WIFO

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

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG

Fehlzeitenreport 2017

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt

Thomas Leoni (WIFO), Johanna Schwinger (IfGP)

November 2017

WIFO
ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG
AUSTRIAN INSTITUTE OF ECONOMIC RESEARCH

Fehlzeitenreport 2017

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt

Thomas Leoni (WIFO), Johanna Schwinger (IfGP)

November 2017

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung und Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Begutachtung: Christine Mayrhuber (WIFO) • EDV: Georg Böhs •
Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl (WIFO)

Inhalt

Der Fehlzeitenreport gibt eine Übersicht über Entwicklung und Verteilung der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in Österreich. 2016 verringerte sich die Krankenstandsquote gegenüber dem Vorjahr leicht, die Beschäftigten verbrachten durchschnittlich 12,5 Kalendertage im Krankenstand, das entspricht einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,4%. Der aktuelle Bericht behandelt in einem Schwerpunktkapitel das Thema "Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt". Die über 50-Jährigen verbringen zwar aufgrund von längeren Krankenstandsfällen im Durchschnitt mehr Zeit im Krankenstand als Jüngere, der Anteil der Personen, die im Jahresverlauf erkranken, ist aber in allen Altersgruppen etwa gleich groß. In Bezug auf Leistungsfähigkeit und Produktivität zeigt sich ein sehr differenziertes Bild, wonach mit zunehmendem Alter Veränderungen, aber keineswegs nur Verschlechterungen eintreten. Die Erwerbsbeteiligung Älterer ist, wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, in weiten Teilen durch den Einsatz von alters- und alternsgerechten Maßnahmen gestaltbar.

Rückfragen: thomas.leoni@wifo.ac.at

2017/291-2/S/WIFO-Projektnummer: 9716

© 2017 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

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/60730

Fehlzeitenreport 2017

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni, Johanna Schwinger

Inhaltsverzeichnis ***Seiten***

Hauptergebnisse **I**

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich I

Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt V

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 *9*

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 36

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 *46*

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle *52*

1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle *53*

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche *55*

2 Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt **60**

2.1 Ausgangslage und Zielsetzung *60*

2.2 Datengrundlagen *63*

2.3 Gesundheitszustand und gesundheitliche Faktoren *65*

2.3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand *65*

2.3.2 Funktionale Einschränkungen *67*

2.3.3 Gesundheitliche Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit 70

2.3.4 Das Krankenstandsgeschehen der Älteren *74*

2.4 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsumfeld *78*

2.5 Was ist eine alter(n)sgerechte Gestaltung der Arbeitswelt? *82*

2.6 Handlungsfelder und Praxisbeispiele aus betrieblicher Sicht *89*
2.6.1 Unternehmens- und Führungskultur 90
2.6.2 Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung 92
2.6.3 Gesundheitsmanagement 93
2.6.4 Qualifizierung und Personalentwicklung 94
2.6.5 Wissensmanagement 96
2.6.6 Personalpolitik 97
2.6.7 Resümee zu den Modellen guter Praxis 98
2.7 Herangehensweise und Umsetzung im Betrieb *99*
2.7.1 Schritte zum alter(n)sgerechten Betrieb 100
2.7.2 Besondere Herausforderungen und Herangehensweisen in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) 103
2.8 Die Rolle der Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik *105*
2.9 Schlussfolgerungen *113*
Literaturhinweise **116**
Anhang **121**

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 37
Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht 43
Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote 44
Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik 46
Übersicht 2.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter und Erwerbsstatus 66
Übersicht 2.2: Alterskritische Arbeitsanforderungen 83
Übersicht 2.3: Entwicklung des Leistungsprofils bei zunehmendem Alter 84
Übersicht 2.4: Gestaltung von alter(n)sgerechtem Arbeiten - einige Kernelemente 88

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten 121
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung 122
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen 123
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht 124
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt 125

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 11
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	42
Abbildung 1.23:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	43
Abbildung 1.24:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	49
Abbildung 1.25:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	51
Abbildung 1.26:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	54
Abbildung 1.27:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	56
Abbildung 1.28:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	57
Abbildung 1.29:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	58
Abbildung 1.30:	Unfallquote nach Betriebsgröße	59
Abbildung 2.1:	Bevölkerungspyramide 2015, 2030, 2060	60
Abbildung 2.2:	Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit nach Altersgruppen	62
Abbildung 2.3:	Gesundheitliche Probleme und Einschränkungen nach Erwerbsstatus, Auswahl	68
Abbildung 2.4:	Gesundheitliche Probleme der im Erwerbsleben Eingeschränkten, Auswahl	73
Abbildung 2.5:	Krankenstandsquoten nach Alter und Erwerbsstatus	76
Abbildung 2.6:	Verteilung des Krankenstandsgeschehens der unselbständig Beschäftigten	76
Abbildung 2.7:	Verteilung der Krankenstandsursachen nach Altersgruppen	77
Abbildung 2.8:	Verteilung der Krankenstandsursachen der 50- bis 64-Jährigen	77
Abbildung 2.9:	Zufriedenheit am Arbeitsplatz nach Alter	80
Abbildung 2.10:	Belastungen am Arbeitsplatz nach Alter	81
Abbildung 2.11:	Alters-Produktivitäts-Profil	86
Abbildung 2.12:	Handlungsfelder der alter(n)sgerechten Arbeitswelt	89
Abbildung 2.13:	Ilmarinen-Richenhagen-Kurven	99
Abbildung 2.14:	Schritte zum alter(n)sgerechten Betrieb	100
Abbildung 2.15:	Beispiel für eine Altersstrukturanalyse und Prognose	102
Abbildung 2.16:	Voraussetzungen für eine längere Erwerbstätigkeit von Älteren	106
Abbildung 2.17:	Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit	108

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Im Vergleich zum Vorjahr kam es 2016 in Österreich zu einem geringfügigen Rückgang der gesundheitsbedingten Fehlzeiten. Die unselbständig Beschäftigten waren im Jahresverlauf durchschnittlich 12,5 Tage im Krankenstand, um 1,3% weniger als 2015 (12,7 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,4% (2015 3,5%). Während in den meisten Krankheitsgruppen die Zahl der Krankenstandstage leicht zunahm, verzeichneten Atemwegserkrankungen gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Rückgang. Die leicht rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote zwischen 2015 und 2016 kann somit vor allem durch eine etwas schwächere Grippewelle und die geringere Zahl an Atemwegsinfekten erklärt werden.

Aufgrund der Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2016 dauerten gut 40% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8,6% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung eine Unschärfe darstellt, die Statistik aber nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 12,3% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (knapp 60%).

Langfristig gesehen ist das Krankenstandsniveau derzeit vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980 mit 17,4 Krankenstandstagen pro Kopf ihren Höchstwert. Im Jahr 1990 verzeichnete die Statistik durchschnittlich 15,2 Tage pro Kopf, 2000 waren es noch 14,4 Tage. In den vergangenen zehn Jahren schwankte die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf zwischen 12,0 und 13,2. Dieser längerfristige Rückgang lässt sich nicht durch einen einzelnen Faktor erklären. Eindeutig vorteilhaft wirkten sich die Reduktion der Arbeitsunfälle und die Verschiebung der Wirtschaftsstruktur in Richtung Dienstleistungen auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Auch andere langfristige Trends, wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen dürften die Krankenstandsquote gedämpft haben. Darüber hinaus zeugt der deutliche Anstieg der Krankenstandsquote in Arbeitslosigkeit davon, dass vor allem ältere Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Problemen bei Arbeitsplatzverlust große Schwierigkeiten haben, in das aktive Erwerbsleben zurückzukehren.

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und jenen des Atemsystems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen rund 50% der Krankenstandsfälle und 42% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2016 gut 16%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Erstmals seit zehn Jahren kam es zu

keinem weiteren Anstieg der Zahl der psychischen Erkrankungen. Weiter fortgesetzt hat sich dagegen der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle.** 2016 lag die Unfallquote bei 321 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 2016 waren es weniger als 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.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ebenfalls ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber deutlich verringert. 2016 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 15,4 Tagen um 47% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,5 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 Herstellung von Waren 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 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 zuerst zu einer Angleichung und in den letzten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2016 verbrachten Frauen im Durchschnitt 7% mehr Tage im Krankenstand als Männer (13,0 Tage für Frauen und 12,1 Tage für Männer). Der Unterschied ist im Steigen begriffen, einerseits weil die Zahl der Über-50-Jährigen Frauen unter den Beschäftigten stärker steigt als jene der Männer, andererseits weil Frauen vermehrt in Branchen mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten (wie das Gesundheits- und Sozialwesen) beschäftigt sind, während gleichzeitig die Krankenstände in männerdominierten Branchen wie Bauwesen und Warenherstellung rückläufig sind.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2015. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2015 um 6,6% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Zieht man nur die Angestellten als Vergleichsbasis heran und führt man eine Standardisierung der Altersstruktur aufgrund der Verteilung der BeamtInnen und Vertragsbediensteten durch, dann lagen die Krankenstände im Bundesdienst etwa 15% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den ArbeiterInnen und Angestellten an. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2016 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,6 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit 13,6 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen und Wiener Gebietskrankenkasse mit 13,3 bzw. 12,5 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. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

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 volkswirtschaftlichen Kosten sowie zu den im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten für Krankheiten und Unfälle der unselbständig Beschäftigten. Eine grobe Abschätzung anhand von vereinfachenden Annahmen, die im Fehlzeitenreport 2007 in größerem Detail beschrieben und diskutiert wurden, 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, 2015

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 9.085	bis zu 2,6
Direkte Kosten (direkte Zahlungen)[1])	3.525	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste)[2])	bis zu 5.560	bis zu 1,6
Gesundheitsausgaben[3])	bis zu 8.648	bis zu 2,5
Direkte öffentliche Kosten	6.453	1,9
Direkte private Kosten	2.195	0,6

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni et al.* (2008A). – [1]) Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – [2]) Auf Basis der Annahme, dass sich etwa ein Viertel bis zur Hälfte des krankenstandsbedingten 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 anhand von Altersprofilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die allgemeine Bevölkerung (*Riedel – Röhrling*, 2007). Aufgrund der Tatsache, dass Beschäftigte im Schnitt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Nicht-Beschäftigte, sind die hier zugeordneten Kosten leicht überschätzt und bilden eine Obergrenze ab.

In 2015, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die ArbeitgeberInnen laut Angaben des Sozialministeriums in Summe 2,8 Mrd. € an **Entgeltfortzahlungen**. Weitere 685 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 3,5 Mrd. € oder 1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (Produktivitätsrückgänge, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten sind schwer quantifizierbar, sie schwanken stark in Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus (d. h. dem Auslastungsgrad der Produktionskapazitäten) und von der betrachteten Branche und Betriebsgröße. Unter stark vereinfachenden Annahmen kann geschätzt werden, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 0,8% bis 1,6% des BIP entstehen.

Die bereits genannten Kostenfaktoren stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankenstand, ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten würde sich entsprechend positiv auf diese Faktoren auswirken. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten würde sich aber nicht nur über die Reduktion von direkten und indirekten wirtschaftlichen Krankenstandskosten, sondern auch durch Kostensenkungen im **Gesundheitssystem** auswirken. Der Ausgabenrahmen, der mit den Gesundheitsausgaben der unselbständig Beschäftigten in Verbindung gebracht werden kann, belief sich im Jahr 2015 auf rund 2,5% des BIP. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung, BetriebsärztInnen, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2015 rund 121.000 Männer unter 65 Jahren und 50.000 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen[1]). Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 2.886 Mio. € an **Invaliditätspensionen**. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 298 Mio. € aufgewendet[2]).

[1]) Siehe *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016*, Tabelle 3.11.

[2]) Siehe www.bmask.gv.at, ESSOSS Tabellen, Funktionelle Gliederung der Sozialausgaben, Tabelle 2.4.

Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt

Der diesjährige Fehlzeitenreport befasst sich in seinem Schwerpunktkapitel mit der Frage der **alter(n)sgerechten Arbeitswelt**. Aufgrund der demographischen Verschiebung sowie der Bestrebungen, das faktische Pensionsantrittsalter zu erhöhen, sind sowohl die Erwerbsquoten der Über-50-Jährigen als auch der Anteil dieser Altersgruppe an den Beschäftigten stark im Steigen begriffen. Zwischen 1995 und 2016 erhöhte sich der Anteil der 50- bis 64-Jährigen an allen Erwerbstätigen von 15% auf 27%, die Erwerbsquote dieser Altersgruppe kletterte von 42% auf 66%. Allein zwischen 2008 und 2016 ist die Zahl der über-50-jährigen unselbständig Beschäftigen um mehr als 300.000 Personen gestiegen, das entspricht einem Anstieg um 45%.

Im internationalen Vergleich ist die Erwerbsbeteiligung der Älteren in Österreich aber nach wie vor niedrig und die Anhebung der Beschäftigungsquoten der Älteren mit großen Herausforderungen verknüpft. Das hängt auch damit zusammen, dass im EU-Vergleich das tatsächliche Pensionsalter generell und das gesetzliche Pensionsantrittsalter bei den Frauen niedriger ist, als im EU-Schnitt. Der rasche technologische Wandel und die Veränderungen in der Arbeitswelt erhöhen die Anforderungen an die Arbeitskräfte. Es eröffnen sich aber auch neue Chancen für die Erwerbsbeteiligung Älterer, beispielsweise weil durch den technologischen Fortschritt körperliche Arbeitsplatzbelastungen reduziert werden können.

In den vergangenen Jahren ist nicht nur die Zahl der älteren Beschäftigten, sondern aufgrund der Ausweitung des Arbeitskräfteangebots in diesem Alterssegment auch die Zahl der über-50-jährigen Arbeitsuchenden stark gestiegen. Die Arbeitslosenquote der Älteren unterscheidet sich nur geringfügig von jener der jüngeren Altersgruppen, unter Einberechnung der SchulungsteilnehmerInnen ist sie sogar leicht unterdurchschnittlich. Die Über-50-Jährigen sind bei Arbeitsplatzverlust aber mit großen Schwierigkeiten konfrontiert, was sich in längeren Verweildauern in Arbeitslosigkeit und einem höheren Anteil an Langzeitarbeitslosen niederschlägt. Die gesundheitliche Dimension ist nicht die einzige, aber eine wichtige Voraussetzung der **Beschäftigungsfähigkeit**. Darüber hinaus brauchen ältere Arbeitskräfte aber auch Kompetenzen und Qualifikationen, die am Arbeitsmarkt nachgefragt sind, sowie Rahmenbedingungen, die sich positiv auf die Einstellungs- und Beschäftigungsbereitschaft der Betriebe auswirken.

Sowohl die Krankenstandsdaten als auch andere Indikatoren belegen erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen steigt. Allerdings besteht zwischen Krankenstand und Alter kein einfacher, linearer Zusammenhang. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gehen die altersspezifischen Krankenstandsquoten leicht zurück. Ab 40 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen wieder an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. Ältere Arbeitskräfte treten seltener als junge einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Nicht anders als in den anderen Altersgruppen verzeichnet auch bei den Über-50-Jährigen die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf eine Woche oder länger

krankgeschrieben. Der überwiegende Teil der Fehlzeiten konzentriert sich in allen Altersgruppen auf einen anteilsmäßig etwa gleich großen Personenkreis: Bei den Jüngeren in Form einer höheren Zahl an kurzen Krankenständen, bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen.

Auch andere **Gesundheitsindikatoren** belegen, dass gesundheitliche Probleme mit dem Alter zunehmen, aber ebenfalls dass es keinen deterministischen Zusammenhang zwischen den beiden Größen gibt. Etwas mehr als ein Zehntel der 50- bis 64-Jährigen fühlt sich stark im Alltag eingeschränkt. Fast ein Fünftel der Älteren im erwerbsfähigen Alter ist der Meinung, ein gesundheitliches Problem oder eine Behinderung zu haben, die mit einer Einschränkung im Bereich der Erwerbstätigkeit einhergeht. Etwas mehr als 70% dieser Personen sind vorwiegend auf körperlicher Ebene bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten eingeschränkt. Die verbleibenden Personen unter den gesundheitlich am Arbeitsplatz Eingeschränkten weisen vorwiegend psychische oder (andere) chronische bzw. langwierige Gesundheitsprobleme auf. Verschiedene gesundheitliche Indikatoren zeigen zwischen den 50- und 60-Jährigen im Durchschnitt einen vergleichsweise stabilen Verlauf bzw. nur geringfügige Unterschiede. So schätzen beispielsweise die 60-Jährigen ihren allgemeinen Gesundheitszustand etwa gleich oft gut bzw. schlecht ein, wie die 50-Jährigen. Die Verbreitung von **funktionalen Einschränkungen** nimmt mit dem Alter zu, allerdings flacht die Steigerungsrate zwischen 50 und 60 Jahren ab. Hinter den Durchschnittsbetrachtungen verbergen sich mit zunehmendem Alter jedoch größere Unterschiede innerhalb derselben Altersgruppen: Die Varianz im gesundheitlichen Zustand zwischen gleichaltrigen Individuen steigt mit dem Alter, weil die auftretenden gesundheitlichen Probleme schwerwiegender werden und somit der "Abstand" zwischen den Gesunden und den gesundheitlich Eingeschränkten zunimmt.

Noch stärker als bei der Gesundheit zeigen sich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Produktivität Älterer sehr differenzierte Ergebnisse. Die **Leistungsfähigkeit** der Beschäftigten verändert sich mit dem Alter, es handelt sich dabei aber um eine Verschiebung zwischen Fähigkeiten bzw. Dimensionen der Leistungsfähigkeit und nicht um eine allgemeine Absenkung der Leistungsfähigkeit. Während bestimmte Fähigkeiten, vor allem im Zusammenhang mit psycho-organischen Veränderungen, im Schnitt mit dem Alter zurückgehen, besitzen Ältere in wichtigen Dimensionen der Leistungsfähigkeit einen Vorsprung gegenüber den Jüngeren. Statt des früheren, von einem Defizit-Modell beherrschten Bild des Alterns spricht man deshalb von einem **Modell des "differenzierten Alterns"**, wonach es mit dem Alter zu einer Differenzierung von Stärken und Schwächen kommt.

Neben **Fähigkeiten**, die mit dem Alter abnehmen, gibt es viele Fähigkeiten, die relativ konstant bleiben und eine weitere Reihe an Fähigkeiten, die im Alter eher zunehmen. Daraus folgt, dass es in der Arbeitswelt sowohl Aufgaben gibt, die für Ältere schwerer zu bewältigen sind, als auch solche, die sie besser erledigen können als jüngere MitarbeiterInnen. Zur ersten Kategorie zählen vor allem körperliche Arbeiten und Tätigkeiten mit extremen Umgebungseinflüssen wie Hitze, Lärm oder unzureichende Beleuchtung. Aber auch Aufgaben, die unter starkem Zeitdruck erfüllt werden müssen oder solche, die keine ausreichende Erholung ermöglichen. Zu den Aufgaben, die sie besser erledigen können, gehören z. B. solche, die Erfahrungswissen und komplexe Lösungswege erfordern, die Handlungsspielraum bieten und

selbständig eingeteilt werden können. Aber auch Tätigkeiten, die in besonderem Ausmaß soziale Kompetenzen oder Kenntnisse über informelle Beziehungen voraussetzen.

Dieses differenzierte Bild des Alterns und der damit einhergehenden Veränderungen in der Leistungsfähigkeit spiegelt sich auch in den verfügbaren Forschungserkenntnissen zur Auswirkung des Alters auf die **Produktivität**. Vor allem in der Vergangenheit war die Ansicht weit verbreitet, wonach die Arbeitsproduktivität im Alter zwischen 40 und 50 Jahren zu sinken beginnt. Die verfügbaren Forschungsergebnisse zur Produktivität älterer ArbeitnehmerInnen liefern dafür allerdings keine Belege und zeichnen ein differenziertes Bild. Die meisten Studien zeigen vor allem zwischen 40 und 60 Jahren vergleichsweise flache Alters-Produktivitäts-Profile. Auftretende altersspezifische Unterschiede sind meist eng verknüpft mit der Art der Tätigkeit und der Bildung von beruflichem Erfahrungswissen. Auch in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive gibt es keine Hinweise dafür, dass sich der demographische Wandel – vor allem im Lichte des Einsatzes technologischer Neuerungen – negativ auf die Produktivitätsentwicklung niederschlägt.

Aus den internationalen Forschungsarbeiten geht auch hervor, dass die Produktivität der Älteren keine fixe Größe ist, sondern durch spezifische **Rahmenbedingungen und Maßnahmen** positiv beeinflusst werden kann. Studienergebnisse belegen, dass Anpassungen der Arbeitsanforderungen und eine spezielle Ausstattung der Arbeitsplätze älterer ArbeitnehmerInnen mit signifikanten Produktivitätssteigerungen verbunden sind. Betriebe, die altersgemischte Teams einsetzen, verzeichnen ebenfalls gegenüber anderen Betrieben einen Produktivitätsvorsprung, wobei interessanterweise nicht nur die Produktivität älterer Beschäftigter, sondern auch jene jüngerer Beschäftigter höher ist als in Betrieben ohne altersgemischte Teams. Nicht alle Maßnahmen sind allerdings gleichermaßen und uneingeschränkt mit positiven Effekten assoziiert. Das gilt auch für Weiterbildungsmaßnahmen, die spezifisch an die Bedürfnisse der Älteren angepasst werden müssen, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen.

Der demographische Wandel innerhalb der Arbeitswelt ist somit sowohl in einer betriebs- als auch in einer volkswirtschaftlichen Perspektive mit Herausforderungen, aber auch Chancen verknüpft. Weder die Gesundheit der Erwerbspersonen noch, in stärkerem Ausmaß, ihre Leistungsfähigkeit und Produktivität im Arbeitsprozess sind fixe Größen, sondern können über unterschiedliche Kanäle gestaltet und beeinflusst werden. Eine nicht nur im Sinne der demographischen Veränderungen vorteilhafte Gestaltung der Arbeitswelt verbindet **altersgerechte und alter*n*sgerechte Maßnahmen**. Altersgerecht bedeutet, dass die psycho-organischen Veränderungen des Alterns durch entsprechende Gegenmaßnahmen und Anpassungen am Arbeitsplatz kompensiert werden. Dieser kompensatorische, auf die Älteren und auf Defizite fokussierte Ansatz bedarf aber einer Ergänzung durch eine alter*n*sgerechte Arbeitsgestaltung, bei der die gesamte Erwerbsbiographie in das Blickfeld gerückt und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit in allen Lebensphasen angesprochen wird. Eine alter*n*sgerechte Perspektive zielt darauf ab, frühzeitig Gesamtstrategien zu entwickeln, die präventiv der Entstehung alterstypischer Defizite entgegenwirken. Neben der Reduktion von Belastungen geht es dabei auch um die Stärkung der individuellen Ressourcen sowie die Ausschöpfung der gesundheitsförderlichen Potentiale der Arbeit.

Die alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeit kann nicht losgelöst von konkreten Tätigkeiten und individuellen Arbeitsplätzen stattfinden, weshalb die betriebliche Ebene von zentraler Bedeutung ist. Unterschiedliche **betriebliche Handlungsfelder** müssen angesprochen werden, um die Weichen für ein lebensphasenorientiertes Arbeiten zu legen: Angefangen bei der Unternehmens- und Führungskultur, über die Organisation und Gestaltung der Arbeitsprozesse, bis hin zum Wissensmanagement, der Qualifizierung, der Personalpolitik und dem Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Zusammen mit den Betrieben sind auch die **Erwerbspersonen** gefordert, einen Umdenkprozess mitzutragen und ihre Erwartungshaltungen in Bezug auf den Zeitpunkt des Pensionsantritts anzupassen. Gleichzeitig muss das Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass die eigene Beschäftigungsfähigkeit ein wesentlicher Garant für einen sicheren Arbeitsplatz bzw. den Erhalt des Arbeitsplatzes ist. Wie die dargestellten Praxisbeispiele zeigen, kann sowohl in Österreich als auch im internationalen Umfeld auf ein großes Reservoir an Erfahrungswerten bei der Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zurückgegriffen werden.

Veränderungen, vor allem wenn sie auf Steuerungsebene das gesamte Unternehmen betreffen und die Unternehmenskultur positiv beeinflussen sollen, brauchen Zeit. Daher ist bei der Einführung eines effektiven und effizienten Alter(n)smanagements eine **Schritt-für-Schritt Herangehensweise** optimal. Je besser das Vorgehen an den Arbeitskontext und die vorhandenen Betriebsroutinen angepasst ist, desto eher können konkrete Erfolge erreicht werden. Das setzt in einem ersten Schritt eine detaillierte Bestandsaufnahme und Ist-Analyse der alter(n)sgerechten Rahmenbedingungen und Bedürfnisse im Betrieb voraus. In einem zweiten Schritt müssen die konkreten Ziele definiert und die entsprechenden Handlungsfelder abgeleitet werden. Nach Ableitung der Handlungsfelder werden die Instrumente und Maßnahmen für die Umsetzung festgelegt. Abschließend zeigt eine Evaluierung den Erfolg der angestrebten Ziele auf und sollte in der Folge Informationen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung liefern. Die Unternehmen können bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen auf ein breites Beratungsangebot von Institutionen wie Arbeitsmarktservice und Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz oder der Sozialversicherung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zurückgreifen.

Neben einer strukturierten, schrittweisen Herangehensweise sind auch weitere Faktoren für eine **erfolgreiche Umsetzung** im Betrieb entscheidend. Die Führungsebene spielt für die Etablierung eines lebensphasenorientierten Modells des differenzierten Alterns, den Abbau von altersspezifischen Stereotypen im Betrieb und die Veränderung der Unternehmenskultur eine zentrale Rolle. Gleichzeitig müssen auch die MitarbeiterInnen und die anderen betrieblichen AkteurInnen von Beginn an in den Veränderungsprozess eingebunden und entsprechende Informations- und Kommunikationskanäle sichergestellt werden. Projekt- bzw. Aufgabenverantwortliche müssen benannt und Prozesse zur innerbetrieblichen Qualifizierung sowie zum Kompetenzaufbau etabliert werden. Die Einbindung von ExpertInnen ist hilfreich, vor allem um die Prozessumsetzung zu Beginn zu begleiten. Ebenso sinnvoll ist die Vernetzung mit externen AkteurInnen, um von den Erfolgen der anderen zu lernen. Generell sollte die Frage des betrieblichen Alter(n)smanagements in das vorhandene Personalmanagement bzw. im Idealfall in größeren Betrieben in einer entsprechenden Struktur eines Betrieblichen Gesundheits-

managements (BGM) eingebettet sein. Dadurch lässt sich das Thema im ArbeitnehmerInnenschutz, in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement ganzheitlich verbinden.

Österreichs Wirtschaft ist von **kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)** geprägt. 1,8 Mio. Personen sind in KMU beschäftigt. Grundsätzlich unterscheidet sich die Vorgehensweise zur alter(n)sgerechten Arbeitsplatzgestaltung in diesen Unternehmen nicht von jener in größeren Betrieben. Die genannten Schritte sollten so auch in KMU (in reduzierter und angepasster Form) durchlaufen werden. Kleinere Betriebe stehen in der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen jedoch vor besonderen Herausforderungen. Diese betreffen meist finanzielle und personelle Ressourcen. Die vorhandene Arbeitsbelastung (höhere Arbeitsvielfalt, Fehlen von spezifischen Kompetenzen und Humanressourcen) wird als häufigster Grund genannt, keine gesundheitsförderlichen Aktivitäten umzusetzen. Das Tagesgeschäft steht im Vordergrund. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, dann vorwiegend jene, die kostengünstig sind und nur wenig Zeit der MitarbeiterInnen in Anspruch nehmen. Zur Umsetzung eines "alter*n*sgerechten Betriebs" braucht es also in kleinen und mittleren Unternehmen ressourcenschonende, unternehmensnahe, flexible und einfach umsetzbare Instrumente und Konzepte. Dies trifft für Ein-Personen-Unternehmen, die sich oft an der Schwelle zu Kleinstunternehmen befinden, in verstärktem Maße zu. Für dieses Segment gilt es neue und tragfähige Konzepte zu entwickeln, die alle Alter*n*sbereiche adressieren und damit mehr Gesundheit in die Betriebe bringen.

Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und der Erwerbsbeteiligung Älterer ruft jenseits der betrieblichen Handlungsfelder auch zahlreiche Bereiche der **Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik** auf den Plan. Dabei geht es um die Sicherstellung von attraktiven Rahmenbedingungen für die Einstellung und Beschäftigung Älterer, ebenso wie um die Umsetzung von präventiven und aktivierenden Ansätzen und um Unterstützung bei der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von gesundheitlich belasteten Personen in den Arbeitsmarkt. Ein wichtiger Bereich betrifft die Rahmenbedingungen im Sozial- und Pensionssystem, die das Erwerbsverhalten im Allgemeinen sowie den Zeitpunkt und die Modalität des Austritts aus dem Arbeitsmarkt beeinflussen. Für jene Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben oder nach einer längeren Abwesenheit wieder in den Arbeitsmarkt zurückkehren, spielen vor allem Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie Regelungen zur Wiedereingliederung nach Krankheit oder Unfall eine zentrale Rolle. Die konkreten Arbeitsmarktchancen der Älteren werden auch durch zahlreiche andere Regelungen und Rahmenbedingungen auf gesetzlicher und kollektivvertraglicher Ebene mitbestimmt. Dazu zählen neben dem Lohnniveau und dessen Verlauf im Erwerbsalter, auch die Bestimmungen zur Arbeitszeit, zum Urlaub und zu den Arbeitsplatzbedingungen.

Wie die jüngsten Entwicklungen am **Arbeitsmarkt** belegen, ist die Arbeitsmarktintegration vor allem für Teilsegmente der Älteren mit hohen Hürden verknüpft. In den letzten Jahren ist die Zahl der älteren Arbeitslosen angestiegen, Indikatoren zur Dauer der Beschäftigungslosigkeit zeigen gerade bei Älteren eine besorgniserregende Verfestigung der Arbeitslosigkeit. Personen mit gesundheitlichen Problemen sind in der Gruppe der Langzeitarbeitslosen stark vertreten. Alle gesundheitlichen Indikatoren, einschließlich der Krankenstandsquoten, weisen auf

ein erhebliches gesundheitliches Gefälle zwischen Beschäftigten und Arbeitsuchenden hin. Besonders in Fällen, bei denen gesundheitliche Einschränkungen kumuliert mit schwachen Qualifikationsprofilen auftreten, verringern sich die Beschäftigungschancen der Arbeitsuchenden in erheblichem Maße.

Auch unter den Älteren, die sich in Beschäftigung befinden, überwiegt – trotz einer ansonsten hohen Arbeitszufriedenheit – in Bezug auf die eigenen **Arbeitsmarktchancen** ein pessimistisches Bild. Die Sorge, bei Verlust des Arbeitsplatzes nur schwer eine andere passende Stelle finden zu können, ist weit verbreitet. Hohe Produktivität und Zufriedenheit am Arbeitsplatz einerseits und schlechte Jobaussichten bei Arbeitsplatzverlust andererseits stehen nicht zwangsläufig im Widerspruch, vor allem wenn ältere Arbeitsuchende mit einer Kombination aus objektiven Wiedereinstellungshürden (z. B. aufgrund eines hohen Anteils an firmenspezifischem, nicht-transferierbarem Wissen) und negativen Altersstereotypen konfrontiert sind. Präventive Aktivitäten sind demnach besonders erfolgversprechend: Bleiben ältere ArbeitnehmerInnen in Beschäftigung, so bleiben Produktivität und Arbeitszufriedenheit erhalten, fallen sie aus dem Erwerbsprozess, so haben sie es schwer, wieder in Beschäftigung integriert zu werden. Auch aufgrund des Nachholbedarfs, den Österreich in Bezug auf die Erwerbsbeteiligung der Älteren aufweist, erfordert das Ziel einer alter(n)sgerechten Arbeitswelt noch große Anstrengungen vonseiten der gesellschaftlichen und politischen AkteurInnen, der Unternehmen und der ArbeitnehmerInnen selbst.

Fehlzeitenreport 2017

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieses Kapitel dient einem Überblick über die langfristige 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. 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 über kurz oder lang zwangsläufig negativ auf die Krankenstände aus.

Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. 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 gegenüber[3]).

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 ökonomischer[4]) Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des so genannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik*

[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.

niederschlagen. 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 vorauszuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung können wir 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, Arztbesuche und unentschuldigte Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte bzw. gesundheitlich bedingte) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) 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. Werktage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (*Biffl*, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2016 waren 3,24 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 92% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich[5]). 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

[5]) Im Jahresdurchschnitt 2016 gab es laut HVB 3,50 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen[6]). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdiener 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 – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2016 bis zum Jahr 1970 zurück[7]).

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 HVB 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 stabil[8]). Zum Stichtag 1. Juli 2016 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% 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. In diesem Kapitel wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.

[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.

[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 Stichtagerhebung im Juli erteilt der HVB Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (*Korn – Schmotzer,* 2017).

- 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 (ein bis drei Tage) krank melden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle 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 Beschäftigungsausmaß 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 Absenztage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeitenerfassungen.
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 Krankenstandsfalles. 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 Jahresarbeitstagen 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 Präsenzdiener. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren[9]). 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

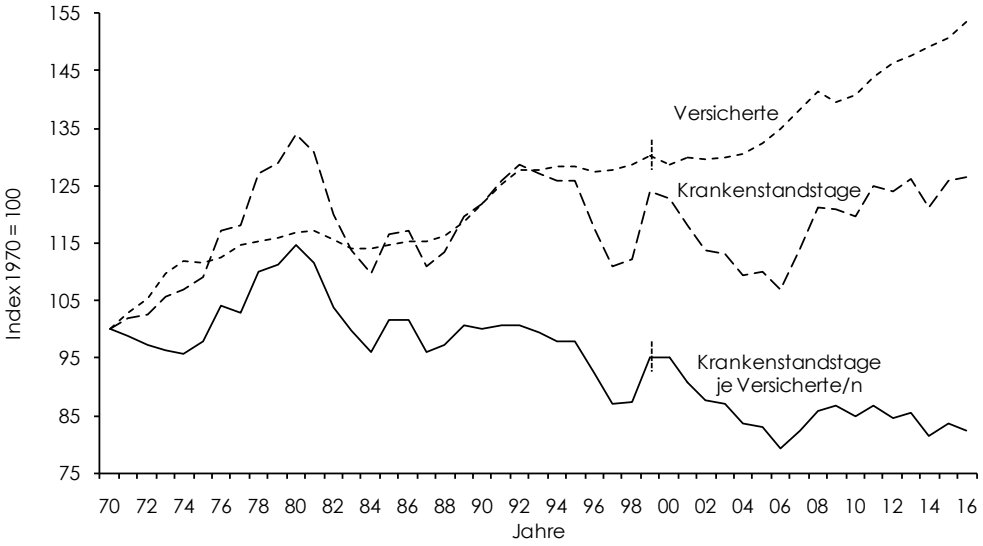
Im Zeitraum 1970 bis 2016 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. 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 2016 40,5 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

[9]) Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und Präsenzdiener 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.

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, zwischen 2008 und 2013 schwankte die Zahl der Krankenstandstage nur geringfügig. Nach einem stärkeren Rückgang auf durchschnittlich 12,3 Tage pro Kopf in 2014 erhöhte sich die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Kopf auf 12,7 Tage 2015 und reduzierte sich 2016 auf 12,5.

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.

Für die hohen Krankenstandswerte in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren und den darauf folgenden Rückgang sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich. Einerseits wurde in der Vergangenheit der Anstieg der Arbeitslosigkeit mit Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes bei älteren Arbeitskräften bekämpft, insbesondere durch einen leichten Übertritt in die Pension aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit. Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein (*Meggeneder,* 2005). In den 1990er-Jahren kam es dagegen zu einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen. Seit den 1980er-Jahren konnte zudem die Unfallquote in der österreichischen Wirtschaft spürbar gesenkt werden, eine Entwicklung, die sich ebenfalls günstig auf die Krankenstände auswirkte. Darüber hinaus dürften weitere Veränderungen in der Arbeitswelt die durchschnittliche Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage gedrückt haben: der starke Anstieg der Teilzeitbeschäftigung, die Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse, aber auch die anhaltende Arbeitslosigkeit. Vor allem bei älteren Arbeitskräften gehen schlechte Arbeitsmarktperspektiven oft mit gesundheitlichen Einschränkungen einher, wobei sowohl gesundheitliche Probleme die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit erhöhen, als

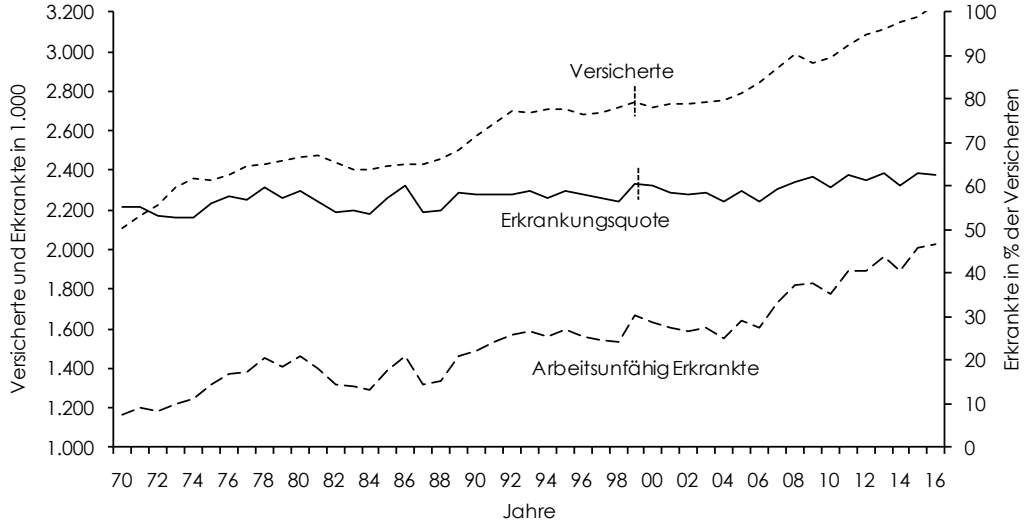
auch Arbeitslosigkeit die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Die Krankenstandsquote der Arbeitslosen verzeichnete längerfristig einen spürbaren Anstieg, was als Hinweis auf eine negative Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit gewertet werden kann (*Eppel et al.*, 2016).

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich 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 (*Biffl*, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjähriger und nicht ganzjähriger Beschäftigung 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 2016 3,4%. 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 (*Biffl*, 2002):

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

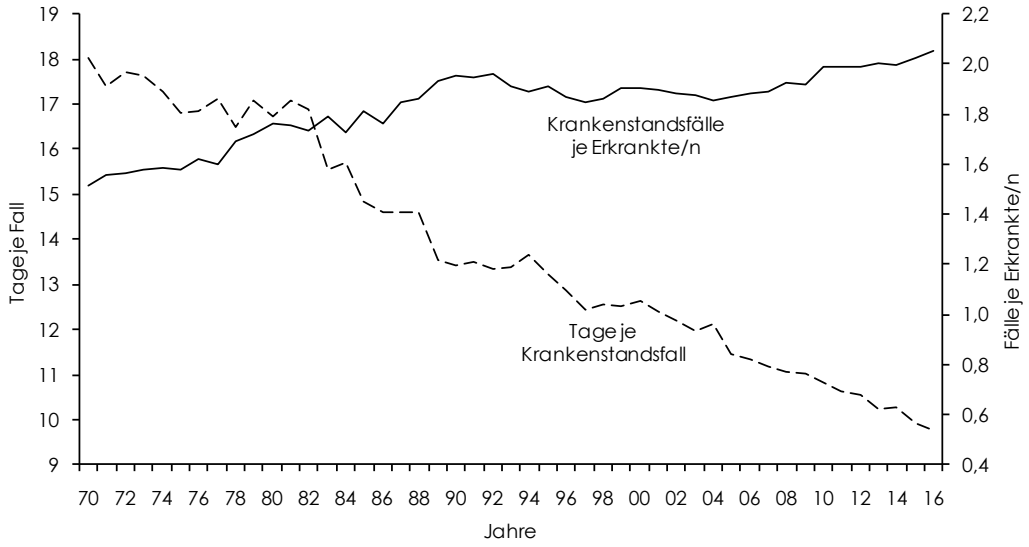
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten
Österreich



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.

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 und 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2016 wurde eine Erkrankungsquote von 62,5% registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Häufigkeit und die Dauer der Krankheitsepisoden haben sich über die Zeit verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2016 zweimal (Abbildung 1.3). Das gleiche Bild ergibt sich bei einer Betrachtung, bei der die verzeichneten Krankenstandsfälle durch die Gesamtzahl der Versicherten dividiert werden: 1970 entfielen rein statistisch auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2016 waren es 1,28 Fälle (Übersicht A2).

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 9,8 Tage im Jahr 2016.

1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände von ein bis 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.

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.

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HVB 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%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhalts-

punkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik.

Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, ist zu 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 ArbeitnehmerInneninteressensvertretungen sowohl den ArbeiterInnen als auch den Angestellte 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.

