

Fehlzeitenreport 2019

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich**

**Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und
Gesundheit**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Fehlzeitenreport 2019.

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit

Thomas Leoni

Dezember 2019

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Begutachtung: Ulrike Huemer • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Inhalt

Der Fehlzeitenreport vermittelt einen Überblick über Entwicklung und Verteilung der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich. 2018 verbrachten die unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 13,1 Kalendertage im Krankenstand. Diese Zahl war etwas höher als im Vorjahr und entsprach einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,6%. Der aktuelle Fehlzeitenreport beleuchtet in einem Schwerpunktkapitel die Chancen und Risiken, die sich durch die Arbeitszeitgestaltung für die Gesundheit ergeben. Neue Formen der Arbeitszeitflexibilität gewinnen an Bedeutung, während etablierte Modelle wie Schicht- und Nachtarbeit nach wie vor stark verbreitet sind. Der Gestaltung der Arbeitszeit kommt vor diesem Hintergrund eine wichtige Rolle zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden zu. Die gesundheitlichen Auswirkungen eines bestimmten Arbeitszeitarrangements ergeben sich aber aus dem vielschichtigen Zusammenspiel der Arbeitszeit mit den anderen Arbeitsbedingungen und mit individuellen Faktoren.

Rückfragen: thomas.leoni@wifo.ac.at, martina.einsiedl@wifo.ac.at

2019/287-1/S/WIFO-Projektnummer: 13318

© 2019 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 70 € • Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/62103>

Fehlzeitenreport 2019

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit

Thomas Leoni

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	Seiten
Hauptergebnisse	I
1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle	7
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	9
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	15
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	19
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	19
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	29
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	35
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	39
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	44
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	50
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	51
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	53
2 Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit	58
2.1 Ausgangslage und Zielsetzung	58
2.2 Wie wirken sich Arbeitszeitmodelle auf die Gesundheit aus?	59
2.2.1 Konzeptueller Rahmen	59
2.2.2 Länge der Arbeitszeit	62
2.2.3 Lage der Arbeitszeit	62
2.2.4 Flexibilität und Handlungsspielraum	64
2.3 Welche Erkenntnisse liefern empirische Studien?	65
2.3.1 Lange Arbeitszeiten	66
2.3.2 Teilzeitbeschäftigung bzw. kürzere Arbeitszeiten	68
2.3.3 Schicht- und Nachtarbeitsmodelle	69
2.3.4 Gleitzeit und andere Formen der autonomen Arbeitszeitgestaltung	72
2.3.5 Weitere Formen von Arbeitsflexibilität	76
2.4 Arbeitszeitgestaltung in Österreich	79
2.4.1 Länge der Arbeitszeiten in Österreich	80
2.4.2 Lage der Arbeitszeit	85
2.4.3 Flexibilität und Handlungsspielraum bei der Arbeitszeit	88
2.5 Arbeitszeit und Gesundheit in Österreich	92
2.5.1 Gesundheitliche Unterschiede nach Arbeitszeitform	94

2.5.2	Die Rolle der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit	97
2.5.3	Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen, und Gesundheit	100
2.6	Schlussfolgerungen	104
	Literaturhinweise	107
	Anhang	113
	<i>Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände</i>	113
	<i>Zusätzliche Übersichten zu Kapitel 2</i>	118

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	9
Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	32
Übersicht 1.4: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten	37
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	41
Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote	42
Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik	44
Übersicht 2.1: Dimensionen der Arbeitszeitgestaltung und gesundheitliche Mechanismen	61
Übersicht 2.2: Entwicklung der Arbeitszeitprofile von Männern, 2005 bis 2018	82
Übersicht 2.3: Entwicklung der Arbeitszeitprofile von Frauen, 2005 bis 2018	82
Übersicht 2.4: Branchenverteilung atypischer Arbeitszeiten aktiv unselbstständig Beschäftigter, 2018	87
Übersicht 2.5: Zusammenhang zwischen Arbeitszeitmodellen und gesundheitlichen Indikatoren	96
Übersicht 2.6: Strukturgleichungsmodell – Hauptergebnisse	102
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	113
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	114
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	115
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	116
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	117
Übersicht A3: Zusammenhang Arbeitszeitmodelle und gesundheitliche Indikatoren	118
Übersicht A4: Zusammenhang Arbeitszeitmodelle und gesundheitliche Indikatoren	118
Übersicht A4: Zusammensetzung der Faktoren des Strukturgleichungsmodells	119

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	8
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:	Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 1.11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	20
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	25
Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	25
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:	Krankenstände nach Bundesländern	40
Abbildung 1.22:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	40
Abbildung 1.23:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	47
Abbildung 1.24:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	48
Abbildung 1.25:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	52
Abbildung 1.26:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	54
Abbildung 1.27:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	55
Abbildung 1.28:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	56
Abbildung 1.29:	Unfallquote nach Betriebsgröße	57
Abbildung 2.1:	Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit, ein konzeptueller Rahmen	60
Abbildung 2.2:	Produktivität im Tagesverlauf	63
Abbildung 2.3:	Anforderungs-Kontroll-Modell	65
Abbildung 2.4:	Erhöhtes Risiko von koronarer Herzerkrankung bei Nachtschichtarbeit	70

Abbildung 2.5:	Kontrolle über die eigene Arbeitszeit und Prävalenz von Schlafstörungen	74
Abbildung 2.6:	Auswirkungen einer Erhöhung der Arbeitszeitautonomie auf die Zufriedenheit	75
Abbildung 2.7:	Arbeitszeitprofile von Männern nach Ausbildungsabschluss, 2018	84
Abbildung 2.8:	Arbeitszeitprofile von Frauen nach Ausbildungsabschluss, 2018	85
Abbildung 2.9:	Zeitliche Lage der Arbeitszeit, aktiv unselbständig Beschäftigte, 2018	86
Abbildung 2.10:	Handlungsspielraum bei der Arbeitszeiteinteilung, 2015	89
Abbildung 2.11:	Möglichkeit, kurzfristig 1 bis 2 Stunden frei zu nehmen, 2015	90
Abbildung 2.12:	Möglichkeit, kurzfristig 1 bis 2 Tage frei zu nehmen, 2015	91
Abbildung 2.13:	Wochenarbeitszeit und gesundheitliche Verfassung bzw. Schlafstörungen	95
Abbildung 2.14:	Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und gesundheitliche Verfassung	98
Abbildung 2.15:	Arbeitszeitform, Arbeitszeitzufriedenheit und Schlafstörungen	99
Abbildung 2.16:	Arbeitszeitzufriedenheit und gesundheitliche Verfassung	100
Abbildung 2.17:	Konzeptueller Rahmen des Strukturgleichungsmodells	101

Verzeichnis der Textkästen

Textkasten 2.1:	Gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung von Schicht- und Nachtarbeit	71
Textkasten 2.2:	Rufbereitschaft und Arbeitsbereitschaft	78
Textkasten 2.3:	Arbeitszeit und Arbeitszeitmodelle in Österreich – Datengrundlagen	81
Textkasten 2.4:	Arbeitszeit und Gesundheit in Österreich – Datengrundlage	94
Textkasten 2.5:	Strukturgleichungsmodell – Methodische Erläuterung	103

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die *Krankenstandsstatistik* verzeichnete 2018 gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 13,1 Kalendertage im Krankenstand, um 4,5% mehr als 2017 (12,5 Tage). Die **Krankenstandsquote**, ein Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, erhöhte sich von 3,4% auf 3,6%. Auch die Atemwegserkrankungen, die aufgrund der unterschiedlichen Häufung und Stärke von Grippewellen stark schwanken und die jährlichen Veränderungen der Krankenstandsquote prägen, verzeichneten 2018 gegenüber 2017 einen deutlichen Anstieg.

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: 2018 dauerten 40% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8,5% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 12% aller Fälle dauerten 2018 länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (knapp 58,5%).

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 12,3 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 Anstieg der Krankenstandsquote in Arbeitslosigkeit davon, dass vor allem ältere Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Problemen bei Arbeitsplatzverlust große Schwierigkeiten haben, in das aktive Erwerbsleben zurückzukehren.

Muskel-Skelett-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen sind die am weitesten verbreiteten Krankheitsgruppen, der Anteil der psychischen Erkrankungen ist in den jüngsten Jahren nicht weiter gestiegen.

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 Kranken-

standsfälle und 43% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankheitsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2018 16%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2018 lag die Unfallquote bei 318 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 2018 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.

Die Zahl der **psychischen Erkrankungen**, die in einer langfristigen Betrachtung stark zugenommen hat, ist seit 2016 annähernd konstant, sie erhöhte sich 2018 geringfügig gegenüber dem Vorjahr, ihr Anteil an den Fehlzeiten insgesamt ging aber leicht zurück. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und wachsendes Bewusstsein für psychische Probleme zurückzuführen sein. Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet. Die verfügbaren empirischen Befunde sprechen eher dafür, dass in den vergangenen Jahrzehnten keine signifikante Zunahme an psychischen Störungen stattgefunden hat. Andererseits ist aufgrund der Kennzahlen aus epidemiologischen Studien von einer deutlich stärkeren Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung auszugehen, als sie bisher in der Statistik der Krankenstände sichtbar wurde.

Nach wie vor ausgeprägte Unterschiede nach sozialrechtlicher Stellung, aber Trend zu Verringerung der Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellte.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber ebenfalls deutlich verkleinert. 2018 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 16,2 Tagen um 48% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 11,0 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 nahezu konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2017. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2017 um 8,3% 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 18% 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.

Frauen verbringen etwas mehr Tage im Krankenstand als Männer, der geschlechtsspezifische Unterschied ist im Steigen begriffen. Ältere sind nicht öfter, aber länger krank als Jüngere.

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. 2018 verbrachten Frauen im Durchschnitt 7% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 13,6 Tage, Männer: 12,7 Tage). 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.

Die Krankenstandsdaten 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.

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, 2018 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 11,1 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichnete mit 14,4 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen und steirischen Gebietskrankenkasse mit 13,8 bzw. 13,4 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, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten gehen nicht nur mit menschlichem Leid einher, sie verursachen auch erhebliche Kosten für die Wirtschaft und das Sozialsystem.

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).

Im Jahr 2017, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die ArbeitgeberInnen laut Angaben des Sozialministeriums 2,9 Mrd. € an **Entgeltfortzahlungen**. Weitere 725 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 3,6 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 1,7% 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 unselbstän-

dig Beschäftigten in Verbindung gebracht werden kann, belief sich im Jahr 2017 auf rund 2,6% 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.

Übersicht: Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2017

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 9.921	bis zu 2,7
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	3.621	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 6.300	bis zu 1,7
Gesundheitsausgaben ³⁾	bis zu 9.800	bis zu 2,6
Direkte öffentliche Kosten	7.200	1,9
Direkte private Kosten	2.600	0,7

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 krankensstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten anhand von Altersprofilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die allgemeine Bevölkerung. 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.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2017 rund 111.700 Männer unter 65 Jahren und 47.500 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 2.708 Mio. € an **Invaliditätspensionen**. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 298 Mio. € aufgewendet²⁾.

Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit

Der Fehlzeitenreport beleuchtet im diesjährigen Schwerpunktkapitel die Chancen und Risiken, die sich durch die **Arbeitszeitgestaltung** für die Gesundheit ergeben. Die Arbeitswelt ist durch eine Erweiterung der Arbeitszeitmodelle und die Verbreitung neuer Formen der Flexibilität gekennzeichnet. Hinter diesem Trend stehen neue Wertschöpfungsketten und Produktionsprozesse, aber auch Veränderungen im Konsumverhalten und in den Anforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Gestaltung der Arbeitszeit wird zusätzlich durch technologische Entwicklungen geprägt, die das Arbeiten außerhalb der regulären Arbeitszeiten und Arbeitsplätze ermöglichen oder vereinfachen. Gleichzeitig spielen bereits etablierte Arbeitszeitmodelle, wie Schichtarbeit und Teilzeit, genauso wie die Erbringung von Mehr-

1) Siehe *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, Tabelle 3.11.

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

und Überstunden nach wie vor eine wichtige Rolle für die flexible Abdeckung der betrieblichen Abläufe.

Wichtige Unterscheidungsmerkmale der Arbeitszeitgestaltung sind die Länge und Lage der Arbeitszeit sowie ihre (regelmäßige oder unregelmäßige) Verteilung auf Tage, Wochen oder Monate und der Handlungsspielraum, den die Beschäftigten bei der Arbeitszeitgestaltung haben.

Arbeitszeitmodelle können sich in Bezug auf mehrere Merkmale voneinander unterscheiden. Mit Blick auf die Gesundheit sind die **Länge** (Anzahl an Stunden) und **Lage** der Arbeitszeit im Tages- und Wochenverlauf sowie die **Regelmäßigkeit** bzw. **Flexibilität**, mit der die Arbeitsleistung erbracht wird, wichtige kennzeichnende Dimensionen. Bei Vorliegen von unregelmäßigen bzw. flexiblen Arbeitszeiten ist weiters zu unterscheiden, ob die Flexibilität von den Beschäftigten ausgeht und ihnen somit einen zusätzlichen Handlungsspielraum einräumt, oder ob die Arbeitszeitentscheidungen vom Unternehmen bzw. von der Organisation getroffen werden.

Die Arbeitszeit bzw. deren Gestaltung kann über **unterschiedliche Wirkungsmechanismen** die Gesundheit beeinflussen, wobei ein bestimmtes Arbeitszeitarrangement gleichzeitig sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsgefährdende Teilaspekte beinhalten kann. Die Gestaltung der Arbeitszeit kann sich zum einen über die Möglichkeiten für Ruhepausen und Erholungszeiten auf die Gesundheit auswirken. Sehr lange Arbeitszeiten, beispielsweise, steigern den Bedarf nach Erholung, während sie gleichzeitig die Erholungsmöglichkeiten einschränken, z. B. durch Schwierigkeiten genügend Schlaf zu bekommen. Nahe damit verwandt sind Effekte auf die "innere Uhr", die den Schlaf-Wach-Rhythmus im menschlichen Körper regelt und durch Arbeitstätigkeit am Abend, in der Nacht oder in den frühen Morgenstunden gestört werden kann. Neben diesen Zusammenhängen übt die Arbeitszeitgestaltung über die Vereinbarkeit von beruflichen mit nicht-beruflichen Lebensinhalten einen Einfluss auf das Wohlbefinden aus. Die Gestaltung der Arbeitszeit ist darüber hinaus ein wichtiger Aspekt des Handlungsspielraums, den die Beschäftigten am Arbeitsplatz haben. Sie kann die Bewältigung der Arbeitsanforderungen erleichtern oder weiter erschweren und auf diesem Weg gesundheitliche Effekte entfalten.

Fast die Hälfte der Beschäftigten arbeitet zumindest gelegentlich außerhalb der Standardarbeitszeiten, etwa ein Fünftel mit Schicht- oder Nachtdiensten, mehr als ein Viertel hat eine Form von Gleitzeitregelung.

2018 arbeitete in Österreich **fast die Hälfte** der aktiv unselbstständig Beschäftigten zumindest gelegentlich **außerhalb der Standardarbeitszeiten**, d. h. am Abend, in der Nacht, am Wochenende (einschließlich samstags) oder im Schicht-, Turnus- und Wechseldienst. Von diesen atypischen Arbeitszeiten ist die Arbeit am Samstag am weitesten verbreitet, deutlich mehr als ein Drittel der Arbeitskräfte arbeitete 2018 an einem oder zwei Samstagen im Monat. Der Anteil an den Beschäftigten, die zumindest gelegentlich abends (d. h. zwischen 20 und 22 Uhr) arbeiten, ist ebenfalls sehr bedeutsam (fast 28% in 2018). Schichtdienstmodelle betref-

fen fast ein Fünftel der Befragten. Von Nachtarbeit (d. h. Arbeit zwischen 22 und 6 Uhr) sind rund 16% der Befragten betroffen.

Für die Mehrheit der unselbstständig Erwerbstätigen sind **fixe Arbeitszeiten** vorgegeben. Das betrifft Frauen etwas stärker als Männer (fast 60% gegenüber 55%) und stellt für Arbeitskräfte in Hilfs- und angelernten Tätigkeiten die Norm dar (fast 79%). In höher qualifizierten Tätigkeiten liegt der Anteil der unselbstständig Beschäftigten mit fixen Arbeitszeiten dagegen nur bei 36%. Detailliertere Befragungsergebnisse aus dem Jahr 2015 zeigen auch, dass etwa ein Siebtel der unselbstständig Beschäftigten den Beginn und das Ende der eigenen Arbeitszeiten vollständig **selbst bestimmen** kann. Etwas mehr als ein Viertel (28%) kann die Arbeitszeiten innerhalb eines gewissen Rahmens selbst bestimmen, typischerweise über Gleitzeitregelungen. Diese Form von Arbeitszeitflexibilität ist bei Beschäftigten, die Hilfs- bis angelernte Tätigkeiten ausüben, deutlich weniger stark ausgeprägt als bei Beschäftigten mit höheren oder führenden Tätigkeitsprofilen.

Flexibilität in der Arbeitszeiteinteilung ist bei höher qualifizierten Arbeitskräften stärker verbreitet als bei niedrig Qualifizierten, das betrifft auch die Möglichkeit, kurzfristig dem Arbeitsplatz fern zu bleiben.

Der **Handlungsspielraum der Beschäftigten** wird nicht nur durch Freiheitsgrade bei der Festlegung von Arbeitsbeginn und Arbeitsende bestimmt, sondern auch durch die Flexibilität bei der Einteilung von **Ruhepausen, Urlaubszeiten** und **kurzfristigen Fehlzeiten**. Mehr als drei Viertel der Befragten gaben an, relativ einfach kurzfristig für ein oder zwei Stunden dem Arbeitsplatz fernbleiben zu können, wobei etwas weniger als die Hälfte (44,5%) diese Option als "sehr einfach" einstufte. Auch diese Dimension der Flexibilität zeigt einen Gradienten nach Tätigkeitsprofil: Während 34% der Personen in Hilfs- und angelernten Tätigkeiten problemlos kurzfristig frei nehmen können, sind es bei den Personen mit höheren Tätigkeitsprofilen fast 55%. Die Flexibilität bei der kurzfristigen Einteilung von Kurzurlauben bzw. einzelnen Fehltagen ist im Allgemeinen geringer, nur drei von zehn Arbeitskräfte können sehr einfach kurzfristig einen oder zwei Tage frei nehmen. Zwischen den Beschäftigtengruppen zeigt sich auch hier das gleiche Muster wie bei anderen Formen der Flexibilität, die Unterschiede sind aber weniger ausgeprägt.

Die Beschäftigten können am Arbeitsplatz auch mit **Flexibilitätsanforderungen** konfrontiert werden, **die von den Arbeitgebern ausgehen**. Ein Beispiel dafür sind Aufforderungen, in Abhängigkeit von der Auslastung oder Personalengpässen kurzfristig die Tages- oder Wochenarbeitszeit zu verlängern. Etwas weniger als 40% der unselbstständig Beschäftigten werden zumindest einmal im Monat dazu aufgefordert, länger am Arbeitsplatz zu bleiben oder früher zu kommen. Ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen werden mindestens einmal pro Woche mit einer solchen Anforderung konfrontiert. Unselbständig Beschäftigte mit höheren oder führenden Tätigkeitsprofilen sind deutlich häufiger davon betroffen als Erwerbstätige mit Hilfs- und angelernten Tätigkeiten.

Die Arbeitszeit geht zurück, das ist nicht nur auf die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen, sondern auch auf rückläufige Wochenarbeitszeiten der Vollzeitbeschäftigten.

In einer längerfristigen Betrachtung ist in Österreich bis zum Jahr 2018 ein Trend zur **Verkürzung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit** beobachtbar. Während die Zahl der aktiv unselbstständig Beschäftigten zwischen 2005 und 2018 um fast 17% zunahm, erhöhte sich das Arbeitsvolumen in diesem Zeitraum nur um 6,5%.

Neben steigenden Teilzeitquoten ist dafür auch ein kontinuierlicher Rückgang der Arbeitszeiten der Vollzeitbeschäftigten verantwortlich. Die durchschnittlich geleistete Arbeitszeit von Personen mit Vollzeitjobs ging zwischen 2005 und 2018 um etwa zwei Stunden pro Woche zurück. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen war die Zahl der Personen mit langen Arbeitszeiten rückläufig, was sich auch in einem deutlichen Rückgang der pro Kopf geleisteten Mehr- bzw. Überstunden zeigt. Besonders stark ging zwischen 2005 und 2018 der Anteil der Beschäftigten mit einer Normalarbeitszeit von 60 Wochenstunden und mehr zurück: Bei den Frauen schrumpfte dieser Personenkreis um mehr als ein Drittel, bei den Männern um mehr als die Hälfte. Inwiefern die neue gesetzliche Arbeitszeitregelung, die mit September 2018 in Kraft getreten ist, eine Auswirkung auf die Verbreitung von langen Arbeitszeiten hat, wird sich erst mit neueren Daten sagen lassen.

Teilzeitbeschäftigung ist besonders unter Frauen stark verbreitet, in den vergangenen Jahren verzeichnete vor allem Teilzeitarbeit im Ausmaß von 25 bis 35 Wochenstunden einen starken Zuwachs. Der Anteil an teilzeitbeschäftigten Männern ist nach wie vor niedrig (11%), er hat sich aber zwischen 2005 und 2018 beinahe verdoppelt.

Nachtarbeit und lange Arbeitszeiten sind nachweislich gesundheitlich belastend. Gleitzeit und andere Formen der Arbeitszeitautonomie weisen vorwiegend positive gesundheitliche Effekte auf.

Schicht- und Nachtarbeit zählen zweifellos zu den am intensivsten erforschten Arbeitszeitformen. Eine Vielzahl an Studien belegt, dass Schichtarbeit negative gesundheitliche Folgen haben kann, unter anderem in Form von Schlafstörungen, Verdauungsproblemen und stressbedingten Erkrankungen. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Schichtarbeit in erster Linie dann gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich zieht, wenn sie Nachtarbeit oder sehr frühe Morgenschichten erfordert. In Bezug auf einige schwere Erkrankungen, beispielsweise kardiovaskuläre Krankheiten und Brustkrebs, liegen Hinweise für mögliche kausale Effekte vor, die allerdings noch weiter untersucht werden müssen. **Anhaltend lange** (über 40 Wochenstunden) **und vor allem überlange Arbeitszeiten** (48 Wochenstunden und mehr) können ebenfalls beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Gut dokumentiert sind ein erhöhtes Unfallrisiko sowie ein erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen und Beeinträchtigungen des Muskel-Skelett-Apparats. Auswertungen für Österreich zeigen, dass Frauen und Männer mit überlangen Arbeitszeiten viel öfter an Schlafstörungen leiden und eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, ihren Gesundheitszustand als nur mittel-

mäßig oder (sehr) schlecht einzustufen als Beschäftigte mit 40 Wochenstunden. Wie bei anderen arbeitsbezogenen Belastungen hängen die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von belastenden Arbeitszeitmerkmalen wie Schichtarbeit und lange Arbeitszeiten stark von der **Dauer und Intensität der "Exposition"** ab, d. h. von der Frage, wie oft und über welchen Zeitraum die entsprechende Arbeitszeitform eingesetzt wird.

Zu neueren Formen der Flexibilität und Arbeitszeitgestaltung liegt eine kleinere, aber wachsende Zahl an Forschungsergebnissen vor. Von Arbeitszeitarrangements, die den Beschäftigten bei der Einteilung der Arbeitszeit, der Erbringung von Überstunden und/oder der Inanspruchnahme von Ruhe- und Erholungszeiten mehr Autonomie einräumen, sind a priori gesundheitlich positive Effekte zu erwarten. Ein **höheres Ausmaß an Kontrolle über die eigene Arbeitszeit** kann den Beschäftigten helfen, hohe Anforderungen am Arbeitsplatz zu kompensieren. Arbeitskräfte, die eine hohe Arbeitszeitautonomie haben, können besser in der Lage sein, ein günstiges Gleichgewicht zwischen Arbeitseinsatz und Erholung aufrechtzuerhalten und Überbeanspruchung zu vermeiden, z. B. durch Ruhepausen während der Arbeit sowie durch die Kontrolle über Arbeitsanfang und -endzeiten und über Urlaubstage. Größere Handlungsspielräume können aus Sicht der ArbeitnehmerInnen auch die Vereinbarung von beruflichen Verpflichtungen mit dem Familien- und Sozialleben erleichtern. Vor dem Hintergrund der Zunahme an zeitlichen Konflikten in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die viele Erwerbstätige erleben, dürfte dieser Aspekt von Arbeitszeitautonomie für das Gesundheitsverhalten und das Wohlbefinden von steigender Bedeutung sein.

Die empirischen Untersuchungen bestätigen überwiegend die positiven Erwartungen in Bezug auf die Zeitsouveränität der Arbeitskräfte. Gleitzeitmodelle und auch andere Formen der **Arbeitszeitautonomie**, wie Kontrolle über Ruhepausen und Urlaubszeiten, weisen in den verfügbaren Studien vorwiegend positive oder zumindest neutrale Zusammenhänge auf. Das betrifft unter anderem die Schlafqualität, die Unfallwahrscheinlichkeit, das allgemeine gesundheitliche Wohlbefinden und die Wahrscheinlichkeit von depressiven Symptomen.

Zahlreiche Faktoren auf persönlicher und betrieblicher Ebene können die konkreten Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung beeinflussen.

Sowohl die konzeptuellen Erklärungsmodelle als auch die empirischen Forschungsergebnisse zeigen auch, wie vielschichtig die Zusammenhänge zwischen Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit sind, weshalb keine deterministischen Rückschlüsse von einer bestimmten Arbeitszeitregelung auf die Gesundheit möglich sind. Für die Frage, inwiefern ein bestimmtes Arbeitszeitarrangement einen (positiven oder negativen) gesundheitlichen Effekt entfaltet, sind sowohl **arbeitsplatzbezogene** als auch **individuelle Faktoren** relevant. Das gleichzeitige Auftreten von mehreren Belastungsmerkmalen kann die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen stark erhöhen. Studien belegen beispielsweise, dass belastende Arbeitszeitmerkmale vor allem dann für die Gesundheit schädlich sind, wenn sie gemeinsam mit geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen auftreten. Darüber hinaus können die Auswirkungen der Arbeitszeit auf die Gesundheit in Abhängigkeit von persönlichen Eigenschaften und den Rahmenbedingungen, die durch das Familien- und Sozialleben gegeben

sind, unterschiedlich ausfallen. Auswertungen für Österreich zeigen zum Teil ausgeprägte gesundheitliche Unterschiede zwischen Beschäftigten, die ähnliche persönliche und berufliche Merkmale sowie Arbeitszeiten haben, aber mit ihrer Arbeitszeit unterschiedlich zufrieden sind. Hohe **Arbeitszeitzufriedenheit** geht mit besseren gesundheitlichen Indikatoren einher, ein Hinweis für die Bedeutung der Kongruenz zwischen der Arbeitszeit und den persönlichen Bedürfnissen und Präferenzen.

So wie die gesundheitlichen Auswirkungen von belastenden Arbeitszeitmerkmalen unterschiedlich ausfallen können, kann auch größere Autonomie bei der Arbeitseinteilung sowohl positive wie negative Effekte zur Folge haben. Mehr Spielraum bei der Gestaltung der Arbeitszeit kann zu einer **Verdichtung der Arbeit** und einer schlechteren **Abgrenzung** zwischen der beruflichen und der privaten Sphäre führen. Obwohl die empirische Evidenz dazu noch spärlich ist, zeigen einige Studien, dass Frauen von erhöhter Kontrolle über ihre Arbeitszeit stärker profitieren als Männer, die öfter im Zusammenhang mit Arbeitszeitflexibilität eine erhöhte Arbeitsintensität aufweisen. So wie die Autonomie in der Arbeitszeiteinteilung kann auch der Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien teils unterschiedliche Folgen nach sich ziehen. Die Möglichkeit, von zuhause oder außerhalb der üblichen Bürozeiten zu arbeiten, kann sowohl für die Beschäftigten als auch für die Betriebe viele Vorteile bringen. Führt sie jedoch zu einer permanenten Erreichbarkeit und mangelnden Abgrenzung zwischen Arbeit und Freizeit, steigt die Gefahr von negativen Gesundheitsfolgen.

In der Forschung gibt es nach wie vor Wissenslücken. Aus den vorliegenden Erkenntnissen gehen aber auch Handlungsempfehlungen und Ansatzpunkte für die gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung unterschiedlicher Arbeitszeitformen hervor.

Die Forschung zur Bedeutung der Arbeitszeitgestaltung für die Gesundheit weist nach wie vor große Lücken auf. Das betrifft beispielsweise die Auswirkungen von unterschiedlichen Teilzeitmodellen, komprimierten Arbeitswochen und Arbeitszeitverkürzungen, die bisher in einer gesundheitlichen Perspektive nur ansatzweise untersucht wurden. Eine besondere Dimension der Flexibilität der Arbeitszeit, die ebenfalls an Bedeutung gewinnt, betrifft **längerfristige und lebensphasenorientierte Modelle** wie Sabbaticals, Karenzzeiten sowie Eltern- und Altersteilzeitmodelle. Einige Studien aus dem Bereich der Personalforschung belegen, dass Sabbaticals und andere ähnliche Initiativen die Motivation und Zufriedenheit der MitarbeiterInnen stärken und ihr Wohlbefinden erhöhen können. Ausgehend von den theoretischen Modellen und von den empirischen Erkenntnissen zu anderen Formen der Arbeitszeitautonomie sind grundsätzlich aus diesen längerfristigen Flexibilitätsinstrumenten positive Effekte auf Wohlbefinden und Gesundheit zu erwarten. Zukünftige Untersuchungen werden zeigen müssen, inwiefern diese positiven Erwartungen bestätigt werden können.

Die vorliegenden Forschungserkenntnisse liefern aber auch Anhaltspunkte für die **gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung** unterschiedlicher Arbeitszeitformen. In einer gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Perspektive ist dabei hervorzuheben, dass zwischen Branchen und Berufen zum Teil große Unterschiede in den Arbeitsplatzbedingungen bestehen und dass die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen in der Arbeitswelt **ungleich auf die Beschäftig-**

ten verteilt sind. Einige Branchen, wie das Verkehrswesen, das Gesundheits- und Sozialwesen oder Gastronomie und Tourismus weisen eine hohe Konzentration an Arbeitsplätzen mit atypischen und belastenden Arbeitszeiten auf. Niedrig qualifizierte Arbeitskräfte haben im Allgemeinen bei der Arbeit oft geringere Handlungsspielräume und sind auch in Bezug auf ihre Arbeitszeit mit weniger Autonomie ausgestattet als besser qualifizierte Beschäftigte.

Ein konsolidiertes Set an Gestaltungsempfehlungen liegt für den Einsatz von Schicht- und Nachtarbeitsmodellen vor. Unter anderem sollte die Anzahl an aufeinanderfolgenden Nachtdiensten beschränkt sein, die darauffolgenden Ruhephase mindestens 24 Stunden dauernd sowie kurz vorwärts rotierende Schichtsysteme gegenüber länger und nach hinten rotierenden Plänen bevorzugt werden. In Bezug auf andere Formen der Arbeitszeit gibt es zwar weniger spezifische Empfehlungen, aber ebenfalls gut abgesicherte Wirkungszusammenhänge. Eine große Bedeutung kommt der Organisations- und Unternehmenskultur zu, die sich auf das Ausmaß der gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz auswirkt. Anhaltend lange Arbeitszeiten können beispielsweise Ausdruck von überhöhten Anforderungen, mangelnder Unterstützung durch Vorgesetzte und/oder KollegInnen oder einer Organisationskultur sein, in der Anwesenheit am Arbeitsplatz einen überhöhten Stellenwert einnimmt. Führungskräfte und die **Unternehmenskultur** spielen aber nicht nur für die **Vermeidung von Belastungen**, sondern gleichzeitig auch für die Erzielung von positiven Effekten eine erhebliche Rolle. Wertschätzung, Unterstützung und Handlungsspielräume können in erheblichem Maße dazu beitragen, hohe Anforderungen am Arbeitsplatz und belastende Arbeitszeitmerkmale zu kompensieren. Auch die Analysen für Österreich konnten bestätigen, dass **arbeitsplatzbezogene Ressourcen** wie Gratifikation, Partizipation und ein gutes Betriebsklima einen klaren positiven Zusammenhang mit gesundheitlichen Indikatoren aufweisen.

Fehlzeitenreport 2019

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit

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 gegenüber³⁾.

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer⁴⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des Präsentismus, siehe dazu Kapitel 2 in *Leoni – Böheim*, 2018), kann sich positiv auf die

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.

Krankenstandsstatistik 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 vorzuschicken. 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 Tage, 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 unentschuldigete 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. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (*Biffli, 2002*). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2018 waren 3,40 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 93% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁵⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2018 gab es laut HVB 3,66 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁶⁾). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdiner und Kinderbetreuungsgeldbeziehende 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 2018 bis zum Jahr 1970 zurück⁷⁾).

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle und zum Teil auch bürokratische Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht anders als bei anderen Datenquellen sind deshalb auch im Falle der *Krankenstandsstatistik* einige 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 gering und über die Jahre stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2018 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 1,4%. 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, 2019).

- 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) krankmelden 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 1.4 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 Absenttage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeiterfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte/n bzw. je Erkrankte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines 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 Jahresarbeitsdagen aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten.
Erkrankungsquote	Anteil der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einmal im Krankenstand waren. Einheit: in %	Indikator für die Größe des Personenkreises, der im Laufe eines Jahres von Arbeitsunfähigkeit betroffen ist.

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

Die Beziehenden 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 Präsenzdienere. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁹⁾. Mit dem Jahr 2010 wurde die *Krankenstandsstatistik* wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbeziehenden 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 2018 unterlag die jährliche Anzahl an 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. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. Ab diesem Zeitpunkt ging die Zahl der Krankenstandstage zunächst stark zurück und unterlag in den folgenden Jahrzehnten – bei stets steigenden Versichertenzahlen – einigen Schwankungen. 2018 wurde mit 44,6 Mio. Krankenstandstagen erstmals das absolute Niveau aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um fast 40% höher lag als damals.

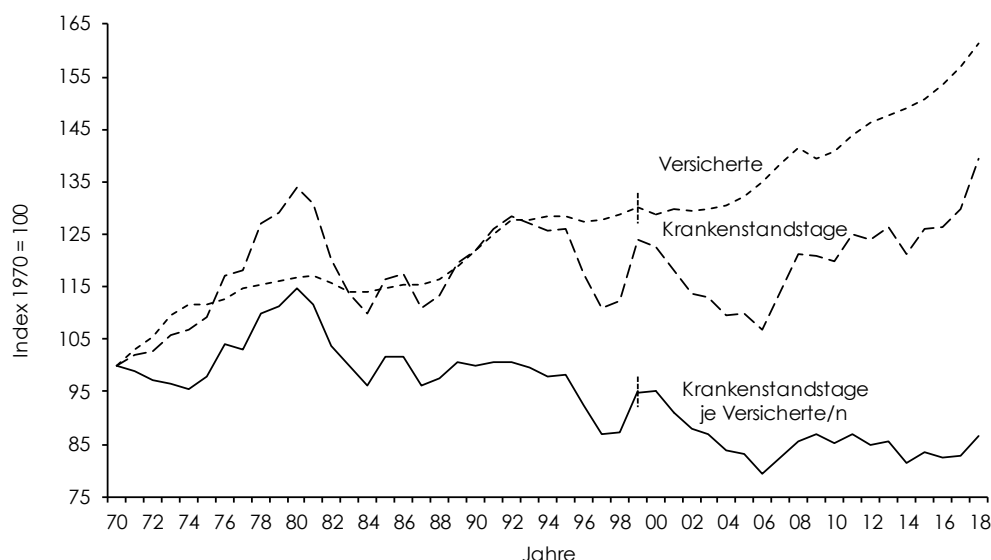
Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). 2007 und in den Folgejahren kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, seither sind jährlich kleinere Schwankungen beobachtbar, ohne dass sich ein klarer Trend abzeichnen

⁹⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdienere 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.

würde. Nach geringfügigen Rückgängen in 2016 und 2017, erhöhte sich die Pro-Kopf-Zahl 2018 gegenüber dem Vorjahr von 12,5 auf 13,1 Krankenstandstage.

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

Österreich



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

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann 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 (Biffi, 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 2018 3,6%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%. Der Verlauf der Krankenstandsquote ist identisch zu jenem der Krankenstandstage pro Kopf, es handelt sich im Wesentlichen um die gleiche Größe, die in zwei unterschiedlichen Einheiten ausgedrückt wird.

Für die hohen Krankenstandswerte in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren und den darauffolgenden 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). Für kurzfristige Schwankungen in der Krankenstandsentwicklung können auch andere Faktoren verantwortlich sein, wie die Dauer und Intensität von Grippewellen, auf die noch in Abschnitt 1.8 eingegangen wird, oder der Konjunkturzyklus.

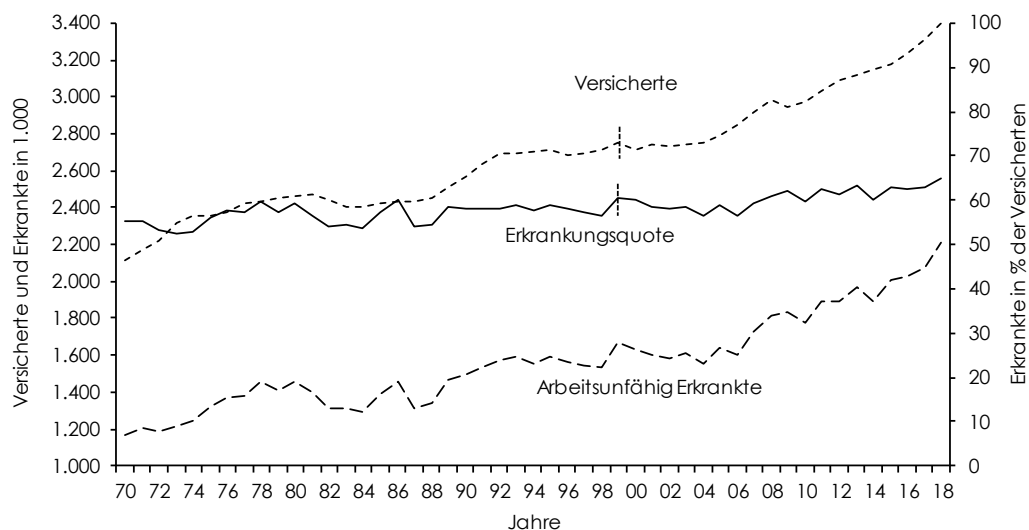
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle

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.

