. Auch die Richtung und Intensität, mit der aus diesen Belastungen Beanspruchungen für die Beschäftigten resultieren, werden von betrieblichen Faktoren mitbestimmt. Zu diesen Faktoren gehören Aspekte wie das Betriebsklima, der Führungsstil und die Organisationsstruktur, die gemeinsam dem Begriff Unternehmenskultur zugeordnet werden können. Dabei darf nicht vergessen werden, dass Arbeitskräfte und Unternehmen kein abgeschlossenes System bilden, sondern in ständiger Wechselwirkung mit dem stehen, was außerhalb des betrieblichen Bereichs liegt (Privatsphäre, Gesellschaft, Wirtschaft).

Im vorliegenden Kapitel wird die Bedeutung der Unternehmenskultur für das gesundheitliche Wohlbefinden der Beschäftigten und speziell für das Krankenstandsgeschehen untersucht. Dabei handelt es sich um einen sehr spezifischen Blickwinkel auf das Thema Unternehmenskultur. Andere Aspekte, wie die Auswirkungen der Unternehmenskultur auf die Leistung der Beschäftigten und auf die Fluktuation im Betrieb, werden bewusst ausgeklammert. Durch den demographischen Wandel und die angestrebte Erhöhung des Pensionsantrittsalters sowie die steigende Bedeutung von Humankapital im Produktionsprozess kommt der Gesundheit und dem Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit eine zunehmende ökonomische Bedeutung als Wettbewerbsfaktor zu. Das gilt sowohl für die Volkswirtschaft insgesamt, als auch für die einzelnen Unternehmen. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass auch nach Berücksichtigung von persönlichen Merkmalen der Arbeitskräfte und Unterschieden in der Zusammensetzung der Belegschaft, die betrieblichen Krankenstandsquoten stark streuen (siehe z. B. *Markussen et al.*, 2011. Im empirischen Teil dieses Kapitels (Abschnitt 2.3) wird anhand europäischer und österreichischer Daten der Frage nachgegangen, inwiefern Elemente der Unternehmenskultur einen Beitrag zur Erklärung dieser zwischenbetrieblichen Unterschiede

⁴⁷⁾ In der Konsequenz heißt dies, dass [...] identische Belastungen unterschiedliche Beanspruchungen zur Folge haben können, aber auch, dass sich unterschiedliche Belastungen in gleichartigen Beanspruchungen äußern können (*Ulrich – Wülser*, 2005, S. 59).

leisten können. Vorab wird allerdings in einem ersten Schritt der Unternehmenskulturbegriff näher präzisiert (Abschnitt 2.1) und seine Bedeutung für die Gesundheit der MitarbeiterInnen in einem Betrieb erläutert (Abschnitt 2.2).

2.1 Was ist Unternehmenskultur?

Der Begriff "Unternehmenskultur" kann – wie bereits der darin enthaltene Begriff "Kultur" – auf vielfältige Art und Weise definiert werden. Grundsätzlich wird er angewendet, um die Summe der Normen, Werte und Verhaltensweisen zu umschreiben, die explizit oder implizit in einem Unternehmen, also in einer wirtschaftlich ausgerichteten Organisation, vorherrschen⁴⁸). Gablers Wirtschaftslexikon spricht von Unternehmenskultur als der "Grundgesamtheit gemeinsamer Werte, Normen und Einstellungen, welche die Entscheidungen, die Handlungen und das Verhalten der Organisationsmitglieder prägen". Eine weitläufigere Abgrenzung findet man beispielsweise bei Jacques (1951) bzw. Rosenstiel (1993), wonach der Kulturbegriff in einem Unternehmen "eine weite Spanne des Verhaltens abdeckt", so etwa Produktionsmethoden und berufliche Fertigkeiten, aber auch Führungsstil, Unternehmensziele, Geschäftspraktiken und Entlohnungsmethoden. Unternehmenskultur prägt die Art, wie die Beschäftigten ihren Aufgaben nachkommen, Entscheidungen treffen und umsetzen, Konflikte bewältigen sowie miteinander aber auch mit ihrer Umwelt umgehen.

Ein gemeinsamer Nenner der unterschiedlichen Umschreibungen von Unternehmenskultur ist der Hinweis, dass diese auf unterschiedlichen Ebenen Ausdruck findet. Sie manifestiert sich zwar in konkreten Normen, Handlungsrichtlinien, Praktiken und Produkten, ist aber gleichzeitig in großem Ausmaß ein implizites Phänomen, das mit dem Selbstverständnis des Unternehmens und seiner MitarbeiterInnen zu tun hat, nicht reflektiert wird und vor allem das Ergebnis von alltäglichem Umgang und Handeln, weniger eines gezielten Lernprozesses ist. Eine Begriffsdefinition, die der Vielschichtigkeit von Unternehmenskultur Rechnung trägt und in der Literatur sehr stark rezipiert wurde, ist jene von Schein (1995). Diese Definition eignet sich sehr gut für das Verständnis der unterschiedlichen Transmissionsmechanismen zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit und verdient es, an dieser Stelle ausführlicher dargelegt zu werden. Schein (1995: S. 25) definiert Unternehmenskultur als:

"Ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt; und das daher an neue Mitglieder als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit Problemen weitergegeben wird."

Kultur erfüllt in einem Unternehmen, genauso wie in jeder anderen Organisation, im Wesentlichen zwei Funktionen: Sie dient zum einen der Lösung von Überlebens- und Anpassungs-

⁴⁸) Der Kulturbegriff wurde von der Ethnologie übernommen, wo nach wie vor zahlreiche Begriffsbestimmungen koexistieren, und auf die Organisationswissenschaft übertragen. Unternehmen können – aufbauend auf Max Webers Konzept der Zweckrationalität – als zweckrational konzipierte Organisationen verstanden werden, die "bewusst und geplant bei Berücksichtigung der Kriterien von Wirtschaftlichkeit Menschen und Mittel so einsetzen, dass die klar definierten Ziele der Unternehmung in wirtschaftlicher Weise erreicht werden" (Rosenstiel, 1993: S. 8).

problemen in und an der Umwelt und sorgt zum anderen für die Integration interner Prozesse, um die anhaltende Fähigkeit zum Überleben und zur Anpassung zu gewährleisten (*Binding – Kastner, 2011*). Sie gibt somit Stabilität und Sinn und dient auf der individuellen Ebene der Reduktion von Komplexität. *Schein* geht von einem Modell aus, wonach Unternehmenskultur auf den drei Ebenen der Artefakte, der Werte und der Grundannahmen entsteht und sich entwickelt:

- Artefakte sind die sichtbaren (sinnlich wahrnehmbaren) Strukturen und Prozesse im Unternehmen und Schöpfungen, die für Außenstehende leicht zu beobachten, aber nur schwer zu entschlüsseln sind. Dazu gehören z. B. die Gestaltung der räumlichen Umgebung, die Sprechweise und Kleidung einer Gruppe sowie ihre Technologie und Produkte.
- Bekundete Werte sind ebenfalls sichtbar und beinhalten die propagierten Regeln, Ziele, Philosophien und Strategien, die zusammen die Leitlinien bilden, an denen sich die Gruppenmitglieder in ihrem täglichen Verhalten orientieren. Inhaltlich geht es hier darum, was als richtig oder falsch, brauchbar oder unbrauchbar für die Lösung eines Problems angesehen wird (*Binding – Kastner, 2011*).
- Grundprämissen stellen die grundlegendste Ebene dar und bilden den Ausgangspunkt für Werte und Handlungen. Im Unterschied zu den beiden anderen Ebenen sind Grundprämissen weniger leicht zugänglich, es handelt sich um die unbewussten, selbstverständlichen Anschauungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle. Diese grundlegenden Annahmen betreffen z. B. die sozialen Beziehungen und die Beziehung zur Umwelt.

Artefakte sind gewissermaßen ein Endprodukt des kulturellen Entstehungsprozesses, während Werte und Grundprämissen im Verlauf von Problemlösungsprozessen entwickelt, überprüft und, falls erfolgreich, internalisiert werden. Diese Definition ist im Hinblick auf die Rolle von Gesundheit im Unternehmen sehr hilfreich, weil in ihr die Bedeutung der unterschiedlichen betrieblichen Akteure ausreichend berücksichtigt wird. *Schein* hebt hervor, dass Führungskräfte eine besondere Rolle bei der Schaffung und Weiterentwicklung der Unternehmenskultur haben. Der kulturelle Entstehungsprozess beginnt bereits mit der Unternehmensgründung und spiegelt in hohem Maße die Überzeugungen, Werte und Prämissen der Unternehmensgründer wider. Auch bei der Weiterentwicklung der Kultur spielt Führung eine zentrale Rolle, weil es die primäre Aufgabe von Führungskräften ist, zu erkennen, falls die herrschende Unternehmenskultur nicht mehr ihrem eigentlichen Zweck entsprechend arbeitet und verändert werden muss. Das bedeutet, dass gerade auch im Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Innovationen und der Verbesserung der Gesundheitskultur auf betrieblicher Ebene Führungskräfte einen entscheidenden Beitrag leisten müssen. Führungskräfte beeinflussen die Unternehmenskultur nicht nur in Hinblick auf das, was sie explizit verkünden und vorgeben, sondern auch dadurch, dass sie im Alltag durch ihr Verhalten eine entscheidende Vorbildfunktion haben und die Basis für die Umsetzung von konkreten Maßnahmen schaffen (Lippenbekenntnisse werden schnell als solche entlarvt).

Andererseits wäre es laut *Schein* ein "Trugschluss" zu glauben, dass Führungspersönlichkeiten als einzige über die Kultur im Unternehmen bestimmen. Grundannahmen und Werte müssen sich im Sinne der Lösung von Anpassungs- und Integrationsproblemen bewähren, um tatsächlich von den Gruppenmitgliedern als richtig anerkannt zu werden. Nur wenn die Gruppe von einem Konzept überzeugt ist oder die Wirksamkeit einer Maßnahme wahrnimmt, kann ein solcher Wert zu einem gemeinsamen Wert und bei dauerhafter Bewährung auch zu einer Grundprämisse werden (*Binding – Kastner, 2011*). Neue Werte und Prämissen können von allen MitarbeiterInnen eingebracht werden, auch von jenen die zuletzt im Unternehmen eingetreten sind. Dieser Aspekt unterstreicht den starken gruppenspezifischen Charakter der Unternehmenskultur. Letztere kann nicht aufgezwungen werden, sondern muss vorgeführt und von der gesamten Gruppe gelebt werden. Eine gute Kommunikation und eine partizipative Unternehmenskultur erscheinen für den Erfolg von Gesundheitsförderung besonders wichtig, da letztere im Unternehmen nicht top-down angeordnet werden kann, sondern bottom-up vorgeführt und aufgebaut werden muss (*Badura et al., 1997*). *Binding – Kastner* (2011: S. 26) kommen ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass eine im Sinne der Gesundheit am Arbeitsplatz lernförderliche Unternehmenskultur zwar in hohem Maße von der Unternehmensleitung "gemacht" ist, von den MitarbeiterInnen jedoch auch mitgetragen werden muss.

Die Begriffsdefinition von *Schein* lässt zudem einen klaren Bezug zwischen dem betrieblichen Geschehen und den Impulsen erkennen, die von der Außenwelt kommen. Die gemeinsame Kultur hat eine stabilisierende und sinnstiftende Funktion, angesichts einer Umwelt "die immer neue Bedrohungen des [einmal erreichten] Gleichgewichts hervorruff" (*Schein, 2005: S. 73*). Angesichts des bestehenden Wettbewerbsdrucks, aber auch gesellschaftlicher Veränderungsprozesse, können solche "Bedrohungen" auch einschneidende Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen. Ein technologischer Schub oder die fortschreitende Alterung der Erwerbsbevölkerung stellen Beispiele für eine solche Änderung dar, die nicht nur die Notwendigkeit neuer Fertigkeiten und Arbeitsabläufe nach sich zieht, sondern möglicherweise auch den Bedarf nach einer Anpassung und Veränderung der gesundheitsfördernden Strategien im Unternehmen. Abgesehen von technologischen und organisationalen Herausforderungen, können Lern- und Entwicklungsprozesse im gesundheitlichen Bereich innerhalb eines Unternehmens nicht losgelöst von der gesamtgesellschaftlichen Diskussion erfolgen (*Binding – Kastner, 2011*). Die große Bedeutung der Unternehmen und ihrer Kultur als Faktor zur Förderung von Gesundheit und zum Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit kann also nicht darüber hinwegtäuschen, dass gesunde Organisationen eine notwendige, aber nicht eine hinreichende Bedingung für eine gesunde Erwerbsbevölkerung sind. Günstige gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sind ebenso notwendig, wie die Aktivierung der individuellen Ressourcen und die Verankerung von gesundheitlichen Werten und gesundheitsförderlichen Verhaltensmustern auf persönlicher Ebene.

Abschließend darf nicht übersehen werden, dass genauso wie in der gesellschaftlichen Sphäre auch in einem Unternehmen grundlegende Werte und Annahmen nicht gleichermaßen von allen Organisationsmitgliedern geteilt werden. Besonders im Fall von sehr großen

Unternehmen kann es innerhalb einer Organisation durchaus verschiedene – teilweise widersprüchliche – Kulturen geben. Sogenannte Subkulturen können sich etwa in den einzelnen Berufsgruppen (Techniker, Führungskräftekultur usw.) oder in den Abteilungen (Marketing, Forschungskulturen usw.) innerhalb der Unternehmen herausbilden (Goldgruber, 2008). Ulich – Wülser (2005: S. 280) berichten von Studienergebnissen, die zeigen konnten, dass Forschungsabteilungen und Marketingabteilungen unterschiedlicher Unternehmen eine einander unter Umständen "ähnlichere Kultur" aufweisen als Forschungs- und Marketingabteilung desselben Unternehmens. Die Bewertung solcher Subkulturen muss differenziert und fallspezifisch erfolgen: Unterschiedliche Subkulturen können zwar Konflikte auslösen, durch die gegenseitige Auseinandersetzung aber auch eine fruchtbare Quelle für Anpassungsfähigkeit und Lernbereitschaft in einem sich wandelnden Umfeld darstellen (Schein, 1995: S. 73).

2.2 Rolle der Unternehmenskultur für die Gesundheit

Die Unternehmenskultur kann sich über unterschiedliche Kanäle auf das gesundheitliche Wohlergehen der Beschäftigten auswirken. Ein unmittelbarer Zusammenhang besteht dadurch, dass die Unternehmenskultur den betrieblichen Umgang mit dem Thema Gesundheit prägt, sowie den Stellenwert, den Gesundheitsförderung im Unternehmen einnimmt. Dabei geht es darum, ob in einem Betrieb organisationale Handlungskompetenzen im Bereich Sicherheit und Gesundheit vorliegen und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung umgesetzt werden. Aber auch um die Frage, welche Wirkung die betriebliche Gesundheitspolitik hat und wie erfolgreich die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen ist. Die Unternehmenskultur übt Einfluss darauf, ob gesundheitsbezogene Interventionen tatsächlich gesundheitsfördernd wirken, ob z. B. Stressmanagementangebote angenommen oder als Zumutung empfunden werden (Goldgruber, 2008: S. 214).

Darüber hinaus beeinflusst die Unternehmenskultur auch indirekt das gesundheitliche Wohlbefinden und Verhalten der Beschäftigten. Faktoren, die sich positiv auf Motivation und Zufriedenheit in der Arbeit auswirken, können einen Beitrag zur Bewältigung von Anforderungen und somit zur Gesunderhaltung der Beschäftigten leisten (Wienemann, 2010). Zu diesen Faktoren zählen unter anderem die Qualität des Betriebsklimas, das Ausmaß der sozialen Unterstützung bei der Bewältigung der alltäglichen Herausforderungen sowie Sinnhaftigkeit und Handlungsspielraum der Arbeitstätigkeit. Wie an der Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie zudem erkennbar ist, beschränkt sich der Beitrag der Unternehmenskultur für einen positiven Umgang mit den beruflichen Anforderungen nicht nur auf den Arbeitsplatz im engeren Sinne, sondern reicht darüber hinaus auch in die Privatsphäre hinein.

Man kann zusammenfassend (und etwas vereinfachend) von einem direkten und einem indirekten Bezug zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit sprechen. Ein direktes Verhältnis besteht dort, wo die Gesundheit und das Wohlergehen der Beschäftigten auch explizit angesprochen werden. In den Betrieben können auf den unterschiedlichen Ebenen Maßnahmen gesetzt werden, um das gesundheitliche Wohlbefinden der MitarbeiterInnen im Betrieb zu stärken, sei es durch eine Verringerung der Belastungen als auch durch eine Verbesserung

der Bewältigungsstrategien und eine Stärkung der Ressourcen. Im nachfolgenden Abschnitt 2.2.1 wird aufgezeigt, inwiefern Unternehmenskultur den Entwicklungsrahmen für betriebliche Gesundheitsförderung darstellt. Einen indirekten Einfluss übt die Unternehmenskultur dort auf die Gesundheit aus, wo sie zwar nicht vordergründig die gesundheitliche Dimension anspricht, aber über zwischengelagerte Faktoren wie Motivation, Identifikation und Arbeitszufriedenheit ebenfalls einen Beitrag zur aktiven Lebensbewältigung leistet bzw. leisten kann. Die Rolle von moderierenden Variablen wie Motivation und Arbeitszufriedenheit im Verhältnis zwischen Arbeit und Gesundheit kann am eindrücklichsten anhand von Theorien zur Entstehung von psychosozialen Risiken, und hier insbesondere von Stresstheorien, aufgezeigt werden. Abschnitt 2.2.2 ist deshalb einem Überblick dieser Stresstheorien gewidmet, mit einem besonderen Augenmerk auf das Modell der Gratifikationskrise, das von Johannes Siegrist entwickelt wurde.

2.2.1 Unternehmenskultur als Entwicklungsrahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Darstellung der Unternehmenskultur als Rahmen für die Entwicklung betrieblicher Gesundheitsförderung bedarf einer grundsätzlichen Unterscheidung der verschiedenen Ebenen, auf denen Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz gefördert werden können. Ausgehend vom klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz, der vorwiegend um die Reduktion von Unfallrisiken und die Verminderung von körperlichen, biologischen und chemischen Belastungen bemüht war, weitete sich in den letzten Jahrzehnten der Rahmen gesundheitsorientierter Interventionen in der Arbeitswelt deutlich aus. Heute wird vermehrt an ein umfassendes Verständnis der Gesundheitsförderung in den Betrieben appelliert, das über den Einsatz von einzelnen Maßnahmen hinausgeht (Ulich, 2008). Laut Hofer – Süß (2005) ist es angebracht zwischen den folgenden Ebenen zu unterscheiden:

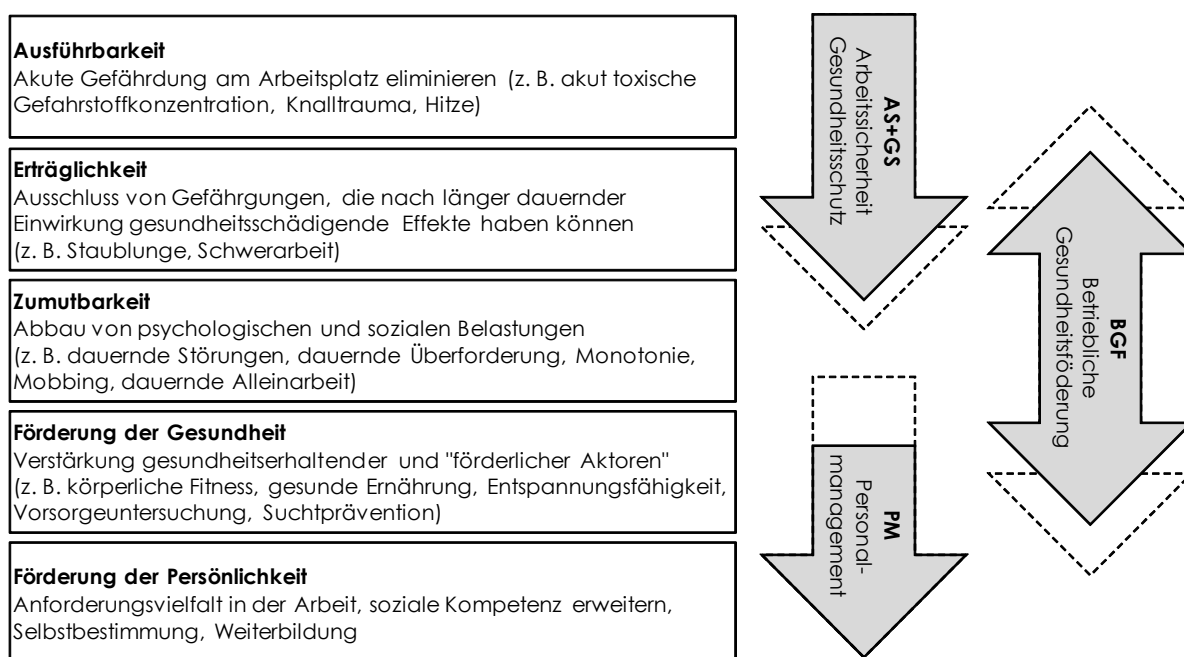
- dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- den Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und
- ganzheitlichen Konzepten betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM).

Der betriebliche Arbeitsschutz ist auf gesetzlicher Ebene stark verankert und stellt nach wie vor gewissermaßen die Grundlage der Auseinandersetzung mit Gesundheit in der Arbeitswelt dar. Im Falle von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen wird ein klarer kausaler Zusammenhang zwischen Beruf und Erkrankung sowohl medizinisch erkannt als auch auf institutioneller Ebene festgehalten.