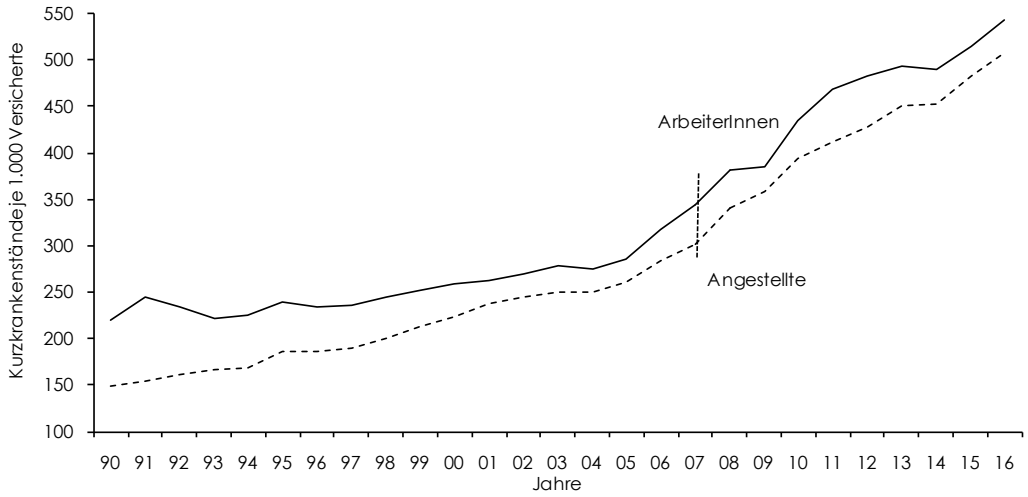
Aus der Entwicklung der Statistik der Krankenstandsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist[10]). 2016 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2015 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 49,6%. 2016 lag der Quotient bei 52,2%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2015 waren es 496 und 2016 522 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen und Angestellten stark an. Während der 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

[10]) 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 Krankenstandsdaten (2008 35,8%).

zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2016 auf 1.000 Versicherte 507 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 543 (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 2014 1,5 Fälle pro Kopf (*Bundeskanzleramt*, 2015A, 2015B).

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.

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 von ÄrztInnen 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

erklären[11]). 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.

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 Krankenstandsdauer sind 2016 bei den Angestellten 9,9% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt am Durchschnitt (1990 3%), jene der Frauen nahe am Durchschnitt (2016 10,0% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 7,2% in 2016 (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 (2016 6,5% gegenüber 7,5%).

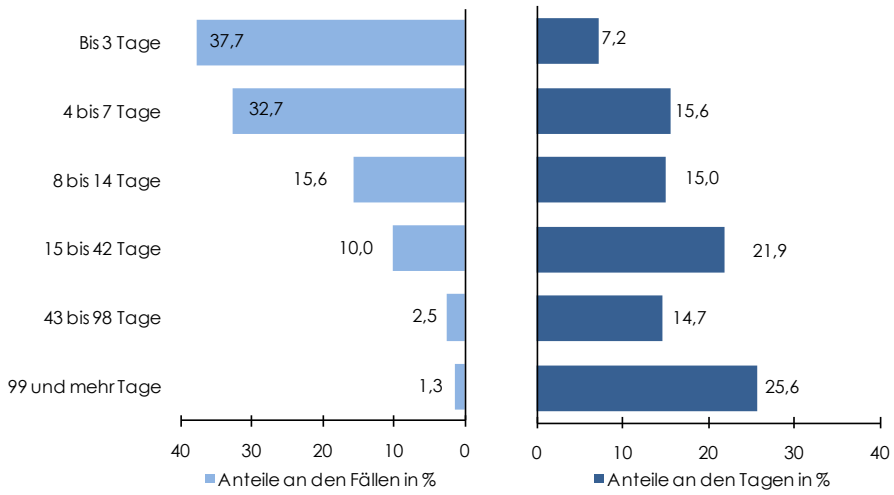
Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2016 waren 40,7% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 8,6%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor weniger als 10% der Krankenstandstage in der Statistik auf kurze Krankenstandsepisoden zurück. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen 3,3% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 38,0% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 40,4% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 35,6%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al.*, 2017) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2016 6,2% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 36% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsun-

[11]) Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (für die Periode 2005 bis 2014) für das Jahr 2014 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2005 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Drittel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2005 und 2014 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden kann.

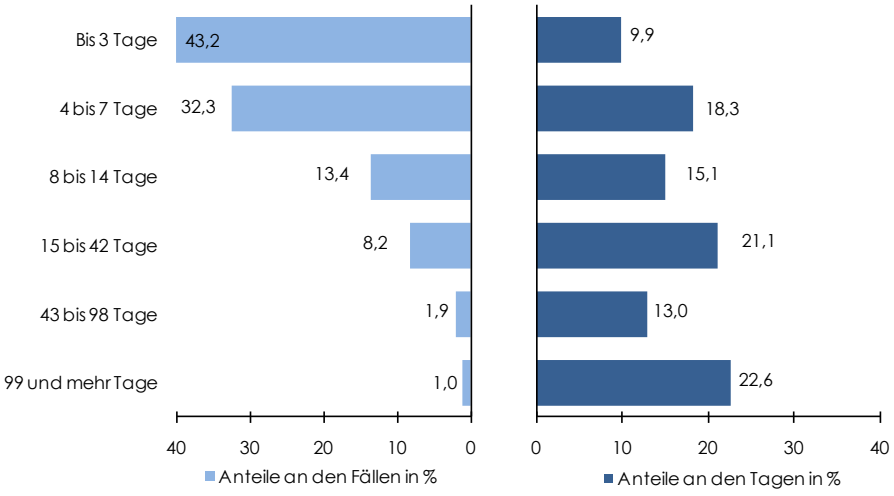
fähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller,* 1998) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen
Österreich, 2016



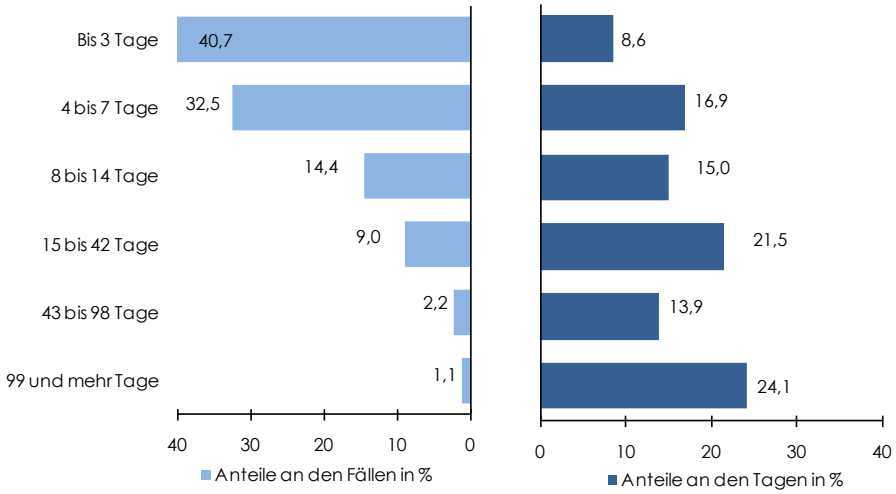
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte
Österreich, 2016



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2016



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 etwa einem Krankenstandstag pro Jahr. Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 12% (diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2014). *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 der Zugänge in den Krankenstand und des Krankenstandsbestands 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

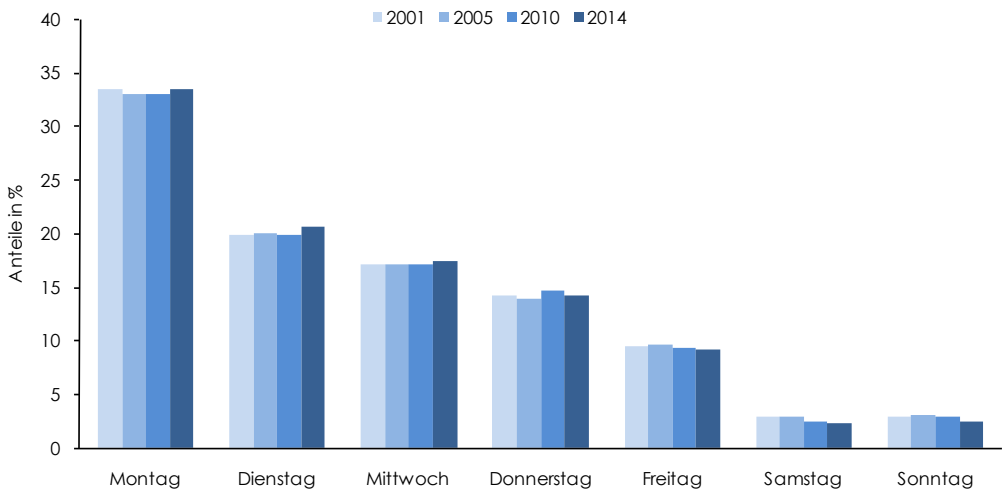
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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. Zuletzt kam es zu Jahresanfang 2013 und 2015 zu überdurchschnittlich starken Grippewellen. In beiden Jahren verzeichneten im Februar rein statistisch betrachtet über 17% der ArbeiterInnen und über 15% der Angestellten einen Krankenstand. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009, 2011 und 2015 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012 und 2014 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. Im vergangenen Jahr (2016) verzeichneten vor allem die letzten Monate einen überdurchschnittlich starken Anstieg der Zugänge in den Krankenstand.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



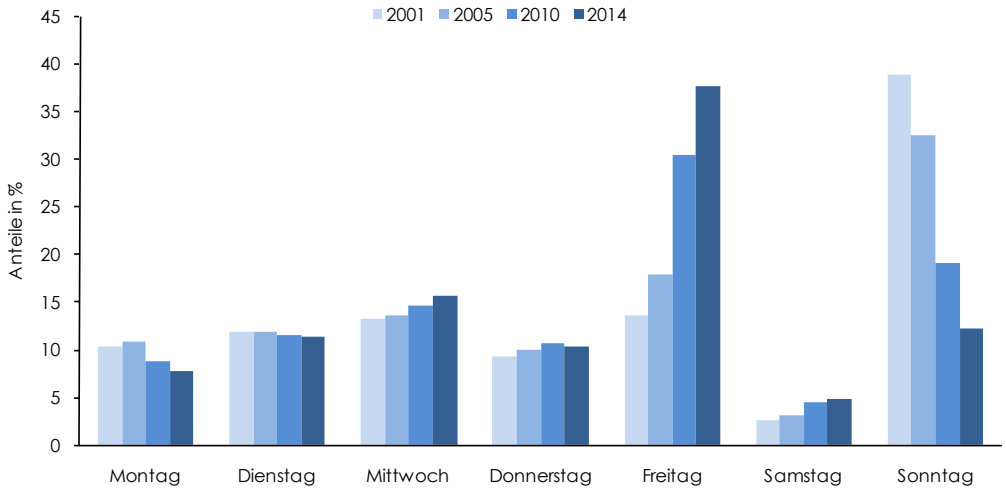
Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt[12]). Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen

[12]) Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni*, 2011: 66f). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich liegen nicht vor.

im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von ÄrztInnen und PatientInnen 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 hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte ÄrztInnen aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass ÄrztInnen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden 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, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. 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.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). Im Laufe der letzten Jahre nahm allerdings der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen am Sonntag ebenso stark zurückging. Vermutlich sehen sich ÄrztInnen heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu been-

den bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin am Montag zu vereinbaren. Zugleich bzw. zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.3)[13]).

Für Österreich konnte in der Vergangenheit pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingingen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent waren: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende begannen, wurde die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt flossen die Wochenendtage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfielen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die betroffene Person tatsächlich vielleicht schon am Samstag genesen war. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2014 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) führt allerdings dazu, dass der statistisch erfasste Krankenstand die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzt. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, werden oft mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt wird. Gleichzeitig verkleinert sich dadurch die Diskrepanz zwischen den in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Kalendertagen und den infolge von Krankenständen tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen.

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (*Badura et al.*, 2005). Dieses Muster blieb in unserem Nachbarland weitgehend konstant: 2016 endeten in Deutschland rund 44,5% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 8,9% (*Badura et al.*, 2017). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 13,5% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 10% 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 haben, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Ver-

[13]) Es ist naheliegend, 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.

gleich 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 et al.,* 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 Versichertenzahlen 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, dann verringert und zuletzt umgekehrt. 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 Fehl-

zeiten von Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)[14]), seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer geringfügig unter jener der Frauen. 2016 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,3%, jene der Frauen 3,6%. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne Präsenzdiener 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)[15]).

[14]) Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

[15]) 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 kann[16]). 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 50 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7%). In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der Bis-19-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines sehr starken Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten betrachtet werden: 2016 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 151.200 Männer und 131.600 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 8,7% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 50.600 Männer und 13.400 Frauen (insgesamt 2,0% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 7.000 Männer und 4.000 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Beschäftigungsquote der drei angesprochenen Altersgruppen lag bei respektive 66,7%, 22,7% und 2,1%, bei den 50- bis 54-Jährigen betrug sie 81,7%.

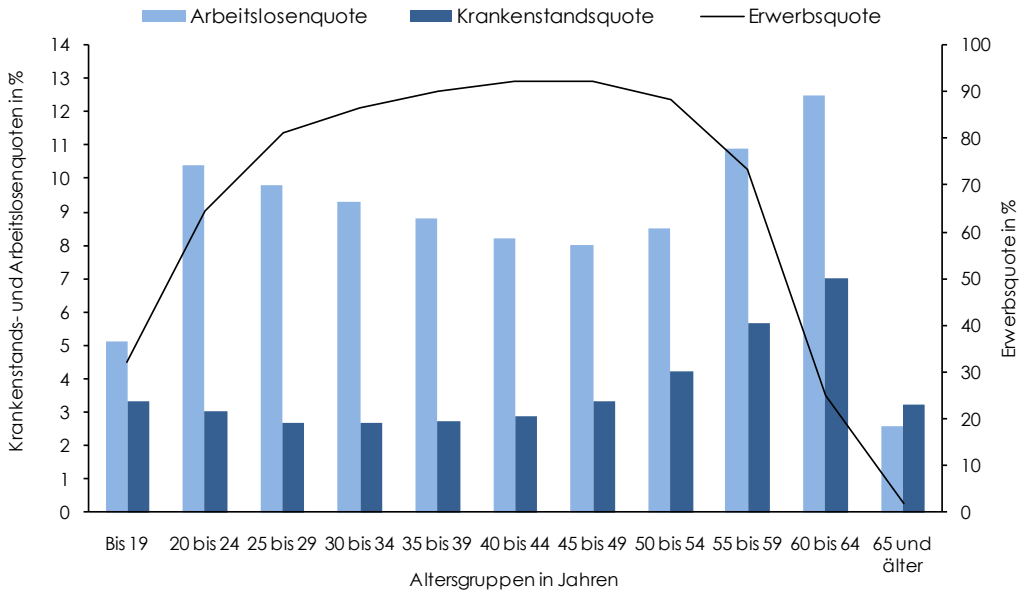
Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2016 bei den 50- bis 54-Jährigen 88,3% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 73,4% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 25,2% ab (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2016 mit 10,9% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 12,5% deutlich über dem Durchschnittswert von 9,1%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension[17]) abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 59 und 60 Jahren, für Frauen mit 57 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2016 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 3.441, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 6.488 und in der Altersgruppe der

[16]) Im Jahr 2016 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 41%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 65%.

[17]) Zur Bezeichnung des Versicherungsfalls 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.

60- bis 64-Jährigen 2.824 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen[18]). Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter
Österreich, 2016



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

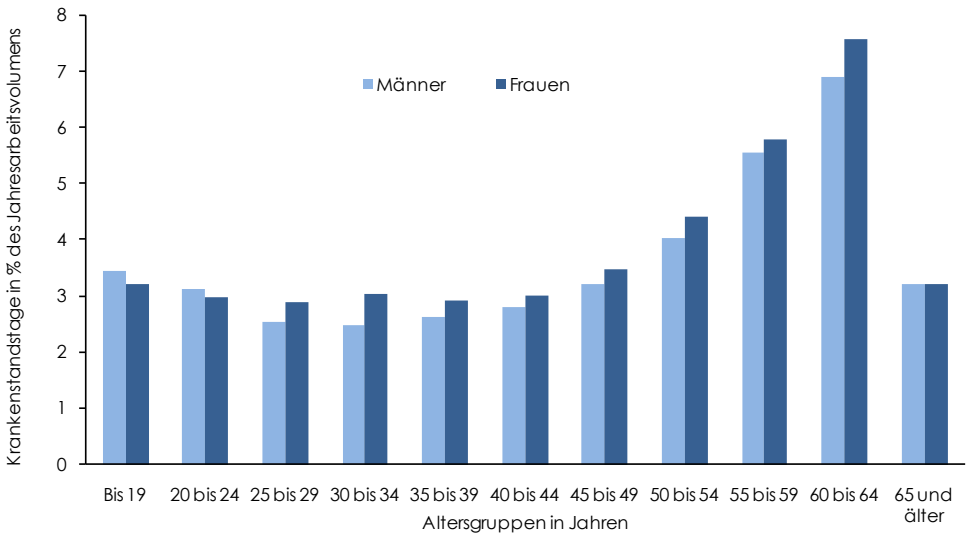
Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle[19]). 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 an 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 Öster-

[18]) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*, Tabelle 3.31.

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

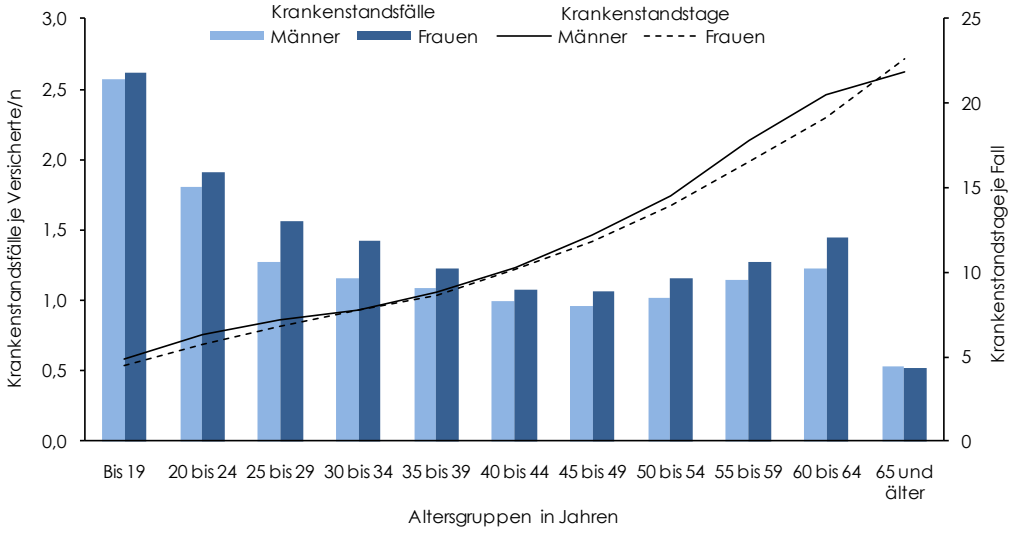
reich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (*Eppel – Leoni*, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (*Biffl,* 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2016



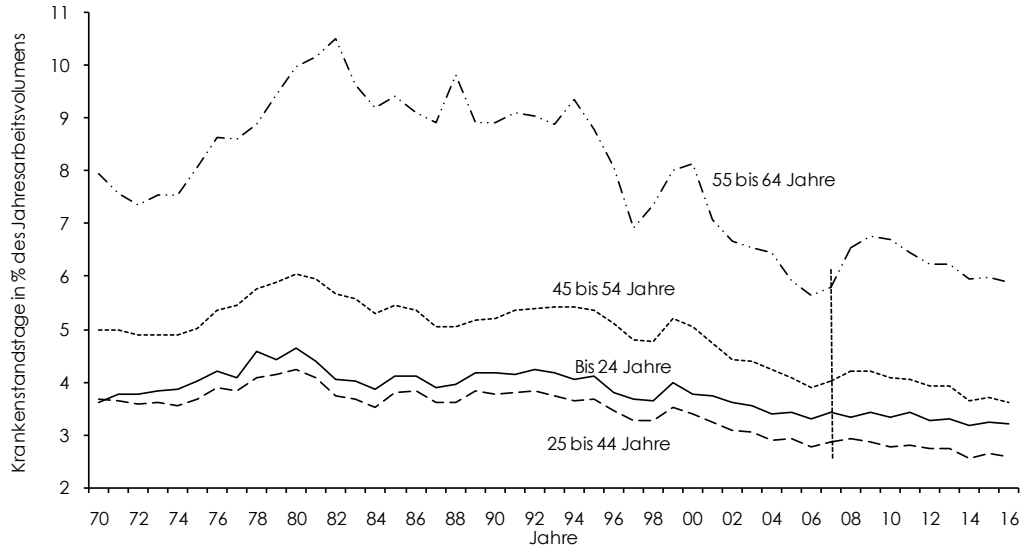
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2016



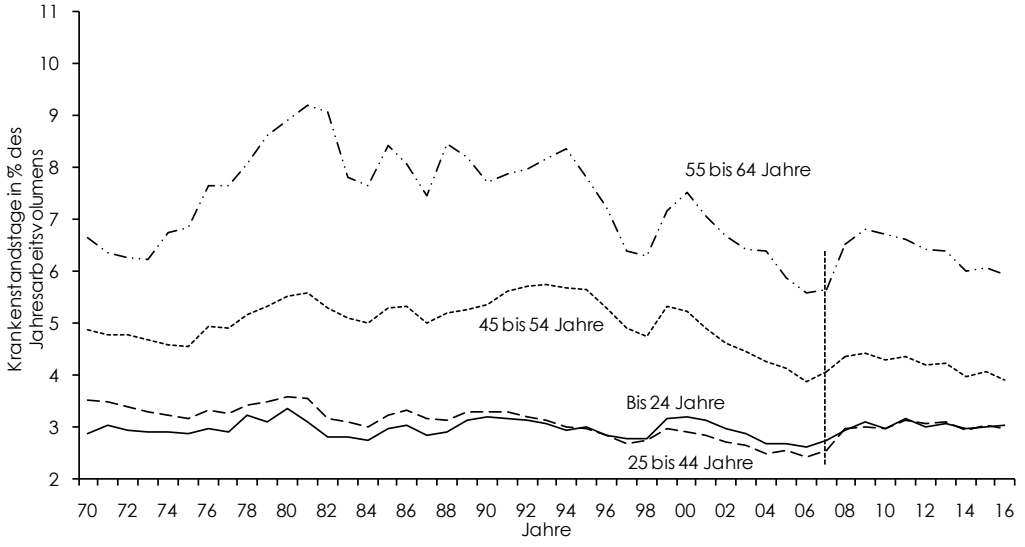
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 5,5 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 3,5-mal so lang (20,1 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 zunahmen. 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 Variationskoeffizienten[20]) 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 et al.*, 2008A).

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich stärker auf Ältere 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). In den letzten Jahren wurde der Frühausstieg aus dem Erwerbsleben erschwert; das schlug sich in einem stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit nieder (*Biffl,* 2007). Diese Richtungsänderungen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

[20]) 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.

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 auseinandergehalten 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 hatten[21]). 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.

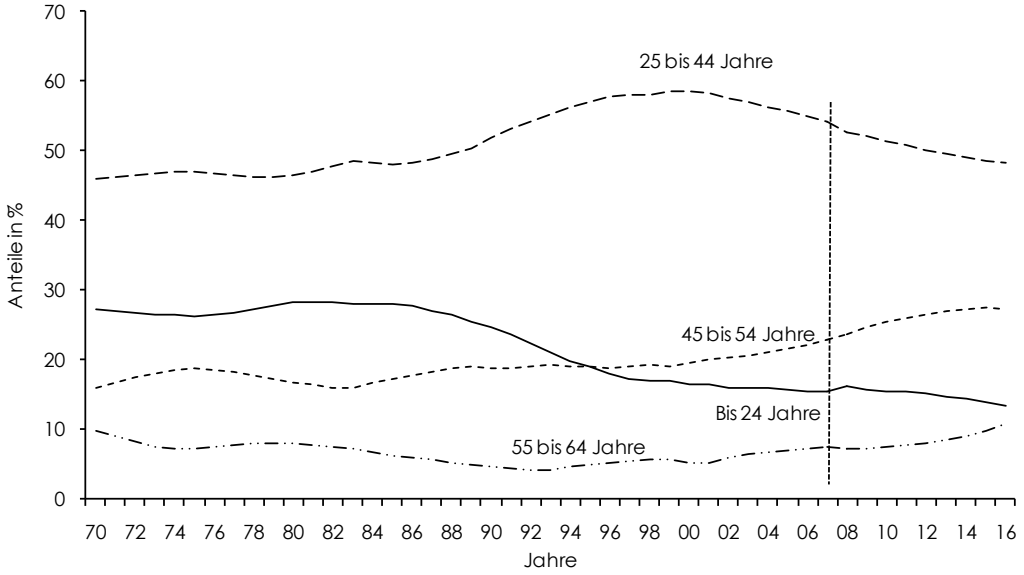
Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken (*Leoni – Mahringer*, 2008: 34ff.). Die Berechnungen ergeben beispielsweise, 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 besetzungsstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter 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 Haupterwerbsalter 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 48,2%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2016 bei 10,7%. Dieser Trend wird sich, nicht zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat

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

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 13,4% (2016).

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 Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 0,9 Krankenstandstage (2016 gab es durchschnittlich 12,5 Krankenstandstage pro Kopf). 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 2013 und 2014, zum Beispiel, hatte die Verschiebung der demographischen Struktur einen leichten steigernden 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 2014 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2015 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2016 hätte die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,03 Prozentpunkt geführt. Die tatsächliche Reduktion um einen halben Prozentpunkt ergab sich dadurch, dass die Kranken-

standsquoten der einzelnen Altersgruppen in Summe um einen dreiviertel Prozentpunkt zurück gingen.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation[22]) in den kommenden Jahren vermehrt zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Fortsetzung 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. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2014, 2015 und 2016)[23]) linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,4 Prozentpunkt, d. h. etwa 1½ Krankenstandstage pro Kopf. Auch frühere 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 eines Anstiegs der Beschäftigungsquote älterer Personen in 2030 die Fehlzeiten höher als gegenwärtig, aber deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und 1990er-Jahre liegen werden (*Leoni et al.*, 2008A).

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 beeinträchtigte 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

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

[23]) Durchschnittlich +0,026 Prozentpunkt pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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:

- 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 (*Biffl – 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. ArbeiterInnen haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozio-ökonomischer Stellung (siehe z. B. *Marmot et al.*, 1991, *Deaton – Paxson*, 1998)[24]).

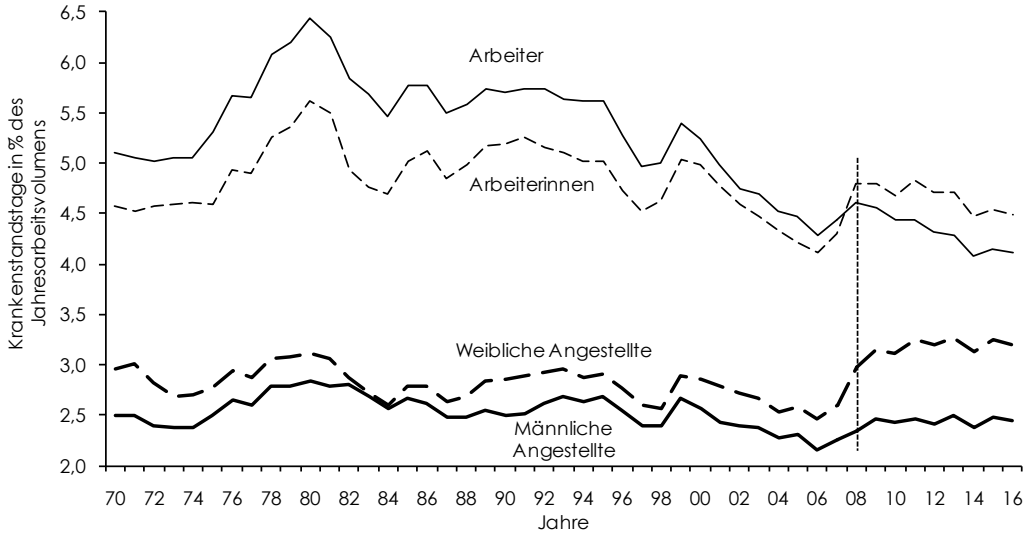
Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den ArbeiterInnen vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zur Differenz in den Krankenstandsquoten der beiden Berufsgruppen bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit, als durch den Entgeltfortzahlungsfonds ein Anreiz zur vollständi-

[24]) Diese Korrelation darf nicht als einseitiger kausaler Zusammenhang verstanden werden, da sowohl ein niedriges Einkommen die Gesundheit negativ beeinflussen kann, als auch umgekehrt ein schlechter Gesundheitszustand die Beschäftigungsmöglichkeiten einschränken und ein niedriges Einkommen zur Folge haben kann.

gen 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 Anfang der 1990er-Jahre 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 (2016) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um knapp 50% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen rund 15½ Tage, die Angestellte 10½ Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,3 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 Sektor[25]) 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.

[25]) 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 konnte.

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

	Krankenstandstage			Krankenstandsquote	
	Insgesamt	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. Aufgrund einer Umstellung der *Krankenstandsstatistik* ist eine Aktualisierung dieser Darstellung nicht möglich.

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 (9,4%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (30,8%)[26]). Von entscheidender Bedeutung für dieses Muster dürfte die Tatsache 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 körperliche Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Krankenstandsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 1.3)[27]). Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle bei den Männern nur geringfügig stärker als bei den Frauen aus.

Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse

[26]) Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (7%, siehe Abschnitt 1.5.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten haben (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote).

[27]) Aufgrund einer Umstellung der Gliederung nach Krankenstandsursachen in der *Krankenstandsstatistik* 2012 kann diese Bereinigung nur noch bis zum Jahr 2011 durchgeführt werden.

wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt[28]). 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 werden[29]). 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 et al.,* 2008A).

Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2016

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

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.

[28]) 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.

[29]) 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.

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.4)[30]). 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 dieser 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 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 17,9% bzw. gut 16,6% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,7% 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 jeweils 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 2016 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 3,7%, sie betrug für Männer 3,6% und für Frauen 3,9%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,5%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,7%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,4%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Wasserwirtschaft verzeichnet (4,3%), der allerdings eine geringe Zahl an Beschäftigten hat (0,5% aller Versicherten). Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen (4,2%), der einen hohen Teil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Auch Verkehr und Lagerei liegen mit einer Krankenstandsquote von 4,1% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

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

- 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 etwa 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 hohe Krankenstandsquoten (3,9% bzw. 4,0%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,6%) 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.* (2017) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Energie- und Wasserwirtschaft, öffentliche Verwaltung sowie verarbeitendes Gewerbe und der Verkehrssektor die höchsten 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. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005[31]) zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (*Leoni et al.*, 2008B). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung 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%).

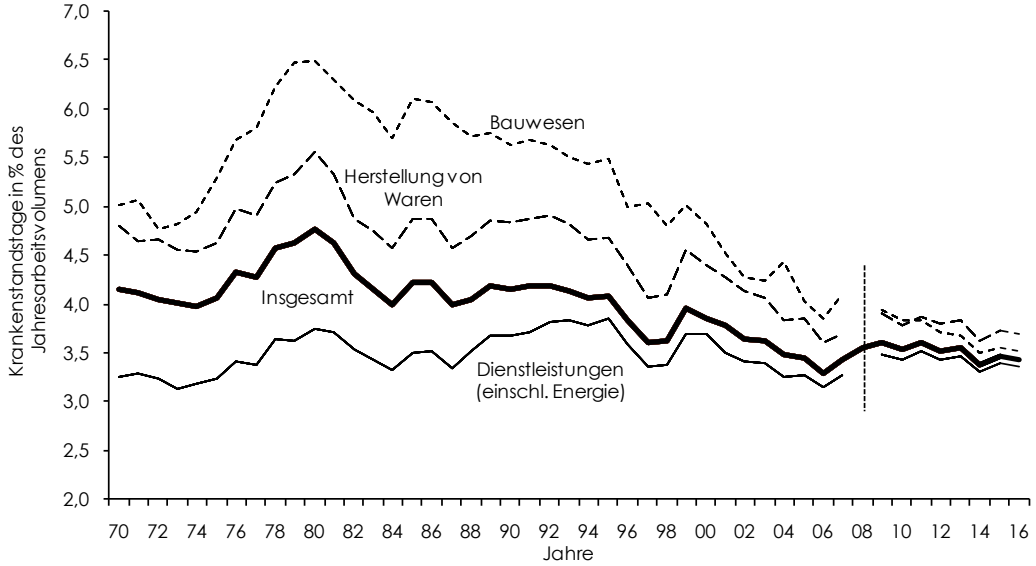
Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer 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 2016 lag die Krankenstandsquote der Männer um 55% 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. In anderen Branchen wie Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation weisen Frauen höhere Krankenstände als Männer 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. Umstel-

[31]) Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

lung 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 Industriebranchen, allen voran die Bereiche der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, wiesen 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 vom gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: 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 nach Branchenobergruppen zwischen 2007 und 2009 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Nach Beginn der 1990er-Jahre kam es zu einer stärkeren Konvergenz in den Krankenstandsquoten aller Wirtschaftssektoren. Während der Krankenstand im Durchschnitt der Dienstleistungsbranchen weitgehend konstant blieb, verzeichneten die Beschäftigten in der Warenherstellung einen spürbaren Rückgang der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten. Noch stärker ging die Krankenstandsquote allerdings im Bauwesen zurück: In den späten 1980er-Jahren hatten die Beschäftigten der Bauwirtschaft etwa 40% mehr Krankenstandstage als im

gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. 2016 betrug die Differenz nur noch 3%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich weniger Krankenstandstage je Versicherte/n anfallen als in der Herstellung von Waren.

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*, 2016) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (131.361 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2015 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2014 veröffentlicht (*Bundeskanzleramt*, 2015A). 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 2015 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,2% und jene der Vertragsbediensteten 2,7% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,4%. 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 Beschäftigungssektoren 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 3,2% (2015). 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 2015 um fast 1 Prozentpunkt (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,6% gegenüber 3,4%, Übersicht 1.5).

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 Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die fast ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2014 eine Krankenstandsquote von 5,1% bzw. 4,3%. Noch höher lag die

Krankenstandsquote im Krankenpflegedienst (8,4%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,9%), LehrerInnen (2,1%) 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 4,9% auf (*Bundeskanzleramt*, 2015A, 2015B).

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

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen		Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstandsquote in %
		Krankenstandsfälle	Krankenstandstage		
BeamtInnen	2010	962	14.905	15,5	4,1
	2011	978	15.471	15,8	4,2
	2012	970	15.473	16,0	4,2
	2013	1.029	15.899	15,4	4,4
	2014	947	15.104	16,0	4,1
	2015	1.070	15.277	14,3	4,2
ASVG-Versicherte des Bundes	2010	696	10.263	14,7	2,8
	2011	703	10.585	15,1	2,9
	2012	661	9.937	15,0	2,7
	2013	702	10.095	14,4	2,8
	2014	652	9.671	14,8	2,6
	2015	703	9.763	13,9	2,7
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes	2010	850	12.892	15,2	3,5
	2011	860	13.298	15,5	3,6
	2012	833	12.941	15,5	3,5
	2013	1.116	13.178	11,8	3,6
	2014	1.047	12.488	11,9	3,4
	2015	1.145	12.579	11,0	3,4
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte[1])	2010	777	12.043	15,5	3,3
	2011	805	12.269	15,2	3,4
	2012	768	11.916	15,5	3,3
	2013	796	11.985	15,1	3,3
	2014	731	11.374	15,6	3,1
	2015	780	11.642	14,9	3,2
ASVG-versicherte Angestellte[1])	2010	647	9.453	14,6	2,6
	2011	673	9.774	14,5	2,7
	2012	644	9.525	14,8	2,6
	2013	686	9.756	14,2	2,7
	2014	630	9.302	14,8	2,5
	2015	686	9.663	14,1	2,6

Q: *Bundeskanzleramt* (2016). Die Werte in dieser Übersicht decken sich nur zum Teil mit jenen aus den entsprechenden Übersichten früherer Fehlzeitenreports (vor 2012). Die Zahlen für den ASVG-Bereich wurden rückwirkend angepasst, um die Änderung in der Erfassung der Versicherten (d. h. die Bereinigung um Präsenzdiener 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.

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 2014 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 744 Arbeitstage[32]) 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 Arbeitsplatzbedingungen 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 ArbeitgeberInnen[33]).

---

[32]) 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.

[33]) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*, 2016) erfüllt der Bund seit 2007 die Beschäftigungspflicht nach dem BEinstG vollständig. Nur 22% aller einstellungspflichtigen DienstgeberInnen erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (*Bundeskanzleramt*, 2015A) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2014 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 14,6 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 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. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer allerdings um 7½% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand.

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. 2014 entfielen fast zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und mehr als ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede/r Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,5 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag[34]). 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.

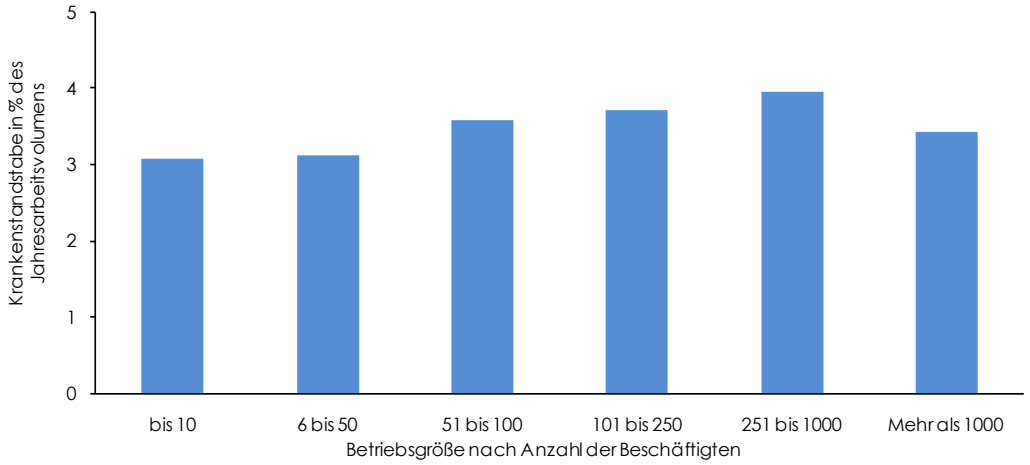
1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden. Diese Lücke konnte zumindest teilweise mit Hilfe eines Individualdatensatzes

[34]) Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)[35]) gefüllt werden, wobei sich die aktuellsten verfügbaren Auswertungen auf das Jahr 2014 beziehen. 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. 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 geht sie bei großen Unternehmen wieder leicht zurück.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse
Oberösterreich, 2014



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.* (2017) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in den kleineren Betrieben die niedrigste Krankenstandsquote. Die jüngsten Daten für 2016 zeigen allerdings erstmals bei den größeren Betrieben ab 1.000 Beschäftigte keinen Rückgang, sondern eine weitere leichte Steigerung der Fehlzeiten[36]). *Winkelmann* (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand zur Schlussfolgerung, dass Krankenstände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren. In einem großen Unternehmen kann der Ausfall einer Arbeitskraft besser als in

[35]) Für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni* (2011: 66f.).

[36]) Die Berechnungsergebnisse in *Badura et al.* (2017) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die AutorInnen 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.

einem kleinen durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkraftet werden, die Kosten eines einzelnen Krankenstandstages sind *ceteris paribus* in einem großen Unternehmen geringer als in einem kleinen (*Barmby – Stephan*, 2000, *Weiss*, 1985). Damit dürften in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer sein als in Kleinbetrieben.

Der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenständen muss aber auch 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 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 ergeben 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 sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 92,3% (2016)[37]). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen[38]).

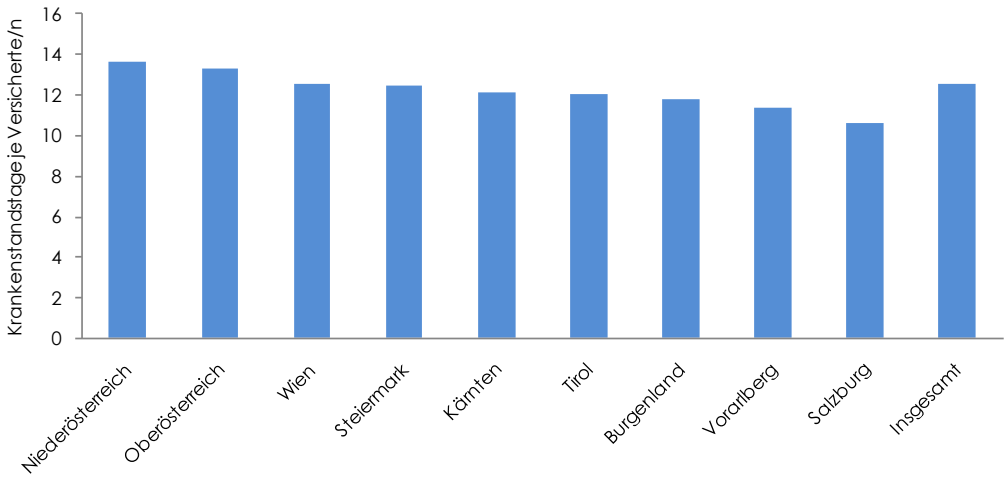
Die Werte aus dem Jahr 2016 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 12,6 Tagen je Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Krankenversicherungsträger (12,5) liegt. Die niederösterreichische und oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 13,6 und 13,3 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Versicherten in Wien (12,5), der Steiermark (12,4), Kärnten (12,2), Tirol (12,1), Burgenland (11,8) und

[37]) 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. Diese Versicherungsträger sind nicht bzw. nur mit Einschränkungen regional zuordenbar.