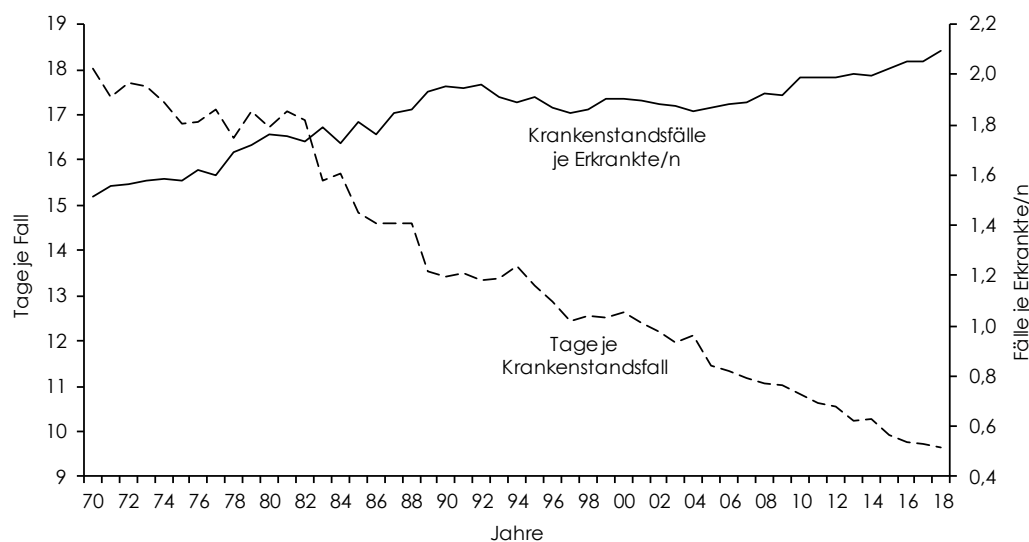
Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte im vergangenen Jahrzehnt zwischen 60% und 65% (Abbildung 1.2). Somit 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 2018 wurde eine Erkrankungsquote von 64,9% 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 2018 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, 2018 waren es 1,36 Fälle (Übersicht A2).

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.

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 1.4). 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 9,6 Tage im Jahr 2018.

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

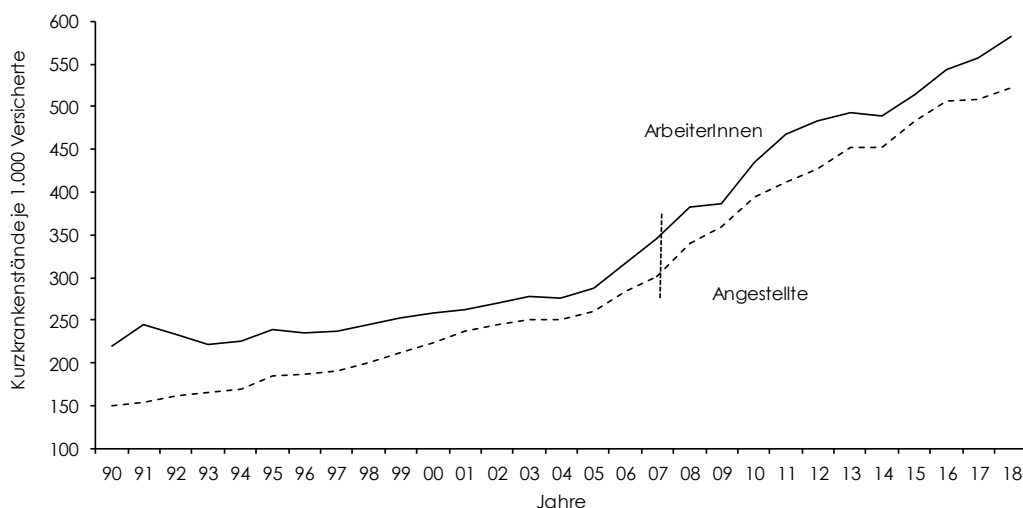
Aus der Entwicklung der Statistik der Krankenstandsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versicherungszahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹⁰⁾. 2018 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2017 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 52,8%. 2018 lag der Quotient sogar bei 54,7%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2017 waren es 528 und 2018 547 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen und Angestellten 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 Kurzkranken-

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%).

stände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2018 auf 1.000 Versicherte 523 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 583 (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)¹¹⁾.

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.

¹¹⁾ Die nächste Publikation mit detaillierten Auswertungen zu den Fehlzeiten der Bundesbediensteten wird Ende 2019 erscheinen.

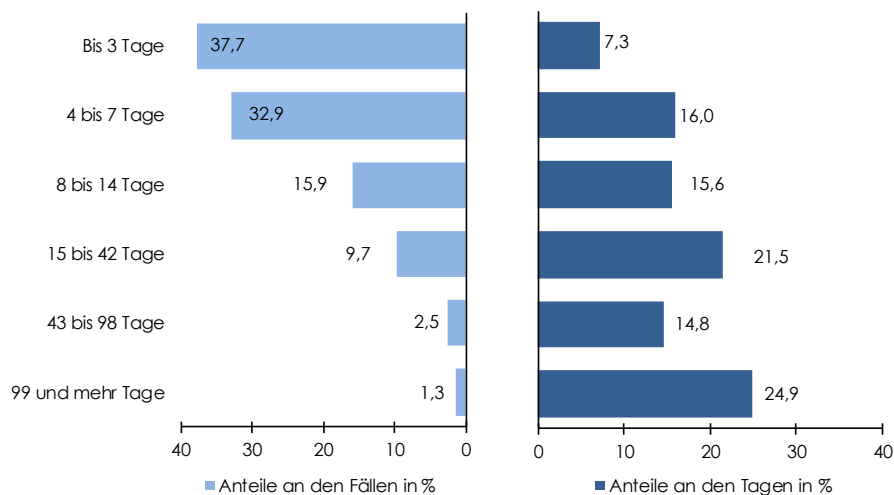
Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von ÄrztInnen bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹²⁾. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den ArbeiterInnen der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2018 bei den Angestellten 9,8% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt nahe am Durchschnitt (2018 9,9%, 1990 3%), jene der Frauen am Durchschnitt (2018 9,7% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 7,3% in 2018 (Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2018 6,6% gegenüber 7,6%).

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 2018 waren 40,0% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 8,5%. 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 3,2% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 37,2% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 39,7% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 34,9%.

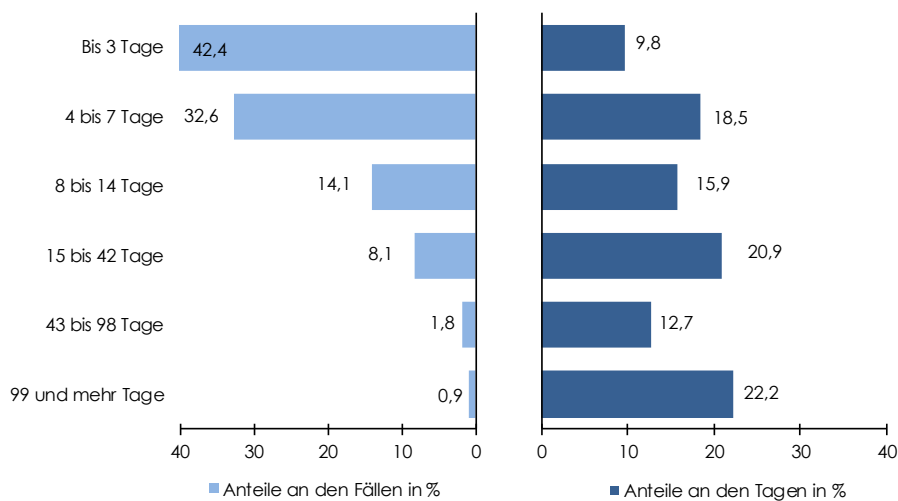
¹²⁾ Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (für die Periode 2005 bis 2014) für das Jahr 2014 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2005 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer 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.

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2018



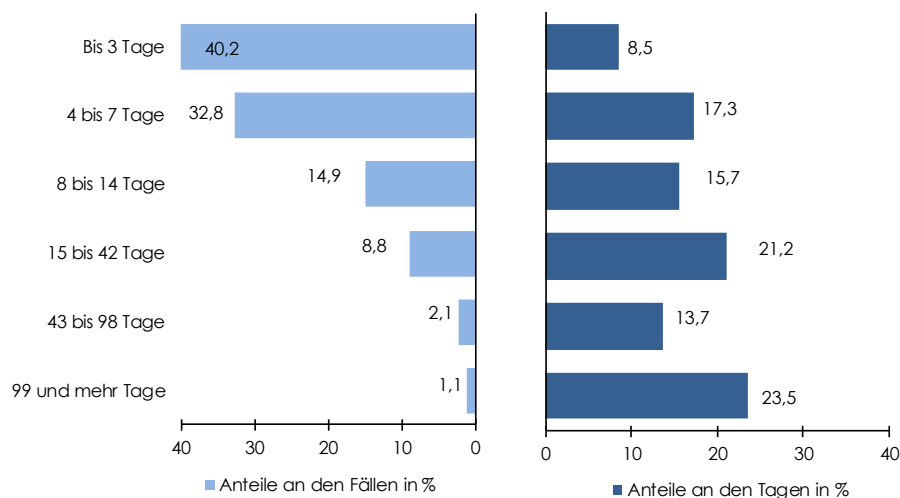
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2018



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2018



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2019*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2018 5,9% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 34,8% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 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.

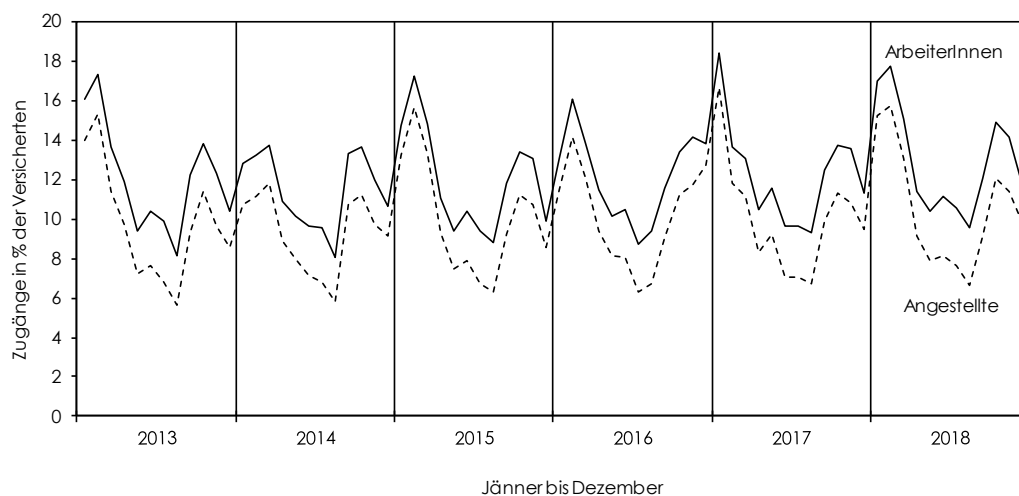
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Untererfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* 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.

1.5 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.

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 durch die durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfälle 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. Zu Jahresanfang 2017 gab es eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der ArbeiterInnen und fast 17% 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 (2018) schlug sich im Jänner und Februar eine heftige Grippewelle nieder. In diesen Monaten verzeichnete die Statistik hohe Werte mit einem Krankenstand für 17% bzw. 17,7% der ArbeiterInnen und 15,3% bzw. 15,7% der Angestellten.

Abbildung 1.9: Krankenstandsbestand auf Monatsbasis
Österreich



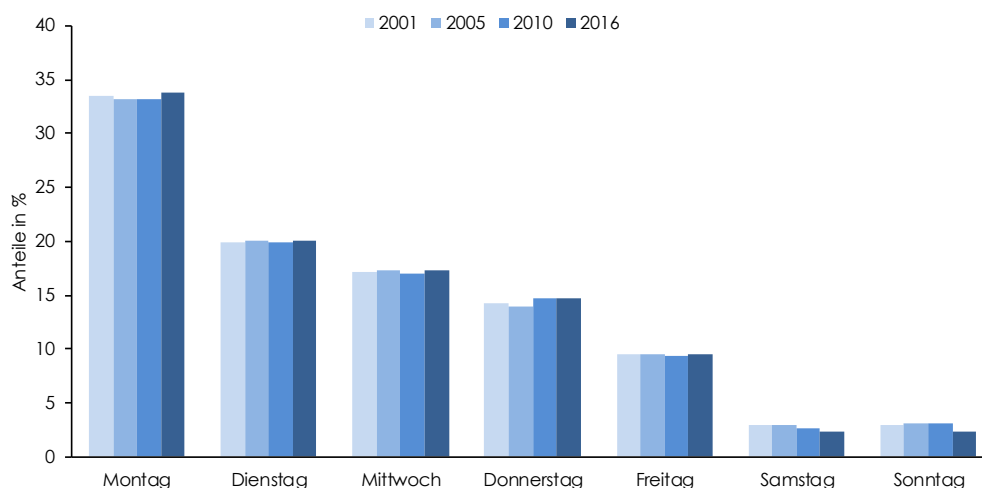
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹³). Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von 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 ÄrztInnen aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass ÄrztInnen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden und dementsprechend

¹³) 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.

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. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", 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 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich

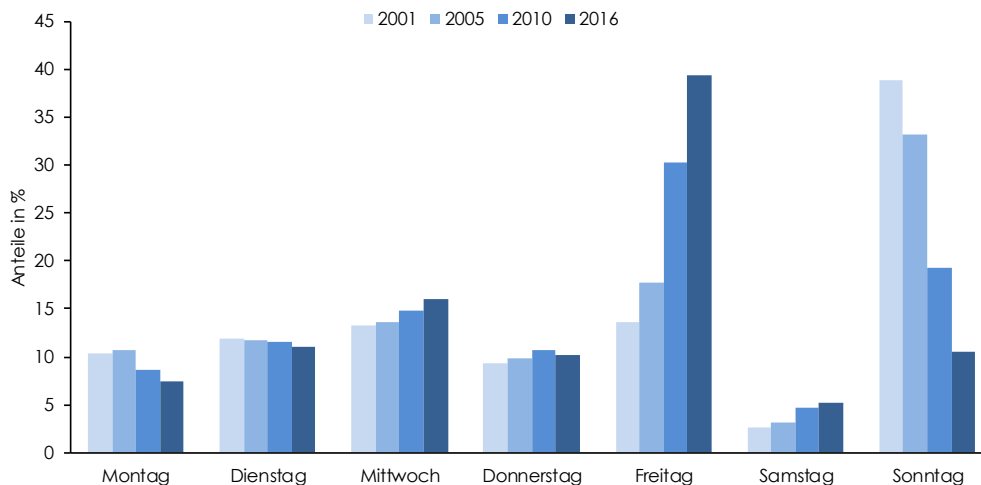


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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 beenden 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 1.4)¹⁴.

¹⁴ 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.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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 Krankenschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2016 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 Krankenschreibungsverhalten 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: 2018 endeten in Deutschland rund 45,1% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 8,9% (Badura et al., 2019). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt

13,5% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage ähnlich wie auf den Sonntag jeweils etwa 7% bis 9% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

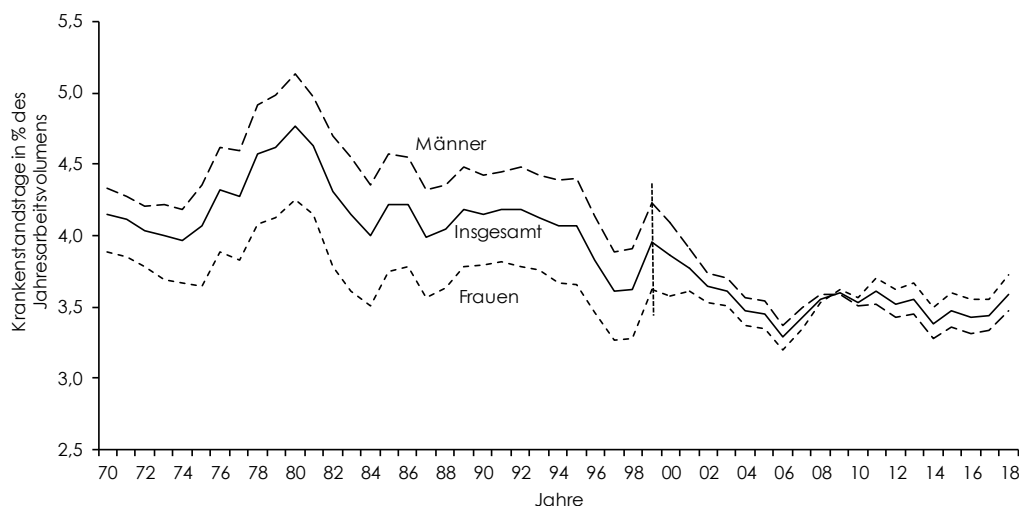
Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Männer sterben im Vergleich zu Frauen häufiger an den Folgen schwerer organischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungen- oder Leberkrebs (*Macintyre 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 betrifft. *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.

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 Fehlzeiten von Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)¹⁵⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer geringfügig unter jener der Frauen. 2018 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,5%, jene der Frauen 3,7%. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versicherungszahlen ohne Präsenzdiener und Kinderbetreuungsgeld-beziehenden zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und

¹⁵⁾ Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

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% im Jahr 2000 auf 6,4% im Jahr 2009.

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.

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: 2018 fielen 25,4% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 21,5% der Männer; im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 11,9% bei den Frauen und 14,7% bei den Männern. 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 1.6.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

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

1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

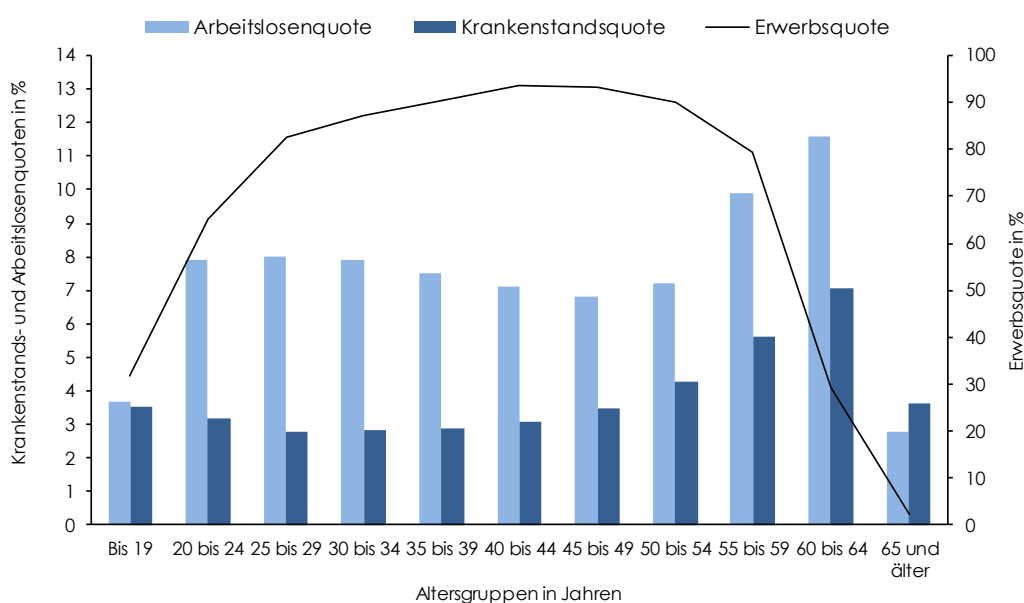
Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁷). Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 45 Jahren steigt die Quote wieder 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 (7,1%). 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: 2018 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 174.100 Männer und 165.300 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 10,0% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 63.900 Männer und 16.800 Frauen (insgesamt 2,4% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 7.900 Männer und 4.600 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,4% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Beschäftigungsquote der drei angesprochenen Altersgruppen lag bei respektive 72,6%, 26,7% und 2,3%, bei den 50- bis 54-Jährigen betrug sie 84,5%.

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

¹⁷) Im Jahr 2018 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 40%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 65%.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2018 bei den 50- bis 54-Jährigen 90,1% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 79,3% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 29,3% ab (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2018 mit 9,9% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 11,6% deutlich über dem Durchschnittswert von 7,7%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁸⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 60 Jahren, für Frauen mit 58 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2018 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 2.509, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 5.828 und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 3.027 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen¹⁹⁾. Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2018

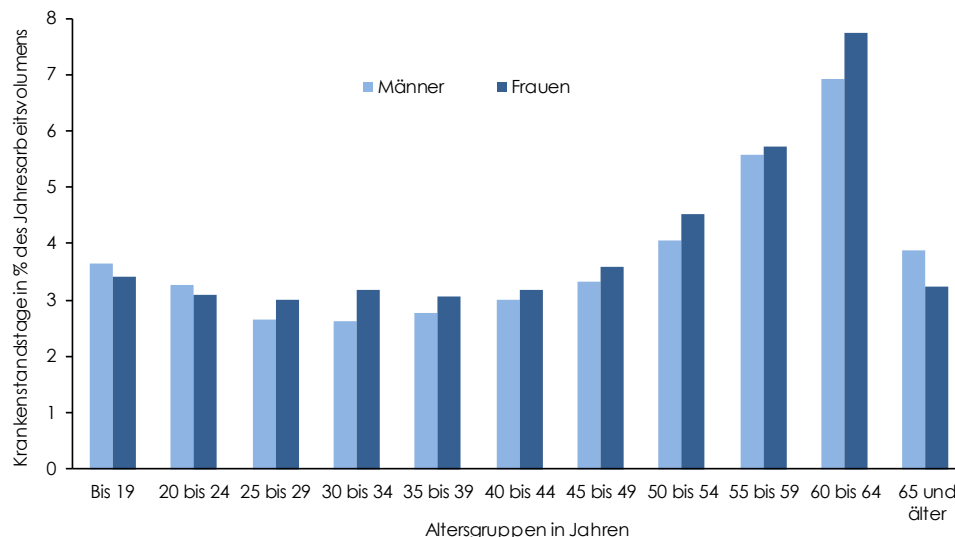


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

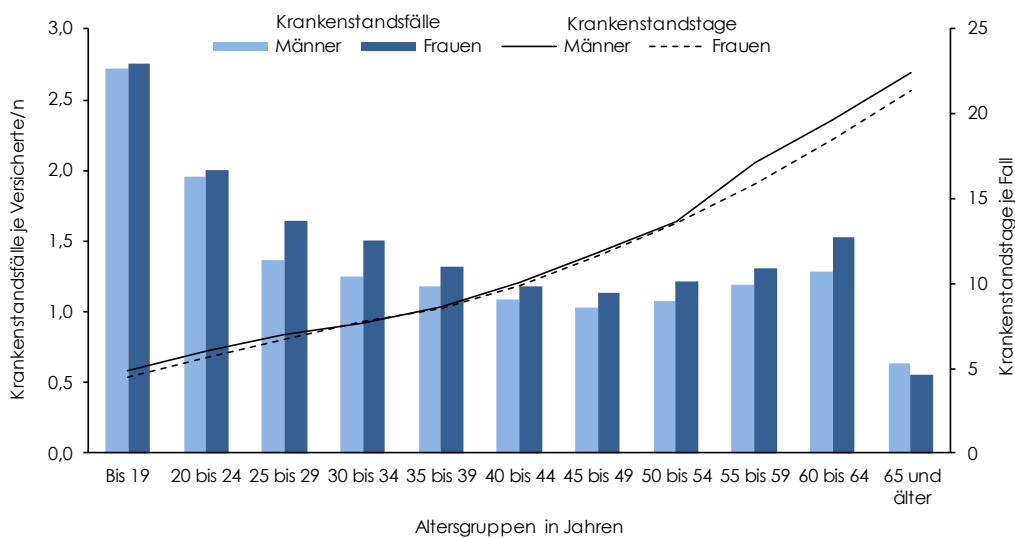
¹⁹⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 3.31.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2018



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2018



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 Krankheits-

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

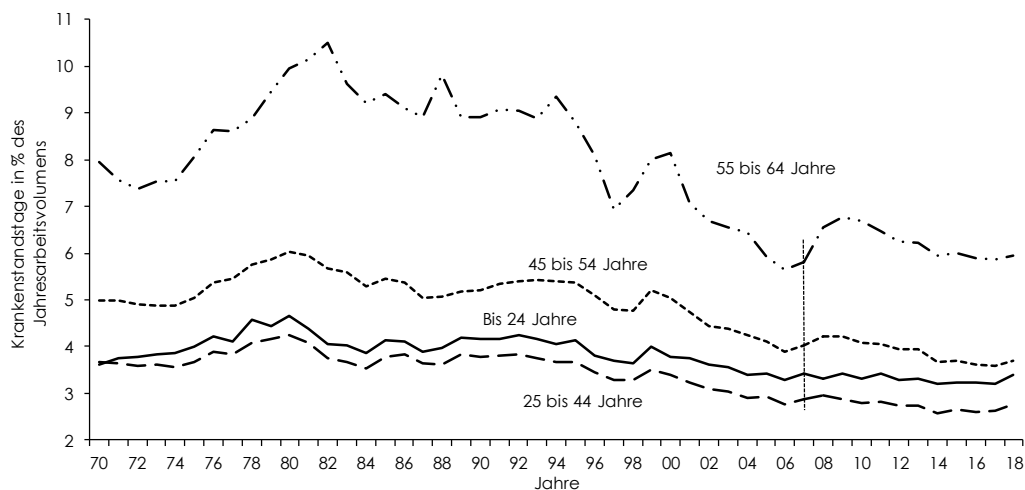
Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 5,4 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen mehr als 3,5-mal so lang (19,4 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den Über-50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – 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 anteilmäßig 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 (Leoni – Schwinger, 2017).

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

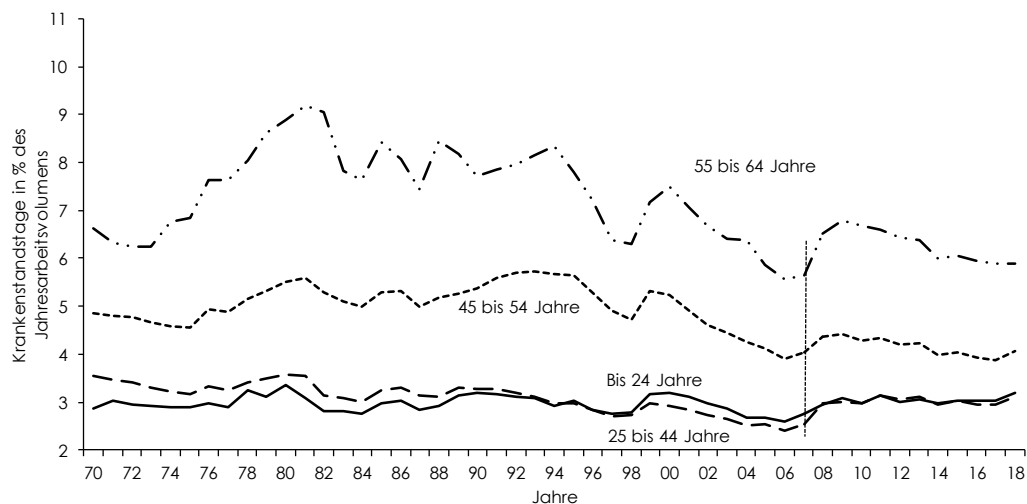
koeffizienten²⁰⁾ schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen.

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.

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.

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 prägen die Optionen und Beschäftigungschancen der Erwerbspersonen, sie setzen Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Einschneidende Veränderungen in diesem Bereich wie z. B. die Pensionsreformen der Jahre 2003/04 oder die Reform der Invaliditätspension im Jahr 2012 sowie andere Maßnahmen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik haben dazu beigetragen, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

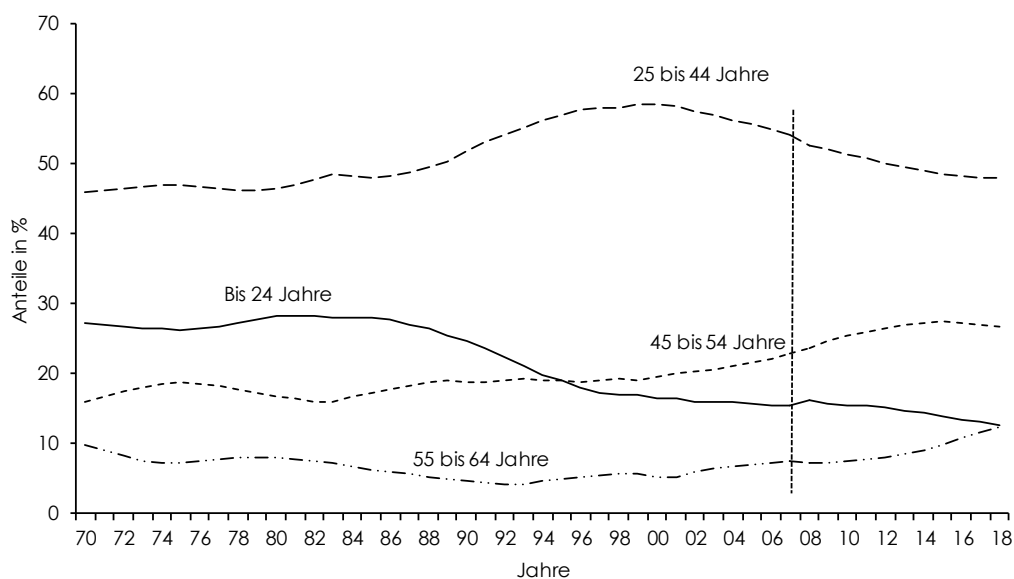
Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergelassen 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 hatten²¹⁾. 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 Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung

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

der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im 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 48,0%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2018 bei 12,4%. 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 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 12,7% (2018).

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 gut einen Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 1 Krankenstandstag (2018 gab es durchschnittlich 13,1 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, wurde der leichte, steigernde Effekt der demographischen Verschiebung auf die Krankenstandsquote 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. 2018 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Durch den Anstieg der Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen, die in Summe die Krankenstandsquote um 0,13 Prozentpunkte erhöhte, ergab sich gemeinsam mit dem demographischen Effekt ein Anstieg um 0,15 Prozentpunkte.

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-Generation²²⁾ in den kommenden Jahren vermehrt zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankheitsentwicklung 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 (2016, 2017 und 2018)²³⁾ linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,3 Prozentpunkte, d. h. etwas mehr als 1 Krankentag pro Kopf. Auch frühere Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten durch den Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und einen Anstieg 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

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

²³⁾ Durchschnittlich +0,024 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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.

1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

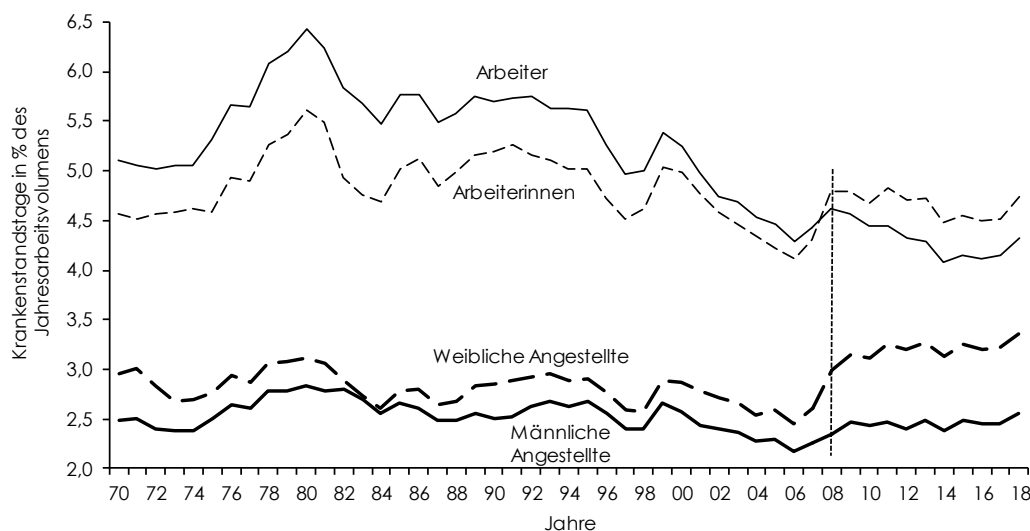
Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen detaillierten Einblick in die Tätigkeit der ArbeitnehmerInnen ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach ArbeiterInnen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

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

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

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



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

Die 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 (2018) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um knapp 50% mehr

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.

Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen rund 16 Tage, die Angestellten 11 Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,4 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 Sektor²⁵⁾ spürbar waren.

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 (9,5%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (31,5%)²⁶⁾. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen Angestellten auf Branchen und Berufen und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.3)²⁷⁾.

Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote 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 18,1% bzw. 16,1% 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.

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.

²⁶⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (7%, siehe Abschnitt 1.6.1) 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⁾ 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.

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.

Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2018

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

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

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2018 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 3,8%, sie betrug für Männer 3,8% und für Frauen 4,0%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,7%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,8%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,5%).

- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (4,4%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (4,2%). Auch Verkehr und Lagerei sowie die Wasserwirtschaft liegen mit einer Krankenstandsquote von 4,1% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.
- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen (3,8%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (3,7%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,3%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung verzeichnete ebenfalls eine hohe Krankenstandsquote (4,0%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,7%) 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.* (2019) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Energie- und Wasserwirtschaft, öffentliche Verwaltung sowie verarbeitendes Gewerbe 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 2005²⁸⁾ 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 2018 lag die Krankenstandsquote der Männer um 50% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Grundstücks- und Wohnungswesen sowie Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie weisen Frauen deutlich höhere

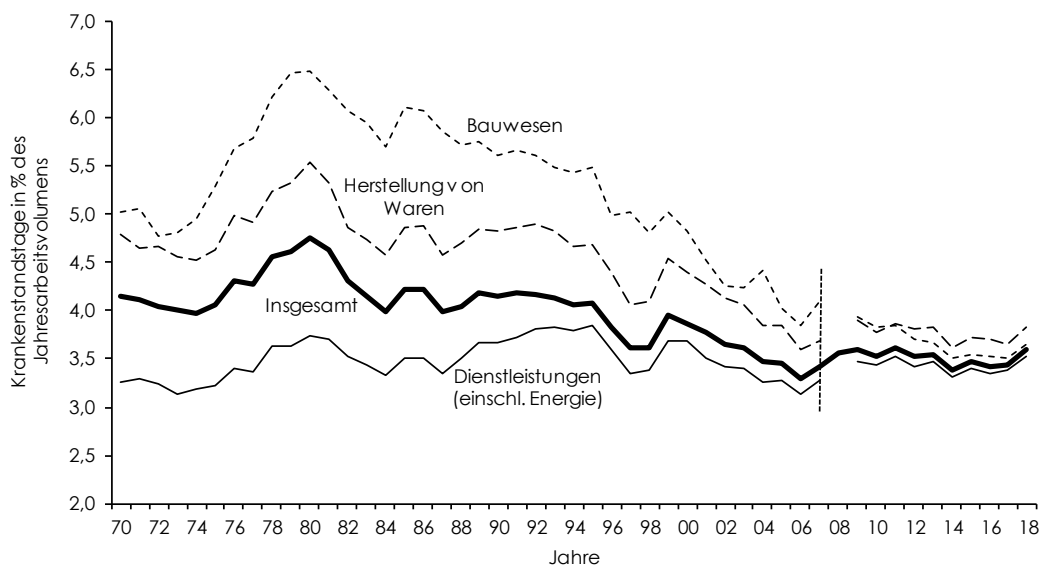
²⁸⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

Krankenstände als Männer auf. Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt bzw. nach sozialrechtlicher Stellung sind neben den Krankenstandsquoten der Frauen und Männer auch die Besetzungszahlen in den einzelnen Branchen entscheidend. Ein gutes Beispiel dafür ist das Gesundheits- und Sozialwesen, wo der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote in einer relativen Betrachtung weniger stark ausgeprägt ist, als in anderen Branchen. Aufgrund der hohen Beschäftigtenzahl und des hohen Frauenanteils wirkt sich die überdurchschnittliche Quote in diesem Sektor viel stärker auf die Gesamt-Krankenstandsquote der Frauen als auf jene der Männer aus (mehr als 15% aller Krankenstandstage der Frauen, gehen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern sind es weniger als 4%).

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 1.20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die 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 verharrte dagegen deutlich oberhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts.

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. 2018 betrug die Differenz nur noch 2%. 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.

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.

1.6.4 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, 2018) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (134.569 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2017 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2014 veröffentlicht (Bundeskanzleramt, 2015A)²⁹⁾. 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 2017 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,3% und jene der Vertragsbediensteten 2,6% betrug (Übersicht 1.4). 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 Kranken-

²⁹⁾ Die nächste Publikation mit detaillierten Auswertungen zu den Fehlzeiten der Bundesbediensteten wird Ende 2019 erscheinen.

standsstatistik) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,1% (2017). 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 2017 um 0,8 Prozentpunkte (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,6% gegenüber 3,4%, Übersicht 1.4).

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*).

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 Arbeitstage³⁰⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

³⁰⁾ 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.

Übersicht 1.4: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote in %
BeamtInnen	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
	2016	1.063	15.139	14,2	4,1
	2017	1.031	15.571	15,1	4,3
Vertragsbedienstete des Bundes	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
	2016	677	9.466	14,0	2,6
	2017	672	9.424	14,0	2,6
BeamtInnen und Vertrags- bedienstete des Bundes ¹⁾	2011	860	13.298	15,5	3,6
	2012	833	12.941	15,5	3,5
	2013	880	13.178	15,0	3,6
	2014	808	12.488	15,4	3,4
	2015	896	12.579	14,0	3,4
	2016	878	12.320	14,0	3,4
	2017	852	12.420	14,6	3,4
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte ²⁾	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
	2016	759	11.430	15,1	3,1
	2017	761	11.461	15,1	3,1
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾	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
	2016	666	9.456	14,2	2,6
	2017	664	9.466	14,3	2,6

Q: Bundeskanzleramt (2018). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, PraktikantInnen). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

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 ArbeitgeberInnen³¹).

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.

³¹) 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.

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 Tag³²⁾. 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.

1.7 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 92,1% (2018)³³⁾. Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³⁴⁾.

Die Werte aus dem Jahr 2018 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 13,2 Tagen je Erwerbstätige/n nur marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Krankenversicherungsträger (13,1) liegt. Die niederösterreichische und oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,4 und 13,8 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.21). Die Versicherten in der Steiermark (13,4), Wien (13,1), Burgenland (12,9), Tirol (12,6), Kärnten (12,2) und Vor-

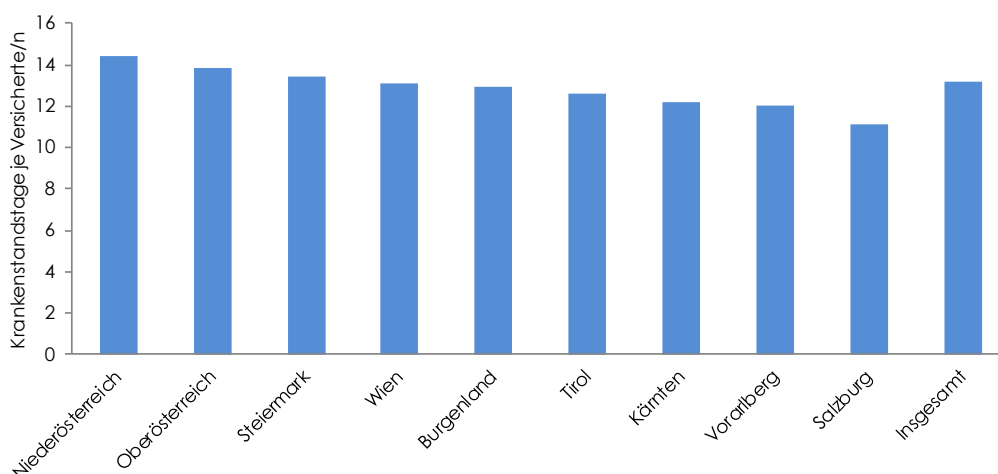
³²⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

³³⁾ 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.

³⁴⁾ 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.