Wie ILO und WHO bereits in den 1980er-Jahren feststellten, umfassen arbeitsbedingte Erkrankungen nicht nur anerkannte Berufskrankheiten, sondern auch andere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die vorwiegend oder auch nur zum Teil durch das Arbeitsumfeld bzw. die Arbeitstätigkeit bedingt werden (World Health Organisation, 1989). Arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen stehen in einem komplexen und unterschiedliche Abstufungen der Kausalität umfassenden Verhältnis zur Arbeitswelt. Dementsprechend ist es möglich und wünschenswert durch gesundheitsfördernde Interventionen auf betrieblicher Ebene das

Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhöhen, auch wenn die Belastungen und das Verhalten am Arbeitsplatz nur einen von mehreren relevanten Erkrankungsfaktoren darstellen. Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der EU aus dem Jahr 1997 legt deshalb fest, dass BGF ein Oberbegriff für alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitnehmerInnen sowie ArbeitgeberInnen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz ist (*Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 1997*). BGF setzt sich das Ziel, dem komplexen gesundheitlichen Belastungsgeschehen ein breites Paket von Maßnahmen entgegenzusetzen. Ganz in diesem Sinne befasst sich BGF sowohl mit dem individuellen Gesundheitsverhalten (verhaltensbezogene Prävention) als auch mit Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufen und Arbeitsumwelten (verhältnisbezogene Prävention). Im Idealfall können die positiven Veränderungen der Verhaltensmuster auch vom Arbeitsplatz in andere Lebensbereiche hinausgetragen werden (somit auch über den Arbeitsplatz hinausgehend Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein fördern).

Abbildung 2.2: Einordnung der BGF im betrieblichen Instrumentarium



Q: Näpflin (2008: S. 136).

Die zunehmende Bedeutung von BGF in der sozial- und gesundheitspolitischen Debatte erklärt sich daraus, dass durch die Erreichbarkeit großer Personengruppen und der Möglichkeit nachhaltiger Intervention ein starker Hebel zur Gesundheitsverbesserung der Erwerbsbevölkerung gegeben ist (Ahrens, 2008). Zugleich erhoffen sich sowohl die ArbeitgeberInnen als auch die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungsträger aus Maßnahmen zur BGF einen Nutzen in Form von reduzierten Kosten (vor allem weniger Krankheiten und Krankenstände) und erhöhter Produktivität. Eine zunehmende Anzahl von Studien untermauert die Erwartung,

dass durch Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene tatsächlich positive medizinische und ökonomische Effekte erzielt werden können (für einen Überblick siehe z. B. *Kramer et al.*, 2009). Trotz des grundsätzlichen Konsenses darüber, dass BGF bei einer systematischen Durchführung die Gesundheit der Beschäftigten verbessert und auch für Unternehmen finanziell lohnend ist, müssen aus der Vielzahl an untersuchten Maßnahmen und methodologischen Evaluierungsansätzen differenzierte Schlussfolgerungen gezogen werden. Die Ergebnisse von ökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen liegen – in Abhängigkeit von der untersuchten Maßnahme, von den betrieblichen Merkmalen und vom Nachbeobachtungszeitraum – zum Teil weit auseinander. *Kramer et al.* (2009) kommen in einem detaillierten Überblick von Evaluierungsstudien zum Ergebnis, dass der Return on Investment (d. h. das Kosten-Nutzen-Verhältnis) von Maßnahmen zur BGF, bezogen auf die Krankheitskosten zwischen 1 : 2,3 bis 1 : 5,9 und in Bezug auf die Fehlzeiten, zwischen 1 : 2,5 bis 1 : 10,1 liegt. *Ahrens* (2008) weist darauf hin, dass diese positive Einschätzung mit Vorsicht interpretiert werden muss, da in einigen Fällen die Evaluierungsstudien durch einen Selektionsbias verzerrt sind⁴⁹⁾. Das trifft besonders auf die Wirksamkeit von verhaltensbezogenen Präventivmaßnahmen für die Reduktion von Krankheitskosten und Fehlzeiten zu. Zugleich ist hervorzuheben, dass sich der Nutzen von Gesundheitsförderung nicht nur in Form geringerer Krankenstände und Krankheitskosten niederschlagen kann, sondern auch in Form von Produktivitätssteigerungen. Obwohl der Einfluss der BGF auf die Produktivität in der Literatur noch unterbeleuchtet ist, konnten bereits zahlreiche Studien zumindest zwischen Gesundheit und Produktivität einen klaren positiven Zusammenhang feststellen (*Ahrens*, 2008).

Angesichts des derzeitigen Wissenstands stellt sich somit weniger die Frage, ob BGF in einer gesundheitsökonomischen Perspektive sinnvoll ist, sondern wie BGF gestaltet werden muss, um die bestmöglichen Ergebnisse zu erzielen. Hinsichtlich der Kriterien einer erfolgreichen BGF weisen *Ulich – Wülser* (2005) darauf hin, dass die Schwerpunktsetzung auf personenbezogene, verhaltensorientierte Maßnahmen, die in der Praxis oftmals beobachtet werden kann, zu kurz greift. BGF darf nicht nur auf einzelne Maßnahmen eingeschränkt werden, die zeitlich begrenzt sind, und lediglich am Verhalten einzelner Beschäftigten bzw. Beschäftigtengruppen ansetzen. Im Sinne der Luxemburger Deklaration soll eine fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit aller involvierten Akteure stattfinden. BGF kann ihre Zielsetzungen nur erreichen, wenn sie die gesamte Belegschaft einbezieht (Partizipation) und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen beinhaltet (Ganzheitlichkeit). Zudem muss BGF bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration). BGF kann somit im Wesentlichen als eine Organisations- und Unternehmensentwicklungsstrategie begriffen werden (*Meggeneder*, 2005), also eine Beeinflussung von Unternehmensgrundsätzen, Unternehmenskultur, Arbeitsorganisation und Personalpolitik in Richtung einer gesundheitsfördernden Organisation (*Europäisches Netzwerk für Betriebliche*

⁴⁹⁾ Es wird nicht in ausreichendem Maße dafür kontrolliert, dass oftmals bereits gesundheitsbewusstere, motiviertere Arbeitskräfte an Maßnahmen zur BGF teilnehmen und somit die Kontrollgruppe der Nicht-Teilnehmenden keine gute Vergleichsbasis darstellt (*Ahrens*, 2008: S. 25).

Gesundheitsförderung, 1997). In diesem Sinne nimmt in der gegenwärtigen Fachliteratur die Definition von betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) eine zentrale Rolle ein.

Unter betrieblichem Gesundheitsmanagement versteht man "die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten" (Wattendorff – Wienemann, 2004: S. 28). Wie schon aus dieser Begriffserklärung hervorgeht, baut Gesundheitsmanagement auf die Idee auf, dass Gesundheitsförderung nicht nur eine Maßnahme oder ein Maßnahmenpaket, sondern eine strategische Zielsetzung des Unternehmens ist, die sich über Erhalt und Stärkung der Leistungskraft der Beschäftigten und Kostenreduktion wirtschaftlich auszahlt. Gesundheitsmanagement muss demnach – genauso wie Personalmanagement im Allgemeinen – auf der Führungs- und Steuerungsebene des Unternehmens angesiedelt sein. Hierzu werden Programme konzipiert, die Maßnahmen der Verhaltensprävention mit Maßnahmen der Verhältnisprävention verknüpfen und psychologischen Themen wie der Vermittlung von Kompetenzen zum Umgang mit Konflikten oder Stresssituationen einen zunehmenden Stellenwert einräumen (Schraub et al., 2009). BGM und BGF stehen in engem Zusammenhang miteinander: Zwar gibt betriebliche Gesundheitsförderung kein normiertes Managementsystem vor, die Integration der BGF in bestehende Managementsysteme ist für einen nachhaltigen Erfolg jedoch unumgänglich.

Im Fall der Implementierung eines Gesundheitsmanagements ist der Zusammenhang mit der Unternehmenskultur klar ersichtlich. Das Verhältnis zwischen BGM und Unternehmenskultur ist wechselseitig: Während einerseits eine entsprechende Unternehmenskultur eine zentrale Voraussetzung für die Umsetzung eines ganzheitlichen BGM darstellt, beeinflusst in umgekehrter Richtung auch das BGM die Unternehmenskultur und trägt zu ihrer Weiterentwicklung und zu einer höheren Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen bei.

2.2.2 Unternehmenskultur als Determinante psychosozialer Risiken

Das Interesse an der Rolle der Unternehmenskultur ist nicht zuletzt darin begründet, dass das Belastungsgeschehen in der Arbeitswelt heute stärker als in der Vergangenheit durch psychosoziale Risikofaktoren geprägt ist. Laut der jüngsten WHO Definition müssen "gesunde Arbeitsplätze" dem psychosozialen Arbeitsumfeld große Beachtung schenken, die Unternehmenskultur ("workplace culture") kann als Teil des psychosozialen Arbeitsumfelds betrachtet werden⁵⁰). Wie kann die Bedeutung der Unternehmenskultur als Erklärungsfaktor für die Entstehung von psychosozialen Risiken näher identifiziert werden? Zur Beantwortung dieser Frage ist es erforderlich, den allgemeinen Konnex zwischen psychosozialen Belastungen und Erkrän-

⁵⁰) Siehe *World Health Organisation* (2010: S. 16): "A healthy workplace is one in which workers and managers collaborate to use a continual improvement process to protect and promote the health, safety and well-being of all workers and the sustainability of the workplace by considering the following, based on identified needs: health and safety concerns in the physical work environment; health, safety and well-being concerns in the psychosocial work environment including organization of work and workplace culture; personal health resources in the workplace; and ways of participating in the community to improve the health of workers, their families and other members of the community."

kungsrisiken zu beleuchten. Psychosoziale Belastungen wirken sich vor allem dann negativ auf die Gesundheit aus, wenn sie (chronische) Stressreaktionen erzeugen. In seiner wissenschaftlichen Abgrenzung bezieht sich der Stressbegriff, anders als in der umgangssprachlichen Verwendung, nicht auf jede Erfahrung von Hektik und Zeitdruck angesichts einer hohen Ereignisdichte: Vielmehr handelt es sich dabei stets um Reaktionen auf Herausforderungen in einer als wichtig eingeschätzten Situation, die mit den vorhandenen Mitteln und Fähigkeiten nicht bzw. nicht angemessen gemeistert werden kann (Siegrist – Dragano, 2008: S. 305). Diese negativen Erfahrungen lösen biochemische Prozesse in unserem Organismus aus und können, wenn sie häufig und wiederkehrend sind, gesundheitlich schädlich sein.

Die Forschung hat in den letzten Jahrzehnten unterschiedliche theoretische Modelle entwickelt, um aufzuzeigen, welche Stresserfahrungen (bzw. unter welchen Bedingungen Stress) das Krankheitsrisiko erhöht⁵¹). Für die Untersuchung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sind vor allem zwei Modelle relevant, die neben einer überzeugenden theoretischen Fundierung auch einen hohen Grad der Spezifizierung aufweisen und deshalb intensiv empirisch getestet wurden: Das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek (1979) bzw. Karasek – Theorell (1990) und das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (Siegrist, 1996).

Nach dem Anforderungs-Kontroll-Modell ergeben sich besonders starke Stresserfahrungen aus dem Zusammentreffen von hohen Anforderungen und geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen (die zusammen die Dimension der Kontrolle ergeben). In diesem Modell stehen die ausgeübten Tätigkeiten im Mittelpunkt, sowohl das Anforderungsprofil (vor allem Zeitdruck, Arbeitsmenge und widersprüchliche Annahmen) als auch das Ausmaß der Kontrolle werden durch Inhalte und Gestaltung der Arbeit bestimmt. Die individuellen Ressourcen und Merkmale der arbeitenden Person werden dagegen nicht ausdrücklich thematisiert, auch wenn anerkannt wird, dass sozialer Rückhalt bei der Arbeit einen wichtigen Schutzfaktor darstellt, dessen Fehlen die negativen Belastungseffekte verschärft. Laut den theoretischen Annahmen des Karasek-Modells fördern Arbeitsplätze, wo hohe Anforderungen mit großen Handlungsspielräumen verknüpft sind, die Zufriedenheit, die Lernmotivation und das aktive Freizeitverhalten und haben letztendlich positive Effekte auf die Beschäftigten ("active jobs"). Die Fehlbeanspruchung ist am höchsten, wo durch hohe Anforderungen Druck erzeugt wird und zugleich für die Beschäftigten nicht die Möglichkeit gegeben ist, durch autonomes Handeln den Druck zu kanalisieren und abzubauen ("high strain jobs").

Empirische Tests des Anforderungs-Kontroll-Modells bestätigten vor allem die "High-Strain"-Hypothese, wobei vor allem fehlende Kontrolle als Auslöser von gesundheitlichen Beschwerden identifiziert wurde. Das betrifft besonders koronare und kardiovaskuläre Herzkrankheiten, zudem wurde in einigen Studien ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen (insbesondere Depressionen) sowie ein häufigeres Auftreten von Medikament- und Alkoholkonsum nachgewiesen (Biffi et al., 2012). Andere Hypothesen, die sich aus dem Karasek-Modell ableiten, wie

⁵¹) Für einen Überblick der wichtigsten theoretischen Erklärungsmodelle zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit siehe z. B. Ulich – Wülser (2005: S. 85ff.) sowie Biffi et al. (2012: S. 12ff.).

die Schutzfunktion des sozialen Rückhalts und die positiven Effekte von "aktivierenden" Tätigkeiten, fanden dagegen keine eindeutige empirische Validierung (Ulich – Wülser, 2005).

Obwohl das Karasek'sche Modell nach wie vor in der Arbeitsstressforschung eine zentrale Rolle einnimmt, ist das Modell der beruflichen Gratifikationskrise, das auch als "Effort-reward Imbalances"-Modell (ERI) bezeichnet wird, im Zusammenhang mit Unternehmenskultur von besonderem Interesse. Dieses Modell beschränkt sich in seinen Annahmen nicht auf die unmittelbare Arbeitstätigkeit, sondern thematisiert auch die organisationalen und sozialen (interpersonellen) und makroökonomischen Rahmenbedingungen. Der zugrundeliegende theoretische Ansatz beruht auf dem Konzept der sozialen Reziprozität, einem Grundprinzip des zwischenmenschlichen Verhaltens und des sozialen Austausches⁵²). Soziale Reziprozität bezieht sich auf die normative Erwartung von Gegenseitigkeit, wonach eine bestimmte Leistung auch mit einer entsprechenden Gegenleistung honoriert wird. Das Arbeitsverhältnis ist ein spezifischer Fall einer solchen Tauschbeziehung und unterliegt den Erwartungen sozialer Reziprozität:

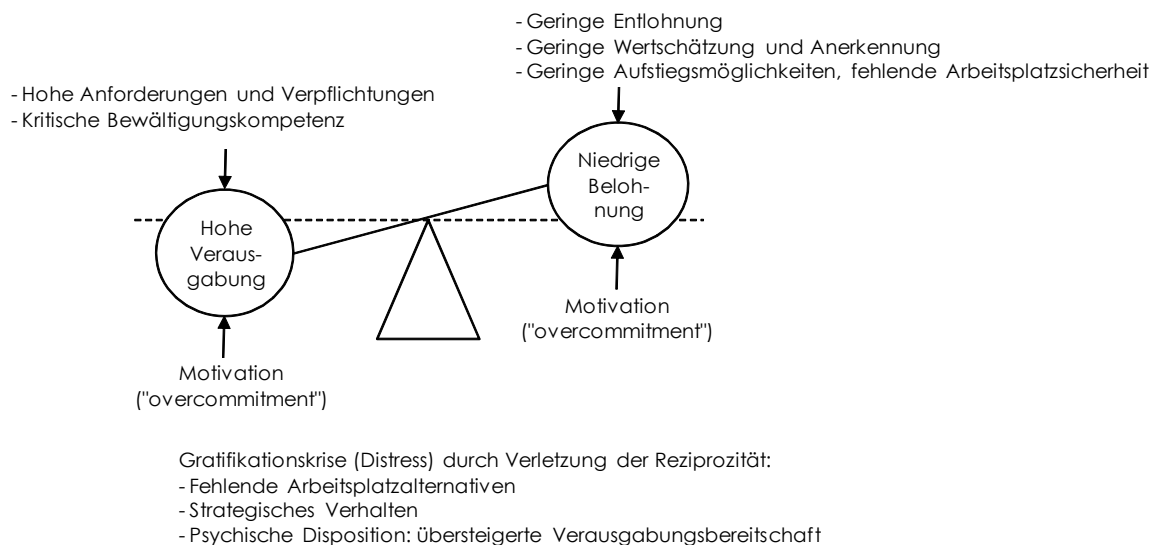
"Dieses Modell geht von der im Arbeitsvertrag angelegten sozialen Reziprozität der Tauschbeziehung zwischen Leistung und Belohnung aus, wonach für erbrachte Arbeitsleistung angemessene Gratifikationen in Form von Lohn oder Gehalt, beruflichem Aufstieg bzw. Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie Anerkennung und Wertschätzung gewährt werden." (Siegrist – Dragano, 2008: S. 308)

Wenn die erwartete Reziprozität nicht gegeben ist – wenn also hohe Verausgabung (d. h. hohe individuelle Kosten) nicht durch eine angemessene Belohnung (d. h. entsprechenden individuellen Nutzen) kompensiert wird – kommt es zu einer Gratifikationskrise. Ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert erhaltener Belohnung verursacht negative Emotionen und damit dauerhaften oder immer wiederkehrenden Stress (Siegrist – Dragano, 2008). Abbildung 2.3 fasst die wesentlichen Komponenten dieses Modells zusammen. Wie zu sehen ist, unterscheidet Siegrist im ERI-Modell zwischen zwei Verausgabungsquellen, einer extrinsischen, die Jobanforderungen, und einer intrinsischen, personalen Verausgabungsquelle. Letztere ergibt sich aus dem individuell unterschiedlichen Bewältigungsverhalten, da nicht alle auf bestimmte Anforderungen mit dem gleichen Ressourcenaufwand und der gleichen Neigung zur Verausgabung reagieren (weil der "need for control" unterschiedlich stark ausgeprägt ist, siehe Siegrist (1996)). Die Gratifikation kann ihrerseits unterschiedliche Formen annehmen, nämlich (1) finanzieller (Lohn, Gehalt), (2) sozioemotionaler (Anerkennung und Wertschätzung) oder (3) statusbezogener (Aufstiegchancen, ausbildungsadäquate Beschäftigung, Arbeitsplatzsicherheit) Art (Biffi et al., 2012).

⁵²) Anthropologische, soziologische und psychologische Studien haben bereits seit geraumer Zeit die Bedeutung von Fairness und Gerechtigkeit für menschliche Erwartungen und Handlungen dokumentiert (siehe z. B. den bahnbrechenden Aufsatz von Mauss (1924)). In der Ökonomie wurden diese Erkenntnisse erstmals von Akerlof (1982) aufgegriffen, um zu zeigen, wie soziale Normen im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses Anstrengungen und Produktivität beeinflussen.

Im Falle eines Ungleichgewichts können seitens der Beschäftigten Anpassungsreaktionen erfolgen, z. B. durch eine Verminderung des eigenen Einsatzes in Form von Leistungszurückhaltung oder Flucht aus dem Feld durch Fehlzeiten oder Kündigung (Ulich – Wülser, 2005: S. 99). Diese Anpassungen sind aus Sicht des Unternehmens naturgemäß nicht wünschenswert. In vielen Fällen ist eine Anpassung aber auch nicht möglich bzw. bleibt das Ungleichgewicht über längere Zeit erhalten. Ungleichgewichtssituationen können in verschiedenen Konstellationen einen andauernden und deshalb besonders schädlichen Zustand darstellen. Das trifft beispielsweise dann zu, wenn für die Beschäftigten keine oder nur schlechte Aussichten auf einen alternativen Arbeitsplatz bestehen. Das betrifft vor allem Arbeitskräfte mit geringem Qualifikationsniveau. Aber auch gut Qualifizierte können sich trotz bestehender alternativer Beschäftigungsmöglichkeiten in einem andauernden Ungleichgewicht befinden, weil sie sich zur Erzielung längerfristiger Vorteile (z. B. einer Beförderung) zu einer nicht korrespondierten Überverausgabung veranlasst sehen. Drittens können auch spezifische individuelle Bewältigungsmuster vorliegen, die infolge einer unrealistischen Einschätzung der gestellten Anforderungen und der zu erwartenden Belohnungen eine übersteigerte Verausgabungsneigung zur Folge haben (Siegrist, 1996, Siegrist – Dragano, 2008).

Abbildung 2.3: Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise



Q: Adaptiert aus Siegrist (1996) und Ulich – Wülser (2008).

Ein Vorteil des ERI-Modells besteht darin, dass auch der Einfluss von makroökonomischen Größen wie die Arbeitsmarktsituation und die Beschäftigungssicherheit einbezogen werden können. Damit trägt diese Modell "der Zunahme unsicherer Arbeitsplätze und prekärer Arbeitsverhältnisse und deren Konsequenz für die Bewertung der eigenen Person und der eigenen Handlungsmöglichkeiten" Rechnung (Ulich – Wülser, 2005: S. 102). Im Kontext der vorliegenden Untersuchung ist aber besonders wichtig, dass das ERI-Modell die unterschied-

lichen Transmissionsmechanismen zwischen Unternehmenskultur und Stress erkennen lässt. Das betrifft die Rolle der Führungskräfte im Unternehmen, die einen entscheidenden Einfluss auf die unterschiedlichen Dimensionen der Gratifikation ausüben, und damit das Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung in beide Richtungen verschieben können. Ulich (2008) kommt zu dem Schluss, dass sich "insgesamt aus den bisher vorgelegten Untersuchungen zum Konzept der Gratifikationskrise unabweisbar ableiten [lässt], dass das Verhalten des Managements und der Führungskräfte eines Unternehmens für die Entwicklung der Gesundheit der Beschäftigten von erheblicher Bedeutung sein kann" (S. 71). Auch das Ausmaß, in dem prekäre Arbeitsverhältnisse etabliert und somit die Gefahr von permanenten Gratifikationskrisen erhöht wird, hängt nicht nur von makroökonomischen Rahmenbedingungen, sondern auch von den umgesetzten Managementkonzepten ab.