[38]) Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gebietskrankenkassen inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal von jener der Summe der Gebietskrankenkassen abweichen.

Vorarlberg (11,4) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 10,6 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,9% um rund ein Sechstel unter dem österreichischen (3,4%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,7%) Wert.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2016



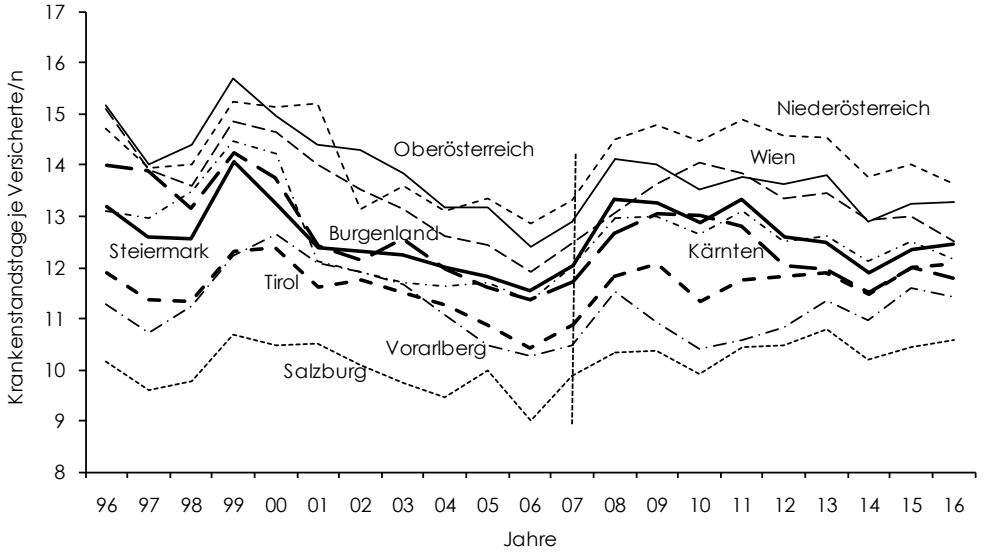
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2016) 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, Oberösterreich und Wien 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.

Die Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. 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 nehmen. 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

(ArbeiterInnen und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

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.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht
2016

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

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 verzeichne-

ten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,8%) und Arbeiter (4,4%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen nahe am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 3,9% bzw. 2,5% unter bzw. leicht über dem bundesweiten Durchschnitt, die Frauen verzeichneten dagegen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,0%) als auch in Angestelltenberufen (3,6%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,5% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen insgesamt mit 3,4% am Durchschnitt aller Bundesländer liegt. In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote der Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote
Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2016

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilsmäßigen 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 2016. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Ver-

sicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte[39]). 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 3,6% belaufen, was einem Plus von 4,2% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so in Tirol und im Burgenland.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Niederösterreich und Oberösterreich ebenso wie Wien über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise in Tirol und im Burgenland) auf die Krankenstände auswirkt. Jedoch liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede[40]), 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 Erwerbspendelns, 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 Bestim-

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

[40]) 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).

mungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom HVB auf die Klassifizierung nach ICD-10[41]) umgestellt, dadurch wurden die Diagnosegruppen stärker zusammengefasst und manche Detailgruppen werden nicht mehr gesondert ausgewiesen (z. B. Unfälle). Für Vergleichszwecke wurden die Krankheitsgruppen der letzten 20 Jahre vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2016

	Krankenstands-fälle	Krankenstands-tage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheitsgruppen			
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,2	21,4	15,8
Krankheiten des Atmungssystems	37,0	20,6	5,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,2	16,4	19,4
Psychische und Verhaltensstörungen	2,4	9,2	37,2
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	16,1	7,0	4,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,7	4,3	7,3
Krankheiten des Verdauungssystems	5,1	3,9	7,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,8	3,6	19,5
Neubildungen	0,9	3,5	38,5
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	2,3	9,5
Krankheiten des Nervensystems	2,0	1,9	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9	1,2	12,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,2	10,8
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,0	0,8	7,8
Übrige Ursachen	0,4	0,8	18,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,8	19,4
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	7,9
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	6,8
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,2	19,3
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	16,6
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	11,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist

[41]) Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

(Übersicht 1.8). 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 fünf häufigsten Krankheitsgruppen vier Fünftel (80,3%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (69,7%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für drei Viertel (74,6%) aller gemeldeten Krankenstandstage und –fälle (77,0%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme[42]) handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen[43]) sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 16,4% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (zu denen unter anderem infektiöse Darmkrankheiten zählen).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen[44]) und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, 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 Österreich[45]). Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,8 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,2 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (5,4 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,5 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,8 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,4 Tage)

---

[42]) "Symptome und abnorme klinische Laborbefunde" gehören zu den fünf häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. "Psychische und Verhaltensstörungen" sind bei den Krankenstandsfällen nur an siebter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

[43]) Rund 50% der Fälle und Tage dieser Krankheitsgruppe waren 2011 auf Arbeitsunfälle als Wegunfälle, Nicht-Arbeitsunfälle und Sportunfälle zurückzuführen. Vergiftungen, die in der alten Gliederung ebenfalls eigens ausgewiesen wurden, haben einen marginalen Anteil am Krankenstandsgeschehen (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2011).

[44]) Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

[45]) In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2016 wurden vier von zehn Sterbefällen (41,2% bzw. 33.000 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (37,2 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei knapp 40 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 aber auch durch ihr Freizeitverhalten im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt[46]). Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern fast zweimal so häufig wie bei Frauen[47]). Konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und 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 Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer sind knapp ein Zehntel weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um gut 50% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2016 auf 100 Männer im Schnitt zwei Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich vier 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 beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 2)[48]). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche

[46]) Männer sind auch deutlich öfter als Frauen von Sport- und Verkehrsunfällen betroffen, umgekehrt ist die Verletzungswahrscheinlichkeit von Frauen im Bereich "Heim und Freizeit" höher als jene von Männern. Die Statistik der spitalsbehandelten Verletzungen des Kuratoriums für Verkehrssicherheit weist für Männer in den Altersgruppen bis 55 Jahre ein höheres Unfallrisiko als für Frauen aus. In den Altersgruppen der 15- bis 35-Jährigen ist dieser geschlechtsspezifische Unterschied besonders stark ausgeprägt, bei den Über-60-Jährigen sind Verletzungen bei Frauen häufiger als bei Männern (siehe http://unfallstatistik.kfv.at/).

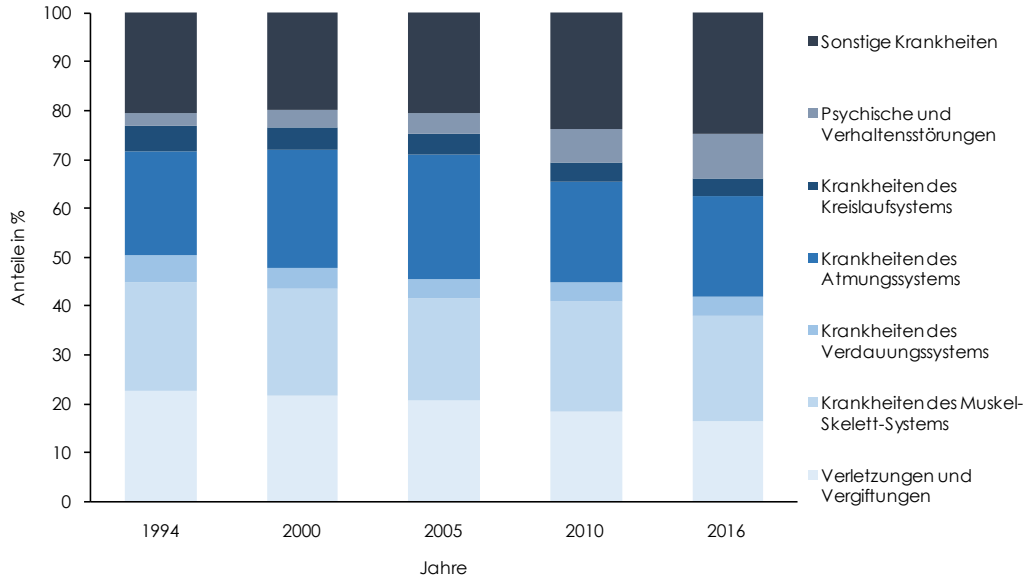
[47]) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

[48]) Die Zahlen in diesem Absatz beziehen sich auf oberösterreichische Daten für das Jahr 2014. Für eine Beschreibung der Daten und der Methodik siehe *Leoni et al.* (2008A).

Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast 25% aller Krankenstandstage dieser Gruppe geht auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab, bei älteren Arbeitskräften gehen nur noch 15% der Fehlzeiten auf Unfälle zurück. 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 Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: Etwa ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte wird durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist es rund ein Drittel aller Tage.

Abbildung 1.24 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die ÄrztInnen beeinflusst wird.

Abbildung 1.24: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen
Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Verletzungen und Vergiftungen sind als Krankenstandsursache in einer längerfristigen Betrachtung rückläufig. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2016 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum anteilsmäßig stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und

jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,6% bzw. 3,9%), gingen dagegen leicht zurück.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 16 Jahren (2000 24%, 2016 20,6%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000 3,5 Tage, 2016 2,6 Tage). Kurzfristig unterliegt die Entwicklung der Krankenstandstage, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, mitunter starken Schwankungen. Diese Schwankungen sind auch deshalb von Interesse, weil sie einen Anhaltspunkt zur Intensität von Grippewellen geben können. Zwischen 2015 und 2016 sank die Zahl der Atemwegserkrankungen in einer absoluten Betrachtung um rund 26.000 Fälle bzw. um rund 550.000 Tage. Das entspricht einem Rückgang an Fehlzeiten pro Kopf in dieser Krankheitsgruppe von 8%. In fast allen Krankheitsgruppen ist die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf gegenüber dem Vorjahr gestiegen, in keiner anderen Gruppe war der absolute Rückgang annähernd gleich groß. Somit ist die Reduktion der Krankenstandsquote in 2016 verglichen mit 2015 maßgeblich auf die schwächere Grippewelle zu Beginn des Jahres und die damit einhergehende reduzierte Inzidenz von Atemwegserkrankungen zurückzuführen.

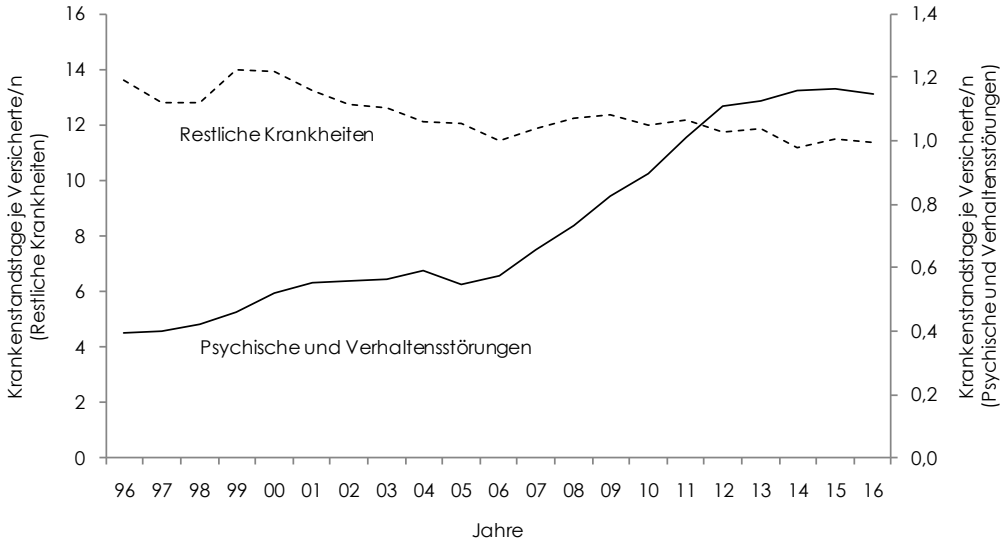
Auch für die Vergangenheit können wir eine starke Übereinstimmung in der Entwicklung der Atemwegserkrankungen und der allgemeinen Krankenstandsquote beobachten. In 2010, 2012 und 2014 waren sowohl die Atemwegserkrankungen als auch die Krankenstandsquoten insgesamt rückläufig, 2011, 2013 und 2015 ging die Entwicklung in die gegenläufige Richtung. Aufgrund der starken jährlichen Schwankungen in der Inzidenz von Atemwegserkrankungen (nicht selten +/–15% und mehr) und ihres hohen Gewichts am Fehlzeitenvolumen (mehr als ein Fünftel aller Tage) ist diese Krankheitsgruppe ein wesentlicher Bestimmungsgrund für die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquote.

In einer längerfristigen Sicht ist der klare Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen bemerkenswert (Abbildung 1.25). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, fast verdreifacht. Auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. Seit 2012 ist der Anstieg der psychisch bedingten Krankenstände in Österreich allerdings abgeflacht, 2016 kam es erstmals seit Mitte der 2000er-Jahre zu einem leichten Rückgang der pro-Kopf Quoten in dieser Krankheitsgruppe.

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der ÄrztInnen, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich nach wie vor 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 die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2016)[49]).

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten
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.

Demzufolge scheint das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der *Krankenstandsstatistik* in erster Linie auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten, eine geringere Stigmatisierung und erhöhte Wahrnehmung psychischer Probleme zurückzuführen zu sein. Diese Trends dürften dazu beitragen, dass die wahre Tragweite der Krankheitslast durch psychische Erkrankungen verstärkt zum Vorschein kommt. Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa ein Viertel dieser Personen, also 5% der Bevölkerung, ist durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (*OECD*, 2015A). Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (*Heyde – Macco*, 2010, *Zach*, 2014). Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von

[49]) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2017*, Tabelle 3.34.

gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen[50]), deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. *Richter et al.* (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Dieses Ergebnis wird durch eine Aktualisierung (*Richter – Berger*, 2013) im Lichte der Erkenntnisse aus 33 neueren Studien bestätigt.

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Seit einigen Jahren weist die *Krankenstandsstatistik* Arbeitsunfälle nicht als gesonderte Krankenstandsursache aus, weshalb die Zahl der Fehlzeiten infolge von Arbeitsunfällen nicht quantifiziert werden kann. Auch in früheren Jahren, als Arbeitsunfälle eine eigene Kategorie der Auswertung nach Krankheitsgruppen darstellten, bestand in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmten, wies die Statistik des HVB 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 lag die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt 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 2016 waren 3,0 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der

[50]) Die hier angesprochene Verstärkung von psychosozialen Risikofaktoren kann laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich dabei neben der Intensivierung der Arbeitsprozesse um die Zunahme von flexiblen Beschäftigungsformen, um das Altern der Erwerbsbevölkerung, um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2007).

AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 86% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 105.734 anerkannten Arbeitsunfällen und 13.435 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2016 wurden 85.031 (80%) bzw. 10.944 (81%) bei der AUVA erfasst[51]). Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

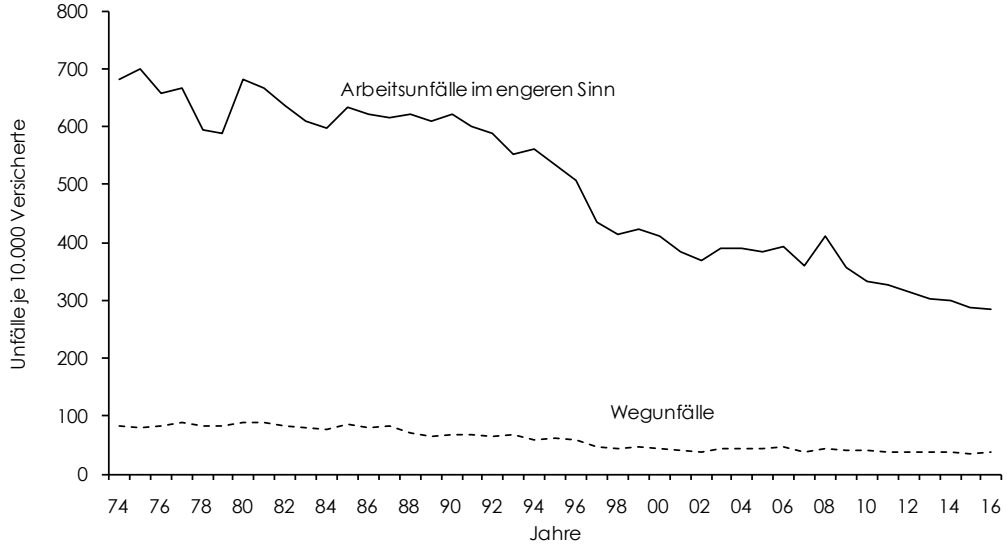
Die AUVA weist in ihrer Statistik jährlich alle im Berichtsjahr anerkannten Arbeits- und Wegunfälle aus. In einer weiteren Auswertung werden nur die meldepflichtigen Unfälle, also die Versicherungsfälle, die einen Krankenstand von mehr als drei Tagen zur Folge hatten, erfasst. Die nachfolgenden Darstellungen 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, sodass 2016 die Unfallquote mit 321 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 2016 waren es 3,2%. 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 2016 2,8%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2016 um 58% 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 37 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2016, was einer Verringerung von rund 55% entspricht.

[51]) *Ibidem*, Tabelle 4.02.

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 rückläufig[52]). 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 2016 weist die Statistik der AUVA 106 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 verschob sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen und hohem Technologieeinsatz, während arbeitsintensive und somit gefährlichere Produktionsprozesse in Drittländer verlagert wurden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen

[52]) 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.

in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte.

Die Reduktion 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. Ein weiterer Faktor, der sich günstig auf die Unfallquote auswirken könnte, ist rein statistischer Natur: Durch die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung ist die Zahl der Versicherten stärker gestiegen als jene der geleisteten Arbeitszeit, wodurch sich die erfassten Arbeitsunfälle statistisch auf eine größere Zahl von Köpfen verteilen[53]).

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

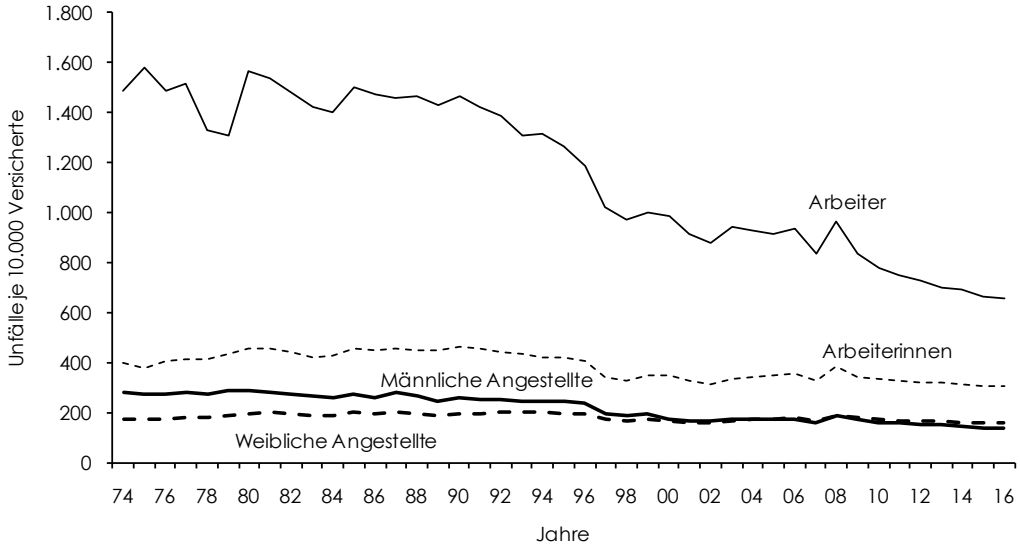
Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2016 für Männer 4,2%, für Frauen lag sie bei 2,0%. 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 Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2016 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

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 2016 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 553 (–50%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 153 (–32%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten

[53]) Dieser Effekt dürfte jedoch nur eine untergeordnete Rolle in der von der AUVA veröffentlichten Statistik spielen, da sich die darin enthaltenen Versichertenzahlen auf Personen (und nicht Beschäftigungsverhältnisse) beziehen und geringfügig Beschäftigte aus der Betrachtung ausgenommen sind. Eine Gegenüberstellung dieser Versichertenzahlen mit der Entwicklung des Arbeitsvolumens aller unselbständig Beschäftigten in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung von Statistik Austria zeigt, dass sich die beiden Reihen über die Zeit gleich schnell entwickeln.

von 282 auf 142 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2016 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (161 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 Annäherung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern fast zwei Drittel (–62%), bei den Frauen 29%.

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



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

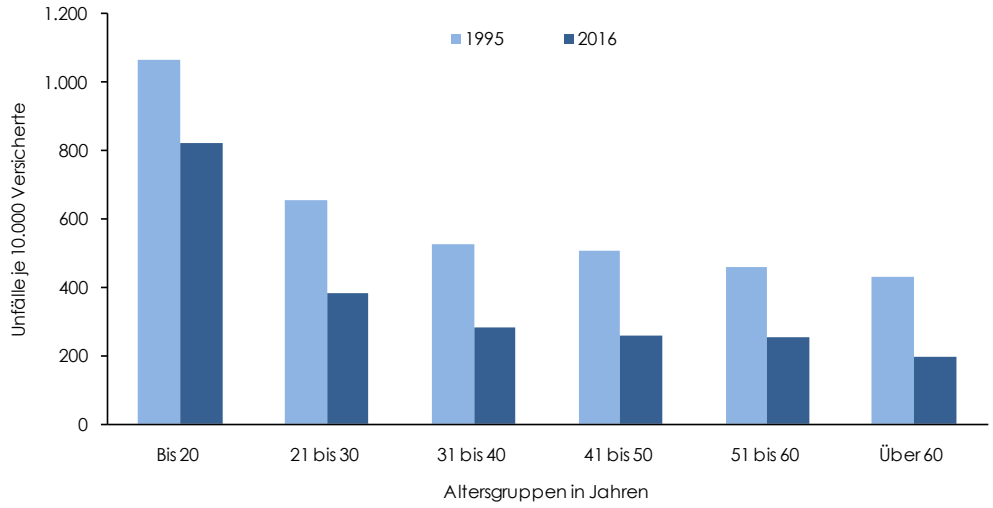
Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2016 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 ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Die einzelnen Branchen[54]) sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben ein hohes Unfallrisiko.

[54]) Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2016 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 Warenherstellung, 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. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur 2% des Durchschnitts und 1% der Unfallquote im Bauwesen betrug.

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

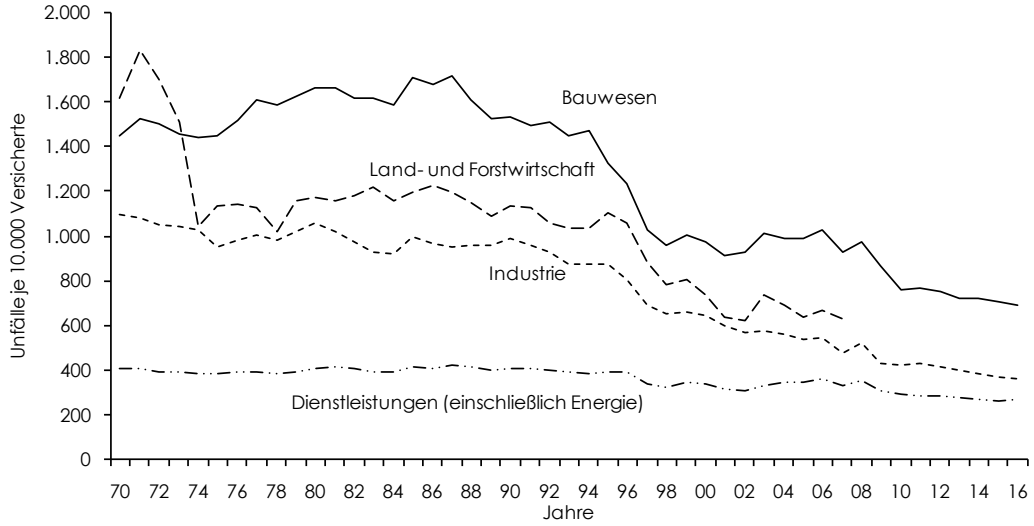


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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 Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Gliederung der Wirtschaftsklassen zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Herstellung von Waren bzw. Industrie, 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 Dienst-

leistungsbereich 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 50% bzw. 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%).

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



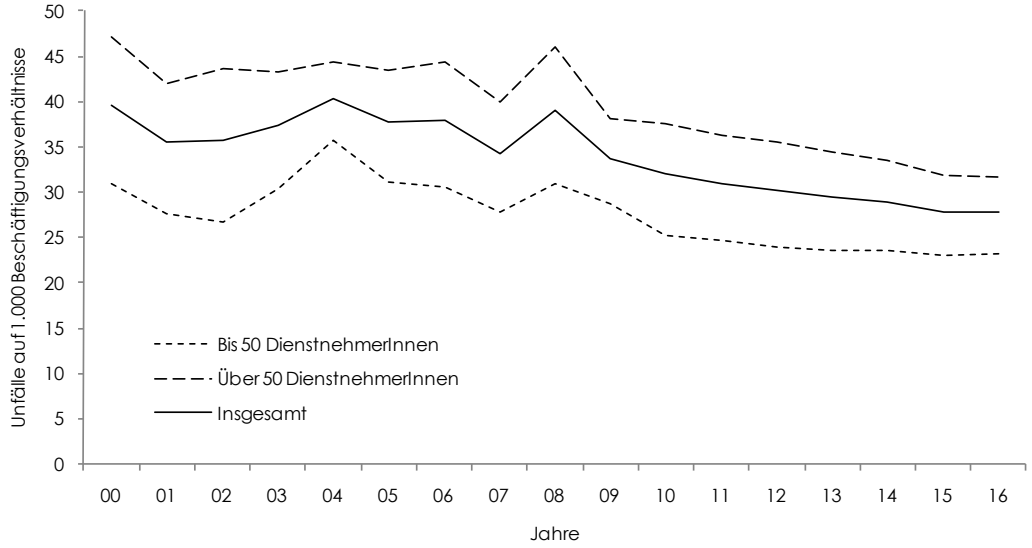
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE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

Langfristig ist es zu einer Annäherung 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 Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2016 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,4-Fache, im Bauwesen das 2,6-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 2016 im Durchschnitt gut ein Drittel mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen 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



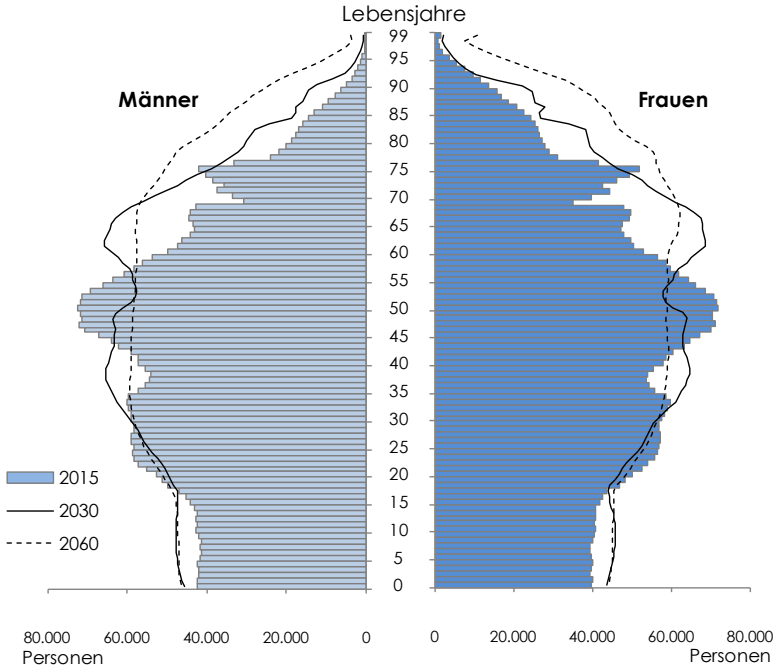
Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Darstellung. Die Unfallquoten in dieser Abbildung wurden anhand von Beschäftigungsverhältnissen, nicht von Versichertenzahlen, berechnet und sind daher nicht mit den restlichen Unfallquoten in diesem Abschnitt ident.

2 Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt

2.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Die Gesundheit ist ein zentraler Bestimmungsgrund der Qualität und Dauer der Erwerbsbeteiligung. Die Frage, wie Menschen mit zunehmendem Alter im Berufsleben aktiv bleiben können, wird bereits seit Jahrzehnten diskutiert. Diese Diskussion wurde durch den demographischen Wandel ausgelöst: Während zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Bevölkerungsstruktur noch graphisch einer Pyramide entsprach, mit einer breiten Basis und einer sich gleichmäßig verengenden Spitze, ist in Österreich wie in den restlichen frühindustrialisierten Ländern von dieser Pyramidenform bereits seit Langem nichts mehr erkennbar[55]).

Abbildung 2.1: Bevölkerungspyramide 2015, 2030, 2060



Q: Statistik Austria, Stand 21.11.2016.

Wie Abbildung 2.1 zeigt, verläuft heute die Besetzung der Alterskohorten im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) – mit Ausnahme der zahlenmäßig schwächer vertretenen Jugendlichen sowie der stärker vertretenen Baby-Boomer – ziemlich gleichmäßig. In den kommenden Jahrzehnten wird, den Prognosen zufolge, die Verteilung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

[55]) Während die durchschnittliche Lebenserwartung Jahr für Jahr zunahm, entwickelte sich die Geburtenrate nach dem Baby-Boom der späten 1950er-Jahre und frühen 1960er-Jahre stark rückläufig. Die Gesamtfertilität erreichte im Jahr 1963 mit einer Rate von 2,8 Kindern pro Frau einen Höhepunkt. Zehn Jahre später lag sie bei 1,9 Kindern und zwanzig Jahre später bei 1,6 Kindern pro Frau.

über alle Altersklassen noch gleichmäßiger sein. Vor allem der Anteil der Über-55-Jährigen wird in der Bevölkerung weiter steigen und dementsprechend auch die Altersstruktur am Arbeitsmarkt und in den Betrieben stärker prägen.

Die zunehmende Bedeutung der Frage der Erwerbsbeteiligung der Älteren geht allerdings nicht allein auf den demographischen Wandel zurück. Verschiedene wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitswelt haben die Dringlichkeit dieser Frage erhöht und ihre Komplexität gesteigert. Der rasche technologische Fortschritt und die Veränderungen der Arbeitsprozesse stellen stets neue Anforderungen an die Arbeitskräfte, während gleichzeitig sowohl die Erwerbskarrieren als auch die individuellen Biographien vielfältiger und weniger linear verlaufen. Wichtige Stichworte sind in diesem Zusammenhang die Durchdringung mit Informations- und Kommunikationstechnologien, die Entgrenzung der Arbeit, die wachsende Bedeutung von Bildung und Weiterbildung sowie die zunehmende Mobilität am Arbeitsmarkt. Die Verschränkung zwischen Erwerbs- und familiärer Betreuungstätigkeit hat sich verstärkt, die Halbwertszeit von Wissen hat sich verkürzt und somit die Notwendigkeit von Phasen der Weiterbildung und beruflichen Umorientierung erhöht. Die Erwerbsbiographien werden sowohl länger als auch individueller. Daraus ergeben sich für alle Erwerbspersonen und insbesondere für Ältere zusätzliche Anforderungen. Gleichzeitig eröffnen die Digitalisierung und der technische Fortschritt auch neue Chancen für die Erwerbsbeteiligung Älterer, beispielsweise durch die Möglichkeiten, körperliche Belastungen und Anforderungen am Arbeitsplatz zu verringern.

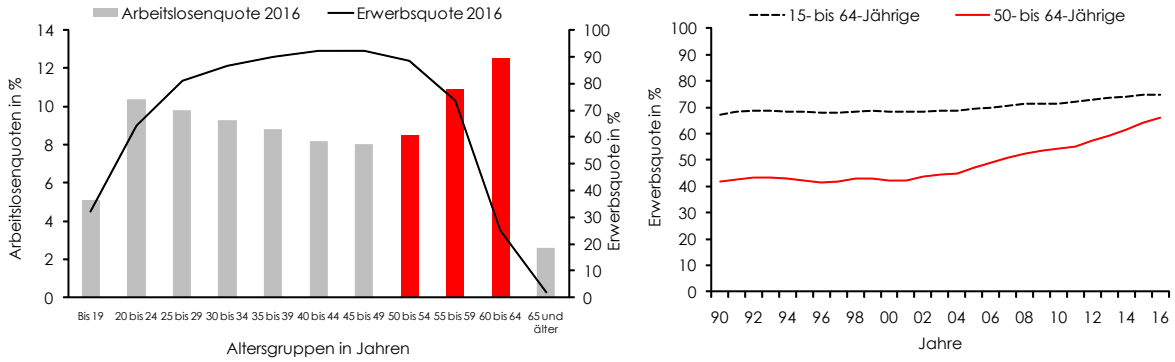
Darüber hinaus ist die Erwerbsbeteiligung der Älteren in Österreich im internationalen Vergleich niedrig und es besteht in diesem Bereich ein klarer Nachholbedarf[56]). Das ist zum Teil auf die Ausgestaltung des Pensionssystems und auf die in der Vergangenheit niederschwellig angelegten Übergangsmöglichkeiten in den frühzeitigen Ruhestand zurückzuführen. Das Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennung war in Österreich über mehrere Jahrzehnte rückläufig[57]). In den späten 1990er-Jahren setzte eine Kehrtwende ein, die durch eine Reihe von Pensionsreformen untermauert wurde und den frühzeitigen Pensionszugang sukzessive einschränkte. Seither ist das Pensionsantrittsalter der Männer um etwa drei Jahre und jenes der Frauen um zweieinhalb Jahre gestiegen. Die Auswirkungen dieser Reformen zeigen sich auch in der Erwerbsquote der Älteren, die sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht hat, von 42% in 1995 auf 66% in 2016 (Abbildung 2.2). Personen ab 50 Jahren gewinnen am Arbeitsmarkt zunehmend an Gewicht. Allein zwischen 2008 und 2016 ist die Zahl der über-50-

[56]) Daten von Eurostat zeigen für 2016 in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen im Durchschnitt der EU 28 genauso wie im Durchschnitt des Euro-Raums (19 Länder) eine Beschäftigungsquote von 55,3%. In Österreich lag der entsprechende Wert bei 49,2%. Auch bei Einschränkung auf Männer, die in Österreich nach wie vor ein höheres gesetzliches Pensionsalter als Frauen haben, liegt Österreich mit einer Quote von 57,6% deutlich unter dem europäischen Durchschnittswert (62%). Länder im Spitzenfeld wie Schweden, Dänemark aber auch Deutschland weisen für die 55- bis 64-jährigen Männer Beschäftigungsquoten über 70% auf.

[57]) Laut Statistik Austria ging zwischen 1970 und 1995 das Pensionsantrittsalter der Männer bei Alterspensionen von 64,2 Jahre auf 60,4 Jahre zurück (bei Frauen von 61,5 Jahre auf 58,0 Jahre). Im gleichen Zeitraum wurden auch die Invaliditäts- bzw. ErwerbsunfähigkeitspensionistInnen immer jünger, das Durchschnittsalter bei Neuzuerkennung reduzierte sich bei Männern von 56,6 auf 49,4 Jahre, bei Frauen von 56,6 auf 48,8 Jahre.

jährigen unselbständig Beschäftigen um mehr als 300.000 Personen gestiegen, das entspricht einem Anstieg um 45%.

Abbildung 2.2: Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit nach Altersgruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, AMS, WIFO-Berechnungen.

Der restriktivere Zugang zum Pensionssystem hat aber auch den Druck auf ältere Arbeitskräfte erhöht und die Verweildauer in Arbeitslosigkeit bei jenen mit schwacher Arbeitsmarktintegration verlängert. Die Arbeitslosenquote der 50- bis 64-Jährigen ist (nach nationaler Definition) zwischen 2008 und 2016 von 6,6% auf 9,8% gestiegen. Dieser Anstieg spiegelt das allgemein schwierige Arbeitsmarktumfeld seit Ausbruch der Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise 2008/09 wider, im Durchschnitt aller Altersgruppen erhöhte sich die Arbeitslosenquote etwa gleich stark (von 5,9% auf 9,1%) bzw. in einer relativen Betrachtung sogar etwas stärker als bei den Älteren (um +54% gegenüber +48%). In einer absoluten Betrachtung hat sich die Zahl der über-50-jährigen Arbeitsuchenden aber mehr als verdoppelt, ihr Anteil an den Arbeitslosen insgesamt ist deutlich gestiegen (von 20,5% auf 27,8%). Für ältere Arbeitskräfte, die ihren Arbeitsplatz verlieren, sind gesundheitliche Einschränkungen, auch dann wenn sie nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit sind, ein erschwerender Faktor bei der Rückkehr in Beschäftigung. Ältere sehen sich einerseits mit dem Imperativ einer Verlängerung des Erwerbslebens konfrontiert, andererseits mit zum Teil fehlenden Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt und auch mit weit verbreiteten Stereotypen, Rollenbildern und Erwartungshaltungen, die einer fortgesetzten Beschäftigung entgegenwirken. Dies schlägt sich auch in den sehr pessimistischen Einschätzungen der Älteren in Bezug auf die eigenen Jobchancen nieder[58]).

Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit ist somit unter mehreren Gesichtspunkten ein wichtiger Baustein der Anpassung der Erwerbsstrukturen an die sich wandelnden Rahmenbedingungen in der Wirtschaft und der Gesellschaft. Die Zielsetzung, das Erwerbs-

[58]) In einer Befragung aus dem Jahr 2014 äußerten fast drei Viertel der Über-45-Jährigen die Meinung, bei Jobverlust eher schwer oder sogar sehr schwer einen anderen Arbeitsplatz finden zu können (*Arbeiterkammer Oberösterreich*, 2014); siehe dazu auch Abschnitt 2.4.

leben zu verlängern und in allen Lebensphasen die Beschäftigungsfähigkeit zu gewährleisten, stellt für alle beteiligten Stakeholder – von den einzelnen Erwerbspersonen und Betrieben bis zu den TrägerInnen der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik – eine große Herausforderung dar.

Zielsetzung dieses Kapitels ist es, in einem ersten Schritt empirische Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation der älteren Erwerbspersonen sowie zu den wichtigsten Hürden und Herausforderungen für die Beschäftigung Älterer am Arbeitsplatz zusammenzutragen. In einem zweiten Schritt wird auf konzeptueller Ebene die Frage beleuchtet, welche Eigenschaften eine "alter(n)sgerechte Arbeitswelt" bzw. "alter(n)sgerechte Arbeitsplätze" aufweisen sollen. Der abschließende Teil dieses Schwerpunktkapitels nimmt dagegen einen praxisbezogenen Blickwinkel ein und untersucht im Lichte von konkreten Handlungsfeldern, Maßnahmen und good-practice Beispielen, welche Optionen für eine alter*n*sgerechte Gestaltung der Arbeitswelt offen stehen und zweckmäßig sind. Dabei stehen vor allem die betriebliche Perspektive und die damit zusammenhängenden Handlungsfelder im Mittelpunkt des Interesses.

Vorab erscheint es wichtig, auf die Frage der definitorischen Abgrenzung von "älteren" Erwerbspersonen einzugehen. Dabei gilt es zu bedenken, dass die Einteilung in Altersgruppen die große Vielfalt und Diversität von gleichaltrigen Individuen glättet und immer in gewissem Ausmaß arbiträr ist. Bei der Entwicklung und beim Einsatz von Maßnahmen ist dementsprechend eine starke Berücksichtigung der Individualität des Alters und des Alterns erforderlich (*Popp et al.*, 2011). Wie in Abschnitt 2.5 näher ausgeführt wird, ist darüber hinaus der Umgang mit dem Altersfaktor in der Arbeitswelt nicht ein Thema, das spezifisch eine Altersgruppe betrifft (*alters*gerecht), sondern allgemein auf den Zeitfaktor und somit auf die gesamte Dauer der Erwerbstätigkeit abzielt (*alterns*gerecht). Klare Altersabgrenzungen sind im Rahmen von empirischen Analysen dennoch notwendig. Eurostat und auch die OECD beziehen sich in Auswertungen zu den "älteren" ArbeitnehmerInnen vorwiegend auf die Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen. In der einschlägigen Literatur werden aber vielfach bereits die Über-50-Jährigen am Arbeitsmarkt gesondert betrachtet. Im vorliegenden Bericht wird diese breitere Definition bevorzugt und der Begriff der Älteren bzw. der älteren Erwerbspersonen der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen gleichgesetzt. Das erscheint im Kontext einer auf Österreich fokussierten Studie nicht zuletzt deshalb sinnvoll, weil bei einer engeren Definition aufgrund des gesetzlichen Regelpensionsalters von 60 Jahren für Frauen eine eher kleine Gruppe und bei Auswertungen von Stichprobenerhebungen entsprechend geringe Fallzahlen analysiert werden müssten.