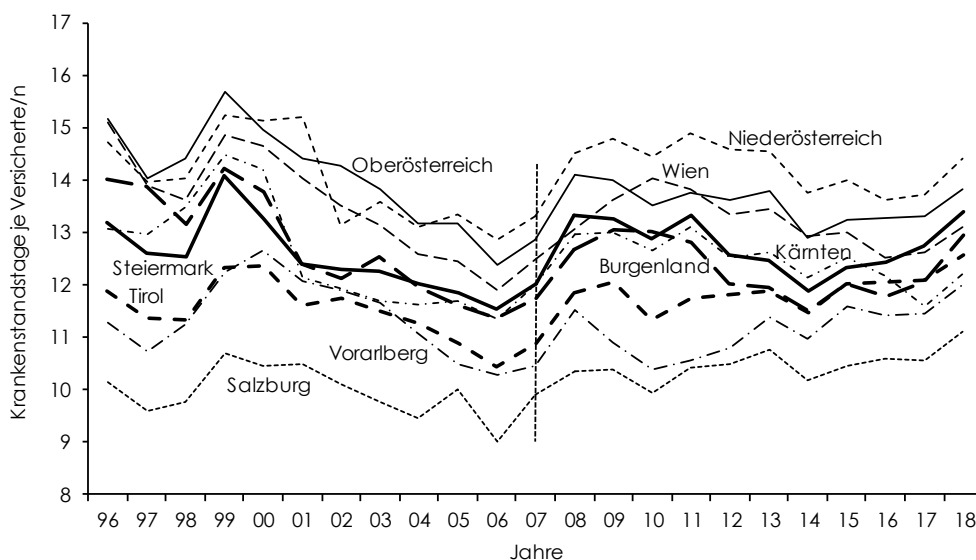
arlberg (12,0) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 11,1 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,3% um rund ein Siebtel unter dem österreichischen (3,6%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,9%) Wert.

Abbildung 1.21: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2018



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.22: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



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

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2018) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.22). 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 darauffolgenden 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 1.6.3 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.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht
2018

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.5 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (5,0%) und Arbeiter (4,6%) hohe Krankenstands-

quoten, 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 4,2% bzw. 2,6% unter bzw. am bundesweiten Durchschnitt, die Frauen verzeichneten dagegen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,2%) als auch in Angestelltenberufen (3,7%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,7% und 3,4%). 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 3,6% 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 (3,0%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2018

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.6 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 2018. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versi-

cherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁵). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,8% belaufen, was einem Plus von 4,6% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland und in Tirol.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Die stärkste prozentuelle Anpassung erfolgt für Wien, wo eine Angleichung an den bundesweiten Durchschnitt in der Verteilung der ArbeiterInnen und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 4,6% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (3,0%). 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 Unterschiede³⁶), zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und sozio-demographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbsspendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote

³⁵) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.5).

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

einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom HVB auf die Klassifizierung nach ICD-10³⁷⁾ 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 1.7: Krankheitsgruppenstatistik Österreich, 2018

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle
	fälle	tage	Ø Anzahl Tage
	Anteile in %		
Krankheiten des Atmungssystems	38,1	22,1	5,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,0	20,8	15,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,1	16,4	19,6
Psychische und Verhaltensstörungen	2,5	8,9	34,6
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,8	7,1	4,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,9	4,1	6,7
Neubildungen	0,8	3,7	42,5
Krankheiten des Verdauungssystems	4,7	3,7	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,7	3,5	19,9
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	2,1	9,1
Krankheiten des Nervensystems	2,1	1,9	9,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,2	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9	1,1	11,9
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,0	0,8	7,7
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	7,6
Übrige Ursachen	0,4	0,7	15,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,7	18,6
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	7,2
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	19,1
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	15,1
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	16,2

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

³⁷⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.7). 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 (80,9%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (70,5%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für drei Viertel (75,2%) aller gemeldeten Krankenstandstage und -fälle (77,5%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme³⁸⁾ 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 gut 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen³⁹⁾ 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. Neubildungen⁴⁰⁾ 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 Österreich⁴¹⁾. 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 9,6 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,3 Tage), Krankheiten des Atmungs-

³⁸⁾ "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.

³⁹⁾ 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).

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

⁴¹⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2018 wurden vier von zehn Sterbefällen (38,9% bzw. 32.700 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

systems (5,6 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,6 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,4 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,6 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (34,6 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei gut 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. Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern um 75% häufiger als bei Frauen⁴²). 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 um 5% 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 2018 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 im Fehlzeitenreport 2017, *Leoni – Schwinger*, 2017). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast 25% aller Krankenstandstage dieser Gruppe gingen 2014 auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab, bei älteren Arbeitskräften gingen nur noch 15% der Fehlzeiten auf Unfälle

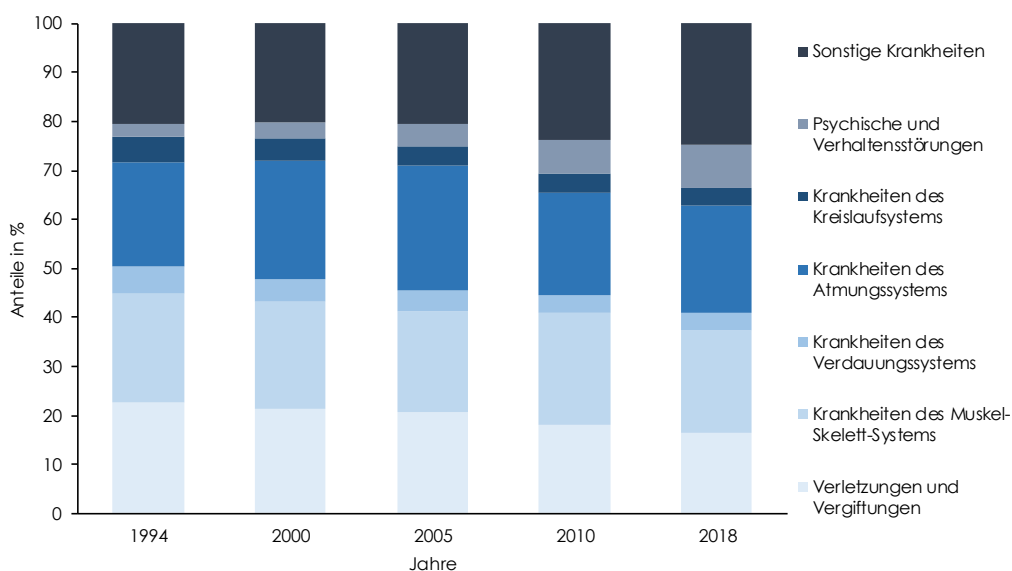
⁴²) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

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: 2014 wurde in Oberösterreich etwa ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen war es rund ein Drittel aller Tage.

Abbildung 1.23 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.

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 2018 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 anteilmäßig stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,5% bzw. 3,7%), gingen dagegen leicht zurück.

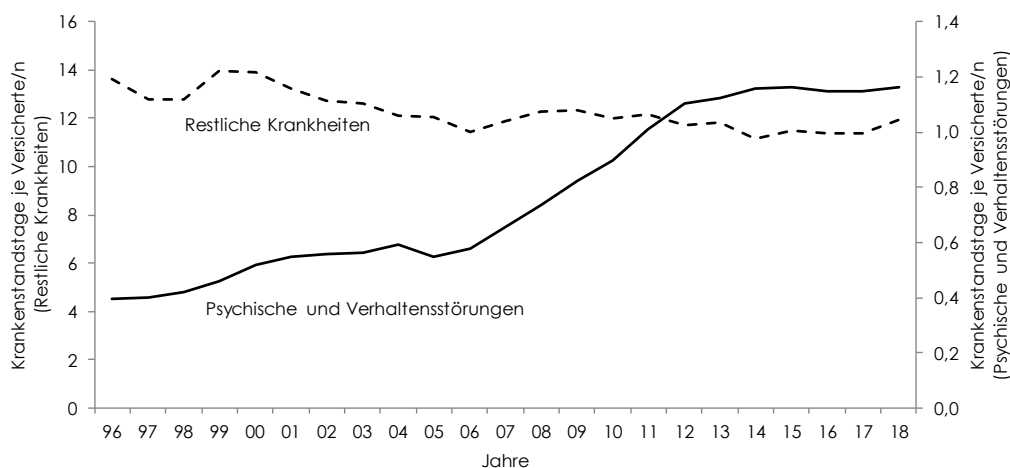
Abbildung 1.23: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 17 Jahren (2000 24%, 2018 22,1%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000 3,5 Tage, 2018 2,9 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 2017 und 2018 erhöhte sich die Pro-Kopf-Quote der Atemwegserkrankungen, d. h. die Zahl der Krankenstandstage je Person, von 2,6 Tagen auf 2,9 Tage. Obwohl für beide Jahre zu Jahresanfang in den Daten eine starke Grippewelle erkennbar ist, kam es 2018, anders als 2017, auch im Herbst zu einem erhöhten Zugang in den Krankenstand (siehe Abbildung 1.8). Auch für die Vergangenheit können wir eine starke Übereinstimmung in der Entwicklung der Atemwegserkrankungen und der allgemeinen Krankenstandsquote beobachten. In den vergangenen beiden Jahrzehnten bewegten sich die Pro-Kopf-Zahlen der Atemwegserkrankungen und die Krankenstandsquoten insgesamt fast ausnahmslos in die gleiche Richtung. Aufgrund der starken jährlichen Schwankungen in der Inzidenz von Atemwegserkrankungen und ihres hohen Gewichts am Fehlzeitenvolumen (mehr als ein Fünftel aller Tage) erhöht diese Krankheitsgruppe die Volatilität der Krankenstandsquote in erheblichem Maße. Berechnungen zeigen, dass unter Ausschluss der Atemwegserkrankungen die Krankenstandsquote 2018 gegenüber 2017 nur halb so stark angestiegen wäre, wie es tatsächlich der Fall war (+2% statt +4%), die längerfristige Varianz der Zeitreihe wäre um etwa ein Drittel geringer⁴³).

Abbildung 1.24: Entwicklung der psychischen Krankheiten Österreich



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

⁴³) Der Variationskoeffizient für die Krankenstandsquote ohne Atemwegserkrankungen beträgt für die Jahre 2000 bis 2018 0,004, einschließlich der Atemwegserkrankungen 0,006.

In einer längerfristigen Sicht ist ein klarer Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen beobachtbar, der allerdings in den jüngsten Jahren abgeflacht ist (Abbildung 1.24). 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. 2017 verharrte die Quote auf demselben Wert wie im Vorjahr, 2018 ist ein geringfügiger Anstieg feststellbar. Der Anteil dieser Krankheitsgruppe am gesamten Fehlzeitenvolumen ging aber gegenüber dem Vorjahr zurück, weil der Anstieg in der Pro-Kopf-Quote geringer war, als im Durchschnitt aller Krankheitsgruppen.

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 2018)⁴⁴.

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 5% der Bevölkerung ist durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (OECD, 2015). 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

⁴⁴) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 3.34.

bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen⁴⁵), 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. Zwei neuere Versionen dieser Untersuchung, die auch die Erkenntnisse aus weiteren Studien berücksichtigen, bestätigen dieses Ergebnis (*Richter – Berger*, 2013) bzw. finden für die vergangenen Jahrzehnte nur einen geringen Anstieg in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, der vorwiegend durch demographische Verschiebungen erklärt werden kann (*Richter et al.*, 2019).

1.9 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 fernbleiben 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 Sozialversicherungs-

⁴⁵) 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).

anstalt 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 2018 waren 3,1 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 86% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 109.997 anerkannten Arbeitsunfällen und 14.494 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2018 wurden 87.654 (80%) bzw. 11.753 (81%) bei der AUVA erfasst⁴⁶). Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

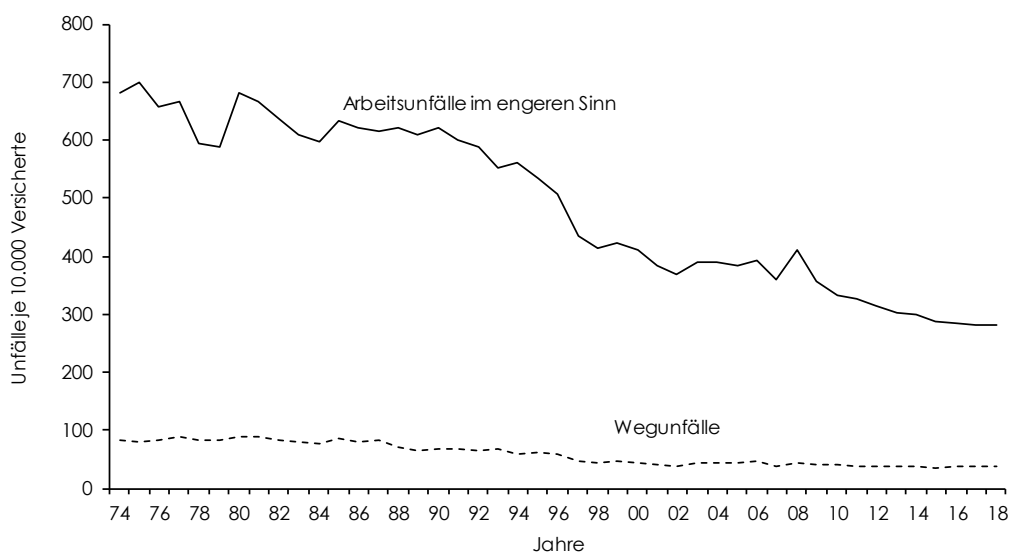
Die AUVA weist in ihrer Statistik jährlich alle im Berichtsjahr anerkannten Arbeits- und Wegunfälle aus. In einer weiteren Auswertung werden nur die meldepflichtigen Unfälle, also die Versicherungsfälle, die einen Krankenstand von mehr als drei Tagen zur Folge hatten, erfasst. Die nachfolgenden Darstellungen 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 Versicherte wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

1.9.1 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 1.25). 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 2018 die Unfallquote mit 318 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 2018 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 2018 2,8%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2018 um 59% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 12% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 auf 38 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2018, was einer Verringerung um 55% entspricht.

⁴⁶) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 4.02.

Abbildung 1.25: 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 rückläufig⁴⁷⁾. 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. 2018 wurde mit 102 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik ein Minimum erreicht.

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

⁴⁷⁾ 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 verteilen⁴⁸⁾.

1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

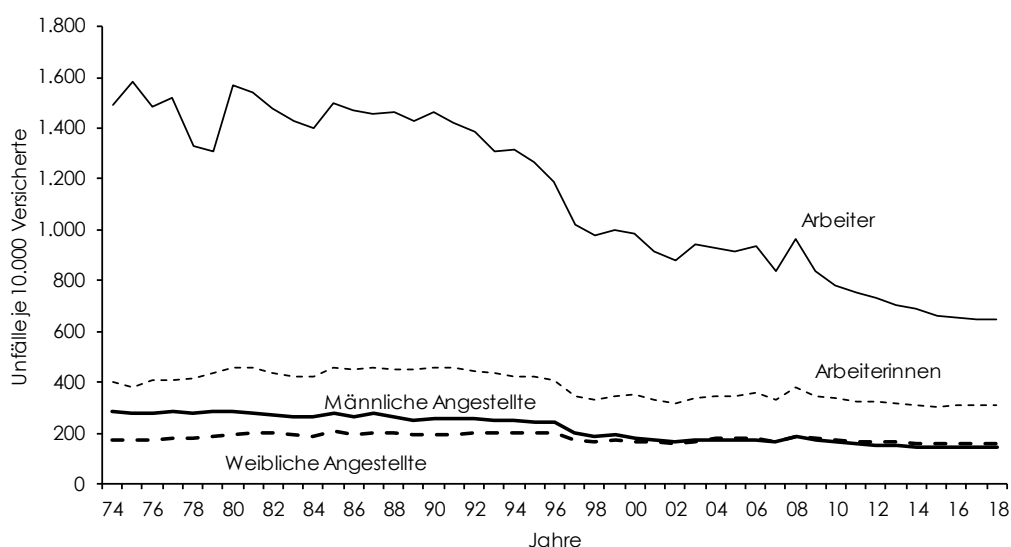
Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2018 für Männer 4,1%, 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 1.26 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 Unfallohäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2018 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 2018 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 547 (–51%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 153 (–32%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten

⁴⁸⁾ 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 parallel entwickeln.

von 282 auf 144 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2018 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (158 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 30%.

Abbildung 1.26: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

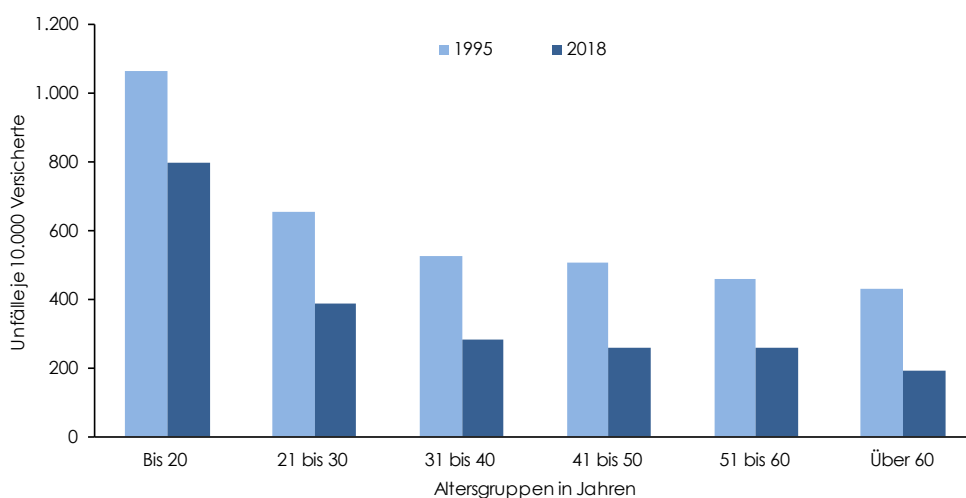
Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2018 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 1.27). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Die einzelnen Branchen⁴⁹⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit

⁴⁹⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben ein hohes Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2018 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, etwa ein Sechstel 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 "Wasserversorgung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Kunst, Unterhaltung und Erholung" und "Verkehr und Lagerei" 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 weniger als ein Viertel des Durchschnitts und etwas mehr als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.27: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen
Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen

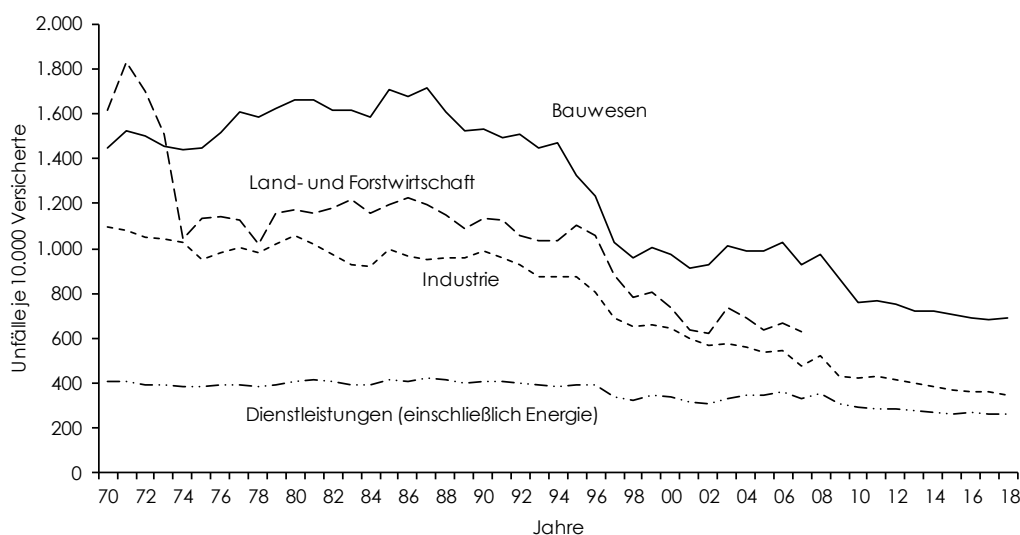


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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 1.28) 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 Berei-

chen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um 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 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



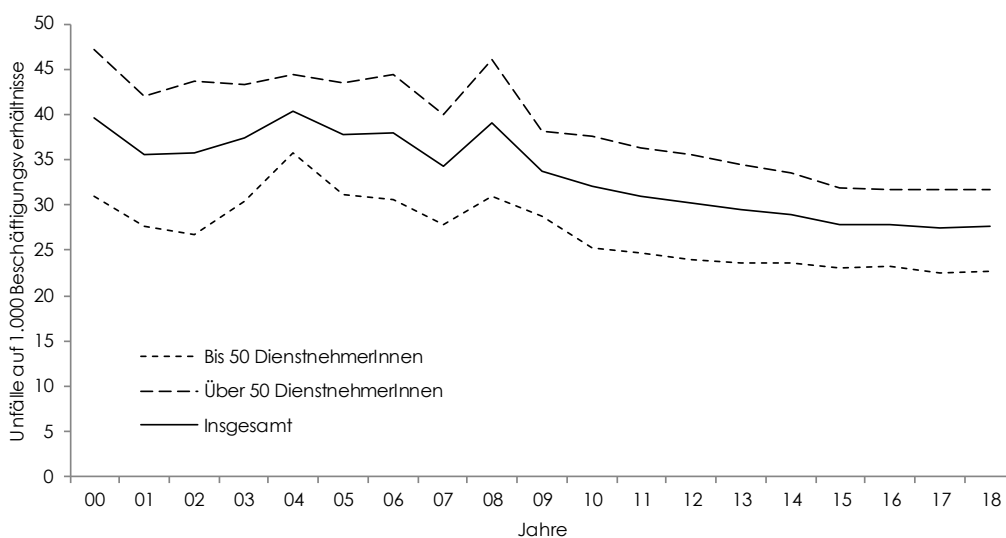
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 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 2018 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,3-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 1.29). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2018 im Durchschnitt 40% 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 Krankenstandsquo-

ten 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 der Warenherstellung 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 1.29: Unfallquote nach Betriebsgröße



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

2 Die flexible Arbeitswelt: Arbeitszeit und Gesundheit

2.1 Ausgangslage und Zielsetzung

Die Arbeitswelt ist durch eine Erweiterung der Arbeitszeitmodelle und eine Flexibilisierung der Arbeitszeitgestaltung gekennzeichnet. Hinter diesem Trend stehen neue Wertschöpfungsketten und Produktionsprozesse, aber auch Veränderungen im Konsumverhalten und in den Anforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Die Gestaltung der Arbeitszeit wird zusätzlich durch technologische Entwicklungen geprägt, die das Arbeiten außerhalb der regulären Arbeitszeiten und Arbeitsplätze ermöglichen oder vereinfachen. Zeitkonten, Gleitzeitmodelle, Telearbeit, Arbeit auf Abruf und auch flexible Arbeitszeitmodelle im Lebenslauf (z. B. Eltern- und Altersteilzeit) sind Beispiele für Arbeitszeitformen, die den wandelnden Bedürfnissen der Unternehmen und der Beschäftigten Rechnung tragen. Gleichzeitig spielen bereits etablierte Arbeitszeitmodelle, wie Schichtarbeit und Teilzeit, genauso wie die Erbringung von Mehr- und Überstunden nach wie vor eine wichtige Rolle für die flexible Gestaltung der betrieblichen Abläufe.

Die Bedeutung der Arbeitszeit als zentrale Größe der Arbeitswelt ist für sich genommen nichts Neues. Lage, Länge und Flexibilität des Arbeitseinsatzes waren schon immer wichtige Determinanten der ökonomischen Effizienz, aber auch des Wohlbefindens der Erwerbstätigen. Seit Beginn der industriellen Revolution wurden vor allem (über)lange Arbeitszeiten, Nacht- und Schichtarbeitsmodelle eingesetzt, um den Arbeitseinsatz der Beschäftigten im Sinne der Betriebs- und Maschinenlaufzeiten zu optimieren. Die Forschung befasst sich dementsprechend schon seit geraumer Zeit mit diesen Formen der Arbeitserbringung. Die gesundheitlichen Implikationen von Schichtarbeit wurden beispielsweise bereits im 19. Jahrhundert erörtert (Beckers *et al.*, 2012).

Im 20. Jahrhundert wurden die Arbeitszeiten sukzessive verkürzt. Mit Ausnahme der Einführung und zunehmenden Verbreitung von Teilzeitbeschäftigung blieben aber die gängigen Arbeitszeitmodelle vorherrschend. Erst gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts setzten sich neue Arbeitszeitmodelle durch, mit denen zum Teil auch neue Zielsetzungen verfolgt wurden. Während die Anpassung an betriebliche Laufzeiten und Auslastungsschwankungen nach wie vor einen zentralen Stellenwert einnimmt, stehen in vielen neueren Arbeitszeitarrangements (z. B. bei Gleitzeitarbeit) verstärkt mitarbeiterorientierte Zielsetzungen im Vordergrund, wie eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und eine ausgewogenere Work-Life-Balance. Ein wichtiges Merkmal der Arbeitszeitgestaltung betrifft demzufolge die Frage, wer die Dauer (d. h. die Länge) und Lage des Arbeitseinsatzes im Tages- und Wochenverlauf bestimmt. Neben Modellen, in denen die Arbeitszeiten stark vom Arbeitgeber vorgegeben werden bzw. sich die Arbeitskräfte an betriebliche Prozesse anpassen müssen, gibt es solche, die den ArbeitnehmerInnen größere Freiheit in der Einteilung der Arbeitszeit einräumen. Flexibilität ist dementsprechend ein mehrdeutiger Begriff, der sich sowohl auf die betrieblichen Anforderungen als auch auf die individuellen Bedürfnisse der Beschäftigten beziehen kann.

Das vorliegende Schwerpunktkapitel setzt sich mit den positiven wie negativen Wirkungen bzw. mit den Risiken und Chancen auseinander, die sich aus dem Einsatz unterschiedlicher Arbeitszeitregelungen und der Flexibilisierung der Arbeitszeit für die Gesundheit der Erwerbstätigen ergeben. Zielsetzung ist einerseits eine systematisierte Darstellung der bisher verfügbaren Erkenntnisse aus der internationalen Forschungslandschaft, andererseits ein Beitrag zu einem verbesserten Verständnis der Lage in Österreich. Auch längerfristige und lebensphasenorientierte Formen der Arbeitszeitflexibilität (z. B. Zeitkonten, Sabbaticals, Altersteilzeit) wären in dieser Perspektive relevant, wurden aber bisher kaum beforscht und sind datenmäßig unzureichend erfasst, weshalb die nachfolgenden Ausführungen in erster Linie die Arbeitszeitgestaltung auf Tages-, Wochen- und Monatsbasis betreffen.

Obwohl der Fokus des Fehlzeitenreports auf dem Krankenstandsgeschehen liegt, ist das Blickfeld dieses Kapitels nicht ausschließlich auf den Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Krankenstand gerichtet, sondern darüber hinaus auf breitere gesundheitliche Wirkungszusammenhänge und Indikatoren. Diese thematische Ausweitung erscheint sowohl aus inhaltlichen als auch pragmatischen Gründen zweckmäßig. Eine einseitige Betrachtung der Krankenstandeffekte läuft Gefahr, andere relevante Zusammenhänge zu übergehen. *Böckerman – Laukkanen (2010)* betonen beispielsweise, dass Präsentismus stärker auf unterschiedliche Arbeitszeitregelungen reagiert als der Krankenstand. Darüber hinaus würde ein enger Fokus auf den Krankenstand den Blick auf die verfügbaren Studien und bisherigen Forschungserkenntnisse zu stark einschränken, zumal die Mehrheit der Untersuchungen bei anderen gesundheitlichen Indikatoren ansetzt.

Das Kapitel ist folgendermaßen strukturiert: Die nachfolgenden beiden Abschnitte (2.2 und 2.3) widmen sich einer Synthese der bisherigen theoretischen und empirischen Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Gesundheit. Abschnitt 2.4 gibt einen Überblick der Verbreitung unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle und Formen von Arbeitszeitflexibilität am österreichischen Arbeitsmarkt. Abschnitt 2.5 untersucht den empirischen Konnex zwischen Arbeitszeit und Gesundheit in Österreich, ausgehend von Auswertungen repräsentativer Befragungsdaten für die Jahre 2012 bis 2018.

2.2 Wie wirken sich Arbeitszeitmodelle auf die Gesundheit aus?

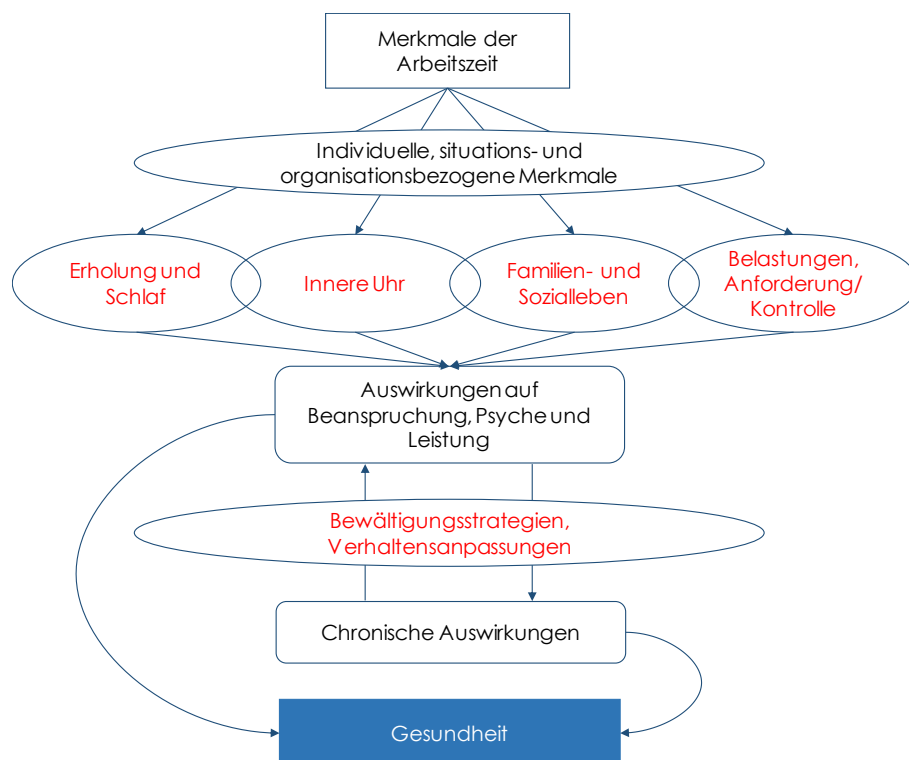
Mit der Vervielfältigung und der größeren Verbreitung neuer Arbeitszeitmodelle bei gleichzeitigem Fortbestehen "traditioneller" Arbeitszeitformen wie Schicht- und Nachtarbeit hat auch die Komplexität in der Bewertung der Wohlfahrtseffekte der Arbeitszeit zugenommen. Nach einem konzeptuellen Überblick der wichtigsten Wirkungszusammenhänge zwischen Arbeitszeit und Gesundheit wird hier in der Folge in größerem Detail auf zentrale Merkmale der Arbeitszeitgestaltung (Länge, Lage und Flexibilität) eingegangen.

2.2.1 Konzeptueller Rahmen

Die Arbeitszeit bzw. deren Gestaltung kann über unterschiedliche Wirkungsmechanismen die Gesundheit beeinflussen und positive oder negative Folgen nach sich ziehen. Diese Wirkungs-

mechanismen beruhen zum Teil auf voneinander unabhängigen Faktoren, weshalb ein bestimmtes Arbeitszeitarrangement gleichzeitig sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsgefährdende Teilaspekte beinhalten kann. Abbildung 2.1 zeigt ein vereinfachtes Modell der unterschiedlichen Verbindungen bzw. Wirkungsmechanismen, die von der Gestaltung der Arbeitszeit zur Gesundheit führen.

Abbildung 2.1: Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit, ein konzeptueller Rahmen



Q: WIFO-Darstellung, angepasst aus Tucker – Folkard (2012).

Die Gestaltung der Arbeitszeit kann sich zum einen über die Möglichkeiten für Ruhepausen und Erholung auf die Gesundheit auswirken, wobei diesbezüglich das Ausmaß und die Qualität von Schlaf eine große Rolle spielen. Nahe damit verwandt sind Effekte auf die "innere Uhr", die den Schlaf-Wach-Rhythmus im menschlichen Körper regelt. Darüber hinaus übt die Arbeitszeitgestaltung über die Vereinbarkeit des Berufs mit dem Familien- und Sozialleben einen Einfluss auf das (gesundheitliche) Wohlbefinden aus. Ein weiterer Wirkungsmechanismus betrifft die Rolle der Arbeitszeitgestaltung für die individuelle Bewältigung von Belastungen am Arbeitsplatz und das Zusammenspiel von Anforderungen und Kontrolle über die Arbeitsabläufe. Wie die modellhafte Darstellung zeigt, ist nicht zu erwarten, dass ein und dasselbe Arbeitszeitmodell auf alle Personen und unter allen beruflichen Rahmenbedingungen die gleichen Wirkungen entfaltet. Die konkreten Auswirkungen eines Arbeitszeitmodells hängen im Einzelfall immer auch von persönlichen Merkmalen und Umständen ab. Zu diesen Merkmalen gehören

neben individuellen Eigenschaften wie Geschlecht, Alter und "Chronotyp" (d. h. Frühaufsteher, Spätaufsteher usw.), auch familiäre und soziale Rahmenbedingungen sowie arbeitsplatzbezogene Faktoren, wie z. B. die Länge der Wegzeiten, die Verfügbarkeit und Qualität von Ruhezeiten für Pausen oder das Ausmaß an Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte bei der Arbeit.

Für die gesundheitliche Auswirkung, insbesondere was längerfristige, chronische Effekte betrifft, können darüber hinaus auch individuelle Bewältigungsstrategien und Verhaltensanpassungen eine Rolle spielen. Wir können in diesem Zusammenhang von indirekten Effekten sprechen, die dadurch entstehen, dass die Arbeitszeit mit dem gesundheitsrelevanten Verhalten am aber auch außerhalb des Arbeitsplatzes in Verbindung stehen kann. Negative Beispiele dafür sind der verstärkte Konsum von Suchtmitteln wie Tabak und Alkohol oder auch schlechte Ernährungsangewohnheiten, die wiederholt im Umgang mit Belastungen wie hohem Zeitdruck und unzureichenden Erholungszeiten beobachtet werden konnten (Sparks et al., 1997). Während diese Verhaltensweisen negative Anpassungsmechanismen darstellen ("maladaptive behaviours"), können umgekehrt andere Verhaltensformen, wie Bewegung und Sport, aber auch soziale Kontakte, positive gesundheitliche Effekte entfalten Winwood et al. (2007).

Arbeitszeitmodelle können sich in Bezug auf mehrere Merkmale voneinander unterscheiden. In einer gesundheitlichen Betrachtung sind die Länge und Lage der Arbeitszeit sowie die Regelmäßigkeit bzw. Flexibilität, mit der die Arbeitsleistung erbracht wird, wichtige kennzeichnende Dimensionen. Bei Vorliegen von unregelmäßigen bzw. flexiblen Arbeitszeiten ist weiters zu unterscheiden, ob die Flexibilität von den Beschäftigten ausgeht und ihnen somit einen zusätzlichen Handlungsspielraum ermöglicht, oder ob die Arbeitszeitentscheidungen vom Unternehmen bzw. von der Organisation getroffen werden. Übersicht 2.1 ordnet die angesprochenen Wirkungsmechanismen den unterschiedlichen Dimensionen der Arbeitszeitgestaltung zu. Einige Zusammenhänge betreffen vorwiegend ein bestimmtes Merkmal, so beispielsweise der Konnex zwischen Arbeitszeitlage und "innerer Uhr". Darüber hinaus können die hier aufgelisteten Merkmale gemeinsam die Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. im weiteren Sinne den Ausgleich zwischen der Arbeit und den restlichen Lebensbereichen (Work-Life-Balance) prägen.

Übersicht 2.1: Dimensionen der Arbeitszeitgestaltung und gesundheitliche Mechanismen

Dimension des Arbeitszeitmodells	Gesundheitliche Auswirkung (vorwiegend) über ...	
Länge	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsexposition • (Über)beanspruchung • Erholungszeiten, Schlaf 	Vereinbarkeit Beruf und Familie bzw. allgemein Work-Life-Balance
Lage	<ul style="list-style-type: none"> • Zirkadianen Rhythmus, "innere Uhr" 	
Flexibilität, Handlungsspielraum	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis Anforderungen und Kontrolle • Ruhepausen, Erholungszeiten 	

Q: WIFO-Darstellung.

2.2.2 Länge der Arbeitszeit

Die Länge der Arbeitszeit kann, wenn sie bestimmte Werte überschreitet, eine gesundheitliche Belastung darstellen. Untersuchungen zu den gesundheitlichen Effekten von langen Arbeitszeiten setzen oft bei einer Abgrenzung von 48 Wochenstunden an, bei Werten von über 50 oder gar bei 60 Stunden wird von überlangen Arbeitszeiten gesprochen. Entscheidend ist dabei auch, wie oft bzw. über welchen Zeitraum diese hohe Anzahl an Arbeitsstunden anfällt, d. h. die Kombination aus Intensität und Dauer der Belastung. Lange bzw. vor allem überlange Arbeitszeiten können zu einer Überbeanspruchung der körperlichen und psychischen Ressourcen führen und sich somit nachteilig auf die Gesundheit auswirken. Das hängt auch mit einem weiteren kausalen Mechanismus zusammen: Mit der Länge der Arbeitszeit steigt der Bedarf nach Erholung, während gleichzeitig die Möglichkeiten dazu eingeschränkt werden, z. B. durch die Schwierigkeiten, genügend Schlaf zu bekommen. Folglich spielen das Ausmaß und die Qualität von Ruhepausen und Erholungszeiten bei der Bewertung langer Arbeitszeiten eine entscheidende Rolle. Strukturierte 12-Stunden-Schichtsysteme mit entsprechend längeren Ruhezeiten sind beispielsweise nicht unmittelbar mit langen Arbeitszeiten gleichzusetzen und können bei entsprechender Gestaltung auch gegenüber kürzeren Schichtrotationen gesundheitliche Vorteile aufweisen (Smith et al., 1998; Knauth, 2007).