Die Bedeutung des ERI-Modells für die Analyse des Zusammenhangs zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit erschöpft sich aber nicht mit der Rolle der Führungskräfte, sondern kann auf die unterschiedlichen betrieblichen Aspekte ausgeweitet werden. Vor allem die sozioemotionale Dimension der Gratifikation (Anerkennung und Wertschätzung), der zahlreiche Untersuchungen eine große Bedeutung zusprechen⁵³), hängt neben den Führungskräften auch vom allgemeinen Betriebsklima und dem sozialen Umgang zwischen den Beschäftigten ab. Zudem wirken sich organisationale Rahmenbedingungen, die auf den unterschiedlichen Ebenen der Unternehmenskultur (Grundannahmen, Werte und Artefakte) Ausdruck finden, auch auf die Verausgabungsquellen aus. So entscheiden beispielsweise Arbeitszeitmodelle und Werthaltungen im Unternehmen über die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und somit auch über das Ausmaß der extrinsischen Verausgabung der Beschäftigten.

Auch das Modell beruflicher Gratifikationskrisen wurde in zahlreichen empirischen Studien geprüft, wobei in mehreren Fällen das Krankenstandsniveau die zentrale Ergebnisgröße darstellte. *Head et al.* (2007) konnten anhand von longitudinalen Daten aus der britischen Whitehall-Studie nachweisen, dass die Wahrscheinlichkeit eines langen Krankenstands bei Arbeitskräften mit einem hohen Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung um ein Fünftel bis ein Viertel höher lag als bei der Referenzgruppe mit niedrigen ERI-Werten. *Fahlén et al.* (2009) fanden ebenfalls einen negativen Zusammenhang zwischen Gratifikationskrisen und langen Krankenständen, wobei diese Studie insbesondere die Relevanz von fehlenden alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten ("locked-in" Situationen) hervorhob. Die Vielzahl an Studien in diesem Feld deckt unterschiedliche Gesundheitsindikatoren ab. Zusammenfassende Überblicksartikel zeigen wiederholt einen gut belegten Zusammenhang zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und kardiovaskulären Risiken einschließlich koronarer Herzkrankheiten. Weitere Ergebnisse betreffen das Auftreten von verhaltensbezogenen Risiken wie Rauchen und überhöhten Alkoholkonsum (*Head et al.*, 2004), aber auch eine

⁵³) Siehe z. B. *Vegchel et al.* (2002) und *Ilmarinen – Tempel* (2002).

Gefährdung durch psychiatrische Störungen (*Tsutsumi et al.*, 2001) und Depressionen (*Siegrist*, 2008) sowie Schlafstörungen (*Rugulies et al.*, 2009).

2.2.3 Elemente gesundheitsfördernder Unternehmenskultur

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Unternehmenskultur einen vielfältigen Einfluss auf das Wohlbefinden der arbeitenden Personen ausübt und somit gesundheitliche Indikatoren wie Krankenstand und Präsentismus beeinflusst. Zusätzlich zur Einführung von gezielten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung, die durch ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement gesteuert werden sollen, können auch andere Aspekte der Unternehmenskultur dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken. Diese Aspekte gesundheitsfördernder Unternehmenskultur können anhand von drei Kernelementen umschrieben werden, die in der Folge – und als Abschluss zu diesem Überblick – kurz zusammengefasst werden.

Soziale Interaktion

Badura et al. (1997) setzen den Akzent bei der Betrachtung auf die soziale Interaktion innerhalb des Betriebs und auf das Ausmaß an Vertrauen und Transparenz, das die Kommunikation prägt. Sie verweisen auf die besondere Bedeutung, die zwischenmenschliche Beziehungen für Motivation, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit haben. Eine Unternehmenskultur, die auf Vertrauen baut, stellt einen fruchtbaren Nährboden für Gesundheitsförderung dar (S. 14ff.). Demzufolge ist das soziale Miteinander im Betrieb, die Interaktionen zwischen den MitarbeiterInnen untereinander sowie zwischen diesen und den Vorgesetzten, ein wichtiger Bestandteil für eine gesunde Arbeitsumgebung. Diese Einschätzung wird durch empirische Forschungsergebnisse bestätigt: Anhand von Daten aus einer deutschen Stichprobenerhebung führen *Hauser et al.* (2008) eine Regressionsanalyse mit dem Krankenstand als Zielvariable durch. Sieben Aussagen zur Unternehmenskultur wurden identifiziert, die zusammen etwa 20% der zwischenbetrieblichen Varianz im Krankenstandsgeschehen erklären konnten. Den größten Einfluss auf den Krankenstand hatte der faire Umgang der MitarbeiterInnen miteinander. Insbesondere die Präsenz von "verdeckten Machenschaften oder Intrigen im Unternehmen" führt zu einem spürbaren Anstieg der Krankenstandswahrscheinlichkeit⁵⁴). Dieser Befund zeigt eindrücklich, dass alle MitarbeiterInnen im Unternehmen einen aktiven Beitrag zur Qualität der Unternehmenskultur leisten können. Eine Umfrage in österreichischen Unternehmen lässt darauf schließen, dass es trotz einer insgesamt guten Qualität der sozialen Interaktion in den Betrieben, Spielraum für Verbesserung gibt (*Gehmacher et al.*, 2008)⁵⁵).

⁵⁴) Weitere Merkmale, die in dieser Untersuchung berücksichtigt wurden, betrafen die folgenden Fragen: Die MitarbeiterInnen erhalten hilfreiche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit; die Geschäftspraktiken der Führungskräfte sind ehrlich und ethisch vertretbar; wir haben hier klare und einheitliche Grundsätze und Werte, die unsere Arbeit bestimmen; hier ist man offen für Neues und tolerant gegenüber Abweichungen vom normalen Alltagsgeschäft; hier werden unabhängig von der aktuellen Unternehmens-/Organisationsleitung langfristige Ziele und Strategien verfolgt.

⁵⁵) Wohl ist insgesamt die Mehrheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz mit einem positiven sozialen Umfeld konfrontiert. Fast ein Drittel der Befragten ist aber der Meinung, dass im Unternehmen "nicht miteinander sondern gegen-

Führung

Führungskräfte nehmen als SchöpferIn, TrägerIn und WeiterentwicklerIn von Unternehmenskultur eine zentrale Rolle ein. Laut Schein (1995) lassen sich "weder die Kultur noch die Führung eines Unternehmens voneinander isoliert wirklich begreifen. Die Schaffung und Steuerung von Kultur machen die einzig wirklich wichtige Tätigkeit von Führungspersönlichkeiten aus, und das besondere Talent zur Führung liegt in der Kenntnis und der Fähigkeit zur Arbeit mit der Kultur" (S. 20). Franke – Felfe (2011) weisen diesbezüglich auf die dreifache Bedeutung von Führungskräften für die Gesundheit hin, da diese auf die Unternehmenskultur, auf die Arbeitsbedingungen und auch direkt auf die dort tätigen Personen Einfluss nehmen. Führungskräfte können sich für unterschiedliche Zugänge zur Gesundheitsthematik entscheiden. Demzufolge können drei zentrale Einflussmöglichkeiten von gesundheitsorientierter Führung identifiziert werden: 1) durch direkte Kommunikation und Interaktion mit den MitarbeiterInnen, wobei Wertschätzung, Anerkennung und soziale Unterstützung besonders bedeutend für Wohlbefinden und Gesundheit sind; 2) durch Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit und des Arbeitsplatzes (z. B. Aufgabenverteilung, Arbeitszeitregelungen, Zielvorgaben); 3) dadurch, dass die MitarbeiterInnen zu Gesundheitshandeln motiviert werden und die direkten Vorgesetzten dabei eine Vorbildfunktion einnehmen können (Franke – Felfe, 2011: S. 4). Vor allem für die ersten beiden Transmissionsmechanismen liegen untermauernde empirische Forschungsergebnisse vor (siehe z. B. die Beiträge von Zok, Prümper – Becker und Vincent im deutschen Fehlzeiten-Report 2011), während die Vorbildfunktion von Führungskräften bislang kaum wissenschaftlich untersucht wurde.

Übersicht 2.1: Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen

Merkmale	Organisationen	
	Gesund	Ungesund
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	Moderat	Hoch
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln ("Kultur")	Groß	Gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems ("Wir-Gefühl", "Commitment")	Stark ausgeprägt	Gering ausgeprägt
Vertrauen in die Führung	Hoch	Gering
Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung ("Partizipation")	Hoch	Gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern	Hoch	Gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	Hoch	Gering
Stabilität primärer Beziehungen (Familie, Arbeitsgruppe usw.)	Hoch	Gering
Soziale Kompetenz	Stark ausgeprägt und verbreitet	Gering ausgeprägt und verbreitet
Sinnstiftende Betätigung (Arbeit, Freizeit usw.)	Stark verbreitet	Weniger stark verbreitet

Q: Badura – Heilmann (2003: S. 54), zitiert von Goldgruber (2008: S. 208) bzw. auch von Ulich – Wülser (2005).

einander gearbeitet wird". Eine annähernd gleich große Gruppe glaubt, dass andere MitarbeiterInnen ihre eigenen Fehler nicht eingestehen und dass Führungskräfte nicht aufmerksam zuhören.

Partizipation

Die Beteiligung und Mitbestimmung der MitarbeiterInnen kann auf zwei unterschiedlichen Ebenen für die Gesundheit von großer Relevanz sein. Einerseits ist Partizipation eine wichtige Komponente von betrieblicher Gesundheitsförderung, diese erfordert eine fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit aller involvierten Akteure und kann ihre Zielsetzungen nur erreichen, wenn sie die gesamte Belegschaft einbezieht. Die theoretische Begründung für die beteiligungsorientierte Grundausrichtung der BGF ist der Befund, dass krankmachende Faktoren im Arbeitsalltag oftmals ohne Einbeziehung der Betroffenen nicht erkannt werden können: Organisationsentwicklung im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Organisationsmitglieder kommt hier an der 'Laienkompetenz' der betroffenen ArbeitnehmerInnen nicht vorbei. (Meggeneder – Hirtenlehner, 2006). Daraus folgt ein "bottom up"-Ansatz, der der weitreichenden Einbindung und Beteiligung der Beschäftigten in Maßnahmen der BGF, beispielsweise in Form von Gesundheitszirkeln, einen hohen Stellenwert einräumt⁵⁶). Andererseits ist Partizipation im Sinne von allgemeiner Teilnahme und Einbindung der Beschäftigten an den betrieblichen Entscheidungsprozessen insgesamt für Zufriedenheit und Wohlbefinden von Bedeutung. Ulich (2008) weist darauf hin, dass die Möglichkeit der Partizipation an der Entscheidungsbildung ein wesentliches Merkmal der Unternehmenskultur ist und dass zahlreiche Untersuchungsergebnisse einen Zusammenhang zwischen Möglichkeiten der Partizipation im Arbeitsalltag und Fehlzeiten belegen. In der IT-Branche konnten Klemens *et al.* (2004) die Auswirkungen mangelnder Partizipationsmöglichkeiten, fehlender sozialer Unterstützung und eines wenig mitarbeiterorientierten Führungsstils auf Burn-out Indikatoren nachweisen. Demnach hatten Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen nur geringe Möglichkeiten besitzen, sich zu beteiligen und ihre Ideen einzubringen, ein 3,5-fach erhöhtes Risiko des "Ausbrennens" als Beschäftigte mit großen Partizipationsmöglichkeiten.

2.3 Empirische Analysen

Dieser Abschnitt enthält eine Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Aspekten der Unternehmenskultur und der Gesundheit der Beschäftigten anhand von empirischen Analysen. Als Untersuchungsbasis dienen einerseits europäische Daten aus der fünften Welle des European Working Conditions Survey (EWCS) 2010, der von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen erhoben wird, und andererseits Daten aus dem "Österreichischen Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor" (AGM)⁵⁷ für die Jahre 2008 bis 2011 (siehe Datenbeschreibung im Anhang für weitere Details). In beiden

⁵⁶) Gesundheitszirkel können folgendermaßen definiert werden: "[...] institutionalisierte Kleingruppe[n] von Personen, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbstständig zu bearbeiten. Die Umsetzung der Lösungen oder Verbesserungsvorschläge erfolgt durch die Gruppe, sofern sie nicht externe Unterstützung benötigt" (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004).

⁵⁷) Der Österreichische Arbeitsklimaindex (AKI) und der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor (AGM) sind zwei Befragungen, die vierteljährlich auf Basis derselben Stichprobe erhoben werden und vollständig verknüpfbar sind. In der Folge wird vereinfachend nur vom Arbeitsgesundheitsmonitor gesprochen, gemeint ist dabei der verknüpfte Datensatz mit allen Beobachtungen für die Jahre 2008 bis 2011.

Fällen handelt es sich um Stichprobenerhebungen, in denen die Beschäftigten anhand von strukturierten Fragebögen zu ihren Arbeitsbedingungen und ihrem gesundheitlichen Zustand befragt werden.

Im Vordergrund der nachfolgenden Analysen stehen insbesondere jene Elemente der Unternehmenskultur, die aus der bisherigen Forschung als relevante Bestimmungsgrößen des gesundheitlichen Wohlbefindens identifiziert werden konnten. Dazu zählen – wie im vorangehenden Abschnitt ausgeführt – die Gestaltung der Handlungs- und Entscheidungsspielräume und das Ausmaß an Mitbestimmung (Partizipation), das Maß an sozialer Unterstützung sowie die Qualität der Führung im Unternehmen. Weitere interessante Größen umfassen die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und das Gratifikationsniveau sowie das Verhältnis zwischen den beruflichen Anforderungen und der Kontrolle seitens der Arbeitskräfte.

Sowohl der Arbeitsgesundheitsmonitor als auch der European Working Conditions Survey sind Querschnitterhebungen, die einen einmaligen "Schnappschuss" der jeweiligen untersuchten Bevölkerung geben. Wie bei allen Auswertungen von Querschnittsdaten können aus den nachfolgenden Analysen grundsätzlich keine eindeutigen kausale Zusammenhänge (Ursache und Wirkung) abgeleitet, sondern nur Korrelationen (Beziehungen) zwischen bestimmten Größen festgestellt werden. Um eine kausale Beziehung zwischen zwei Größen zu bestimmen, wären Datengrundlagen erforderlich, in denen die gleichen Personen über einen längeren Zeitraum beobachtet werden und somit wiederholte Messungen durchgeführt werden können⁵⁸⁾. Dieser allgemeine Grundsatz spielt bei der Erforschung von gesundheitlichen Fragestellungen eine besonders wichtige Rolle, da für gesundheitliche Veränderungen oft das gleichzeitige Auftreten von mehrfachen (mit)beeinflussenden Faktoren von zentraler Bedeutung ist. Das Risiko einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Gefährdung hängt zudem sowohl von der Intensität, als auch von der Dauer und zeitlichen Verteilung der Belastung ab. Die Belastung ist eine Funktion der Belastungshöhe und der Belastungsdauer, wodurch eine geringere Intensität der Exposition über eine längere Dauer hinweg zum gleichen Belastungsausmaß führen kann wie eine höhere Intensität über einen kürzeren Zeitraum (siehe *Wirtz*, 2010: S. 13).

In den verfügbaren Querschnittsbetrachtungen können diese multiplen Faktoren und Einwirkungskanäle nicht eindeutig voneinander abgegrenzt bzw. zum Teil nicht beobachtet werden. Aber auch auf dieser schwachen Datenbasis liefert die Darstellung der Beziehung zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand (bzw. anderen gesundheitlichen Indikatoren) interessante Erkenntnisse.

Obwohl EWCS und AGM die gleichen Themen abdecken und viele Gemeinsamkeiten aufweisen, unterscheiden sich die beiden Datensätze nicht nur in Bezug auf ihre Stichprobe, sondern auch hinsichtlich des zugrundeliegenden Forschungsdesigns und des eingesetzten

⁵⁸⁾ Um die kausale Wirkung von betriebsspezifischen Merkmalen auf die Gesundheit eindeutig ermitteln zu können, wäre z. B. die Beobachtung von Arbeitsplatzwechsel (derselben Personen in unterschiedlichen Betrieben) erforderlich. Eine weitere Möglichkeit der Bestimmung kausaler Zusammenhänge ist durch Feldexperimente gegeben, d. h. durch das Sicherstellen einer zufallsgenerierten Verteilung der untersuchten Zielvariablen.

Fragebogens. Die einzelnen Dimensionen der Unternehmenskultur werden durch die beiden Erhebungen auf unterschiedliche Weise abgefragt. Grundsätzlich ermittelt der AGM an mehreren Stellen Zufriedenheitswerte (z. B. anhand der Frage "Wie zufrieden sind Sie mit dem Führungsstil durch die Vorgesetzten?"); im EWCS überwiegen spezifische Fragen zu Merkmalen des Arbeitsumfelds (z. B. "Ganz allgemein, Ihr Vorgesetzter respektiert Sie als Mensch?"). Infolge dieser und anderer Unterschiede nähern sich die beiden Erhebungen von unterschiedlichen Seiten an das vielschichtige und zum Teil schwer erfassbare Konstrukt "Unternehmenskultur". Es darf daher nicht überraschen, wenn aus der Auswertung dieser Datensätze keine deckungsgleichen Ergebnisse resultieren. Angesichts ihrer Komplexität kann die Unternehmenskultur nicht vollständig abgebildet werden, die Vernetzung der verschiedenen Ebenen und Komponenten erschwert die Identifikation und trennscharfe Abgrenzung der einzelnen Dimensionen. Die Nutzung von zwei unterschiedlichen Datenquellen ermöglicht es uns, robustere Ergebnisse zu präsentieren.

Beiden Datengrundlagen gemeinsam ist die Tatsache, dass der Unternehmenskulturbegriff anhand der subjektiven Einschätzungen der Beschäftigten operationalisiert werden muss. Für eine vollständige Analyse der Thematik "Unternehmenskultur und Gesundheit" wäre es wünschenswert, auch Daten und Informationen aus der betrieblichen Sicht einfließen zu lassen. Das betrifft z. B. die Organisationsstruktur und die Gestaltung des Personalmanagements sowie die betriebliche Gesundheitspolitik und die Umsetzung von Maßnahmen zur BGF. Die subjektiven Einschätzungen der Beschäftigten erscheinen dennoch für die vorliegende Untersuchung von großer Relevanz: In einem konstruktivistischen Sinne ist davon auszugehen, dass letztendlich gerade die subjektiv konstruierte Wahrnehmung der Unternehmenskultur für gesundheitliche Effekte von Bedeutung ist.

Der Krankenstand nimmt als wichtigster Indikator in den Auswertungen und Analysen die zentrale Rolle ein. Sowohl der EWCS als auch der AGM beinhalten neben den Krankenstandstagen auch andere gesundheitliche Indikatoren. Das gilt einerseits für subjektive Einschätzungen des Gesundheitszustands und andererseits für die Quantifizierung der Fälle, in denen Beschäftigte trotz Erkrankung bzw. gesundheitlicher Einschränkung arbeiten gingen (Präsentismus). Wie die OECD in einem ihrer jüngsten Berichte zur Gesundheit am Arbeitsplatz festhält, besteht zwischen Krankenstand und Präsentismus ein enger Zusammenhang⁵⁹). Neben der Zahl der gesundheitlich bedingten Fehltagen werden deshalb in der Folge auch die Präsentismustage sowie der subjektive Gesundheitszustand mit der Unternehmenskultur in Beziehung gesetzt. Die Ergebnisse dieser Analysen werden in Abschnitt 2.3.2 präsentiert, während der

⁵⁹) Siehe OECD (2012: S. 73): "Recent studies have also shown that sickness absence and presenteeism are to some extent substitutes for each other". Bergström *et al.* (2009A, 2009B) kommen in ihrer Längsschnittstudie anhand von schwedischen Daten zum Ergebnis, dass wiederholte Präsentismusfälle im Laufe eines Jahres das Risiko von Langzeitkrankenständen in späteren Jahren (auch nach Berücksichtigung des ursprünglichen Gesundheitszustands und anderer konfundierender Merkmale) erhöhen und den subjektiven Gesundheitszustand verschlechtern. Gustafsson – Marklund (2011) zeigen, ebenfalls anhand von Längsschnittdaten, dass nicht nur Fehlzeiten, sondern auch Präsentismusfälle starke negative Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit haben.

nächste Abschnitt zeigt, welche Wahrnehmung die Beschäftigten in Österreich und der EU von wichtigen Aspekten der Unternehmenskultur haben. Neben der gesundheitlichen Thematik ist die Unternehmenskultur für zahlreiche andere (betriebliche) Zielgrößen von Interesse, die an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden können: Eine hohe Qualität der Unternehmenskultur wirkt sich positiv auf die Motivation und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten aus, im Umkehrschluss können schlechte Führung, mangelnde Unterstützung und fehlende Gratifikation die Produktivität nachteilig beeinflussen und unter anderem zu einer Erhöhung der Fluktuation und der ungerechtfertigten Fehlzeiten im Betrieb führen.

2.3.1 *Einschätzung der Unternehmenskultur aus Sicht der Beschäftigten*

Aus der Befragung der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen geht hervor, dass die europäischen Beschäftigten insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Arbeitsplatz aufweisen. Rund 84% der EWCS Befragten gaben im Jahr 2010 an, mit den eigenen Arbeitsbedingungen entweder zufrieden oder sogar sehr zufrieden zu sein. Diese hohen Werte decken sich mit Ergebnissen aus früheren Erhebungswellen des EWCS, ebenso die Tatsache, dass der Anteil der Zufriedenen in Österreich im EU-Vergleich überdurchschnittlich hoch ist (90%, wobei etwa 32% "sehr zufrieden", 58% "zufrieden" waren). Aus den Befragungen im Rahmen des AGM kommen sehr ähnliche Werte zum Ausdruck: Auf die Frage nach der Zufriedenheit "mit der beruflichen Tätigkeit" insgesamt gaben zwischen 2008 und 2011 39% der Arbeitskräfte "sehr zufrieden", weitere 43% "zufrieden" als Antwort. Der Anteil der "unzufriedenen" bzw. "ganz unzufriedenen" Personen lag kumuliert unter 5%.