2.2 Datengrundlagen

Befragungsdaten sowie administrative Daten der Sozialversicherungsträger geben Auskunft zur Prävalenz gesundheitlicher Problemlagen und zur Erwerbssituation der Älteren.

Sowohl stichprobenbasierte Befragungen als auch administrative Daten der Sozialversicherung bzw. der Krankenversicherungsträger können Hinweise zur Gesundheit der Bevölkerung und zur Rolle von gesundheitlichen Einschränkungen für die Erwerbstätigkeit geben. Unter den Befragungen sind für die vorliegende Untersuchung vor allem die Österreichische Gesundheitsumfrage (ATHIS), der Survey on Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) und die European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) von Bedeutung. Alle drei Befragungen werden in regelmäßigen Intervallen erhoben und sind für die österreichische Bevölkerung insgesamt bzw. im Falle von SHARE für die Bevölkerung ab 50 Jahren repräsentativ. Eine weitere Informationsquelle sind die Daten des Österreichischen Arbeitsklima Index (AKI) und des Arbeitsgesundheitsmonitors (AGM) der Arbeiterkammer Oberösterreich. Diese Erhebungen dienen der Erforschung von Veränderungen in der Arbeitswelt und umfassen neben Indikatoren zur Arbeitszufriedenheit auch zahlreiche Informationen zu den Arbeitsbedingungen und dem Arbeitsumfeld.

Die genannten Befragungen sind eigens zur Informationsbeschaffung konzipiert worden und basieren auf theoretisch fundierten Erhebungsinstrumenten. Sie stellen eine gute Ausgangsbasis dar, um den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung und auch den Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit zu beleuchten. Die in den Befragungen ermittelten Informationen haben allerdings einen subjektiven Charakter: Sie sind das Abbild einer Selbsteinschätzung und können durch das Antwortverhalten der Befragten verzerrt sein. Zuzüglich zu möglichen Unschärfen kann die vergleichsweise geringe Fallzahl an Beobachtungen in diesen Befragungen eine Einschränkung darstellen, wenn die Daten nach mehreren Merkmalen wie Alter, Geschlecht und/oder Erwerbsstatus unterteilt werden.

Vor diesem Hintergrund sind Sozialversicherungsdaten, die durch hohe Genauigkeit und große Fallzahlen gekennzeichnet sind, eine ergänzende Quelle zu den Erkenntnissen und Befunden aus Befragungsdaten. Für den vorliegenden Bericht konnte eine Verknüpfung aus gesundheitsbezogenen Daten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) und arbeitsmarktbezogenen Daten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger herangezogen werden[59]). Die Daten der OÖGKK beinhalten Informationen zu den oberösterreichischen Krankenständen, den Krankenhausaufenthalten und den entsprechenden Diagnosen. Veränderungen über die Zeit können im Lichte von Vergleichen zwischen den Jahren 2005, 2010 und 2014 untersucht werden. Die Einschränkung der Daten auf Oberösterreich bedeutet, dass die Ergebnisse dieser Auswertungen nicht eins zu eins auf Gesamtösterreich umgelegt werden können. Allerdings zeigen sowohl die aggregierten Statistiken der Gebietskrankenkassen, als auch frühere Analysen zur Vergleichbarkeit Oberösterreichs mit dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (*Leoni – Mahringer*, 2008, *Leoni*, 2011), dass die Erkenntnisse zum oberösterreichischen Krankenstandsgeschehen durchaus für Österreich insgesamt aussagekräftig sind.

[59]) Ähnliche Daten wurden auch in früheren Fehlzeitenreports verwendet. Für eine detaillierte Beschreibung sei deshalb an dieser Stelle auf *Leoni* (2010: 74 ff.) verwiesen.

2.3 Gesundheitszustand und gesundheitliche Faktoren

Obwohl der Fokus des Fehlzeitenreports auf den Beschäftigten liegt, erfordert die Analyse der gesundheitlichen Lage der Älteren eine Ausweitung des Blickfelds auch auf jene Personen, die nicht aktiv beschäftigt sind. Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Rückzug aus dem Erwerbsleben bilden gewissermaßen kommunizierende Gefäße. Ein Teil der älteren Arbeitsuchenden und auch der Inaktiven befindet sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht in Beschäftigung, weshalb eine Eingrenzung auf die Beschäftigten gerade bei der Untersuchung der gesundheitlichen Dimension zu kurz greifen würde. Bei der Darstellung von gesundheitlichen Indikatoren werden in der Folge neben den Beschäftigten auch die Arbeitslosen und zum Teil auch die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Personen im erwerbsfähigen Alter betrachtet.

2.3.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Der am weitesten verbreitete gesundheitliche Indikator in Befragungen ist die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. Die Befragten bewerten dabei ihren (subjektiven) Gesundheitszustand typischerweise auf einer fünfstufigen Skala von "sehr gut" bis "sehr schlecht"[60]). Diese subjektive Gesamteinschätzung ist nachweislich ein guter Indikator für das Risiko von funktionalen Gesundheitseinschränkungen, von chronischen Krankheiten und von Mortalität[61]). In der jüngsten EU-SILC-Erhebung (2016) stufen 76% der 20- bis 64-Jährigen in Österreich ihren Gesundheitszustand als "gut" oder "sehr gut" ein (*Statistik Austria*, 2017). Etwa ein Fünftel der Erwachsenen bewertet den eigenen Gesundheitszustand als "mittelmäßig", weitere 6% als "schlecht" oder "sehr schlecht". Diese Anteile waren in den vergangenen Jahren sehr stabil (*Statistik Austria*, 2015A, 2016). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im selbst eingeschätzten Gesundheitszustand sind nicht stark ausgeprägt: In EU-SILC 2016 lag der Anteil bei den Frauen mit guter oder sehr guter Gesundheit gleichauf mit jenem der Männer bei 76%. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigen nur einen sehr geringen geschlechtsspezifischen Unterschied bei altersstandardisierten Werten für die über-15-jährige Bevölkerung (*Statistik Austria*, 2015B)[62]).

Detailliertere WIFO-Auswertungen von EU-SILC 2015[63]) zeigen dagegen große Unterschiede nach Alter und Erwerbsstatus. Wie Übersicht 2.1 zu entnehmen ist, sinkt der Anteil an Personen mit gutem oder sehr gutem Gesundheitszustand in der Bevölkerung insgesamt von etwa 90% bei den Unter-30-Jährigen auf 76% bei den 40- bis 44-Jährigen und 67% bei den 50- bis 54-

[60]) Die genaue Fragestellung in den ATHIS- und EU-SILC-Fragebögen lautet: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Die weiteren Antwortkategorien sind "gut", "mittelmäßig" und "schlecht". In anderen Befragungen kommen leicht unterschiedliche Erhebungskonzepte zum Einsatz. SHARE beispielsweise unterscheidet die Antwortkategorien "ausgezeichnet", "sehr gut", "gut", "mittelmäßig" und "schlecht".

[61]) Siehe dazu z. B. *Idler – Benyamini* (1997), *Lee* (2000), *Martinez et al.* (2010) und *Latham – Peek* (2013).

[62]) Auch die Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 und EU-SILC 2015 zeigen fast identische geschlechtsspezifische Ergebnisse.

[63]) Für EU-SILC 2016 sind noch keine Mikrodaten verfügbar und demnach keine individualisierten Auswertungen möglich.

Jährigen. Die 55- bis 59-Jährigen und die 60- bis 64-Jährigen haben interessanterweise einen ähnlich hohen Anteil an positiven Gesundheitseinschätzungen (etwa 60%). Auch die Quote der Personen mit dezidiert negativer Gesundheitseinschätzung bleibt in diesen beiden Altersgruppen konstant (12%). Allgemein ist eine Abflachung des Altersgradienten im subjektiven Gesundheitszustand beobachtbar. Der Anteil an Befragten mit gutem Gesundheitszustand geht bei den Über-50-Jährigen nicht mehr so stark zurück, wie in den jüngeren Altersgruppen. Umgekehrt kommt es ab dem Alter von 50 Jahren nur zu einem geringen Anstieg der Zahl an Personen mit einer negativen Gesundheitseinschätzung. Selektionseffekte, d. h. eine erhöhte Mortalität ab 50 Jahren, können nur einen sehr kleinen Beitrag zur Erklärung dieses Musters liefern[64]).

Übersicht 2.1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Alter und Erwerbsstatus

	Beschäftigte		Arbeitslose		Nicht-Erwerbstätige		Insgesamt	
	(Sehr) gut	(Sehr) schlecht	(Sehr) gut	(Sehr) schlecht	(Sehr) gut	(Sehr) schlecht	(Sehr) gut	(Sehr) schlecht
	In %							
20 bis 24 Jahre	93,6	0,6	76,9	1,1	92,1	1,6	91,8	0,9
25 bis 29 Jahre	92,6	1,4	67,4	11,9	91,6	3,4	90,7	2,6
30 bis 34 Jahre	90,3	0,8	71,2	4,4	78,3	5,1	86,9	2,1
35 bis 39 Jahre	87,3	1,7	46,7	16,9	71,7	10,7	82,6	3,7
40 bis 44 Jahre	81,6	2,7	47,0	25,8	58,8	16,5	76,4	5,9
45 bis 49 Jahre	78,6	3,0	48,4	17,5	36,4	30,5	71,9	6,9
50 bis 54 Jahre	74,7	4,2	34,1	32,9	33,4	38,2	66,9	10,0
55 bis 59 Jahre	71,5	3,9	33,8	29,5	44,4	22,7	58,9	12,4
60 bis 64 Jahre	68,7	6,2	.	.	58,8	12,9	60,1	12,1
Insgesamt	82,9	2,5	51,6	18,4	63,2	14,3	75,6	6,5

Q: EU-SILC 2015, WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Die Fragestellung im EU-SILC-Fragebogen lautet: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Der je Altersgruppe auf 100% der Antworten fehlende Anteil bezieht sich auf Personen, die ihren Gesundheitszustand als "mittelmäßig" einstufen. "." … Aufgrund zu geringer Fallzahlen wird das Ergebnis nicht ausgewiesen.

Dieser Befund deckt sich auch mit einer Analyse des Gesundheitszustands der über-50-jährigen Bevölkerung in Österreich anhand von Daten der SHARE-Erhebung (*Leoni*, 2015). Dabei konnte für die 60- bis 69-Jährigen im Lichte eines synthetischen Gesundheitsindikators eine ähnliche gesundheitliche Verteilung wie für die 50- bis 59-Jährigen festgestellt werden. Die älteren Bevölkerungsgruppen und insbesondere die Über-80-Jährigen wiesen dagegen eine

[64]) Um das zu überprüfen, wurde mithilfe der Sterbetafel 2010/2012 laut Statistik Austria für jede Altersgruppe in der Stichprobe von EU-SILC 2015 die Zahl an verstorbenen Personen dazu geschätzt. Diesen Personen wurde in einem zweiten Schritt die Gesundheitseinschätzung "sehr schlecht" zugeordnet und anschließend die Verteilung des subjektiven Gesundheitszustands nach Altersgruppen neu berechnet. Dabei zeigte sich erwartungsgemäß, dass der Anteil an Personen mit schlechtem Gesundheitszustand bei den Älteren durch die Korrektur um die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit stärker steigt als bei den Jüngeren (bzw. dass umgekehrt der Anteil an Personen mit gutem Gesundheitszustand stärker zurückgeht). Die Verschiebung ist aber sehr geringfügig, die Quote der 60- bis 64-Jährigen mit schlechtem Gesundheitszustand beispielsweise erhöht sich von 12,1% auf 12,9%, jene der 50- bis 54-Jährigen von 10% auf 10,3%.

klare Verschiebung in Richtung niedrigerer Gesundheitswerte auf. Die Frage, zu welchem Zeitpunkt im Lebensverlauf und mit welcher Geschwindigkeit sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert, spielt für die Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung im Altersverlauf eine wichtige Rolle und bedarf weiterer Untersuchungen.

Doch auch wenn der allgemeine Gesundheitszustand in der für den Arbeitsmarkt zentralen Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen vergleichsweise stabil sein sollte, zeigt die Gliederung der EU-SILC-Auswertungen klare Unterschiede nach Erwerbsstatus mit einem starken gesundheitlichen Gefälle zwischen den aktiv Beschäftigten und den Arbeitslosen.

Der negative Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist in der Literatur sehr gut belegt und wurde auch im Rahmen früherer Ausgaben des Fehlzeitenreports untersucht (*Leoni*, 2010). Auch gemessen an der subjektiven Gesundheitseinschätzung weisen Arbeitslose in allen Altersgruppen erheblich schlechtere Gesundheitswerte als Beschäftigte auf. Der Unterschied im gesundheitlichen Zustand nimmt allerdings mit dem Alter stark zu. In den jüngeren Altersgruppen liegt der Anteil der Personen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand 15 bis 25 Prozentpunkte unter jenem der gleichaltrigen Beschäftigten. Bei den Über-50-Jährigen weitet sich der Abstand auf etwa 40 Prozentpunkte aus. Die Auswertungen in Übersicht 2.1 zeigen auch, dass ungefähr ein Drittel der über-50-jährigen Arbeitsuchenden den eigenen Gesundheitszustand sehr negativ beurteilt. In allen Altersgruppen und insbesondere bei den 30- bis 54-jährigen Personen weisen Nicht-Erwerbstätige ähnlich wie die Arbeitslosen viel schlechtere Gesundheitswerte als die Beschäftigten aus.

2.3.2 Funktionale Einschränkungen

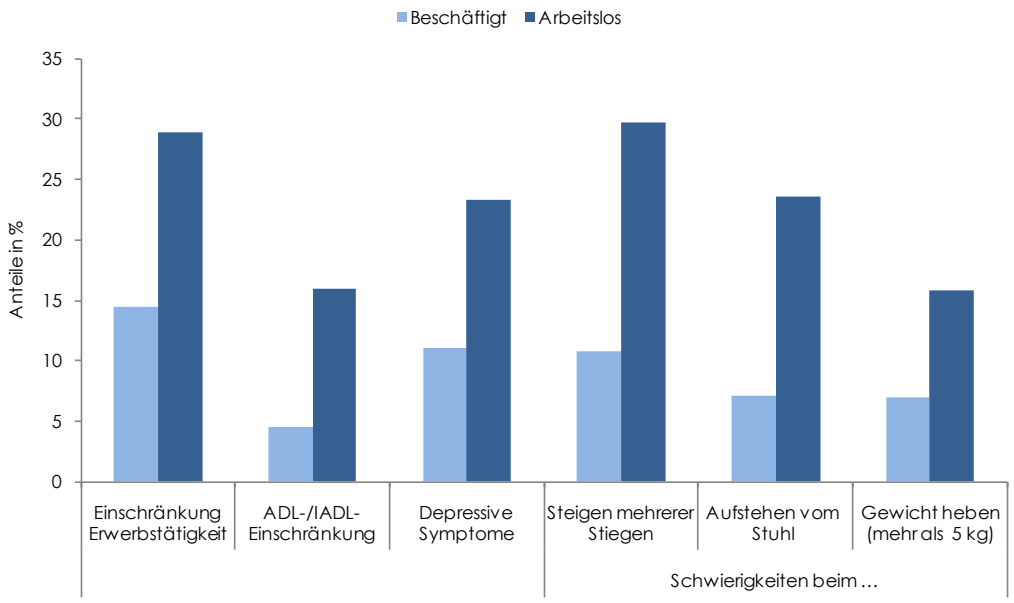
Etwas mehr als ein Zehntel der 50- bis 64-Jährigen fühlt sich stark im Alltag eingeschränkt. Unter Arbeitslosen ist der Anteil um ein Vielfaches höher als unter Erwerbstätigen.

Von besonderer Bedeutung für den Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Frage, inwiefern gesundheitliche Beeinträchtigungen auch mit Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens (sogenannte funktionale Einschränkungen) einhergehen oder ob sie aus anderen Gründen eine negative Auswirkung auf die Erwerbstätigkeit haben können. Aus den EU-SILC-Erhebungen der letzten beiden Jahre geht hervor, dass etwa 6% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (20- bis 64-Jährige) der Meinung sind, aufgrund eines gesundheitlichen Problems im Alltag stark beeinträchtigt zu sein (*Statistik Austria*, 2016, 2017). Die Gesundheitsbefragung (ATHIS) liefert für 2014 mit einem Anteil von 7% einen fast identischen Wert. Auch in diesem Fall sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede minimal, während große Unterschiede nach Alter und Erwerbsstatus bestehen. Laut EU-SILC 2015 steigt der Anteil an im Alltag stark Eingeschränkten von weniger als 2% bei den Unter-30-Jährigen auf 7,5% bei den 45- bis 49-Jährigen[65]). Unter den 50- bis 64-Jährigen liegt der Anteil an Personen mit einer

[65]) Diese Werte beziehen sich auf WIFO-Auswertungen von EU-SILC 2015. Die entsprechenden Kreuztabellen sind nicht im von Statistik Austria veröffentlichten Tabellenband enthalten.

starken Einschränkung bei etwas weniger als 11%, weitere 30% geben an, im Alltag "etwas eingeschränkt" zu sein. Ähnlich wie die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands zeigt auch dieser Indikator bei einer weiteren Untergliederung der Älteren nach Altersgruppen nur eine moderate Verschlechterung. Der Anteil an stark eingeschränkten erhöht sich von 9% bei den 50- bis 54-Jährigen auf 11% bei den 55- bis 59-Jährigen und auf 12% bei den 60- bis 64-Jährigen. Die Zahl der leicht eingeschränkten entwickelt sich in diesen drei Altersgruppen zunächst von 28% auf 33% und dann wieder zurück auf 29%.

Abbildung 2.3: Gesundheitliche Probleme und Einschränkungen nach Erwerbsstatus, Auswahl 50- bis 64-Jährige



Q: SHARE, WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich. Die ADL- und IADL-Skalen beziehen sich auf funktionale Einschränkungen bei Tätigkeiten, die sich auf die persönliche Versorgung und das Wohn- und Lebensumfeld beziehen. Depressive Symptome werden anhand der EURO-D Skala ermittelt, ein auf Grundlage von zwölf Fragen erstelltes Maß für Depressionen. Der ausgewiesene Anteil bezieht sich auf Personen, die den Grenzwert für eine klinisch bedeutende Depression (vier von zwölf möglichen Punkten) überschreiten.

Die aktiv Beschäftigten sind deutlich seltener von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen als gleichaltrige Menschen, die Arbeit suchen oder sich nicht am Erwerbsleben beteiligen. Insgesamt liegt der Anteil der gesundheitlich stark Eingeschränkten bei den Arbeitslosen und auch bei den Nicht-Erwerbspersonen jeweils bei etwa 15%, ein weiteres Drittel der Arbeitslosen und ein Viertel der Nicht-Erwerbspersonen weisen eine leichte Einschränkung auf. Demgegenüber sind nur 2,5% der Beschäftigten stark eingeschränkt, weitere 19% weisen eine leichte gesundheitliche Einschränkung auf. Unter den Älteren liegt die Quote der stark Eingeschränkten bei den Beschäftigten bei 4,3%, also etwa so hoch wie in der Gesamtbevölkerung der 30-Jährigen, jene der Arbeitslosen und Nicht-Erwerbspersonen jedoch bei 19%.

Die SHARE-Daten gehen in größerem Detail auf die Art der gesundheitlichen Einschränkungen der Über-50-Jährigen ein. Das Erhebungsinstrument beinhaltet Fragen zu 13 verschiedenen funktionalen Einschränkungen im Bereich der persönlichen Versorgung und Hygiene (ADL) sowie im Wohn- und Lebensumfeld (IADL)[66]). In einer Gesamtbetrachtung decken sich die SHARE-Ergebnisse für die Jahre 2011 und 2013 stark mit jenen von EU-SILC 2015 und ATHIS 2014. Etwa 5% der 50- bis 64-Jährigen weisen mindestens eine funktionale Einschränkung im Bereich der persönlichen Versorgung und Hygiene (ADL) auf. Die funktionalen Einschränkungen im Wohn- und Lebensumfeld (IADL) sind etwas stärker verbreitet und betreffen knapp 10% der Befragten. Die Personengruppen der ADL und IADL funktional Eingeschränkten weisen einen hohen Überlappungsgrad auf: Der Anteil an den 50- bis 64-Jährigen, die mindestens eine Form von funktionaler Einschränkung nach ADL oder IADL aufweisen, liegt bei knapp 11%. Dieser Wert entspricht exakt dem Anteil der Befragten von EU-SILC und ATHIS dieser Altersgruppe, die eine starke gesundheitliche Einschränkung angeben. Auch in diesem Fall unterscheiden sich die Werte bei einer weiteren Untergliederung nach Altersgruppen kaum zwischen den 50- bis 54-Jährigen und den älteren Personengruppen.

Ein Drittel der Älteren hat leichte Einschränkungen in Form von Schwierigkeiten bei Tätigkeiten wie dem Stiegensteigen, längeren Sitzen oder Tragen von schweren Gegenständen.

Darüber hinaus ist ein größerer Personenkreis durch Schwierigkeiten bei der Ausführung anderer, über ADL/IADL hinausgehende Einschränkungen, alltäglicher Tätigkeiten gekennzeichnet[67]). Eine detaillierte Auswertung zeigt, dass ein Fünftel der Älteren Probleme hat, in die Hocke zu gehen, sich hinzuknien oder zu bücken. Ebenso hoch ist der Anteil an den Befragten, die nicht ohne zu pausieren mehrere Stockwerke Stiegensteigen können. Etwas weniger stark verbreitet sind Schwierigkeiten, nach längerem Sitzen von einem Sessel aufzustehen (13%) oder Gewichte wie eine schwere Einkaufstasche zu tragen (11%). Etwa 7% der Personen können nicht uneingeschränkt die Arme bis zur Schulter oder darüber anheben, ebenso viele können nicht ohne Beschwerden zwei Stunden lang sitzen. Eine von zwanzig befragten Personen hat Schwierigkeiten, 100 Meter zu gehen oder einen größeren Gegenstand zu schieben. Insgesamt ist ein Drittel der 50- bis 64-Jährigen von einer dieser Einschränkungen betroffen, dieser Anteil ist mit jenem der von EU-SILC 2015 als leicht eingeschränkt Eingestuften (30%) vergleichbar. Unter den Beschäftigten liegt die Quote mit 20% knapp halb so hoch wie unter

66) Die ADL-Skala erfasst sechs Tätigkeiten, die sich auf die persönliche Versorgung und Hygiene beziehen (z. B. sich anziehen können), während die IADL-Skala sieben Tätigkeiten im Wohn- und Lebensumfeld abfragt (z. B. Lebensmittel einkaufen, Hausarbeit und Geldangelegenheiten erledigen usw.).

67) Die vollständige Liste umfasst die folgenden zehn Tätigkeiten: 100 Meter gehen; etwa zwei Stunden lang sitzen; nach längerem Sitzen von einem Sessel aufstehen; mehrere Stockwerke ohne zu pausieren Stiegensteigen; ein Stockwerk ohne zu pausieren Stiegensteigen; in die Hocke gehen, sich hinknien oder bücken; sich nach etwas strecken oder die Arme bis zur Schulter oder darüber anheben; große Gegenständen, wie etwa einen Lehnstuhl, ziehen oder schieben; Gewichte über 5 kg heben oder tragen; eine kleine Münze (20 Cent Stück) von einem Tisch aufheben. Die interviewten Personen werden gefragt, ob sie bei den genannten alltäglichen Tätigkeiten Schwierigkeiten haben, wobei temporäre Schwierigkeiten, die weniger als drei Monate andauern, außer Acht gelassen werden sollen.

den Arbeitslosen und Nicht-Erwerbspersonen (45%). Fast alle Personen (92%), die eine ADL- oder IADL-Einschränkung aufweisen, sind auch in mindestens einer weiteren alltäglichen Tätigkeit eingeschränkt.

Neben den funktionalen, vorwiegend körperlichen Einschränkungen ist ein beträchtlicher Teil der Bevölkerung von psychischen Leiden betroffen. Die OECD geht davon aus, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind (*OECD*, 2015B). Die Zahl der von psychischen Leiden Betroffenen schwankt deshalb stark in Abhängigkeit der gewählten Definition und Abgrenzung. Laut OECD ist etwa ein Viertel der von psychischen Leiden betroffenen Personen, also 5% der Bevölkerung, durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen Personen leichte bis moderate Störungen haben. Aus der jüngsten Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014; *Statistik Austria*, 2015B) geht hervor, dass knapp 6% der Personen im abgelaufenen Jahr eine ärztlich diagnostizierte Depression hatten, wobei der Anteil bei den 45- bis 60-Jährigen (7,8%) deutlich höher war als bei den Unter-30-Jährigen (2,2%). Der Personenkreis mit einer leichten depressiven Symptomatik war deutlich größer, er umfasste in der Gesundheitsbefragung rund 15% der Befragten (*ebenda*). Bei diesem Indikator ist der Altersgradient allerdings weniger stark ausgeprägt. Auch in diesem Fall besteht eine gute Übereinstimmung mit den Ergebnissen der SHARE-Erhebung, der zufolge fast 16% der 50- bis 64-Jährigen klinisch relevante depressive Symptome aufweisen[68]).

Gesundheitliche Indikatoren zum psychischen Wohlbefinden zeigen in den meisten Fällen ausgeprägte geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Laut SHARE leiden 12,6% der 50- bis 64-jährigen Männer, aber 20,2% der Frauen unter depressiven Symptomen. Auch aus der Gesundheitsbefragung und aus den Berechnungen der OECD gehen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede und auch ein stärkerer Altersgradient in der Prävalenz von psychischen Leiden bei Frauen hervor. Die anderen bisher genannten gesundheitlichen Indikatoren weisen dagegen – mit wenigen Ausnahmen (z. B. Schwierigkeiten beim Heben) – nur geringfügige Unterschiede zwischen Frauen und Männern auf[69]).

2.3.3 Gesundheitliche Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit

Fast ein Fünftel der Über-50-Jährigen im Erwerbsalter gibt an, gesundheitsbedingt im Erwerbsleben eingeschränkt zu sein. Bei den Arbeitslosen ist der Anteil doppelt so hoch wie bei den Beschäftigten.

Zusätzlich zu den Einschränkungen von klar definierten Alltagstätigkeiten geben die Erhebungspersonen in SHARE auch über die Bedeutung von gesundheitlichen Einschränkungen für ihr Berufsleben Auskunft. Fast ein Fünftel (19,6%) der Älteren im erwerbsfähigen Alter ist der Meinung, ein gesundheitliches Problem oder eine Behinderung zu haben, die mit einer Ein-

[68]) Als Grenzwert für eine klinisch bedeutende Depression gilt eine Punktezahl von vier auf der EURO-D Skala, d. h., dass die Befragten mindestens vier von zwölf möglichen Symptomen einer Depression aufweisen.

[69]) WIFO-Berechnungen anhand der SHARE-Daten.

schränkung im Bereich der Erwerbstätigkeit einhergeht[70]). Die Quote liegt bei den Beschäftigten über 14%, bei den Arbeitslosen ist sie jedoch doppelt so hoch (29%), die Erwerbsinaktiven weisen einen Anteil von 25% auf. Diese Werte sind höher als jene, die sich auf funktionale Einschränkungen bei der Ausführung von alltäglichen Grundtätigkeiten nach ADL und IADL beziehen. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Anforderungen zur Bewältigung der beruflichen Aufgaben in der Regel höher und komplexer sind als jene des Alltags. Gleichzeitig sind nicht alle Erwerbspersonen, die Schwierigkeiten bei der Ausführung von alltäglichen Tätigkeiten haben, dadurch auch gleichzeitig im beruflichen Leben eingeschränkt. Weniger als die Hälfte der Personen, die eine Form von Einschränkung nach ADL/IADL oder Schwierigkeiten bei sonstigen Alltagstätigkeiten hat, fühlt sich auf gesundheitlicher Ebene in der Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass sich für jede zweite Person die funktionale Einschränkung nicht negativ auf das Erwerbsleben niederschlägt.

Zur Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Arbeitslosen können auch Informationen des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) herangezogen werden (*Eppel et al.*, 2017). Das AMS erfasst jene Arbeitslosen, bei denen eine Behinderung vorliegt oder auch eine "sonstige gesundheitliche Vermittlungseinschränkung" nach AMS-Definition festgestellt wurde[71]). Bei den letzteren handelt es sich um Personen, die unter einer Beeinträchtigung leiden, welche nach Einschätzung der BeraterInnen des AMS Schwierigkeiten bei der Vermittlung verursacht oder zu eingeschränkten Berufsmöglichkeiten führt. Der Anteil der Personen mit einer Behinderung oder sonstiger gesundheitlicher Vermittlungseinschränkung an allen Arbeitslosen lag zuletzt bei 20,2% (2016). In einer längerfristigen Betrachtung steigt diese Quote – nach einem Rückgang in den frühen 2000er-Jahren – seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts. In der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist laut AMS sogar ein Drittel der Arbeitsuchenden von einer gesundheitlichen Vermittlungseinschränkung betroffen. Von den betroffenen Personen weist nur fast jede fünfte eine Behinderung auf, der Großteil davon wird aus anderen Gründen als gesundheitlich eingeschränkt eingestuft.

Etwas mehr als 70% der Personen, die sich im Erwerbsleben eingeschränkt fühlen, sind bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten eingeschränkt.

Es stellt sich somit die Frage, welche gesundheitlichen Probleme und Behinderung am stärksten mit Einschränkungen assoziiert sind. Wie Abbildung 2.4 zu entnehmen ist, ist etwa ein Drittel der Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit von einer funktionalen Einschränkung nach ADL/IADL betroffen. Werden auch Schwierigkeiten bei weiteren alltäglichen Tätigkeiten

[70]) Die entsprechende Frage lautet "Haben Sie gesundheitliche Probleme oder Behinderungen, die die Art oder das Ausmaß Ihrer bezahlten Tätigkeiten einschränken?".

[71]) Als Personen mit einer Behinderung werden vom AMS Begünstigte nach dem Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG), dem Opferfürsorgegesetz, einem Landesbehindertengesetz sowie Personen mit einem Behindertenpass erfasst. Behinderte im Sinne des BEinstG und Personen mit einem Behindertenpass sind dabei zahlenmäßig die größten Gruppen. Eine Behinderung nach dem BEinstG wird durch die zuständige Landesstelle des Sozialministeriumservice festgestellt und bezieht sich auf einen Grad der Behinderung von mindestens 50%. Auch der Behindertenpass wird Personen ausgestellt, deren Grad der Behinderung mindestens 50% beträgt.

(Stiegensteigen, Gewichte heben usw.) berücksichtigt, sind (aufgrund der Möglichkeiten von mehrfachen Einschränkungen) etwas mehr als 70% der in der Erwerbstätigkeit Eingeschränkten betroffen. Zuzüglich der Personen, die (auch) depressive Symptome aufweisen, erfasst man gut drei Viertel der Personen mit Einschränkungen im Erwerbsleben. Dabei zeigt sich keine eindeutige Konzentration auf bestimmte Kategorien: Alle abgefragten gesundheitlichen Probleme und funktionalen Einschränkungen sind in dieser Personengruppe etwa zwei- bis dreimal so stark vertreten wie im Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung. Ein Viertel ist dagegen von keiner der erhobenen Einschränkungen betroffen (letzte Säule in Abbildung 2.4). Fast alle Erwerbspersonen, die dieses letzte Viertel bilden, leiden nach eigenen Angaben allerdings unter anderen, nicht im Detail beschriebenen chronischen Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen.

Zusammenfassend sind also etwas mehr als 70% der Personen, die sich durch ein gesundheitliches Problem im Erwerbsleben eingeschränkt fühlen, vorwiegend auf körperlicher Ebene bei der Ausübung bestimmter Tätigkeiten eingeschränkt. Die verbleibenden Personen weisen zusätzlich oder vorwiegend psychische oder (andere) chronische bzw. langwierige Gesundheitsprobleme auf.

Gering qualifizierte Arbeitskräfte sind wesentlich häufiger gesundheitlich belastet als gut ausgebildete.

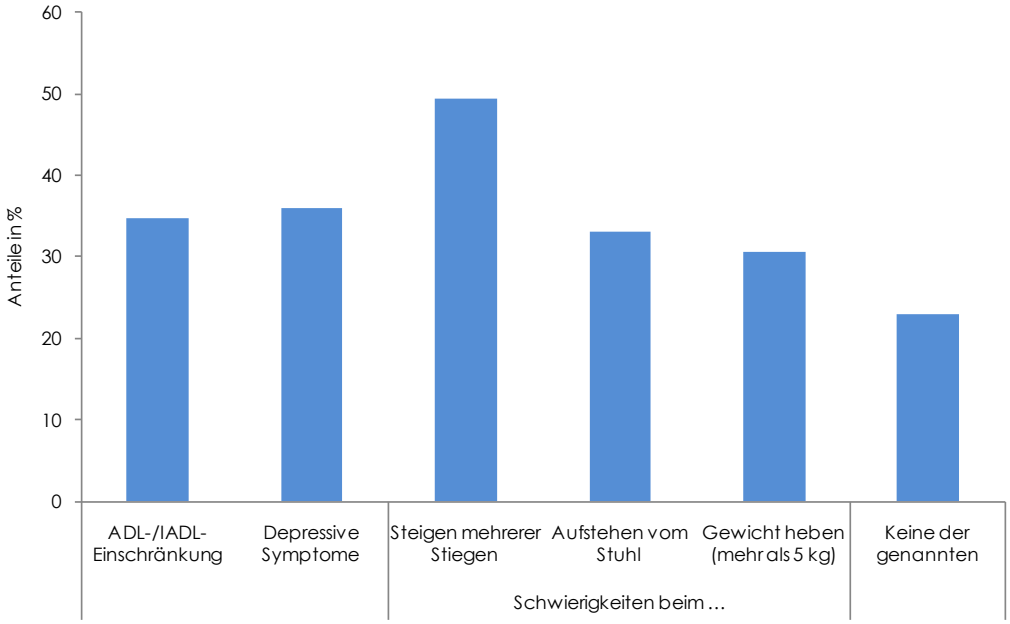
Die verfügbaren Daten zeigen ein klares Bildungsgefälle im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und den gesundheitlichen Einschränkungen in der Arbeit. Bezogen auf die gesamte Bevölkerung der 20- bis 64-Jährigen liegt der Anteil der stark Beeinträchtigten in der Personengruppe mit universitärem Abschluss bei 2%, in der Gruppe mit einem Lehr- oder mittlerem Bildungsabschluss bei 6% und in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss bei 14% (*Statistik Austria*, 2017). Allerdings kommen dabei auch Unterschiede in der Bildungsstruktur nach Alterskohorten zum Tragen, da Jüngere im Schnitt besser ausgebildet sind als Ältere. Bei Einschränkung auf die 50- bis 64-Jährigen sind die Unterschiede zwischen Bildungsgruppen und insbesondere jene zwischen Personen mit mittleren und höheren Abschlüssen weniger stark ausgeprägt: Starke gesundheitliche Einschränkungen kommen bei Personen mit sekundärem Abschluss etwa gleich häufig vor wie bei jenen mit tertiärem Abschluss (6% bzw. 7%). Personen mit Lehrabschluss haben unter den 50- bis 64-Jährigen mit 11% einen etwas höheren und Personen mit maximal Pflichtschulabschluss mit 19% einen deutlich höheren Anteil an gesundheitlich Beeinträchtigten[72]).

Die letztgenannten Werte weisen eine starke Übereinstimmung mit der Verbreitung von funktionalen Einschränkungen nach ADL oder IADL auf. Unter den SHARE-Befragten schwankt der Anteil an Personen mit mindestens einer funktionalen Einschränkung zwischen 5% (höherer Bildungsabschluss), 10% (mittlerer Abschluss) und 23% (niedriger Abschluss). Erwartungsgemäß schlagen sich die gesundheitlichen Unterschiede zwischen Bildungsgruppen auch auf die

[72]) Diese Werte beziehen sich auf WIFO-Auswertungen von EU-SILC 2015.

Einschränkungen für die Erwerbstätigkeit Älterer nieder. Während der Anteil an höher qualifizierten Erwerbspersonen mit einer beruflich relevanten gesundheitlichen Einschränkung bei knapp 13% liegt, steigt dieser Wert bei den Personen mit mittlerer Qualifikation auf gut 20% und bei jenen mit maximal Pflichtschulabschluss auf fast 29%. Vor allem diese letzte Gruppe sieht sich somit aufgrund des Zusammentreffens von gesundheitlichen Problemen und mangelnden Qualifikationen mit einem sehr hohen Arbeitslosigkeitsrisiko konfrontiert.

Abbildung 2.4: Gesundheitliche Probleme der im Erwerbsleben Eingeschränkten, Auswahl
50- bis 64-Jährige mit gesundheitlicher Einschränkung bei der Erwerbstätigkeit



Q: SHARE, WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich. Die ADL- und IADL-Skalen beziehen sich auf funktionale Einschränkungen bei Tätigkeiten, die sich auf die persönliche Versorgung und das Wohn- und Lebensumfeld beziehen. Psychische Leiden werden anhand der EURO-D Skala ermittelt, ein auf Grundlage von zwölf Fragen erstelltes Maß für Depressionen. Der ausgewiesene Anteil bezieht sich auf Personen, die den Grenzwert für eine klinisch bedeutende Depression (vier von zwölf möglichen Punkten) überschreiten.

Etwas mehr als ein Fünftel der Über-50-Jährigen befürchtet, dass es die derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären Pensionsantrittsalters ausüben kann.

Des Weiteren geben die Personen in SHARE auch darüber Auskunft, ob sie befürchten ihre (derzeitige) Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters verlassen zu müssen[73]). Die Antwort auf diese Frage, die nur den aktiv Beschäftigten gestellt wird (55% der befragten 50- bis 64-Jährigen in der fünften SHARE-Welle), kann als ein subjektiv eingeschätztes Invaliditätsrisiko interpretiert werden. Demnach ist etwas mehr

[73]) Die Fragestellung lautet: "Machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie Ihre derzeitige Beschäftigung aus gesundheitlichen Gründen nicht bis zum Erreichen des regulären Pensionsalters ausüben können?".

als ein Fünftel der über-50-jährigen Beschäftigten der Meinung, von einem solchen Risiko betroffen zu sein. Der Anteil war in den letzten SHARE-Wellen (Jahre 2011 und 2013) stabil, wobei Frauen (die allerdings eine niedrigeres Pensionsantrittsalters als Männer haben) etwas weniger oft als Männer die Befürchtung teilen, aus gesundheitlichen Gründen ihren Job nicht bis zum regulären Pensionsantrittsalter ausüben zu können. Aus dem Arbeitsklima Index (AKI) gehen aufgrund einer inhaltlich verwandten Fragestellung noch höhere Werte hervor. Im AKI werden die Beschäftigten gefragt, ob sie im Lichte ihrer Arbeit und ihres Gesundheitszustands glauben, den derzeitigen Beruf auch mit 60 bzw. 65 Jahren ausüben zu können[74]). Laut IFES-Auswertungen schätzen 26% der Über-50-Jährigen es für "sehr unwahrscheinlich" und weitere 24% für "eher unwahrscheinlich" ein, zum Zeitpunkt des gesetzlichen Regelpensionsalters noch ihren Job ausüben zu können (*Zeglovits*, 2017). Diese hohen Werte müssen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden, da sich die Fragestellung auf ein Szenario bezieht, bei dem die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und im Beruf über die Zeit unverändert bleiben. Die Jüngeren (bis 49 Jahre) antworten auf diese Fragestellung mit 16% "sehr unwahrscheinlich" und 26% "eher unwahrscheinlich", d. h. mit relativ zu den Älteren niedrigeren, aber in einer absoluten Betrachtung ebenfalls sehr hohen negativen Werten. Als wichtigste Gründe für die negative Einschätzung gelten bei Jüngeren wie Älteren gleichermaßen "körperliche Belastungen" und eine "anstrengende Arbeit" (jeweils von etwa der Hälfte der Personen genannt), darüber hinaus psychische Belastungen (etwa ein Drittel).

2.3.4 Das Krankenstandsgeschehen der Älteren

Aus der Untersuchung der altersspezifischen Krankenstandsunterschiede (siehe Abschnitt 1.5.2) geht hervor, dass ältere Arbeitskräfte seltener als die Jungen einen Krankenstand antreten, jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen sind. Daraus ergibt sich in Summe sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nach Alter ein leicht U-förmiger Verlauf der Krankenstandsquoten: Jugendliche unter 20 Jahren verbringen vergleichsweise viele Tage im Krankenstand, ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten und erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab 40 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert.

Die Unterschiede in der Krankenstandsquote zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten nehmen mit dem Alter zu.

Auswertungen der Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse ermöglichen einen feingliedrigeren Einblick in das Krankenstandsgeschehen der Älteren. Wie aus Abbildung 2.5 zu entnehmen ist, bestätigt sich bei einer Darstellung nach Einzeljahren der Befund, wonach die Krankenstandsquoten der Beschäftigten entlang der Altersdimension ein

[74]) Die Fragestellung lautet: "Bitte denken Sie an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie Ihren derzeitigen Beruf auch noch ausüben können, wenn Sie 60/65 Jahre alt sind?".