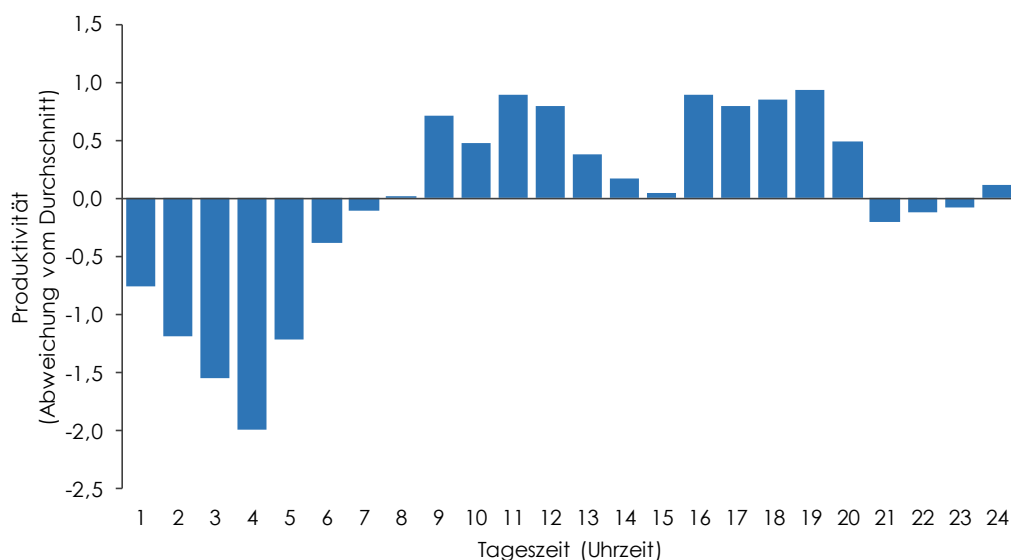
Darüber hinaus kann die Länge der Arbeitszeit die Wirkung von bestehenden Belastungsfaktoren verstärken. Bei Vorliegen einer Arbeitsplatzbelastung hängt das Risiko einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sowohl von der Intensität, als auch von der Dauer der Belastungsexposition ab. Das gilt unabhängig davon, ob es sich um körperliche Belastungsformen (wie Staub, Lärm oder das Heben schwerer Lasten) oder psychosoziale Belastungsfaktoren (wie das Arbeiten unter hohem Zeitdruck oder bei ständigem Kundenkontakt) handelt. Eine geringere Intensität der Exposition über eine längere Dauer hinweg kann zur gleichen Ausprägung der Belastung führen wie eine höhere Intensität über einen kürzeren Zeitraum. Intensität und Dauer dürften dabei einen nicht-linearen Effekt auf das Ausmaß der Belastung haben und dazu führen, dass die Belastung mit zunehmender Intensität und Dauer überproportional stark ansteigt (Wirtz, 2010). Daraus ergibt sich, dass mit der Arbeitszeit und somit der Dauer der Belastungsexposition auch das Risiko einer negativen Gesundheitsbeeinträchtigung steigt.

2.2.3 Lage der Arbeitszeit

Im Zusammenspiel mit der Anzahl an geleisteten Arbeitsstunden stellt auch ihre Abfolge und Verteilung im Tagesverlauf einen relevanten Gesundheitsfaktor dar. Der wichtigste kausale Mechanismus betrifft mögliche Störungen der "inneren Uhr" der betroffenen Arbeitskräfte durch Schicht- und Nachtarbeit. Viele physiologische Prozesse im menschlichen Körper, insbesondere Schlaf- und Wachzustände, aber auch Blutdruck, Körpertemperatur und die Produktion von Hormonen wie Melatonin und Cortisol folgen einem Rhythmus mit einer Dauer von etwa 24 Stunden, dem zirkadianen Rhythmus (Abbildung 2.2). Tageslicht ist der stärkste Zeitgeber für die Synchronisation der biologischen Innen- mit der Außenzeit, das Einnehmen von Mahlzeiten, Bewegung und Aktivität beeinflussen ebenfalls diesen Vorgang. Arbeit in den

Nachtstunden führt zu einer Störung des zirkadianen Rhythmus und löst einen Anpassungsdruck aus. Die Anpassung an einen neuen Tag-Nacht-Rhythmus erfolgt allerdings langsam (Härmä – Ilmarinen, 1999).

Abbildung 2.2: Produktivität im Tagesverlauf



Q: Folkard – Tucker (2003). Die y-Achse der Grafik zeigt standardisierte Durchschnittswerte (auf Basis von sogenannten z-scores) aus drei unterschiedlichen Produktivitätsindikatoren, die in ebenso vielen Studien ermittelt wurden.

Die Störung des zirkadianen Rhythmus stellt für den Körper eine Belastung dar, da es zu einer Unterbrechung der üblichen Sequenz und biologischen Ordnung der zahlreichen rhythmischen Ereignisse im menschlichen Körper kommt. Die verschiedenen "Uhren-Gene", die die einzelnen Prozesse steuern, reagieren zum Teil unterschiedlich schnell auf den Anpassungsdruck (Haus – Smolensky, 2006)⁵⁰. Eine vollständige Umstellung der inneren Uhr, so dass die Betroffenen nachts voll wach bleiben und tagsüber genauso gut schlafen können, wie normalerweise nachts, findet selten statt (Tucker – Folkard, 2012). Andauernde Nachtarbeit, die am ehesten zu einer vollständigen Umstellung führt, würde die potentiellen Konflikte und Unvereinbarkeiten mit dem privaten und sozialen Leben, die im Allgemeinen durch lange und atypische Arbeitszeiten hervorgerufen werden können, enorm zuspitzen.

Konflikte mit der inneren Uhr sind nicht auf Nachtarbeit beschränkt, sondern können auch Früh- und Abendschichten betreffen. Schlafentzug ist ein gemeinsamer Nenner der Probleme bei den meisten Formen der Nacht- und Schichtarbeit. So können beispielsweise auch Fröhschichten, vor allem dann, wenn sie in Kombination mit längeren Wegzeiten auftreten, die Dauer und Qualität der Schlafphase reduzieren. Störungen des zirkadianen Rhythmus beein-

⁵⁰ Der Begriff "innere Uhr" stellt eine starke Vereinfachung dar, da im menschlichen Körper neben einer "Hauptuhr", die im Gehirn angesiedelt ist, praktisch jede Zelle mit einem zirkadianen Uhrwerk ausgestattet ist.

trächtigen aber nicht nur den Schlaf. Sie beeinflussen über vielschichtige, teils noch unerforschte Zusammenhänge das Verdauungssystem, den Stoffwechsel und den Herzkreislauf und werden mit verschiedenen Erkrankungen in Verbindung gebracht (siehe z. B. *He et al.*, 2015; *Buxton et al.*, 2012).

Die Lage der Arbeitszeit kann nicht zuletzt deshalb für die Gesundheit und insbesondere für die Fehlzeiten der Beschäftigten relevant sein, weil sie auch mit der Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeit zusammenhängt⁵¹). Ausgehend vom zirkadianen Rhythmus nehmen die Aufmerksamkeit und Leistungsfähigkeit mit dem Abstand von der letzten Schlafphase ab. Schläfrigkeit, Schlafstörungen, Übermüdung und Schwankungen der Aufmerksamkeit sind Schlüsselfaktoren, um menschliche Fehler und die daraus resultierenden Arbeitsunfälle und Verletzungen zu erklären (*Costa*, 2010; *Tucker – Folkard*, 2012). Auch diesbezüglich lässt sich im Umkehrschluss sagen, dass Ruhepausen und andere Maßnahmen, die Störungen des zirkadianen Rhythmus reduzieren, kompensierende Wirkung haben.

2.2.4 Flexibilität und Handlungsspielraum

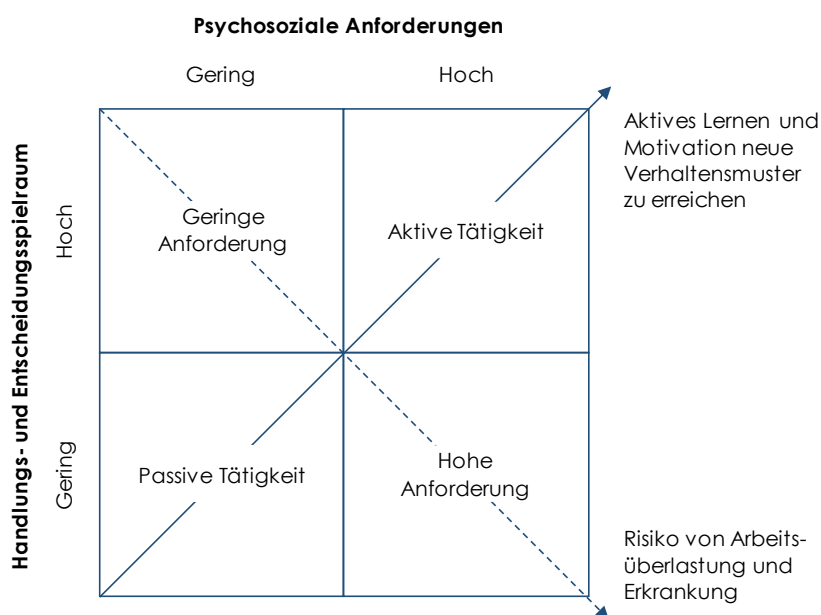
Die gesundheitlichen Effekte der Flexibilität von Arbeitszeit, vor allem wenn diese Flexibilität auch den Handlungsspielraum der Beschäftigten betrifft, können im Rahmen des von Robert Karasek entwickelten Anforderungs-Kontroll-Modells verortet werden (*Karasek*, 1979 bzw. *Karasek – Theorell*, 1990). Dieses Modell klassifiziert die Belastungskonstellationen von Arbeitssituationen anhand zweier Dimensionen, der Arbeitsanforderungen, die an die Person gestellt werden, und der Entscheidungs- und Kontrollspielräume, die zur Erfüllung der Aufgaben vorhanden sind (Abbildung 2.3). Laut dem Modell ergeben sich besonders starke Stresserfahrungen aus dem Zusammentreffen von hohen Anforderungen und geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen (die zusammen die Dimension der Kontrolle ergeben). Arbeitsplätze, die hohe Anforderungen mit großer Autonomie verknüpfen, fördern die Zufriedenheit, die Lernmotivation und das aktive Freizeitverhalten und haben letztendlich positive Effekte auf die Beschäftigten ("active jobs"). Die Belastung ist am höchsten, wenn durch hohe Anforderungen Druck erzeugt wird und zugleich für die Beschäftigten nicht die Möglichkeit gegeben ist, durch autonomes Handeln den Druck zu kanalisieren und abzubauen ("high strain jobs"). Arbeitszeitflexibilisierung ist, sofern sie aus Sicht der Beschäftigten die Kontrolle über die Arbeitszeit erhöht, als eine Form der Autonomie zu verstehen (*Tucker et al.*, 2015).

Der positive Zusammenhang zwischen Arbeitszeitautonomie und Gesundheit kann durch zwei Mechanismen erklärt werden (*Nijp et al.*, 2012). Der erste betrifft die Möglichkeit einer verbesserten Anpassung der Arbeitszeit an die außerberuflichen Verpflichtungen und Bedürfnisse. Ein mitarbeiterorientiertes, flexibles Arbeitszeitmodell trägt zu einer besseren Verzahnung der Arbeitszeiten mit den individuellen Bedürfnissen bei. Arbeitszeitautonomie kann somit Konflikte zwischen beruflicher und privater/sozialer Sphäre und damit eine psychische Belastungsquelle reduzieren (*Beckers et al.*, 2012). Vor dem Hintergrund der Zunahme an Zeitdruck und an Zeit-

⁵¹) Das betrifft nicht nur die Arbeitswelt. So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass SchülerInnen vormittags bessere Ergebnisse bei Tests erzielen als am Nachmittag (*Pope*, 2016).

konflikten, die viele Erwerbstätige erleben, dürfte dieser Aspekt von Arbeitszeitautonomie für das Gesundheitsverhalten und das Wohlbefinden von steigender Bedeutung sein (Moen *et al.*, 2011). Der zweite gesundheitsfördernde Mechanismus betrifft positive Effekte, die sich durch größeren Handlungsspielraum bei der Arbeitszeit für die Erholungszeiten ergeben. Arbeitskräfte, die eine hohe Arbeitszeitautonomie haben, sind besser in der Lage, ein günstiges Gleichgewicht zwischen Arbeitseinsatz und Erholung aufrechtzuerhalten und Überbeanspruchung zu vermeiden, z. B. durch Ruhepausen während der Arbeit sowie durch die Kontrolle über Arbeitsanfang und -endzeiten und über Urlaubstage. Die Arbeitszeitautonomie kann somit als ein Schlüsselfaktor angesehen werden, um eine Überlastung der MitarbeiterInnen zu verhindern und ein günstiges Gleichgewicht zwischen Verausgabung und Erholung zu erhalten (Nijp *et al.*, 2012). Bei Arbeitszeitmodellen, die aus Sicht der Beschäftigten inflexibel sind bzw. in denen ihr Arbeitseinsatz einseitig durch betriebliche Optimierungsüberlegungen festgelegt wird, sind bei gleichzeitigem Auftreten von hohen Anforderungen gegenteilige, negative gesundheitliche Risiken zu erwarten.

Abbildung 2.3: Anforderungs-Kontroll-Modell



Q: Folkard – Tucker (2003).

2.3 Welche Erkenntnisse liefern empirische Studien?

Die im vorangegangenen Abschnitt aufgezeigten Wirkungszusammenhänge sind Gegenstand eines ständig wachsenden Felds an empirischen Untersuchungen. Der vorliegende Abschnitt fasst die wichtigsten Ergebnisse aus der internationalen Forschung zusammen, wobei

ein besonderes Augenmerk auf Studien gelegt wird, die spezifisch den Krankenstand als gesundheitlichen Indikator untersuchen.

Bei der Bewertung dieses Überblicks ist zu berücksichtigen, dass einige der neuen Arbeitszeitmodelle bisher nur ansatzweise bzw. in sehr spezifischen Kontexten (z. B. innerhalb einer Berufsgruppe) untersucht wurden, was die Verallgemeinerung von Erkenntnissen einschränkt. Allgemeingültige Einschätzungen zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung sind auch deshalb schwierig, weil es in der (internationalen) Praxis eine Fülle an unterschiedlichen Arbeitszeitmodellen gibt und gesundheitliche Effekte aus dem Zusammenspiel der Arbeitszeit mit anderen Faktoren resultieren (Abbildung 2.1) sowie von der Dauer des Verbleibs in einem Arbeitszeitmodell abhängig sind.

Ein erheblicher Teil der Forschung zu den gesundheitlichen Effekten der Arbeitszeitgestaltung beruht darüber hinaus auf Querschnittsanalysen, deren Ergebnisse durch Selektionseffekte verzerrt sein können. Das ist dann der Fall, wenn überproportional viele Beschäftigte mit besonders guten oder besonders schlechten gesundheitlichen Voraussetzungen bestimmte Berufe und Arbeitszeitmodelle wählen. In solchen Fällen ist es schwierig zu unterscheiden, in welchem Ausmaß gesundheitliche Unterschiede im Zusammenhang mit der Arbeitszeit auf diese Selektionsprozesse oder zusätzlich auf gesundheitliche Effekte der einzelnen Arbeitszeitmodelle zurückzuführen sind. Vor diesem Hintergrund wurde bei der Auswahl der hier zusammengefassten Forschungsergebnisse soweit möglich darauf geachtet, jenen Studien Vorrang zu geben, die durch ein longitudinales Design oder den Einsatz geeigneter Methoden Selektionseffekte berücksichtigen und im Idealfall nicht nur Korrelationen, d. h. das gleichzeitige Auftreten verschiedener Merkmale, sondern auch kausale Effekte bestimmen können. Einschränkend ist auch zu beachten, dass die gesundheitlichen Auswirkungen von Arbeitszeiten oftmals Jahre brauchen, um sich zu manifestieren (Tucker – Folker, 2012).

2.3.1 Lange Arbeitszeiten

Zahlreiche empirische Studien belegen, dass lange Arbeitszeiten beträchtliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben können. Gut dokumentiert sind ein erhöhtes Unfallrisiko sowie ein erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen und Beeinträchtigungen des Muskel-Skelett-Apparats (Wirtz, 2010). Schlafmangel und reduzierte Schlafqualität spielen als Transmissionskanäle für die negativen Gesundheitsfolgen von langen Arbeitszeiten eine Rolle, es gibt aber auch Hinweise für gesundheitlich belastende Verhaltensmuster im Zusammenhang mit langen Arbeitszeiten: Virtanen *et al.* (2015) stellen beispielsweise im Lichte einer umfangreichen Metastudie fest, dass Arbeitskräfte, die mehr als 48 Stunden pro Woche arbeiten, im Vergleich zu Beschäftigten mit Standardarbeitszeit eine geringfügig höhere Neigung zu gesundheitlich schädlichem Alkoholkonsum aufweisen. Die negativen Auswirkungen langer Arbeitszeiten kommen vor allem bei einem Arbeitspensum von 50 Stunden und mehr pro Woche zum Tragen. Längere Tagesarbeitszeiten (z. B. auch im Zusammenhang mit der Verdichtung der Wochenarbeitszeit auf eine 4-Tage-Woche) dürften deutlich weniger negative Effekte nach sich ziehen als lange Wochenarbeitszeiten (Bambra *et al.*, 2008).

Die verfügbaren Forschungsergebnisse lassen aber auch die Vielschichtigkeit des Zusammenhangs zwischen Arbeitsstunden und Gesundheit erkennen, insbesondere in Bezug auf die Rolle von "moderierenden" Faktoren wie die Art der ausgeübten Tätigkeit, die Handlungsspielräume bei der Arbeit und das Ausmaß der sozialen Unterstützung am und außerhalb des Arbeitsplatzes. Vor allem das gleichzeitige Auftreten von mehreren Belastungsmerkmalen dürfte, auch den theoretischen Erklärungsansätzen zufolge, entscheidend für das Entstehen von gesundheitlichen Schäden sein. *Tucker – Folkard* (2012) finden beispielsweise in einer Untersuchung von britischem Eisenbahnpersonal, dass die Zahl der (Über)Stunden nur bei Arbeitskräften, die auch wenig Entscheidungsspielraum und geringe soziale Unterstützung hatten, mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von körperlichen Beschwerden assoziiert war. *O'Reilly – Rosato* (2013) zeigen anhand einer epidemiologischen Untersuchung mit irischen Daten ein erhöhtes Mortalitätsrisiko bei überlangen Arbeitszeiten (55 Wochenstunden und mehr), allerdings nur im Falle von männlichen Beschäftigten, die Routinetätigkeiten ausübten; selbständig Beschäftigte und Arbeitskräfte mit leitenden Funktionen hatten auch bei hohen Arbeitsstunden keine erhöhte Mortalität. Auch andere Studienergebnisse (z. B. *Van der Hulst – Geurts*, 2001) belegen, dass Überstunden und lange Arbeitszeiten vor allem dann negative Folgen nach sich ziehen, wenn die Beschäftigten in der Arbeit wenig Handlungsspielraum haben sowie ein geringes Ausmaß an (monetärer und/oder nicht-monetärer) Wertschätzung erhalten. Bei der Beantwortung der Frage, inwiefern und in welchem Ausmaß lange bzw. überlange Arbeitszeiten ein gesundheitliches Risiko darstellen können, muss demnach im Einzelfall auf die individuellen Umstände eingegangen und das Zusammenspiel der unterschiedlichen belastenden bzw. protektiven Faktoren berücksichtigt werden.

Obwohl vor allem sehr lange Wochenarbeitszeiten negative gesundheitliche Auswirkungen haben können, müssen lange Arbeitszeiten nicht zwangsläufig mit hohen Krankenstandszahlen einhergehen, zumindest in einer Querschnittsbetrachtung. Empirische Untersuchungen zeigen im Gegenteil oft, dass Beschäftigte mit einem hohen Ausmaß an Arbeitsstunden niedrige Krankenstandsquoten aufweisen (z. B. *Voss et al.*, 2001, *Niedhammer et al.*, 2012). Dieser Zusammenhang kann zum Teil durch die bereits angesprochenen Selektionseffekte erklärt werden, da vor allem gesündere ArbeitnehmerInnen lange Arbeitszeiten leisten bzw. leisten können ("healthy worker"-Effekt). Eine weitere Erklärung für die Korrelation zwischen hoher Wochenstundenanzahl und niedrigen Fehlzeiten besteht darin, dass lange Arbeitszeiten oft auch eine stärkere Motivation voraussetzen und/oder einen höheren Druck nach sich ziehen, am Arbeitsplatz anwesend zu sein und Krankenstände zu vermeiden (*Bernstrøm – Houkes*, 2018). *Niedhammer et al.* (2012) stellen bei Beschäftigten mit mehr als 48 Stunden Wochenarbeitszeit sowohl niedrigere Fehlzeiten als auch erhöhten Präsentismus (d. h. Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit) fest. Lange Arbeitszeiten wurden auch in anderen Studien wiederholt mit einer erhöhten Präsentismuswahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht (*Steinke – Badura*, 2011). Beide Erklärungsansätze, also Selektionseffekte und erhöhter Präsentismus, zeigen, dass niedrige Krankenstandszahlen und mittel- bis längerfristige negative Gesundheitseffekte von (über)langen Arbeitszeiten nicht im Widerspruch stehen müssen.

2.3.2 Teilzeitbeschäftigung bzw. kürzere Arbeitszeiten

Während zahlreiche Studien die gesundheitlichen Implikationen von Arbeitszeitmodellen mit einer sehr hohen Anzahl an Wochenstunden oder Überstunden untersuchen, wurden Teilzeitbeschäftigung und geringere Arbeitsstunden bisher in einer gesundheitlichen Perspektive nur wenig beleuchtet. Grundsätzlich sind aufgrund der größeren Spielräume für Erholungszeiten und für die Vereinbarkeit von Beruf und nicht-beruflichen Aktivitäten bei kürzeren Arbeitszeiten positive gesundheitliche Effekte erwartbar. Zwei skandinavische Studien, in denen die gesundheitlichen Auswirkungen einer Arbeitszeitreduktion untersucht wurden, stützen diese Erwartungen. Åkerstedt *et al.* (2001) untersuchten eine Verkürzung der Arbeitszeit von 39 auf 30 Wochenstunden in einer kleinen Gruppe von schwedischen Beschäftigten aus dem Gesundheitssektor, bei vollem Lohnausgleich und entsprechender Personalaufstockung. Die Arbeitszeitverkürzung führte (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) zu einer höheren sozialen Interaktion und besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatsphäre. Auf gesundheitlicher Ebene verbesserten sich die Indikatoren zu Schlafqualität, Übermüdung sowie Atmungs- und Kreislaufbeschwerden. Die Zahl der Krankenstände und auch der subjektiv eingeschätzte, allgemeine Gesundheitszustand blieben dagegen unverändert. In einer ähnlichen, aber wesentlich umfangreicheren und vollständig randomisierten Studie mit schwedischen Beschäftigten aus dem öffentlichen Dienst konnten positive Effekte einer 25%-igen Arbeitszeitverkürzung auf die Schlafdauer und -qualität sowie auf den wahrgenommenen Stresspegel festgestellt werden (Schiller *et al.*, 2017)⁵²). Auch in diesem Fall erfolgte die Verkürzung der Arbeitszeit in der Versuchsgruppe bei vollem Lohnausgleich, mittels Rekrutierung von zusätzlichem Personal wurde zudem sichergestellt, dass die Arbeitslast im gleichen Ausmaß wie die Arbeitszeit reduziert wurde.

Zu den Krankenständen gehen aus den wenigen verfügbaren Untersuchungen mit Mikrodaten keine stark belastbaren Ergebnisse hervor. Wie Åkerstedt *et al.* (2001) beobachteten auch von Thiele Schwarz – Hasson (2011) in einem kontrollierten Versuch zwischen zwei Gruppen von Beschäftigten in Zahnarztpraxen für sich genommen keine Auswirkungen einer (geringfügigen) Reduktion der Arbeitszeit um 2,5 Wochenstunden auf den Krankenstand. In einem Teil der Versuchsgruppe dieser Studie, in der gleichzeitig die Arbeitszeit verkürzt und im selben Ausmaß körperliche Bewegung verordnet wurde, kam es dagegen zu einem Rückgang der Häufigkeit und Dauer von Krankenständen. Auf aggregierter Ebene fallen die Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Teilzeitbeschäftigung und Krankenstand dagegen eindeutiger aus: Verschiedene Studien, die sich mit Unterschieden auf der Ebene von Firmen, Gebietskörperschaften oder Ländern befasst haben, stellen fest, dass höhere Teilzeitquoten mit niedrigeren Krankenstandsquoten einhergehen Bernstrøm – Houkes (2018).

⁵²) In dieser Studie wurden keine weiteren gesundheitlichen Indikatoren untersucht.

2.3.3 Schicht- und Nachtarbeitsmodelle

Schicht- und Nachtarbeit zählen zweifellos zu den am intensivsten erforschten Arbeitszeitformen. Eine Vielzahl an Studien hat in den vergangenen Jahrzehnten belegt, dass Schichtarbeit negative gesundheitliche Folgen haben kann. Zu den gut dokumentierten Gesundheitsproblemen zählen in diesem Zusammenhang Schlafstörungen, Müdigkeit, Verdauungsprobleme und stressbedingte Erkrankungen (Bambra, 2011). Die Forschungsergebnisse zeigen, dass Schichtarbeit in erster Linie dann gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich zieht, wenn sie auch Nachtarbeit erfordert. Die Prävalenz von Verdauungsstörungen ist beispielsweise bei SchichtarbeiterInnen, deren Zeitpläne Nachtarbeit beinhalten, durchschnittlich zwei bis fünf Mal höher als bei jenen, die nicht nachts arbeiten (Tucker – Folkard, 2012). Allerdings können nicht nur Nachtschichten, sondern auch sehr frühe Morgenschichten das Ausmaß und die Qualität von Schlaf und Erholung beeinträchtigen (Åkerstedt et al., 2010; Bostock – Steptoe, 2013).

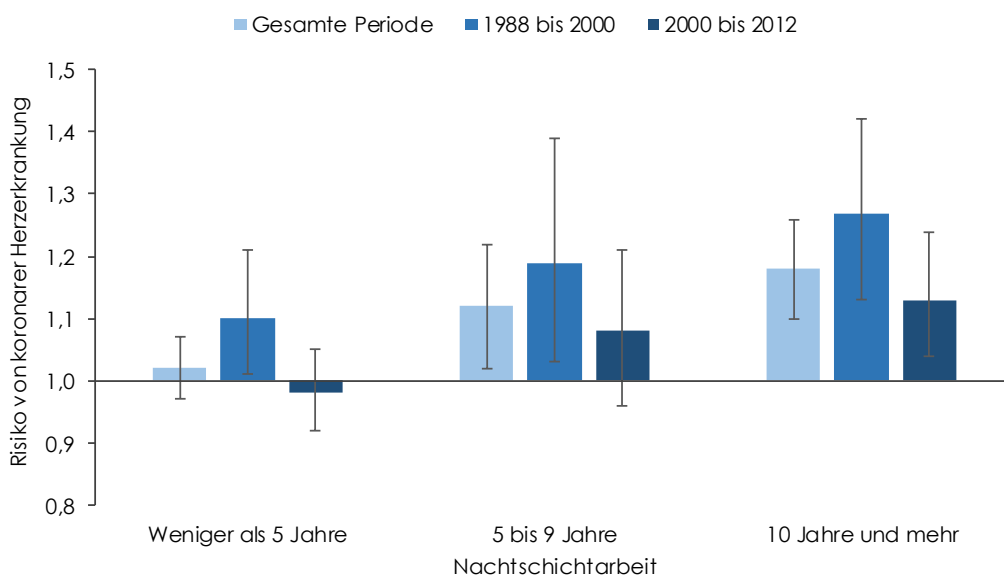
Auf der Grundlage des gegenwärtigen Wissensstands spricht zudem vieles dafür, dass Schichtarbeit als Auslöser von Störungen des zirkadianen Rhythmus, Stoffwechselproblemen und erhöhtem Übergewichtsrisiko das Eintreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aber auch Diabetes und andere stoffwechselbezogene Erkrankungen fördert (Antunes et al., 2010; Esquirol et al., 2011). Die Bestimmung von eindeutigen kausalen Effekten ist allerdings in Bezug auf diese Krankheitsgruppen mit besonderen Schwierigkeiten behaftet: aufgrund der großen Vielfalt an unterschiedlichen Schichtarbeitsmodellen, die eine genaue Zuordnung zu bestimmten Merkmalen der Arbeitszeitgestaltung erschwert, aber auch der komplexen pathologischen und physiologischen Mechanismen, die es zu beschreiben gilt. In Bezug auf kardiovaskuläre Erkrankungen legen die vorliegenden Ergebnisse plausible Wirkungszusammenhänge offen, sie zeigen aber auch, dass es weiterführender Untersuchungen bedarf, um spezifische kausale Zusammenhänge eindeutig nachzuweisen (Puttonen et al., 2010).

Das gilt in noch höherem Ausmaß für die mögliche Rolle von Schichtarbeit als Auslöser von Krebserkrankungen. Die Internationale Agentur für Krebsforschung (IARC) hat im Jahr 2007 Schichtarbeit mit zirkadianer Störung als "wahrscheinlich krebserregend" eingestuft (Gruppe-2A). Im Zusammenhang mit Nachtschichtarbeit wurde wiederholt ein erhöhtes Brustkrebsrisiko festgestellt, auch wenn die Forschungsergebnisse nicht einheitlich sind (Kolstad, 2008; Travis et al., 2016; Wegrzyn et al., 2017). Darmkrebs und Prostatakrebs sind weitere Krebsformen, die im Zusammenhang mit Schichtarbeit untersucht wurden, ohne dass sich bisher ein eindeutiger Forschungskonsens abgezeichnet hat. Insgesamt mangelt es an eindeutigen Belegen für die Mechanismen, die Schichtarbeit mit der Entstehung und Entwicklung dieser Erkrankungen in Verbindung setzen.

Wie bei anderen arbeitsbezogenen Faktoren, hängen die möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von Schichtarbeit stark von der Dauer der Exposition ab. Vetter et al. (2016) weisen beispielsweise anhand einer sehr umfassenden Untersuchung von amerikanischen Krankenpflegerinnen ein erhöhtes Risiko von koronaren Herzerkrankungen nach, das mit der Anzahl an Jahren von Nachtschichtarbeit steigt (Abbildung 2.4). Frauen, die weniger als 5 Jahre

rotierende Schichten mit Nachtarbeit geleistet hatten, unterschieden sich im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko nur geringfügig von Pflegerinnen ohne Nachtarbeit (erste drei Balken in Abbildung 2.4). Das Risiko einer koronaren Herzerkrankung stieg jedoch bei Pflegerinnen mit 5 bis 10 Jahren und noch mehr bei jenen mit mehr als 10 Jahren Nachtarbeit erheblich an. Die Studie zeigt auch, dass die negativen gesundheitlichen Effekte mit zunehmendem Abstand von der letzten Belastungsexposition abnehmen. 20 Jahre nach Beendigung der Nachtschichtarbeit hatte sich die Erkrankungswahrscheinlichkeit auch bei jenen Frauen, die mehr als 10 Jahre Nachtschichten geleistet hatten, auf das Niveau der Kontrollgruppe normalisiert (hier nicht abgebildet). In einer der wenigen Studien zu den Auswirkungen von Schichtarbeit auf kognitive Fähigkeiten konnten *Marquié et al.* (2015) ähnliche Zusammenhänge nachweisen. Demnach war Nachtschichtarbeit mit einer chronischen kognitiven Beeinträchtigung assoziiert (die mit entsprechenden Tests gemessen wurde), wobei der Effekt bei Beschäftigten mit mehr als 10 Jahren Nachtschichtarbeit deutlich stärker war als bei jenen mit kürzeren Perioden. Die Wiederherstellung der kognitiven Funktionsfähigkeit auf das Niveau der Kontrollgruppe erfolgte frühestens 5 Jahre nach Beendigung jeglicher Form von Schichtarbeit.

Abbildung 2.4: Erhöhtes Risiko von koronarer Herzerkrankung bei Nachtschichtarbeit
Hauptergebnisse einer Langzeitstudie von amerikanischen Krankenpflegerinnen



Q: WIFO-Darstellung auf Basis von Daten aus *Vetter et al.* (2016: Übersicht 2). Hinweis: Referenzgruppe sind Krankenpflegerinnen, die keine rotierenden Nachtschichten geleistet haben.

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Schichtarbeit und Krankenstand fallen die verfügbaren Studienergebnisse zum Teil sehr unterschiedlich aus. *Merkus et al.* (2012) finden im Lichte einer umfangreichen Review-Studie, in der sie über 24 Artikel sichten und die neun qualitativ hochwertigsten Arbeiten synthetisch zusammenfassen, nur in Bezug auf fixe Abend-

schichten einen eindeutigen Konnex zu erhöhtem Krankenstand, wobei die gegenständlichen Untersuchungen vorwiegend Frauen im Gesundheitssektor betreffen. In Bezug auf Nachtschichtarbeit, die allgemein am Stärksten mit negativen gesundheitlichen Effekten assoziiert ist, zeigen einige Studien eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Langzeitkrankenständen (mehr als 8 Wochen), andere wiederum keine oder nicht statistisch signifikante Effekte. Die AutorInnen deuten diese uneinheitlichen Ergebnisse einerseits als Beleg dafür, dass die Auswirkungen von Schichtarbeit auf die Fehlzeiten von der genauen Ausgestaltung des Modells und den begleitenden Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz bestimmt werden. Andererseits schließen sie nicht aus, dass zumindest in einigen Studien (positive) Selektionseffekte von gesünderen Personen in Schichtarbeit das Gesamtbild beeinflusst haben könnten.

In den neuesten verfügbaren Forschungsarbeiten werden Nachtschichten und lange Arbeitsschichten eindeutiger mit erhöhtem Krankenstand in Verbindung gebracht, wobei auch diese Untersuchungen den Gesundheits- und Sozialbereich betreffen. *Ropponen et al. (2019)* kommen in ihrer Analyse mit finnischen Daten zur Schlussfolgerung, dass mehrfache aufeinander folgende Nachtschichten sowie kurze Erholungszeiten zwischen Schichten (weniger als 11 Stunden) die Wahrscheinlichkeit von kurzen Krankenständen erheblich erhöhen. Ein ähnlicher, wenn auch statistisch nicht so eindeutig signifikanter Zusammenhang wird in Bezug auf wiederholte, aufeinander folgende Abendschichten festgestellt. Anders als die meisten Studien, in denen Beschäftigte mit und ohne Schichtarbeit verglichen werden, konzentrieren sich *Dall'Ora et al. (2019)* in ihrer longitudinalen Untersuchung von Pflegepersonal in britischen Krankenhäusern auf die unterschiedliche Gestaltung von Schichtarbeit. Sie finden, dass Beschäftigte mit 12-Stunden-Schichten gegenüber 8-Stunden-Schichten (unabhängig davon ob es Tag- oder Nachtschichtarbeit ist) einen erhöhten Krankenstand haben. Der Effekt stellte sich nicht bei PflegerInnen ein, die nur gelegentlich lange Arbeitsschichten hatten, sondern nahm mit zunehmendem Anteil an langen Schichten zu und war unter den beobachteten Beschäftigten bei jenen am höchsten, die mehr als drei Viertel der Zeit 12-Stunden-Schichten arbeiteten. Höhere Anteile von langen Schichten waren sowohl mit mehr Kurz- als auch mit mehr Langzeitkrankenständen verbunden.

Neben den vielfachen Erkenntnissen zu den möglichen negativen Folgen von Schicht- und Nachtarbeit hat sich die Wissenschaft schon seit langem mit möglichen Maßnahmen und Anpassungen auseinandergesetzt, die diese negativen Folgen abschwächen oder sogar kompensieren können (Textkasten 2.1).

Textkasten 2.1: Gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung von Schicht- und Nachtarbeit

Die vertiefte Auseinandersetzung mit den möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von Schicht- und Nachtarbeit hat auch dazu geführt, dass ein konsolidiertes Set an Maßnahmen und Gestaltungsempfehlungen vorliegt, um den Gesundheitsschutz zu erhöhen und die gesundheitlichen Risiken bei Nacht- und Schichtarbeit zu reduzieren:

- Die Anzahl aufeinanderfolgender Nachtschichten sollte möglichst klein sein (idealerweise nur einzelne Nachtdienste), es sollten nicht mehr als drei Schichten in der Folge sein.
- Nach einer Nachtschichtphase sollte die Ruhephase möglichst lang sein und mindestens 24 Stunden betragen.
- Kurz vorwärts rotierende Schichtsysteme (z. B. zwei Früh-, zwei Spät- und zwei Nachtschichten) sind gesundheitlich weniger belastend als lang rotierende Pläne (z. B. wochenweiser Wechsel der Schichtart) und nach hinten rotierende Pläne (Nachtdienst-Spättdienst-Frühdienst).
- ArbeitnehmerInnen in Schichtarbeit sollten möglichst mehr freie Tage haben als Beschäftigte in Tagarbeit, zusammenhängende Freizeit (am Wochenende) ist besser als einzelne freie Tage.
- Die Frühschicht sollte nicht zu früh beginnen, die Nachtschicht sollte möglichst früh enden.
- Während Nachtschichten sollten warme und leicht bekömmliche Mahlzeiten eingenommen bzw. den MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt werden.
- Individuelle Vorlieben sollten bei der Gestaltung der Arbeitszeit berücksichtigt werden und die Schichtpläne transparent und vorhersehbar sein.

Q: Beermann (2010), Zulley – Knab (2009), www.gesundheit.gv.at.

2.3.4 Gleitzeit und andere Formen der autonomen Arbeitszeitgestaltung

Arbeitszeitmodelle, in denen die Beschäftigten den Beginn und das Ende der täglichen Arbeitszeit innerhalb eines Rahmens frei bestimmen können, sind eine vergleichsweise junge organisatorische Entwicklung. In Deutschland führte ein Unternehmen bereits in den späten 1960er-Jahren eine "gleitende" Form der Arbeitszeitflexibilisierung ein, ab den 1970er-Jahren fanden Gleitzeitmodelle in den westeuropäischen Ländern Verbreitung (Beckers *et al.*, 2012). Der Durchbruch erfolgte jedoch erst in den 1990er-Jahren, als sich ein breiter Trend zur Gleitzeit und zu anderen Formen der mitarbeiterInnenorientierten Arbeitszeitgestaltung durchsetzte. Angefacht wurde diese Entwicklung durch die steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen und das zunehmende Bedürfnis, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern. Aber auch durch ein verstärktes Augenmerk für die Förderung der Gesundheit und die Erhöhung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz. Die Wissenschaft setzt sich seit den späten 1990er-Jahren vermehrt mit diesen Arbeitszeitmodellen auseinander, wobei die Forschung neben eindeutig vereinbarten Gleitzeitmodellen ("flexitime" oder "flexitime") auch auf andere Formen der selbstbestimmten bzw. autonomen Arbeitszeitgestaltung ("worktime control") eingeht. Dazu zählen sowohl unterschiedliche Abstufungen der Autonomie bei der Einteilung der Arbeit, der Ruhepausen, der Urlaubszeiten usw.⁵³⁾, als auch Modelle mit "komprimierten" Arbeitszeiten, in denen die wöchentliche Normalarbeitszeit auf eine reduzierte Zahl an Wochentagen verteilt werden kann ("compressed work week").

⁵³⁾ Dieser Handlungsspielraum wird üblicherweise mit Fragebögen anhand der Selbsteinschätzung durch die Beschäftigten ermittelt, beispielsweise durch Fragen wie "Im Allgemeinen, wie viel Kontrolle haben Sie bei der Entscheidung, wann Sie Ihre Arbeit verrichten?".

Wie die umfangreiche Meta-Studie von *Baltes et al.* (1999) zeigt, zeichnen die früheren Studien ein positives Bild dieser Formen der Arbeitszeitflexibilisierung. In Bezug auf Gleitzeitmodelle konnten günstige Effekte auf die Produktivität, die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit, die Arbeitszufriedenheit insgesamt und auch auf das Krankenstandsniveau nachgewiesen werden (wobei der Zusammenhang zur Produktivität weniger stark ausgeprägt war als jener zum Krankenstand). Auch komprimierte Arbeitswochen, in denen die wöchentliche Normalarbeitszeit typischerweise auf vier Arbeitstage konzentriert ist, zeigten eine positive Assoziation mit unterschiedlichen Zufriedenheitsindikatoren. Die AutorInnen konnten in ihrer Synthese des Forschungsstands allerdings keine positiven Effekte dieser Zeitmodelle auf den Krankenstand erkennen.