Bei einer näheren Betrachtung einzelner Dimensionen der Arbeitsplatzqualität zeigt sich ein differenzierteres Bild. Hinsichtlich der Indikatoren, die mit der Motivation der Arbeitskräfte in Bezug gesetzt werden können, sind die Einschätzungen der Beschäftigten nur zum Teil positiv. So liegt beispielsweise laut EWCS im EU-Durchschnitt der Anteil der Arbeitskräfte, die sich am Arbeitsplatz zu einer hohen Arbeitsleistung motiviert fühlen, leicht unter 60% (Österreich 57%)⁶⁰. Mehr als vier Fünftel der Beschäftigten sind (sowohl in Österreich als auch im EU-Durchschnitt) zwar der Meinung, eine nützliche Arbeit zu leisten. Aber nur 41% der europäischen Beschäftigten teilen die Ansicht, gut für die eigene Arbeit entlohnt zu werden (Österreich 50%). Und etwas weniger als ein Drittel der Beschäftigten glaubt, am derzeitigen Arbeitsplatz gute Karrierechancen zu haben (Österreich 25%). Im AGM, wo die Arbeitskräfte nach der "Zufriedenheit mit ihrem Einkommen" und der "Zufriedenheit mit den Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten" befragt werden, fielen die positiven Rückmeldungen mit Quoten von 60% und 52% höher aus.

Die soeben angesprochenen Einschätzungen bilden unterschiedliche Aspekte der Belohnung (im Sinne des individuellen Nutzens) ab und können herangezogen werden, um einen zusammengesetzten Indikator für das empfundene Ausmaß an Gratifikation zu bilden. Anhand der

⁶⁰) Hier und in der Folge wurden für EWCS-Auswertungen jeweils die beiden höchsten Ausprägungen der entsprechenden Antwortmöglichkeiten zusammengefasst (z. B. "stimmt eher zu" und "stimmt sehr zu", "immer" und "fast immer" usw.). Mit Österreich sind die österreichischen Erhebungspersonen in der EWCS-Stichprobe gemeint.

EWCS-Daten können weitere Indikatoren für die Dimensionen der Führungsqualität, der sozialen Unterstützung sowie des Handlungs- und Entscheidungsspielraums (Kontrolle und Partizipation) erstellt werden (siehe methodologischen Anhang für detaillierte Erläuterungen). Übersicht 2.2 gibt einen Überblick zur Verteilung dieser Indikatoren aus dem EWCS (Individualdaten für alle EU-Länder).

Übersicht 2.2: Einschätzung der Führungsqualität, sozialen Unterstützung, Partizipation sowie Gratifikation

15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in der EU 27, EWCS 2010

	Durchschnitt		1. Quartil	Median	3. Quartil
	Index auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)	Standardabweichung			
<i>EU 27</i>					
Führungsqualität	4,1	1,2	4,0	5,0	5,0
Unterstützung	3,5	1,0	2,9	3,8	4,2
Partizipation	2,7	1,3	1,9	2,8	3,8
Gratifikation	2,7	1,1	2,1	2,9	3,3
<i>Österreich</i>					
Führungsqualität	4,2	1,1	4,0	5,0	5,0
Unterstützung	3,4	1,1	2,5	3,8	4,2
Partizipation	2,5	1,3	1,6	2,8	3,8
Gratifikation	2,8	1,0	2,1	2,9	3,3

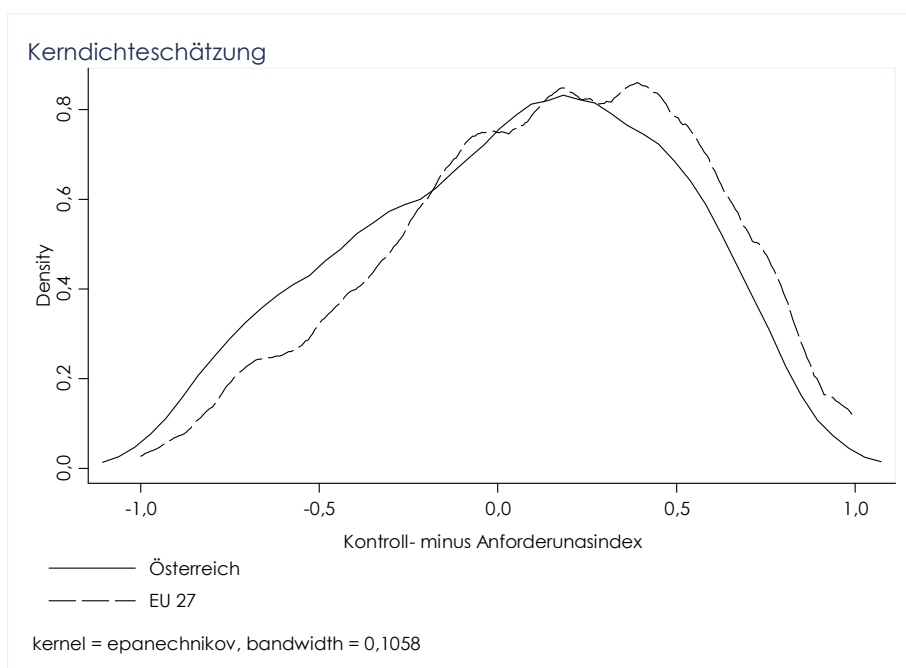
Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

Vor allem was die Qualität der Führung betrifft, überwiegt bei den europäischen Arbeitskräften ein sehr positives Bild. Der Index zur Führungsqualität fasst fünf Fragen zusammen, in denen die Beschäftigten darüber Auskunft geben, inwiefern ihre unmittelbaren Vorgesetzten ihnen Wertschätzung und Respekt entgegenbringen, aber auch inwiefern sie in der Lage sind, die Arbeit gut zu planen und Konflikte zu lösen. Rund drei Viertel der Befragten sind der Meinung, dass ihr Vorgesetzter bzw. ihre Vorgesetzte mindestens vier der fünf abgefragten Anforderungen erfüllt. Nur etwa ein Zehntel der Befragten zeichnet ein sehr negatives Bild der eigenen Führungskraft. Die österreichischen Werte liegen im EWCS sehr nahe am EU-weiten Durchschnitt (78% mit mindestens vier positiven Kriterien, weniger als 10% mit mindestens drei negativen Kriterien). Auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung durch das Arbeitsumfeld (sowohl durch KollegInnen, als auch durch Vorgesetzte und das Unternehmen insgesamt) wird insgesamt gut bewertet. In dieser Dimension erreicht die Hälfte der Beschäftigten fast 4 von 5 möglichen Indexpunkten. Die Gruppe der Beschäftigten mit fehlender Unterstützung kann je nach Abgrenzung mit 10% bis 15% beziffert werden (Österreich liegt auch hier im Durchschnitt). Die Informationen aus dem AGM (nicht in der Übersicht enthalten) bestätigen dieses Bild: Auf die Frage nach der "Zufriedenheit mit dem Führungsstil" gaben rund 70% der Personen eine positive Rückmeldung (etwa 10% waren "nicht zufrieden" bzw. "gar nicht zufrieden"), zugleich äußerte nur eine sehr kleine Minderheit der Beschäftigten die Meinung,

durch mangelnde Unterstützung seitens der Vorgesetzten (7%) bzw. der ArbeitskollegInnen (4%) belastet zu sein.

Die Einschätzungen der Beschäftigten sind schwieriger zu interpretieren, wenn es um Fragen der Handlungs- und Entscheidungsspielräume im Arbeitsprozess geht. Im Falle der Teilhabe an Entscheidungen (das betrifft die Möglichkeit, Entscheidungen, die wichtig für die Arbeit sind, zu beeinflussen, sowie die Frage, ob man bei der Arbeit die eigenen Ideen umsetzen kann und ob man an der Formulierung von Arbeitszielen und an der Verbesserung von Arbeitsabläufen beteiligt ist) gibt laut EWCS etwa ein Viertel der europäischen Arbeitskräfte eine eindeutig positive Einschätzung und ein Fünftel eine eindeutig negative, während etwas mehr als die Hälfte der Befragten in moderatem Ausmaß an den Entscheidungen im Arbeitsalltag partizipiert. Die Angaben der österreichischen Arbeitskräfte im EWCS decken sich sehr stark mit dem europäischen Durchschnitt. Aus dem AGM geht hinsichtlich der Partizipation ein positiveres Bild hervor. Genau zwei Drittel der Befragten aus den Jahren 2008 bis 2011 zeigten sich mit den "Möglichkeiten, über Arbeitsabläufe selbst zu bestimmen" "zufrieden" bis "sehr zufrieden", nur jede zehnte Arbeitskraft äußerte über diesen Aspekt dezidiert Unzufriedenheit. Fast 60% der Beschäftigten gaben zu den "Mitbestimmungsmöglichkeiten der Arbeitnehmer" eine positive Einschätzung, 13% waren diesbezüglich ausdrücklich "unzufrieden".

Abbildung 2.4: Verhältnis zwischen Anforderungs- und Kontrollindex
15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte, EWCS 2010



Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

Eine Darstellung des Verhältnisses zwischen Anforderungen am Arbeitsplatz und dem individuellen Ausmaß an Kontrolle (also eine einfache Operationalisierung des Anforderung-

Kontroll-Modells von Karasek)⁶¹⁾ zeigt ein annähernd normalverteiltes Muster (Abbildung 2.4). Das bedeutet, dass für die Mehrheit der Beschäftigten hohe Anforderungen der Arbeitstätigkeit (definiert als Arbeitsintensität und Zeitdruck) mit einem großen Handlungsspielraum einhergehen bzw. umgekehrt niedrige Anforderungen mit geringer Kontrolle. Etwa 30% der Arbeitskräfte haben ein deutlich höheres Ausmaß an Kontrolle als an Anforderungen, während ein Fünftel der Beschäftigten ein ungünstiges Verhältnis zwischen den beiden Größen aufweist. In Österreich liegt der Anteil der Beschäftigten mit einem "aktiven" Job, also mit einem großen Handlungsspielraum, leicht unter dem Durchschnitt der restlichen EU-Länder, was an der rechtsschieferen Verteilung der europäischen Werte erkennbar ist. Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen aus der vierten Welle des EWCS im Jahr 2005.

Zusammenfassend können aus den verfügbaren Daten einige stilisierte Fakten festgehalten werden. Wie aus dem europäischen Survey hervorgeht, weicht Österreich in den meisten beobachteten Indikatoren nur geringfügig vom europäischen Durchschnitt ab. Zentrale Aspekte der Unternehmenskultur wie die Qualität der Führung und das Ausmaß an sozialer Unterstützung am Arbeitsplatz werden von den Beschäftigten grundsätzlich sehr positiv beurteilt, das gilt sowohl für den Durchschnitt der europäischen Arbeitskräfte als auch im österreichischen Kontext (und hier unabhängig davon, ob man den EWCS oder den AGM als Datenbasis heranzieht). Hinsichtlich der Gratifikation für die geleistete Arbeit sowie der Mitsprache und Mitbestimmung ist die Einschätzung der Beschäftigten durchwachsener. Hier zeigen sich – infolge der Unterschiede im Fragebogendesign – auch größere Abweichungen zwischen den beiden berücksichtigten Datenquellen. Im nächsten Schritt wird untersucht, inwiefern die soeben beschriebenen Elemente der Unternehmenskultur mit der Gesundheit der Beschäftigten zusammenhängen.

2.3.2 Unternehmenskultur und Gesundheit – empirische Zusammenhänge

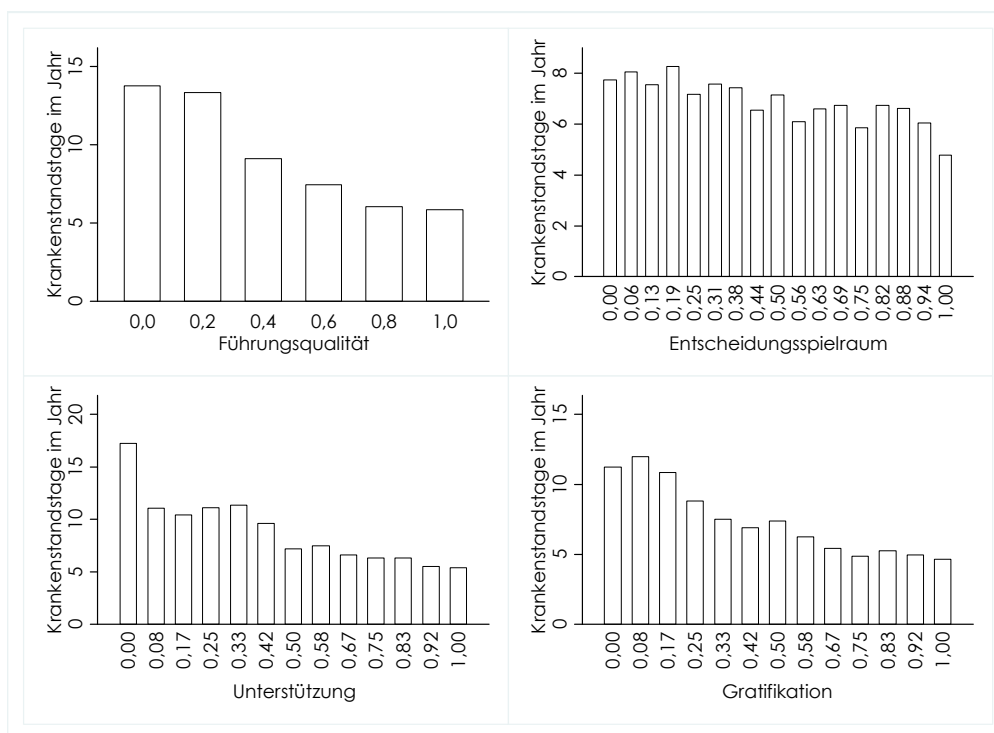
Unternehmenskultur und krankheitsbedingte Fehlzeiten

Wie die nachfolgenden Darstellungen zeigen, ist zwischen den Bestandteilen der Unternehmenskultur und dem Krankenstandsgeschehen bereits auf bivariater Ebene (also bei einer Betrachtung von je zwei Größen) ein deutlicher Zusammenhang erkennbar. Abbildung 2.5 wurde anhand von europäischen Daten aus dem EWCS erstellt: Tendenziell nimmt die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage mit zunehmender Qualität der Führung ebenso wie mit einem steigenden Ausmaß an Unterstützung und Gratifikation am Arbeitsplatz ab. Der Indikator für Mitbestimmung am Arbeitsplatz weist zwar ebenfalls eine Korrelation mit geringen Fehlzeiten auf, der Zusammenhang ist aber nicht so stark ausgeprägt. Auch die Auswertungen des österreichischen AGM, die in Abbildung 2.6 zusammengefasst sind, bestätigen dieses Bild: Jene Beschäftigten, die eine hohe Zufriedenheit mit dem Führungsstil

⁶¹⁾ Diese Methodologie zur Operationalisierung des Anforderung-Kontroll-Modells wurde bereits von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen anlässlich der Auswertung von Daten aus der vierten Welle des EWCS (2005) eingesetzt (siehe *European Foundation*, 2007: S. 59).

und mit den Beziehungen zu den KollegInnen im Unternehmen aufweisen, sowie jene, die sich nicht durch mangelnde Unterstützung belastet fühlen, sind am seltensten im Krankenstand. Die Zufriedenheit mit den Entscheidungsspielräumen zeigt zwar kein so starkes Korrelationsmuster, hier sind hohe Indexwerte aber mit einer unterdurchschnittlichen Krankenstandshäufigkeit gepaart.

Abbildung 2.5: Krankenstand und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen
15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in der EU 27, EWCS 2010

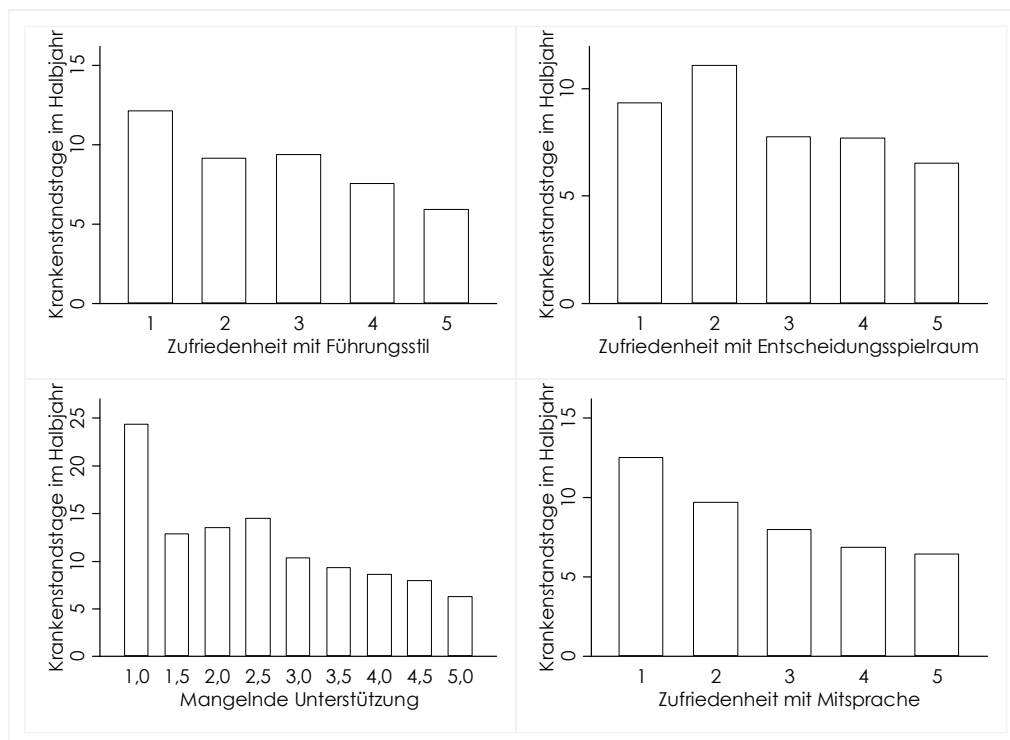


Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

Besonders deutlich treten die Krankenstandsunterschiede zwischen den Beschäftigten an den Extremen der jeweiligen Dimensionen hervor. Jene Beschäftigten, die im EWCS alle fünf Fragen bezüglich der Qualitäten ihrer Führungskraft negativ beantworteten, hatten rund 2½-mal so viele Krankenstandstage wie jene, die ihrem unmittelbar Vorgesetzten ein gutes oder sehr gutes Zeugnis ausstellten. Auch hinsichtlich der sozialen Unterstützung zeigen insbesondere jene Personen, mit den negativsten Einschätzungen, eine stark erhöhte Konzentration von Krankenständen. Die Darstellungen auf Basis des Arbeitsgesundheitsmonitors lassen ebenfalls auf eine starke Krankenstandshäufung am unteren Ende der Indizes

schließen. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Zahl der Arbeitskräfte mit sehr niedrigen Indexwerten allgemein gering ist⁶²⁾.

Abbildung 2.6: Krankenstand und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen
15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in Österreich, AGM 2008 bis 2011



Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen.

Die Darstellung der Beziehung zwischen zwei Größen, in diesem Fall zwischen Krankenstand und Elementen der Unternehmenskultur, muss angesichts der Präsenz von dritten, konfundierenden Variablen, die gleichzeitig beide beobachteten Größen beeinflussen und die Darstellung verfälschen können, mit Vorsicht interpretiert werden. Ein solcher Fall würde beispielsweise vorliegen, wenn (rein hypothetisch) gute Führungskräfte überproportional stark auf Branchen konzentriert wären, die ein niedriges Durchschnittsalter der Beschäftigten und damit günstige Bedingungen für niedrige Krankenstandsquoten aufweisen. In diesem Fall wäre der beobachtete positive Zusammenhang zwischen Führungsqualität und Krankenstand auf die Alterszusammensetzung der Beschäftigten und somit auf ein Merkmal zurückzuführen, das in der bivariaten Darstellung nicht berücksichtigt wird. Deshalb empfehlen sich

⁶²⁾ Im Fall des EWCS hatten hinsichtlich der Führungsqualität nur 2% der Befragten den schlechtesten, weitere 3% den zweitschlechtesten Indexwert (also 0 Punkte oder 1 Punkt auf einer Skala von 0 bis 5). Hinsichtlich der sozialen Unterstützung hatten weniger als 1% der Beschäftigten weniger als einen halben Punkt. Nach der AGM Definition waren etwas weniger als 4% der Befragten mit dem Führungsstil sehr unzufrieden, und knapp 1% der Befragten war der Meinung, durch mangelnde Unterstützung sowohl seitens der KollegInnen als auch der Vorgesetzten sehr stark belastet zu sein.

multivariate Regressionsanalysen. Sie ermöglichen die Bestimmung des statistischen Zusammenhangs zwischen dem Krankenstand und den einzelnen Merkmalen der Unternehmenskultur, unter gleichzeitiger Berücksichtigung aller restlichen beobachtbaren Merkmale. Eine solche Analyse liefert zudem Hinweise zur relativen Bedeutung der einzelnen Dimensionen als Bestimmungsgrund der Krankenstandshäufigkeit.