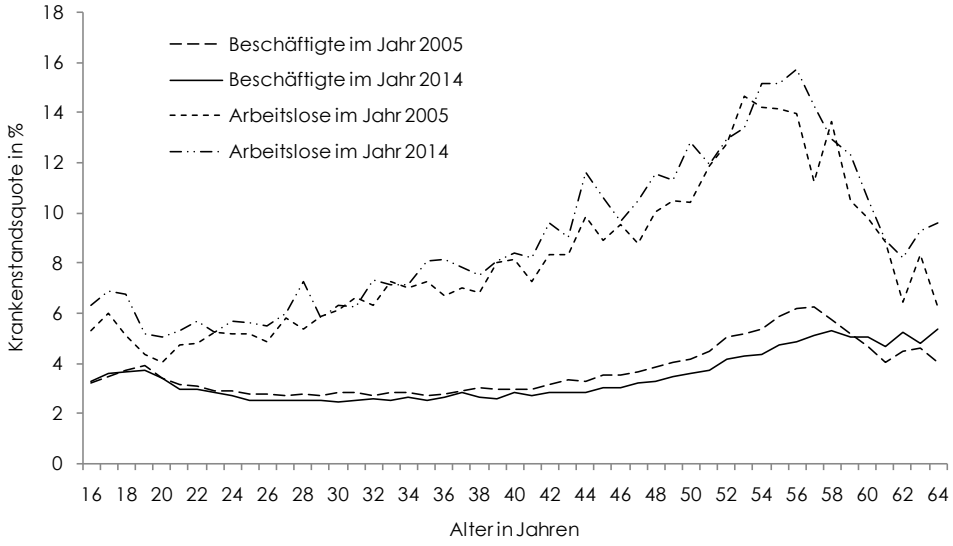
leicht U-förmiges Muster aufweisen. Frühere Untersuchungen haben bereits aufgezeigt, dass Arbeitslose viel höhere Krankenstandsquoten als die Beschäftigten aufweisen und auch, dass die Entwicklung seit den 1990er-Jahren bei den Arbeitslosen ungünstiger verlaufen ist als bei den Beschäftigten (*Leoni*, 2010, *Eppel et al.*, 2016). In einer Durchschnittsbetrachtung über alle Altersgruppen verbringen Arbeitslose etwa 2½-Mal so viel Zeit im Krankenstand wie Beschäftigte. Abbildung 2.5 zeigt, dass sich die Kluft in der Krankenstandsquote der Arbeitslosen und Beschäftigten mit zunehmendem Alter weiter öffnet, das betrifft vor allem den absoluten Abstand. Während die über-50-jährigen Beschäftigten durchschnittlich etwas mehr als zwei Wochen im Jahr Krankenstand verzeichnen, sind es bei den gleichaltrigen Arbeitslosen mehr als eineinhalb Monate. Anders als bei den Beschäftigten zeigen die Krankenstandsquoten der Arbeitslosen entlang der Altersachse bereits ab den 20-Jährigen ein kontinuierlich ansteigendes Muster.

Die Krankenstandstage sind bei den Älteren wie auch bei den Jüngeren sehr ungleich verteilt. Zwei Drittel der Beschäftigten sind im Jahr weniger als eine Woche krankgeschrieben. Etwa 10% verbringen mehr als einen Monat im Krankenstand.

Keine wesentlichen Unterschiede ergeben sich dagegen zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten im Ausmaß der Konzentration des Krankenstandsgeschehens auf die Personen. In beiden Gruppen verzeichnet rund die Hälfte der Versicherten im Jahresverlauf keinen Krankenstand. Abbildung 2.6, die sich nur auf die unselbständig Beschäftigten bezieht, zeigt dass der Großteil der Krankenstandstage bei einem kleinen Teil der Versicherten anfällt, etwa ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf eine Woche oder länger krankgeschrieben. Dieses Muster unterscheidet sich kaum zwischen den Altersgruppen und zeigt, dass auch bei den Über-50-Jährigen die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage verzeichnet. Der überwiegende Teil der Fehlzeiten konzentriert sich in allen Altersgruppen auf einen anteilsmäßig etwa gleich großen Personenkreis: Bei den Jüngeren in Form einer höheren Zahl an kurzen Krankenständen, bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen und sehr langen Krankenständen.

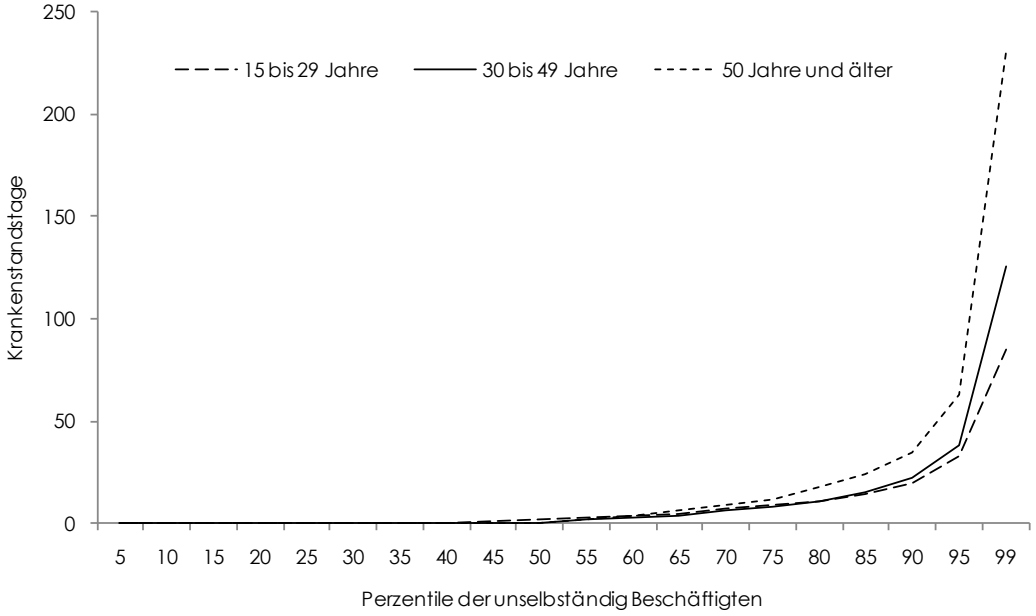
Werden die 15- bis 29-Jährigen mit den Über-50-Jährigen verglichen, so ist der Unterschied in der Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage bei etwa einem Fünftel der Beschäftigten sehr ausgeprägt und nimmt entlang der Verteilung deutlich zu. Die altersspezifischen Unterschiede in der Krankenstandsquote werden stark von den jeweils "Kränksten" der einzelnen Altersgruppen geprägt. Während unter den Jüngeren jene 5% mit den meisten Krankenstandstage mindestens einen Monat im Krankenstand verbrachten, waren es unter den Älteren mindestens zwei Monate. Die 1% der Jüngeren mit den meisten Krankenstandstagen verzeichneten fast drei Monate Krankenstand oder mehr, bei den "kränkesten" Älteren waren es fast acht Monate oder mehr.

Abbildung 2.5: Krankenstandsquoten nach Alter und Erwerbsstatus
Oberösterreich



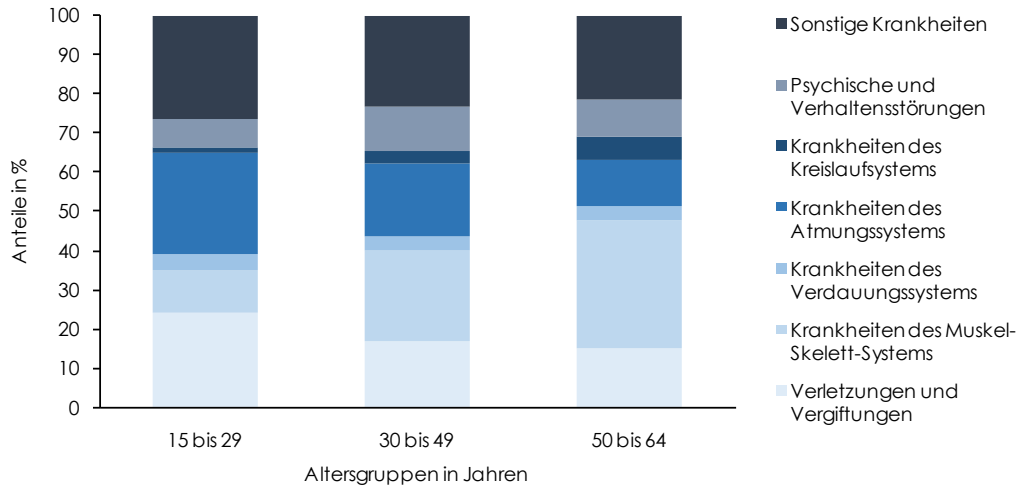
Q.: OÖGKK und WIFO-INDI-DV; WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.6: Verteilung des Krankenstandsgeschehens der unselbständig Beschäftigten
Oberösterreich, 2014



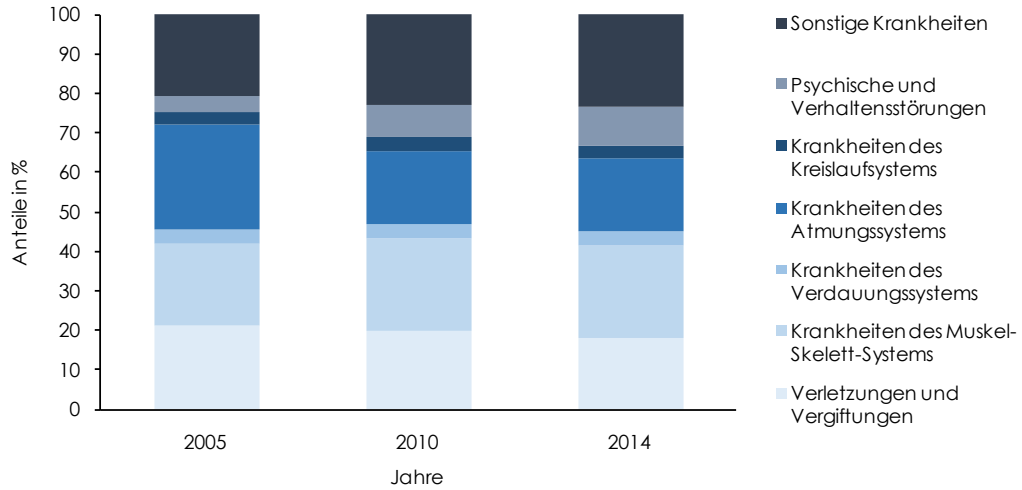
Q: OÖGKK und WIFO-INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Lesebeispiel: 95% der 15- bis 29-Jährigen hatten 2014 weniger als 30 Krankenstandstage bzw. 5% mehr als 30 Krankenstandstage; bei den Über-50-Jährigen hatten 95% weniger und 5% mehr als 60 Krankenstandstage.

Abbildung 2.7: Verteilung der Krankenstandsursachen nach Altersgruppen
Oberösterreich, 2014



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

Abbildung 2.8: Verteilung der Krankenstandsursachen der 50- bis 64-Jährigen
Oberösterreich



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

Abschließend können die detaillierten Daten für Oberösterreich genutzt werden, um die Verteilung von gesundheitlichen Problemen nach Altersgruppen und ihre Entwicklung über die Zeit zu beleuchten (Abbildung 2.7 und Abbildung 2.8). Anteilsmäßig nimmt bei den Älteren vor allem die Bedeutung von gesundheitlichen Problemen des Muskel-Skelett-Systems stark zu. Während bei den Unter-30-Jährigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nur etwas mehr als ein Zehntel der Krankenstandstage verursachen, ist es bei den Älteren exakt

ein Drittel. Umgekehrt gehen Verletzungen als Krankenstandsursache mit dem Alter spürbar zurück. Etwas mehr als jeder sechste Krankenstandstag geht bei den 50- bis 64-Jährigen auf einen Unfall zurück, während es bei den Unter-30-Jährigen fast jeder Vierte ist. Auch die Atemwegerkrankungen, die vor allem bei den Jüngeren einen großen Teil der Fehlzeiten verursachen, verlieren mit dem Alter deutlich an Gewicht. Psychische Erkrankungen fallen dagegen vor allem bei den 30- bis 49-Jährigen als Krankenstandsursache ins Gewicht. Ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen geht bei den Älteren leicht zurück.

Bei einer Betrachtung der Pro-Kopf-Inzidenz von Krankenstandsursachen (hier nicht abgebildet) zeigt sich, dass Ältere auch absolut gemessen im Jahresverlauf weniger Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen (1,7 Tage) verzeichnen als Jüngere (2,5 Tage). Bei den psychischen Erkrankungen ist dagegen die Pro-Kopf-Quote der Krankenstandstage bei den Über-50-Jährigen (1,4 Tage) höher als bei den 15- bis 29-Jährigen (0,7 Tage) sowie, trotz geringerem Anteil am Gesamtvolumen, höher als bei den 30- bis 49-Jährigen (1,1 Tage). Wie Abbildung 2.8 mit einem Vergleich über die Zeit zeigt, ist bei den Älteren vor allem im Vergleich zwischen 2005 und 2010 eine deutliche Zunahme der Anteile von Muskel-Skelett-Erkrankungen und von psychischen Erkrankungen am Fehlzeitenvolumen auffallend. Das Gewicht der Atemwegerkrankungen war dagegen stark rückläufig[75]). Dieses Muster zeigt sich allerdings auch in fast identischer Form in den anderen, hier nicht abgebildeten Altersgruppen und ist somit nicht spezifisch für das Krankenstandsgeschehen der Älteren.

2.4 Arbeitszufriedenheit und Arbeitsumfeld

Umfragen zeigen, dass die große Mehrheit der österreichischen Beschäftigten mit den eigenen Arbeitsbedingungen zufrieden ist. Auch im internationalen Vergleich ist die Arbeitszufriedenheit in Österreich stark ausgeprägt: Bei der jüngsten europäischen Erhebung der Arbeitsbedingungen (2015) waren 93% der Beschäftigten in Österreich mit der eigenen Situation zufrieden (52%) oder sogar sehr zufrieden (41%)[76]). Im Durchschnitt der EU waren es insgesamt 86%, die entweder zufrieden (60%) oder sehr zufrieden (26%) waren. Somit liegt Österreich vor allem aufgrund des hohen Anteils an sehr zufriedenen Beschäftigten bei der Bewertung der Arbeitsbedingungen im europäischen Spitzenfeld, nur in Dänemark ist dieser Anteil noch höher. Ältere Beschäftigte unterscheiden sich nur geringfügig von den anderen Altersgruppen, die Zahl der positiven Einschätzungen ist insgesamt bei den Über-50-Jährigen mit 94% sogar etwas höher als in den anderen Altersgruppen. Der Anteil der sehr zufriedenen Beschäftigten liegt mit 37% aber etwas niedriger und jener der zufriedenen mit 57% höher als im Gesamtdurchschnitt.

[75]) Dabei ist zu berücksichtigen, dass 2005 der Anteil der Atemwegserkrankungen an den Fehlzeiten auch in Österreich insgesamt besonders hoch war, sowohl in den folgenden als auch in den vorangegangenen Jahren fiel der Anteil niedriger aus (siehe Abschnitt 1.7).

[76]) Diese und die nachfolgenden Zahlen stammen von der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen und beziehen sich auf die Sechste Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (online hier abrufbar).

Die Über-50-Jährigen sind in der großen Mehrheit mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden. Pessimistische Einschätzungen zu den eigenen Berufschancen spiegeln aber schlechte Aussichten bei Jobverlust wider.

Auch der im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich erhobene Arbeitsklima Index zeigt ein sehr ähnliches Bild. Zwar weisen die Über-50-Jährigen beim Gesamtindex zum Arbeitsklima niedrigere Werte als der Durchschnitt aller Beschäftigten auf. Der Abstand ist jedoch gering und blieb im vergangenen Jahrzehnt, trotz der Schwankungen beider Reihen, weitgehend konstant[77]). Darüber hinaus besteht der Arbeitsklima Index aus mehreren Teilindizes, die einen detaillierteren Einblick in unterschiedliche Dimensionen der Zufriedenheit ermöglichen und auch über die Arbeitszufriedenheit hinaus die gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Ebene miteinbeziehen. Für eine Bewertung der Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und dem Arbeitsumfeld im engeren Sinne ist deshalb eine gesonderte Betrachtung der relevanten Teilindizes relevant. Wie aus Abbildung 2.9 abzulesen ist, unterscheiden sich die Index-Werte der Älteren in Bezug auf den "Teilindex Arbeit" und den "Teilindex Betrieb" nicht vom allgemeinen Durchschnitt aller Beschäftigten. Der erste Teilindex bezieht sich auf die allgemeine Berufszufriedenheit und auf die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung des Einkommens. Der "Teilindex Betrieb" erfasst dagegen die Einschätzung der ArbeitnehmerInnen zur Führungsqualität und zum Image des/der Arbeitgebers/-in, zu den erhaltenen Sozialleistungen und zur wirtschaftlichen Zukunft allgemein.

Der dritte abgebildete Teilindex bezieht sich auf die Erwartungen der Beschäftigten in Bezug auf Karriere und Aufstiegschancen. Nur in diesem Bereich weichen die Einschätzungen der älteren ArbeitnehmerInnen signifikant von jenen der anderen Beschäftigten ab[78]). Die negative Einschätzung zahlreicher älterer Arbeitskräfte in Bezug auf die eigene berufliche Zukunft deckt sich mit dem Befund, wonach ein hoher Anteil der Beschäftigten bereits vor Erreichen des gesetzlichen Regelpensionsalters aus dem aktiven Erwerbsleben ausscheidet. Das Durchschnittsalter der Pensionsneuzuerkennungen ist zwar im Steigen begriffen, aber es lag zuletzt (2016) vor allem bei den Männern mit 60,9 Jahren nach wie vor deutlich unterhalb des Regelpensionsalters[79]). Frühzeitige Exitstrategien sind weit verbreitet und mit einem oftmals negativ besetzten Altersbild in Arbeitswelt und Gesellschaft verschränkt. Die negative Einstellung zu den beruflichen Chancen und das Fehlen von adäquaten Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt für die fortgesetzte Beschäftigung Älterer kommen auch durch die langen Verweildauern der Älteren in Arbeitslosigkeit zum Ausdruck. Laut der europäischen Erhebung sind nur 18% der Älteren in Österreich der Meinung, bei Verlust oder Kündigung des derzeitigen Arbeitsplatzes einfach einen anderen Job mit ähnlichem Gehalt finden zu können. Im Durch-

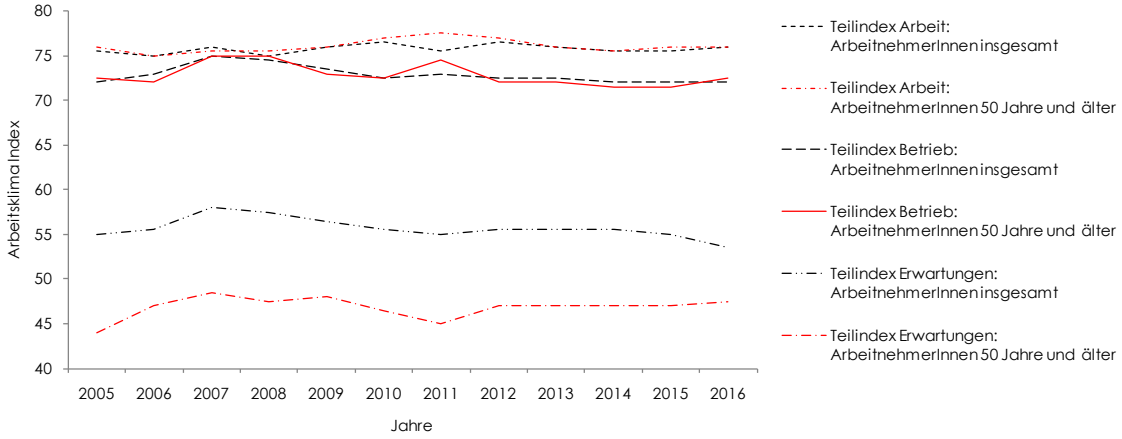
[77]) Siehe http://db.arbeitsklima.at/.

[78]) Der vierte, hier aus Platzgründen ausgesparte "Teilindex Gesellschaft" zeigt ebenfalls kaum signifikante Abweichungen der Über-50-Jährigen vom Gesamtdurchschnitt.

[79]) Die Frauen gingen im Durchschnitt mit 59,1 Jahren in Pension, haben aber mit 60 Jahren im europäischen Vergleich ein niedriges Regelpensionsalter. Es handelt sich bei diesen Zahlen um den Durchschnitt der "Direktpensionen", d. h. der Summe aus Invaliditäts-/Erwerbsunfähigkeitspensionen und Alterspensionen.

schnitt der EU sind es immerhin 26%, in Deutschland 27%, in Dänemark 35% und in Schweden sogar 39%. Die Unterschiede in der Einschätzung dürften zum Teil auch auf die unterschiedliche Arbeitsmarktdynamik in diesen Ländern zurückzuführen sein. Die Arbeitslosenquote der Älteren (50 bis 64 Jahre) war zwar in Deutschland (3,6%), Dänemark (4%) und Schweden (4,9%) zuletzt (2016) mit jener in Österreich (4,5%) vergleichbar. Anders als in Österreich war die Arbeitslosigkeit in diesen Ländern aber in den vergangenen Jahren rückläufig.

Abbildung 2.9: Zufriedenheit am Arbeitsplatz nach Alter
Österreich

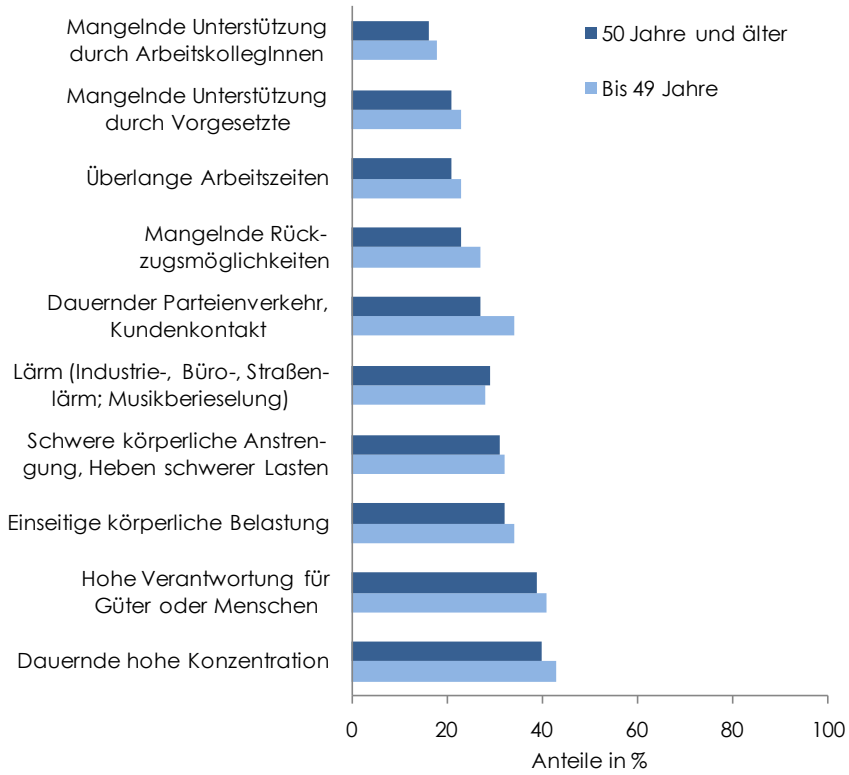


Q: Arbeiterkammer Oberösterreich – Arbeitsklima Index, WIFO-Darstellung. Anmerkungen: Der Teilindex Arbeit umfasst die Subdimensionen Berufs- und Lebenszufriedenheit, Zeiteinteilung, Isolation am Arbeitsplatz, psychischer und Einkommenszufriedenheit. Der Teilindex Betrieb zeigt die Zufriedenheit mit der wirtschaftlichen Zukunft. Der Teilindex Erwartungen umfasst die Subdimensionen Karriere und Aufstiegschancen.

Ähnlich wie in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen lassen sich auch bei einer näheren Analyse der Arbeitsplatzbedingungen und -belastungen zwischen den Altersgruppen nur vergleichsweise kleine Unterschiede feststellen. Wie aus Abbildung 2.10 zu erkennen ist, sind die Über-50-Jährigen in den meisten Dimensionen im Schnitt etwas weniger oft Belastungen ausgesetzt als die Jüngeren. Das ist einerseits auf die unterschiedliche Verteilung der Altersgruppen auf Branchen und Berufe zurückzuführen. Andererseits nimmt bei den Beschäftigten mit zunehmendem Alter aufgrund steigender Seniorität oder auch betriebsinterner Regelungen (beispielsweise in Bezug auf Nachtarbeit) die Häufigkeit bestimmter Belastungen ab. In den meisten Kategorien sind die Unterschiede zwischen Altersgruppen geringfügig, stärkere Abweichungen (zugunsten der älteren Altersgruppen) gibt es z. B. hinsichtlich der Belastung durch dauernden Parteienverkehr und Kundenkontakt und durch häufige Bildschirmarbeit, der Anforderung dauernd hoher Konzentration, mangelnden Rückzugsmöglichkeiten sowie ständiger Überwachung und Kontrolle (Abbildung 2.10; nicht alle Belastungskategorien sind in der Abbildung enthalten). Stressempfinden ist bei den Älteren etwas geringer ausgeprägt als bei den Jüngeren: Während sich 21% der Über-50-Jährigen häufig oder sehr häufig Stress ausgesetzt sehen, äußern 24% der Unter-50-Jährigen die gleiche

Meinung (*Zeglovits*, 2017). Laut der Europäischen Erhebung der Arbeitsbedingungen sind 22% der älteren Beschäftigten und 25% der Beschäftigten insgesamt am Arbeitsplatz (fast) dauernd mit einem hohen Arbeitstempo konfrontiert.

Abbildung 2.10: Belastungen am Arbeitsplatz nach Alter
Österreich



Q: *Zeglovits* (2017), WIFO-Darstellung. Die Auswertungen beziehen sich auf Daten für die Jahre 2015 und 2016.

Das Arbeitsleben älterer ArbeitnehmerInnen ist ähnlich dem der jüngeren Beschäftigten. Vergleichbare Belastungen führen aber zu unterschiedlichen Beanspruchungen.

Eine frühere Studie zur Qualität des Arbeitslebens von älteren Beschäftigten in Österreich kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass sich die Arbeitsplatzbelastungen, mit den die Älteren konfrontiert sind, nicht wesentlichen von jenen der restlichen Beschäftigten unterscheiden (*Eibel et al.*, 2009). In der Bewertung von Stressoren wie Unsicherheit, Zeitdruck oder Organisationsprobleme sowie der Anforderungen am Arbeitsplatz bezüglich Kooperation und Qualifikation konnten in der Untersuchung keine statistisch bedeutsamen Altersunterschiede festgestellt werden. Auch zeigten sich ältere Beschäftigte ebenso zufrieden mit ihrer Arbeit und brachten gleichermaßen Engagement auf wie jüngere ArbeitnehmerInnen. Folgerichtig

kamen die AutorInnen zur Schlussfolgerung, dass "das Arbeitsleben älterer ArbeitnehmerInnen […] als ähnlich dem der jüngeren Beschäftigten angesehen werden [kann]" (*Eibel et al.*, 2009: 80). Allerdings ist zwischen den (objektiven) Belastungen einerseits und den (individuell unterschiedlichen) Ressourcen und dem aus den Belastungen resultierenden Ausmaß an Beanspruchung zu unterscheiden[80]). Vor allem psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz beanspruchen die Personen in individuell unterschiedlichem Ausmaß und zum Teil auch in unterschiedlicher Richtung[81]). Die tatsächlichen Auswirkungen der Arbeit auf die menschliche Gesundheit hängen von den Arbeitsbedingungen aber auch von den individuellen Ressourcen und Kompetenzen ab sowie von den Einflussfaktoren, die vom gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Umfeld ausgehen.

Trotz der annähernd ähnlichen bzw. im Schnitt sogar etwas geringeren Anforderungen und Belastungen, denen ältere Erwerbstätige im Vergleich zu jüngeren innerhalb der Arbeit ausgesetzt sind, ergeben sich für die einzelnen Altersgruppen im Durchschnitt unterschiedliche Auswirkungen (*Eibel et al.*, 2009). Die Älteren erleben mehr allgemeine Beanspruchung, unter anderem in Form von häufiger Energielosigkeit, Übermüdung sowie emotionaler Erschöpfung aber auch körperlichen Beschwerden. Gleichzeitig nimmt mit dem Alter effiziente Erholung ab, wodurch sich die Balance zwischen Belastungen und Erholungsmöglichkeiten verschlechtert.

2.5 Was ist eine alter(n)sgerechte Gestaltung der Arbeitswelt?

Trotz der hohen Zufriedenheit mit den eigenen Arbeitsbedingungen schätzen die älteren Arbeitskräfte in vielen Fällen ihre körperliche Leistungsfähigkeit kritisch ein. 35% der Älteren empfinden die eigene körperliche Leistungsfähigkeit als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht, bei den Jüngeren sind es 14%. Dazu passend schätzt fast ein Drittel der Über-50-Jährigen das persönliche Wohlbefinden mittelmäßig bis schlecht ein, bei den Unter-50-Jährigen zeichnet weniger als ein Fünftel der Personen ein ähnlich negatives Bild (*Zeglovits*, 2017). Eine wichtige Ursache für diese negativen Einschätzungen liegt in Schwierigkeiten, mit zunehmendem Alter bestimmte Arbeitsplatzanforderungen zu bewältigen. Wie aus Übersicht 2.2 ersichtlich ist, zählen zu diesen "alterskritischen" Arbeitsbedingungen bzw. Arbeitsplatzbelastungen neben körperlich anstrengenden Tätigkeiten (wie Heben von Lasten) auch Umgebungsbelastungen (wie schwache Beleuchtung) und belastende Arbeitszeiten (wie Nacht- und Schichtarbeit). Auch starre Leistungsvorgaben und hoher Zeitdruck können für ältere ArbeitnehmerInnen eine besondere Herausforderung darstellen.

[80]) Wobei der Beanspruchungsbegriff grundsätzlich neutral ist, da aus der Arbeitssituation nicht nur negative Beanspruchungen (also Beeinträchtigungen), sondern auch positive Beanspruchungen, die für die Gesundheit förderlich und anregend sind, hervorgehen können.

[81]) Arbeit – auch solche, die hohe Anforderungen an den Menschen stellt – muss nicht zwangsläufig zu negativen gesundheitlichen Folgen führen und kann sogar einen gesundheitsstärkenden Faktor darstellen (und umgekehrt kann das Fehlen von Arbeit gesundheitlich schädlich sein). Siehe weitere Ausführungen dazu in *Leoni* (2012).

Übersicht 2.2: Alterskritische Arbeitsanforderungen

Arbeitsanforderung	**Belastung**
Körperlich anstrengende Arbeiten	Heben/Tragen von Lasten, Zwangshaltungen, einseitig belastende Tätigkeiten
Arbeitsumgebungsbelastungen	Hitze, Lärm, schlechte Beleuchtungsverhältnisse
Hohe bzw. starre Leistungsvorgaben	Taktgebundene Arbeit, Zeitdruck
Schicht- und Nachtarbeit	Arbeitsrhythmus gegen die "innere Uhr"
Hohe psychische Belastungen	Daueraufmerksamkeit, Stress

Q: Morschhäuser (1999A).

Diese Schwierigkeiten stehen mit den im Alter stattfindenden physiologischen Veränderungen im Zusammenhang. So nehmen beispielsweise die Beweglichkeit der Gelenke, die Elastizität von Sehnen und Bändern und allgemein die Körperkraft aber auch die Feinmotorik mit zunehmendem Alter ab (*Feldes et al.*, 2014). Sowohl das Seh- als auch das Hörvermögen verschlechtern sich, die Bewegungen und die motorischen Reaktionen verlangsamen sich, wodurch das Risiko für Stürze oder Ausrutschen zunimmt. Auch auf kognitiver und mentaler Ebene kommt es zu Veränderungen: Die Störempfindlichkeit bei Reizüberflutung erhöht sich und das Kurzzeitgedächtnis büßt an Merkfähigkeit ein. Ältere Menschen brauchen zudem mehr Zeit für Erholung; die notwendige Erholungszeit ist dabei abhängig von der Arbeitsschwere. Erholungszeiten können in der Arbeitszeit, in der Freizeit und im Urlaub liegen (*Feldes et al.*, 2014).

Diese psycho-organischen Veränderungen dürfen jedoch nicht zur Schlussfolgerung verleiten, dass die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz mit dem Alter insgesamt und undifferenziert abnimmt. Einerseits ist bei all diesen Veränderungen eine große individuelle Bandbreite feststellbar. Zahlreiche Einflussfaktoren der Lebens- und Erwerbsbiographie (Lebensstil, bisherige Tätigkeiten usw.) wirken über die Zeit kumulativ und führen dazu, dass mit zunehmendem Alter die ermittelten Leistungsfähigkeiten stärker variieren als in früheren Lebensabschnitten (*Langhoff*, 2009).

Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz nimmt mit zunehmendem Alter nicht insgesamt ab, sondern verändert sich in unterschiedlichen Dimensionen in unterschiedliche Richtung.

Andererseits ist Leistungsfähigkeit in der Arbeitswelt vielschichtig. Während bestimmte Fähigkeiten – vor allem im Zusammenhang mit den soeben beschriebenen Veränderungen – im Schnitt mit dem Alter zurückgehen, besitzen Ältere in anderen Dimensionen der Leistungsfähigkeit einen Vorsprung gegenüber den Jüngeren. Die neueren Erkenntnisse der Gerontologie und der Arbeitswissenschaft haben diesbezüglich ein Modell des "differenzierten Alterns" geprägt, wonach es mit zunehmendem Alter zu einer Differenzierung von Stärken und

Schwächen kommt[82]). Neben Fähigkeiten, die mit dem Alter abnehmen, gibt es viele Fähigkeiten, die relativ konstant bleiben und eine weitere Reihe an Fähigkeiten, die im Alter eher zunehmen (Übersicht 2.3). Zur letzten Gruppe gehören beispielsweise Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein, Genauigkeit und Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit und Fähigkeit zu dispositivem Denken, Urteilsfähigkeit und Gesprächsfähigkeit. Weitgehend konstant bleiben dagegen die Konzentrationsfähigkeit, die Bearbeitung sprach- und wissensgebundener Aufgaben und auch die Widerstandsfähigkeit bei üblichen psychischen und physischen Anforderungen (*Langhoff*, 2009, *Feldes et al.*, 2014).

Übersicht 2.3: Entwicklung des Leistungsprofils bei zunehmendem Alter

Faktoren menschlicher Leistungsfähigkeit, die im Alter eher …		
abnehmen	**konstant bleiben**	**eher zunehmen**
• Muskelstärke, -kraft • Bewegungsgeschwindigkeit • Seh- und Hörvermögen • Geschwindigkeit der Informationsaufnahmen • Reaktionsgeschwindigkeit • Dauer- und Höchstleistungsfähigkeit • Vitalkapazität	• Konzentrationsfähigkeit • Fähigkeit zur Informationsaufnahme und –verarbeitung • Sprachkompetenz und –wissen • Bearbeitung sprach- und wissensgebundener Aufgaben	• Lebens- und Berufserfahrung • Berufliche Routine und Geübtheit • Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein • Genauigkeit und Zuverlässigkeit • Fähigkeit zum Perspektivenwechsel • Fähigkeit zur realistischen Selbsteinschätzung • Beurteilungsvermögen

Q: *Feldes et al.* (2014).

Daraus folgt, dass es in der Arbeitswelt sowohl Aufgaben gibt, die für Ältere schwerer zu bewältigen sind, als auch solche, die sie besser erledigen können als jüngere MitarbeiterInnen (*Langhoff*, 2009). Zur ersten Kategorie zählen vor allem körperliche Arbeiten und Tätigkeiten mit extremen Umgebungseinflüssen wie Hitze, Lärm oder unzureichende Beleuchtung. Aber auch Aufgaben, die unter starkem Zeitdruck erfüllt werden müssen oder solche, die keine ausreichende Erholung ermöglichen. Zu den Aufgaben, die sie besser erledigen können, gehören z. B. solche, die Erfahrungswissen und komplexe Lösungswege erfordern, die Handlungsspielraum bieten und selbständig eingeteilt werden können. Aber auch Tätigkeiten, die in besonderem Ausmaß soziale Kompetenzen oder Kenntnisse über informelle Beziehungen voraussetzen.

Kein eindeutiger Zusammenhang zwischen Produktivität und Alter. Die meisten Studien zeigen vergleichsweise flache Alter-Produktivitäts-Profile.

Die Erkenntnisse aus dem Modell des differenzierten Alterns decken sich mit den Ergebnissen aus Untersuchungen zur Produktivität der Beschäftigten. Vor allem in der Vergangenheit war die Ansicht weit verbreitet, wonach die Arbeitsproduktivität im Alter zwischen 40 und 50 Jah-

[82]) Als Gegenstück eines "Defizitmodells" des Alters, das bis in die 1990er-Jahre sowohl wissenschaftlich als auch gesellschaftlich vorherrschend war (*Langhoff*, 2009).

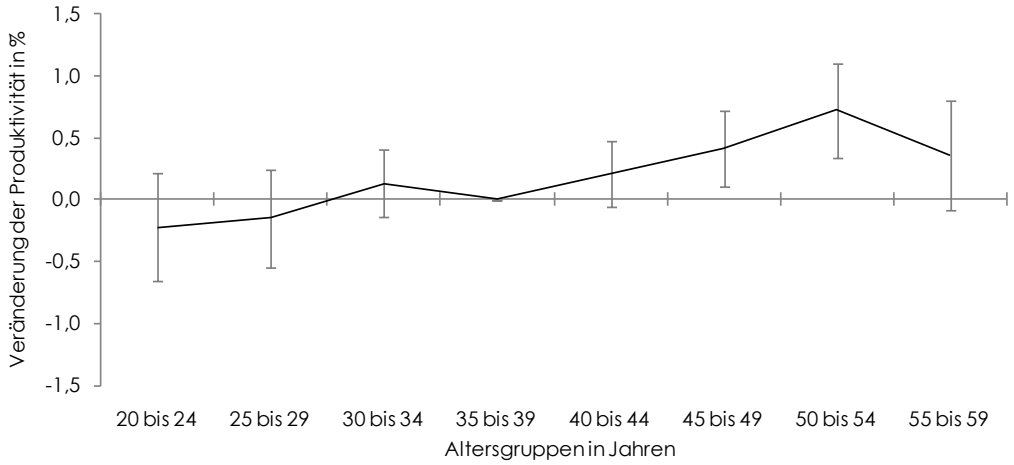
ren zu sinken beginnt. Die verfügbaren Forschungsergebnisse zur Produktivität älterer ArbeitnehmerInnen liefern dafür allerdings keine Belege und zeichnen ein sehr differenziertes Bild (z. B. *Aubert – Crépon*, 2003, *Göbel – Zwick,* 2012, 2013, *Sonnet et al.*, 2014)[83]. Grundsätzlich geht aus den Forschungsarbeiten hervor, dass zwischen Alter und Arbeitsleistung kein eindeutiger Zusammenhang besteht. In vielen Fällen verlaufen die Alters-Produktivitäts-Profile vor allem zwischen 40 und 60 Jahren überwiegend flach. Auftretende, altersspezifische Unterschiede sind meist eng verknüpft mit der Art der Tätigkeit und der Bildung von beruflichem Erfahrungswissen. Das gilt zum Teil auch für Bereiche, in denen körperliche Tätigkeiten stärker im Vordergrund stehen und dementsprechend eine stärkere Benachteiligung älterer ArbeitnehmerInnen erwartet werden könnte. *Börsch-Supan – Weiss* (2016) beispielsweise untersuchen in einer neueren Studie altersspezifische Produktivitätsunterschiede in der deutschen Automobilindustrie, wobei sie auf Daten zur Teamarbeit und sehr detaillierte Informationen zu Fehlerquoten und zahlreichen persönlichen Merkmalen zurückgreifen konnten. Sie kommen zu der Schlussfolgerung, dass in diesem für die Industrie typischen Setting die Produktivität zumindest bis zum Alter von 60 Jahren keinen sinkenden Trend aufweist.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass in vielen Fällen ältere Beschäftigte ein durch einen hohen Anteil an firmenspezifischem Wissen charakterisiertes Kompetenzprofil haben. Erfahrung und lange Betriebszugehörigkeit erhöhen die Produktivität; mit hohem firmenspezifischen Wissen steigen aber – vor allem in Kombination mit steilen Alters-Lohn-Profilen ("Senioritätsentlohnung") – die Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche im Falle von Jobverlust (*Daniel – Heywood*, 2007). Hohe Produktivität am Arbeitsplatz und schlechte Jobaussichten bei Arbeitsplatzverlust stehen demnach nicht zwangsläufig im Widerspruch, vor allem wenn ältere Arbeitsuchende mit einer Kombination aus hohen Einstellungskosten und bzw. oder negativen Rollenbildern und Altersstereotypen konfrontiert sind.