In einem neueren Review synthetisieren *Nijp et al.* (2012) den Forschungsstand der Jahre 1995 bis 2011. Die AutorInnen treffen dabei eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Gleitzeit ("flexitime") und Studien, die andere Dimensionen der Arbeitszeitautonomie (z. B. in Bezug auf Tagesarbeitszeit, Ruhepausen, Urlaube, freie Tage) untersuchten und zum Teil anhand gewichteter Indizes oder anderer synthetischer Maße quantifizierten. In Bezug auf Gleitzeitarbeit bestätigen die AutorInnen die positiven Einschätzungen aus früheren Studien. Gleitzeitarbeit wies auch in den neueren Untersuchungen in Bezug auf unterschiedliche Indikatoren wie Krankenstand, Schlafqualität und dem allgemeinen gesundheitlichen Wohlbefinden entweder einen neutralen oder einen positiven Zusammenhang auf. Ähnlich fielen auch die Ergebnisse mit Blick auf Indikatoren wie Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation aus. Besonders deutlich und belastbar war die Evidenz für positive Auswirkungen auf die Work-Life-Balance (bzw. die "work-non-work-balance"). Gleitzeitmodelle begünstigen demnach das Gleichgewicht zwischen der beruflichen und der nicht-beruflichen Lebenssphäre.

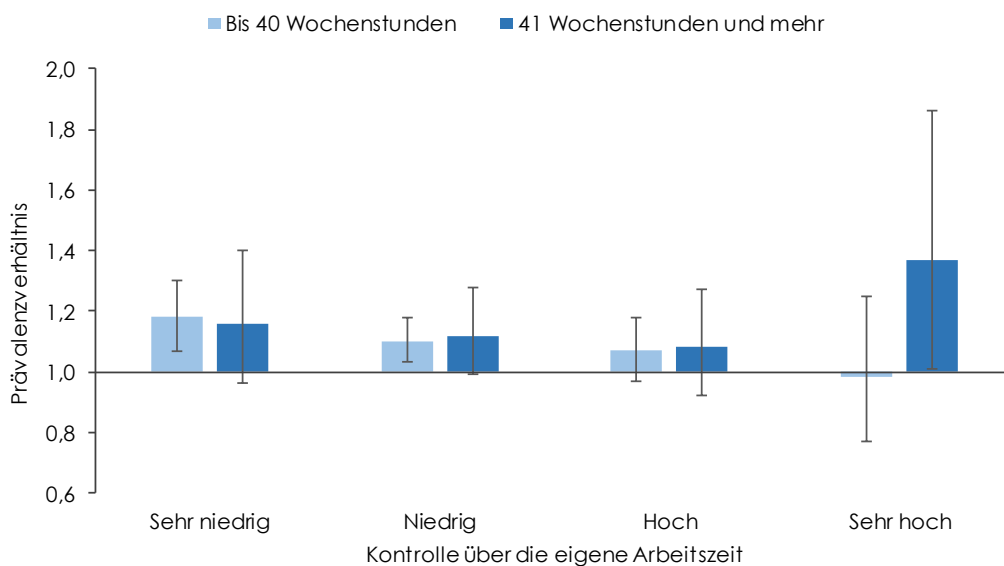
In Bezug auf andere Dimensionen der Arbeitszeitautonomie (wie Entscheidungsspielraum bei Urlauben usw.) waren die Ergebnisse – mit Ausnahme der Work-Life-Balance, die eindeutig positiv beeinflusst wird, – differenzierter bzw. weniger belastbar. Zwar weisen *Nijp et al.* (2012) darauf hin, dass auch spezifische Teilaspekte der Arbeitszeitkontrolle, wie ein hohes Maß an Selbstbestimmung über Ruhepausen, Urlaube oder Überstunden, tendenziell günstige Auswirkungen auf individuelle und betriebliche Indikatoren haben dürften, die Evidenz dazu war aber auch aufgrund der geringen Zahl an Studien noch nicht belastbar. In Bezug auf die gesundheitlichen Indikatoren konnte zudem nur vereinzelt von kausalen Zusammenhängen zur Arbeitszeitflexibilität bzw. Arbeitszeitautonomie gesprochen werden, zahlreiche Ergebnisse konnten aufgrund der methodischen Einschränkungen nur als Korrelationen eingestuft werden, die es in weiteren Studien zu überprüfen gelte.

In den jüngsten Jahren sind in der Tat einige Studien erschienen, die für unterschiedliche gesundheitliche Indikatoren eindeutige, kausale Zusammenhänge etablieren konnten. *Albrecht et al.* (2017) kommen in ihrer Untersuchung anhand von schwedischen Paneldaten zu dem Ergebnis, dass Kontrolle über die Arbeitszeit – insbesondere über Ruhepausen und Urlaubszeiten – die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung von depressiven Symptomen reduziert, auch wenn dieser Effekt quantitativ nicht groß ist. Mit einer sehr ähnlichen Datengrundlage finden

Tucker et al. (2016) einen positiven Effekt dieser Formen der Arbeitszeitautonomie auf die Unfallwahrscheinlichkeit, während andere longitudinale Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Arbeitszeitkontrolle und Schlaf bzw. Schlafqualität feststellen konnten (Takahashi et al., 2012; Salo et al., 2014).

Eine höhere Flexibilität und Kontrolle über die Arbeitszeit kann aber auch negative Folgen nach sich ziehen, nämlich dann, wenn sie bei den Beschäftigten eine Verdichtung der Arbeit und den Abbau der Abgrenzung zur Privatsphäre verursacht. Ein Beispiel dafür kann anhand der Ergebnisse aus der finnischen Studie von Salo et al. (2014) veranschaulicht werden, die in Abbildung 2.5 dargestellt sind. Die Ergebnisse zeigen für Beschäftigte mit Teil- oder Standardarbeitszeit (bis 40 Wochenstunden) bei niedriger Arbeitszeitkontrolle eine erhöhte Prävalenz von Schlafstörungen. Hohe Arbeitszeitkontrolle geht mit weniger Schlafstörungen einher. Bei Arbeitskräften mit langen Arbeitszeiten ist dagegen sowohl ein sehr geringes als auch ein sehr hohes Ausmaß an Arbeitszeitkontrolle mit Schlafstörungen assoziiert (wobei die geschätzten Effekte große Konfidenzintervalle aufweisen und demnach nur moderat statistisch signifikant sind).

Abbildung 2.5: Kontrolle über die eigene Arbeitszeit und Prävalenz von Schlafstörungen
Hauptergebnisse einer Langzeitstudie von finnischen öffentlich Bediensteten



Q: WIFO-Darstellung auf Basis von Daten aus Salo et al. (2014: Übersicht 4). Hinweise: Referenzgruppe sind Beschäftigte mit mittlerer Arbeitszeitkontrolle. Das Modell beinhaltet die folgenden Merkmale: Alter, Geschlecht, Beruf, Familienstand, Beschäftigungsform, Nacht-/Schichtarbeit, Gesundheitsverhalten, subjektiver Gesundheitszustand, psychologisches Wohlbefinden, Betroffenheit durch Angstzustand.

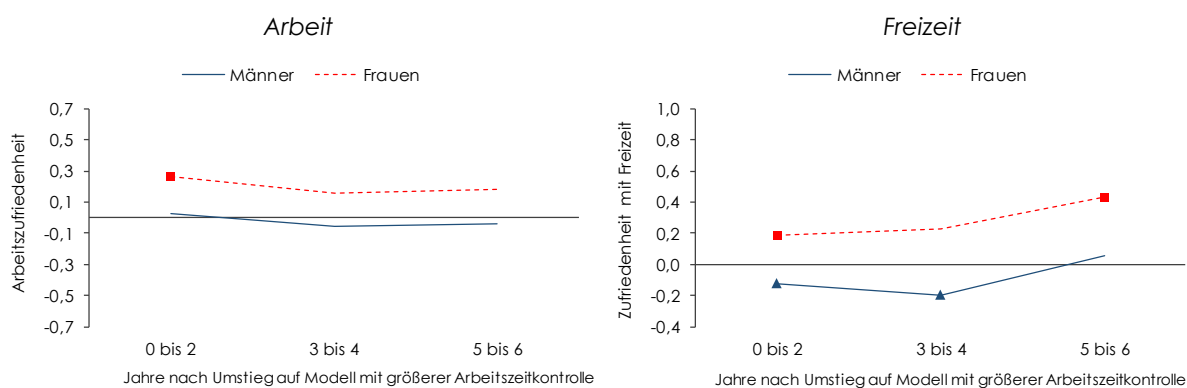
Putnam et al. (2014) sprechen in diesem Zusammenhang vom "Autonomie-Kontrolle-Paradoxon". Diesem Paradoxon zufolge kann es dazu kommen, dass MitarbeiterInnen mit hoher Arbeitszeitautonomie ihren Arbeitseinsatz intensivieren, mehr Stunden arbeiten und sich letzt-

endlich stärker durch die Arbeit eingeschränkt fühlen, als sie es bei fixen Arbeitszeiten tun würden. Fixe Arbeitszeiten ermöglichen zwar keinen oder nur einen geringeren Handlungsspielraum, sie erhöhen aber die Planbarkeit und können demnach unter Umständen weniger Konflikte zwischen der beruflichen und der privaten Sphäre erzeugen als flexible Modelle, bei denen die Abgrenzung der Arbeitszeit unschärfer ist (Hofäcker – König, 2013). Für die Frage, ob größere Autonomie bei der Arbeitszeitgestaltung tatsächlich zu einer überzogenen Arbeitsausweitung und zu Fehlbeanspruchungen führt, können sowohl persönliche als auch organisatorische Faktoren eine Rolle spielen. Zu den organisatorischen Merkmalen zählt beispielsweise eine Unternehmenskultur, die der Anwesenheit und/oder Erreichbarkeit der Beschäftigten einen überhöhten Stellenwert einräumt. Auf individueller Ebene können Persönlichkeitszüge, die eine Abgrenzung von der Arbeit erschweren ("boundarylessness"), eine Überbeanspruchung fördern, besonders in Kombination mit Formen der Autonomie, wie die Möglichkeit von zuhause aus zu arbeiten, die eine Fortsetzung der Arbeit in der Privatsphäre begünstigen.

Arbeitszeitautonomie aus einer geschlechtsspezifischen Perspektive

Verschiedene neuere Studien zur Arbeitszeitflexibilität legen nahe, dass der Haushaltskontext und die familiären Verpflichtungen einen Einfluss darauf haben, wie Arbeitszeitautonomie von den Beschäftigten in der Praxis gelebt wird. Die Auswirkungen von Arbeitszeitflexibilisierung sind demnach nicht unabhängig vom Geschlecht und den vorherrschenden Geschlechterrollen. Größere Flexibilität bei der Arbeitszeiteinteilung dürfte tendenziell für Frauen günstigere Effekte auf Zufriedenheit und Wohlbefinden haben als für Männer.

Abbildung 2.6: Auswirkungen einer Erhöhung der Arbeitszeitautonomie auf die Zufriedenheit



Q: Uglanova – Dettmers (2018). Hinweis: Statistisch signifikante Abweichung vom Baseline-Wert: Quadrat = 5%-iges Signifikanzniveau, Dreieck = 10%-iges Signifikanzniveau.

In einer rezenten Studie mit Daten aus dem deutschen Sozioökonomischen Panel untersuchen Uglanova – Dettmers (2018) die Auswirkungen eines Übergangs in ein flexibleres Arbeitszeitregime auf die Zufriedenheit der Beschäftigten, wobei Gleitzeit oder vollständige Autono-

mie bei der Arbeitszeiteinteilung die zwei Kategorien von selbstbestimmter Arbeitszeitflexibilität darstellen. Wie Abbildung 2.6 zeigt, führte der Übergang zu größerer Arbeitszeitkontrolle bei Frauen zu einer nachhaltigen Erhöhung der Zufriedenheit mit der Freizeit und mit der beruflichen Tätigkeit. Bei Männern war das Bild ein anderes: Die Zufriedenheit mit der Freizeit ging zunächst zurück und pendelte sich nach mehreren Jahren wieder auf das ursprüngliche Niveau ein, während es bei der Arbeitszufriedenheit insgesamt nach dem Wechsel des Arbeitszeitmodells keine signifikanten Veränderungen gab. Zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf die unterschiedliche Bedeutung flexibler Arbeitszeitmodelle für die Vereinbarkeit von Beruf und Privatsphäre der Männer und Frauen kommen auch frühere Studien, z. B. *Carlson et al. (2010)*.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede können auch mit dem bereits angesprochenen Anforderungs-Kontroll-Modell (Abbildung 2.3) in Verbindung gebracht werden. Untersuchungen aus dem skandinavischen Raum bestätigen, dass Formen der selbstbestimmten Arbeitszeitflexibilität den Belastungen durch hohe Arbeitsanforderungen entgegenwirken können. Entsprechende Studienergebnisse liegen beispielsweise von *Ala-Mursula et al. (2004, 2005)* vor. Diese Untersuchungen zeigen anhand einer Kombination aus Finnischen Survey- und Registerdaten, dass eine gute Kontrolle über die Arbeitszeit (Beginn und Ende der Arbeitszeit, Ruhepausen, Urlaube usw.) den subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand der Beschäftigten mit hohen Arbeitsanforderungen (gemessen an der Arbeitsbelastung und dem Arbeitstempo) verbessert und ihre Krankenstände reduziert. Dieser positive Effekt auf den Krankenstand war bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Männern. Umgekehrt belegen die Studienergebnisse, dass ein geringes Maß an Kontrolle über die Arbeitszeit besonders bei Frauen negativ mit der Gesundheit und dem Krankenstand assoziiert ist.

Die genauen kausalen Mechanismen hinter diesen Zusammenhängen sind noch nicht ausreichend geklärt. Eine mögliche Erklärung besteht aber darin, dass Frauen aufgrund der ungleichen Verteilung von Betreuungs- und Haushaltspflichten in höherem Ausmaß als Männer Konflikten in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ausgesetzt sind und deshalb stärker von erhöhter Arbeitszeitautonomie profitieren (*Härmä, 2008*). Männer laufen dagegen öfter als Frauen Gefahr, bei größerer Flexibilität ihre Arbeitsintensität zu erhöhen und in der Folge von negativen Folgen auf die Work-Life-Balance betroffen zu sein (*Hofäcker – König, 2013*).

2.3.5 Weitere Formen von Arbeitsflexibilität

In der Praxis finden sich, vor allem wenn der breitere internationale Kontext berücksichtigt wird, viele weitere Arbeitszeitmodelle und Formen von Arbeitszeitflexibilität. Ein erschöpfender Überblick dieser vielfältigen Arbeitszeitarrangements würde den Rahmen dieses Berichts sprengen und auch Formen der Arbeitszeitgestaltung beinhalten, die für Österreich keine oder nur eine sehr untergeordnete Relevanz haben. Ein Beispiel dafür sind die in Großbritannien weit verbreiteten, aber in Österreich arbeitsrechtlich unzulässigen Null-Stunden-Verträge ("zero-hours contracts"), bei denen die Beschäftigten keine Mindestbeschäftigungszeit zugesichert bekommen. Darüber hinaus gibt es für etliche Modelle und Komponenten der Arbeits-

zeitgestaltung, wie beispielsweise für durchrechenbare Arbeitszeiten, Zeitkonten und lebensphasenorientierte Arbeitszeitmodelle, kaum auswertbare Forschungsergebnisse.

Eine zunehmend wichtige Dimension der Flexibilität betrifft Formen der zeitlichen und örtlichen Entgrenzung im Zusammenhang mit der Nutzung von Smartphones, Tablets und Computern. Hierzu gibt es einige abgeschlossene Untersuchungen, auch wenn die gesundheitlichen Auswirkungen noch unzureichend beleuchtet sind. Eine Studie der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) gemeinsam mit der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Eurofound) liefert einige Anhaltspunkte und zeigt die Herausforderung dieser neuen Arbeitsformen für die gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung von Arbeit (*Eurofound – International Labour Organisation, 2017*). Die Studie untersucht Teleworking und mobiles IKT-Arbeiten (d. h. Arbeit mit Informations- und Kommunikationstechnik). Europaweit sind etwa 17% der Beschäftigten davon betroffen. Die Studie zeigt grundsätzlich, dass die Möglichkeit, von zuhause zu arbeiten und der Einsatz von mobiler IKT das Potential haben, die Arbeits- und Lebensqualität zu verbessern. Die ArbeitnehmerInnen berichten von verkürzten Wegzeiten, einer größeren Arbeitszeitautonomie, einer insgesamt besseren Work-Life-Balance und einer höheren Produktivität. Die (räumliche sowie zeitliche) Entgrenzung der Arbeit hat aber auch ihre Schattenseiten, besonders wenn die Nutzung der neuen Technologien sehr intensiv ist. Teleworking und mobiles IKT-Arbeiten gehen oft mit längeren Wochenarbeitszeiten und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Abend- und Wochenendarbeit (aber seltener Nachtarbeit) einher. Teleworking und mobiles Arbeiten sind gleichzeitig sowohl mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Personen assoziiert, die positive Effekte der Arbeit auf die Gesundheit wahrnehmen, als auch mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Personen, die negative gesundheitliche Folgen feststellen. Insgesamt schätzen die StudienautorInnen die Auswirkungen dieser Formen von Flexibilität als "sehr uneinheitlich und vielleicht sogar widersprüchlich" ein. Während regelmäßiges Teleworking und gelegentliches IKT-Arbeiten die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern, finden ILO und Eurofound bei Beschäftigten mit einer intensiven Nutzung dieser Instrumente eine verschlechterte Work-Life-Balance vor. Grund dafür dürften die erhöhte Anzahl an Arbeitsstunden sein, aber auch die Schwierigkeiten in der Abgrenzung zwischen Beruf und Privatsphäre.

Diese Einschätzung findet auch in anderen Studien Bestätigung, die einen Zusammenhang zwischen der intensiven Nutzung von mobilem IKT-Arbeiten außerhalb der Arbeitszeiten und negativen Auswirkungen auf die Privatsphäre und das Familienleben beobachten (*Fenner – Renn, 2010; Berkowsky, 2013*). In Bezug auf gesundheitliche Effekte kommen *Arlinghaus – Nachreiner (2014)* bei der Auswertung von zwei Wellen des European Working Conditions Surveys (EWCS) zu dem Ergebnis, dass zeitliche Entgrenzung (d. h. Arbeit in der Freizeit bzw. außerhalb der Arbeitszeiten) mit einem erhöhten Risiko von gesundheitlichen Problemen einhergeht.

Eine Umfrage, die 2017 im Auftrag der Wirtschaftskammer durchgeführt wurde⁵⁴), bestätigt den hohen Stellenwert mobiler Kommunikation in der österreichischen Arbeitswelt und die Dynamik der Entgrenzung von Arbeit und Freizeit, die potentiell mit der Nutzung dieser Instrumente einhergeht. Die Erhebung zeigt, dass etwa ein Drittel der Beschäftigten über ein Diensthandy bzw. -Smartphone verfügt, der Anteil ist bei Männern (42%) deutlich höher als bei Frauen (22%). Zählt man berufliche und private Geräte zusammen, so hatten nur 5% der Beschäftigten zum Zeitpunkt der Befragung kein Handy. Etwas mehr als ein Viertel der Befragten gab an, täglich außerhalb der Dienstzeiten berufliche Anrufe zu tätigen oder beruflich kontaktiert zu werden. Umgekehrt nutzte etwas mehr als die Hälfte der Personen täglich ihr Gerät auch für private Anrufe oder Online-Tätigkeiten während der Arbeitszeit.

Unabhängig vom Einsatz und der Nutzungsintensität von neuen Technologien sind Arbeitszeitregelungen, die zu Einschnitten in der Work-Life-Balance führen, tendenziell mit negativen Effekten auf Gesundheit und Wohlbefinden assoziiert. Für einige Berufsgruppen sind in diesem Zusammenhang Arbeits- und Rufbereitschaftsdienste von größerer Bedeutung (zur definitiven Abgrenzung zwischen den beiden siehe Textkasten 2.2). Nicol – Botterill (2004) und Hall et al. (2017) stellen in ihren Reviews der verfügbaren Studien fest, dass Rufbereitschaft negative Auswirkungen auf die Schlafqualität und das psychische Wohlbefinden der Betroffenen haben kann. Die meisten diesbezüglichen Befunde kommen aus dem Gesundheitsbereich und betreffen ÄrztInnen. In einer Untersuchung aus Großbritannien stellen French et al. (2001) beispielsweise fest, dass HausärztInnen nach und auch bereits vor nächtlichen Bereitschaftsdiensten eine erhöhte Stressbeanspruchung aufweisen, was sich auch an der Zufriedenheit der PatientInnen bei Konsultationen am Nachmittag vor oder am Vormittag nach dem Bereitschaftsdienst zeigt. Tucker et al. (2010) finden, dass sich eine hohe Anzahl an Bereitschaftsdiensten in Form psychischer Belastung niederschlägt. Bamberg et al. (2012), die sich auf eine Tagebuchstudie mit Beschäftigten aus dem IT-Bereich stützen, weisen darauf hin, dass das Eintreten von negativen Beeinträchtigungen (wie z. B. erhöhte Reizbarkeit) nicht unbedingt davon abhängt, ob und in welchem Ausmaß es während der Bereitschaftszeiten zu tatsächlichen Arbeitseinsätzen kommt.

Textkasten 2.2: Rufbereitschaft und Arbeitsbereitschaft

Während umgangssprachlich Ruf- und Arbeitsbereitschaft oft als Synonym verwendet werden, besteht zwischen den beiden Begriffen in Österreich eine arbeitsrechtliche Abgrenzung. Arbeitsbereitschaft ist Arbeitszeit, in der MitarbeiterInnen keine Arbeitsleistung erbringen, sich aber an einem vom Arbeitgeber bestimmten Ort bereithalten müssen, um jederzeit die Arbeit aufnehmen zu können. Ein Beispiel dafür sind die Bereitschaftsdienste, die von ÄrztInnen geleistet werden. Fällt in die Arbeitszeit von ArbeitnehmerInnen regelmäßig und in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft, kann die tägliche Normalarbeitszeit bis auf 12 Stunden und die wöchentliche Normalarbeitszeit bis auf 60 Stunden ausgedehnt werden (§ 5 und § 7

⁵⁴) Es handelt sich um eine Befragung von österreichischen ArbeitnehmerInnen ohne Beschäftigte im Öffentlichen Dienst (n = 1.017).

Abs. 3 Arbeitszeitgesetz). Rufbereitschaft bedeutet dagegen, dass der bzw. die Beschäftigte den Aufenthaltsort selbst wählen kann, aber für den Arbeitgeber erreichbar sein muss. Die Rufbereitschaft gilt nicht als Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes. Für das Ausmaß solcher Bereitschaftszeiten gibt es zwar gesetzliche Grenzen, als Dienstzeit gelten jedoch nur Zeiträume, in denen man tatsächlich einen Arbeitseinsatz hat. Dessen ungeachtet steht Arbeitnehmern auch für Zeiten der Rufbereitschaft eine Entlohnung zu, wobei auch ein niedrigeres Entgelt vereinbart werden kann als für die Arbeitszeit.

Die hier zitierten Studien befassen sich – trotz der international unterschiedlichen arbeitsrechtlichen Regelungen – mit Arbeitszeitregelungen, die nach der österreichischen Definition vorwiegend als Rufbereitschaft eingestuft werden können.

Q: Risak (2013), www.arbeitsinspektion.gv.at.

Eine besondere Dimension der Flexibilität, die ebenfalls an Bedeutung gewinnt, betrifft längerfristige und lebensphasenorientierte Modelle wie Sabbaticals, Karenzzeiten sowie Eltern- und Altersteilzeitmodelle. Einige Studien aus dem Bereich der Personalforschung belegen, dass Sabbaticals, Freistellungsphasen und andere ähnliche Initiativen die Motivation und das Commitment der MitarbeiterInnen stärken und ihr Wohlbefinden erhöhen können (Carr – Tang, 2005; Kaiser et al., 2010; Davidson et al., 2010). Diese Untersuchungen liefern nur erste Anhaltspunkte, es besteht Bedarf nach weiterer Forschung, insbesondere zu den gesundheitlichen Zusammenhängen. Ausgehend von den theoretischen Modellen und von den empirischen Erkenntnissen zu anderen Arbeitszeitmodellen, insbesondere zu Formen der Arbeitszeitautonomie, sind aber grundsätzlich aus längerfristigen Flexibilitätsinstrumenten positive Effekte auf Wohlbefinden und Gesundheit zu erwarten. Die Möglichkeit, für individuelle Zwecke wie z. B. Weiterbildung und Betreuungstätigkeiten eine Zeitlang dem Arbeitsplatz fernbleiben zu können, dürfte vor allem über den Transmissionskanal einer verbesserten Work-Life-Balance und höherer Lebenszufriedenheit positive gesundheitliche Effekte entfalten. In Bezug auf die Altersteilzeit sollte die Arbeitszeitreduktion und die damit einhergehende Reduktion von arbeitsbedingten Belastungsfaktoren eine positive Wirkung auf die Gesundheit haben und somit dem Ziel der Verlängerung des Erwerbslebens zuträglich sein. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Altersteilzeit tatsächlich für einen gleitenden Übergang in den Ruhestand genutzt wird. Die Nutzung der sogenannten Blockvariante, die sowohl in Österreich als auch in Deutschland in den 2000er-Jahren die Inanspruchnahme von Teilzeitmodellen übermäßig stark prägte, neutralisiert diese möglichen Effekte (siehe Graf et al., 2008; Wanger, 2009).

2.4 Arbeitszeitgestaltung in Österreich

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick zur Verbreitung und Entwicklung unterschiedlicher Arbeitszeitregelungen in Österreich. Das betrifft die Wochenarbeitszeiten sowie die Lage und Flexibilität der Arbeitszeit bzw. die Relevanz unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle. Für diesen Überblick werden Auswertungen von stichprobenbasierten Befragungsdaten herangezogen. Dazu stehen in erster Linie die Daten aus der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (AKE) bis zum Jahr 2018 und aus dem 2015 durchgeführten AKE Ad-hoc-Modul zum Thema "Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung" zur Verfügung, sowie ergänzend Auswertun-

gen des Österreichischen Arbeitsklima Index und des Arbeitsgesundheitsmonitors der Arbeiterkammer Oberösterreich (Textkasten 2.3).

2.4.1 Länge der Arbeitszeiten in Österreich

In einem ersten Schritt soll aufgezeigt werden, wie sich die Arbeitszeit in Österreich verteilt und wie sie sich in der jüngeren Vergangenheit entwickelt hat. Sowohl in einer längerfristigen als auch in einer mittelfristigen Betrachtung ist in Österreich ein klarer Trend zur Verkürzung der durchschnittlich geleisteten Wochenarbeitszeiten beobachtbar. Die Beschäftigung erhöhte sich in den vergangenen Jahren – trotz der Wirtschaftskrise und des zum Teil sehr schwachen Wirtschaftswachstums – viel stärker als das Arbeitsvolumen (Huemer et al., 2017A). Die Zahl der aktiv unselbständig Beschäftigten⁵⁵⁾ wuchs laut Arbeitskräfteerhebung (AKE) von 3,192 Mio. im Jahr 2005 auf 3,724 Mio. im Jahr 2018, das entspricht einer Zunahme von +16,7%. Mit Ausnahme des Krisenjahres 2009 fand in jedem Jahr eine Beschäftigungsausweitung statt, die Beschäftigung der Frauen erhöhte sich mit +20,8% stärker als jene der Männer mit +13,2%. Das Arbeitsvolumen (einschließlich Zweittätigkeit) wuchs im Vergleichszeitraum mit insgesamt +6,5% weniger stark an – und zwar von 5.584,3 Mio. Stunden (2005) auf 5.949,4 Mio. Stunden (2018). Dieser Anstieg ging vor allem auf die unselbständig beschäftigten Frauen zurück (+11,4%), während das Arbeitsvolumen der Männer mit +3,4% deutlich schwächer wuchs.

Die divergierenden Entwicklungen der Beschäftigtenzahlen und der Arbeitsvolumina schlagen sich in einem deutlichen Rückgang der durchschnittlich geleisteten Arbeitszeit pro Woche nieder. Dieser Wert, der Mehr- und Überstunden aber auch Fehlzeiten wie Krankenstand, Urlaub und Feiertage berücksichtigt, sank im Zeitraum 2005 bis 2018 von 33,7 auf 30,7 Wochenstunden⁵⁶⁾. Bei den Frauen ging die Arbeitszeit um 2,2 Stunden auf 26,7 Stunden pro Woche zurück, bei den Männern um 3,3 Stunden pro Woche auf 34,3 Stunden. Das entspricht bei den Frauen einer Reduktion um 7,7%, bei den Männern um 8,8%. Für diese Rückgänge sind sowohl steigende Teilzeitquoten (bei weitgehend konstanter durchschnittlicher Wochenarbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten) als auch rückläufige Arbeitszeiten der Vollzeitbeschäftigten verantwortlich. Die Zahl der durchschnittlich geleisteten Wochenarbeitsstunden von Personen mit Vollzeitjobs ging zwischen 2005 und 2018 um etwa zwei Stunden zurück (von 37,2 auf 35,1 Stunden). Auch die Zahl der pro Kopf geleisteten Mehr- bzw. Überstunden reduzierte sich, von durchschnittlich 9,3 auf 7,3 Stunden (bezogen auf jene Beschäftigten, die Mehr- bzw. Überstunden leisten).⁵⁷⁾ Die Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden und ihre Entwicklung sind nicht gleichmäßig über alle Erwerbstätigen verteilt: Während ein Teil der

⁵⁵⁾ Definition der Beschäftigung nach Labour Force Konzept. Erwerbstätig ist, wer in der Referenzwoche eine Stunde gearbeitet hat. Karenz- und Kindergeldbeziehende bleiben bei den aktiv unselbständig Erwerbstätigen unberücksichtigt.

⁵⁶⁾ Durchschnittliche Arbeitszeit bezogen auf das Arbeitsvolumen in der Haupt- und Nebentätigkeit. Wird nur das Arbeitsvolumen in der Haupttätigkeit auf die Zahl der Erwerbstätigen verteilt, sank die durchschnittliche Arbeitszeit von 33,1 auf 30,3 Stunden pro Woche.

⁵⁷⁾ Statistik Austria Auswertung, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Jahresdurchschnitt über alle Wochen), erstellt am 19.3.2019.

Erwerbspersonen lange Wochenarbeitsstunden hat, sind andere – teilweise auch unfreiwillig – in deutlich geringerem Umfang erwerbstätig.

Textkasten 2.3: Arbeitszeit und Arbeitszeitmodelle in Österreich – Datengrundlagen

Regelmäßige Informationen zur Arbeitszeit werden in Österreich nur im Rahmen von Befragungen erhoben. Die größte Stichprobe bietet dabei die Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (AKE), in der österreichweit pro Quartal etwa 22.500 Haushalte erfasst sind. Die AKE und die darin enthaltene Arbeitszeitinformation ist für unselbständig Beschäftigte repräsentativ und dient als Datengrundlage für den vorliegenden Überblick zur Arbeitszeit und zur Verbreitung von Arbeitszeitmodellen.

Die Auswertungen erfolgen für die aktiv unselbständig Beschäftigten, Personen in Elternkarenz bleiben somit unberücksichtigt. Die AKE enthält allerdings nur Beschäftigte, die ihren Wohnsitz in Österreich haben. Dies inkludiert Erwerbstätige, die im Inland wohnen, aber im Ausland einer Erwerbsarbeit nachgehen (AuspendlerInnen) und schließt Erwerbstätige aus, die im Ausland wohnen aber zu Erwerbszwecken nach Österreich kommen (EinpendlerInnen). Gerade die Zahl der EinpendlerInnen ist in den letzten Jahren markant gestiegen, wodurch die Erwerbstätigkeit und das Arbeitsvolumen in der AKE unterschätzt werden.

In der AKE geben die Beschäftigten zum einen über ihre wöchentliche Normalarbeitszeit Auskunft. Diese ist nicht mit der gesetzlichen oder kollektivvertraglichen Arbeitszeit zu verwechseln, sie bezieht sich auf die üblicherweise geleisteten Wochenarbeitsstunden, inklusive regelmäßig geleisteter Überstunden und exklusive Mittagspausen von über einer halben Stunde. Zum anderen wird in der Erhebung auch die tatsächlich geleistete Arbeitszeit ermittelt, auf deren Basis das gesamtwirtschaftlich angefallene Arbeitsvolumen berechnet wird. Diese bezieht sich auf die jeweilige Referenzwoche der Befragung und liegt aufgrund von arbeitszeitverkürzenden Faktoren wie Urlaubstagen, Krankenständen oder Feiertagen im Durchschnitt deutlich unter der wöchentlichen Normalarbeitszeit.

Im Rahmen der AKE wurde 2015 ein Ad-hoc-Modul zum Thema "Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung" durchgeführt, in dem im Anschluss an die Mikrozensus-erhebung Fragen zu den drei Schwerpunkten Arbeitszeiten, Arbeitsorganisation und Arbeitsplatz gestellt wurden (*Statistik Austria*, 2016). Dieses Sondermodul gibt einen vertieften Einblick in die Gestaltung der Arbeitszeit und in die Verbreitung unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle und Formen von Arbeitszeitflexibilität. Die Befragung war auf alle Kalenderwochen des Jahres 2015 verteilt und wurde im Rahmen einer Teilstichprobe der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung durchgeführt, mit einer Netto-Stichprobe von etwas weniger als 10.800 Personen.

Die durchschnittliche wöchentliche Normalarbeitszeit der unselbständig Beschäftigten (d. h. ohne Abzug von Fehlzeiten wie Urlaub und Krankenstand), die Auskunft über die vereinbarten Arbeitszeitprofile gibt, lag 2018 in Österreich bei 35,7 Stunden. Frauen gingen durchschnittlich 31,4 Stunden einer Erwerbsarbeit nach, Männer – angesichts einer deutlich niedrigeren Teilzeitquote – im Schnitt 39,5 Stunden pro Woche. Übersicht 2.2 und Übersicht 2.3 zeigen die Entwicklung der Normalarbeitszeit in einer detaillierten Sicht, in der sechs Arbeitszeitkategorien unterschieden werden: Kurze Teilzeit mit bis zu 11 Wochenarbeitsstunden, Teilzeit mit 12 bis 24 bzw. mit 25 bis 35 Wochenarbeitsstunden, Vollzeit mit 36 bis 40 Stunden sowie lange bzw.

überlange Vollzeitarrangements mit 41 bis 59 Stunden bzw. 60 Stunden und mehr⁵⁸⁾. Die jüngsten Zahlen (2018) bestätigen, dass bei Männern die Vollzeitbeschäftigung mit mindestens 36 Wochenstunden nach wie vor der Arbeitszeitstandard ist: 63,8% der Männer arbeiten üblicherweise zwischen 36 und 40 Stunden pro Woche (im Durchschnitt 39,3 Stunden), weitere 22,2% zwischen 41 und 59 Stunden (im Durchschnitt 46,5 Stunden) und 2,7% 60 Stunden und mehr. Der Anteil an teilzeitbeschäftigten Männern mit 35 Wochenstunden oder weniger ist nach wie vor niedrig (11,1%), hat sich allerdings zwischen 2005 und 2018 beinahe verdoppelt.

Übersicht 2.2: Entwicklung der Arbeitszeitprofile von Männern, 2005 bis 2018

Aktiv unselbständig Beschäftigte

Stundenkategorie	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018
	Anteile in %							
Bis 11 Stunden	1,6	1,7	2,2	2,3	2,6	3,0	3,2	2,9
12 bis 24 Stunden	2,2	2,1	2,6	2,7	3,0	3,3	3,7	3,4
25 bis 35 Stunden	2,4	2,5	3,1	3,0	3,6	3,9	4,8	4,9
36 bis 40 Stunden	59,6	60,1	59,9	62,0	61,7	61,3	60,9	63,8
41 bis 59 Stunden	26,8	27,3	27,0	25,6	25,2	25,2	24,7	22,2
60 Stunden und mehr	6,2	5,8	4,8	4,2	3,6	3,0	2,5	2,7
Stark schwankend	1,2	0,4	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen; *Huemer et al.* (2017B). Hinweise: Normalarbeitszeit in der Haupttätigkeit. Die Werte für "stark schwankend" basieren ab 2009 auf geringen Fallzahlen und sind mit großer statistischer Unsicherheit behaftet.

Übersicht 2.3: Entwicklung der Arbeitszeitprofile von Frauen, 2005 bis 2018

Aktiv unselbständig Beschäftigte

Stundenkategorie	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018
	Anteile in %							
Bis 11 Stunden	6,6	6,7	7,5	7,5	7,4	7,8	7,9	7,4
12 bis 24 Stunden	17,6	18,5	18,5	18,9	18,6	19,2	19,1	19,5
25 bis 35 Stunden	17,6	17,9	19,1	19,7	21,4	22,4	23,2	23,6
36 bis 40 Stunden	44,6	44,2	42,9	42,8	41,8	40,3	39,5	40,0
41 bis 59 Stunden	11,1	10,7	10,6	9,9	9,6	9,4	9,5	8,6
60 Stunden und mehr	1,6	1,6	1,2	1,1	0,9	0,8	0,7	0,9
Stark schwankend	0,9	0,5	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen; *Huemer et al.* (2017B). Hinweise: Normalarbeitszeit in der Haupttätigkeit. Die Werte für "stark schwankend" basieren ab 2009 auf geringen Fallzahlen und sind mit großer statistischer Unsicherheit behaftet.

Im Vergleich zu den Männern gibt es bei den Frauen deutlich mehr Variation in den Arbeitszeitprofilen (Übersicht 2.3): Auch bei den Frauen ist die Arbeitszeitkategorie mit 36 bis 40 Stunden Erwerbsarbeit pro Woche relativ am häufigsten verbreitet, allerdings mit einem Anteil von

⁵⁸⁾ Die Verteilung der Beschäftigung zeigt starke Häufungspunkte bei 20, 25 und 30 Stunden pro Woche sowie bei 39 bzw. 40 Wochenstunden. Die nachfolgenden Werte basieren auf Sonderauswertungen des WIFO anhand der AKE-Mikrodaten.

40% nicht so stark wie bei den Männern. Lange und vor allem überlange Arbeitszeiten sind bei Frauen ebenfalls deutlich weniger verbreitet als bei Männern. Gleichzeitig kommt der Teilzeitbeschäftigung wesentlich mehr Bedeutung zu: Etwas mehr als 7% der Frauen gehen einer Erwerbsarbeit in kurzer Teilzeit nach (im Schnitt 7,6 Stunden wöchentlich), fast ein Fünftel ist zwischen 12 und 24 Stunden tätig (im Schnitt 18,9 Stunden pro Woche) und etwas weniger als ein Viertel übt einen Job mit langer Teilzeit aus (im Durchschnitt 29,4 Stunden pro Woche). Diese letzte Gruppe ist auch jene, die über die Zeit den stärksten Zuwachs verzeichnete: Die Zahl der Frauen mit langer Teilzeit erhöhte sich zwischen 2005 und 2018 um mehr als 60%, ihr Anteil an allen weiblichen Beschäftigten um rund ein Drittel. Der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung findet bei Frauen vor dem Hintergrund steigender Beschäftigungsquoten statt, weshalb die steigende Teilzeitquote weniger auf eine Verdrängung von Vollzeitbeschäftigung, als vielmehr auf zusätzliche weibliche Arbeitskräfte am Arbeitsmarkt zurückzuführen ist. Bei den Männern trifft dagegen die steigende Teilzeitquote auf eine stagnierende Beschäftigungsquote; somit kommt es tendenziell zu einer Substitution von Vollzeit durch Teilzeit (Huemer et al., 2017A).