Die nachfolgenden Abbildung 2.7 und Abbildung 2.8 präsentieren die zusammengefassten Ergebnisse von Regressionsanalysen auf Basis der Daten des EWCS und des AGM⁶³). Die Anzahl der Krankenstandstage stellt die abhängige, zu erklärende Variable des Modells dar, während die einzelnen Dimensionen der Unternehmenskultur als unabhängige, erklärende Variablen dienen. Um den Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand unter Berücksichtigung anderer Bestimmungsfaktoren zu erfassen, wurde eine Reihe von Kontrollvariablen in das Modell eingefügt: Alter, Geschlecht, Bildungsniveau und Arbeitszeit (mit einer Unterscheidung zwischen Teil- und Vollzeitbeschäftigung) der Befragten wurden dabei ebenso berücksichtigt, wie die Betriebsgröße, die Beschäftigungsbranche und die Unterscheidung zwischen privatem und öffentlichem Sektor. Zusätzlich wurden die körperlichen Arbeitsplatzbelastungen anhand eines eigenen Indikators abgebildet. Für den AGM konnte auch ein Indikator für psychosoziale Belastungen (Regulierungsüberforderung, siehe *Raml, 2009*) und für den EWCS ein Indikator für das Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Kontrolle über die Arbeitsabläufe in das Modell eingebaut werden. Im Fall der europäischen EWCS-Daten dienen Ländervariablen der Berücksichtigung von länderspezifischen Effekten (wie z. B. institutionelle Merkmale und makroökonomische Unterschiede)⁶⁴).

Die Ergebnisse aus den Analysen mit den europäischen EWCS Daten decken sich weitgehend mit den Erwartungen aus der Theorie und mit früheren empirischen Forschungsergebnissen (siehe z. B. *Drago – Wooden, 1992, Dionne – Dostie, 2007, OECD, 2012*). Die Qualität der Führung, das Ausmaß der Unterstützung durch Vorgesetzte und ArbeitskollegInnen sowie die Gratifikation für die geleistete Arbeit zeigen – auch nach Berücksichtigung der restlichen beobachtbaren Merkmale – einen deutlichen und statistisch robusten Zusammenhang mit dem Krankenstand. Ausgehend von der durchschnittlichen Krankenstandszahl (7 Tage)⁶⁵), ist

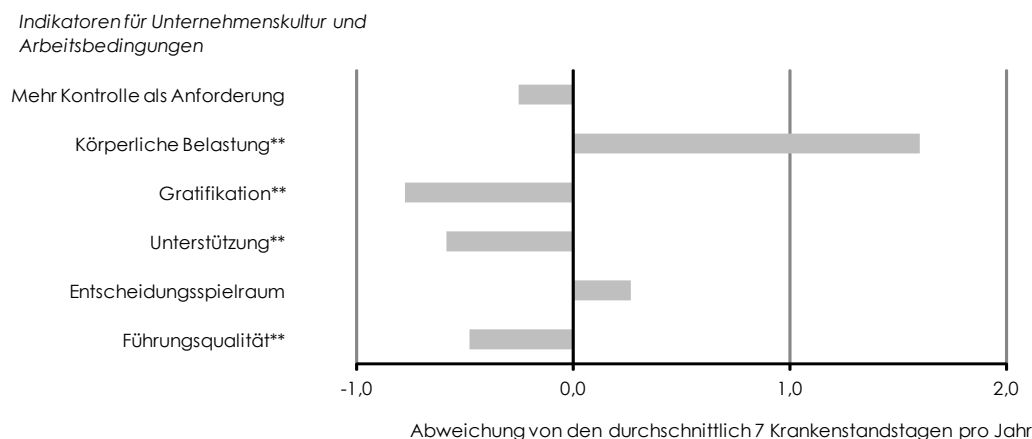
⁶³) Die Krankenstandstage sind nicht normalverteilt, sondern weisen infolge der hohen Anzahl an Nullfällen und der überproportionalen Häufigkeit von kurzen Krankenstandsepisoden eine sehr schiefe Verteilung auf. Aus diesem Grund wurde für die Schätzung der Regressionsmodelle ein negatives Binomialmodell eingesetzt.

⁶⁴) Auf die Inklusion von Indikatoren zum Gesundheitszustand wurde im Basismodell verzichtet. Der gesundheitliche Zustand ist zwar ein wichtiger Bestimmungsfaktor der Krankenstandshäufigkeit, er überlagert aber die Variablen zur Unternehmenskultur, die hier im Vordergrund der Analyse stehen und hat einen "endogenen" Charakter (da davon auszugehen ist, dass der Gesundheitszustand seinerseits durch die Bedingungen am Arbeitsplatz und die Unternehmenskultur mitbestimmt wird). Weitere Merkmale, die im weiteren Sinne der Unternehmenskultur zugeordnet werden können, wie die empfundene Arbeitsplatzsicherheit und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, zeigten bei den Schätzungen anhand der österreichischen Daten ebenso wie im Falle der europäischen Daten keinen zusätzlichen Erklärungswert und wurden aus dem Erklärungsmodell ausgeschlossen.

⁶⁵) Die Zahl der jährlichen Krankenstandstage liegt für Österreich sowohl im EWCS als auch im AGM unter den Werten aus der administrativen Statistik des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger. Das kann einerseits dadurch erklärt werden, dass in den beiden Stichprobenerhebungen nicht Kalendertage, sondern tatsächlich verloren gegangene Arbeitstage abgefragt werden und andererseits dadurch, dass Personen, die sehr lange

eine Anhebung des Führungsindex um einen Punkt (auf einer Skala zwischen 0 und 5) mit einer Reduktion der erwarteten Krankenstandstage von etwa einem halben Tag assoziiert. Im Fall des Gratifikations- bzw. Unterstützungsindex ist der Effekt etwas stärker aber durchaus vergleichbar. Das bedeutet umgerechnet, dass für jeden der erwähnten Indikatoren die Beschäftigten mit den niedrigsten Werten durchschnittlich zweieinhalb bis drei Tage im Jahr länger krank waren als jene mit den besten Werten. Körperliche Belastungen gehen mit einer starken Erhöhung der Krankenstandswahrscheinlichkeit einher. Der Index, der das Verhältnis zwischen Anforderungen und Kontrolle misst, ist dagegen in diesem Modell nicht statistisch aussagekräftig. Der Indikator für das Ausmaß an Entscheidungsfreiheit hat nicht das erwartete Vorzeichen (mehr Selbstbestimmung ist mit einer geringfügig höheren Anzahl an Krankenstandstagen assoziiert), der Koeffizient ist aber nicht statistisch signifikant.

Abbildung 2.7: Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand
Regressionsanalyse, Unselbständig Beschäftigte in der EU 27, EWCS 2010



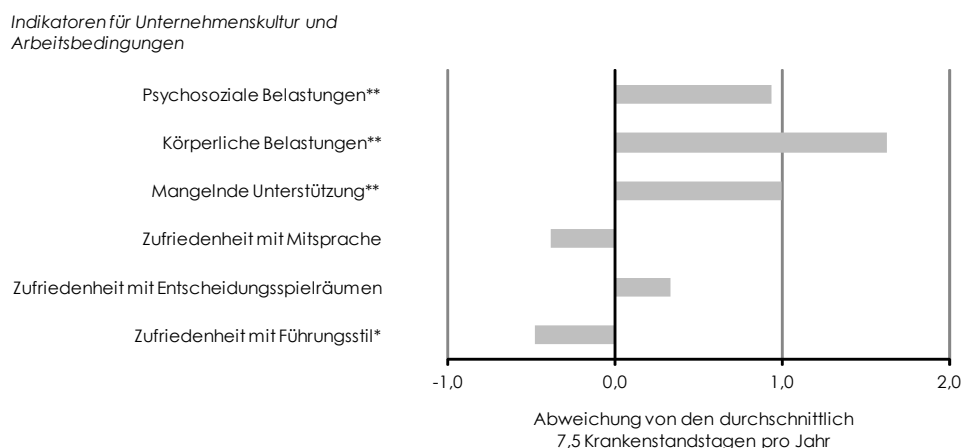
Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen. Diese Ergebnisse basieren auf einem (negativ binomialen) Regressionsmodell (N=18.674). Die Darstellung zeigt den marginalen Effekt einer Steigerung des jeweiligen Indexwertes um 1 Einheit (in einer Skala von 0 bis 5). Ein * kennzeichnet eine hohe ($p < 0,05$), zwei ** eine sehr hohe statistische Signifikanz ($p < 0,01$). Das vollständige Modell beinhaltet folgende weitere Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Bildung, Teilzeitbeschäftigung (≤ 35 Stunden), Betriebsgröße (4 Kategorien), Branche (9 Wirtschaftsklassen), Privatsektor und Land. Die entsprechenden Ergebnisse wurden aus Platzgründen ausgespart.

Von den restlichen Variablen, die hier nicht vollständig aufgelistet sind, zeigt erwartungsgemäß das Alter einen positiven Einfluss auf das Krankenstandsgeschehen (die 55- bis 59-Jährigen sind demnach pro Jahr rund dreieinhalb Tage länger im Krankenstand als die 35- bis 39-Jährigen). Frauen haben nach Berücksichtigung der beobachteten Merkmale eine höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit als Männer (durchschnittlich $1\frac{1}{4}$ Tage). Beschäftigte mit einer hohen Qualifikation (tertiärer Abschluss) verzeichnen im Schnitt etwa zwei Kranken-

Krankenstände verzeichnet haben oder sich noch im Krankenstand befinden, in der Stichprobe tendenziell untererfasst sind.

standstage weniger als Arbeitskräfte mit Pflichtschulabschluss. In großen Betrieben fallen pro Beschäftigten durchschnittlich fast drei Krankenstandstage mehr an als in Kleinstbetrieben, Beschäftigte in Privatunternehmen sind dagegen etwa zweieinhalb Tage weniger im Krankenstand als jene im öffentlichen und im Non-Profit-Bereich.

Abbildung 2.8: Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Krankenstand
Regressionsanalyse, unselbständig Beschäftigte in Österreich, AGM 2008 bis 2011



Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen. Diese Ergebnisse basieren auf einem (negativ binomialen) Regressionsmodell (N=11.163). Die Darstellung zeigt den marginalen Effekt einer Steigerung des Indexwertes um 1 Einheit (in einer Skala von 1 bis 5). Ein * kennzeichnet eine hohe ($p < 0,05$), zwei ** eine sehr hohe statistische Signifikanz ($p < 0,01$). Das vollständige Modell beinhaltet folgende weitere Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Bildung, Teilzeitbeschäftigung (≤ 35 Stunden), Betriebsgröße (4 Kategorien), Branche (9 Wirtschaftsklassen), Erhebungszeitpunkt (8 Halbjahre). Die entsprechenden Ergebnisse wurden aus Platzgründen ausgespart.

Um die Robustheit dieser Ergebnisse zu überprüfen, wurden zusätzlich noch Variablen zur subjektiven Gesundheit und zur Anzahl an Präsentismustagen als Kontrollvariablen eingefügt. In beiden Fällen bleiben die Ergebnisse zu Führungsqualität, Unterstützung und Gratifikation erhalten, auch wenn die statistische Signifikanz der letzten beiden Indikatoren abnimmt. Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands weist erwartungsgemäß einen sehr starken Zusammenhang mit der Krankenstandshäufigkeit auf, demnach waren Beschäftigte, die mit ihrer Gesundheit "zufrieden" oder "sehr zufrieden" sind, rund siebeneinhalb Tage weniger krank als jene, die ihre gesundheitliche Situation weniger positiv einschätzten. Ebenso ist wenig überraschend, dass Präsentismus und Krankenstand positiv korreliert und demnach nicht perfekte Substitute sind: Personen, die oft im Krankenstand sind, weisen grundsätzlich einen schlechteren Gesundheitszustand auf und gehen auch überdurchschnittlich oft krank in die Arbeit.

Schätzungen eines vergleichbaren Modells anhand der österreichischen AGM-Daten liefern Ergebnisse, die in Abbildung 2.8 zusammengefasst sind. Aufgrund der Unterschiede hinsichtlich der Stichprobe und der Art und Weise, wie die einzelnen Dimensionen der Unternehmens-

kultur bzw. die Arbeitsplatzbedingungen abgefragt und erfasst werden, ergeben sich zwangsläufig zwischen AGM und EWCS auch Unterschiede in den Schätzergebnissen des Modells zur Krankenstandshäufigkeit⁶⁶). Dennoch zeigt ein Vergleich der beiden Auswertungen viele Gemeinsamkeiten. Die Zufriedenheit mit dem Führungsstil weist zwar einen statistisch weniger signifikanten Koeffizienten als der Indikator zur Führungsqualität im EWCS-Datensatz auf. Eine Steigerung um einen Punkt auf der fünf-Punkte Skala ist aber auch im Fall der österreichischen Daten mit einer niedrigeren Krankenstandsquote (um 0,5 Tage) assoziiert. Belastung durch mangelnde Unterstützung geht ebenfalls mit einer erhöhten Konzentration von Krankenstandstagen einher, der gemessene Effekt ist etwa doppelt so stark wie im Fall der Variable zum Führungsstil. Sowohl körperliche als auch psychosoziale Belastungsfaktoren weisen einen starken und statistisch hoch signifikanten negativen Zusammenhang mit der Zahl der Krankenstandstage auf. Hinsichtlich der körperlichen Belastungsfaktoren beträgt die Differenz in der erwarteten Zahl an Krankenstandstagen zwischen den Beschäftigten mit der höchsten und jenen mit der geringsten Belastungseinschätzung über sieben Tage, bei den psychosozialen Risikofaktoren (wie z. B. Belastung durch Zeitdruck, seelisch aufreibende Arbeit, hohe Verantwortung, dauernde hohe Konzentration und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten) etwa fünf Tage.

Auch in diesem Modell zeigt sich zwischen den Indikatoren für Partizipation (die Zufriedenheit mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten der ArbeitnehmerInnen sowie mit der Möglichkeit, über die Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden) und dem Krankenstandsgeschehen kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Die restlichen Kontrollvariablen verhalten sich bei den Schätzungen anhand der österreichischen Daten sehr ähnlich wie im Falle der Schätzungen mit den europäischen EWCS-Daten. Frauen verzeichnen demnach mehr Krankenstandstage als Männer, ältere Arbeitskräfte mehr Tage als jüngere und besser qualifizierte Arbeitskräfte weniger Tage als jene mit einem niedrigen Bildungsstand, während Großbetriebe eine höhere Krankenstandsquote als Kleinbetriebe aufweisen. Weitere Kontrollschätzungen unter Einbeziehung eines subjektiven Gesundheitsindex und der Zahl der Präsentismustage zeigen auch hier den starken Einfluss des Gesundheitszustands auf das Krankenstandsgeschehen sowie eine positive Korrelation zwischen Krankenstand und Präsentismus.

Weitere gesundheitliche Indikatoren

Der Krankenstand nimmt im Rahmen des Fehlzeitenreports die zentrale Rolle ein, er ist aber nicht der einzige wichtige gesundheitliche Indikator in der Arbeitswelt. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung muss sich nicht zwangsläufig in Form von höheren Fehlzeiten niederschlagen, sie kann sich auch erst langfristig in Form einer eingeschränkten Beschäftigungs-

⁶⁶) Im AGM werden die ArbeitnehmerInnen gebeten, die Zahl der Tage zu schätzen, an denen sie im Laufe des letzten Halbjahres infolge einer gesundheitlichen Einschränkung nicht zur Arbeit gegangen sind. Um die Vergleichbarkeit mit den EWCS-Daten zu erhöhen, wurden die Antworten zu dieser Frage auf ein Jahr umgelegt. Analog dazu wurde auch die Zahl der Präsentismustage von einem Halbjahres- auf einen Jahreswert umgelegt.

fähigkeit auswirken oder kurzfristig dazu führen, dass man trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten geht und bei der Arbeit nicht voll leistungsfähig ist.

Daher können die bisherigen Ergebnisse durch den Einsatz von alternativen gesundheitlichen Indikatoren ergänzt werden. Zu diesem Zweck wurde das Modell zur Untersuchung der Krankenstandsverteilung auch auf den Präsentismus und auf das subjektive Gesundheitsgefühl der Beschäftigten übertragen. Die entsprechenden Auswertungen, die hier in zusammengefasster Form wiedergegeben werden, zeigen, dass wichtige Aspekte der Unternehmenskultur wie Führung und soziale Unterstützung auch mit der Zahl der Präsentismustage und mit subjektiven Gesundheitsindikatoren zusammenhängen. Übersicht 2.3 stellt dar, wie sich dieser Zusammenhang im EWCS gestaltet, während die nachfolgende Übersicht 2.4 die zentralen Ergebnisse für Österreich zusammenfasst. Da wiederum die Unternehmenskultur als Bestimmungsgrund der Gesundheit im Mittelpunkt des Interesses steht, wurden in beiden Fällen die Werte zu den zahlreichen Kontrollvariablen (wie Alter, Geschlecht usw.) aus den Ergebnisdarstellungen ausgespart.

*Übersicht 2.3: Unternehmenskultur, Präsentismus und Gesundheitseinschätzung
Regressionsanalyse, unselbständig Beschäftigte in der EU 27, EWCS 2010*

- (1) Fragestellung: An wie vielen Tagen krank arbeiten gegangen?
Durchschnittliche Anzahl an Tagen: 3,2

	Präsentismustage	
	Abweichung vom Durchschnitt	Standardfehler
<i>Bei Steigerung um 1 Punkt auf der 0 bis 5 Skala hinsichtlich:</i>		
Führungsqualität	-0,422**	0,053
Unterstützung	-0,291**	0,082
Entscheidungsspielraum	0,480**	0,064
Gratifikation	-0,586**	0,076

- (2) Fragestellung: Wie ist Ihr Gesundheitszustand allgemein?
Durchschnittlicher Indexwert: 4,0 auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

	Subjektiver Gesundheitszustand	
	Abweichung vom Durchschnitt	Standardfehler
<i>Bei Steigerung um 1 Punkt auf der 0 bis 5 Skala hinsichtlich ...</i>		
Führungsqualität	0,067**	0,014
Unterstützung	0,190**	0,019
Entscheidungsspielraum	-0,028*	0,014
Gratifikation	0,312**	0,017

Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen. Die Werte im ersten Teil der Übersicht basieren auf einem negativ binomialen, jene im zweiten Teil auf einem geordneten logistischen Regressionsmodell. Ein * kennzeichnet eine hohe ($p < 0,05$), zwei ** eine sehr hohe statistische Signifikanz ($p < 0,01$). Das vollständige Modell beinhaltet folgende weiteren Kontrollvariablen: Alter (in 5-Jahres-Gruppen), Land, Branche (zusammengefasst in 9 Kategorien). Die entsprechenden Ergebnisse werden aus Platzgründen ausgespart.

Wie aus Übersicht 2.3 ersichtlich ist, gehen in der EU gute Führungsqualitäten sowie ein hohes Ausmaß an Unterstützung und Gratifikation mit einer verringerten Präsentismuswahrscheinlichkeit einher. Die Effekte schwanken je nach Indikator zwischen 0,3 und 0,6 Tagen für eine Steigerung um einen Punkt auf der entsprechenden Skala. Da diese Werte mit der durchschnittlichen Zahl an Präsentimustagen (3,2 Tage) in Bezug gesetzt werden müssen, sind die gemessenen relativen Effekte durchwegs signifikant und mit jenen für die Krankenstandstage vergleichbar. Arbeitskräfte mit einem hohen Ausmaß an Entscheidungsspielraum tendierten dagegen dazu, öfter krank bei der Arbeit zu erscheinen. Dieser Zusammenhang könnte dadurch erklärt werden, dass es sich dabei um Beschäftigte handelt, die mehr Verantwortung tragen und dadurch stärker motiviert sind, auch im Krankheitsfall arbeiten zu gehen. Allerdings kann Präsentismus vielfache Ursachen haben und beispielsweise aus Pflichtgefühl gegenüber den ArbeitskollegInnen oder auch Angst vor dem Arbeitsplatzverlust hervorgehen, so dass keine einseitige Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zulässig ist.

*Übersicht 2.4: Unternehmenskultur, Präsentismus und Gesundheitseinschätzung
Regressionsanalyse, unselbständig Beschäftigte in Österreich, AGM 2008 bis 2011*

- (1) Fragestellung: An wie vielen Tagen zur Arbeit gegangen, obwohl gesundheitlich eingeschränkt?
Durchschnittliche Anzahl an Tagen: 7,2

	Präsentimustage	
	Abweichung vom Durchschnitt	Standardfehler
<i>Bei Steigerung um 1 Punkt auf der 1 bis 5 Skala hinsichtlich:</i>		
Zufriedenheit Führungsstil	-1,220*	0,266
Zufriedenheit Mitbestimmung	-1,141	0,279
Zufriedenheit Entscheidungsspielraum	0,064	0,265
Mangelnde Unterstützung	0,691**	0,345

- (2) Fragestellung: Wie schätzen Sie ihre derzeitige gesundheitliche Verfassung ein?
Durchschnittlicher Indexwert: 4,2 auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

	Subjektiver Gesundheitszustand	
	Abweichung vom Durchschnitt	Standardfehler
<i>Bei Steigerung um 1 Punkt auf der 0 bis 5 Skala hinsichtlich ...</i>		
Zufriedenheit Führungsstil	0,256**	0,027
Zufriedenheit Mitbestimmung	0,173**	0,028
Zufriedenheit Entscheidungsspielraum	0,123**	0,028
Mangelnde Unterstützung	0,086**	0,032

Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen. Diese Ergebnisse basieren auf einem (negativ binomialen) Regressionsmodell. Für folgende Indikatoren zeigt die Darstellung den marginalen Effekt einer Steigerung des Indexwertes um 1 Einheit (in einer Skala von 0 bis 5): Führungsqualität, Unterstützung, Entscheidungsspielraum. Ein * kennzeichnet eine hohe ($p < 0,05$), zwei ** eine sehr hohe statistische Signifikanz ($p < 0,01$). Das vollständige Modell beinhaltet folgende weiteren Kontrollvariablen: Alter (in 5-Jahres-Gruppen), Land, Branche (zusammengefasst in 9 Kategorien). Die entsprechenden Ergebnisse werden aus Platzgründen ausgespart.