Aus den internationalen Forschungsarbeiten geht zudem hervor, dass die Produktivität der (älteren) Belegschaft keine fixe Größe ist, sondern durch spezifische Rahmenbedingungen und Maßnahmen im Betrieb positiv beeinflusst werden kann. *Göbel – Zwick* (2012, 2013) gehen der Frage nach, inwiefern unterschiedliche altersspezifische Maßnahmen Wirkungen auf die Produktivität haben. Sie finden in ihren Analysen mit repräsentativen Paneldaten für eine breite Palette an Branchen (Dienstleistungssektor, verarbeitendes Gewerbe sowie metallverarbeitende Industrie) über alle Wirtschaftsbereiche hinweg in Deutschland relativ flache und tendenziell bis über 50 Jahre ansteigende Alters-Produktivitäts-Profile (Abbildung 2.11). Hinter diesen Durchschnittswerten bestehen jedoch vergleichsweise große firmenspezifische Unterschiede in der Produktivität Älterer.

[83]) Diese differenzierten Ergebnisse resultieren nicht zuletzt daher, dass die Messung von Produktivitätsunterschieden zwischen Beschäftigten eine große Herausforderung darstellt und unterschiedliche Herangehensweisen möglich sind. Auf betrieblicher Ebene wird Produktivität typischerweise mit Kennzahlen zur Wertschöpfung abgebildet, aber es gibt auch Studien die andere Indikatoren zur Produktivitätsmessung heranziehen, wie beispielsweise die Fehlerquote einzelner Beschäftigten oder Teams. Damit zusammenhängend stellt sich auch die Frage, ob die individuelle Produktivität oder die Produktivität größerer Belegschaftseinheiten oder gar ganzer Betriebe untersucht wird.

Abbildung 2.11: Alters-Produktivitäts-Profil
Deutschland, 1997/2005



Q: *Göbel – Zwick* (2013), WIFO-Darstellung. Die vertikalen Linien zeigen die Konfidenzintervalle der geschätzten Produktivitätsveränderungen an. Die 35- bis 39-Jährigen dienen als Referenzgruppe. Die Werte sind das Ergebnis eines Regressionsmodells mit zahlreichen Kontrollvariablen (u. a. Geschlecht, Qualifikationsniveau, Teilzeitbeschäftigung, Arbeitsplatzausstattung, Dienstalter). N = 8.571 Beobachtungen.

Eine Erklärung für diese Unterschiede liegt im unterschiedlichen Einsatz von spezifischen Personalmaßnahmen für ältere Beschäftigte. Die Studienergebnisse belegen, dass eine Anpassungen der Arbeitsanforderungen und eine spezielle Ausstattung der Arbeitsplätze älterer ArbeitnehmerInnen mit signifikanten Produktivitätssteigerungen verbunden sind. Betriebe, die altersgemischte Teams einsetzen, verzeichnen ebenfalls gegenüber den anderen Betrieben einen Produktivitätsvorsprung, wobei interessanterweise nicht nur die Produktivität älterer Beschäftigter, sondern auch jene jüngerer Beschäftigter höher ist als in Betrieben ohne altersgemischte Teams. *Göbel – Zwick* (2013) können dagegen für den Einsatz von Altersteilzeit und auch von Weiterbildungsmaßnahmen für Ältere keine positiven Effekte auf die Produktivität dieser Beschäftigtengruppe gegenüber Jüngeren feststellen. In einer neueren Folgestudie untersucht *Zwick* (2015) in größerem Detail die Frage der Effektivität von Weiterbildung für Ältere. Er kommt dabei zu dem Ergebnis, dass sich die Weiterbildungsmaßnahmen für Ältere meistens nicht von jenen für jüngere MitarbeiterInnen unterscheiden. Demzufolge ist die geringe Wirkung der Weiterbildungsmaßnahmen vor allem darauf zurückzuführen, dass diese nicht in ausreichendem Maße auf die Bedürfnisse und Präferenzen der älteren Arbeitskräfte abgestimmte wurden. In einer anderen jüngst erschienenen Untersuchung für Deutschland bestätigen auch *Berg et al.* (2016), dass Weiterbildung bei Älteren nicht uneingeschränkt effektiv ist. Ihre Ergebnisse belegen für Frauen, und vor allem für schlechter qualifizierte Frauen, positive Auswirkungen in Form von stärkerem Lohnwachstum und späterem Erwerbsaustritt; für Männer sind dagegen keine eindeutigen Effekte feststellbar.

Diese Ergebnisse lassen erwarten, dass der Einfluss des demographischen Wandels auf die gesamtwirtschaftliche Leistungsfähigkeit, wenn er durch richtige Maßnahmen unterstützt wird,

keine negativen Folgen nach sich ziehen muss. Tatsächlich ist auch auf makroökonomischer Ebene bisher kein negativer Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Alterungsprozessen und der Produktivitätsentwicklung feststellbar. Die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts pro-Kopf zeigt über einen Zeitraum von 25 Jahren (1990 bis 2015) weder auf globaler Ebene noch innerhalb der wirtschaftlich hochentwickelten Länder der OECD einen Zusammenhang mit dem demographischen Wandel (*Acemoglu – Restrepo*, 2017). Obwohl es sich nicht um einen kausalen Zusammenhang handelt und noch weitere Untersuchungen erforderlich sind, besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen der Intensität des demographischen Wandels und dem Einsatz von Automatisierungstechnologie. Dies deutet darauf hin, dass Produktivitätsentwicklungen im Lichte der Alterung der Erwerbsbevölkerung durch unterschiedliche Faktoren gestaltet werden können.

Die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit erfordert nicht nur reaktive Maßnahmen um Defizite auszugleichen (altersgerecht), sondern auch präventive und alle Altersgruppen ansprechende Maßnahmen (alternsgerecht).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die vom Defizitmodell geprägte Sicht des Alterns einer Überprüfung nur durch empirische Fakten nicht standhält. Der demographische Wandel innerhalb der Arbeitswelt ist sowohl in einer betriebs- als auch in einer volkswirtschaftlichen Perspektive mit Herausforderungen aber auch Chancen verknüpft und in weiten Teilen gestaltbar. Eine nicht nur im Sinne der demographischen Veränderungen vorteilhafte Gestaltung der Arbeitswelt verknüpft altersgerechte und alternsgerechte Maßnahmen. Im Rahmen eines differenzierten Alternsmodells umfasst alternsgerechte Arbeitsgestaltung alle Maßnahmen, die für den gesamten Zeitraum der Erwerbsbiographie gesetzt werden. Die Zielsetzung besteht darin, frühzeitig Gesamtstrategien zu entwickeln, die präventiv der Entstehung alterstypischer Defizite entgegenwirken. Altersgerechte Arbeitsgestaltung dagegen bezeichnet spezifische Maßnahmen für eine bestimmte Altersgruppe (*Buck et al.*, 2002). Somit sind mit altersgerechten Maßnahmen solche gemeint, die älteren ArbeitnehmerInnen helfen, indem die Veränderungen der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit bei älteren ArbeitnehmerInnen berücksichtigt werden. Bei dieser Betrachtung steht ein kompensatorischer Ansatz im Vordergrund, beispielweise wenn mit Anpassungen der Arbeitsanforderungen oder der Beleuchtung am Arbeitsplatz auf Veränderungen wie die Abnahme der Muskelkraft oder der Sehkraft reagiert wird (*Morschhäuser*, 1999B, *Mohr*, 2002).

Solche Maßnahmen wirken reaktiv und zielen vornehmlich darauf ab, entstandene Defizite auszugleichen (*Popp et al.*, 2011). Die alternsgerechte Arbeitsgestaltung stellt den Zeitfaktor in den Vordergrund und verfolgt das Ziel, die Arbeitsfähigkeit für die gesamte Dauer der Erwerbstätigkeit zu erhalten und zu fördern. Alternsmanagement bezieht somit alle Altersgruppen ein und soll vorbeugend wirken. Dabei sollen Unter- und Überforderung sowie dauerhafte Leistungseinbußen vermieden werden. Maßnahmen des alternsgerechten Arbeitens sollen sicherstellen, dass auch Ältere produktiv und innovativ bleiben können. Bei der alternsgerechten Arbeitsgestaltung steht ein vorbeugender, präventiver Ansatz im Vordergrund.

Alters- und alter*n*sgerechte Maßnahmen schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich und sind eng miteinander verschränkt. So kann beispielsweise die ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze eine (reaktive) Antwort auf bereits eingetretene Leistungsminderung sein. Sie kann aber auch langfristig präventiv dazu dienen, Überbeanspruchung zu vermeiden und somit über Altersgruppen hinweg die Beschäftigung und den Erhalt der Leistungsfähigkeit zu fördern. Alternativ dazu kann deshalb auch von einem "lebensphasenorientierten" Arbeiten gesprochen werden.

Übersicht 2.4: Gestaltung von alter(n)sgerechtem Arbeiten – einige Kernelemente

Was macht Arbeit gesundheits- und lernförderlich?	**Empfehlungen für alter*n*sgerechte Arbeitsgestaltung**
Vielseitigkeit der Tätigkeit	Abwechslung von Arbeitsaufgaben, mit Kombination aus Tätigkeiten mit geistigen und körperlichen Anforderungen
Ganzheitlichkeit der Tätigkeit	Gezielter Einsatz der Erfahrungen Älterer beim Organisieren von Aufgaben und beim Umgang mit komplexen Sachverhalten
Handlungsspielraum bei der Ausführung der Arbeitsaufgabe	Möglichst eigene Entscheidungen in Bezug auf Arbeitsverfahren und Verwendung von Arbeitsmitteln zulassen
Information und Mitsprache	Ausreichende Information über die Auftragsausführung bereitstellen; Erfahrungs- und ExpertInnenwissen der Älteren bei Gestaltung der Arbeitsabläufe nutzen
Zusammenarbeit mit anderen Beschäftigten	Kompetenzen älterer Beschäftigter in Teams einbauen und ausreichend berücksichtigen; ausreichende und rechtzeitige Kommunikation ermöglichen
Soziale Unterstützung durch MitarbeiterInnen und Vorgesetzte	Vorbildwirkung und Sensibilisierung von Führungskräften; Maßnahmen um "Wir-Gefühl" zu entwickeln; Maßnahmen, um Diskriminierung nach Alter zu unterbinden
Feedback, Anerkennung und Wertschätzung	Angemessene, zeitnahe und detaillierte Rückmeldung zur Arbeit geben; Anwendung von Führungsinstrumenten wie lebensphasenorientierte Gespräche
Arbeitszeitgestaltung und Arbeitszeitsouveränität	Gezielte Pausenkultur und Pausengestaltung zur Regeneration; alter*n*sgerechte Schichtplangestaltung; flexible Arbeitszeitmodelle
Ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes und Beschränkung von Arbeiten unter erschwerten Bedingungen	Erleichterung der physischen Arbeit durch Einsatz technischer Hilfsmittel; individuell einstellbare Beleuchtung; arbeitsplatzbezogene Ausgleichsübungen usw.

Q: *Feldes et al.* (2014), *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* (2015), WIFO-Darstellung.

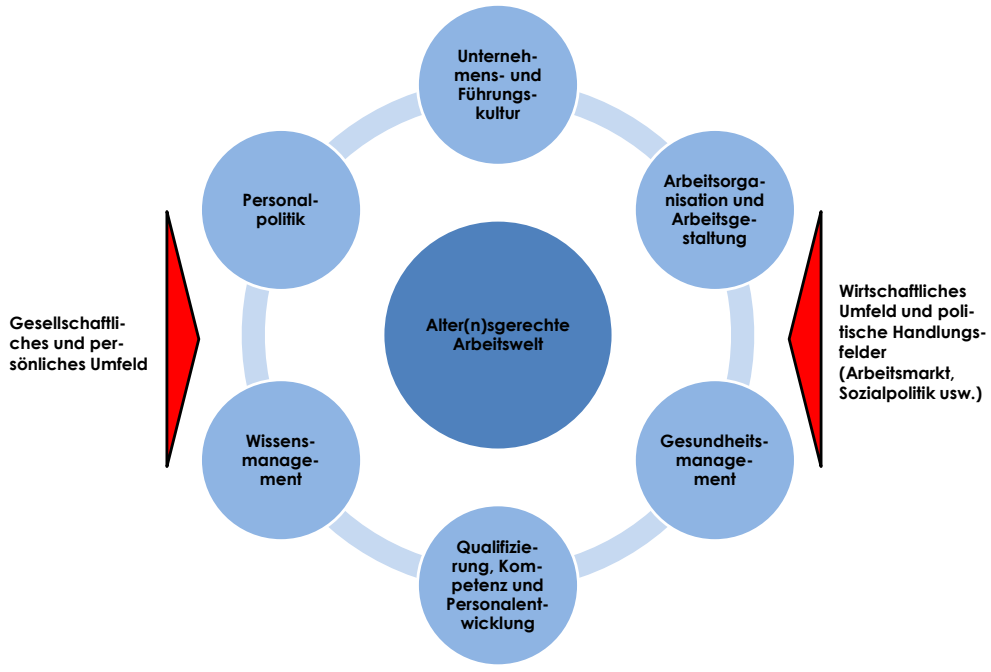
Eine alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeit kann nicht losgelöst von konkreten Betrieben, Tätigkeiten und individuellen Arbeitsplätzen stattfinden und muss somit spezifischen Kontextbedingungen angepasst werden. Übersicht 2.4 gibt einen Überblick wichtiger Merkmale alter(n)sgerechter Arbeitsplätze, die allgemeine Hebel und Leitlinien darstellen. Neben der Reduktion von Belastungen spielt auch die Stärkung der individuellen Ressourcen sowie die Förderung von positiven Gesundheitsfaktoren eine zentrale Rolle. Arbeit beinhaltet nicht nur Gesundheitsrisiken, sondern auch gesundheitsförderliche Potentiale, die durch eine gezielte Gestaltung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsinhalte realisiert werden können. Aus der

arbeitswissenschaftlichen Forschung geht hervor, dass Faktoren wie Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Vielseitigkeit der Tätigkeit sowie Anerkennung, Wertschätzung und soziale Unterstützung sowohl eine leistungssteigernde als auch eine gesundheitsfördernde Wirkung haben können. Wie aus Übersicht 2.4 hervorgeht, ist dementsprechend für eine alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeit nicht nur die Kompensation bzw. Reduktion von Belastungen (z. B. durch ergonomische Maßnahmen), sondern auch die Aktivierung dieser positiven Dimensionen von Arbeit notwendig.

Die Schaffung einer alter(n)sgerechten bzw. lebensphasenorientierten Arbeitswelt erfordert die Betätigung verschiedener Handlungsfelder und das Zusammenwirken von ArbeitnehmerInnen, Betrieben und Gesellschaft.

Ein bekanntes arbeitswissenschaftliches Modell, das sich auch zur Darstellung der unterschiedlichen Facetten von Alternsmanagement eignet, ist das von *Ilmarinen – Tempel* (2002) entwickelte "Haus der Arbeitsfähigkeit". In diesem Modell bildet die Gesundheit den Grundstock und die Voraussetzung für Leistungsfähigkeit im Beruf, während das zweite Stockwerk für die Kompetenzen steht, also für die berufsspezifischen Qualifikationen und Kenntnisse. Den dritten Stock bilden individuelle Werte der MitarbeiterInnen wie Motivation und Einstellung, der vierte Stock bezieht sich auf die Arbeitsumgebung, in der das Verhalten der Führungskräfte einen sehr hohen Stellenwert einnimmt.

Abbildung 2.12: Handlungsfelder der alter(n)sgerechten Arbeitswelt



Q: WIFO-, IfGP-Darstellung.

Abbildung 2.12 zeigt die unterschiedlichen Handlungsfelder, um in einem alter(n)sgerechten Sinne auf die Arbeitswelt einwirken zu können. Auf diese Handlungsfelder und die Umsetzung von Maßnahmen wird – auch im Lichte konkreter Beispiele aus der Praxis – in Abschnitt 0 und Abschnitt 2.7 in größerem Detail eingegangen. Die Frage der alter(n)sgerechten Gestaltung der Arbeitswelt betrifft aber nicht nur die Arbeitsplätze und die betriebliche Ebene, sondern darüber hinaus auch das wirtschaftliche und gesellschaftliche Umfeld. Laut *Popp et al.* (2011) kann alter(n)sgerechte Arbeit nur im Austausch und Zusammenwirken von ArbeitnehmerInnen, Betrieben und Gesellschaft entstehen. Aus diesem Grund wird anschließend in Abschnitt 2.8 ergänzend zur Diskussion der betrieblichen Handlungsfelder auf die Bedeutung von Maßnahmen der Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik eingegangen.

2.6 Handlungsfelder und Praxisbeispiele aus betrieblicher Sicht

Zwei Drittel aller Personalverantwortlichen in Österreich geben an, dass das eigene Unternehmen vom demographischen Wandel betroffen ist. Allerdings sehen sich die meisten nur "mehr oder weniger" auf das zunehmende Phänomen "Mitarbeiter 50+" vorbereitet. PersonalentscheiderInnen zufolge ist "Alter*n*sgerechtes Arbeiten" in 75% der Unternehmen eigentlich noch kein Thema, am ehesten ist es noch in größeren Betrieben (mit 1.000 und mehr MitarbeiterInnen) präsent (*Hintermayer*, 2017). Die nachfolgenden Ausführungen und Praxisbeispiele sollen aufzeigen, wie auf betrieblicher Ebene in sechs zentralen Handlungsfeldern wichtige Weichen für ein lebensphasenorientiertes Arbeiten gelegt werden können. Diese Darstellung wird durch die Erwähnung von konkreten Beispielen guter betrieblicher Praxis im jeweiligen Handlungsfeld untermauert. Bei der Auswahl der Modelle guter Praxis wurde darauf geachtet den Blick auf unterschiedliche Betriebsgrößen und Branchen zu richten[84]).

2.6.1 Unternehmens- und Führungskultur

Vielfältige Studien belegen den Zusammenhang zwischen Führungsqualität und Gesundheit sowie Arbeitsfähigkeit. Das finnische Institut für Arbeitsmedizin (FIOH) konnte in seiner elfjährigen Längsschnittstudie (1981 bis 1997) zeigen, dass für Ältere (Frauen ab 45 Jahren, Männer ab 50 Jahren) das Verhalten des/der Vorgesetzten den stärksten Einflussfaktor auf die Arbeitsfähigkeit darstellt (*Ilmarinen – Tempel*, 2002). Zudem gelten Führungskräfte als Dreh- und Angelpunkt bei der Gestaltung einer alter(n)sgerechten Arbeitswelt. Sie dienen als Vorbild und geben Impulse für die Umsetzung von Maßnahmen, um für den demographischen Wandel gewappnet zu sein. Führungskräfte nehmen bei der Schöpfung, dem Erhalt und der Weiterentwicklung von Unternehmenskultur eine zentrale Rolle ein (*Schein*, 1995). *Franke – Felfe* (2011) weisen auf die dreifache Bedeutung von Führungskräften für die Gesundheit hin,

84) Im vorliegenden Rahmen ist keine umfassende Darstellung der österreichischen Betriebe, die sich mit dem demographischen Wandel auseinandersetzen, möglich. Es wurden daher auf Basis einer österreichweiten Recherche in Fachbroschüren und auf einschlägigen Webseiten eine repräsentative Auswahl getroffen und einzelne Aspekte der jeweiligen Projekte hervorgehoben. Für die vollständige Darstellung der einzelnen Beispiele sei auf die jeweilige Quelle verwiesen.

da diese auf die Unternehmenskultur, auf die Arbeitsbedingungen und durch ihre Vorbildfunktion auch direkt auf die im Unternehmen tätigen Personen Einfluss nehmen.

Führungskräfte müssen ihre MitarbeiterInnen in unterschiedlichen Lebensphasen führen und dabei zukünftig verstärkt berücksichtigen, dass Ältere sich nicht als homogene Gruppe zeigen, sondern sich – wie bereits angesprochen – bezüglich ihrer physischen und psychischen Leistungsfähigkeit stärker voneinander unterscheiden, als das bei jüngeren Menschen der Fall ist (*Buck et al.*, 2002). Dieses Bewusstsein gilt es in der alltäglichen Führungsarbeit zukünftig zu stärken bzw. sich als Führungskraft auch das notwendige Wissen anzueignen sowie in Bezug auf die Unterschiedlichkeit von Menschen mit steigendem Alter eine entsprechend professionelle Haltung einzunehmen. Basis bei der Arbeit an einer alter*n*sgerechten Führungskultur ist die Sensibilisierung der Führungskräfte zum Thema und die Beseitigung von Vorurteilen Älteren gegenüber. Zusätzlich gilt es die Führungskräfte mit Kompetenzen auszustatten, die es ihnen ermöglichen, einen alter*n*sgerechten Führungsstil leben zu können. Grundlage dafür wiederum ist die Entwicklung einer demographiefreundlichen Unternehmenskultur ("Corporate Culture") anhand eines entsprechenden Unternehmensleitbildes (innerbetriebliche Sensibilisierungskampagne; *Pfeiffer et al.*, 2012).

Handlungsfeld Unternehmens- und Führungskultur – Blick in die Praxis

Die Führungskräfte des dänischen Fernsehsenders **TV2/NORD** haben sich im Rahmen einer betrieblichen Vereinbarung zum Altersmanagement bekannt und eine Reihe von Maßnahmen für ältere MitarbeiterInnen formuliert, mit dem Ziel die Weiterbeschäftigung zu fördern und den Übergang in den Ruhestand zu begleiten. Alle Über-55-Jährigen können im Rahmen einer Altersvereinbarung Änderungen in der Arbeitszeit (einschließlich zusätzlicher Urlaubstage bei entsprechendem Lohnausgleich) und weitere Anpassungen (wie z. B. Arbeitsplatzrotation) beantragen. In jährlich stattfindenden Personalentwicklungsgesprächen werden die gegenwärtige Situation und die zukünftigen Perspektiven und Bedürfnisse erörtert.

Die **Studienbeihilfebehörde Wien** (rund 130 MitarbeiterInnen) hat im Rahmen des Projekts "Stip-Vital – Betriebliche Gesundheitsförderung in der Studienbeihilfenbehörde" das Thema Vielfalt (Alter, Geschlecht, Herkunft) in das Leitbild aufgenommen. Neben dem Gesundheitszirkel erarbeiteten die Führungskräfte der Studienbeihilfenbehörde in einer Demographie-Werkstatt Maßnahmen, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit bis zur Pension zu fördern.

Die Führungskräfte der **Erste Bank der österreichischen Sparkassen AG** (rund 15.400 MitarbeiterInnen) lernen im Rahmen des LIFETIME Projekts die Stärken-/Schwächenprofile der unterschiedlichen Generationen kennen, die anschließend bei der Verteilung der Aufgaben berücksichtigt werden. Es werden verpflichtende Workshops zu diesen Inhalten durchgeführt, auch wichtige Erkenntnisse über generationengerechtes Führen fließen in die Führungsinstrumente (MitarbeiterInnengespräch, Aufwärtsfeedback) sowie in Führungskräftelehrgänge und Führungspotentialentwicklung ein.

Auch in kleineren Organisationen kann gezielt auf die Führungs- und Unternehmenskultur eingewirkt werden. Ein konkretes Beispiel aus der Impulsberatung für Betriebe (IBB) des AMS betrifft eine **international tätige NGO** mit 70 Beschäftigten am Österreich-Standort. Um die Generationensensibilität und die Lebensphasenorientierung zu erhöhen, wurde ein Workshop mit Führungskräften durchgeführt, in welchem Bedürfnisse und Stärken unterschiedlicher

Generationen sowie einzelner Lebensphasen reflektiert, Führungsthemen abgeleitet und mögliche Maßnahmen und Instrumente in der Personalarbeit vorgestellt wurden. Parallel dazu fand auch ein Workshop für die MitarbeiterInnen statt.

Q: www.arbeitundalter.at, www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/case-studies/ageing-workforce, Impulsberatung für Betriebe (IBB) des AMS.

2.6.2 Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung

Die alter(n)sgerechte Gestaltung und Organisation der Arbeit stellen zentrale Faktoren dar, die es ermöglichen können, mit positiven Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und die Motivation länger und gesünder im Arbeitsprozess zu bleiben. Ebenso können dadurch langjährige Fehlbelastungen mit Beanspruchungsfolgen verhindert werden. Dabei beziehen sich mögliche Maßnahmen auf den Arbeitsinhalt, den Arbeitsort und die Arbeitszeit (Dauer und Lage). Maßnahmen, die die Arbeitszeit betreffen, sind beispielsweise die alternsgerechte Schichtplangestaltung (vorwärts rotierend) und die flexible Arbeitszeitgestaltung (Altersteilzeit, Arbeitszeitverkürzung, (Lang-)Zeitkonten, Jobsharing, altersgerechte Pausenregelungen usw.). Mittels Telearbeit und Homeoffice kann der Arbeitsort flexibel gestaltet und an die Bedürfnisse Älterer angepasst werden. Wie bereits in Abschnitt 2.5 aufgezeigt, geht es aber auch um eine ganzheitliche und vielseitige Gestaltung der Arbeitstätigkeiten und um die Schaffung von Handlungsspielräumen und Mechanismen zur sozialen Unterstützung während der Arbeit (Übersicht 2.4). Instrumente wie Job Enrichment und Job Rotation stellen eine Möglichkeit dar die Arbeitsinhalte zu variieren und somit die MitarbeiterInnen langfristig zu fordern und zu fördern (*Deller et al.*, 2008, *Pfeiffer et al.*, 2012).

Handlungsfeld Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung – Blick in die Praxis

Um älteren MitarbeiterInnen einen längeren Verbleib im Arbeitsleben zu ermöglichen, setzt sich die **Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG** (rund 1.400 MitarbeiterInnen) intensiv mit der optimalen Gestaltung der Arbeitszeit im Bereich Gleitzeit und Schichtarbeit auseinander (kürzere Schichtrotationen, Schaffung von Schichtzyklen mit möglichst wenigen Nacht- oder Spätschichten, Frühschichtstart erst ab 06:00 Uhr, Spätschichtstart um 22:00 Uhr). Auch die bewusste Etablierung einer Pausenkultur für die gesamte Belegschaft war eine gezielte Maßnahme, um körperliche Beeinträchtigungen im Unternehmen aufgrund der Arbeit möglichst gering zu halten.

Die **Shell Austria GmbH** (rund 120 MitarbeiterInnen) bietet neben der gesetzlichen Altersteilzeit auch eine spezielle firmeninterne Altersteilzeit für MitarbeiterInnen ab 50 Jahren an, wobei bestimmte, mit einer Arbeitszeitreduktion normal einhergehende Einschränkungen (Abfertigung, Jubiläumsgeld, Firmenpensionen) vom Unternehmen ausgeglichen werden. In Verbindung mit Job- bzw. Topsharing wird dies genutzt, um eine (Führungs-)Position mit zwei MitarbeiterInnen, davon idealerweise eine Person in Altersteilzeit und eine Person in Elternteilzeit, zu besetzen.

Im französischen Versandunternehmen **Blancheporte** wurde der Herausforderung der alter(n)sgerechten Arbeitsplatzgestaltung mit einer Erhöhung der betriebsinternen Mobilität begegnet. Ältere MitarbeiterInnen, die in der Logistikabteilung des Unternehmens beschäftigt

und mit hohen körperlichen Arbeitsplatzanforderungen konfrontiert waren, wurden systematisch auf andere Bereiche mit geringeren Belastungen verteilt, wie die Abteilung für Rücksendungen. Parallel dazu wurde die interne Mobilität durch ein Trainingsprogramm unterstützt, das allen Altersgruppen offen stand, sowie durch die gezielte Anwerbung von jüngeren MitarbeiterInnen die Alterszusammensetzung im Logistikbereich verbessert.

Q: *Enzelsberger et al.* (2014), *Europäische Kommission* (2006).

2.6.3 Gesundheitsmanagement

Die Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden sind grundlegende Bausteine, die gelegt sein müssen, um bis ins hohe Alter arbeitsfähig zu bleiben. Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind aber vielfältig und es muss gerade in diesem Handlungsfeld darauf geachtet werden, die Maßnahmen sorgfältig auszuwählen und aufeinander abzustimmen. Die Auswahl von konkreten Maßnahmen soll auf Basis einer fundierten Ist-Analyse und einer spezifischen Definition der Handlungsfelder und Ziele erfolgen (siehe Schritt 1 und Schritt 2 im nachfolgenden Abschnitt 2.7).

Dies gilt sowohl für die Auswahl von verhaltens- als auch von verhältnispräventiven Maßnahmen. Erstere beziehen sich auf das persönliche, individuelle Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz, Beispiele dafür sind Seminare oder Workshops zu den Themen Bewegung, Ernährung, Stress und dergleichen oder das Angebot von Gesundheitschecks. Als Beispiel für eine verhältnispräventive Maßnahme, d. h. für die Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen, kann die ergonomische, alter*n*sgerechte Arbeitsplatzgestaltung mit zuvor durchgeführter alter*n*sbezogener Gefährdungsbeurteilung genannt werden (*Pfeiffer et al.*, 2012). Am zuletzt genannten Bespiel wird ersichtlich, dass im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention auf bewährte Instrumente und Maßnahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes (gesetzlich verpflichtend), der Betrieblichen Gesundheitsförderung oder eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (beides freiwillige Initiativen eines Unternehmens) zurückgegriffen werden kann.

Unter einem ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement wird das strukturierte und systematisch organisierte Zusammenspiel der Säule des gesetzlich verpflichteten ArbeitnehmerInnenschutzes, der freiwilligen Leistung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (zweite Säule) und der dritten Säule der Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen nach längerem Krankenstand (Betriebliche Wiedereingliederung)[85]) verstanden. Die drei Säulen sind eingebettet in bestehende Strukturen und Systeme des Betriebs. Das betriebliche Gesundheitsmanagement soll in die Strategie und Zieleplanung des Unternehmens und somit auch als strategischer Faktor in das Personalmanagement-Leitbild einbezogen werden.

[85]) Seit 1. Juli 2017 besteht in diesem Zusammenhang die Möglichkeit einer Herabsetzung der bisherigen Arbeitszeit im Rahmen einer Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ). Ziel ist die Erleichterung der Wiedereingliederung nach längerem Krankenstand (siehe auch Abschnitt 2.8).

Handlungsfeld Gesundheitsmanagement - Blick in die Praxis

Bei den **ÖBB** – **Österreichische Bundesbahnen** (rund 40.000 MitarbeiterInnen) werden im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen angeboten, wie z. B. regionale Gesundheitszirkel, Schwerpunktprogramme zu Ernährung, Bewegung und mentaler Gesundheit mit Gesundheitschecks und Workshops sowie Gesundheitswochen. Mit der Betrieblichen Wiedereingliederung (BWE) bietet die ÖBB eine systematische Unterstützung für jene Beschäftigten, die gefährdet sind, ihre Arbeitsfähigkeit zu verlieren oder diese bereits verloren haben. Speziell ausgebildete Arbeitskräfte für BWE sowie BeraterInnen der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) unterstützen betroffene Beschäftigte auf dem Weg der Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit.

Die **Sabtours Touristik GmbH** (rund 350 MitarbeiterInnen) setzt auf Strukturaufbau (Gründen einer Steuerungsgruppe zur strategischen Planung) und auf eine regelmäßige (Neu-)entwicklung von Maßnahmen. Das geschnürte Maßnahmenpaket reicht von gesundheitsförderlichen Dialogen bis hin zu alterssensibler Dienstplangestaltung.

Die **Raiffeisen Landesbank NÖ-Wien AG** und die **Raiffeisen-Holding NÖ-Wien** Gen.m.b.H. (rund 1.400 MitarbeiterInnen) haben ihre bereits langjährig bestehenden gesundheitsfördernden Maßnahmen in ihrem "LifeBalanceCenter" gebündelt und aufeinander abgestimmt. Einen großen Bedarf an die Arbeitsfähigkeit erhaltenden Maßnahmen erkannte man bei den Älteren. Aus diesem Grund wurden ältere MitarbeiterInnen als besonders wichtige Zielgruppe festgelegt.

Q: *Enzelsberger et al.* (2014), www.arbeitundalter.at.

2.6.4 Qualifizierung und Personalentwicklung

Ältere MitarbeiterInnen werden oftmals bei den Themen Personalentwicklung und Qualifizierung weniger berücksichtigt als Jüngere. Vor allem frühere Erhebungen zeigen bezüglich der Weiterbildungsteilnahme von älteren MitarbeiterInnen für Österreich sehr niedrige Werte. Laut *Hoffmann* (2009) gaben 40% der Über-45-Jährigen und über 50% der Über-55-Jährigen an, in den vorangegangenen fünf Jahren an keiner betrieblichen Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen zu haben. Eine international vergleichende Studie des AMS ortete vor allem in Bezug auf formale Weiterbildungsmaßnahmen für Ältere in Österreich erheblichen Aufholbedarf (*Schmid – Kailer,* 2008). In den jüngsten Jahren dürfte die Weiterbildungsteilnahme älterer MitarbeiterInnen in Österreich gestiegen sein. Der sechsten Europäischen Erhebung der Arbeitsbedingungen (2015) zufolge, nahmen 37% der Über-50-Jährigen im vorangegangenen Jahr an einer Schulung oder Fortbildung teil, das war etwa gleich viel wie im EU-Durchschnitt (34%). Auf die Frage "Wurden Sie in den vergangenen zwölf Monaten am Arbeitsplatz weitergebildet" gaben aber nur 21% der Über-50-Jährigen in Österreich eine positive Antwort. Im Durchschnitt der EU waren es 28%, in Dänemark, Schweden und Finnland respektive 41%, 49% und 52%.

Die Ursachen für eine geringe Weiterbildungsintensität bei älteren Beschäftigten können vielfältig sein. Beispielsweise könnte es daran liegen, dass älteren MitarbeiterInnen eine gerin-

gere Lernfähigkeit und -bereitschaft zugeschrieben wird oder dass Weiterbildungen bei Älteren nicht mehr als lohnenswerte Investition (fehlender Return on Investment) betrachtet wird (*Deller et al.*, 2008). Auch die Motivationsteilnahme seitens der ArbeitnehmerInnen kann eine Rolle spielen: *Schmid – Kailer* (2008) zeigen anhand von österreichischen Daten aus dem Jahr 2003, dass das Interesse an Weiterbildung ab dem 50. Lebensjahr rückläufig war. Vor allem gering Qualifizierte weisen überdurchschnittlich oft eine geringe Weiterbildungsbereitschaft auf, wodurch sich in Kombination mit einer geringeren Weiterbildungsaktivität der Unternehmen für diese Gruppe über die Zeit ein Teufelskreis ergeben kann (*Langhoff*, 2009).

Mögliche Maßnahmen und Instrumente, um dem Phänomen der "Spezialisierungsfalle" (ein/e MitarbeiterIn übt von jeher nur ein und dieselbe Tätigkeit in einem Arbeitsbereich aus) zu entgehen, sind die Erstellung einer Kompetenz- bzw. Qualifizierungsmatrix oder Maßnahmen zur formellen und informellen Weiterbildung (z. B. learning on the job, job enlargement usw.; *Pfeiffer et al.*, 2012) ebenso wie die Förderung des lebenslangen Lernens beispielsweise anhand von sogenannten Lernzeitkonten (*Deller et al.*, 2008), wobei immer auf alter*n*sgerechte Lernformen und Didaktik zu achten ist. Um die beruflichen Möglichkeiten ab einem gewissen Alter bis zur Pensionierung planen zu können, bietet sich auch die Durchführung von speziell auf die Zielgruppe zugeschnittenen MitarbeiterInnengesprächen wie die sogenannten Perspektiven- bzw. Zukunftsgespräche an.

Handlungsfeld Qualifizierung, Kompetenzen und Personalentwicklung – Blick in die Praxis

Zur Planung und Gestaltung der letzten Berufsphase im Unternehmen führt die **Merckens Karton- und Pappenfabrik GmbH** (rund 60 MitarbeiterInnen) Zukunftsgespräche mit den Führungskräften als erfolgskritische, teilweise stark belastete Berufsgruppe.

Neben betrieblicher Gesundheitsförderung und einem flexiblen Arbeitszeitmodell für Ältere startete **MARS Austria OG** (Standort Breitenbrunn rund 170 MitarbeiterInnen) im Jahr 2010 im Rahmen der Flexibilisierungsinitiative das Projekt "Productive Ageing". Lebenslanges Lernen gehört dabei zu den Grundprinzipien im Rahmen des "Associate Conceptes" im Konzern. Ziel ist es, die kontinuierliche Weiterentwicklung allen Generationen zu ermöglichen und Wissen über alter(n)sgerechtes Lernen zu erhöhen sowie Vorurteile über die Lern- und Leistungsfähigkeit Älterer abzubauen.

In einem **Ordensspital** (rund 2.000 Beschäftigte) wurden Workshops und Gespräche mit älteren MitarbeiterInnen geführt und Ansatzpunkte zur Unterstützung dieser Zielgruppe entwickelt. Da insbesondere im PatientInnentransport die Hebe- und Tragebelastung immer wieder zu Ausfällen führte, wurden alternative Wege zur Durchführung von Haupttätigkeiten gemeinsam mit Arbeitskräften aus diesem Bereich erprobt. Darüber hinaus wurde das Konzept der Zukunftsgespräche eingeführt und ein entsprechender Leitfaden ausgearbeitet, mit dem Ziel in den Gesprächen die sich verändernden Bedürfnisse in späteren Lebensphasen im Unternehmen aktiv zum Thema zu machen.

Wie auch aus wissenschaftlichen Untersuchungen hervorgeht, ist bei Fragen der Weiterbildung und Qualifizierung ein spezifisches Targeting auf die Zielgruppe von besonderer Bedeutung. Im niederländischen Druckunternehmen **BEK** wird der Bedarf an Weiterbildung und Training von älteren MitarbeiterInnen mithilfe von regelmäßigen MitarbeiterInnengesprächen

im Rahmen eines Mentoring-Programms erfasst. Diese Gespräche bilden die Basis der individualisierten Personalentwicklungspläne. Gleichzeitig wird im Produktionsbereich Arbeitsplatzrotation eingesetzt, um die Vielseitigkeit der Tätigkeit zu erhöhen und die Gefahr von einseitigen Belastungen und erhöhten Gesundheitsrisiken zu verringern.

Q: *Enzelsberger et al.* (2014), *Europäische Kommission* (2006), www.arbeitundalter.at, Impulsberatung für Betriebe (IBB) des AMS.

2.6.5 Wissensmanagement

Eng mit der Weiterbildung ist die Frage verknüpft, wie betriebsintern Wissen erhalten und weitergegeben wird. "Wissen" ist eine zentrale Ressource für die Zukunftsfähigkeit eines Unternehmens, weshalb bestehendes Wissen einerseits optimal eingesetzt und andererseits dessen Verlust über die Zeit unterbunden werden muss. Gerade in einem Kontext, in dem die Diversität innerhalb der Arbeitswelt in mehreren Dimensionen zunimmt und die Erwerbsverläufe stärker individualisiert sind als früher, stellt sich für Unternehmen die Frage der Übertragung von Erfahrung und Wissen zwischen MitarbeiterInnen. Die demographische Komponente ist demnach nicht der einzige, aber ein wichtiger Faktor der Gestaltung von Wissensmanagement. Dem potentiellen Verlust von Wissen bzw. der nicht optimalen Nutzung von Wissen kann mit Hilfe eines strategischen Vorgehens entgegengewirkt werden (*Deller et al.*, 2008). Passende Maßnahmen bzw. Instrumente, um den Wissenstransfer zwischen Alterskohorten im Betrieb zu fördern bzw. dem Wissensverlust entgegenzuwirken sind beispielsweise altersgemischte Teams, Paten- und Mentorenmodelle (*Pfeiffer et al.*, 2012).

Handlungsfeld Wissensmanagement – Blick in die Praxis

Ziel der **Rupert Fertinger GmbH** (rund 200 MitarbeiterInnen) ist es, den Verbleib der älteren MitarbeiterInnen sowie die Wissensweitergabe im Unternehmen zu sichern (die älteren MitarbeiterInnen werden als wichtige Know-how-Träger gesehen). Eine dahingehende Maßnahme ist beispielsweise eine adäquate Arbeitsplatzgestaltung, wodurch zunehmende Beschwerden durch das Altern so gering wie möglich gehalten werden. Weiters wurde ein Mentoring-Programm zwischen älteren und jüngeren MitarbeiterInnen gestartet, das ein stärkeres gegenseitiges Verständnis und eine nachhaltige Know-how-Sicherung fördert. Andererseits ist der Wissenstransfer auch durch einen gezielten Aufbau von NachfolgerInnen und klare Übergaberegelungen gesichert.

Das **Geriatriezentrum Favoriten** des Wiener Krankenanstaltenverbunds (rund 170 MitarbeiterInnen) setzt im Projekt "Generationenbalance" u. a. auf ein Mentoringsystem für BerufseinsteigerInnen bzw. auf die Unterstützung jüngerer durch ältere und erfahrene KollegInnen im Pflegebereich. Hintergrund für diese Maßnahme ist die hohe Drop-out-Rate bei den PflegerInnen in den ersten Berufsjahren nach der Ausbildung. Zudem wird für Rotation innerhalb des Pflegebereichs geworben: Die MitarbeiterInnen sollen motiviert werden, Geriatriezentren oder in ausgewählte Stationen der Krankenhäuser zu wechseln, um auch andere Bereiche kennenzulernen.