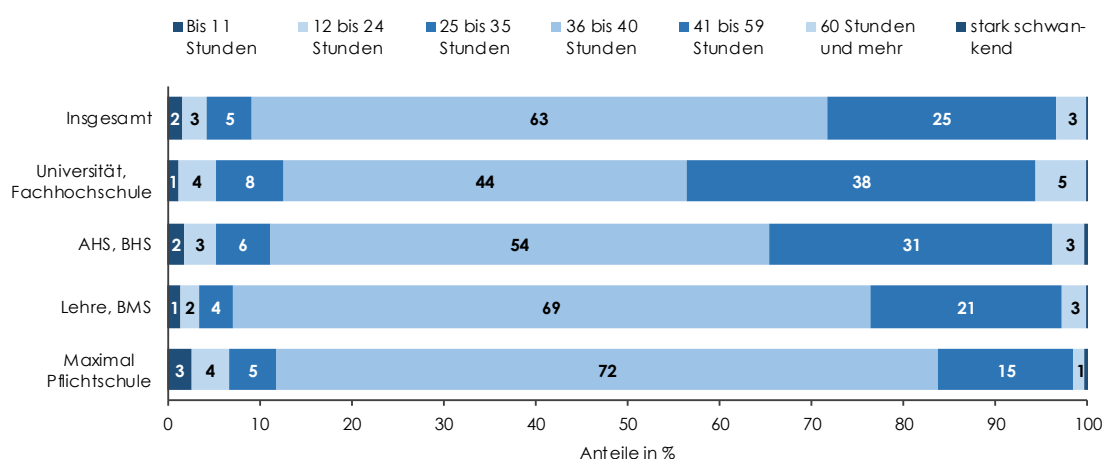
In einer gesundheitlichen Perspektive ist die Entwicklung der Beschäftigung mit langen und überlangen Normalarbeitszeiten hervorzuheben. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist die Zahl der Personen mit überlangen Arbeitszeiten von 60 Wochenstunden und mehr stark rückläufig. Bei den Frauen reduzierte sich dieser Personenkreis, ausgehend von einem niedrigen Niveau, um 35%. Bei den Männern, wo der Personenkreis 2005 mit 107.500 Beschäftigten fast fünfmal so groß wie bei den Frauen war, ging die Zahl um mehr als die Hälfte auf 52.800 Beschäftigte zurück. Entsprechend stark reduzierten sich die Anteile dieser Arbeitszeitprofile an der Beschäftigung insgesamt. Auch die Zahl der Frauen und Männer mit einer Wochenarbeitszeit zwischen 41 und 59 Stunden verringerte sich im betrachteten Zeitraum (–39.000 Beschäftigte bzw. –6,2%), anteilmäßig wurden diese Gruppen ebenfalls kleiner. Es lässt sich aus diesen Zahlen nicht sagen, inwiefern die gesetzliche Neuregelung der Arbeitszeit, die mit September 2018 in Kraft trat und die Höchstarbeitszeit auf 12 Stunden pro Tag bzw. 60 Stunden pro Woche erhöhte, die Verbreitung von langen Arbeitszeiten beeinflusst hat. Um diesbezüglich qualifizierte Aussagen treffen zu können, wird eine detaillierte Untersuchung neuerer Daten erforderlich sein.

Die Verteilung der Arbeitszeit unterscheidet sich stark im Zusammenhang mit dem Qualifikationsniveau und der Berufsposition. Je höher der Ausbildungsabschluss und die Art der ausgeübten Tätigkeit, desto höher tendenziell die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (Huemer et al., 2017B). Auf Ebene der Berufshauptgruppen (ISCO-08) findet sich eine überdurchschnittlich hohe Konzentration an Teilzeitbeschäftigung in Hilfs- und Dienstleistungsberufen. Die geringste Teilzeitquote gibt es unter Führungskräften und in den technischen Berufen des mittleren Qualifikationssegments (Handwerksberufe, BedienerInnen von Anlagen und Maschinen bzw. Montageberufe).

In einer Betrachtung der männlichen Beschäftigten nach höchster abgeschlossener Ausbildung (Abbildung 2.7) sind hoch qualifizierte Männer (Universitäts- oder Fachhochschulab-

schluss) im Durchschnitt mit 41,8 Stunden normaler Arbeitszeit um 3,2 Stunden länger pro Woche erwerbstätig als niedrig qualifizierte Männer (maximal Pflichtschulabschluss)⁵⁹). Vor allem lange und überlange Arbeitszeiten gewinnen mit zunehmendem Bildungsgrad auf Kosten der Standard-Vollzeitprofile mit 36 bis 40 Stunden an Gewicht. Unter den Männern mit maximal Pflichtschulabschluss arbeitet weniger als ein Sechstel der Beschäftigten (15,9%) in der Regel mehr als 40 Wochenstunden, bei den Universitäts- und Fachhochschulabsolventen ist es beinahe jeder Zweite (43,4%). Im Gegenzug liegt der Anteil der Beschäftigten mit einem Standard-Vollzeitprofil bei den Pflichtschulabsolventen am höchsten (72,1%) und sinkt mit zunehmendem Qualifikationsniveaus. In Bezug auf kürzere Wochenarbeitszeiten zeigt sich zwischen den Qualifikationsgruppen ein polarisiertes Muster: Die höchsten Teilzeitquoten finden sich bei den Niedrig- und den Hochqualifizierten, während in den mittleren Qualifikationsgruppen Teilzeitarbeit bei Männern seltener vorkommt.

Abbildung 2.7: Arbeitszeitprofile von Männern nach Ausbildungsabschluss, 2018
Aktiv unselbständig Beschäftigte, 30 bis 64 Jahre



Q: Huemer et al. (2017B); Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen. Hinweise: "Stark schwankend" statistisch nicht interpretierbar. Anteile für Teilzeitkategorien in den Ausbildungsniveaus "Maximal Pflichtschule" (bis 11 Stunden und 12 bis 24 Stunden) sowie für "AHS, BHS" und "Universität und Fachhochschule" (bis 11 Stunden) stark zufallsbehaftet.

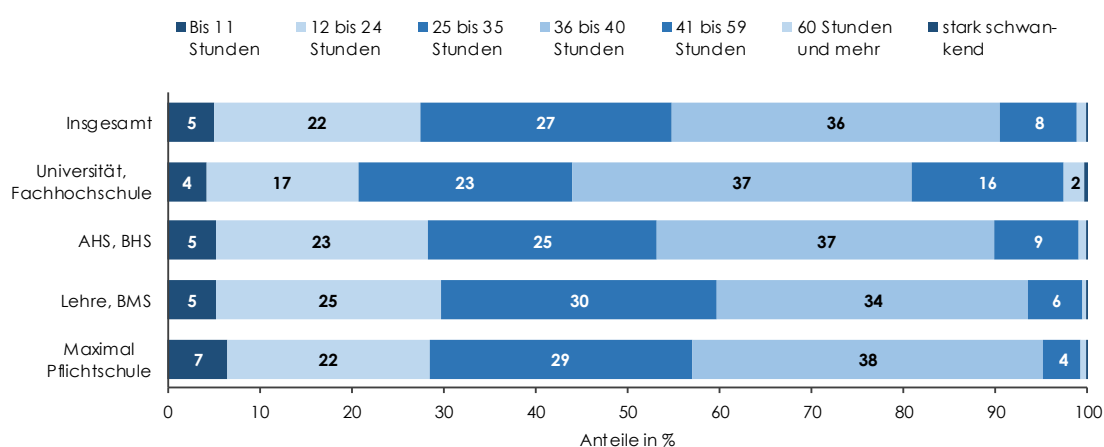
Anders als bei den Männern sinkt bei den Frauen die Teilzeitquote im Segment der Hochqualifizierten stark ab: Rund 40% der Frauen mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss arbeiten Teilzeit, der entsprechende Anteil ist bei Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss aber auch mit BMS- oder Lehrabschluss fast eineinhalb Mal so hoch⁶⁰). Gleichzeitig steigt bei den Frauen – in einer relativen Betrachtung noch stärker als bei den Männern – mit der Qualifika-

⁵⁹) Diese Werte beziehen sich auf die Altersgruppe der 30- bis 64-Jährigen. Die 15- bis 29-Jährigen bleiben von der Betrachtung ausgeschlossen, da sie sich häufig noch in Ausbildung befinden können.

⁶⁰) Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen, um einerseits noch nicht abgeschlossene Bildungswege und andererseits das gesetzliche Regelpensionsalter von Frauen zu berücksichtigen.

tion auch die Verbreitung von Arbeitszeitprofilen mit langen Wochenarbeitszeiten (über 40 Wochenstunden). Der Anteil liegt bei den Hochqualifizierten mit 19% fast doppelt so hoch wie bei den AHS- und BHS-Absolventinnen und mehr als vier Mal so hoch wie bei den Pflichtschulabgängerinnen (Abbildung 2.8). Umgerechnet auf die durchschnittliche normale Wochenarbeitszeit bedeutet das, dass hoch qualifizierte Frauen 34,3 Stunden pro Woche und damit im Schnitt um 4 Stunden mehr arbeiten als niedrig qualifizierte Frauen.

Abbildung 2.8: Arbeitszeitprofile von Frauen nach Ausbildungsabschluss, 2018
Aktiv unselbständig Beschäftigte, 30 bis 59 Jahre



Q: Huemer et al. (2017B), Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen. Hinweise: "Stark schwankend" statistisch nicht interpretierbar. Anteile für "60 Stunden und mehr" in den Ausbildungsniveaus "Maximal Pflichtschule" und "AHS, BHS" statistisch nicht interpretierbar, für "Lehre, BMS" stark zufallsbehaftet.

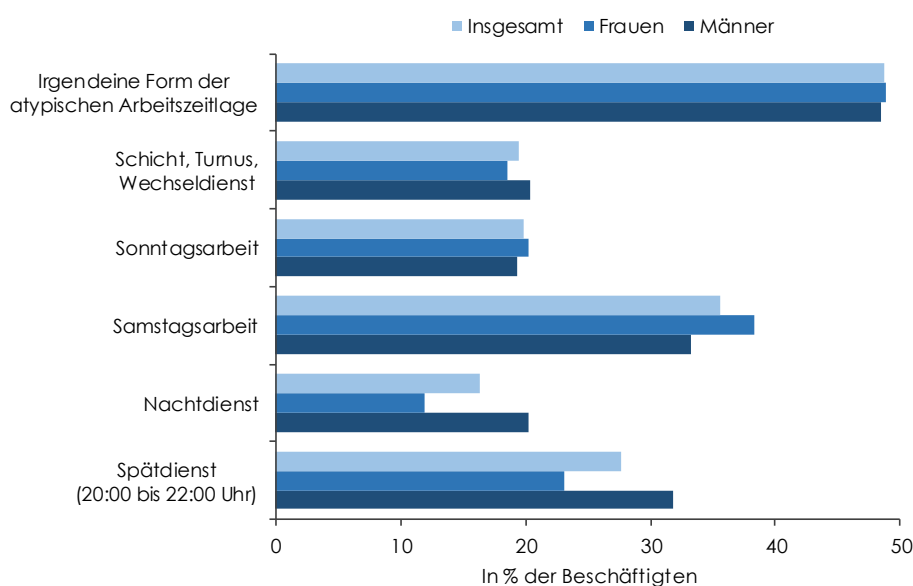
2.4.2 Lage der Arbeitszeit

Die Lage der Arbeitszeit ist besonders dann relevant, wenn diese auf "untypische" Tageszeiten fällt, wie abends und nachts, oder Wochenenden und Feiertage einschließt. Einige Bereiche, in denen untypische Arbeitszeitmodelle wie Nachtarbeit und Schichtbetrieb traditionell einen hohen Stellenwert einnahmen, wie z. B. der Bergbau und der Güter produzierende Sektor, haben in den vergangenen Jahrzehnten im Verhältnis zur Gesamtbeschäftigung an Gewicht verloren. Wie Untersuchungen aus anderen Ländern zeigen, ist die Verbreitung dieser Arbeitszeitmodelle dennoch nicht zurückgegangen (Beermann, 2010). Der technologische Fortschritt, die Veränderungen in der Wirtschaft und im Konsumverhalten haben dazu geführt, dass sich Arbeit in Schichten oder an Wochenende nicht mehr nur auf das produzierende Gewerbe und die Industrie beschränkt, sondern inzwischen auch ein wichtiger Aspekt der Beschäftigung im Einzelhandel und im Dienstleistungssektor ist (Bambra, 2011). In diesem Zusammenhang ist vor allem im angelsächsischen Raum von der "24-Stunden-Gesellschaft" die Rede, in der die Abgrenzung zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmt und das Konsumverhalten durch die Erwartung geprägt ist, zu jeder Tageszeit einkaufen oder essen gehen zu

können. Darüber hinaus sind Dienstleistungsbereiche, in denen Turnus- und Wochenendarbeit schon immer eine wichtige Rolle spielten, wie der Pflege- und Gesundheitsbereich, in den vergangenen Jahren stark gewachsen.

2018 arbeitete in Österreich rund die Hälfte (48,7%) der aktiv unselbstständig Beschäftigten zumindest gelegentlich außerhalb der Standardarbeitszeiten, d. h. am Abend, in der Nacht, am Wochenende (einschließlich samstags) oder im Schicht-, Turnus- und Wechseldienst⁶¹). Von diesen atypischen Arbeitszeiten ist die Arbeit am Samstag am weitesten verbreitet, deutlich mehr als ein Drittel der Arbeitskräfte arbeitete 2018 an einem oder zwei Samstagen im Monat. Der Anteil an den Beschäftigten, die zumindest gelegentlich abends (d. h. zwischen 20 und 22 Uhr) arbeiten, ist ebenfalls sehr bedeutsam (27,7% in 2018). Schicht-, Turnus oder Wechseldienst betreffen fast ein Fünftel der Befragten (19,5%). Von Nachtarbeit (d. h. Arbeit zwischen 22 und 6 Uhr) sind 16,3% der Befragten betroffen (Abbildung 2.9). Bei Personen in Schicht-, Turnus- und Wechseldienst beträgt dieser Anteil 50,2% (im Vergleich zu 8,1% bei Personen ohne Schicht-, Turnus- und Wechseldienst).

Abbildung 2.9: Zeitliche Lage der Arbeitszeit, aktiv unselbstständig Beschäftigte, 2018



Q: *Huemer et al.* (2017B); Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen. Hinweis: Sonntagsarbeit an mindestens einem Sonntag im Monat, Samstagsarbeit an mindestens einem Samstag im Monat, zumindest gelegentlicher Abend- oder Nachtdienst.

⁶¹) Zur Begriffserläuterung: "Schichtarbeit wird im nichtindustriellen Bereich als Wechsel- oder Turnusdienst bezeichnet. Turnusdienst liegt vor, wenn die Tätigkeit regelmäßig auch an Sonn- und Feiertagen – und an diesen Tagen auch in den Nachtstunden von 22 Uhr bis 6 Uhr – verrichtet wird. Wechseldienst liegt vor, wenn die Tätigkeit regelmäßig auch an Sonn- und Feiertagen verrichtet wird, jedoch an Sonn- und Feiertagen keine Nachtarbeit zwischen 22 Uhr und 6 Uhr fällt" (*Statistik Austria*, 2016: 227).

Übersicht 2.4: Branchenverteilung atypischer Arbeitszeiten aktiv unselbstständig Beschäftigter, 2018

	Schicht-, Turnus-, Wechsel- dienst	Abendarbeit	Nachtarbeit	Samstags- arbeit	Sonntags- arbeit
	In % der Beschäftigten				
A Land- und Forstwirtschaft	5,4*	22,0	10,4*	44,8	25,4
B Bergbau und Gewinnung von Steinen	21,6*	24,5*	23,5*	33,9*	26,9*
C Herstellung von Waren	28,0	30,2	20,9	24,3	12,2
D Energieversorgung	7,1*	18,4*	11,5*	19,4*	12,7*
E Wasserversorgung	6,6*	12,7*	7,6*	19,3*	6,0*
F Bau	5,9	10,8	5,7	14,4	4,3
G Handel, Instandhaltung	17,8	14,6	6,4	49,8	6,5
H Verkehr und Lagerei	30,1	32,6	29,0	39,1	26,4
I Beherbergung und Gaststättenwesen	33,4	53,0	29,0	76,1	60,2
J Information und Kommunikation	8,3	32,8	14,8	24,6	15,3
K Finanz-, Versicherungsdienstleistungen	1,5*	17,5	3,8*	13,3	4,7*
L Grundstücks- und Wohnungswesen	4,2*	19,9*	6,0*	21,9	9,9*
M Freiberufliche Tätigkeiten	5,2	23,1	8,2	20,0	9,3
N Sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	15,1	21,1	12,4	35,1	18,7
O Öffentliche Verwaltung	16,0	27,8	19,0	27,4	20,8
P Erziehung und Unterricht	3,9	41,9	13,2	36,1	27,0
Q Gesundheits- und Sozialwesen	40,4	35,7	29,0	47,4	41,6
R Kunst und Unterhaltung	28,2	56,0	28,1	64,8	51,6
S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	10,6	21,4	8,6	47,3	15,3
Insgesamt	19,5	27,7	16,3	35,6	19,8

Q: Statistik Austria, Arbeitskräfteerhebung; WIFO-Berechnungen. Hinweise: Private Haushalte und Exterritoriale Organisationen (ÖNACE Abschnitte T und U) sind aufgrund der geringen Fallzahlen nicht ausgewiesen, fließen aber in den Gesamtdurchschnittswerten ein. Sonntagsarbeit an mindestens einem Sonntag im Monat, Samstagsarbeit an mindestens einem Samstag im Monat, zumindest gelegentlicher Abend- oder Nachtdienst. * ... aufgrund geringer Fallzahlen mit statistischer Unsicherheit behafteter Wert.

Die angesprochenen Arbeitszeitformen sind aufgrund der Koppelung an spezifische betriebliche und organisatorische Anforderungen bzw. auch an kollektivvertragliche Regelungen sektoral stark konzentriert. Alle fünf Varianten atypischer Arbeitszeiten sind überdurchschnittlich stark im Verkehrswesen, dem Beherbergungs- und Gaststättenwesen, dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Kunst- und Unterhaltungsbranche repräsentiert. Daneben gibt es einige Wirtschaftsbranchen, in denen nur bestimmte atypische Arbeitszeitlagen häufig sind. Das betrifft beispielsweise die Warenherstellung, wo Schichtarbeit stark verbreitet ist, während gleichzeitig Wochenendarbeit seltener vorkommt als im Durchschnitt aller Branchen. Eine besonders hohe Konzentration an Arbeit am Samstag weist erwartungsgemäß der Handel auf, wo rund die Hälfte der Beschäftigten mindestens an einem Samstag im Monat arbeitet. Wochenendarbeit, auch sonntags, ist zudem in der Land- und Forstwirtschaft und im Erziehungs- und Unterrichtswesen Alltag, wo auch fast jede/r Zweite zumindest gelegentlich abends arbeitet. In einigen Branchen sind Regelungen zu atypischen Arbeitslagen dagegen eher die Ausnahme, das betrifft z. B. den Bausektor sowie die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (Übersicht 2.4).

2.4.3 Flexibilität und Handlungsspielraum bei der Arbeitszeit

Neben der Länge und der Lage stellt die Regelmäßigkeit bzw. Flexibilität die dritte zentrale Dimension der Arbeitszeitgestaltung dar. Variable Arbeitszeiten können sehr unterschiedliche Formen annehmen. In der Praxis finden sich sowohl vertraglich festgelegte und klar geregelte Modelle, wie Gleitzeitarbeit und Zeitkonten, als auch vielfältige informelle Arrangements. Es ist nicht möglich, im Rahmen des vorliegenden Berichts und mit den verfügbaren Daten diese Vielfalt an Arbeitszeitformen annähernd vollständig abzudecken. Das im Jahr 2015 durchgeführte Ad-hoc-Modul der Arbeitskräfteerhebung liefert dennoch einige interessante Erkenntnisse zur Verbreitung und Verteilung von flexiblen Arbeitszeiten, wobei grundsätzlich zwischen Formen der arbeitgeberbestimmten Flexibilität und solchen, in denen die Beschäftigten ihre Arbeitszeit in einem bestimmten Ausmaß flexibel gestalten können, zu unterscheiden ist.

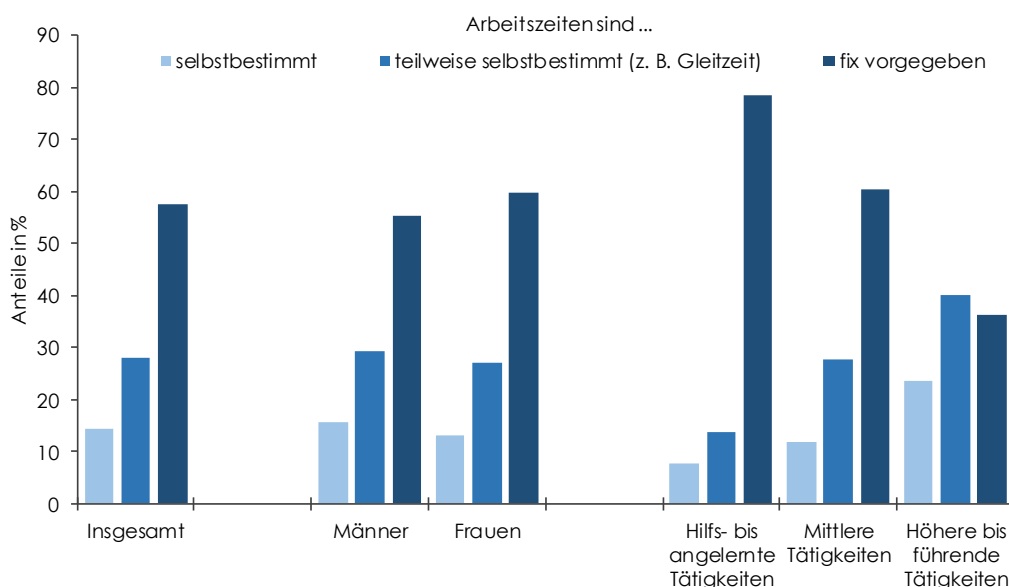
Der Einfluss der Erwerbstätigen auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeiten wurde im Rahmen des Moduls mittels folgender Frage erhoben: "Können Sie den Beginn und das Ende Ihrer Arbeitszeiten selbst bestimmen oder sind Ihre Arbeitszeiten – im Fall von unselbständig Erwerbstätigen – von Ihrem Arbeitgeber oder Arbeitgeberin festgelegt? Bzw. – im Fall von selbständig Erwerbstätigen – z. B. von Kunden und Kundinnen oder Aufträgen bestimmt?" Als Antwortkategorien standen folgende Möglichkeiten zur Verfügung: Die Arbeitszeiten können 1. Vollständig oder 2. innerhalb eines gewissen Rahmens, z. B. über Gleitzeitregelungen, selbst bestimmt werden oder 3. die Arbeitszeiten sind fix vorgegeben. Die Auswertungen zeigen, dass etwa ein Siebtel der unselbständig Beschäftigten den Beginn und das Ende der eigenen Arbeitszeiten vollständig selbst bestimmen kann (Abbildung 2.10). In dieser Form der (autonomen, selbstbestimmten) Arbeitszeitflexibilität besteht eine besonders starke Korrelation mit dem Tätigkeitsniveau: Nur 7,6% der Beschäftigten, die Hilfs- bis angelernte Tätigkeiten ausüben, können Arbeitsanfang- und -ende komplett autonom festlegen, 11,8% der Beschäftigten in mittleren Tätigkeiten und 23,7% der Personen in höheren bis führenden Tätigkeiten. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist weniger stark ausgeprägt, der Anteil liegt bei den Männern mit 15,6% etwas höher als bei den Frauen (13,2%).

Für die Mehrheit der unselbstständig Erwerbstätigen (57,4%) sind allerdings fixe Arbeitszeiten vorgegeben. Das betrifft Frauen etwas stärker als Männer (fast 60% gegenüber 55,2%) und stellt für Arbeitskräfte in Hilfs- und angelernten Tätigkeiten die Norm dar (78,6%). In Tätigkeiten des mittleren Qualifikationsbereichs liegt der Anteil der unselbständig Beschäftigten mit fixen Arbeitszeiten bei rund 60%, in höheren bis führenden Tätigkeiten dagegen nur bei 36%. Etwas mehr als ein Viertel (28,1%) kann die Arbeitszeiten innerhalb eines gewissen Rahmens selbst bestimmen, typischerweise über Gleitzeitregelungen. Auch diese Form der Flexibilität ist bei höher qualifizierten Arbeitskräften und bei Führungskräften (rund 40%) viel stärker verbreitet als im Durchschnitt, bei Hilfs- und angelernten Arbeitskräften ist der Anteil nur halb so hoch (13,8%) wie im Durchschnitt über alle Gruppen (Abbildung 2.10).

Der Handlungsspielraum der Beschäftigten wird nicht nur durch Freiheitsgrade bei der Festlegung des Arbeitsbeginns und Arbeitsendes bestimmt, sondern auch durch die Flexibilität bei der Einteilung von Ruhepausen, Urlaubszeiten und kurzfristigen Fehlzeiten. Diese Merkmale

haben eine direkte Auswirkung auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und allgemein auf das Gleichgewicht zwischen den beruflichen und nicht-beruflichen Lebenssphären, was wiederum Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben kann (siehe Abschnitt 2.2.1 und 2.3.4). Im Arbeitskräfteerhebung Sondermodul wurden vor allem zwei Aspekte der Flexibilität und Mitbestimmung seitens der ArbeitnehmerInnen bei der Arbeitszeit beleuchtet: Die Fragen, wie einfach oder schwierig es für die Beschäftigten ist, kurzfristig 1 bis 2 Stunden oder 1 bis 2 Tage frei zu nehmen.

Abbildung 2.10: Handlungsspielraum bei der Arbeitszeiteinteilung, 2015

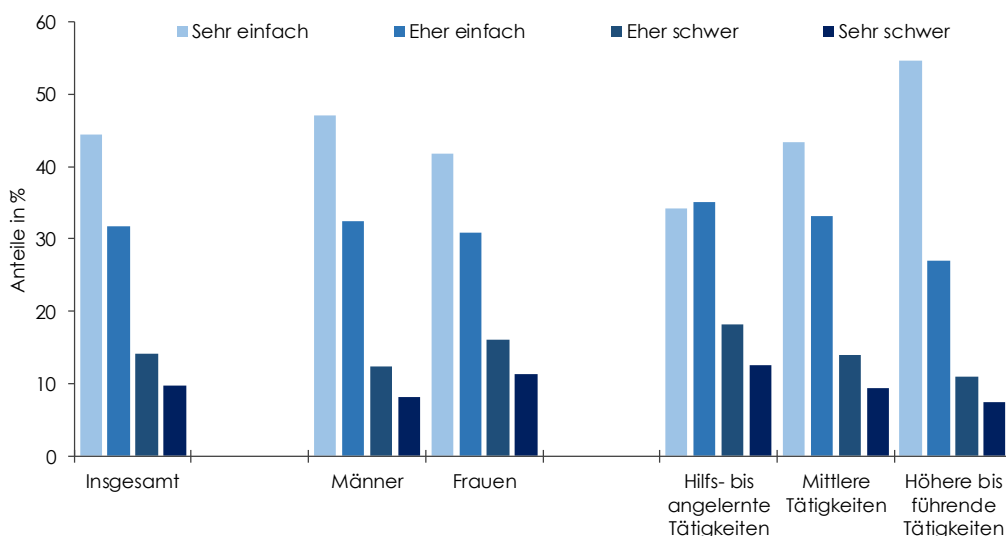


Q: Statistik Austria (2016), Arbeitskräfteerhebung Sondermodul; WIFO-Berechnungen.

Die Möglichkeit, bei Bedarf kurzfristig für 1 oder 2 Stunden dem Arbeitsplatz fernzubleiben, wird von der Mehrheit der Beschäftigten positiv eingeschätzt (Abbildung 2.11). Mehr als drei Viertel (76,2%) der im Arbeitskräfteerhebung Sondermodul im Jahr 2015 Befragten gab an, relativ einfach kurze Abwesenheiten vom Arbeitsplatz organisieren zu können, wobei etwas weniger als die Hälfte (44,5%) diese Option als "sehr einfach" einstufte. Auch diese Dimension der Flexibilität zeigt einen klaren sozialen Gradienten: Während sich 34% der Personen in Hilfs- und angelegneten Tätigkeiten problemlos kurzfristig frei nehmen können, sind es bei den Personen mit höheren Tätigkeitsprofilen fast 55%. In der Gruppe mit Hilfs- bis angelegneten Tätigkeitsprofilen ist allgemein eine höhere Konzentration auf die Antwortkategorien "eher einfach" und "eher schwer" zu beobachten, was dahingehend interpretiert werden kann, dass die Möglichkeit kurzfristiger Flexibilität für diese Arbeitskräfte unsicher ist und von variablen Faktoren abhängt, wie die Arbeitsauslastung und die Verfügbarkeit von KollegInnen, die stellvertretend einspringen können. Die Auswertungen zeigen auch einen deutlichen geschlechtsspezifischen

schen Unterschied: Fast 8 von 10 Männern, aber nur etwas mehr als 7 von 10 Frauen gaben eine positive Einschätzung zu diesem Flexibilitätsindikator. Dieser Umstand kann zum Teil auf die geschlechtsspezifische Segregation nach Branchen zurückgeführt werden: Das Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Bereich Erziehung und Unterricht, die beide durch einen sehr hohen Frauenanteil gekennzeichnet sind, weisen im Branchenvergleich die niedrigsten Anteile an Beschäftigten mit hoher Flexibilität (Antwortkategorie "sehr einfach") aus (Statistik Austria, 2016).

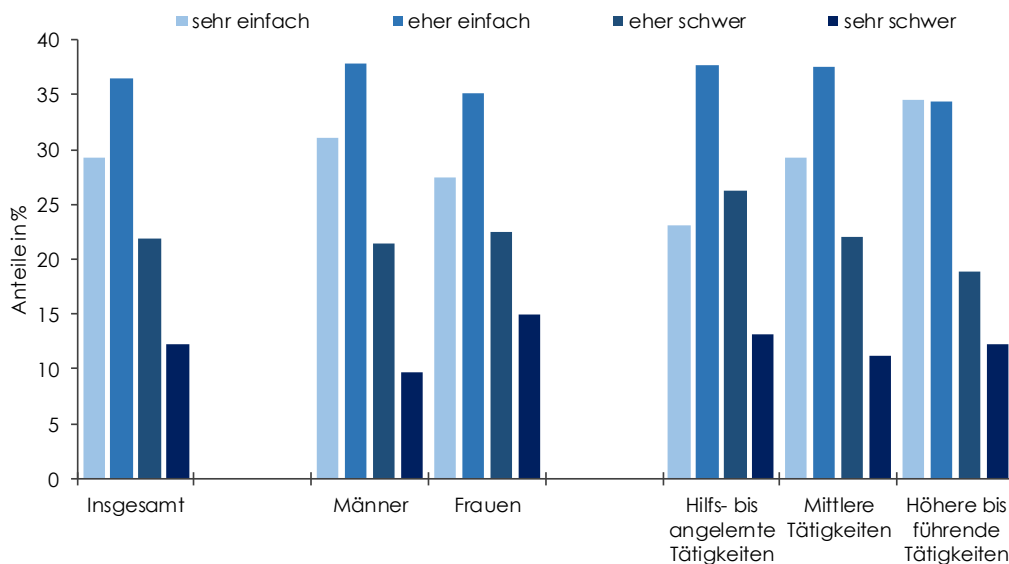
Abbildung 2.11: Möglichkeit, kurzfristig 1 bis 2 Stunden frei zu nehmen, 2015



Q: Statistik Austria (2016), Arbeitskräfteerhebung Sondermodul; WIFO-Berechnungen. Hinweis: "Sehr einfach": einschließlich Personen, die ihre Arbeitszeiten vollständig selbst bestimmen können.

Die Frage zur Flexibilität bei der kurzfristigen Einteilung von Kurzurlauben bzw. einzelnen Fehltagen wurde von einem niedrigeren Anteil der Beschäftigten positiv beantwortet. Nur 3 von 10 Befragten gaben an, sehr einfach kurzfristig 1 oder 2 Tage frei nehmen zu können, etwas mehr als ein Drittel (36,5%) schätzte diese Option als "eher einfach" ein. Die Unterschiede nach Qualifikationsgruppe fallen diesbezüglich weniger stark aus, als bei den anderen Flexibilitätsmerkmalen. Zwar ist der Anteil an Beschäftigten mit einer hohen Flexibilität auch in diesem Fall bei den Personen in höheren oder führenden Tätigkeiten höher als bei den mittleren bzw. den Hilfs- und angelernten Berufstätigkeiten (34% gegenüber 29% bzw. 23%), vor allem beim Aufsummieren der beiden positiven Antwortkategorien sind die Unterschiede in den drei betrachteten Tätigkeitsprofilen wenig ausgeprägt (jeweils 69%, 67% und 61%). Der geschlechtsspezifische Unterschied liegt in einer ähnlichen Bandbreite, wobei bei den Frauen der Anteil derjenigen, die nur sehr schwer kurzfristig 1 oder 2 Tage frei nehmen können, mit 15% deutlich höher ist als bei den Männern (knapp 10%).

Abbildung 2.12: Möglichkeit, kurzfristig 1 bis 2 Tage frei zu nehmen, 2015



Q: Statistik Austria (2016), Arbeitskräfteerhebung Sondermodul; WIFO-Berechnungen.

Während Möglichkeiten, kurzfristig frei zu nehmen, Formen der selbstbestimmten Flexibilität darstellen, die von den ArbeitnehmerInnen ausgeht, können die Beschäftigten am Arbeitsplatz auch mit Flexibilitätsanforderungen konfrontiert werden, die von den Arbeitgebern ausgehen. Ein Beispiel dafür sind Aufforderungen, in Abhängigkeit von der Auslastung oder Personalengpässen kurzfristig die Tages- oder Wochenarbeitszeit zu verlängern. Laut Arbeitskräfteerhebung Sondermodul werden im Schnitt etwas weniger als zwei Fünftel (38,3%) der unselbständig Beschäftigten zumindest einmal im Monat dazu aufgefordert, länger am Arbeitsplatz zu bleiben oder früher zu kommen (Statistik Austria, 2016: Tab. B2). Knapp 62% werden hingegen nie dazu aufgefordert, länger zu bleiben oder früher zu kommen. Männer sind stärker von geforderter Flexibilität bei den Arbeitszeiten betroffen als Frauen. Mehr als ein Viertel der Männer (26,1%), aber nur ein Fünftel der Frauen (20,4%) wird mindestens einmal pro Woche dazu aufgefordert, länger zu bleiben oder früher mit der Arbeit zu beginnen. Erfolgt die Aufforderung seltener als einmal in der Woche, aber mindestens einmal im Monat, sind Männer (15,3%) und Frauen (14,6%) annähernd gleich häufig betroffen.

Der Anteil an Arbeitsplätzen mit häufigen Aufforderungen zur Leistung von Mehrarbeit bzw. Überstunden variiert erwartungsgemäß nach Branche, aber besonders nach Beruf und Tätigkeitsniveau. Sowohl für Frauen als auch für Männer zeigt sich ein klarer Zusammenhang mit dem Jobprofil: Je höher das Tätigkeitsniveau, umso häufiger erfolgt die Aufforderung, länger zu bleiben oder früher zu kommen. So wird gut ein Drittel der unselbständig Beschäftigten mit höheren oder führenden Tätigkeiten, aber nur 14,1% der Erwerbstätigen mit Hilfs- und angeleiteten Tätigkeiten regelmäßig vom Arbeitgeber dazu aufgefordert, länger zu bleiben

oder früher zu kommen (*Statistik Austria*, 2016). Differenziert nach dem Alter zeigt sich für Männer wie für Frauen, dass die Aufforderung, länger zu bleiben oder früher zu kommen, an den Rändern des Erwerbslebens seltener vorkommt als im Haupterwerbsalter. Bei Männern findet sich der höchste Anteilswert bei den 45- bis 54-Jährigen. Bei Frauen sind die Höchstwerte altersmäßig deutlich weiter nach vorne verschoben und betreffen die 20- bis 34-Jährigen (vermutlich, weil ab dieser Altersgruppe die Teilzeitquote stark ansteigt).

2.5 Arbeitszeit und Gesundheit in Österreich

Trotz der Vielzahl an empirischen Studien zur gesundheitlichen Dimension der Arbeitszeitgestaltung fehlen Untersuchungen, die spezifisch auf Österreich eingehen. Der vorliegende Abschnitt dient dazu, diese Forschungslücke ein Stück weit zu schließen und aufzuzeigen, inwiefern am österreichischen Arbeitsmarkt zwischen Beschäftigten mit unterschiedlichen Arbeitszeitformen auch gesundheitliche Unterschiede feststellbar sind.

Als Datengrundlage dienen Mikrodaten des Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitors der Arbeiterkammer Oberösterreich für die Jahre 2012 bis 2018, die im Textkasten 2.4 näher beschrieben sind. Diese Daten sind für Österreich insgesamt repräsentativ und sehr reichhaltig, sie beinhalten neben Informationen zur Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit der Befragten auch detaillierte Angaben zu den Arbeitsplatzbedingungen und der Art der ausgeübten Tätigkeit. Dabei ist zu bedenken, dass aufgrund des Erhebungsinstruments hier ausschließlich die Perspektive der ArbeitnehmerInnen untersucht werden kann. Die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Arbeitszeitregelungen aus betrieblicher Sicht müssen bei einer Gesamteinschätzung der Arbeitszeitgestaltung mit einbezogen werden, sind hier aber nicht Gegenstand der Untersuchung.

Einschränkend ist zudem auf den Querschnittscharakter⁶²⁾ des Datensatzes hinzuweisen. Wie bei allen Auswertungen von Querschnittsdaten können aus den nachfolgenden Analysen grundsätzlich keine eindeutigen kausalen Zusammenhänge (Ursache und Wirkung) abgeleitet, sondern nur Korrelationen (Beziehungen) zwischen bestimmten Größen festgestellt werden. Zusätzlich treten bei der Erforschung von gesundheitlichen Fragestellungen weitere inhaltliche und methodische Herausforderungen auf. Wie in Abschnitt 2.2.1 aufgezeigt wird, werden Gesundheit und Wohlbefinden nicht von einem einzigen Faktor bestimmt, sie ergeben sich aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl an Faktoren. Durch ihre Tätigkeit finden sich die Beschäftigten am Arbeitsplatz in einem komplexen Gefüge aus Anforderungen, Belastungen und Ressourcen wieder, die darüber hinaus mit individuellen Faktoren (genetische Veranlagungen, Lebensstil) und systemischen Faktoren (gesellschaftliche und kulturelle Gegebenheiten) interagieren. Eine Bewertung der Rolle der Arbeitszeitgestaltung für die Gesundheit setzt voraus, dass diese unterschiedlichen Faktoren voneinander abgegrenzt und ausrei-

⁶²⁾ Querschnitterhebungen geben einen einmaligen "Schnappschuss" der jeweiligen untersuchten Bevölkerung, im Gegensatz dazu werden bei Umfragen mit Längsschnittformat die gleichen Individuen im Zeitverlauf wiederholt befragt. Durch die wiederholten Messungen werden bessere Voraussetzungen geschaffen, um kausale Mechanismen zwischen den beobachteten Größen aufdecken zu können.

chend berücksichtigt werden. Das gilt insbesondere dann, wenn positive oder negative Faktoren untereinander zusammenhängen und nicht zufällig verteilt sind, sondern gehäuft auftreten. Untersuchungen für Deutschland zeigen beispielsweise, dass Beschäftigte im Nachtschichtdienst öfters einem höheren Belastungspotential (körperliche Belastungen, ungünstige Umgebungseinflüsse) ausgesetzt sind und gleichzeitig mit geringeren Ressourcen (Unterstützung durch Vorgesetzte, Qualifizierungsmöglichkeiten) ausgestattet sind als jene in Tagarbeit (Beermann, 2010). Um die Rolle der Arbeitszeitgestaltung korrekt einzuschätzen ist es demzufolge notwendig, die negative Korrelation zwischen Nacht- bzw. Schichtarbeit und Gesundheitsindikatoren um den Einfluss von anderen Belastungsfaktoren zu bereinigen.