Setzt man anstatt des Präsentismus das subjektive Gesundheitsgefühl ein, das anhand einer Skala von 1 ("sehr schlecht") bis 5 ("sehr gut") ermittelt wurde, ergeben sich ähnliche, wenn auch unterschiedlich stark geartete Zusammenhänge. Tendenziell schätzen Beschäftigte mit guten Führungskräften ihre Gesundheit besser ein als jene, die schlechte Vorgesetzte haben (wobei dieser Zusammenhang statistisch robust, aber von geringer Entität ist). Größere Unterstützung und höhere Gratifikation sind ebenfalls mit höheren Werten auf der Gesundheitsskala assoziiert, in diesen Fällen ist der errechnete Wert nicht nur statistisch signifikant, sondern auch vergleichsweise groß (eine Steigerung um einen Punkt auf dem Unterstützungs- bzw. Gratifikationsindex geht mit einer Erhöhung um 0,2 Punkte bzw. 0,3 Punkte auf dem Gesundheitsindex einher). Ein hoher Entscheidungsspielraum ist dagegen auch in diesem Fall mit einem gegenläufigen Effekt korreliert, auch wenn der Zusammenhang statistisch nur schwach belegt ist.

Die nächste Übersicht enthält die Ergebnisse der Regressionsanalysen anhand der österreichischen Daten aus dem Arbeitsgesundheitsmonitor. Anders als im Datensatz der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, liegt der Präsentismus im AGM bei einem Durchschnittswert von 7,2 Tagen pro Jahr und ist demnach etwa gleich hoch wie der Krankenstand. Bei einer Einschränkung der europäischen EWCS-Daten auf die österreichische Stichprobe ergeben sich im Durchschnitt hingegen weniger als drei Tage. Diese Diskrepanz dürfte in erster Linie der unterschiedlich formulierten Fragestellung in den beiden Erhebungen geschuldet sein: Während im EWCS explizit gefragt wurde, ob man "krank" zur Arbeit gegangen ist, verwendet der AGM eine breitere Definition von Präsentismus ("arbeiten gegangen, obwohl gesundheitlich eingeschränkt")⁶⁷).

Sieht man von diesem Unterschied in der Erfassung von Präsentismus ab, dann liefern auch diese Auswertungen weitere Hinweise für die Relevanz der Unternehmenskultur als gesundheitliche Bestimmungsgröße: Die Zufriedenheit mit dem Führungsstil weist einen statistisch nur moderat signifikanten, aber in Richtung und Größe mit den Auswertungen anhand des EWCS vergleichbaren Koeffizienten aus. Mangelnde Unterstützung erhöht die erwartete Zahl an Präsentismustagen. Die Zufriedenheit mit dem Ausmaß an Mitbestimmung und Mitsprache scheint dagegen, so wie auch im Fall des Modells zum Krankenstandsgeschehen, keinen eindeutigen Bezug zur Häufigkeit von Präsentismus zu haben. Auf die Einschätzung zur gesundheitlichen Verfassung wirken sich alle beobachteten Dimensionen der Unternehmenskultur positiv aus: Beschäftigte, die höhere Zufriedenheitswerte mit Führung, Mitsprache und Mitbestimmung sowie jene, die eine positivere Einschätzung zur Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen haben, sind auch mit ihrer Gesundheit zufriedener.

⁶⁷) Es sei an dieser Stelle am Rande angemerkt, dass in der (wachsenden) Fachliteratur zum Thema Präsentismus nach wie vor unterschiedliche Definitionen dieses Phänomens zu finden sind. *Steinke – Badura* (2011, S. 16ff.) unterscheiden in ihrem umfangreichen Review zwei Hauptstränge der Definition und Forschung von Präsentismus: Präsentismus als das Verhalten von MitarbeiterInnen, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen; und Präsentismus als Arbeitsproduktivitätseinbußen, die Unternehmen dadurch entstehen, dass ihre MitarbeiterInnen durch gesundheitliche Beschwerden (einschließlich chronischer Erkrankungen) in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt sind.

Grundsätzlich besteht sowohl für die europäischen als auch für die österreichischen Daten kaum ein Unterschied, ob man die beobachtbaren Dimensionen der Unternehmenskultur mit den krankheitsbedingten Fehlzeiten, den Präsentismustage oder mit dem (subjektiv empfundenen) Gesundheitszustand in Verbindung setzt. Zentrale Elemente der Unternehmenskultur, wie die Qualität der Führung, das Ausmaß an sozialer Unterstützung und die Gratifikation für die geleistete Arbeit, erweisen sich in allen drei Fällen als wichtige Bezugsgrößen. Nicht nur die Richtung, sondern auch die Stärke und statistische Signifikanz der Korrelationen unterscheidet sich für diese drei Größen kaum voneinander.

Dieser Befund zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit robust ist, er kommt aber nicht überraschend. Die drei untersuchten gesundheitlichen Indikatoren (Krankenstand, Präsentismus und Gesundheitszustand) sind miteinander korreliert: Beschäftigte die ihre Gesundheit negativ beurteilen, verzeichnen erwartungsgemäß mehr Krankenstands- und Präsentismustage als solche, die sich sehr gesund fühlen; zudem sind Personen mit zahlreichen Krankenstandstagen (auch nach Berücksichtigung des Gesundheitszustands) überdurchschnittlich oft krank arbeiten gegangen, umgekehrt ist eine hohe Anzahl an Präsentismustagen positiv mit der Zahl der Krankenstandstage korreliert⁶⁸).

Wie bereits zu Beginn dieses Abschnitts ausgeführt wurde, dürfen die vorliegenden Ergebnisse nicht als endgültiger Beweis für einen kausalen Zusammenhang gewertet werden. Es ist nicht auszuschließen, dass unbeobachtete Merkmale die beschriebenen Korrelationen (mit)bestimmen. So könnte beispielsweise eine unbeobachtete Selektion stattfinden, wonach produktivere und gesündere Arbeitskräfte überproportional stark in Unternehmen mit hoher Produktivität und guter Unternehmenskultur zu finden sind. Ebenso ist aufgrund der Datenbeschaffenheit nicht auszuschließen, dass sich der gesundheitliche Zustand der befragten Personen auf ihre Einschätzung der Unternehmenskultur auswirkt (umgekehrte Kausalität). Die Tatsache, dass zwei vollkommen getrennte Erhebungen, die sich sowohl im Forschungsdesign als auch hinsichtlich der Stichprobe und des Beobachtungszeitraums unterscheiden, auf Basis vielfacher unterschiedlicher Schätzungen und Spezifikationen konsistente Ergebnisse ergeben, liefert jedoch einen starken Hinweis für die Bedeutung der Unternehmenskultur als Handlungsfeld zur Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen.

2.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Worin besteht der Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit?

Die Weiterentwicklung unseres Verständnisses von gesundheitlichen Zusammenhängen hat den Arbeitsplatz als Gesundheitsfaktor in ein neues Licht getaucht. Der Einfluss der Arbeits-

⁶⁸) Siehe dazu die Korrelationstabellen im Anhang, wonach Krankenstand und Präsentismus untereinander eine positive Korrelation, und diese beiden für sich genommen jeweils eine negative Korrelation mit dem subjektiven Gesundheitszustand aufweisen. Sowohl AGM als auch EWCS liefern diesbezüglich fast identische Korrelationswerte. Die positive Korrelation zwischen Präsentismus und Krankenstand bleibt auch dann erhalten, wenn man in den Regressionsmodellen zu Krankenstand und Präsentismus jeweils die andere Variable sowie auch den Gesundheitsindikator als erklärende Größe einbezieht.

tätigkeit auf die menschliche Gesundheit wird durch das Zusammenspiel zwischen den individuellen Ressourcen und den betrieblichen sowie außerbetrieblichen Rahmenbedingungen geprägt. Sowohl theoretische Überlegungen als auch eine wachsende Zahl an empirischen Ergebnissen zeigen, dass die Kultur des Unternehmens diesbezüglich ein wichtiger Erklärungsfaktor ist. Unternehmenskultur kann nach Schein (1995) als das weitgehend implizite, selbstverständliche Muster gemeinsamer Werte und Prämissen verstanden werden, das die Mitglieder einer Organisation bei der Bewältigung von Anpassungs- und Integrationsproblemen erlernt haben, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt. Die Unternehmenskultur prägt den organisatorischen Rahmen, in dem sich die betrieblichen Akteure bewegen, sie durchdringt alle wesentlichen Prozesse und Abläufe und beeinflusst die Entscheidungen der Akteure und ihr gegenseitiges Verhalten.

Unterschiedliche Transmissionsmechanismen bestimmen den Einfluss der Unternehmenskultur auf die Gesundheit. Ein direktes Verhältnis besteht dort, wo im Unternehmen die Gesundheit der Beschäftigten explizit angesprochen und Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen sowie zur Stärkung der individuellen Ressourcen gesetzt werden. Sowohl das Ausmaß an betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) als auch die Akzeptanz für diese Maßnahmen hängen vom Bewusstsein für und dem Zugang zu gesundheitlichen Fragestellungen ab und können somit als Teil der Unternehmenskultur betrachtet werden. Die Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene umfasst ein breites Spektrum an möglichen Maßnahmen, die dann ihre volle Wirksamkeit entfalten, wenn sie sowohl bei der Verhaltens- als auch bei der Verhältnisprävention ansetzen und Teil eines umfassenden, in den Managementstrukturen eingebetteten Steuerungsinstruments sind.

Die Kultur eines Unternehmens bzw. einer Organisation wirkt sich aber auch indirekt auf das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten aus. Arbeitsmedizinische Modelle aus der Stress- theorie belegen, dass aus der beruflichen Tätigkeit vor allem dann gesundheitlich schädliche Folgen resultieren, wenn hohe Anforderungen und eine hohe Verausgabung nicht ausreichend durch ressourcenstärkende und unterstützende Faktoren ausbalanciert und kompensiert werden können. Zu diesen positiven Faktoren zählen unter anderem der individuelle Handlungs- und Entscheidungsspielraum, der soziale Rückhalt und das Ausmaß an Gratifikation und Wertschätzung für die erbrachte Leistung. Die Unternehmenskultur ist Teil des psychosozialen Umfelds und steht mit den soeben erwähnten arbeitsmedizinischen Erklärungsmodellen und Erkenntnissen in direktem Bezug: Die Kultur, die in einem Unternehmen vorherrscht, beeinflusst einerseits die Vielfalt und Intensität der Belastungen, denen die Arbeitskräfte ausgesetzt sind, andererseits auch die kompensierenden Faktoren wie Handlungsspielraum, Motivation, Zufriedenheit und Identifikation.

Unternehmenskultur kann nur schwer erfasst werden, das hängt mit der Vielzahl an involvierten Ebenen (z. B. explizite Regeln, implizite Grundwerte) und Komponenten (z. B. Organisationsstruktur, Kommunikationsprozesse) und deren Vernetzung zusammen. Dennoch gehen aus der bisherigen Forschung mehrere Dimensionen der Unternehmenskultur als gesundheitlich relevante Bestimmungsgründe hervor. Die empirische Untersuchung anhand von

aussagekräftigen österreichischen und europäischen Daten liefert klare Hinweise zur Validierung dieser Einschätzungen. Auswertungen des European Working Conditions Survey (EWCS) für die EU und des Österreichischen Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitors (AGM) für Österreich lassen einen deutlichen und statistisch robusten Zusammenhang zwischen der Krankenstandsquote der Beschäftigten und Elementen wie Führungsqualität, soziale Unterstützung und Gratifikation erkennen.

Im Falle der Führung zeigen die europäischen Daten – nach Berücksichtigung von Faktoren wie Alter, Geschlecht, Qualifikation, Branche und Arbeitsplatzbedingungen – für die Beschäftigten mit der höchsten Führungsqualität durchschnittlich etwa zweieinhalb Krankenstandstage weniger als für jene mit der schlechtesten Führungsqualität. Die zusammengesetzten Indizes zur Messung der sozialen Unterstützung und der Gratifikation ergeben vergleichbare Werte. Diese Werte müssen mit den sieben Krankenstandstagen in Bezug gesetzt werden, die im Sample des europäischen Surveys durchschnittlich je Beschäftigten anfallen. Die daraus ableitbaren quantitativen Effekte sind demnach beachtlich, zumindest für jene Beschäftigten, die ihre Unternehmenskultur sehr negativ bzw. sehr positiv einschätzen und diesbezüglich als belastet bzw. gefördert gelten können. Die Untersuchungsergebnisse auf Basis des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors bestätigen dieses Bild, auch wenn infolge der zahlreichen Unterschiede zwischen den Datensätzen keine absolute Übereinstimmung der Ergebnisse erwartet werden kann. Die Zufriedenheit mit dem Führungsstil weist im AGM zwar einen statistisch weniger signifikanten Koeffizienten als der Indikator zur Führungsqualität im EWCS-Datensatz auf. Eine Steigerung um einen Punkt auf der fünf-Punkte Skala ist aber auch im Fall der österreichischen Daten mit einer Senkung der Krankenstandsquote um einen halben Tag (bei einem Durchschnitt von siebeneinhalb Tagen) assoziiert. Eine Belastung durch mangelnde Unterstützung geht ebenfalls mit einer erhöhten Konzentration von Krankenstandstagen einher, der gemessene Effekt ist etwa doppelt so stark wie im Fall des Indikators zum Führungsstil.

In den empirischen Analysen zeigen sich zudem klare und mit den theoretischen Erwartungen übereinstimmende Zusammenhänge zwischen dem Krankenstandsniveau und anderen (körperlichen sowie psychosozialen) Belastungsfaktoren. Indikatoren zum Ausmaß an Mitsprache und Mitbestimmung seitens der Arbeitskräfte weisen dagegen in Bezug auf das Krankenstandsgeschehen in keinem der beiden untersuchten Datensätze einen eindeutigen und statistisch signifikanten Einfluss auf. Übereinstimmung zwischen den europäischen und den österreichischen Daten besteht auch hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Unternehmenskultur und alternativen Gesundheitsindikatoren wie Zahl der Präsentismustage und subjektiver Gesundheitszustand: Die Auswertungen zeigen, dass jene Beschäftigten, die eine sehr negative Einschätzung der Kultur in ihrem Unternehmen haben, nicht nur überproportional viele Fehlzeiten verzeichnen, sondern auch ihre gesundheitliche Verfassung schlechter einstufen und öfter trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten gehen.

Die an dieser Stelle zusammengefassten Ergebnisse sind insgesamt ein starker Hinweis dafür, dass die Unternehmenskultur einen wichtigen Steuerungshebel der betrieblichen Gesund-

heitsförderung darstellt. Angesichts der bereits angesprochenen Komplexität des Konstrukts "Unternehmenskultur" und der Schwierigkeit, die einzelnen Komponenten trennscharf voneinander zu unterscheiden, sollten die Ergebnisse für die einzelnen Dimensionen dagegen nicht überbewertet und losgelöst aus dem Gesamtbild betrachtet werden. Letztlich gilt es auch zu bedenken, dass sich die vorliegenden Ergebnisse auf Querschnittsdaten beziehen und keine strikte kausale Interpretation im Sinne eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs gewährleisten. Die Auswirkungen der Unternehmenskultur auf betriebliche Kennzahlen und Zielgrößen beschränken sich zudem nicht auf gesundheitliche Effekte. Aus anderen Studien geht beispielsweise hervor, dass fehlende Gratifikation Leistungszurückhaltung, ungerechtfertigte Fehlzeiten und (innere) Kündigung zur Folge haben kann (Ulich – Wülser, 2005).

Wie kann man Unternehmenskultur in gesundheitlich positivem Sinne verbessern?

Es stellt sich abschließend die Frage, wo angesetzt werden kann und muss, um die Unternehmenskultur im Sinne eines belastungsreduzierenden und ressourcenstärkenden Arbeitsumfeldes zu entwickeln. Ein wichtiger Ansatzpunkt besteht in der Verbreitung eines umfassenden, über den Einsatz von einzelnen Maßnahmen hinausgehenden Verständnisses der Gesundheitsförderung in den Betrieben. Effektive betriebliche Gesundheitsförderung erfordert die Partizipation der MitarbeiterInnen, sowie einen ganzheitlichen Zugang, der gleichermaßen Verhaltens- und Verhältnisprävention inkludiert. Der konzeptionelle Fokus soll auf Gesundheit, nicht auf Krankheit liegen und alle beteiligten Fachkräfte und Kompetenzen einbeziehen. BGF soll zudem integraler Bestandteil der Unternehmenspolitik und in Form eines betrieblichen Gesundheitsmanagements vollständig in die längerfristige Strategie und Planung des Unternehmens integriert sein. Betriebliches Gesundheitsmanagement bedeutet, dass die Gesundheit der MitarbeiterInnen nicht nur in die Strukturen und Prozesse des Unternehmens, sondern auch als strategischer Faktor in dessen Leitbild einbezogen wird (Wattendorff – Wienemann, 2010). Aus unternehmerischer Sicht ist der direkte ökonomische Nutzen in Form von reduzierten Fehlzeiten und erhöhter Produktivität nicht das einzige Argument, das für einen solchen Zugang spricht. Gesundheit kann als explizit angesprochener und nach außen hin kommunizierter Unternehmenswert auch das Image des Unternehmens positiv prägen und somit einen indirekten Nutzen schaffen. Eine gesundheitliche Förderung, die über die Sicherheit und den ArbeitnehmerInnenschutz am Arbeitsplatz hinausgeht, kann in diesem Sinne als wertvoller Bestandteil der Corporate Social Responsibility (CSR) verstanden werden (siehe z. B. Kirsten, 2010: S. 24).

Ebenso bedeutsam ist die Erkenntnis, dass im Unternehmen auch dort die Gesundheit der Beschäftigten mitbestimmt wird, wo diese nicht explizit angesprochen wird und dass eine mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur einen allgemeinen Beitrag zur Stärkung der individuellen Ressourcen und zur Verbesserung von gesundheitlichen Indikatoren im Betrieb leisten kann. Veränderungsprozesse in Richtung einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur können einerseits bei den MitarbeiterInnen und Führungskräften (d. h. bei den KulturträgerInnen) ansetzen, andererseits bei der Organisation, die den Kontext für das Verhalten

der KulturträgerInnen darstellt. Laut *Sackmann* (2009: S. 19f.) kann eine Entwicklung in die gewünschte Richtung nur dann erfolgreich sein, wenn "alle Komponenten der Unternehmenskultur entsprechend angepasst bzw. geändert werden".

Die Ausarbeitung spezifischer Konzepte und Maßnahmen obliegt der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie sowie der Organisations- und Managementwissenschaft. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass insbesondere kleine- und mittelgroße Unternehmen (KMUs) bei der Ausrichtung ihrer Unternehmenskultur an mitarbeiterorientierte und gesundheitsfördernde Ziele einer gezielten Unterstützung bedürfen. KMUs können nicht im selben Umfang und mit dem gleichen Grad an Professionalisierung wie Großbetriebe und Konzerne an die Gesundheitsthematik herangehen. Ein gezieltes Angebot an Beratung und anderen Dienstleistungen erscheint wichtig, um die fehlenden Kompetenzen von außen in diese Unternehmen einzubringen. Ein Beispiel für eine solche Beratungsschiene ist die Qualifizierungsberatung für Betriebe (QBB) des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS). Diese Beratungstätigkeit richtet sich an Betriebe mit bis zu 50 MitarbeiterInnen und umfasst Themen wie Personalmanagement, Arbeitsorganisation, Ageing und betriebliche Gesundheitsförderung. Ein weiteres Beispiel ist das "Modell BGF Kleinbetrieb" vom Österreichischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, das ursprünglich vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger unter Beteiligung der Sozialversicherungsträger entwickelt wurde. Auch hier stehen Klein- und Kleinstbetriebe im Mittelpunkt der Förderung, sowohl bei der Beratungsleistung als auch bei der Umsetzung von Maßnahmen ist die Einbindung und das gemeinsame Vorgehen der Führungskräfte (bzw. der UnternehmensleiterInnen) und der MitarbeiterInnen vorgesehen.

Abschließend sei noch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gesunde Organisationen nur eine notwendige, nicht eine hinreichende Bedingung für eine gesunde Erwerbsbevölkerung sind. Günstige gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen sind natürlich ebenso notwendig, wie die Aktivierung der individuellen Ressourcen und die Verankerung von gesundheitlichen Werten und gesundheitsförderlichen Verhaltensmustern auf persönlicher Ebene. Mit der Betonung der Unternehmen als gesundheitspolitische Akteure wird die Bedeutung dieser Rahmenbedingungen genauso wenig infrage gestellt, wie die Verantwortung der einzelnen Menschen, durch Lebensstil und Verhalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der eigenen Gesundheit beizutragen (*Ulich*, 2008: S. 72).

Literaturhinweise

- Ahrens, D., "Ökonomischer Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung", in: Gastager, F. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen, Böhlau Verlag Wien, 2008, S. 105-134.
- Akerlof, G.A., "Labor contracts as partial gift exchange", Quarterly Journal of Economics, 1982, 97(4), S. 543-69.
- Aschauer, A., "Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Qualitätskriterien und Effekte", in: Auinger, F., Böhnisch, W. R., Stummer, H. (Hrsg.), Unternehmensführung durch Werte: Konzepte, Methoden, Anwendungen, Wiesbaden, 2005, S. 201-225.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2011, S. 3-13.
- Badura, B., Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer, 2003.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin-Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Münch, E., Ritter, W., Cooperative corporate culture and company health policy: absenteeism due to loss of motivation?, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 1999. Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Fehlzeiten durch Motivationsverlust, Gütersloh, 1997.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2008.
- Bergendorff, S., Sickness absence in Europe – a comparative study, National Social Insurance Board Sweden, 2003, <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., Josephson, M. (2009A), "Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism", Journal of occupational and environmental medicine, Juni 2009, 51(6), S. 629-38.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., Josephson, M. (2009B), "Does sickness presenteeism have an impact on future general health?", International archives of occupational and environmental health, 2009, 82(10), S. 1179-90.
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", WIFO Working Paper, 1999, (124).
- Biffi, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", WIFO-Monatsberichte, 2007, 80(9), S. 731-746, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30062&typeid=8&display_mode=2.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, Ch., Rückert, E., Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen, Donau-Universität Krems, WIFO, Wien, 2012.
- Biffi, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, [http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099$.PDF).
- Brown, S., Sessions, J.G., "The Economics of Absence: Theory and Evidence", Journal of Economic Surveys, 1996, 10(1), S. 23-53.
- Bundeskanzleramt (2011A), Fehlzeiten 2011 und Gesundheitsförderung im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2011, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=36433>.
- Bundeskanzleramt (2011B), Das Personal des Bundes 2011. Daten und Fakten, Wien, 2011.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich, Wien, 2003.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben, Wien, Oktober 2004.
- Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).