Im internationalen Umfeld finden sich zahlreiche Beispiele für Organisationen, die altersgemischte Teams gezielt als Instrumente des Wissensmanagements und Wissenstransfer ein-

gesetzt haben. In Deutschland zählen das Großhandelsunternehmen **Metro AG**, die **Deutsche Bank** und das Technologieunternehmen **Microtec** dazu. Neben dem Wissensmanagement stehen bei diesen Maßnahmen auch andere Zielsetzungen, wie erhöhtes Innovationspotential und gesteigerte Produktivität, im Vordergrund.

Q: *Enzelsberger et al.* (2014), www.arbeitundalter.at, *Europäische Kommission* (2006).

2.6.6 Personalpolitik

Wie in der Einleitung dieses Kapitels beschrieben, steht am österreichischen Arbeitsmarkt eine zunehmende Zahl älterer Menschen, einer abnehmenden Zahl jüngerer Menschen gegenüber. Der Anteil der 50- bis 64-Jährigen an den Erwerbstätigen ist zwischen 1995 und 2016 von 15% auf 27% gestiegen; gleichzeitig ist die Zahl der Unter-30-Jährigen von 32% auf 22% gesunken[86]). In diesem Zusammenhang wird auch über das Thema Nachwuchs- und Fachkräftemangel diskutiert, von dem bereits heute einige Branchen (z. B. Handwerk, technische Berufe) betroffen sind (*Deller et al.*, 2008, *Fürth et al.*, 2007). Umfragen zeigen, dass nur 5% der befragten Personalentscheider in Unternehmen der Meinung sind, "sehr gut" auf den Mangel an qualifizierten Fachkräften vorbereitet zu sein (*Hintermayer*, 2017).

Mögliche Instrumente, um diesem Trend entgegenzuwirken bzw. um als Unternehmen wettbewerbsfähig zu bleiben, sind beispielsweise altersspezifische Rekrutierungsstrategien (*Pfeiffer et al.*, 2012) oder die biographieorientierte Personalgewinnung. Um den Personalbestand sicherzustellen, kann auch auf ein kompetenzorientiertes Personalmarketing gesetzt werden. Rücken Fähigkeiten und Kompetenzen (Stichwort Erfahrungswissen) vermehrt in den Vordergrund, kann die Frage nach dem Alter stärker in den Hintergrund geschoben werden. Die gleichzeitige Gewinnung von jungen und älteren Fachkräften stellt eine Möglichkeit dar, erfolgreich auf den Wettbewerb um talentierte MitarbeiterInnen zu reagieren (*Deller et al.*, 2008). In einer personalpolitischen Perspektive spielen auch betriebsinterne Entlohnungs- und Anreizmechanismen eine wichtige Rolle. Fallstudien zeigen, dass Unternehmen vermehrt dazu übergehen, senioritätsorientierte Mechanismen in ihren Vergütungsschemen abzubauen und vermehrt durch leistungsorientierte Komponenten zu ersetzen, um "automatische" Kostensteigerungen mit dem Alter zu vermeiden und eine flexiblere Anpassung der Kosten an die Produktivität der einzelnen MitarbeiterInnen zu ermöglichen (*Europäische Kommission*, 2006).

Handlungsfeld Personalpolitik – Blick in die Praxis

Die Firma **Sonnentor Kräuterhandels GmbH** (rund 130 MitarbeiterInnen in Österreich) rekrutiert gezielt ältere ArbeitnehmerInnen auf Grund ihres spezifischen Fachwissens (im Rahmen der Nestor^{Gold}-Zertifizierung). Bei der **GRABNER GmbH** werden auch Personen eingestellt, die nur noch wenige Jahre vom Pensionsantritt entfernt sind.

Ausgehend von dem Konzept "Lebensphasenorientierte Arbeitsgestaltung" setzt die **gespag (OÖ Gesundheits- und Spitals-AG)** seit 2010 laufend Projekte und Maßnahmen um. Beispielsweise wird, basierend auf der Analyse der Altersstruktur in einzelnen Bereichen, bei einer

[86]) WIFO-Berechnung anhand von Zahlen zu Bevölkerung und Erwerbstätigkeit von Statistik Austria.

überproportionalen Anzahl von älteren Beschäftigten im Bedarfsfall zur Entlastung eine zusätzliche Stelle geschaffen.

Für **Spar Steiermark** bringen ältere ArbeitnehmerInnen viel Erfahrung mit, die für das Unternehmen sehr wertvoll ist. Um für alle Altersgruppen gleichermaßen attraktiv zu sein, fördert Spar Quer- und WiedereinsteigerInnen mit einem eigenen Berufsausbildungsprogramm und ermöglicht ihnen, den außerordentlichen Lehrabschluss in ihrem Beruf nachzuholen.

Im internationalen Umfeld stellt der deutsche Hersteller von Präzisions-Spannzangen **Fahrion GmbH** ein interessantes Beispiel dar. Aufgrund seines starken Wachstums und des knappen Angebots an hochqualifizierten Arbeitskräften in der Region warb das Unternehmen bereits im Jahr 2000 gezielt ältere Ingenieure an. Die guten Erfahrungen mit diesen MitarbeiterInnen veranlassten das Unternehmen zu weiteren Maßnahmen um lebensphasenorientiertes Arbeiten zu fördern, wie die Zusammenstellung von altersgemischten Teams und die Erstellung von altersspezifischen Personalentwicklungsplänen.

Q: *Enzelsberger et al.* (2014), www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/case-studies/ageing-workforce, www.arbeitundalter.at, www.spar.at.

2.6.7 Resümee zu den Modellen guter Praxis

Die ausgewählten Beispiele zeigen, dass unter Berücksichtigung der individuellen, betrieblichen Voraussetzungen, ganz unabhängig von der Betriebsgröße und Branche, die Umsetzung zielgerichteter Maßnahmen und Interventionen möglich ist.

Generell zu beachten ist allerdings, dass die Auseinandersetzung mit dem demographischen Wandel im Betrieb einen Veränderungsprozess darstellt, der die gesamte Organisation betrifft und auch mit einem Paradigmenwechsel einhergeht: der Fokus richtet sich verstärkt auf die Förderung der Gesundheit und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit über den gesamten Erwerbsverlauf hinweg. Bemühungen die Organisation und Arbeitsbedingungen demographiefest zu gestalten, rücken in den Fokus. Auch die MitarbeiterInnen sind gefordert, einen Umdenkprozess mitzutragen. Erwartungshaltungen in Bezug auf den Zeitpunkt des Pensionsantritts müssen den stark veränderten Rahmenbedingungen (nicht zuletzt im sozialrechtlichen Bereich) angepasst werden. Gleichzeitig muss das Bewusstsein dafür gestärkt werden, dass die Gesundheit eine wichtige Voraussetzung der Beschäftigungsfähigkeit darstellt.

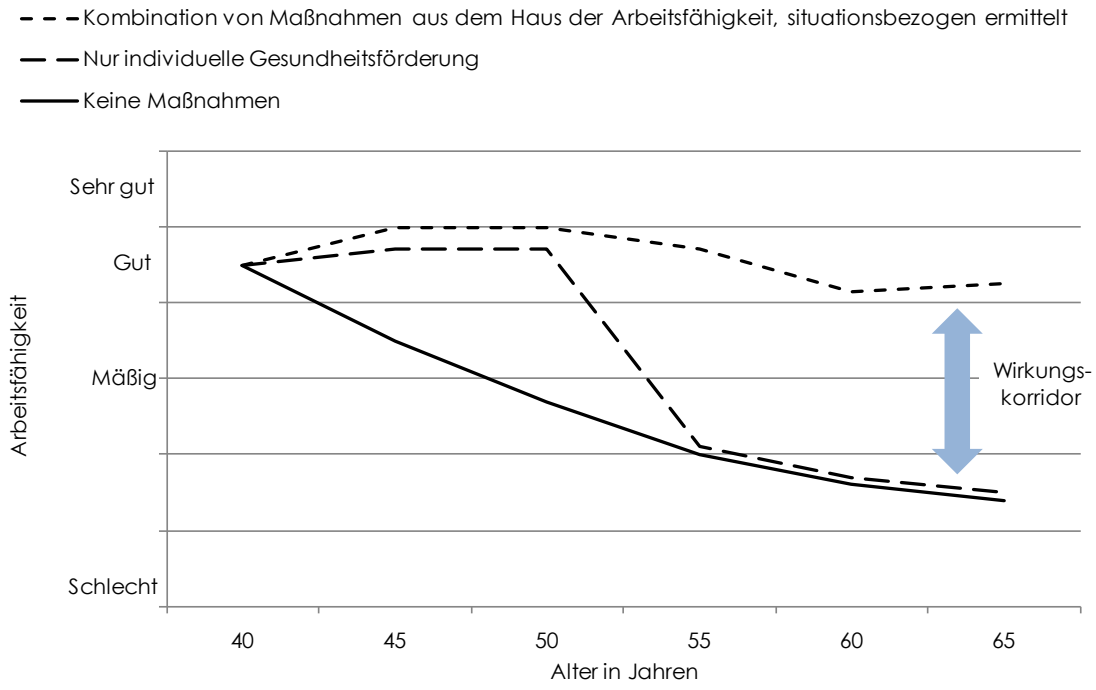
Veränderungen, vor allem wenn sie auf Steuerungsebene das gesamte Unternehmen betreffen und die Unternehmenskultur positiv beeinflussen sollen, brauchen Zeit. Daher ist bei der Einführung eines effektiven und effizienten Alter(n)smanagements eine Schritt-für-Schritt Herangehensweise optimal. Allen genannten Beispielen ist gemein, dass das Thema des Erhalts der Arbeitsfähigkeit nicht unabhängig von betrieblichen Strukturen und Strategien umgesetzt wird, sondern in ein Managementsystem eingebettet ist. Als Unterstützung bei der Umsetzung von alter(n)sgerechtem Arbeiten sowie in Bezug auf Qualitätssicherung können Betriebe auf unterschiedliche, kostenlose Beratungsangebote zurückgreifen[87]).

[87]) Auf der Website www.arbeitundalter.at können sich Unternehmen über einfach umzusetzende Maßnahmen in den Bereichen Führung, Weiterbildung, Arbeitsorganisation und Gesundheit informieren. Weitere Beratungsangebote und Unterstützung bieten die Demographieberatung des BMASK (www.demografieberatung.at), die Impulsberatung

2.7 Herangehensweise und Umsetzung im Betrieb

Die modernen Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) bzw. des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) können – in Abhängigkeit vom konkreten betrieblichen Kontext und auch von der Betriebsgröße – einen guten, zielgerichteten Rahmen bieten, um die demographische Herausforderung in Angriff zu nehmen. Je besser das Vorgehen an den Arbeitskontext und die vorhandenen Betriebsroutinen angepasst ist, desto eher können konkrete Erfolge erreicht werden. Dies kann durch "Ilmarinen-Richenhagen-Kurven" (Abbildung 2.13) sichtbar gemacht werden (*Pfeiffer et al.*, 2012). Wenn keine gezielten Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden (unterste Linie), nimmt die Arbeitsfähigkeit mit zunehmendem Alter (gemessen mit dem WAI = Work Ability Index) im Durchschnitt aller Beschäftigten ab. Bei der Umsetzung diverser Einzelmaßnahmen, z. B. bei ausschließlich personenbezogener Gesundheitsförderung, treten zwar positive Effekte im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit auf, diese sind jedoch nicht anhaltend (mittlere Kurve).

Abbildung 2.13: Ilmarinen-Richenhagen-Kurven



Q: *Pfeiffer et al.* (2012), adaptierte Darstellung.

---

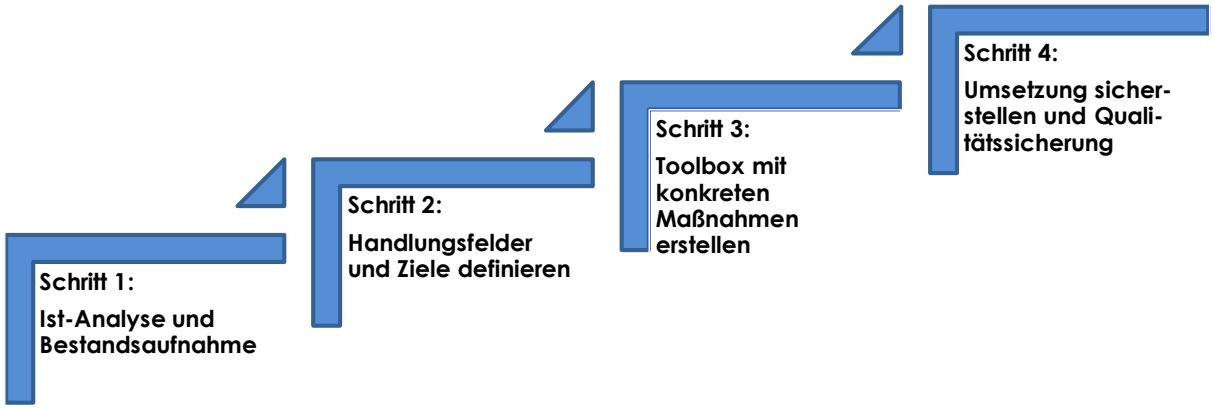
des AMS (http://www.ams.at/service-unternehmen/foerderungen/impulsberatung-betriebe) sowie die fit2work-Beratungsstellen (www.fit2work.at). In Bezug auf die Qualitätssicherung und auf die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement können zudem Zertifizierungsprogramme wie das Gütesiegel NESTOR^{GOLD} (https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Guetesiegel/NESTOR_GOLD/) und das Qualitätssicherungsmodell des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at/) zielführend sein.

Nachhaltige Zuwächse entstehen erst dann, wenn Defizite im Bereich aller Handlungsfelder (siehe vorangegangenen Abschnitt) situationsbezogen ermittelt und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt werden (oberste Kurve). Wichtig dabei ist demnach die ganzheitliche Sicht, also die Einbeziehung aller Handlungsfelder (*Prümper – Richenhagen*, 2011).

2.7.1 Schritte zum alter(n)sgerechten Betrieb

Hier wird in der Folge im Lichte einer exemplarischen Darstellung aufgezeigt, mit welchen Schritten Maßnahmen für ein alter(n)sgerechtes Arbeitsumfeld im Betrieb umgesetzt werden können. Demzufolge empfiehlt es sich im Vorfeld die Ausgangssituation im Betrieb in Bezug auf alter(n)sgerechte Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der (gesamten) Belegschaft zu analysieren. Die Ergebnisse werden in der Folge vom Management (idealerweise unter Einbeziehung der betroffenen MitarbeiterInnen) diskutiert und konkrete Ziele definiert. Nach Ableitung potentieller Handlungsfelder werden die Instrumente und Maßnahmen für die Umsetzung festgelegt. Eine Evaluierung zeigt den Erfolg der angestrebten Ziele auf und sollte in der Folge Informationen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung eines "alter(n)sgerechten Betriebes" liefern. Diese vier Schritte müssen den betrieblichen Kontextbedingungen angepasst werden. Die folgenden Ausführungen dienen dazu, die mögliche Vorgehensweise ein Stück weit zu konkretisieren und das entsprechende Instrumentarium aufzuzeigen.

Abbildung 2.14: Schritte zum alter(n)sgerechten Betrieb



Q: IfGP-Darstellung.

Schritt 1: Ist-Analyse und Bestandsaufnahme der demographischen Situation im Unternehmen

Aufgrund der aktuellen Datenlage und der zukünftigen Prognosen für die Arbeitswelt wird es unumgänglich sein, dass sich die Betriebe mit dem demographischen Wandel auseinandersetzen. Unternehmen können aber aufgrund mannigfacher Faktoren (Unternehmensgröße,

Branche, Arbeitsinhalte, Altersstruktur usw.) in unterschiedlicher Art und Weise betroffen sein. Ein zentrales Instrument, um sich von der aktuellen und der zukünftigen demographischen Situation des eigenen Unternehmens ein Bild machen zu können, ist die Altersstrukturanalyse[88]). Diese ist nicht nur die Grundlage für die Ableitung der Handlungsfelder und Maßnahmen, sondern kann auch zur Sensibilisierung betrieblicher AkteurInnen (z. B. Management oder Betriebsrat) herangezogen werden (*Deller et al.*, 2008).

Zunächst werden die aktuellen Altersstrukturdaten analysiert und graphisch dargestellt. Bei Bedarf werden diese auf Organisationseinheiten bzw. Abteilungen, Beschäftigungsgruppen (ArbeiterInnen, Angestellte) oder Standorte heruntergebrochen. In einem weiteren Schritt wird eine Prognose (z. B. 10 und 20 Jahre) der Altersstruktur mittels einer Hochrechnung erstellt. Dabei können zukünftige Entwicklungen im Bereich Personal (z. B. Pensionierungen und Neuaufnahmen) berücksichtigt werden (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz*, 2015, *Deller et al.*, 2008).

Neben der Altersstruktur können weitere Kennzahlen zur Darstellung der Ist-Situation herangezogen werden. Denkbar sind beispielsweise Weiterbildungstage und Arbeitsunfähigkeitstage je Alter, Alter der neu eingestellten MitarbeiterInnen oder die Fluktuationsrate (*Deller et al.*, 2008). Die/der verlässlichste Experte/-in für den jeweiligen Arbeitsplatz ist aber immer noch die/der MitarbeiterIn selbst. Daher kann im Sinne der Partizipation empfohlen werden, die Sichtweise der MitarbeiterInnen bei der Bestandsaufnahme miteinzubeziehen. Hierbei kann auf gängige Erhebungsmethoden wie MitarbeiterInnenbefragungen, Interviews oder Fokusgruppen bzw. Gesundheitszirkel, wie sie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz kommen, zurückgegriffen werden. Zudem können auch objektive Analyseverfahren (wie die Gefährdungsbeurteilung mit der Leitmerkmalmethode, die beispielsweise besonders belastende Tätigkeiten für Ältere identifiziert) angewandt werden.

Schritt 2: Handlungsfelder und Ziele definieren

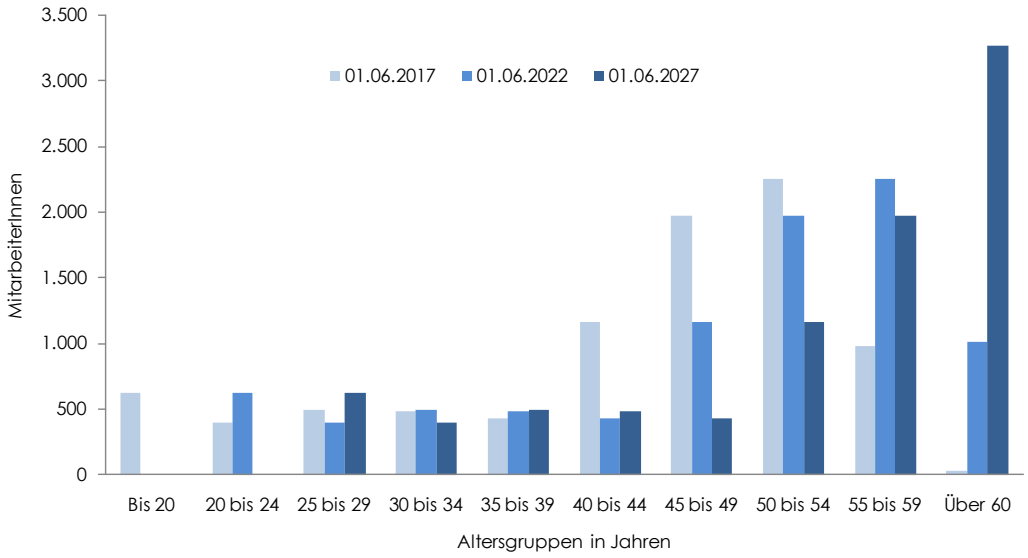
In diesem zweiten Schritt werden die Ergebnisse aus Schritt 1 zusammengeführt. Im Rahmen einer sogenannten Demographiewerkstatt, einem extern moderierten Workshopformat, kann eine vertiefende Einschätzung der demographischen Situation des Betriebs vorgenommen und die künftigen Handlungsfelder (siehe Beispiel in Abbildung 2.15) des Betriebs erarbeitet werden. Dazu kommt im Vorfeld oder während des Workshops ein Demographiecheck, meist in Form eines Fragebogens, zum Einsatz. Dieser wird ausgewählten Schlüsselpersonen vorgelegt, die sich aus betrieblichen EntscheidungsträgerInnen (Geschäftsführung, Personalverantwortliche, Betriebsrat und weitere Führungskräfte) und externen wie internen ExpertInnen (Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Gesundheitsmanagement) zusammensetzen.

Auf Basis der in der Demographiewerkstatt identifizierten Handlungsfelder können idealerweise "smarte" strategische und operative Grob- und Feinziele definiert werden. Diesbezüglich

[88]) Online gibt es vorgefertigte Tools zur Altersstrukturanalyse; beispielsweise von der WKO, dem Arbeitsinspektorat und der AUVA.

soll auf eine kurzfristige und langfristige Perspektive geachtet werden, da bestimmte Maßnahmen einen gewissen Zeitrahmen brauchen, um ihre Wirkung zu entfalten.

Abbildung 2.15: Beispiel für eine Altersstrukturanalyse und Prognose



Q: IfGP-Darstellung.

Schritt 3: Toolbox mit konkreten Maßnahmen erstellen

Im Schritt 3 geht es darum, konkrete Maßnahmen und Instrumente aus den zuvor beschriebenen Handlungsfeldern (siehe Kapitel 0: Unternehmens- und Führungskultur, Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung, Gesundheitsmanagement, Qualifizierung- und Personalentwicklung, Wissensmanagement und Personalpolitik) auszuwählen. Diese sollen auf ihre Umsetzbarkeit geprüft werden und dienen dazu, die definierten Ziele zu erreichen. Dies geschieht optimaler Weise aufbauend auf bereits vorhandenen Ressourcen oder im Rahmen eines Projektteams.

Schritt 4: Umsetzung sicherstellen und Qualitätssicherung

In der letzten Phase, Schritt 4, steht die Umsetzung der geplanten Maßnahmen und die Sicherung der Qualität im Fokus. Dies kann sowohl in Form einer prozesshaften Begleitung (formative oder begleitende Evaluation), die es ermöglicht, schon während der Umsetzung regulativ einzugreifen und rechtzeitig Anpassungen der Maßnahmen vorzunehmen, wie auch in Form einer Überprüfung der Zielerreichung (summative oder gesamthafte Evaluation) erfolgen. Hier bietet es sich an, die Instrumente und Kennzahlen aus dem ersten Schritt der Ist-Analyse (z. B. die MitarbeiterInnenbefragung) erneut einzusetzen, um die Veränderungen durch die umgesetzten Maßnahmen und die Zielerreichung sichtbar zu machen. Ebenso kann auf Basis dieser Ergebnisse entschieden werden, welche Maßnahmen in Zukunft beibehalten, angepasst oder eingestellt werden.

Bei einer langfristigen und nachhaltigen Umsetzung von Maßnahmen zu einer alternsgerechten Arbeitswelt kann in einem weiteren Schritt auf demographische Controlling-Kennzahlen zurückgegriffen werden. Mögliche Beispiele sind harte Kennzahlen wie Fluktuation, Krankenstand und Altersdurchschnitt und -struktur. Als weiche Kennzahlen können beispielsweise die Arbeitszufriedenheit und die Entwicklung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Belegschaft herangezogen werden (*Deller et al.*, 2008).

2.7.2 Besondere Herausforderungen und Herangehensweisen in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)

Österreichs Wirtschaft ist von kleinen und mittleren Betrieben geprägt. Im Jahr 2014 waren in der marktorientierten Wirtschaft[89]) in Österreich rund 326.900 kleine und mittlere Unternehmen (KMU) tätig (*Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft*, 2016). Bei gut 87% davon handelte es sich um Kleinstbetriebe mit weniger als 10 Beschäftigten. Dieser Größenklasse werden auch Ein-Personen-Unternehmen (EPU) zugeordnet, welche 2014 gut 36% aller Unternehmen ausmachten. Rund 11% waren Kleinunternehmen mit 10 bis 49 Beschäftigten, rund 2% Mittelbetriebe mit 50 bis 249 Beschäftigten. In Summe handelte es sich somit bei 99,7% aller österreichischen Unternehmen um KMU. Wenn die EPU aus der Betrachtung ausgeschlossen werden, sind immer noch 1,8 Mio. Personen in KMU beschäftigt, das entspricht einem Anteil von fast zwei Drittel (63,5%) an den Beschäftigten in der marktorientierten Wirtschaft (*ebenda*). Umso wichtiger ist es, den Blick auch in diese Richtung zu lenken.

Grundsätzlich unterscheidet sich die Vorgehensweise in KMU nicht von jener in größeren Betrieben. Die genannten vier Schritte sollten so auch in KMU (in reduzierter und angepasster Form) durchlaufen werden. Allerdings zeigt die Beratungserfahrung, dass kleinere Betriebe in der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen vor besondere Herausforderungen gestellt werden. Diese betreffen meist finanzielle und personelle Ressourcen. Die vorhandene Arbeitsbelastung (höhere Arbeitsvielfalt, Fehlen von Personalverantwortlichen, die sich mit den Themen Gesundheit oder Arbeitsfähigkeit auseinandersetzen könnten) wird als häufigster Grund genannt, keine gesundheitsförderlichen Aktivitäten umzusetzen (*Mangold – Kreyer*, 2006). Das Tagesgeschäft steht im Vordergrund, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit spielen meist eine eher untergeordnete Rolle. Wenn Maßnahmen umgesetzt werden, dann vorwiegend jene, die kostengünstig sind und nur wenig Zeit der MitarbeiterInnen in Anspruch nehmen (*Meyer*, 2008). Zur Umsetzung eines "alternsgerechten Betriebs" braucht es also in kleinen und mittleren Unternehmen ressourcenschonende, unternehmensnahe, flexible und einfach umsetzbare Instrumente und Konzepte. Im optimalen Fall sind diese im Rahmen des Tagesgeschäfts (Integration in die vorhandene Arbeitsorganisation anstelle einer eigenen Struktur) ohne große Umwege umsetzbar ("Huckepackstrategie"; *Ducki – Brandt*, 2016). Dies trifft für Ein-Personen-Unternehmen, die sich oft an der Schwelle zu Kleinstunternehmen befinden, in verstärktem Maße zu. Für dieses Segment gilt es neue und tragfähige Konzepte zu

[89]) Unternehmen der marktorientierten Wirtschaft, d. h. ohne Land- und Forstwirtschaft und persönliche Dienstleistungen (Abschnitte B bis N und S95 der ÖNACE 2008).

entwickeln, die alle Alternsbereiche adressieren und damit mehr Gesundheit in die Betriebe bringen.

Bereits im Jahr 1998 wurde das Cardiff Memorandum zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche *Gesundheitsförderung* verabschiedet. Mit diesem Memorandum startete das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung eine neue Initiative zur Schaffung geeigneter Infrastrukturen für Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU. Bis dahin waren Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung vor allem auf große Betriebe ausgerichtet.

Seitdem hat sich für kleinere Unternehmen das Instrument des "Betrieblichen Gesundheitscoachings"[90]) etabliert, mit dem durchaus das Schwerpunktthema alter(n)sgerechtes Arbeiten bearbeitet werden kann. Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung in KMU spielt die Geschäftsführung (bzw. die/der EigentümerIn). Hier gilt es, mittels Wissensvermittlung ein entsprechendes Bewusstsein zum Thema herzustellen, um die/den UnternehmerIn als AntreiberIn zu gewinnen. Zudem kann auf mögliche Förderungen (z. B. durch die Sozialversicherungsträger oder den Fonds Gesundes Österreich) verwiesen werden. Da kleinere Betrieb oft auch stärker regional verankert sind, ist eine zusätzliche ressourceneffiziente Option, mit anderen Betrieben in der Umgebung zusammenzuarbeiten. Vorteil von themenspezifischen, regionalen Netzwerken ist ein überbetrieblicher Erfahrungsaustausch (*Ducki – Brandt*, 2016). Ein passendes Beispiel dazu ist das WAGE-Netzwerk[91]) in Oberösterreich.

Erfolgsfaktoren in der Umsetzung – die wichtigsten Rahmenbedingungen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für eine erfolgreiche Umsetzung im Betrieb bestimmte Rahmenbedingungen unumgänglich sind. Diese gelten gleichermaßen für alle Betriebe, mit der soeben genannten Einschränkung, dass in kleinen und mittleren Unternehmen ressourcenschonende und einfach umsetzbare Instrumente und Konzepte, die im optimalen Fall keine zusätzlichen Strukturen erfordern, notwendig sind:

- Auf der Führungsebene ist ein Umdenken im Betrieb im Sinne einer Veränderung der Einstellung gegenüber Älteren (weg vom Defizitmodell hin zu einem lebensphasenorientierten Modell des differenzierten Alterns) erforderlich. Altersspezifische Stereotypen müssen abgebaut und das Unternehmensleitbild sowie die Unternehmenskultur entsprechend angepasst werden.
- Dieser Veränderungsprozess muss beständig sein und schrittweise erfolgen. Dabei ist ein priorisiertes Herangehen, mit einem bedarfsorientierten Ansatz auf Basis der aktuellen Ist-Situation und den im Betrieb vorhandenen Rahmenbedingungen festzulegen.

[90]) Das Betriebliche Gesundheitscoaching ist ein ressourcenschonendes Vorgehen in drei Schritten: 1. Führungskräfte-Coaching (Coaching mit Geschäftsführung), 2. MitarbeiterInnen-Coaching, 3. Zusammenführungsworkshop (mit Maßnahmenplanung).

[91]) Das WAGE-Netzwerk greift praxisrelevante Fragestellungen zum Thema "Arbeit und Alter" auf und erarbeitet gemeinsam mit Unternehmen, arbeitsmarktpolitischen AkteurInnen und ExpertInnen Lösungen und innovative Zukunftsperspektiven (www.wage.at).

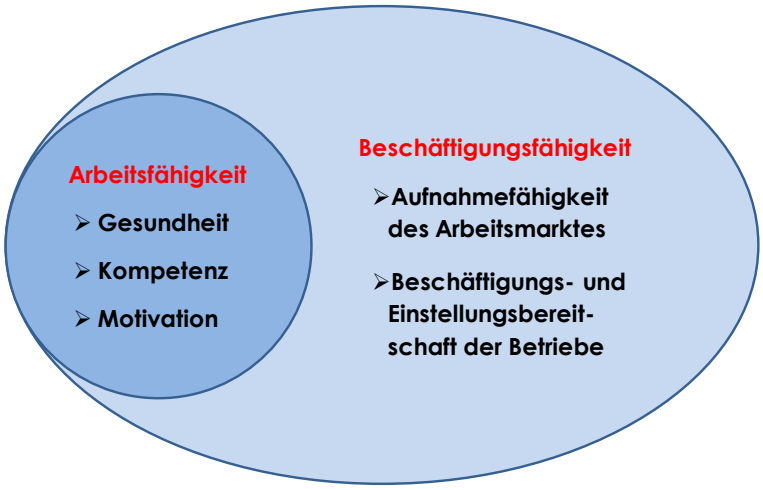
- Alle wichtigen betrieblichen AkteurInnen müssen (neben den fachlichen ExpertInnen) miteinbezogen werden. Das gilt für die Geschäftsführung, die Führungskräfte und den Betriebsrat, aber auch für die MitarbeiterInnen, die auf Basis ihrer Erfahrung im Betrieb mit Hilfe von Interviews oder Fokusgruppen den Prozess mitgestalten sollen.
- Projekt- bzw. Aufgabenverantwortliche müssen benannt und Prozesse zur innerbetrieblichen Qualifizierung sowie zum Kompetenzaufbau im Bereich Alter(n)smanagement etabliert werden.
- Gleichzeitig müssen in ausreichendem Maße Information und Kommunikation über das geplante Vorgehen gesichert werden, da das Thema an sich (vor allem zu Beginn) kein Selbstläufer ist.
- Die Unterstützung von ExpertInnen ist hilfreich, um die Prozessumsetzung zu Beginn zu begleiten. Ebenso sinnvoll ist die Vernetzung mit externen AkteurInnen, um von den Erfolgen der anderen zu lernen.
- Generell sollte die Frage des betrieblichen Alter(n)smanagement in das vorhandene Personalmanagement bzw. die BGF/BGM-Struktur eingebettet sein oder nach Möglichkeit eine entsprechende BGM-Struktur aufgebaut werden. Dadurch lässt sich das Thema im ArbeitnehmerInnenschutz, in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement ganzheitlich verbinden.

2.8 Die Rolle der Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und der Erwerbsbeteiligung Älterer ruft jenseits der betrieblichen Handlungsfelder eine Reihe von Politikfeldern und AkteurInnen auf den Plan. Ein wichtiger Bereich betrifft die Rahmenbedingungen im Sozial- und Pensionssystem, die das Erwerbsverhalten im Allgemeinen sowie den Zeitpunkt und die Modalität des Austritts aus dem Arbeitsmarkt beeinflussen. Wichtige systemische Stellschrauben sind in dieser Beziehung die Bestimmungen, die das gesetzliche Pensionsantrittsalter regeln, ebenso wie frühzeitige Formen des Ruhestands sowie des Pensionsübergangs (z. B. in Form von Altersteilzeit). Ein weiterer Bereich betrifft die Arbeitsmarktpolitik. Für jene Personen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben oder nach einer längeren Abwesenheit wieder in den Arbeitsmarkt zurückkehren, spielen vor allem Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie Regelungen zur Wiedereingliederung nach Krankheit oder Unfall eine zentrale Rolle. Das Arbeitsmarktservice bietet im Rahmen der Arbeitsmarktförderung ein breites Spektrum an Maßnahmen an, um Arbeitslose bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Auch wenn sie nicht ausschließlich für diese Zielgruppe konzipiert wurden, sind etliche dieser Maßnahmen für (ältere) Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen von besonderer Relevanz (siehe dazu *Eppel et al.*, 2017). Das gilt auch für die Beschäftigungsaktion 20.000, deren Zielgruppe – die über-50-jährigen Langzeitbeschäftigungslosen – ebenfalls oft gesundheitliche Probleme aufweist. Die konkreten Arbeitsmarktchancen und Arbeitsbedingungen der Älteren werden im Allgemeinen auch durch zahlreiche Regelungen und Rahmenbedingungen auf gesetzlicher

und kollektivvertraglicher Ebene mitbestimmt. Dazu zählen neben dem Lohnniveau und dessen Verlauf im Erwerbsalter auch die Bestimmungen zur Arbeitszeit, zum Urlaub und zu den Arbeitsplatzbedingungen. Darüber hinaus setzt eine alter(n)sgerechte Arbeitswelt Vorgaben und Maßnahmen zur Bekämpfung von Diskriminierung voraus, während gleichzeitig Alterstereotype abgebaut werden müssen und die Sensibilisierung für lebensphasenorientiertes Arbeiten erhöht werden muss.

Abbildung 2.16: Voraussetzungen für eine längere Erwerbstätigkeit von Älteren



Q: *Bellmann et al.* (2007).

Die mit diesen Ansatzpunkten zusammenhängende Palette an handlungspolitischen Feldern und Maßnahmen ist sehr umfangreich. Nicht nur das Spektrum der Handlungsoptionen ist sehr weit, sondern auch jenes der beteiligten AkteurInnen, das neben den gesetzgebenden Organen auch Interessensvertretungen und die Sozialpartner sowie Sozialversicherungsträger und das Arbeitsmarktservice umfasst. Eine Darstellung dieser unterschiedlichen Politikfelder würde den Rahmen des vorliegenden Berichts sprengen. Es sei an dieser Stelle auf die umfangreichen Länderstudien und Berichte internationaler Institutionen wie der EU Kommission, der OECD und der Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen verwiesen, die sich mit Politikmaßnahmen und -strategien zur Unterstützung der Beschäftigung Älterer im Detail auseinandergesetzt haben (z. B. *OECD*, 2006, 2015C, *Europäische Kommission*, 2006, *European Foundation*, 2012). Aufgrund des spezifischen Schwerpunkts des Fehlzeitenreports wird in der Folge vor allem auf die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit eingegangen. Wie Abbildung 2.16 graphisch zeigt, ist Gesundheit eine Kernkomponente der Arbeitsfähigkeit. Beschäftigungsfähigkeit bzw. Beschäftigung setzt darüber hinaus aber auch Kompetenzen und Qualifikationen der (älteren) Arbeitskräfte und eine entsprechende Einstellungsbereitschaft bzw. Nachfrage seitens der Betriebe voraus.

Prävention zur Vorbeugung von gesundheitlichen Problemen und Maßnahmen zur Aktivierung und (Wieder)Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind gleichermaßen wichtig.

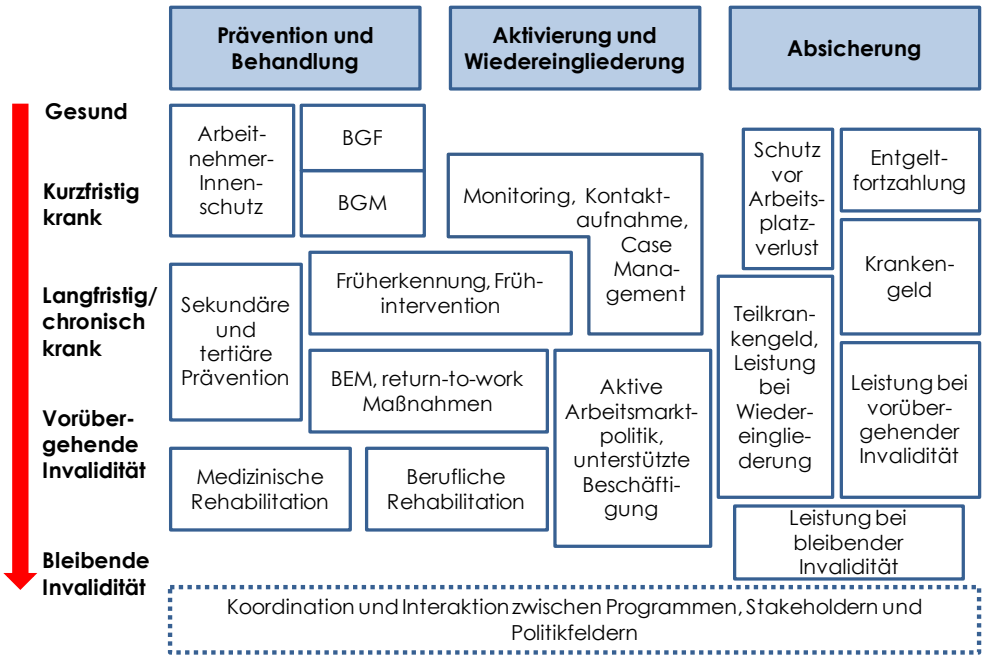
Der Erhalt der gesundheitlichen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit bis ins höhere Erwerbsalter erfordert einerseits einen präventiven Ansatz und eine frühe Erkennung von gesundheitlichen Problemen bzw. eine entsprechend früh einsetzende Intervention. Andererseits lässt sich auch durch Prävention und Früherkennung nicht vermeiden, dass gerade ältere Erwerbspersonen von schweren Erkrankungen oder chronischen Leiden betroffen sind und aufgrund gesundheitlicher Probleme länger vom Arbeitsplatz fern bleiben oder unter Umständen sogar ihren Arbeitsplatz verlieren. Aus diesem Grund ist neben einem präventiven Ansatz auch eine Unterstützung bei der Aktivierung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen erforderlich. In Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand und der Arbeitsmarktsituation der Betroffenen ist demnach eine ausgewogene Mischung aus Maßnahmen erforderlich, um in einer lebensphasenorientierten Perspektive die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit zu stärken. Abbildung 2.17 veranschaulicht diesen Zugang anhand einer Matrix, in der die einzelnen Handlungsfelder bzw. Maßnahmen aufgrund der Ausgangssituation der Erwerbspersonen (vertikale Achse) und der Zielsetzungen (horizontale Achse) verortet sind. Neben den bereits angesprochenen Zielsetzungen der Prävention/Behandlung und der Aktivierung/Wiedereingliederung ist dabei auch Absicherung bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit als eigenständiges Ziel abgebildet. Um die angepeilten Ziele zu erreichen und die entsprechenden Leistungen zu erbringen, sind über alle Bereiche und Politikfelder hinweg innerhalb des vorgegebenen rechtlichen Rahmens eine gute Zusammenarbeit und eine gut abgestimmte Vorgehensweise der beteiligten AkteurInnen erforderlich. Die Koordination zwischen den einzelnen Programmen der Kranken- und Sozialversicherung bzw. der Arbeitsmarktpolitik und die Abstimmung der darin involvierten Stakeholder werden deshalb durch eine übergreifende Ebene in der Matrix abgebildet.