Vor diesem Hintergrund wird in den folgenden Abschnitten der Konnex zwischen Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit von mehreren Seiten beleuchtet:

1. In einem ersten Schritt wird aufgezeigt, inwiefern zwischen unterschiedlichen Arbeitszeitformen und der Gesundheit der Beschäftigten in Österreich klare Muster erkennbar sind. Dabei werden soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildungsniveau sowie Branche und Berufsgruppe berücksichtigt.
2. In einem zweiten Schritt wird untersucht, inwiefern die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit einen Beitrag zum Verständnis des Konnexes zwischen Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit leisten kann.
3. Im letzten Schritt wird mit Hilfe eines Strukturgleichungsmodells detaillierter auf die komplexe Wechselwirkung zwischen Arbeitszeitgestaltung, unterschiedlichen Arbeitsplatzbedingungen und Gesundheit eingegangen.

Um ein möglichst differenziertes Bild zu entwerfen, werden in den Analysen die folgenden gesundheitlichen Indikatoren berücksichtigt: Die Zahl an Krankenstandstagen (bezogen auf das der Befragung vorangegangene Halbjahr), Präsentismus (ja/nein, ebenfalls bezogen auf das letzte Halbjahr), allgemeine Gesundheitsverfassung (mit einer Unterscheidung zwischen (sehr) guter bzw. mittelmäßiger oder (sehr) schlechter Gesundheit) und Schlafstörungen (häufige oder sehr häufige Störungen). Was die Arbeitszeitformen betrifft, werden folgende Arbeitszeitarrangements unterschieden: Nachtarbeit, Schichtarbeit (mit und ohne Nachtdienste), Wochenendarbeit, lange Arbeitszeiten und Gleitzeit⁶³). Aufgrund der großen Anzahl an Ergebnissen, die sich aus der Kombination von Arbeitszeitformen und gesundheitlichen Indikatoren ergeben, wird das Augenmerk in den nächsten Abschnitten auf eine Auswahl der wichtigsten bzw. empirisch besser abgesicherten Befunde gelegt.

⁶³ Im AKI/AGM-Fragebogen wird auch "Arbeit auf Abruf" als Arbeitszeitform abgefragt. Auf eine Auswertung dieser Kategorie wurde aber verzichtet, da es sich einerseits um sehr geringe Fallzahlen handelt (3,7% der Befragten) und andererseits aus den Daten keine Unterscheidung zwischen Ruf- und Arbeitsbereitschaft hervorgeht.

Textkasten 2.4: Arbeitszeit und Gesundheit in Österreich – Datengrundlage

Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Arbeitszeit und Krankenstand bzw. Gesundheit stützt sich der vorliegende Bericht auf Daten des Österreichischen Arbeitsklima Index und des Arbeitsgesundheitsmonitors der Arbeiterkammer Oberösterreich (AKI/AGM).

AKI und AGM erfassen in jedem Quartal eine repräsentative Stichprobe (etwa 1.000 Befragte) von unselbständig Beschäftigten in Österreich. Der AKI ist ein gemeinsames Produkt der Arbeiterkammer Oberösterreich und der beiden Sozialforschungsinstitute IFES (Institut für empirische Sozialforschung) und SORA (Institute for Social Research and Analysis). Er dient der Erforschung von Veränderungen in der Arbeitswelt und umfasst neben Indikatoren zur Arbeitszufriedenheit zahlreiche Themengebiete, unter anderem eine Beschreibung der Arbeitszeitregelung. Der AGM wurde unter Mitwirkung des Arbeitsmedizinischen Dienstes Linz entwickelt. Es handelt sich dabei um eine Erhebung der subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit der unselbständig Beschäftigten. Die Befragten geben Auskunft über ihre gesundheitliche Situation und über ihr gesundheitsrelevantes Verhalten sowie über Krankenstand und Präsentismus im Halbjahr vor der Befragung.

Für den vorliegenden Bericht wurde von IFES eigens ein Mikrodatsatz mit AKI/AGM-Daten für die Jahre 2012 bis 2018 zusammengestellt und vom WIFO analysiert. Die Analysen wurden, wie in anderen ähnlichen Untersuchungen (siehe z. B. *Eurofound*, 2019), auf Arbeitskräfte mit einem Beschäftigungsausmaß von mindestens 20 Wochenstunden eingeschränkt und mit ungewichteten Daten durchgeführt. Der Datensatz beinhaltet etwa 23.000 Beobachtungen.

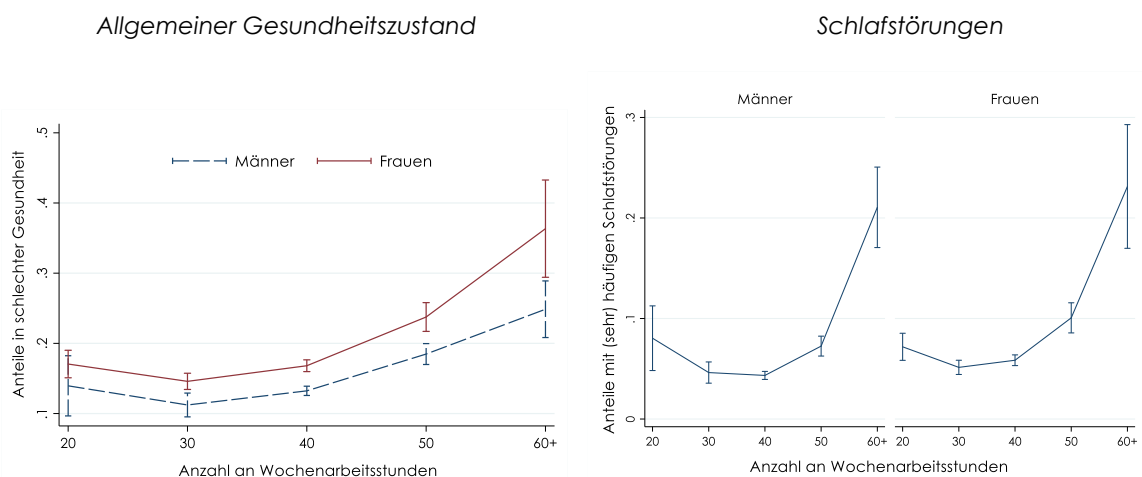
2.5.1 Gesundheitliche Unterschiede nach Arbeitszeitform

Lange Arbeitszeiten gehören zu den besser erforschten Aspekten der Arbeitszeitgestaltung. Die hier untersuchten Querschnittsdaten bestätigen, dass vor allem überlange Wochenarbeitszeiten mit einer Verschlechterung der Gesundheitsindikatoren einhergehen. Die Regressionsanalysen, deren Ergebnisse in den nachfolgenden Abbildungen dargestellt sind, zeigen den Zusammenhang zwischen der Zahl an üblicherweise geleisteten Arbeitsstunden (einschließlich Überstunden) und unterschiedlichen gesundheitlichen Indikatoren, wobei neben dem Alter, dem Geschlecht und dem Bildungsniveau auch Informationen zur Branche und dem Beruf der befragten Person in der Schätzung berücksichtigt wurden.

Die nachfolgenden Darstellungen zeigen den Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Gesundheit am Beispiel von zwei Indikatoren, dem subjektiven Gesundheitszustand und der Beeinträchtigung durch Schlafstörungen (Abbildung 2.13). Der Anteil an Personen mit einem mittelmäßigen oder (sehr) schlechten Gesundheitszustand ist im Bereich der Teilzeit- und Standardvollzeitbeschäftigung von bis zu 40 Wochenstunden weitgehend konstant, steigt dann aber mit zunehmender Arbeitszeit deutlich an. Das Muster ist bei Frauen noch etwas stärker ausgeprägt als bei Männern. Frauen mit überlangen Arbeitszeiten (60 Wochenstunden und mehr) weisen demnach eine um rund 20 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, ihren Gesundheitszustand als schlecht einzustufen, als Frauen mit 40 Wochenstunden. Bei Männern beträgt die Differenz etwas mehr als 10 Prozentpunkte. Jedoch ist zu bedenken, dass die Fallzahl von Frauen mit (sehr) langen Arbeitszeiten niedrig ist und deshalb die Schätz-

ergebnisse in diesem Bereich eine größere Schwankungsbreite aufweisen, was auch an den breiteren Konfidenzintervallen abzulesen ist.

Abbildung 2.13: Wochenarbeitszeit und gesundheitliche Verfassung bzw. Schlafstörungen



Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Hinweise: Gebündelte Daten 2012 bis 2018. Die vertikalen Linien ("whisker") zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall der Schätzwerte. Die Bezeichnung "Schlechte Gesundheit" auf der vertikalen Achse der linken Abbildung bezieht sich auf die Antwortkategorien "mittelmäßige", "schlechte" und "sehr schlechte" allgemeine Gesundheitsverfassung.

Aus den Analysen geht zudem hervor, dass bei einer hohen Anzahl an Wochenstunden die Wahrscheinlichkeit, an Schlafstörungen zu leiden, viel größer ist als bei einem Arbeitsausmaß im Bereich der Standardarbeitszeit (Abbildung 2.13). Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden aus der internationalen Forschung, die einen starken Einfluss der Arbeitsdauer auf die Schlafqualität belegen. Die Auswertungen der AKI/AGM-Daten zeigen auch bei Personen mit kürzeren Arbeitszeiten (20 Wochenstunden) eine etwas überdurchschnittliche Prävalenz von schlechtem Gesundheitszustand und Schlafstörungen⁶⁴). Dieses Muster dürfte auf einen Selektionseffekt in Teilzeitbeschäftigung zurückgehen: Einige Personen arbeiten Teilzeit bzw. mit einem reduzierten Stundenausmaß, weil sie gesundheitlich eingeschränkt sind.

Neben möglichen Selektionseffekten ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse zur Dauer der Arbeitszeit auch die gleichzeitige Präsenz von weiteren, hier nicht beobachteten Arbeitsplatzbedingungen zu berücksichtigen. Lange und überlange wöchentliche Arbeitszeiten können unter anderem die Folge von (zu) hohen Arbeitsanforderungen, mangelnder Unterstützung durch KollegInnen bzw. Vorgesetzte oder einer Unternehmenskultur sein, in der die reine Anwesenheit am Arbeitsplatz als Gradmesser von Einsatz gilt. Der negative Zusammenhang

⁶⁴) In Bezug auf den Krankenstand zeigt sich dagegen ein mit den Arbeitsstunden ansteigendes Muster, die Wahrscheinlichkeit, einen Präsentismusfall zu verzeichnen, weist dagegen keinen klaren statistischen Zusammenhang mit der Anzahl an Arbeitsstunden auf. Zusätzliche Auswertungen für die Krankenstandswahrscheinlichkeit (ein Fall im vergangenen Halbjahr ja/nein) und für die Zahl an Präsentismustagen im vergangenen Halbjahr zeigen in beiden Fällen ein mit der Wochenstundenzahl ansteigendes Muster.

zwischen (über)langen Arbeitszeiten und gesundheitlichen Indikatoren kann dementsprechend auch auf diese Faktoren zurückgehen. Davon ungeachtet bestätigen die Analysen aber, dass Beschäftigte mit langen und vor allem jene mit überlangen Wochenarbeitszeiten in einer gesundheitlichen Perspektive typischerweise ungünstigere Indikatoren aufweisen als Arbeitskräfte, die eine geringere Zahl an Arbeitsstunden leisten, aber in Hinblick auf ihre persönlichen und beruflichen Merkmale vergleichbar sind.

Eine erschöpfende graphische Darstellung aller Ergebnisse würde sehr viel Platz einnehmen. Übersicht 2.5 beinhaltet deshalb eine qualitative Synthese der Analyse der weiteren Arbeitszeitarrangements. Die Grundlage für diesen Überblick bilden Regressionsmodelle mit den gleichen Merkmalen wie in den Auswertungen zur Länge der Arbeitszeit, einschließlich der Zahl der üblicherweise geleisteten Arbeitsstunden. Positive (d. h. gesundheitlich günstige) Zusammenhänge sind in der Übersicht durch ein Plus gekennzeichnet, während ein Minus einen ungünstigen Zusammenhang zwischen der Arbeitszeitform und dem entsprechenden gesundheitlichen Indikator zum Ausdruck bringt. Wenn der Zusammenhang nur schwach statistisch signifikant ist, wurde das entsprechende Zeichen in Klammern gesetzt. Dort, wo die Ergebnisse statistisch nicht signifikant sind, wurde das Zeichen "(0)" eingesetzt.

*Übersicht 2.5: Zusammenhang zwischen Arbeitszeitmodellen und gesundheitlichen Indikatoren
Alle Beschäftigten*

	Gesundheits- verfassung	Schlafstörungen	Krankenstand	Präsentismus
Arbeit am Wochenende	-	-	(0)	-
Nachtarbeit	-	-	(+)	-
Schicht- mit Nachtarbeit	-	-	-	(0)
Schicht- ohne Nachtarbeit	(0)	+	-	+
Gleitzeit	(0)	+	-	(-)

Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Legende: '+' = positiver (d. h. gesundheitlich günstiger) Zusammenhang; '-' = negativer Zusammenhang; '(+/-)' = statistisch schwacher Zusammenhang; '(0)' = kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Hinweise: Ergebnisse auf Basis multivariater Regressionsanalysen: logistische Regressionsmodelle für Allgemeine Gesundheitsverfassung (binär mit schlechter/sehr schlechter Gesundheitsverfassung = 1), Schlafstörungen (binär mit häufig/sehr häufig Schlafstörungen = 1) sowie für Präsentismus (ein Fall in den vorangegangenen 6 Monaten = 1), negative Binomialmodelle für Zahl der Krankenstandstage. Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr.

So wie im Fall der Anzahl an Arbeitsstunden sind diese Ergebnisse nicht als Evidenz für einen eindeutigen kausalen Mechanismus zwischen Arbeitszeit und Gesundheit zu interpretieren. Sie zeigen aber auf, welche Unterschiede zwischen Beschäftigtengruppen bestehen, die sich hinsichtlich ihrer Arbeitszeitform unterscheiden, aber ähnliche soziodemographische und berufliche Charakteristika haben.

Die Auswertungen zeigen, dass (häufige) Wochenendarbeit und Nachtarbeit (sowohl als Teil eines Schichtbetriebs, als auch losgelöst davon) mit schlechteren gesundheitlichen Indikatoren einhergehen. In diesen Arbeitszeitformen finden sich höhere Beschäftigtenanteile mit

(sehr) schlechtem Gesundheitszustand und Schlafstörungen. In Bezug auf Krankenstand und Präsentismus sind die Ergebnisse nicht so eindeutig, aber tendenziell ebenfalls negativ. Hinsichtlich Gleitzeit fällt das Bild differenziert aus: Gleitzeitbeschäftigung ist mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen assoziiert, zwischen Gleitzeitbeschäftigung und dem allgemeinen Gesundheitszustand ist kein statistisch signifikanter Zusammenhang feststellbar. Einigermmaßen überraschend weisen Gleitzeitbeschäftigte einen erhöhten Krankenstand und tendenziell eine höhere Präsentismuswahrscheinlichkeit auf als der Durchschnitt der restlichen Beschäftigten. Bei einer näheren Differenzierung zwischen Männern und Frauen (siehe Übersicht A6 und Übersicht A7 im Anhang) zeigt sich aber ein geschlechtsspezifischer Unterschied: Die gesundheitlichen Indikatoren sind bei Männern mit Gleitzeitarrangements ungünstiger verteilt, als es bei Frauen der Fall ist. Dieser Befund kann mit den jüngsten Forschungsergebnissen aus anderen Ländern in Verbindung gebracht werden, wonach Frauen eindeutiger als Männer von erhöhter Arbeitszeitflexibilität profitieren.

2.5.2 Die Rolle der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit

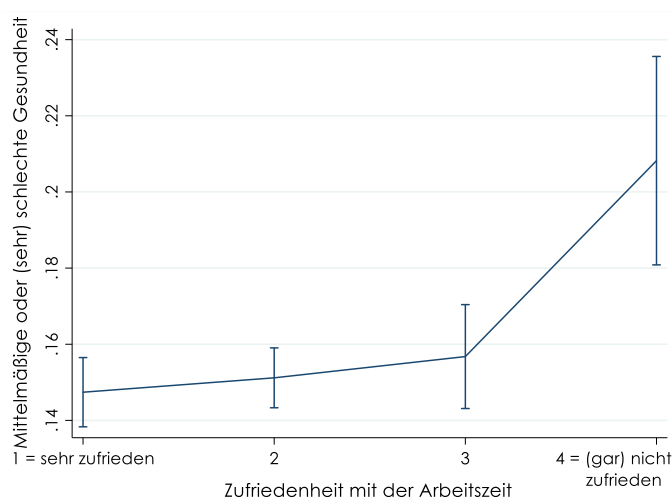
Die individuellen Auswirkungen der Arbeitszeitgestaltung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit können zwischen einzelnen Personen unterschiedlich ausfallen, da sie von individuellen Merkmalen und den Rahmenbedingungen im persönlichen Familien- und Sozialleben mitbestimmt werden. Das betrifft die Frage, inwiefern ein bestimmtes Arbeitszeitmodell den eigenen Veranlagungen und Präferenzen (z. B. Chronotyp) entspricht, oder inwiefern es die Vereinbarkeit von Beruf und Familie stützt.

Hier in der Folge wird dieser Zusammenhang im Lichte der im AKI/AGM enthaltenen Informationen zur Arbeitszeitzufriedenheit untersucht. Die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit kann als Maß dafür interpretiert werden, wie gut das Arbeitszeitarrangement mit den individuellen Merkmalen und familiären Rahmenbedingungen, die nicht beobachtet werden, zusammenpasst. Die nachfolgenden Auswertungen beruhen im Wesentlichen auf den gleichen Modellen wie im vorangegangenen Abschnitt. Sie berücksichtigen aber zusätzlich die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit, die Zufriedenheit mit dem Einkommen und die Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit als Kontrollvariablen. Die Befragten bringen ihre Zufriedenheit jeweils durch eine von fünf möglichen Antwortkategorien zum Ausdruck, die von "sehr zufrieden" bis "gar nicht zufrieden" reichen. Dabei ist hervorzuheben, dass die Arbeitskräfte in Österreich in Bezug auf ihre Arbeitszeit grundsätzlich hohe Zufriedenheitswerte aufweisen. Fast drei Viertel der AKI/AGM-Befragten waren 2018 mit ihrer Arbeitszeit zufrieden oder sehr zufrieden, dieser Anteil war bei Männern etwas niedriger als bei Frauen. Der Anteil an Personen, die eindeutig unzufrieden sind (d. h. die zwei untersten Antwortkategorien wählten), lag zuletzt bei knapp 7%. Aus diesem Grund werden die beiden untersten Antwortkategorien zusammengefasst und gemeinsam ausgewertet⁶⁵).

⁶⁵) Analog dazu wurden auch die beiden untersten Antwortkategorien zur Zufriedenheit mit dem Beruf (insgesamt 5,4% der Befragten) und zur Zufriedenheit mit dem Einkommen (10,4%) zusammengefasst.

Zwischen den einzelnen Arbeitszeitformen bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede. Beschäftigte mit Gleitzeit sind zu fast 80% mit ihrer Arbeitszeit zufrieden oder sehr zufrieden. Bei Personen die Nachtschichten leisten oder überlange Arbeitszeiten haben, liegt der entsprechende Anteil unter 60%, im Falle von Wochenendarbeit sind zwei Drittel der Befragten (sehr) zufrieden. Der höchste Anteil an Unzufriedenen findet sich unter den Beschäftigten mit überlanger Arbeitszeit (17%), gefolgt von Nachtschichtarbeit und Nachtarbeit (jeweils 15%). Dagegen sind nur etwa 5% der Beschäftigten mit Gleitzeit mit ihrer Arbeitszeit unzufrieden.

Abbildung 2.14: Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und gesundheitliche Verfassung
Personen, die ihre Gesundheitsverfassung als mittelmäßig oder (sehr) schlecht einstufen



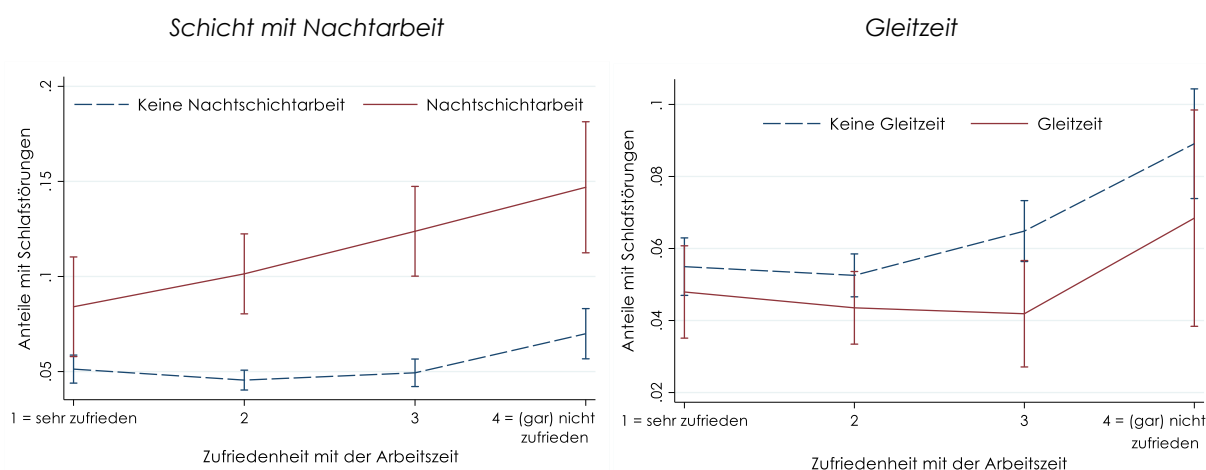
Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Hinweise: Gebündelte Daten 2012 bis 2018. Logistisches Regressionsmodell; Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Zufriedenheit mit dem Einkommen, Zufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit, Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr; binäre Indikatoren für folgende Arbeitszeitformen: Überlange Arbeitszeit, Nachtarbeit, Wochenendarbeit, Gleitzeit. Die vertikalen Linien ("whisker") zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall der Schätzwerte.

Wie aus Abbildung 2.14 ersichtlich ist, besteht zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und der Gesundheit ein statistischer Zusammenhang: Jene Beschäftigten, die mit ihrer Arbeitszeitsituation unzufrieden sind, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, ihren allgemeinen gesundheitlichen Zustand als mittelmäßig oder (sehr) schlecht einzustufen. Auch die Auswertungsergebnisse zu den restlichen gesundheitlichen Indikatoren, die hier nicht eigens dargestellt sind, liefern ein ähnliches Bild: Beschäftigte in den ersten drei Antwortkategorien, d. h. jene mit mittlerer bis sehr hoher Arbeitszeitzufriedenheit, weisen im Durchschnitt kaum unterscheidbare gesundheitliche Indikatoren auf, während Personen in der vierten (zusammengefassten) Kategorie, d. h. jene die nicht oder gar nicht zufrieden sind, stärker von Schlafstörungen, Krankenstand und Präsentismus betroffen sind⁶⁶).

⁶⁶) Die Zahl der Krankenstandstage weist als einziger gesundheitlicher Indikator einen gegenläufigen, wenn auch statistisch nicht signifikanten Zusammenhang mit der Arbeitszeitzufrieden auf. Sowohl die Wahrscheinlichkeit, im

Ein detaillierter Blick auf einzelne Arbeitszeitformen bestätigt, dass auch innerhalb von Beschäftigtengruppen mit ähnlichen Arbeitszeitmodellen eine geringe Arbeitszeitzufriedenheit mit schlechteren gesundheitlichen Indikatoren einhergeht. Das Muster ist allerdings nicht über alle Kombinationen aus Arbeitszeitform, Arbeitszeitzufriedenheit und gesundheitlichem Indikator einheitlich bzw. gleichermaßen statistisch signifikant. Zwei Beispiele dazu sind in Abbildung 2.15 zur Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen bei Nachtschichtarbeit und bei Gleitzeitarbeit dargestellt. NachtschichtarbeiterInnen leiden insgesamt und unabhängig von der Arbeitszeitzufriedenheit öfter als der Durchschnitt der restlichen Beschäftigten an Schlafstörungen. Die Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen steigt, je unzufriedener die Arbeitskräfte mit ihrer Arbeitszeit sind. Gleitzeitbeschäftigte weisen dagegen insgesamt eine geringere Prävalenz von Schlafstörungen auf, als Beschäftigte ohne Gleitzeit. Auch in dieser Gruppe ist bei den Unzufriedenen eine höhere Wahrscheinlichkeit von Schlafstörungen beobachtbar, das Muster ist aber nicht linear und die einzelnen Werte sind bei üblichem Signifikanzniveau nicht statistisch voneinander unterscheidbar.

Abbildung 2.15: Arbeitszeitform, Arbeitszeitzufriedenheit und Schlafstörungen



Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Hinweise: Gebündelte Daten 2012 bis 2018. Logistische Regressionsmodelle; Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Zufriedenheit mit dem Einkommen, Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr. Die vertikalen Linien ("whisker") zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall der Schätzwerte.

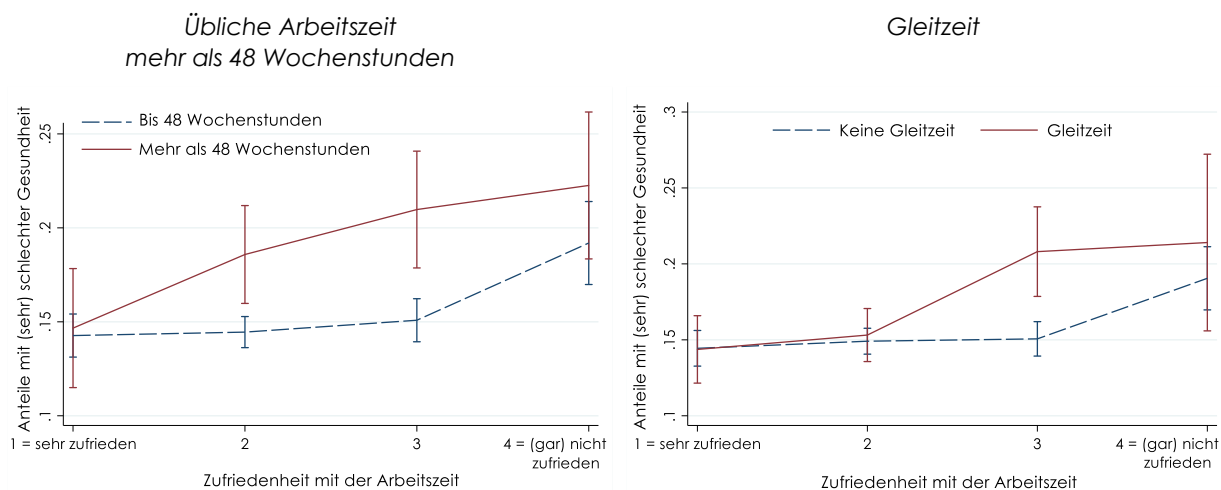
Zwei weitere Beispiele finden sich in Abbildung 2.16: Obwohl Personen, die üblicherweise mehr als 48 Wochenstunden arbeiten, insgesamt einen höheren Anteil an Befragten mit (sehr) schlechter Gesundheit aufweisen, ist der Unterschied bei Arbeitskräften mit sehr hoher Arbeitszeitzufriedenheit gegenüber Beschäftigten mit kürzeren Arbeitszeiten gering und nicht statistisch signifikant. Bei steigender Unzufriedenheit verschlechtert sich dieser gesundheitliche

vorangegangenen Halbjahr einen Krankenstandsfall verzeichnet zu haben, als auch die Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen nehmen aber mit sinkender Zufriedenheit eindeutig zu.

Indikator in erheblichem Maße, der Unterschied zu den Beschäftigten mit kürzeren Arbeitszeiten weitete sich aus.

Bei Gleitzeitarbeit ist fast ein binäres Muster beobachtbar: Der Anteil an Befragten mit schlechtem Gesundheitszustand ist bei hohen Arbeitszeit-Zufriedenheitswerten exakt gleich hoch wie jener der Beschäftigten ohne Gleitzeit. Ist die Zufriedenheit allerdings gering, dann ist der Anteil mit schlechtem Gesundheitszustand bei den Gleitzeitbeschäftigten höher. Grob zusammengefasst zeigt sich bei den unterschiedlichen gesundheitlichen Indikatoren ein ähnliches Bild, wonach – trotz unterschiedlicher Muster – innerhalb von Beschäftigtengruppen mit ähnlichen Merkmalen und Arbeitszeitarrangements Unzufriedenheit mit der Arbeitszeit mit negativen Ausprägungen assoziiert ist. In Bezug auf die Kennzahlen zu Krankenstand und Präsentismus sind die Ergebnisse allerdings, wie auch die Analysen im vorangegangenen Abschnitt gezeigt haben, nicht so eindeutig und statistisch belastbar.

Abbildung 2.16: Arbeitszeitzufriedenheit und gesundheitliche Verfassung



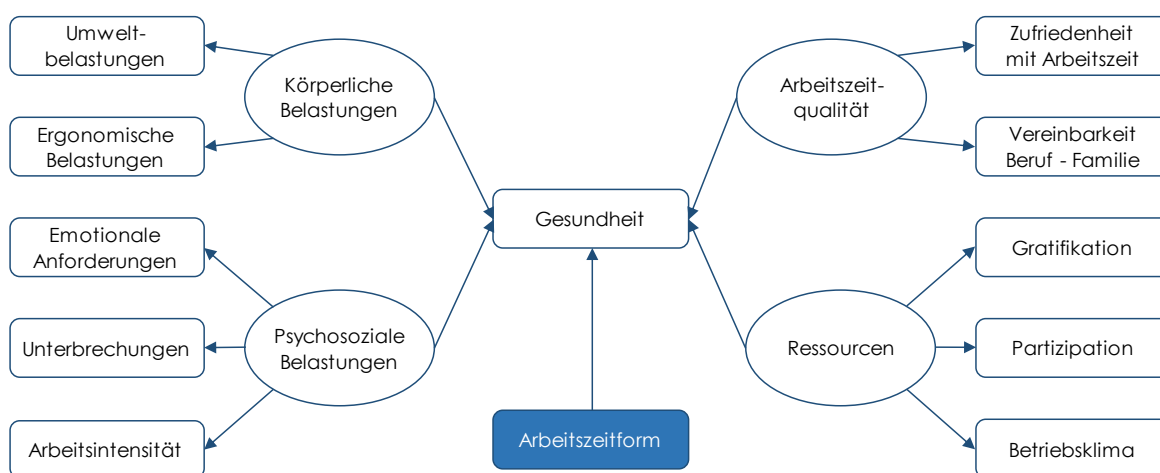
Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Hinweise: Gebündelte Daten 2012 bis 2018. Logistische Regressionsmodelle; Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Zufriedenheit mit dem Einkommen, Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr. Die vertikalen Linien ("whisker") zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall der Schätzwerte.

2.5.3 Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen, und Gesundheit

In einem abschließenden Schritt wird nun untersucht, inwiefern die Arbeitszeitgestaltung im Zusammenspiel mit anderen Arbeitsbedingungen bzw. Dimensionen der Arbeitsplatzqualität einen empirischen Konnex mit der Gesundheit der Beschäftigten aufweist. Dazu wird ein Strukturgleichungsmodell eingesetzt (für nähere methodische Hinweise und eine Erläuterung der eingesetzten Indikatoren siehe Textkasten 2.5). Die Komponenten dieses Modells sind in Abbildung 2.17 dargestellt. Im Einklang mit den theoretischen und empirischen Forschungserkenntnissen (siehe z. B. *Shain – Kramer, 2004*) wird angenommen, dass am Arbeitsplatz sowohl

gesundheitlich belastende als auch gesundheitsstärkende Einflüsse vorhanden sind. Auf der belastenden Seite wird hier zwischen der körperlichen (physischen) und der psychosozialen Belastungsdimension unterschieden. Auf der gesundheitsstärkenden Seite werden ebenfalls zwei Faktoren bestimmt, nämlich gesundheitsfördernde Ressourcen, die sich aus Gratifikation, Partizipation und Betriebsklima ergeben, sowie Arbeitszeitqualität, die über die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und mit der Vereinbarkeit von beruflichen und familiären bzw. privaten Verpflichtungen gemessen wird. Die Arbeitszeitform (Nachtschichtarbeit, Gleitzeit usw.) geht als eigenständige erklärende Variable im Modell ein und steht hier im Zentrum des Erkenntnisinteresses.

Abbildung 2.17: Konzeptueller Rahmen des Strukturgleichungsmodells



Q: WIFO-Darstellung.

Die nachfolgende Übersicht 2.6 zeigt eine Auswahl von Ergebnissen aus den Schätzungen mit dem Strukturgleichungsmodell. Die Darstellung ist auf Ergebnisse auf Modellversionen eingeschränkt, die im Lichte gängiger statistischer Gütekriterien eine hohe Anpassungsgüte haben⁶⁷⁾. Die Schätzungen aus dem ersten Modell beziehen sich auf Nachtschichtarbeit als erklärende Arbeitszeitvariable, jene aus dem zweiten Modell auf lange Arbeitszeiten (mehr als 48 Wochenstunden) und jene aus dem dritten Modell auf Gleitzeitarbeit. In allen drei Fällen werden die Ergebnisse für die Wahrscheinlichkeit abgebildet, an Schlafstörungen oder an einem mittelmäßigen bzw. (sehr) schlechten Gesundheitszustand zu leiden.

⁶⁷⁾ Wie in der einschlägigen Literatur üblich wurden unterschiedliche Gütekriterien berechnet und bei der Beurteilung des Modells berücksichtigt. Die hier gezeigten Ergebnisse beziehen sich auf Modellspezifikationen mit einem Standardised Root Mean Square Residual (SRMR) unterhalb von 0,03 sowie Comparative Fit Index (CFI) und Tucker-Lewis Index (TLI) Werten von nahezu oder über 0,95.

Übersicht 2.6: Strukturgleichungsmodell – Hauptergebnisse

Alle Beschäftigten

	Modell I		Modell II		Modell III	
	Schlechte Gesundheit	Schlafstörungen	Schlechte Gesundheit	Schlafstörungen	Schlechte Gesundheit	Schlafstörungen
			Standardisierte Koeffizienten			
Nachtschichtarbeit	+0,052	+0,173				
Lange Arbeitszeiten (>48h)			+0,173	+0,142		
Gleitzeit					-0,028	-0,058
Körperliche Belastungen	+0,132	(0)	+0,143	(0)	+0,132	(0)
Psychosoziale Belastungen	+0,100	+0,298	+0,092	+0,281	+0,100	+0,321
Ressourcen	-0,342	-0,271	-0,341	-0,225	-0,339	-0,224
Arbeitszeitqualität	(0)	-0,116	(0)	(-0,074)	(0)	(-0,059)

Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES; WIFO-Berechnungen. Hinweise: Ergebnisse auf Basis von Strukturgleichungsmodellen wie in Abbildung 2.17 dargestellt, unter zusätzlicher Berücksichtigung des Alters und Geschlechts der Befragten. Werte in Klammern sind nur moderat statistisch signifikant ($0,05 > p > 0,01$), Werte mit (0) sind nicht statistisch signifikant. "Schlechte Gesundheit" bezieht sich auf die Antwortkategorien "mittelmäßige", "schlechte" und "sehr schlechte" allgemeine Gesundheitsverfassung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse ein konsistentes Bild, das sich gut mit den bereits verfügbaren internationalen Forschungserkenntnissen deckt. Körperliche und psychosoziale Belastungsfaktoren weisen einen starken Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand der Beschäftigten auf. Alle Koeffizienten sind positiv und statistisch hoch signifikant (1%-iges Konfidenzintervall), was in diesem Fall bedeutet, dass höhere Belastungen mit einem höheren Anteil an Personen mit (sehr) schlechter Gesundheit assoziiert sind. In Bezug auf Schlafstörungen sind dagegen nur die psychosozialen Belastungen als Erklärungsfaktor relevant, die körperlichen Belastungen haben keinen statistisch signifikanten Konnex zu diesem gesundheitlichen Indikator. Die gesundheitsstärkenden Ressourcen am Arbeitsplatz, die sich aus Gratifikation, Partizipation und Betriebsklima zusammensetzen, weisen wie erwartet einen günstigen Zusammenhang mit der Gesundheit auf. Das betrifft sowohl die gesundheitliche Verfassung, als auch die Schlafstörungen. In beiden Fällen sind höhere Ressourcen mit einem geringeren gesundheitlichen Risiko assoziiert, die hohen Koeffizienten deuten auf einen starken Zusammenhang. Die Arbeitszeitqualität weist hinsichtlich der Schlafqualität ebenfalls einen günstigen gesundheitlichen Konnex auf. Dieser empirische Konnex ist allerdings schwächer ausgeprägt als im Falle der Ressourcen, was an den vergleichsweise kleinen Koeffizienten und der teils nur moderaten statistischen Signifikanz zu sehen ist. Hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines nur mittelmäßigen oder schlechten Gesundheitszustands leistet die Arbeitszeitqualität in diesen Modellen dagegen keinen eigenständigen Erklärungsbeitrag.

Im Hinblick auf die Arbeitszeitformen ist eine klare Unterscheidung zwischen Nachtschichtarbeit und langen Arbeitszeiten einerseits und Gleitzeitarbeit andererseits erkennbar. Während die ersten beiden Arbeitszeitformen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit assoziiert sind, an Schlafstörungen oder an einer schlechten Gesundheitsverfassung zu leiden, weist Gleitzeitarbeit in beiden Fällen eine positive Assoziation auf. Dieses Bild bestätigt sich auch bei einer separaten Schätzung nach männlichen und weiblichen Beschäftigten (hier nicht dargestellt).

Somit ergibt sich unter Einbeziehung der Arbeitsbedingungen für Gleitzeitbeschäftigung ein günstigeres Bild, als es in den vorangegangenen Analysen der Fall war.

Die vergleichsweise niedrigen Schätzwerte zeigen allerdings auch, dass in allen Modellen die Arbeitszeitform einen geringeren Beitrag zur Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den Beschäftigten leistet als die restlichen hier untersuchten Arbeitsbedingungen. Das gilt insbesondere im Vergleich mit den psychosozialen Belastungen und den gesundheitsstärkenden Ressourcen, die in den einzelnen Modellspezifikationen den größten Erklärungswert haben. Unter den Arbeitszeitformen weist die Gleitzeitarbeit einen schwächer ausgeprägten Zusammenhang mit den gesundheitlichen Indikatoren auf als Nachtschichtarbeit und lange Wochenarbeitszeiten. Auswertungen für Krankenstand und Präsentismus als gesundheitliche Indikatoren, die hier in der Darstellung ausgespart werden, bestätigen den Befund aus den Analysen in den vorangegangenen Abschnitten, wonach Gleitzeitbeschäftigung tendenziell mit erhöhten Krankenstands- und Präsentismuskennzahlen einhergeht.