- Cox, T., Griffiths, A., "Assessment of psychosocial hazards at work", in: Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., Cooper, C.L. (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*, Chichester: John Wiley and Sons, 1996.
- Dionne, G., Dostie, B., New Evidence on the Determinants of Absenteeism Using Linked Employer-Employee Data, *Industrial and Labor Relations Review*, 2007, 61(1).
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labor Relations Review*, 1992, 45, S. 34-47.
- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- Eppel, R., Leoni, Th., New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP), Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 1997.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Fourth European Survey on Working Conditions 2005, Luxemburg, 2007.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Fifth European Working Conditions Survey 2010, Luxembourg, 2012.
- Fahlén, G., Goine, H., Edlund, C., Arrelöv, B., Knutsson, A., Peter, R., "Effort-reward imbalance, 'locked in' at work, and long-term sick leave", *International archives of occupational and environmental health*, Jänner 2009, 82(2), S. 191-7.
- Franke, R. Felfe, J., "Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument Health-oriented Leadership", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit*, Berlin - Heidelberg, 2011, S. 3-13.
- Gehmacher, E., Kroismayr, S., Gruber, P., *Soziale Gesundheit in Österreichs Betrieben*, Büro für die Organisation angewandter Sozialforschung, Wien, 2008.
- Goldgruber, J., "Unternehmenskultur und Gesundheitsförderung", in: Gastager, F. (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen*, Böhlau Verlag Wien, 2008, S. 189-218.
- Gustafsson K., Marklund, St., "Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study", *International journal of occupational medicine and environmental health*, June 2011, 24(2), S. 153-65.
- Hauser, F., Schubert, A., Aicher, M., *Unternehmenskultur, Arbeitsqualität und Mitarbeiterengagement in den Unternehmen in Deutschland Ein Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales*, Abschlussbericht Forschungsprojekt Nr. 18/05, Bonn, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, 2008.
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2011", Österreichische Sozialversicherung, Soziale Sicherheit Online, Februar 2012, https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/857003_SoSi_Artikel_Haydn_Personenbezogene_Statistik.pdf.
- Head J., Stansfeld S. und J. Siegrist J (2004). Psychosocial work environment and alcohol dependence. *Occupational & Environmental Medicine*, 61, 219-224.
- Head, J., Kivimäki, M., Siegrist, J., Ferrie, J., Vahtera, J., Shipley, M.J., Marmot, M., "Effort-reward imbalance and relational injustice at work predicts sickness absence: the Whitehall II Study", *Journal of Psychosomatic Research*, 2007, 63, S. 433-40.
- Hinding, B., Kastner, M., *Gestaltung von lernförderlichen Unternehmenskulturen zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit*, BAuA-Forschungsbericht F2188, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2011.
- Hofer, P., Süß, M., "Betriebliches Gesundheitsmanagement als Brücke zwischen betriebswirtschaftlichen Zielen und individuellen Werten", in: Auginer, F., Böhnisch W.R., Stummer, H. (Hrsg.), *Unternehmensführung durch Werte: Konzepte, Methoden, Anwendungen*, Wiesbaden, 2005, S. 227-253.
- Ichino, A., Moretti, E., *Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap*, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Ilmarinen, J., Tempel, J., *Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?*, Herausgegeben von Marianne Giesert im Auftrag des DGB-Bildungswerk e.V., Hamburg, 2002.

- International Labor Office (ILO), Psychosocial factors at work: Recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health Ninth Session, Occupational Safety and Health Series (Vol. 56), Genf, 1986.
- Jacques, E., The Changing Culture of a Factory, London, 1951 (zitiert von Dierkes et al., 1993).
- Karasek, R., "Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign", Administrative Science Quarterly, 1979, 24, S. 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T., Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life, Basic Books: New York, 1990.
- Kirsten, W., "Making the business case for workplace health promotion in times of economic crisis", in: Anttonen, H., Husman, P., Hussi, T., Leino, T., Ylikoski, M. (Hrsg.), Proceedings of the International Conference Towards Better Work and Well-being, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2010, S. 20-27.
- Klemens, St., Wieland, R., Krajewski, J., "Fähigkeits- und führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche", in: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hrsg.), Bericht zum 50. Kongress der GfA vom 24.-26.03.2004 in Zürich , Dortmund: GfA-Press, 2004, S. 295-300.
- Kramer, I., Sockoll, I., Bödeker, W., "Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Berlin - Heidelberg, 2009, S. 65-76.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display_mode=2.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankensstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, http://www.wifo.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display_mode=2&language=1.
- Leoni, T., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment, CESifo Working Paper, März 2006, (1697).
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", Social Science and Medicine, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Markussen, S., Roed, K., Røgeberg, O.J., Gaure, S., "The anatomy of absenteeism", Journal of Health Economics, 2011, 30(2), S. 277-292.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., Fehlzeiten-Report 2004, 2005, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin-Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Mauss, M., "Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives", ursprünglich publiziert in: l'Année Sociologique, seconde série, 1923-1924.
- Meggeneder, O., Hirtenlehner, H., "Betriebliche Gesundheitsförderung", in: Chocholous, J., Hinger, A., Winker, N. (Hrsg.): Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft, Band 4, Wien, 2006, S. 345-363.
- Meggeneder, O., Krankensstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien, 2005.
- Nachreiner, F. Schultetus, W., "Normung im Bereich der psychischen Belastung – die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075", DIN Mitteilungen, 2002, 81(8), S. 519-533.
- Näpflin, U., "Was bringt betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der Schweizerischen Unfallversicherung (SUVA)?", in: Franz Gastager (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen, Böhlau Verlag Wien, 2008, S. 135-51.
- OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, OECD: Paris, 2012.

- Oppolzer, A., "Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin, 2000, S. 343-362.
- Oppolzer, A.: „Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention“, in: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2009. Springer, Heidelberg, 2010, S. 13-22.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), Research on Work-related Stress, Luxemburg, 2000.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxemburg, 2007
- Prümper, J. Becker, M., "Freundliches und respektvolles Führungsverhalten und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin - Heidelberg, 2011, S 37-48.
- Raml, R., Positive Indikatoren der Gesundheit im Kontext Arbeit, Dissertation, eingereicht am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, 2009.
- Rosenstiel, L. von, "Unternehmenskultur – einige einführende Anmerkungen", in: Dierkes, M., von Rosenstiel, L. Steger, U. (Hrsg.), Unternehmenskultur in Theorie und Praxis. Konzepte aus Ökonomie, Psychologie und Ethnologie, Campus, Frankfurt am Main – New York, 1993, S. 8-22.
- Rugulies R, Norborg M, Sørensen TS, Knudsen LE, Burr H., Effort-reward imbalance at work and risk of sleep disturbances. Cross-sectional and prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study, Journal of psychosomatic research, Jänner 2009, 66(1), S. 75-83.
- Sackmann, S.A., "Möglichkeiten der Erfassung und Entwicklung von Unternehmenskultur", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Berlin Heidelberg, 2009, S. 15-22.
- Schein, Edgar, Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt 1995.
- Schnabel, C., Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.
- Schraub, E.M., Stegmaier, R., Sonntag, Kh., Büch, V., Michaelis, B. Spellenberg, U., "Bestimmung des ökonomischen Nutzens eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen, Berlin-Heidelberg, 2009, S. 101-110.
- Siegrist, J., "Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work", Journal of Occupational Health Psychology, 1996, 1, S. 27-43.
- Siegrist, J., "Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies", European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2008, 258(5), S. 115-19.
- Siegrist, J., Dragano, N., "Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben [Psychosocial stress and disease risks in occupational life. Results of international studies on the demand-control and the effort-reward imbalance models]", Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 2008, 51(3), S. 305-312.
- Steinke, M., Badura, B., Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden 2011.
- Treble, J., "An essay on absenteeism", Labour Economics Unit Research Paper, University of Hull, 1990, 90(5).
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J., "Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in comparison between two complementary job-stress models", Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 2001, 27, S. 146-53.
- Ulich, E., "Betriebliches Gesundheitsmanagement - Arbeitspsychologische Perspektiven", in: Gastager, F. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen, Böhlau Verlag Wien, 2008, S. 49-74.
- Ulich, E., Wülser, M., Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (2. Aufl.), Wiesbaden: Gabler, 2005.
- Vegchel, N. van, Jonge, J. de, Bakker, A.-B., Schaufeli, W.-B., "Testing global and specific indicators of rewards in the Effort-Reward Imbalance Model: Does it make any difference?", European Journal of Work and Organizational Psychology, 2002, 11(4), S. 403-421.

- Vincent, S., "Gesundheits- und entwicklungsförderliches Führungsverhalten: ein Analyseinstrument", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin - Heidelberg, 2011, S. 49-60.
- Wattendorff, F., Wienemann, E., "Betriebliches Gesundheitsmanagement", in: Gesundheit mit System. Unimagazin, Zeitschrift der Universität Hannover, 2004, 4(5), S. 28-31.
- Wienemann, E., "Salutogene Geschäftsprozessanalyse (Saluto-GPA)", in: Hamburger Stadtentwässerung AöR (Hrsg.), MeGA-Wandel. Gesundheitsförderung im demografischen Wandel. Leitfaden für Praktiker, Hamburg, 2010, S. 31-43.
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", Applied Economics Letters, 1999, 6(6), S. 337-341.
- Wirtz, A., Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2010.
- World Health Organisation (WHO), Epidemiology of work-related diseases and accidents. Tenth Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Genf, 1989.
- World Health Organisation (WHO), Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices, Genf, World Health Organisation, 2010.
- Zok, K., "Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter – Analyse von WIdO Mitarbeiterbefragungen", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin - Heidelberg, 2011, S. 27-36.

Anhang A

Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten
ArbeiterInnen und Angestellte

	Krankenstandstage	Versicherte	Krankenstandstage je Versicherte/n	Krankenstandsquote je Versicherte/n in %
1970	31.974.312	2.109.513	15,2	4,2
1971	32.588.616	2.171.881	15,0	4,1
1972	32.796.717	2.224.438	14,7	4,0
1973	33.787.387	2.312.976	14,6	4,0
1974	34.175.647	2.357.968	14,5	4,0
1975	34.918.804	2.354.164	14,8	4,1
1976	37.432.753	2.374.765	15,8	4,3
1977	37.804.988	2.421.101	15,6	4,3
1978	40.620.453	2.434.896	16,7	4,6
1979	41.285.187	2.447.039	16,9	4,6
1980	42.848.487	2.465.244	17,4	4,8
1981	41.804.312	2.473.578	16,9	4,6
1982	38.403.745	2.439.412	15,7	4,3
1983	36.367.784	2.403.182	15,1	4,1
1984	35.092.561	2.406.846	14,6	4,0
1985	37.254.734	2.418.155	15,4	4,2
1986	37.502.356	2.433.107	15,4	4,2
1987	35.487.121	2.434.512	14,6	4,0
1988	36.262.093	2.455.234	14,8	4,0
1989	38.223.904	2.505.830	15,3	4,2
1990	38.991.163	2.571.783	15,2	4,2
1991	40.260.567	2.640.092	15,2	4,2
1992	41.115.688	2.696.645	15,2	4,2
1993	40.643.743	2.695.419	15,1	4,1
1994	40.211.264	2.707.421	14,9	4,1
1995	40.280.958	2.709.693	14,9	4,1
1996	37.591.022	2.686.645	14,0	3,8
1997	35.511.390	2.694.743	13,2	3,6
1998	35.917.354	2.716.316	13,2	3,6
1999	39.659.222	2.748.270	14,4	4,0
2000	39.204.749	2.714.231	14,4	3,8
2001	37.722.076	2.738.890	13,8	3,6
2002	36.381.849	2.734.495	13,3	3,6
2003	36.158.004	2.740.817	13,2	3,5
2004	34.978.228	2.755.760	12,7	3,5
2005	35.172.049	2.790.597	12,6	3,5
2006	34.188.131	2.844.623	12,0	3,3
2007	36.485.062	2.916.015	12,5	3,4
2008	38.762.041	2.983.582	13,0	3,6
2009	38.699.956	2.941.047	13,2	3,6
2010	38.275.808	2.969.677	12,9	3,5
2011	39.977.321	3.036.107	13,2	3,6

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

	Erkrankungsquote in %	Krankenstandsfälle je Versicherte/n	Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	Krankenstandstage je Fall
1970	55,5	0,8	1,5	18,0
1971	55,4	0,9	1,6	17,4
1972	53,3	0,8	1,6	17,7
1973	52,6	0,8	1,6	17,6
1974	52,8	0,8	1,6	17,3
1975	56,0	0,9	1,6	16,8
1976	57,8	0,9	1,6	16,9
1977	57,1	0,9	1,6	17,1
1978	59,7	1,0	1,7	16,5
1979	57,4	1,0	1,7	17,1
1980	59,1	1,0	1,8	16,7
1981	56,4	1,0	1,8	17,1
1982	53,9	0,9	1,7	16,9
1983	54,5	1,0	1,8	15,5
1984	53,7	0,9	1,7	15,7
1985	57,3	1,0	1,8	14,8
1986	60,0	1,1	1,8	14,6
1987	54,0	1,0	1,8	14,6
1988	54,5	1,0	1,9	14,6
1989	58,4	1,1	1,9	13,5
1990	58,0	1,1	1,9	13,4
1991	58,1	1,1	1,9	13,5
1992	58,2	1,1	2,0	13,4
1993	59,0	1,1	1,9	13,4
1994	57,5	1,1	1,9	13,7
1995	58,8	1,1	1,9	13,2
1996	58,0	1,1	1,9	12,9
1997	57,3	1,1	1,8	12,4
1998	56,6	1,1	1,9	12,6
1999	60,6	1,2	1,9	12,5
2000	60,2	1,1	1,9	12,6
2001	58,5	1,1	1,9	12,4
2002	57,9	1,1	1,9	12,2
2003	58,7	1,1	1,9	12,0
2004	56,4	1,0	1,9	12,1
2005	58,9	1,1	1,9	11,5
2006	56,4	1,1	1,9	11,3
2007	59,4	1,1	1,9	11,2
2008	60,9	1,2	1,9	11,1
2009	62,3	1,2	1,9	11,0
2010	59,8	1,2	2,0	10,8
2011	62,4	1,2	2,0	10,6

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre In %	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
1970	3,5	4,0	7,1	2,9	4,0	6,1	3,3	4,0	6,7
1971	3,6	4,0	6,7	3,0	3,9	5,8	3,3	3,9	6,3
1972	3,6	3,9	6,5	3,0	3,8	5,7	3,3	3,9	6,2
1973	3,7	3,8	6,4	2,9	3,7	5,5	3,4	3,8	6,0
1974	3,7	3,8	6,4	2,9	3,6	5,7	3,4	3,7	6,1
1975	3,8	3,9	6,7	2,9	3,5	5,7	3,4	3,8	6,2
1976	4,0	4,2	7,2	3,0	3,7	6,3	3,6	4,0	6,8
1977	4,0	4,1	7,2	2,9	3,6	6,3	3,5	3,9	6,8
1978	4,4	4,4	7,5	3,2	3,8	6,8	3,9	4,1	7,2
1979	4,3	4,4	7,9	3,1	3,9	7,2	3,8	4,2	7,6
1980	4,5	4,5	8,2	3,3	3,9	7,5	4,0	4,3	7,9
1981	4,2	4,4	8,3	3,1	3,9	7,7	3,7	4,2	8,0
1982	3,9	4,0	8,3	2,8	3,5	7,4	3,4	3,8	8,0
1983	3,8	4,0	7,9	2,8	3,5	6,7	3,3	3,7	7,5
1984	3,7	3,8	7,6	2,7	3,4	6,7	3,2	3,6	7,3
1985	3,9	4,0	7,9	2,9	3,7	7,2	3,5	3,9	7,7
1986	3,9	4,1	7,8	3,0	3,8	7,2	3,5	4,0	7,6
1987	3,7	3,9	7,5	2,8	3,6	6,7	3,3	3,7	7,2
1988	3,8	3,8	7,9	2,8	3,6	7,3	3,3	3,7	7,7
1989	4,0	4,1	7,3	3,1	3,8	6,9	3,6	3,9	7,1
1990	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,7	3,6	3,9	6,9
1991	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1992	4,0	4,1	7,0	3,0	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1993	3,9	4,0	7,0	2,9	3,7	7,0	3,4	3,9	7,0
1994	3,8	3,9	7,3	2,7	3,5	7,1	3,3	3,8	7,2
1995	3,9	3,9	7,2	2,8	3,5	7,0	3,4	3,7	7,1
1996	3,6	3,7	6,8	2,7	3,3	6,6	3,1	3,5	6,7
1997	3,5	3,5	6,1	2,6	3,1	6,0	3,0	3,3	6,0
1998	3,4	3,5	6,3	2,7	3,0	5,8	3,1	3,3	6,1
1999	3,7	3,7	6,9	2,9	3,4	6,6	3,4	3,6	6,8
2000	3,6	3,6	6,8	2,9	3,3	6,6	3,2	3,5	6,7
2001	3,5	3,4	6,1	2,8	3,2	6,1	3,2	3,3	6,1
2002	3,4	3,3	5,8	2,7	3,1	5,8	3,0	3,2	5,8
2003	3,3	3,2	5,7	2,6	3,0	5,6	2,9	3,1	5,7
2004	3,1	3,1	5,6	2,4	2,9	5,5	2,8	3,0	5,6
2005	3,2	3,1	5,2	2,4	2,9	5,1	2,8	3,0	5,2
2006	3,0	3,0	5,0	2,3	2,8	4,9	2,7	2,9	4,9
2007	3,1	3,1	5,1	2,4	2,9	5,0	2,8	3,0	5,1
2008	3,2	3,1	5,3	2,5	3,1	5,1	2,9	3,1	5,2
2009	3,1	3,1	5,7	3,0	3,3	5,7	3,1	3,2	5,7
2010	3,0	3,0	5,6	2,9	3,2	5,5	3,0	3,1	5,6
2011	3,1	3,1	5,4	3,1	3,4	5,5	3,1	3,2	5,5

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Arbeiter In %	Frauen		Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt		Angestellte	Insgesamt	
1970	5,1	2,5	4,3	4,6	3,0	3,9	4,2
1971	5,0	2,5	4,3	4,5	3,0	3,9	4,1
1972	5,0	2,4	4,2	4,6	2,8	3,8	4,0
1973	5,1	2,4	4,2	4,6	2,7	3,7	4,0
1974	5,0	2,4	4,2	4,6	2,7	3,7	4,0
1975	5,3	2,5	4,4	4,6	2,8	3,6	4,1
1976	5,7	2,6	4,6	4,9	2,9	3,9	4,3
1977	5,6	2,6	4,6	4,9	2,9	3,8	4,3
1978	6,1	2,8	4,9	5,3	3,1	4,1	4,6
1979	6,2	2,8	5,0	5,4	3,1	4,1	4,6
1980	6,4	2,8	5,1	5,6	3,1	4,2	4,8
1981	6,2	2,8	5,0	5,5	3,1	4,2	4,6
1982	5,8	2,8	4,7	4,9	2,9	3,8	4,3
1983	5,7	2,7	4,5	4,8	2,7	3,6	4,1
1984	5,5	2,6	4,4	4,7	2,6	3,5	4,0
1985	5,8	2,7	4,6	5,0	2,8	3,7	4,2
1986	5,8	2,6	4,6	5,1	2,8	3,8	4,2
1987	5,5	2,5	4,3	4,9	2,6	3,6	4,0
1988	5,6	2,5	4,4	5,0	2,7	3,6	4,0
1989	5,7	2,6	4,5	5,2	2,8	3,8	4,2
1990	5,7	2,5	4,4	5,2	2,9	3,8	4,2
1991	5,7	2,5	4,4	5,3	2,9	3,8	4,2
1992	5,7	2,6	4,5	5,2	2,9	3,8	4,2
1993	5,6	2,7	4,4	5,1	3,0	3,8	4,1
1994	5,6	2,6	4,4	5,0	2,9	3,7	4,1
1995	5,6	2,7	4,4	5,0	2,9	3,7	4,1
1996	5,3	2,6	4,1	4,7	2,8	3,5	3,8
1997	5,0	2,4	3,9	4,5	2,6	3,3	3,6
1998	5,0	2,4	3,9	4,6	2,6	3,3	3,6
1999	5,4	2,7	4,2	5,0	2,9	3,6	4,0
2000	5,2	2,6	4,1	5,0	2,9	3,6	3,9
2001	5,0	2,4	3,9	4,8	2,8	3,4	3,7
2002	4,7	2,4	3,7	4,6	2,7	3,3	3,5
2003	4,7	2,4	3,7	4,5	2,7	3,2	3,5
2004	4,5	2,3	3,5	4,3	2,5	3,1	3,3
2005	4,5	2,3	3,5	4,2	2,6	3,1	3,3
2006	4,3	2,2	3,3	4,1	2,5	3,0	3,2
2007	4,4	2,3	3,5	4,3	2,6	3,1	3,3
2008	4,6	2,3	3,6	4,8	3,0	3,5	3,6
2009	4,6	2,5	3,6	4,8	3,1	3,6	3,6
2010	4,4	2,4	3,5	4,7	3,1	3,6	3,5
2011	4,4	2,5	3,5	4,8	3,3	3,7	3,6