In den vergangenen Jahrzehnten fand in den Industrieländern und insbesondere im europäischen Raum eine intensive Reformtätigkeit im Bereich der Prävention und Handhabe von Arbeitsunfähigkeit statt[92]). In Abhängigkeit von den institutionellen Rahmenbedingungen und den gesellschaftspolitischen Weichenstellungen wurden in den einzelnen Ländern zum Teil sehr unterschiedliche Strategien und Maßnahmen eingesetzt. Aus österreichischer Perspektive sind für einen Vergleich vor allem jene Länder relevant, die ihre Systeme besonders stark und erfolgreich an eine hohe Erwerbsbeteiligung der Älteren ausrichten konnten. Das betrifft die skandinavischen Länder, aber auch die Schweiz, Deutschland und die Niederlande. Diese Ländergruppe ist durch eine hohe Reformintensität gekennzeichnet, mit gezielten Maßnahmen zur Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich belasteten Personen bei gleichzeitig guter Absicherung im Falle von Arbeitsunfähigkeit (*Böheim – Leoni*, im Erscheinen). Die meisten Maßnahmen und Strategien wurden nicht ausschließlich für die Zielgruppe der Älteren

[92]) Eine umfassendere Darstellung und Analyse dieses Themas findet sich in *Eppel et al.* (2016).

entwickelt, aber sie sprechen Problemlagen an, die sich vielfach mit zunehmendem Alter der Beschäftigten ergeben.

Abbildung 2.17: Komponenten einer Gesamtstrategie zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit



Q: *Eppel et al.* (2016). BGF … Betriebliche Gesundheitsförderung. BGM … Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Internationale Beispiele für das Monitoring von Krankenständen und frühzeitige Maßnahmen zur Unterstützung der Wiedereingliederung zeigen Ansätze, die gerade bei Älteren zum Erhalt von Beschäftigung beitragen können.

Verschiedene Länder haben Monitoringprozesse eingesetzt oder ausgebaut, die typischerweise am Krankenstandsgeschehen ansetzen, um den rechtzeitigen Einsatz von Maßnahmen zur Wiedereingliederung zu ermöglichen. Die Interventionsschritte werden in Rückkehr- und Aktionsplänen oder ähnlichen Instrumenten festgeschrieben, die zwischen den unterschiedlichen Stakeholdern vereinbart werden. So sind in Norwegen ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen bereits nach einem vierwöchigen Krankenstand verpflichtet, einen Rückkehrplan zu formulieren (*OECD*, 2013). Die ÄrztInnen werden ersucht, sich eingehend mit der Frage der (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit ihrer PatientInnen auseinanderzusetzen, die Möglichkeit einer Teilbeschäftigung zu prüfen und bei längerem Krankenstand Maßnahmen zur Reaktivierung vorzuschlagen. Den Unternehmen steht die Option offen, mit der Sozialversicherung eine Kooperationsvereinbarung einzugehen und somit Unterstützung im Umgang mit erkrankten MitarbeiterInnen zu bekommen, beispielsweise bei der Entwicklung und Umsetzung von

organisatorischen oder sonstigen gesundheitsrelevanten Anpassungen innerhalb des Betriebes.

In den Niederlanden sieht das 2002 eingeführte "Gatekeeper Protocol" vor, dass Unternehmen und ArbeitnehmerIn im Krankenstandsfall einen Aktionsplan erstellen müssen, um die Rückkehr in den Betrieb oder den Wechsel zu einer anderen Beschäftigung zu ermöglichen. Bestandteil dieses Prozesses ist auch die Ernennung eines Case Managers, der sich um die laufende Evaluierung und gegebenenfalls Anpassung dieses Plans kümmert. Falls Unternehmen und ArbeitnehmerIn keine Einigung hinsichtlich des Aktionsplans erzielen, kann die Krankenversicherung unterstützend einschreiten. In der Praxis versuchen viele Unternehmen bei lang anhaltenden Krankenständen mithilfe der öffentlichen Arbeitsverwaltung einen anderen Arbeitsplatz für die MitarbeiterIn zu finden (*Everhardt – de Jong*, 2011, *OECD*, 2014).

Auch in Dänemark hat sich ein ähnliches Verfahren etabliert, wobei es hier in erster Linie den Kommunen (d. h. den lokalen Gebietskörperschaften) obliegt, den Krankenstand zu beobachten und frühzeitig ein Maßnahmenangebot zusammenzustellen, um negative, längerfristige Folgen eines gesundheitlichen Ereignisses abzuwenden (*Høgelund et al.*, 2012). Die kommunalen Behörden sind verpflichtet, die Neuzugänge in den Krankenstand auf Basis eines kurzen Fragebogens in unterschiedliche Kategorien einzuteilen und somit bereits früh jene Personen zu identifizieren, die ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko aufweisen und einer intensiveren Beobachtung und Betreuung bedürfen. Regelmäßige Rücksprachen mit den LeistungsbezieherInnen bilden ein zentrales Element der Krankenstandsverwaltung vonseiten der Kommunen und verfolgen den Zweck, die anfänglich angestellte Kategorisierung der Betroffenen zu prüfen und diese gegebenenfalls abzuändern. In der Regel müssen die dänischen Kommunen innerhalb der ersten acht Wochen mit der erkrankten Person Kontakt aufnehmen, eine Evaluierung des Krankenstands vornehmen und einen Follow-up-Plan mit dem Ziel einer raschen Rückkehr in den Arbeitsprozess festlegen. Die kommunalen Case Manager können hierfür unterschiedliche Maßnahmen einsetzen, wie berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Teilzeitkrankengeld, Unterstützung für Arbeitsplatzanpassungen und Lohnstützungen für Job Training (*Høgelund et al.*, 2012).

Je nach Land werden unterschiedliche Akzente bei der Verteilung von Kompetenzen und Verantwortungen sowie bei den Anreiz- und Sanktionsmechanismen gesetzt.

Wichtige Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Ländern und Ansätzen hinsichtlich der Aufteilung der Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche sowie der damit einhergehenden Anreiz- und Sanktionsmechanismen. Ein wichtiger Bestandteil des niederländischen Systems ist die starke Einbindung der Betriebe in den Wiedereingliederungsprozess, der durch eine sukzessive Ausweitung der Entgeltfortzahlungspflicht im Krankenstandsfall untermauert wurde. Gegenwärtig sind ArbeitgeberInnen im Krankheitsfall bis zu zwei Jahre lang für die Einkommensabsicherung ihrer erkrankten MitarbeiterInnen verantwortlich. Erst nach Ablauf dieser Frist kann der/die Beschäftigte einen Antrag auf Invaliditätspension stellen. Die Sozialversicherung prüft die Anträge auf Invaliditätspension im Lichte des vereinbarten Aktionsplans

und der Schritte, die zur Reintegration der Betroffenen am Arbeitsmarkt gesetzt wurden. Waren die Bemühungen um Rehabilitation nicht ausreichend, kann das Unternehmen, in Abhängigkeit vom Ausmaß des schuldhaften Verhaltens, zu einem weiteren Jahr Lohnfortzahlung sanktioniert werden[93]).

In Deutschland erfolgt die Einbindung des Arbeitsplatzes vor allem durch das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), das 2004 eingeführt wurde. Wenn MitarbeiterInnen im Laufe eines Jahres bereits sechs Wochen arbeitsunfähig waren, sind Unternehmen verpflichtet, auf die betroffenen Personen zuzugehen und ein BEM anzustoßen. Ein wesentliches Grundprinzip des Eingliederungsmanagements besteht in einer frühen Kontaktaufnahme mit der erkrankten Person und in der Erarbeitung von früh einsetzenden und an die individuellen Bedürfnisse angepassten Interventionen. Das Angebot eines BEM-Verfahrens ist für ArbeitgeberInnen verpflichtend, bei Unterlassung dieser Pflicht kommt es zu einer Einschränkung des Kündigungsrechts[94]). Aus Sicht der betroffenen Person ist die Teilnahme am Verfahren freiwillig, jedoch mit Anreizen in Bezug auf die Beibehaltung des Arbeitsplatzes versehen[95]). Vor allem in größeren Unternehmen werden zur Abwicklung eines Eingliederungsverfahrens "Integrationsteams" gebildet und eigene BEM-Beauftragte eingesetzt. Dagegen neigen klein- und mittelständische Unternehmen aufgrund fehlender Personal- und Zeitkapazitäten dazu, externe BeraterInnen in das BEM-Verfahren miteinzubeziehen.

Andere Länder verschoben die Verantwortung dagegen stärker in Richtung der Beschäftigten. Seit 2008 gilt z. B. in Schweden im Falle von Krankenstand ein neuer Zeitplan, von dem für die Betroffenen ein dezidierter Druck zur Aktivierung ausgeht. Die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen und Krankengeld wird dabei an eine laufende Überprüfung der Arbeitsfähigkeit der Betroffenen gekoppelt. In einem ersten Schritt wird die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit geprüft, nach drei Monaten in Bezug auf mögliche andere Tätigkeiten bei dem/der selben ArbeitgeberIn und nach sechs Monaten in Bezug auf Tätigkeiten am Arbeitsmarkt insgesamt. Personen, die als (teil)arbeitsfähig eingestuft wurden, werden der öffentlichen Arbeitsverwaltung unterstellt und müssen angemessene Arbeitsangebote annehmen, da sie sonst ihren Leistungsanspruch verlieren. Die Einführung dieser sogenannten "Rehabilitationskette" erfolgte mit der Absicht, die Verantwortung für das Krankenstandsgeschehen und für Reintegration am Arbeitsmarkt stärker auf die Individuen zu verlagern[96]). Auch in der Schweiz führten wiederholte Revisionen der Invalidenversicherung (IV) zu einer stärkeren gesetzlichen Verpflichtung der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen,

---

[93]) Laut der Sozialversicherung UWV betrug der Anteil der Fälle mit einer Krankenstandsdauer von über zwei Jahren, in denen die Betriebe zu einem dritten Jahr Lohnfortzahlung verpflichtet wurden, im Jahr 2012 19% (*OECD*, 2014: 73).

[94]) Allgemein ist die Kündigung im Krankenstand in Deutschland nur unter engen Voraussetzungen erlaubt, insbesondere wenn das Kündigungsschutzgesetz gilt.

[95]) Bei Ablehnung des BEM kann sich der/die ArbeitnehmerIn bei einer krankheitsbedingten Kündigung vor dem Arbeitsgericht nicht mehr auf ein fehlendes BEM berufen.

[96]) Die neuesten Entwicklungen in Schweden zeigen eine Tendenz, Fragen der Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung verstärkt in eine systemische Perspektive einzubetten und die individuelle Verantwortung ein Stück weit abzuschwächen (*Stahl – Seing*, 2017).

aktiv an Maßnahmen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur beruflichen Reintegration teilzunehmen (*OECD*, 2010). Gleichzeitig wurden der Zugang zu Leistungen sowie ihre Höhe eingeschränkt.

Österreich setzte in den vergangenen Jahren ebenfalls Reformschritte, um den gesundheitlichen Herausforderungen im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit zu begegnen.

Auch Österreich hat in den vergangenen Jahren mehrere Reformen durchgeführt, um das Auftreten von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren (siehe Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes in 2013), die Früherkennung von Invaliditätsrisiken im System zu verankern und das Prinzip "Rehabilitation vor Pension" zu stärken. Mit der im Juli 2017 in Kraft getretenen Möglichkeit der "Wiedereingliederungsteilzeit" (WIETZ) wurde zudem erstmals für Betriebe und ArbeitnehmerInnen eine Möglichkeit geschaffen, nach einem längeren Krankenstand eine graduelle Rückkehr zum Arbeitsplatz zu vereinbaren. Zielgruppe dieser Option sind Personen, die bereits seit sechs Wochen oder länger im Krankenstand waren. Grundsätzlich müssen die Personen arbeitsfähig, aber durch ein erhöhtes Rückfallrisiko gefährdet sein. Die Vereinbarung zur WIETZ beinhaltet einen Wiedereingliederungsplan, bei dem neben einem reduzierten Stundenausmaß auch Entlastungen sowie spezifische Änderungen des Tätigkeitsfelds (sofern sich diese mit den Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrag decken) festgehalten werden können. Während der WIETZ erhalten die ArbeitnehmerInnen teils ihren Lohn, teils Krankengeld.

Größere Änderungen in der Handhabe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Erwerbsbevölkerung wurden aber bereits einige Jahre vor Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit umgesetzt. Mit der Verabschiedung des Arbeit- und Gesundheitsgesetzes (AGG) im Jahr 2010 wurden Schritte gesetzt, um die Früherkennung bleibender Arbeitsunfähigkeitsrisiken und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung zu etablieren. Mit dem AGG wurde das "fit2work" Programm bundesweit umgesetzt, mit dem Ziel ein "flächendeckendes niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu schaffen" (*Bundesgesetzblatt*, 2010). Personen, die im Rahmen eines Kalenderjahrs (kontinuierlich oder kumuliert) mehr als sechs Wochen im Krankenstand sind, werden in einem automatisierten Verfahren von den Krankenversicherungsträgern kontaktiert und zu einer Beratung durch "fit2work" eingeladen[97]). Wenn die betroffene Person auf das Beratungsangebot eingeht und sich daraus weitere Schritte ergeben, wird ein Case Management eröffnet. Das Beratungsangebot gilt nicht nur für die kontaktierten Versicherten, sondern es steht grundsätzlich allen Personen offen, die aus gesundheitlichen Gründen Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt haben – unabhängig davon, ob sie beschäftigt oder arbeitslos sind und ob sie im Krankenstand sind oder nicht. Parallel dazu (und separat von der personenbezogenen Schiene)

[97]) Das Beratungsangebot umfasst Aspekte wie eine Ist-Analyse mit arbeitsmedizinischer und/oder arbeitspsychologischer Abklärung, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive, die Bereitstellung von Informationen über Förderungen und Kostenträger sowie Hilfestellung beim Kontakt mit den zuständigen Institutionen.

hat "fit2work" auch eine betriebliche Schiene und bietet Unternehmen Beratung und Unterstützung an, um Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Eingliederung zu entwickeln.

Eine weitere Reform betrifft die Neuregelung des Zugangs in die Invaliditätspension durch das Budgetbegleitgesetz (BBG) 2011 und vor allem das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 2012. Die Neuerungen erfolgten mit der Absicht, jene gesundheitlich belasteten Personen, die als rehabilitationsfähig eingestuft werden, möglichst lange im Erwerbsleben zu halten. Der Grundsatz "Rehabilitation vor Pension" war bereits 1996 gesetzlich in Österreich verankert worden. Demzufolge hatte bereits seit damals ein Antrag auf eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit zugleich auch als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation gegolten. Mit dem SRÄG 2012 wurde der Zugang in die Invaliditätspension jedoch erschwert und die Zuständigkeiten in der beruflichen Rehabilitation neu geordnet. Für die ab 1964 geborenen Personen wurde die befristete Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension abgeschafft und durch neue Leistungen – wie Rehabilitations- und Umschulungsgeld sowie medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen – ersetzt[98]).

Personen, die vorübergehend invalid sind und keine Erwerbstätigkeit ausüben können, erhalten eine Krankenbehandlung von der Gebietskrankenkasse bzw. zusätzlich oder alternativ dazu eine medizinische Rehabilitation von der Pensionsversicherung. In dieser Zeit sind die Betroffenen durch Rehabilitationsgeld abgesichert, das durch die Krankenversicherung im Anschluss an einen Krankengeldanspruch geleistet wird[99]). Mit der Ausbezahlung des Rehabilitationsgeldes werden die Versicherten auch von einem Case Management erfasst. Wer den erlernten Beruf krankheitsbedingt nicht mehr ausüben kann und Berufsschutz genießt, bekommt eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf sowie Umschulungsgeld. Mit den Sozialversicherungs-Änderungsgesetzen 2016 und 2017 (SVÄG 2016 und 2017) wurden weitere Schritte gesetzt, um den Anspruch auf berufliche Rehabilitation auszuweiten und die Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation zu verbessern. Dazu wurde mit dem SVÄG 2017 eine klare gesetzliche Grundlage für die Durchführung der "Medizinisch-beruforientierten Rehabilitation (MBOR)" geschaffen, d. h. für eine medizinische Rehabilitation, bei der berufliche Aspekte und die Herausforderungen des Berufsalltags im Vordergrund stehen.

Trotz dieser Reformen besteht in Österreich weiter Handlungsbedarf. Das betrifft sowohl die Etablierung eines effektiven Systems zur Früherkennung und Frühintervention, als auch die Umsetzung des Prinzips "Rehabilitation vor Pension".

[98]) Bei dieser Personengruppe wird eine Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension nur bei andauernder Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gewährt, wenn eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht mehr zu erwarten ist. Ältere Personen (vor 1964 Geborene) sind nicht von der Reform betroffen und fallen noch in die alte Regelung. Die neue Regelung wird aber Jahr für Jahr einen größeren Anteil der Unter-65-Jährigen betreffen und nach Ende der Einschleifperiode schließlich alle Versicherten erfassen.

[99]) Das Rehabilitationsgeld ist auch in der Höhe dem Krankengeld angeglichen und somit de facto ein verlängertes Krankengeld.

In einer Gesamtbetrachtung zeugen die getätigten Reformen von den intensiven Bemühungen, verstärkt präventiv und mit früh einsetzenden Maßnahmen langfristiger bzw. permanenter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie die Wiedereingliederungschancen von gesundheitlich belasteten Personen zu erhöhen. Obwohl diese Schritte in die richtige Richtung gehen, besteht aber nach wie vor erheblicher Handlungsbedarf, um eine effektive Gesamtstrategie im Umgang mit den gesundheitlichen Herausforderungen der (älteren) Erwerbsbevölkerung zu etablieren. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die österreichischen Reformen nicht so tiefgreifend bzw. umfassend ausgefallen sind, wie jene in den internationalen good-practice Ländern. Das "fit2work"-Modell kann als österreichische Variante des deutschen BEM verstanden werden. Allerdings ist die Inanspruchnahme des "fit2work"-Angebots für die Beschäftigten ebenso wie für die Unternehmen freiwillig, und es besteht keine direkte Einbettung der Maßnahmen für Individuen auf betrieblicher Ebene. Es fehlt somit ein verbindliches Instrument, auf dessen Basis alle längeren Krankenstände einem stringenten Monitoring und konkreten Interventionsmöglichkeiten unterzogen werden.

Auch die Neuregelung der Invaliditätspension im Zuge des SRÄG 2012 weist etliche Elemente auf, die sich im internationalen Umfeld bereits gut bewährt haben (wie die Einrichtung eines Case Managements und das verstärkte Angebot an Rehabilitationsmaßnahmen). Die bisherigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass nur ein äußerst geringer Teil der RehabilitationsgeldbezieherInnen zu einem späteren Zeitpunkt den Sprung zurück in die Beschäftigung geschafft hat[100]). Dieser Misserfolg dürfte in gutem Ausmaß darauf zurückzuführen sein, dass die im Rahmen der Reform umgesetzten Maßnahmen und Prozesse erst zu einem sehr späten Zeitpunkt in der persönlichen Erwerbs- und Gesundheitsbiographie ansetzen. Nämlich dann, wenn die betroffenen Personen bereits seit geraumer Zeit gesundheitliche Probleme hatten und in vielen Fällen diese gesundheitlichen Probleme auch schon negative Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation hatten. Internationale Studien belegen, dass Maßnahmen zur Aktivierung von Personen, die bereits einmal aus dem Erwerbsleben ausgetreten sind und eine Leistung für bleibende bzw. zumindest länger andauernde Arbeitsunfähigkeit beziehen, sehr selten von Erfolg gekrönt sind (z. B. *Burkhauser et al.*, 2014).

2.9 Schlussfolgerungen

Die Bedeutung der Gesundheit als Voraussetzung von Beschäftigungsfähigkeit nimmt mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen zu. Dennoch zeichnen die Erkenntnisse aus der alters- und arbeitswissenschaftlichen Forschung ein sehr differenziertes Bild der Herausforderungen und Potentiale im Zusammenhang mit der Erwerbsbeteiligung Älterer. Erwartungsgemäß verschlechtern sich gesundheitliche Indikatoren mit dem Alter. Das betrifft sowohl

[100]) Die Zahl der Personen, die Umschulungsgeld beziehen, ist sehr klein. Der Rechnungshof (RH) hat in einem Bericht die Entwicklung der Invaliditätspension Neu unter die Lupe genommen und festgestellt, dass die Zahl der BezieherInnen von Rehabilitationsgeld, die wieder in Beschäftigung gelangen, weit hinter den Erwartungen zurück liegt (*Rechnungshof*, 2017). Einer Hochrechnung des RH zufolge wird die Reform, aufgrund dieser schlechten Entwicklung und des mit den etwas höheren Geldleistungen und dem zusätzlichen Betreuungsaufwand zusammenhängenden Mehraufwands, bis 2018 im Budget statt der geplanten Einsparungen einen Mehraufwand verursachen.

subjektive als auch objektive Gesundheitsmaße und schlägt sich auch in Form von funktionalen Einschränkungen und Beeinträchtigungen der Erwerbstätigkeit nieder. Dennoch wäre es verkürzt, zwischen Alter und Gesundheit einen linearen und deterministischen Zusammenhang vorauszusetzen. Zum einen sind so manche gesundheitliche Indikatoren gerade innerhalb der für die Arbeitswelt relevanten Gruppe der 50- bis 60-Jährigen vergleichsweise stabil oder verschlechtern sich nur geringfügig. Zum anderen verbergen sich hinter Durchschnittsbetrachtungen sehr große individuelle Unterschiede. Die Varianz im gesundheitlichen Zustand zwischen gleichaltrigen Individuen steigt mit zunehmendem Alter.

Noch stärker als bei der Gesundheit zeigen sich in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Produktivität Älterer sehr vielschichtige Ergebnisse. Die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten verändert sich mit dem Alter, es handelt sich dabei aber um eine Verschiebung zwischen Fähigkeiten bzw. Dimensionen und nicht um eine allgemeine Absenkung der Leistungsfähigkeit. Dem Modell des "differenzierten Alterns" entsprechend kommt es mit zunehmendem Alter zu einer Differenzierung von Stärken und Schwächen. Neben Fähigkeiten, die mit dem Alter abnehmen, gibt es solche, die relativ konstant bleiben und eine weitere Reihe an Fähigkeiten, die im Alter eher zunehmen. Daraus folgt, dass es in der Arbeitswelt sowohl Aufgaben gibt, die für Ältere schwerer zu bewältigen sind, als auch solche, die sie besser erledigen können als jüngere MitarbeiterInnen. Dieses differenzierte Bild des Alterns und die damit einhergehenden Veränderungen in der Leistungsfähigkeit spiegeln sich auch in überwiegend flachen Alters-Produktivitäts-Profilen für die Altersgruppe zwischen 40 und 60 Jahren wider.

Der demographische Wandel innerhalb der Arbeitswelt ist deshalb sowohl in einer betriebs- als auch in einer volkswirtschaftlichen Perspektive mit Herausforderungen, aber ebenso mit Chancen verknüpft. Weder die Gesundheit der Erwerbspersonen noch, in stärkerem Ausmaß, ihre Leistungsfähigkeit und Produktivität im Arbeitsprozess sind fixe Größen, sondern können über unterschiedliche Kanäle gestaltet und beeinflusst werden. Eine nicht nur im Sinne der demographischen Veränderungen vorteilhafte Gestaltung der Arbeitswelt verknüpft altersgerechte und alter*n*sgerechte Maßnahmen. Altersgerecht bedeutet, dass die psycho-organischen Veränderungen des Alterns durch entsprechende Gegenmaßnahmen und Anpassungen am Arbeitsplatz kompensiert werden. Dieser kompensatorische, auf die Älteren und auf Defizite fokussierte Ansatz bedarf aber einer Ergänzung durch eine alter*n*sgerechte Arbeitsgestaltung, bei der die gesamte Erwerbsbiographie in das Blickfeld gerückt und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit in allen Lebensphasen angesprochen wird. Eine alter*n*sgerechte Perspektive zielt darauf ab, frühzeitig Gesamtstrategien zu entwickeln, die präventiv der Entstehung alterstypischer Defizite entgegenwirken. Neben der Reduktion von Belastungen geht es dabei auch um die Stärkung der individuellen Ressourcen sowie die Ausschöpfung der gesundheitsförderlichen Potentiale der Arbeit.

Eine alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeit kann nicht losgelöst von konkreten Tätigkeiten und individuellen Arbeitsplätzen stattfinden, weshalb die betriebliche Ebene von zentraler Bedeutung ist. Unterschiedliche betriebliche Handlungsfelder müssen angesprochen werden, um die Weichen für ein lebensphasenorientiertes Arbeiten zu legen: Angefangen bei der

Unternehmens- und Führungskultur, über die Organisation und Gestaltung der Arbeitsprozesse, bis hin zum Wissensmanagement, der Qualifizierung, der Personalpolitik und dem Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Zusammen mit den Betrieben sind auch die Erwerbspersonen gefordert, einen Umdenkprozess mitzutragen und ihre Erwartungshaltungen in Bezug auf den Zeitpunkt des Pensionsantritts anzupassen. Wie die dargestellten Praxisbeispiele zeigen, kann sowohl in Österreich als auch im internationalen Umfeld auf ein großes Reservoir an Erfahrungswerten bei der Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen zurückgegriffen werden. Auch jenseits der betrieblichen und individuellen Ebene besteht auf Policy-Ebene in zahlreichen Bereichen der Arbeitsmarkt-, Gesundheits- und Sozialpolitik Handlungsbedarf. Dabei geht es um die Sicherstellung von attraktiven Rahmenbedingungen für die Einstellung und Beschäftigung Älterer, ebenso wie um die Umsetzung von präventiven und aktivierenden Ansätzen und um Unterstützung bei der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt von gesundheitlich belasteten Personen.

Die Fülle an Erkenntnissen und an Handlungsoptionen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Arbeitsmarktintegration der Älteren insgesamt eine große Herausforderung darstellt und vor allem für Teilsegmente der Älteren mit hohen Hürden verknüpft ist. In den letzten Jahren ist die Zahl der älteren Arbeitslosen angestiegen, Indikatoren zur Dauer der Beschäftigungslosigkeit zeigen gerade bei Älteren eine besorgniserregende Verfestigung der Arbeitslosigkeit. Personen mit gesundheitlichen Problemen sind in dieser vulnerablen Gruppe am Arbeitsmarkt stark vertreten. Besonders in Fällen, in denen gesundheitliche Einschränkungen kumuliert mit schwachen Qualifikationsprofilen auftreten, sinken die Beschäftigungschancen der Arbeitsuchenden stark ab. Auch unter den Älteren, die sich in Beschäftigung befinden, überwiegt – trotz einer ansonsten hohen Arbeitszufriedenheit – in Bezug auf die eigenen Arbeitsmarktchancen ein pessimistisches Bild. Die Sorge, bei Verlust des Arbeitsplatzes nur schwer eine andere passende Stelle finden zu können, ist weit verbreitet. Hohe Produktivität und Zufriedenheit am Arbeitsplatz einerseits und schlechte Jobaussichten bei Arbeitsplatzverlust andererseits stehen nicht zwangsläufig im Widerspruch, vor allem wenn ältere Arbeitsuchende mit einer Kombination aus objektiven Wiedereinstellungshürden (z. B. aufgrund eines hohen Anteils an firmenspezifischem, nicht-transferierbarem Wissen) und negativen Rollenbildern und Altersstereotypen konfrontiert sind. Auch aufgrund des Nachholbedarfs, den Österreich in Bezug auf die Erwerbsbeteiligung der Älteren aufweist, erfordert das Ziel einer alter(n)sgerechten Arbeitswelt noch große Anstrengungen vonseiten der individuellen ArbeitnehmerInnen, der Unternehmen sowie der gesellschaftlichen und politischen AkteurInnen.

Literaturhinweise

Acemoglu, D., Restrepo, P., Secular Stagnation? The Effect of Aging on Economic Growth in the Age of Automation, NBER Working Paper, 2017, (23077).

Arbeiterkammer Oberösterreich (Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich), Ältere Beschäftigte resignieren, Arbeitsklimaindex Newsletter, Linz, 2014, (4).

Aubert, P., Crépon, B., "La productivité des salaries agés: une tentative d'estimation", Economie et Statistique, 2003, 368(1), S. 95-119.

Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin–Heidelberg, 2000.

Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin–Heidelberg, 2005.

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.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2017.

Barmby, T., Stephan, G., Worker absenteeism: Why firm size may matter, The Manchester School, 2000, 68(5), S. 568-577.

Bellmann, L., Kistler, E., Wahse, J., Betriebe müssen sich auf alternde Belegschaften einstellen, IAB Kurzbericht, 11.10.2007, (21).

Berg, P.B., Hamman, M.K., Piszczek, M.M., Ruhm, C.J., The relationship between establishment training and the retention of older workers: Evidence from Germany, International Labour Review, 2016.

Bergendorff, S., Sickness absence in Europe – a comparative study, National Social Insurance Board Sweden, 2003, Link zum Dokument.

Biffl, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", WIFO Working Paper, 1999, (124).

Biffl, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.

Biffl, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", WIFO-Monatsberichte, 2007, 80(9), S. 731-746, Link zum Dokument.

Biffl, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, Link zum Dokument.

Böheim, R., Leoni, T., "Sickness and disability policies: Reform paths in OECD countries between 1990 and 2014", International Journal of Social Welfare, im Erscheinen.

Börsch-Supan, A., Weiss, M., "Productivity and age: Evidence from work teams at the assembly line", The Journal of the Economics of Ageing, 2016, 7, S. 30-42.

Buck H., Kistler E., Mendius H.G., Demographischer Wandel in der Arbeitswelt. Chancen für eine innovative Arbeitsgestaltung, Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart, 2002.

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Bundesgesetz, mit dem ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit geschaffen wird (Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz – AGG), I Nr. 111/2010.

Bundeskanzleramt (2015A), Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2015 im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2015, Link zum Dokument.

Bundeskanzleramt (2015B), Das Personal des Bundes 2015. Daten und Fakten, Wien, 2015.

Bundeskanzleramt, Das Personal des Bundes 2016. Daten und Fakten, Wien, 2016.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Alternsgerechte Arbeitsgestaltung. ArbeitnehmerInnenschutzstrategie 2013-2020, Wien, 2015.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016, Wien, 2016.

Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, Mittelstandsbericht. Bericht über die Situation der kleinen und mittleren Unternehmen der österreichischen Wirtschaft, Wien, 2016.

Burkhauser, R.V., Daly, M.C., McVicar, D., Wilkins, R., "Disability benefit growth and disability reform in the US: Lessons from other OECD nations", IZA Journal of Labor Policy, 2014, 3(1), S. 1-30.

Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).

Daniel, K., Heywood, J.S., "The determinants of hiring older workers: UK evidence", Labour Economics, 2007, 14(1), S. 35-51.

Deaton, A. S., Paxson, C. H., "Aging and inequality in income and health", American Economic Review, 1998, 88(2), S. 248-253.

Deller, J., Kern, S., Hausmann, E., Diedrichs, Y., Personalmanagement im demografischen Wandel. Ein Handbuch für den Veränderungsprozess, Springer, Heidelberg, 2008.

Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", Industrial and Labour Relations Review, 1992, 45, S. 34-47.

Ducki, A., Brandt, M., "Theoretische Grundlagen", in: Ducki, A., Brandt, M., Kunze, D., Drupp, M. (Hrsg.), Innovationen gesund gestalten. Ein Praxisleitfaden zur Gestaltung gesunder Unternehmensstrukturen, Springer Verlag Berlin Heidelberg, 2016, S. 1-16.

Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.

Eibel, K., Iwanowa, A., Jiménez, P., Kallus, W., Korunka, Ch., Die Qualität des Arbeitslebens von älteren ArbeitnehmerInnen. Zusammenfassung der Ergebnisse der Teilberichte der Psychologischen Institute der Universitäten Graz, Innsbruck und Wien, Wien, 2009.

Enzelsberger, J., Lindner, K., Stadlbauer, L., Perspektive 50+. Best Practice-Beispiele aus der österreichischen Industrie, Industriellenvereinigung, Wien, 2014.

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).

Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven, WIFO, Wien, 2016, Link zum Dokument.

Eppel, R., Leoni, T., Mahringer, H., Hausegger, T., Reidl, C., Weber, F., Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Eine Evaluierung für Oberösterreich, WIFO, Wien, 2017.

Europäische Kommission, Ageing and Employment: Identification of Good Practice to increase Job Opportunities and maintain older workers in employment. Final Report, Generaldirektion für Beschäftigung, Soziales und Chancengleichheit, Brüssel, 2006.

European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxemburg, 2007.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Employment trends and policies for older workers in the recession, 2012.

Everhardt, T.P, de Jong, Ph., "Return to work after a long-term sickness", De Economist, 2011, 159(3), S. 361-380.

Feldes, W., Gerntke, A., Jentgens, B., Alters- und alternsgerechtes Arbeiten. Handlungshilfe für Betriebsräte, Bund Verlag, Frankfurt, 2014.

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.

Fürth, K., Bach, A., Dunczyk, H., Ingenfeld, M., Jasper, G., Jürgenhake, U., Rohwedder, A., Sczesny, C., Wingen, S., Von der Altersstrukturanalyse zum Masterplan Demografie. Ein Vorschlag zum Vorgehen im Betrieb, Dortmund, 2007.

Göbel, C., Zwick, T., "Age and Productivity: Sector Differences", De Economist, 2012, 160(1), S. 35-57.

Göbel, C., Zwick, T., "Are personnel measures effective in increasing productivity of old workers?", Labour Economics, 2013, 22, S. 80-93.

Heyde, K., Macco, K., „Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008", in Badura, B., Schröder, H, Klose, J. Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 31-40.

Hintermayer, C., Alter(n)sgerechte Arbeit. Woran scheitert alter(n)sgerechtes Arbeiten in Österreich?, meinungsraum.at, 2017.

Hoffmann, P., "Die Qualität des Arbeitslebens von älteren ArbeitnehmerInnen. Ausgewählte Ergebnisse der BAK-Studie 2009", WISO, 2009, 32(4), S. 1-25.

Høgelund, J., Holm, A., Falgaard Eplov, L., "The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders", The Journal of Mental Health Policy and Economics, 2012, 15(4), S. 157-170.

Ichino, A., Moretti, E., Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).

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

Ilmarinen, J., Tempel, J., Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit sie gesund bleiben?, Hamburg, 2002.

Korn, G., Schmotzer, B., "Personenbezogene Statistiken 2016", Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, Februar 2017, Link zum Dokument.

Langhoff, T., Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten, Berlin-Heidelberg, 2009.

Latham, K., Peek, C.W., "Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults", The Journals of Gerontology: Series B, 2013, 68(1), S. 107-116.

Lee, B.Y., "The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults", Journal of Epidemiology and Community Health, 2000, 54(2), S. 123-129.

Leoni, T., Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2010.

Leoni, T., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.

Leoni, T., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.

Leoni, T., Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2012.

Leoni, T., "Soziale Unterschiede in Gesundheit und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung", WIFO-Monatsberichte, 2015, 88(8), S. 649-662.

Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.

Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, Link zum Dokument.

Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, Link zum Dokument.

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.

Mangold, R., Kreyer, I., Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben: Motivanalyse, Argumentationslinien, Strategien, Dornbirn, 2006.

Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", The Lancet, 1991, 337(8754), S. 1387-1393.

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.

Martinez, D.J., Kasl, S.V., Gill, T.M., Barry, L.C., "Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons", The Journals of Gerontology: Series B, 2010, 65B(6), S. 715-719.

Meggeneder, O., Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien, 2005.

Meyer, J.A., Gesundheit in KMU. Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen. Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung, Techniker Krankenkasse, Hamburg, 2008.

Mohr, H., Alterns- und altersgerechte Erwerbsarbeit. Leitfaden für überbetriebliche Akteure, Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit, Stuttgart, 2002.

Morschhäuser, M. (1999A), "Grundzüge altersgerechter Arbeitsgestaltung", in: Gussone, M, Huber, A., Morschhäuser, M., Petrenz, J. (Hrsg.), Ältere Arbeitnehmer. Altern und Erwerbsarbeit in rechtlicher, arbeits- und sozialwissenschaftlicher Sicht (Handbücher für die Unternehmenspraxis), Frankfurt/Main, 1999, S. 101-185.

Morschhäuser, M. (1999B), "Alternsgerechte Arbeit: Gestaltungsaufgabe für die Zukunft oder Kampf gegen Windmühlen?", in: Behrens, J., Morschhäuser, M., Viebrok, M., Zimmermann, H. (Hrsg.), Länger erwerbstätig – aber wie?, Westdeutscher Verlag: Opladen, 1999, S. 19-70.

OECD, Live longer, work longer, OECD Publishing, Paris, 2006.

OECD, Sickness, disability and work. Breaking the barriers. Synthesis report, OECD Publishing, Paris, 2010.

OECD, Mental Health and Work: Norway, OECD Publishing, Paris, 2013.

OECD, Mental Health and Work: Netherlands, OECD Publishing, Paris, 2014.

OECD (2015A), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, 2015.

OECD (2015B), Mental Health and Work: Austria, OECD Publishing, Paris, 2015.

OECD (2015C), Working better with age: Denmark, OECD Publishing, Paris, 2015.

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.

Pfeiffer, I., Richenhagen, G., Heinzelmann, S., Münch, C., Riesenberg, D., Schindler, E., Instrumentenkasten für eine altersgerechte Arbeitswelt in KMU. Analyse der Herausforderungen des demografischen Wandels und Systematisierung von Handlungsoptionen für kleinere und mittlere Unternehmen, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin, 2012.

Popp, R. (Hrsg.), Steinbach, D., Linnenschmidt, K., Schüll, E., Zukunftsstrategien für eine alternsgerechte Arbeitswelt, Wien, Berlin, 2011.

Prümper, J., Richenhagen, G., "Von der Arbeitsunfähigkeit zum Haus der Arbeitsfähigkeit. Der Work Ability Index und seine Anwendung", in: Seyfried, B. (Hrsg.), Ältere Beschäftigte: Zu jung, um alt zu sein. Konzepte – Forschungsergebnisse – Instrumente, W. Bertelsmann Verlag, 2011, S. 135-146.

Rechnungshof, Invaliditätspension Neu. Bericht des Rechnungshofes, Reihe Bund 2017/33, Wien, 2017.

Richter, D., Berger, K., "Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien", Psychiatrische Praxis, 2013, 40, S. 176–182.

Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht", Psychiatrische Praxis, 2008, 35(7), S. 321-330.

Riedel, M., Röhrling, G., "Altersprofil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich – ein Update", Kurswechsel, 2007, (2), S. 46-57.

Schein, E., Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt, 1995.

Schmid, K., Kailer, N., Weiterbildung älterer ArbeitnehmerInnen, Arbeitsmarktservice Österreich, 2008, Wien.

Schnabel, C., Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.

Sonnet, A., Olsen, H., Manfredi, T., "Towards more inclusive ageing and employment policies: the lessons from France, the Netherlands, Norway and Switzerland", De Economist, 2014, 162(4), S. 315-339.

Ståhl, Ch., Seing, I., Fifteen years of reforming the Swedish sickness insurance system: a balancing act between political pressure and research evidence, Konferenzbeitrag, 15. ESPAnet Tagung, Lissabon, 14.-16. September 2017.

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

Statistik Austria (2015B), Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Wien, 2015.

Statistik Austria, Tabellenband EU-SILC 2015. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, 2016.

Statistik Austria, Tabellenband EU-SILC 2016. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen, Wien, 2017.

Weiss, A., Absenteeism and Wages, Economics Letters, 1985, 19, S. 277-279.

Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", Applied Economics Letters, 1999, 6(6), S. 337-341.

Zach, M., Psychische Erkrankungen und Invalidität, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

Zeglovits, E., Erkenntnisse aus dem Österreichischen Arbeitsklima Index und dem Arbeitsgesundheitsmonitor, Präsentation im Rahmen der Tagung "Arbeitsplätze gestalten, Gesundheit erhalten", Linz, 17. März 2017.

Zwick, T., "Training older employees: what is effective?", International Journal of Manpower, 2015, 36(2), S. 136-150.

Anhang

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
2012	39.671.833	3.089.268	12,8	3,5
2013	40.363.946	3.116.306	13,0	3,5
2014	38.793.698	3.145.893	12,3	3,4
2015	40.270.601	3.179.857	12,7	3,5
2016	40.458.342	3.236.840	12,5	3,4

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
2012	61,2	1,2	2,0	10,5
2013	63,1	1,3	2,0	10,2
2014	60,1	1,2	2,0	10,3
2015	63,1	1,3	2,0	9,9
2016	62,5	1,3	2,0	9,8

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	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
					In %				
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
2012	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,4	3,0	3,1	5,3
2013	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,3	3,0	3,1	5,3
2014	2,9	2,8	5,0	2,9	3,1	5,1	2,9	2,9	5,0
2015	2,9	2,8	5,0	3,0	3,2	5,1	2,9	3,0	5,1
2016	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0

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			Frauen			Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt	
				In %			
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
2012	4,3	2,4	3,4	4,7	3,2	3,6	3,5
2013	4,3	2,5	3,4	4,7	3,3	3,7	3,5
2014	4,1	2,4	3,3	4,5	3,1	3,5	3,4
2015	4,1	2,5	3,4	4,5	3,3	3,6	3,5
2016	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4

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 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
2012	2,3	3,8	3,7	3,4
2013	2,2	3,8	3,7	3,5
2014	2,1	3,6	3,5	3,3
2015	2,2	3,7	3,5	3,4
2016	2,2	3,7	3,5	3,4

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Für das Jahr 2008 sind aufgrund der Einführung einer neuen ÖNACE Nomenklatur keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar. Durch diese Veränderung sowie durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem statistischen Bruch.