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt
ArbeiterInnen und Angestellte

	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
	In %			
1970	4,3	4,8	5,0	3,3
1971	4,2	4,6	5,1	3,3
1972	4,2	4,7	4,8	3,2
1973	4,3	4,6	4,8	3,1
1974	3,4	4,5	4,9	3,2
1975	4,1	4,6	5,3	3,2
1976	4,4	5,0	5,7	3,4
1977	4,3	4,9	5,8	3,4
1978	4,4	5,2	6,2	3,6
1979	4,7	5,3	6,5	3,6
1980	4,8	5,5	6,5	3,7
1981	4,9	5,3	6,3	3,7
1982	4,7	4,9	6,1	3,5
1983	4,6	4,7	6,0	3,4
1984	4,4	4,6	5,7	3,3
1985	4,8	4,9	6,1	3,5
1986	4,7	4,9	6,1	3,5
1987	4,6	4,6	5,9	3,3
1988	4,7	4,7	5,7	3,5
1989	4,6	4,9	5,8	3,7
1990	4,5	4,8	5,6	3,7
1991	4,5	4,9	5,7	3,7
1992	4,5	4,9	5,6	3,8
1993	4,4	4,8	5,5	3,8
1994	4,7	4,7	5,4	3,8
1995	4,2	4,7	5,5	3,8
1996	4,0	4,4	5,0	3,6
1997	3,7	4,1	5,0	3,4
1998	3,9	4,1	4,8	3,4
1999	4,0	4,6	5,0	3,7
2000	3,8	4,4	4,8	3,7
2001	3,5	4,3	4,5	3,5
2002	3,3	4,1	4,3	3,4
2003	3,3	4,1	4,2	3,4
2004	3,0	3,8	4,4	3,3
2005	2,9	3,8	4,0	3,3
2006	2,7	3,6	3,8	3,1
2007	2,9	3,7	4,1	3,3
2008	–	–	–	–
2009	2,4	3,9	3,9	3,5
2010	2,4	3,8	3,8	3,4
2011	2,3	3,9	3,8	3,5

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Für das Jahr 2008 sind keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherten-zahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Anhang B

B1 Verwendete Daten

European Survey on Working Conditions (EWCS)

Die Daten aus der fünften Welle des "European Working Conditions Survey" (EWCS) beziehen sich auf das Jahr 2010 und bilden die Einschätzungen der arbeitenden Bevölkerung in der Europäischen Union und im europäischen Raum zu Arbeitsplatzbedingungen und gesundheitlichen Beschwerden ab. Die Befragung findet anhand eines standardisierten Fragebogens in der jeweiligen Landessprache statt. Die Bewertung der Repräsentativität der Stichprobe erfolgt mittels Vergleich mit den jeweiligen nationalen Arbeitskräfteerhebungen. Die Verteilung der demographischen Variablen Region, Alter und Geschlecht, Berufsgruppe sowie Sektor der Stichprobe des EWCS wurden mit der Stichprobe der Arbeitskräfteerhebung verglichen; etwaige signifikante Abweichungen dieser fünf Merkmale der EWCS-Daten von der Stichprobe der Arbeitskräfteerhebung aufgrund von Erfassungs- und Non-Response Problemen werden mittels Gewichtung angepasst. Der Datensatz wurde primär dafür konzipiert, Ergebnisse für die gesamte EU zu liefern. Bei der Umfrage von 2010 wurden je Mitgliedstaat etwa 1.000 Beschäftigte interviewt, mit Ausnahme von Belgien, Frankreich, Deutschland, Polen und Großbritannien, wo größere Samples eingesetzt wurden. Für weiterführende Informationen siehe *European Foundation* (2012).

Arbeitsklimaindex bzw. Arbeits- und Gesundheitsmonitor (AGM)

Der Österreichische Arbeitsklimaindex und der Arbeitsgesundheitsmonitor erfassen in jedem Quartal eine repräsentative Stichprobe (etwa 1.000 Befragte) von unselbständig Beschäftigten (und Arbeitslosen). Der Arbeitsklimaindex ist ein gemeinsames Produkt der Arbeiterkammer Oberösterreich und der beiden Sozialforschungsinstitute IFES (Institut für empirische Sozialforschung) und SORA (Institute for Social Research and Analysis). Er dient der Erforschung von Veränderungen in der Arbeitswelt und umfasst neben Indikatoren zur Arbeitszufriedenheit zahlreiche Themengebiete, wie z. B. eine Einschätzung der Einkommenssituation, eine Beschreibung der Arbeitszeitregelung und eine Bewertung der Zufriedenheit mit dem Führungsstil im Unternehmen. Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor wurde unter Mitwirkung des Arbeitsmedizinischen Dienstes Linz entwickelt, es handelt sich dabei um eine Erhebung der subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit der unselbständig Beschäftigten. Die Befragten geben Auskunft über ihre gesundheitliche Situation und über ihr gesundheitsrelevantes Verhalten (Sport, Ernährung, Konsum von Alkohol und Tabak), zudem werden Informationen zur Gesundheitsförderung im Betrieb und zum Krankenstandsverhalten der Beschäftigten (sowohl Fehlzeiten als auch Präsentismus) erhoben. Alle Daten des Arbeitsgesundheitsmonitors sind mit den Daten des Arbeitsklimaindex verknüpfbar. Für den vorliegenden Bericht wurde ein solcher verknüpfter Datensatz mit den kumulierten Erhebungswellen der Jahre 2008 bis einschließlich 2011 verwendet (insgesamt etwa 15.000 Erhebungspersonen).

B2 Variablen und zusammengesetzte Indikatoren zur Unternehmenskultur

Übersicht B1: Übersicht der Indizes zu den Dimensionen der Unternehmenskultur in der EU (EWCS 2010)

Index	Frage (item)	Antwortmöglichkeiten
Führungsqualität (auf einer Skala von 0 bis 5)	*) Ihr direkter Vorgesetzter gibt Ihnen Feedback zu Ihrer Arbeit?	2 Ausprägungen (ja/nein)
	*) Ihr direkter Vorgesetzter respektiert Sie als Mensch?	
	*) Ihr direkter Vorgesetzter ist gut darin, Konflikte zu lösen?	
	*) Ihr direkter Vorgesetzter ist gut darin, Arbeit zu planen und zu organisieren?	
	*) Ihr direkter Vorgesetzter ermutigt Sie, an wichtigen Entscheidungen mitzuwirken?.	
Unterstützung (auf einer Skala von 0 bis 5)	*) Ihre Kollegen helfen Ihnen und unterstützen Sie.	5 Ausprägungen (stimme stark zu/ überhaupt nicht zu bzw. immer/nie)
	*) Ihr Vorgesetzter/Chef hilft Ihnen und unterstützt Sie.	
	*) Ich fühle mich in diesem Unternehmen "zu Hause".	
Partizipation	*) Sie werden gefragt, bevor Ziele für Ihre Arbeit festgelegt werden.	5 Ausprägungen (immer/nie)
	*) Sie sind an der Verbesserung der Arbeitsorganisation oder der Arbeitsabläufe beteiligt.	
	*) Sie können bei Ihrer Arbeit Ihre eigenen Ideen umsetzen.	
	*) Sie können Entscheidungen, die wichtig für Ihre Arbeit sind, beeinflussen.	
Gratifikation	*) Die Firma/die Organisation, für die ich arbeite, motiviert mich, meine beste Arbeitsleistung zu erbringen.	5 Ausprägungen (stimme stark zu/ überhaupt nicht zu)
	*) Ich werde für meine Arbeit gut bezahlt.	
	*) Meine Arbeit bietet gute Karrierechancen.	
Anforderungen	*) Wie häufig beinhaltet Ihre Arbeit ein hohes Arbeitstempo?	7 Ausprägungen (ständig/nie)
	*) Wie häufig beinhaltet Ihre Arbeit arbeiten unter Termindruck?	
	*) Sie haben genügend Zeit für Ihre Arbeit zur Verfügung.	5 Ausprägungen (immer/nie)
Kontrolle	*) Können Sie die Reihenfolge der Aufgaben selbst auswählen oder ändern?	2 Ausprägungen (ja/nein)
	*) Können Sie die Arbeitsmethoden selbst auswählen oder ändern?	
	*) Können Sie das Arbeitstempo oder die Menge an Arbeit selbst auswählen oder ändern?	
	*) Sie haben bei der Auswahl Ihrer Kollegen ein Mitspracherecht.	5 Ausprägungen (immer/nie)
	*) Sie können eine Pause machen, wann Sie wollen.	

Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

Übersicht B2: Übersicht der Indizes zu den Dimensionen der Unternehmenskultur in Österreich (AGM 2008 bis 2011)

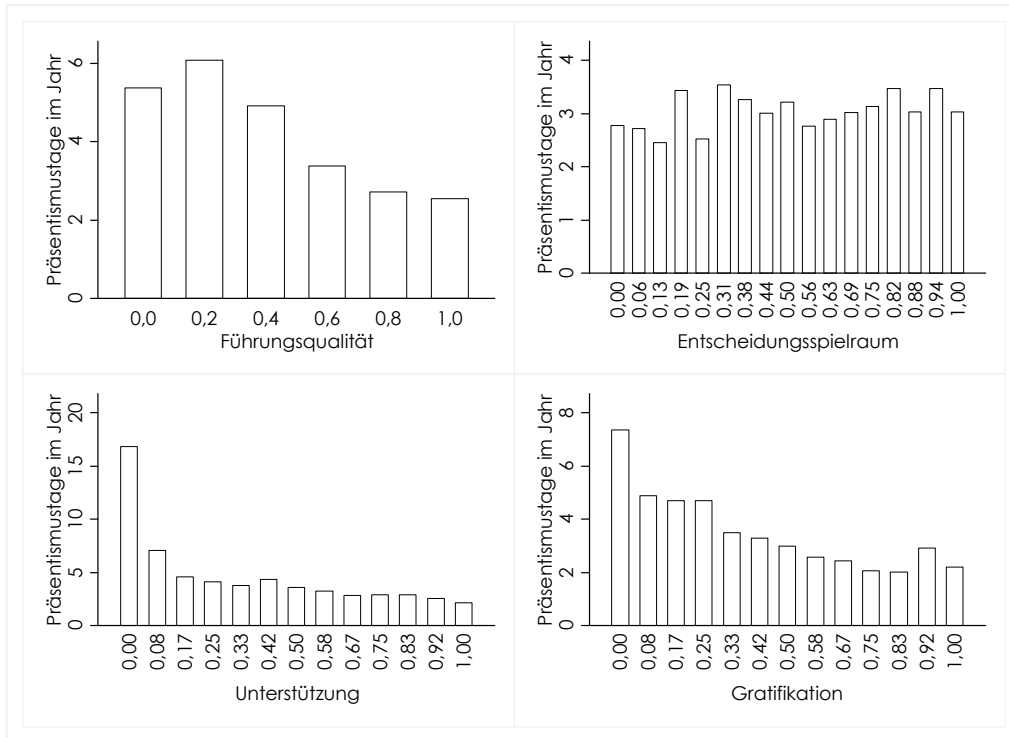
Index/Variable	Frage (item)	Antwortmöglichkeiten
Zufriedenheit mit Führungsstil	*) Wie zufrieden sind Sie mit dem Führungsstil durch die Vorgesetzten?	5 Ausprägungen (sehr zufrieden/gar nicht zufrieden)
Zufriedenheit mit Mitbestimmung	*) Wie zufrieden sind Sie mit den Mitbestimmungsmöglichkeiten der Arbeitnehmer im Betrieb?	5 Ausprägungen (sehr zufrieden/gar nicht zufrieden)
Zufriedenheit mit Entscheidungsspielraum	*) Wie zufrieden sind Sie mit den Möglichkeiten, über die Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden?	5 Ausprägungen (sehr zufrieden/gar nicht zufrieden)
Mangelnde Unterstützung	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte belastet?	5 Ausprägungen (sehr stark belastet/gar nicht belastet)
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch mangelnde Unterstützung durch Arbeitskollegen belastet?	
Regulationsüberforderung	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch Zeitdruck belastet?	5 Ausprägungen (stark belastet/gar nicht belastet)
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch technische oder organisatorische Veränderungen belastet?	
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch ständigen Wechsel der Arbeitsabläufe und Arbeitsanforderungen belastet?	
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch seelisch belastende und aufreibende Arbeit belastet?	
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch Einsamkeit, Isolation am Arbeitsplatz belastet?	
	*) Wie sehr fühlen Sie sich durch dauernden Kundenkontakt, Parteienverkehr belastet?	5 Ausprägungen (sehr stark belastet/gar nicht belastet)
*) Wie sehr fühlen Sie sich durch hohe Verantwortung für Güter oder Menschen belastet?		
*) Wie sehr fühlen Sie sich durch dauernde hohe Konzentration belastet?		
*) Wie sehr fühlen Sie sich durch mangelnde Rückzugsmöglichkeiten belastet?	5 Ausprägungen (sehr stark belastet/gar nicht belastet)	
*) Wie sehr fühlen Sie sich durch ständige Überwachung und Kontrolle belastet?		

Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen.

Anhang C

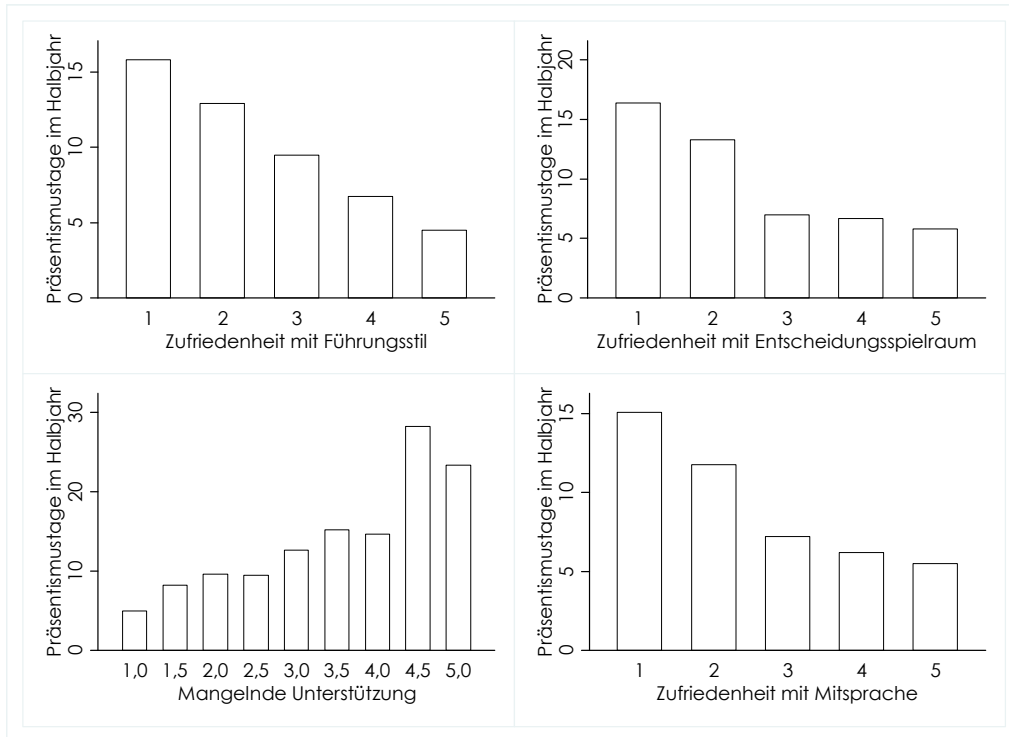
Abbildung C1: Präsentismus und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen

15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in der EU 27, EWCS 2010



Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

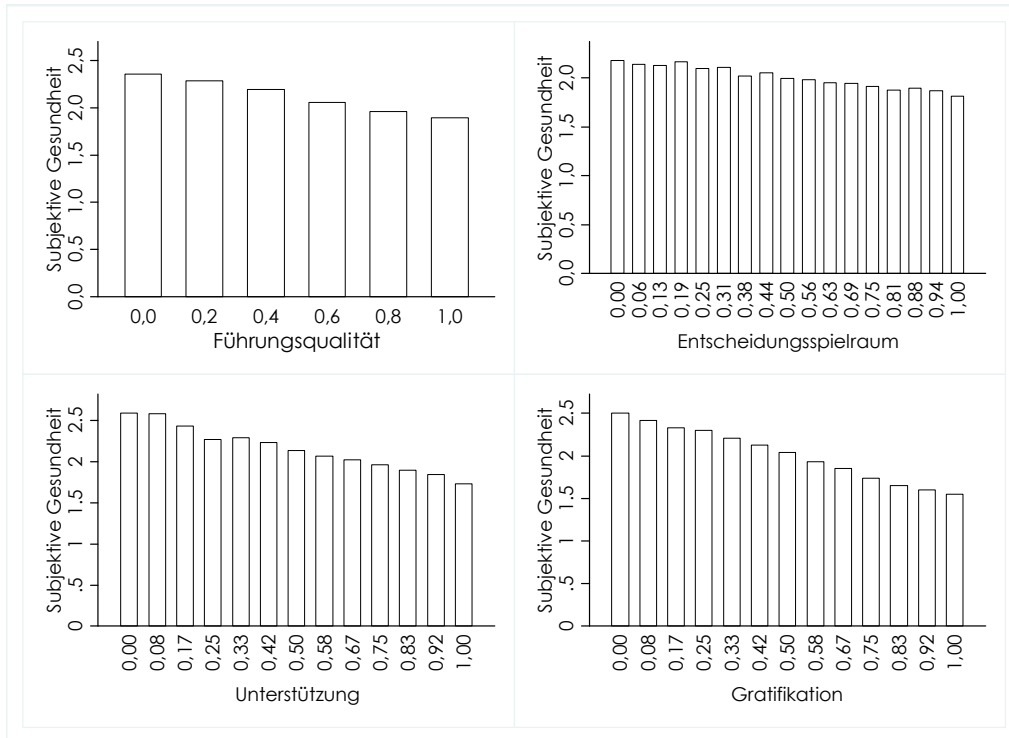
Abbildung C2: Präsentismus und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen
15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in Österreich, AGM 2008 bis 2011



Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen.

Abbildung C3: Subjektive Gesundheitseinschätzung und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen

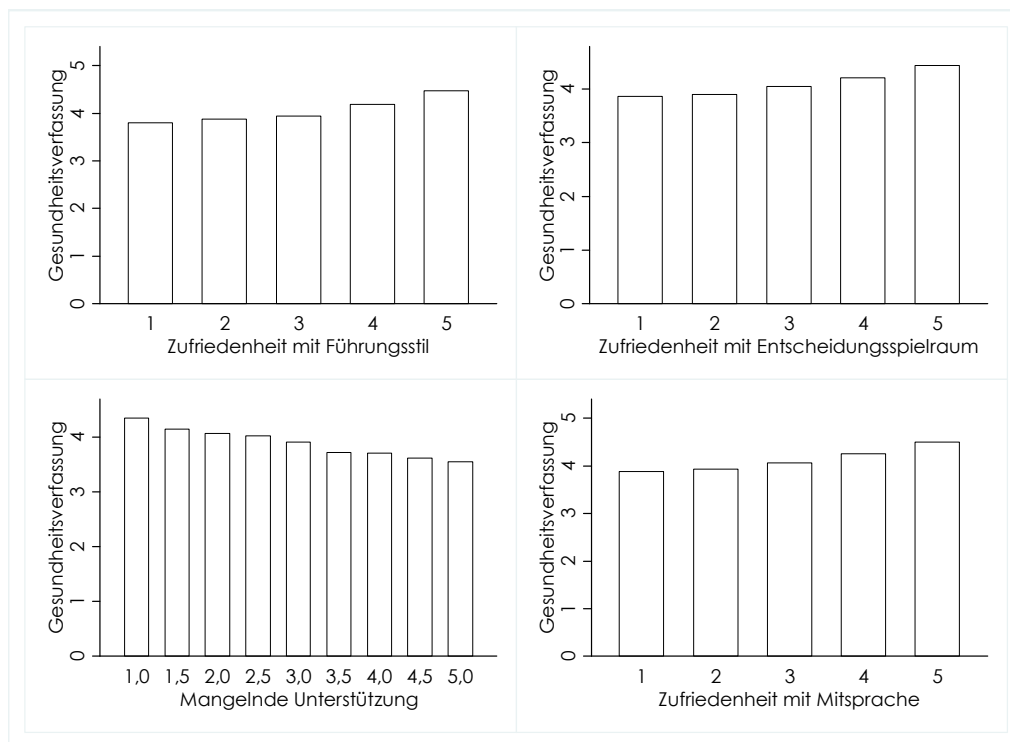
15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in der EU27, EWCS 2010



Q: European Working Conditions Survey 2010, WIFO-Berechnungen.

Abbildung C4: Subjektive Gesundheitseinschätzung und Unternehmenskultur – bivariate Darstellungen

15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte in Österreich, AGM 2008 bis 2011



Q: Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011, IFES- und WIFO-Berechnungen.

Übersicht C1: Korrelation zwischen den gesundheitlichen Indikatoren

15- bis 64-jährige unselbständig Beschäftigte, EWCS 2010

	Präsentismustage	Krankenstandstage	Gesundheitszustand (5=sehr gut)
EWCS 2010			
Präsentismustage	1		
Krankenstandstage	0,1526	1	
Gesundheitszustand (5=sehr gut)	-0,1578	-0,2064	1
AGM 2008 bis 2011			
Präsentismustage	1		
Krankenstandstage	0,1217	1	
Gesundheitszustand (5=sehr gut)	-0,1809	-0,2101	1

Q: European Working Conditions Survey 2010, Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitor 2008 bis 2011; IFES- und WIFO-Berechnungen.