Textkasten 2.5: Strukturgleichungsmodell – Methodische Erläuterung

Ein Strukturgleichungsmodell ist ein Verfahren, um komplexe Zusammenhänge zwischen verschiedenen Größen zu beschreiben und darzustellen. Bei dieser Art der Modellierung können gleichzeitig sowohl direkt beobachtbare Größen einbezogen werden, als auch solche, die nicht direkt gemessen und nur indirekt – mittels einer Faktorenanalyse – durch andere beobachtete Größen geschätzt werden. Das gegenständliche Modell beinhaltet vier dieser indirekt beobachteten Größen, auch latente Variablen genannt: Zwei Faktoren zur Abbildung gesundheitlich belastender Arbeitsbedingungen (körperliche und psychosoziale Arbeitsplatzbelastungen) sowie zwei gesundheitsfördernde Faktoren (Ressourcen und Arbeitszeitqualität). Diese Faktoren werden anhand beobachteter Größen (sogenannter manifester Variablen) aus dem AKI/AGM-Datensatz ermittelt.

Zur Ermittlung der körperlichen Belastungsdimension werden zwei unterschiedliche Arten von Belastungsmerkmalen aggregiert, es handelt sich dabei einerseits um Umweltbelastungen (wie Hitze, Lärm usw.), andererseits um ergonomische Belastungsfaktoren (wie körperliche Anstrengung, ständiges Stehen usw.). Die psychosoziale Belastungsdimension wird durch drei weitere Formen von Belastungsmerkmalen abgebildet: Emotionale Anforderungen (wie hohe Verantwortung, ständige Konzentration usw.), Arbeitsintensität (Zeitdruck, keine Zeit für Pausen usw.) und Disruptionen (ständige Unterbrechungen, sich verändernde Arbeitsprozesse usw.). Die gesundheitsstärkenden Ressourcen ergeben sich aus drei Merkmalen: Gratifikation (Zufriedenheit mit dem Einkommen, mit den Aufstiegsmöglichkeiten usw.), Partizipation (Mitbestimmungsmöglichkeiten im Betrieb, bei den Arbeitsabläufen usw.) und Betriebsklima (Zufriedenheit mit dem Führungsstil, mit den KollegInnen usw.). Die Arbeitszeitqualität wird durch die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit und der Vereinbarkeit von beruflichen mit familiären und privaten Verpflichtungen ermittelt. Alle relevanten AKI/AGM-Fragen wurden von den Befragten mit einer von fünf möglichen Antwortkategorien (z. B. von "sehr stark belastet" bis "gar nicht belastet") beantwortet, die Zusammenfassung der einzelnen Merkmale in Skalen erfolgte durch Aufsummieren und Durchschnittsbildung der Antwortkategorien von 1 bis 5. Der Anhang beinhaltet eine detaillierte Übersicht der einzelnen Skalen und Fragebo-
genitems (Übersicht A8).

Neben der Arbeitszeitform (Nachtschichtarbeit, Gleitzeit usw.) wurden im Modell auch Alter und Geschlecht als zusätzliche Einflussgrößen auf die gesundheitlichen Indikatoren (allgemeine Gesundheitsverfassung, Schlafstörungen usw.) berücksichtigt.

2.6 Schlussfolgerungen

Die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse belegen eindeutig, dass die Arbeitszeitgestaltung ein relevanter Bestimmungsfaktor der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten ist. Das betrifft sowohl mögliche gesundheitliche Belastungen und Risiken als auch Chancen und positive Effekte, die sich aus der Länge, der Lage und der Flexibilität der Arbeitszeit ergeben können.

Gut abgesicherte Erkenntnisse gibt es vor allem zu jenen Arbeitszeitmodellen und Arbeitszeitvereinbarungen, die bereits seit langem zur Anpassung des Arbeitseinsatzes an die betrieblichen Anforderungen eingesetzt werden, wie Schichtdienste, Nachtarbeit und (über)lange Wochenarbeitszeiten. Aufgrund möglicher Konflikte mit dem Biorhythmus, den Erholungszeiten und mit der Gestaltung des Familien- und Soziallebens stellen diese Arbeitszeitformen eine gesundheitliche Herausforderung dar. Sie werden mit einer Reihe an Beeinträchtigungen und Erkrankungen in Verbindung gebracht, unter anderem mit Schlafstörungen, gastrointestinalen Problemen und Herz-Kreislauf-Krankheiten. Für die Frage, inwiefern eine bestimmte Arbeitszeitform zu einer gesundheitlichen Beeinträchtigung führt, sind aber mehrere Faktoren relevant, wie die Dauer und Intensität der "Exposition" gegenüber einer belastenden Arbeitszeitform und die gleichzeitige Präsenz anderer belastender Arbeitsbedingungen. Mehrere Studien haben beispielsweise gezeigt, dass lange Arbeitszeiten vor allem dann für die Gesundheit schädlich sind, wenn sie gemeinsam mit geringen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen auftreten.

Auch zu neueren Formen der Flexibilität und Arbeitszeitgestaltung liegt eine wachsende Zahl an Forschungsergebnissen vor. Von besonderem Interesse sind dabei Modelle und Vereinbarungen, die den MitarbeiterInnen eine größere Autonomie bei der Einteilung der Arbeitszeit und/oder größere Flexibilität bei der Erbringung von Überstunden und der Inanspruchnahme von Ruhe- und Erholungszeiten einräumen. Von diesen Arbeitszeitarrangements sind im Lichte der theoretischen Modelle und Wirkungszusammenhänge positive Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erwarten. Ein höheres Ausmaß an Kontrolle über die eigene Arbeitszeit kann zur Bewältigung der Anforderungen am Arbeitsplatz sowie zu einer verbesserten Abstimmung der beruflichen Verpflichtungen mit dem Familien- und Sozialleben beitragen. Die empirischen Untersuchungen bestätigen überwiegend diese positiven Erwartungen. Gleitzeitmodelle und auch andere Formen der Arbeitszeitautonomie gehen mit erhöhten Zufriedenheits- und Motivationswerten der Beschäftigten einher. In Bezug auf gesundheitliche Indikatoren weisen die verfügbaren Studien vorwiegend positive oder zumindest neutrale Zusammenhänge nach. Die Auswirkungen größerer Autonomie und Flexibilität bei der Arbeitseinteilung müssen aber nicht immer positiv ausfallen: Mehr Spielraum bei der Gestaltung der Arbeitszeit kann paradoxerweise auch zu einer Verdichtung der Arbeit

und einer schlechteren Abgrenzung zwischen der beruflichen und der privaten Sphäre führen. Der Einsatz von modernen Informations- und Kommunikationstechnologien weist eine ähnliche Dialektik auf. Die Möglichkeit, von zuhause oder außerhalb der üblichen Bürozeiten zu arbeiten, kann sowohl für die Beschäftigten als auch für die Betriebe viele Vorteile bringen. Führt sie jedoch zu einer permanenten Erreichbarkeit und mangelnden Abgrenzung zwischen Arbeit und Freizeit, steigt die Gefahr von negativen Gesundheitsfolgen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass das Phänomen der Entgrenzung der Arbeit, sowohl infolge der steigenden Verbreitung neuer Technologien als auch allgemeiner gesellschaftlicher Trends (Stichwort "24-Stunden-Gesellschaft") weiter an Bedeutung gewinnen wird.

Unabhängig davon, welche Arbeitszeitform betrachtet wird, zeigen sowohl die konzeptuellen Erklärungsmodelle als auch die empirischen Befunde, wie vielschichtig die Zusammenhänge zwischen Arbeitszeitgestaltung und Gesundheit sind. Die konkreten Auswirkungen eines Arbeitszeitarrangements hängen einerseits von den restlichen Arbeitsbedingungen ab. In diesem Zusammenhang haben die Analysen für Österreich gezeigt, dass gesundheitsfördernde Ressourcen am Arbeitsplatz (wie das Ausmaß der Gratifikation und die Qualität des Betriebsklimas) einen besonders hohen Beitrag zur Erklärung von gesundheitlichen Unterschieden zwischen den Beschäftigten leisten. Der Einfluss der Arbeitszeit auf die Gesundheit wird andererseits auch durch persönliche Faktoren mitgeprägt, wie Veranlagungen, Präferenzen und das familiäre und soziale Umfeld. Einige Untersuchungen haben beispielsweise gezeigt, dass höhere Flexibilität und Kontrolle über die Arbeitszeit bei Männern und Frauen zum Teil unterschiedliche Effekte nach sich ziehen, ein Befund, der im Lichte geschlechtsspezifischer Rollenmuster und der ungleichen Verteilung von Betreuungs- und Haushaltsarbeit interpretiert werden kann. Wie die AKI/AGM-Auswertungen für Österreich belegen, weist die Zufriedenheit mit der Arbeitszeit im Allgemeinen einen positiven Zusammenhang mit gesundheitlichen Indikatoren auf.

Unser Wissensstand zur Bedeutung der Arbeitszeitgestaltung für die Gesundheit weist nach wie vor große Lücken auf. Längerfristige und lebensphasenorientierte Modelle, wie Zeitkonten und Altersteilzeit, wurden bisher kaum untersucht. Auch die Effekte unterschiedlicher Teilzeitmodelle, komprimierter Arbeitswochen und Arbeitszeitverkürzungen auf die Gesundheit müssen noch weiter erforscht werden. Die vorliegenden Forschungserkenntnisse liefern aber auch Anhaltspunkte für die gesundheitlich vorteilhafte Gestaltung unterschiedlicher Arbeitszeitformen. In einer gesundheits- und arbeitsmarktpolitischen Perspektive ist diesbezüglich hervorzuheben, dass zwischen Branchen und Berufen zum Teil große Unterschiede in den Arbeitsplatzbedingungen bestehen und dass die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen in der Arbeitswelt ungleich auf die Beschäftigten verteilt sind. Einige Branchen, wie das Verkehrswesen, das Gesundheits- und Sozialwesen oder Gastronomie und Tourismus, weisen eine hohe Konzentration an Arbeitsplätzen mit atypischen und belastenden Arbeitszeiten auf. Niedrig qualifizierte Arbeitskräfte haben im Allgemeinen bei der Arbeit oft geringere Handlungsspielräume und sind auch in Bezug auf ihre Arbeitszeit mit weniger Autonomie ausgestattet als besser qualifizierte Beschäftigte.

Ein konsolidiertes Set an Gestaltungsempfehlungen liegt für den Einsatz von Nachtarbeitsmodellen vor. Unter anderem sollte die Anzahl an aufeinanderfolgenden Nachtdiensten beschränkt sein, die darauffolgende Ruhephase mindestens 24 Stunden dauern sowie kurz vorwärts rotierende Schichtsystemen gegenüber länger und nach hinten rotierenden Plänen bevorzugt werden. In Bezug auf andere Formen der Arbeitszeit gibt es zwar weniger spezifische Empfehlungen aber ebenfalls gut abgesicherte Wirkungszusammenhänge. Eine große Bedeutung kommt der Organisations- und Unternehmenskultur zu, die sich sowohl auf das Ausmaß der gesundheitlichen Belastungen als auch der ressourcenstärkenden Faktoren auswirkt. Anhaltend lange Arbeitszeiten können beispielsweise Ausdruck von überhöhten Anforderungen, mangelnder Unterstützung durch Vorgesetzte und/oder KollegInnen oder einer Organisationskultur sein, in der die Anwesenheit am Arbeitsplatz einen überhöhten Stellenwert einnimmt. In diesen Fällen sind durch entsprechende Anpassungen belastende Arbeitszeiten vermeidbar, ohne dass sich dadurch aus betrieblicher Sicht Nachteile ergeben.

Führungskräfte und die Unternehmenskultur spielen aber nicht nur für die Vermeidung von Belastungen, sondern auch für die Erzielung von positiven Effekten eine erhebliche Rolle. Wertschätzung, Unterstützung und Handlungsspielräume können in erheblichem Maße dazu beitragen, hohe Anforderungen am Arbeitsplatz und belastende Arbeitszeitmerkmale zu kompensieren. Die Hebung dieser Potentiale kann einen wichtigen Beitrag für eine Arbeitswelt leisten, die Belastungsphänomene gar nicht erst entstehen lässt und die Möglichkeit, Arbeit als wertvolle Gesundheitsressource zu nutzen, verstärkt.

Literaturhinweise

- Åkerstedt, T., Olsson, B., Ingre, M., Holmgren, M., Kecklund, G., "A 6-hour working day – effects on health and well-being", *Journal of Human Ergology*, 2001, 30(1-2), S. 197-202.
- Åkerstedt, T., Kecklund, G., Selén, J., "Early morning work – prevalence and relation to sleepwake problems: a national representative survey", *Chronobiology international*, 2010, 27(5), S. 975-986.
- Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Pentti, J., Kivimäki, M., "Effect of employee worktime control on health: a prospective cohort study", *Occupational and Environmental Medicine*, 2004, 61(3), S. 254-261.
- Ala-Mursula, L., Vahtera, J., Linna, A., Pentti, J., Kivimäki, M., "Employee worktime control moderates the effects of job strain and effort-reward imbalance on sickness absence: the 10-town study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59(10), S. 851-857.
- Albrecht, S. C., Kecklund, G., Rajaleid, K., Leineweber, C., "The longitudinal relationship between control over working hours and depressive symptoms: Results from SLOSH, a population-based cohort study", *Journal of Affective Disorders*, 2017, (215), S. 143-151.
- Antunes, L. C., Levandovski, R., Dantas, G., Caumo, W., Hidalgo, M. P., "Obesity and shift work: chronobiological aspects", *Nutrition Research Reviews*, 2010, 23(1), S. 155-168.
- Arlinghaus, A., Nachreiner, F., "Health effects of supplemental work from home in the European Union", *Chronobiology International*, 2014, 31(10), S. 1100-1107.
- 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 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2019.
- Baltes, B. B., Briggs, T. E., Huff, J. W., Wright, J. A., Neuman, G. A., "Flexible and compressed workweek schedules: A meta-analysis of their effects on work-related criteria", *Journal of Applied Psychology*, 1999, 84(4), S. 496-513.
- Bamberg, E., Dettmers, J., Funck, H., Krähe, B., Vahle-Hinz, T., "Effects of On-Call Work on Well-Being: Results of a Daily Survey 1", *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2012, 4(3), S. 299-320.
- Bambra, C., *Work, worklessness and the political economy of health*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
- Bambra, C., Whitehead, M., Sowden, A., Akers, J., Petticrew, M., "'A hard day's night?' The effects of Compressed Working Week interventions on the health and work-life balance of shift workers: a systematic review", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62(9), S. 764-777.
- Beckers, D., Kompier, M., Kecklund, G., Härmä, M., "Worktime control: theoretical conceptualization, current empirical knowledge, and research agenda", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2012, 38(4), S. 291-297.
- Beermann, B., "Nacht- und Schichtarbeit", in: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2010, S. 71-82.
- Berkowsky, R. W., "When you just cannot get away: Exploring the use of information and communication technologies in facilitating negative work/home spillover", *Information, Communication and Society*, 2013, 16(4), S. 519-541.
- Bernstrøm, V. H., Houkes, I., "A systematic literature review of the relationship between work hours and sickness absence", *Work and Stress*, 2018, 32(1), S. 84-104.
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", *WIFO Working Paper*, 1999, (124).

- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Böckerman, P., Laukkanen, E., "What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers", European Journal of Public Health, 2010, 20(1), S. 43-46.
- Bostock, S., Steptoe, A., "Influences of early shift work on the diurnal cortisol rhythm, mood and sleep: within-subject variation in male airline pilots", Psychoneuroendocrinology, 2013, 38(4), S. 533-541.
- 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 2018. Daten und Fakten, Wien, 2018.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016, Wien, 2016.
- Buxton, O. M., Cain, S. W., O'Connor, S. P., Porter, J. H., Duffy, J. F., Wang, W., Czeisler, C., Shea, S. A., "Adverse metabolic consequences in humans of prolonged sleep restriction combined with circadian disruption", Science Translational Medicine, 2012, 4(129), S. 129-143.
- Carlson, D. S., Grzywacz, J. G., Kacmar, K. M., "The relationship of schedule flexibility and outcomes via the work-family interface", Journal of Managerial Psychology, 2010, 25(4), S. 330-355.
- Carr, A. E., Tang, T. L.-P., "Sabbaticals and employee motivation: Benefits, concerns, and implications", Journal of Education for Business, 2005, 80(3), S. 160-164.
- Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).
- Costa, G., "Shift work and health: current problems and preventive actions", Safety and Health at Work, 2010, 1(2), S. 112-123.
- Dall'Ora, C., Ball, J., Redfern, O., Recio-Saucedo, A., Maruotti, A., Meredith, P., Griffiths, P., "Are long nursing shifts on hospital wards associated with sickness absence? A longitudinal retrospective observational study", Journal of Nursing Management, 2019, 27(1), S. 19-26.
- Davidson, O. B., Eden, D., Westman, M., Cohen-Charash, Y., Hammer, L. B., Kluger, A. N., Krausz, M., Maslach, Ch., O'Driscoll, M., Perrewé, P. L., Quick, J. C., Rosenblatt, Z., Spector, P. E., "Sabbatical leave: who gains and how much?", Journal of Applied Psychology, 2010, 95(5), S. 953-964.
- Deaton, A. S., Paxson, C. H., "Aging and inequality in income and health", American Economic Review, 1998, 88(2), S. 248-253.
- 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.
- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- Eppel, R., Leoni, Th., New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven, WIFO, Wien, 2016, [Link zum Dokument](#).
- Esquirol, Y., Perret, B., Ruidavets, J. B., Marquie, J. C., Dienne, E., Niezborala, M., Ferrieres, J., "Shift work and cardiovascular risk factors: new knowledge from the past decade", Archives of Cardiovascular Diseases, 2011, 104(12), S. 636-668.
- Eurofound, Working conditions and workers' health, Publications Office of the European Union, Luxemburg, 2019.
- Eurofound, International Labour Office, Working anytime, anywhere: The effects on the world of work, Publications Office of the European Union, Luxemburg, the International Labour Office, Genf, 2017.
- European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxemburg, 2007.

- Fenner, G. H., Renn, R. W., "Technology-assisted supplemental work and work-to-family conflict: The role of instrumentality beliefs, organizational expectations and time management", *Human Relations*, 2010, 63(1), S. 63-82.
- Folkard, S., Tucker, P., "Shift work, safety and productivity", *Occupational Medicine*, 2003, 53(2), S. 95-101.
- French, D. P., McKinley, R. K., Hastings, A., "GP stress and patient dissatisfaction with nights on call: an exploratory study-GP stress and patient satisfaction", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2001, 19(3), S. 170-173.
- Graf, N., Hofer, H., Sellner, R., Winter-Ebmer, R., Wroblewski, A., *Evaluierung der arbeitsmarktpolitischen Wirkungen des Altersteilzeitgeldes. Anreizstrukturen, Wirkungen und Implikationen*, Institut für Höhere Studien (IHS), Wien, 2008.
- Hall, S. J., Ferguson, S. A., Turner, A. I., Robertson, S. J., Vincent, G. E., Aisbett, B., "The effect of working on-call on stress physiology and sleep: A systematic review", *Sleep Medicine Reviews*, 2017, (33), S. 79-87.
- Härmä, M., "Workhours in relation to work stress, recovery and health", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2006, 32(6), S. 502-514.
- Härmä, M., "Shift work among women – a century-old health issue in occupational health", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2008, 34(1), S. 1-3.
- Härmä, M. I., Ilmarinen, J. E., "Towards the 24-hour society – new approaches for aging shift workers?", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 1999, 25(6), S. 610-615.
- Haus, E., Smolensky, M., "Biological clocks and shift work: circadian dysregulation and potential long-term effects", *Cancer Causes and Control*, 2006, 17(4), S. 489-500.
- He, C., Anand, S. T., Ebell, M. H., Vena, J. E., Robb, S. W., "Circadian disrupting exposures and breast cancer risk: a meta-analysis", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2015, 88(5), S. 533-547.
- 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.
- Hofäcker, D., König, S., "Flexibility and work-life conflict in times of crisis: a gender perspective", *International Journal of Sociology and Social Policy*, 2013, 33(9/10), S. 613-635.
- Huemer, U., Bock-Schappelwein, J., Famira-Mühlberger, U., Lutz, H., Mayrhuber, Ch. (2017A), *Österreich 2025: Arbeitszeitverteilung in Österreich. Analyse und Optionen aus Sicht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*, WIFO, Wien, 2017.
- Huemer, U., Fuchs, S., Lutz, H. (2017B), "Verteilung der Arbeitszeit", in: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Sozialbericht*, Wien, 2017, S. 321-344.
- Ichino, A., Moretti, E., *Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap*, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Kaiser, S., Ringlstetter, M., Reindl, C. U., Stolz, M. L., "Die Wirkung von Work-Life Balance Initiativen auf das Mitarbeitercommitment: Eine empirische Untersuchung in der Unternehmensberatungsbranche", *Zeitschrift für Personalforschung*, 2010, 24(3), S. 231-265.
- Karasek, R., "Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign", *Administrative Science Quarterly*, 1979, 24(2), S. 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T., *Healthy Work – Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.
- Knauth, P., "Extended work periods", *Industrial Health*, 2007, 45(1), S. 125-136.
- Kolstad, H. A., "Nightshift work and risk of breast cancer and other cancers – a critical review of the epidemiologic evidence", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2008, 34(1), S. 5-22.
- Korn, G., Schmotzer, B., "Personenbezogene Statistiken 2018", Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Soziale Sicherheit Online*, Februar 2019, [Link zum Dokument](#).
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, Th., Böheim, R., *Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus*, WIFO, Wien, 2018.
- Leoni, Th., Mahringer, H., *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2008.

- Leoni, Th., Schwinger, J., Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt, WIFO, Wien, 2017.
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Leoni, Th., 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.
- 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.
- Marquié, J. C., Tucker, P., Folkard, S., Gentil, C., Ansiau, D., "Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study", Occupational and Environmental Medicine, 2015, 72(4), S. 258-264.
- 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.
- Meggeneder, O., Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien, 2005.
- Merkus, S. L., Van Drongelen, A., Holte, K. A., Labriola, M., Lund, T., Van Mechelen, W., Van der Beek, A. J., "The association between shift work and sick leave: a systematic review", Occupational and Environmental Medicine, 2012, 69(10), S. 701-712.
- Moen, P., Kelly, E. L., Tranby, E., Huang, Q., "Changing work, changing health: can real work-time flexibility promote health behaviors and well-being?", Journal of Health and Social Behavior, 2011, 52(4), S. 404-429.
- Nicol, A. M., Botterill, J. S., "On-call work and health: a review", Environmental Health, 2004, 3(1), S. 15.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., Sultan-Taïeb, H., Vermeulen, G., Parent-Thirion, A., "Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe", The European Journal of Public Health, 2012, 23(4), S. 622-629.
- Nijp, H. H., Beckers, D., Geurts, S., Tucker, P., Kompier, M., "Systematic review of the association between employee worktime control and work-nonwork balance, health, and well-being, and job-related outcomes", Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 2012, 38(4), S. 299-313.
- OECD, Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, 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.
- O'Reilly, D., Rosato, M., "Worked to death? A census-based longitudinal study of the relationship between the numbers of hours spent working and mortality risk", International Journal of Epidemiology, 2013, 42(6), S. 1820-1830.
- Pope, N. G., "How the time of day affects productivity: Evidence from school schedules", Review of Economics and Statistics, 2016, 98(1), S. 1-11.
- Putnam, L. L., Myers, K. K., Gailliard, B. M., "Examining the tensions in workplace flexibility and exploring options for new directions", Human Relations, 2014, 67(4), S. 413-440.
- Puttonen, S., Härmä, M., Hublin, C., "Shift work and cardiovascular disease – pathways from circadian stress to morbidity", Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 2010, 36(2), S. 96-108.
- 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.

- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., Whittington, R., "Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta-analysis", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2019, 140(5), S. 393-407.
- Risak, M., "Rufbereitschaft", *Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht*, 2013, (6), S. 339-340.
- Ropponen, A., Koskinen, A., Puttonen, S., Härmä, M., "Exposure to working-hour characteristics and short sickness absence in hospital workers: A case-crossover study using objective data", *International journal of nursing studies*, 2019, (91), S. 14-21.
- Salo, P., Ala-Mursula, L., Rod, N. H., Tucker, P., Pentti, J., Kivimäki, M., Vahtera, J., "Work time control and sleep disturbances: Prospective cohort study of Finnish public sector employees", *Sleep*, 2014, 37(7), S. 1217-1225.
- Schiller, H., Lekander, M., Rajaleid, K., Hellgren, C., Åkerstedt, T., Barck-Holst, P., Kecklund, G., "The impact of reduced worktime on sleep and perceived stress – a group randomized intervention study using diary data", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2017, 43(2), S. 109-116.
- Schnabel, C., *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten*, Köln, 1997.
- Shain, M., Kramer, D. M., "Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence", *Occupational and Environmental Medicine*, 2004, 61(7), S. 643-648.
- Smith, L., Folkard, S., Tucker, P., Macdonald, I., "Work shift duration: a review comparing eight hour and 12 hour shift systems", *Occupational and Environmental Medicine*, 1998, 55(4), S. 217-229.
- Sparks, K., Cooper, C., Freid, Y., Shiroam, A., "The effects of hours of work on health: a meta-analytic review", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1997, 70(4), S. 391-408.
- Statistik Austria, *Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2015*, Wien, 2016.
- Steinke, M., Badura, B., *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden, 2011.
- Takahashi, M., Iwasaki, K., Sasaki, T., Kubo, T., Mori, I., Otsuka, Y., "Sleep, fatigue, recovery, and depression after change in work time control: a one-year follow-up study", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2012, 54(9), S. 1078-1085.
- Travis, R. C., Balkwill, A., Fensom, G. K., Appleby, P. N., Reeves, G. K., Wang, X. S., Roddam, A. W., Gathani, T., Peto, R., Green, J., Key, T. J., Beral, V., "Night shift work and breast cancer incidence: three prospective studies and meta-analysis of published studies", *Journal of the National Cancer Institute*, 2016, 108(12).
- Tucker, P., Folkard, S., *Working time, health and safety: A research synthesis paper*, Internationale Arbeitsorganisation (ILO), Genf, 2012.
- Tucker, P., Brown, M., Dahlgren, A., Davies, G., Ebdon, P., Folkard, S., Hutchings, H., Åkerstedt, T., "The impact of junior doctors' worktime arrangements on their fatigue and well-being", *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2010, 36(6), S. 458-465.
- Tucker, P., Bejerot, E., Kecklund, G., Aronsson, G., Åkerstedt, T., "The impact of work time control on physicians' sleep and well-being", *Applied Ergonomics*, 2015, 47, S. 109-116.
- Tucker, P., Albrecht, S., Kecklund, G., Beckers, D. G., Leineweber, C., "Work time control, sleep and accident risk: A prospective cohort study", *Chronobiology International*, 2016, 33(6), S. 619-629.
- Uglanova, E., Dettmers, J., "Sustained Effects of Flexible Working Time Arrangements on Subjective Well-Being", *Journal of Happiness Studies*, 2018, 19(6), S. 1727-1748.
- Van der Hulst, M., Geurts, S., "Associations between overtime and psychological health in high and low reward jobs", *Work and Stress*, 2001, 15(3), S. 227-240.
- Vetter, C., Devore, E. E., Wegryn, L. R., Massa, J., Speizer, F. E., Kawachi, I., Rosner, B., Stampfer, M. J., Schernhammer, E. S., "Association between rotating night shift work and risk of coronary heart disease among women", *JAMA*, 2016, 315(16), S. 1726-1734.
- Virtanen, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., Madsen, I. E., Lallukka, T., Ahola, K., Alfredsson, L., Batty, G. D., Bjorner, J. B., Borritz, M., Burr, H., Casini, A., Clays, E., De Bacquer, D., Dragano, N., Erbel, R., Ferrie, J. E., Fransson, E. I., Hamer, M., Heikkilä, K., Jöckel, K. H., Kittel, F., Knutsson, A., Koskenvuo, M., Ladwig, K. H., Lunau, T., Nielsen, M. L., Nordin, M., Oksanen, T., Pejtersen, J. H., Pentti, J., Rugulies, R., Salo, P., Schupp, J., Siegrist, J., Singh-Manoux, A., Steptoe, A., Suominen, S. B., Theorell, T., Vahtera, J., Wagner, G. G., Westerholm, P. J., Westerlund, H., Kivimäki, M., "Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data", *British Medical Journal*, 2015, 350.

- von Thiele Schwarz, U., Hasson, H., "Employee self-rated productivity and objective organizational production levels: effects of worksite health interventions involving reduced work hours and physical exercise", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2011, 53(8), S. 838-844.
- Voss, M., Floderus, B., Diderichsen, F., "Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post", *Occupational and Environmental Medicine*, 2001, 58(3), S. 178-184.
- Wanger, S., *Altersteilzeit: Beliebt, aber nicht zukunftsgerecht*, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, IAB-Kurzbericht, Nürnberg, 2009, (8).
- Wegrzyn, L. R., Tamimi, R. M., Rosner, B. A., Brown, S. B., Stevens, R. G., Eliassen, A. H., Laden, F., Willet, W. C., Hankinson, S. E., Schernhammer, E. S., "Rotating night-Shift work and the risk of breast cancer in the nurses' health studies", *American Journal of Epidemiology*, 2017, 186(5), S. 532-540.
- Winwood, P. C., Bakker, A. B., Winefield, A. H., "An investigation of the role of non-work-time behavior in buffering the effects of work strain", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2007, 49(8), S. 862-871.
- Wirtz, A., "Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten", Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2010.
- Zach, M., *Psychische Erkrankungen und Invalidität*, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.
- Zulley, J., Knab, B., *Unsere Innere Uhr: Natürliche Rhythmen nutzen und der Non-Stop-Belastung entgehen*, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2009.

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
2017	41.522.418	3.310.869	12,5	3,4
2018	44.577.692	3.401.960	13,1	3,6

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

	Erkrankungsquote in %	Krankenstandsfälle je Versicherte/n	Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	Krankenstandstage je Fall
1970	55,5	0,8	1,5	18,0
1971	55,4	0,9	1,6	17,4
1972	53,3	0,8	1,6	17,7
1973	52,6	0,8	1,6	17,6
1974	52,8	0,8	1,6	17,3
1975	56,0	0,9	1,6	16,8
1976	57,8	0,9	1,6	16,9
1977	57,1	0,9	1,6	17,1
1978	59,7	1,0	1,7	16,5
1979	57,4	1,0	1,7	17,1
1980	59,1	1,0	1,8	16,7
1981	56,4	1,0	1,8	17,1
1982	53,9	0,9	1,7	16,9
1983	54,5	1,0	1,8	15,5
1984	53,7	0,9	1,7	15,7
1985	57,3	1,0	1,8	14,8
1986	60,0	1,1	1,8	14,6
1987	54,0	1,0	1,8	14,6
1988	54,5	1,0	1,9	14,6
1989	58,4	1,1	1,9	13,5
1990	58,0	1,1	1,9	13,4
1991	58,1	1,1	1,9	13,5
1992	58,2	1,1	2,0	13,4
1993	59,0	1,1	1,9	13,4
1994	57,5	1,1	1,9	13,7
1995	58,8	1,1	1,9	13,2
1996	58,0	1,1	1,9	12,9
1997	57,3	1,1	1,8	12,4
1998	56,6	1,1	1,9	12,6
1999	60,6	1,2	1,9	12,5
2000	60,2	1,1	1,9	12,6
2001	58,5	1,1	1,9	12,4
2002	57,9	1,1	1,9	12,2
2003	58,7	1,1	1,9	12,0
2004	56,4	1,0	1,9	12,1
2005	58,9	1,1	1,9	11,5
2006	56,4	1,1	1,9	11,3
2007	59,4	1,1	1,9	11,2
2008	60,9	1,2	1,9	11,1
2009	62,3	1,2	1,9	11,0
2010	59,8	1,2	2,0	10,8
2011	62,4	1,2	2,0	10,6
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
2017	62,7	1,3	2,1	9,7
2018	64,9	1,4	2,1	9,6

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre In %	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
1970	3,5	4,0	7,1	2,9	4,0	6,1	3,3	4,0	6,7
1971	3,6	4,0	6,7	3,0	3,9	5,8	3,3	3,9	6,3
1972	3,6	3,9	6,5	3,0	3,8	5,7	3,3	3,9	6,2
1973	3,7	3,8	6,4	2,9	3,7	5,5	3,4	3,8	6,0
1974	3,7	3,8	6,4	2,9	3,6	5,7	3,4	3,7	6,1
1975	3,8	3,9	6,7	2,9	3,5	5,7	3,4	3,8	6,2
1976	4,0	4,2	7,2	3,0	3,7	6,3	3,6	4,0	6,8
1977	4,0	4,1	7,2	2,9	3,6	6,3	3,5	3,9	6,8
1978	4,4	4,4	7,5	3,2	3,8	6,8	3,9	4,1	7,2
1979	4,3	4,4	7,9	3,1	3,9	7,2	3,8	4,2	7,6
1980	4,5	4,5	8,2	3,3	3,9	7,5	4,0	4,3	7,9
1981	4,2	4,4	8,3	3,1	3,9	7,7	3,7	4,2	8,0
1982	3,9	4,0	8,3	2,8	3,5	7,4	3,4	3,8	8,0
1983	3,8	4,0	7,9	2,8	3,5	6,7	3,3	3,7	7,5
1984	3,7	3,8	7,6	2,7	3,4	6,7	3,2	3,6	7,3
1985	3,9	4,0	7,9	2,9	3,7	7,2	3,5	3,9	7,7
1986	3,9	4,1	7,8	3,0	3,8	7,2	3,5	4,0	7,6
1987	3,7	3,9	7,5	2,8	3,6	6,7	3,3	3,7	7,2
1988	3,8	3,8	7,9	2,8	3,6	7,3	3,3	3,7	7,7
1989	4,0	4,1	7,3	3,1	3,8	6,9	3,6	3,9	7,1
1990	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,7	3,6	3,9	6,9
1991	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1992	4,0	4,1	7,0	3,0	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1993	3,9	4,0	7,0	2,9	3,7	7,0	3,4	3,9	7,0
1994	3,8	3,9	7,3	2,7	3,5	7,1	3,3	3,8	7,2
1995	3,9	3,9	7,2	2,8	3,5	7,0	3,4	3,7	7,1
1996	3,6	3,7	6,8	2,7	3,3	6,6	3,1	3,5	6,7
1997	3,5	3,5	6,1	2,6	3,1	6,0	3,0	3,3	6,0
1998	3,4	3,5	6,3	2,7	3,0	5,8	3,1	3,3	6,1
1999	3,7	3,7	6,9	2,9	3,4	6,6	3,4	3,6	6,8
2000	3,6	3,6	6,8	2,9	3,3	6,6	3,2	3,5	6,7
2001	3,5	3,4	6,1	2,8	3,2	6,1	3,2	3,3	6,1
2002	3,4	3,3	5,8	2,7	3,1	5,8	3,0	3,2	5,8
2003	3,3	3,2	5,7	2,6	3,0	5,6	2,9	3,1	5,7
2004	3,1	3,1	5,6	2,4	2,9	5,5	2,8	3,0	5,6
2005	3,2	3,1	5,2	2,4	2,9	5,1	2,8	3,0	5,2
2006	3,0	3,0	5,0	2,3	2,8	4,9	2,7	2,9	4,9
2007	3,1	3,1	5,1	2,4	2,9	5,0	2,8	3,0	5,1
2008	3,2	3,1	5,3	2,5	3,1	5,1	2,9	3,1	5,2
2009	3,1	3,1	5,7	3,0	3,3	5,7	3,1	3,2	5,7
2010	3,0	3,0	5,6	2,9	3,2	5,5	3,0	3,1	5,6
2011	3,1	3,1	5,4	3,1	3,4	5,5	3,1	3,2	5,5
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
2017	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2018	3,0	2,9	5,0	3,1	3,3	5,1	3,1	3,1	5,1

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Arbeiter In %	Frauen		Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt		Angestellte	Insgesamt	
1970	5,1	2,5	4,3	4,6	3,0	3,9	4,2
1971	5,0	2,5	4,3	4,5	3,0	3,9	4,1
1972	5,0	2,4	4,2	4,6	2,8	3,8	4,0
1973	5,1	2,4	4,2	4,6	2,7	3,7	4,0
1974	5,0	2,4	4,2	4,6	2,7	3,7	4,0
1975	5,3	2,5	4,4	4,6	2,8	3,6	4,1
1976	5,7	2,6	4,6	4,9	2,9	3,9	4,3
1977	5,6	2,6	4,6	4,9	2,9	3,8	4,3
1978	6,1	2,8	4,9	5,3	3,1	4,1	4,6
1979	6,2	2,8	5,0	5,4	3,1	4,1	4,6
1980	6,4	2,8	5,1	5,6	3,1	4,2	4,8
1981	6,2	2,8	5,0	5,5	3,1	4,2	4,6
1982	5,8	2,8	4,7	4,9	2,9	3,8	4,3
1983	5,7	2,7	4,5	4,8	2,7	3,6	4,1
1984	5,5	2,6	4,4	4,7	2,6	3,5	4,0
1985	5,8	2,7	4,6	5,0	2,8	3,7	4,2
1986	5,8	2,6	4,6	5,1	2,8	3,8	4,2
1987	5,5	2,5	4,3	4,9	2,6	3,6	4,0
1988	5,6	2,5	4,4	5,0	2,7	3,6	4,0
1989	5,7	2,6	4,5	5,2	2,8	3,8	4,2
1990	5,7	2,5	4,4	5,2	2,9	3,8	4,2
1991	5,7	2,5	4,4	5,3	2,9	3,8	4,2
1992	5,7	2,6	4,5	5,2	2,9	3,8	4,2
1993	5,6	2,7	4,4	5,1	3,0	3,8	4,1
1994	5,6	2,6	4,4	5,0	2,9	3,7	4,1
1995	5,6	2,7	4,4	5,0	2,9	3,7	4,1
1996	5,3	2,6	4,1	4,7	2,8	3,5	3,8
1997	5,0	2,4	3,9	4,5	2,6	3,3	3,6
1998	5,0	2,4	3,9	4,6	2,6	3,3	3,6
1999	5,4	2,7	4,2	5,0	2,9	3,6	4,0
2000	5,2	2,6	4,1	5,0	2,9	3,6	3,9
2001	5,0	2,4	3,9	4,8	2,8	3,4	3,7
2002	4,7	2,4	3,7	4,6	2,7	3,3	3,5
2003	4,7	2,4	3,7	4,5	2,7	3,2	3,5
2004	4,5	2,3	3,5	4,3	2,5	3,1	3,3
2005	4,5	2,3	3,5	4,2	2,6	3,1	3,3
2006	4,3	2,2	3,3	4,1	2,5	3,0	3,2
2007	4,4	2,3	3,5	4,3	2,6	3,1	3,3
2008	4,6	2,3	3,6	4,8	3,0	3,5	3,6
2009	4,6	2,5	3,6	4,8	3,1	3,6	3,6
2010	4,4	2,4	3,5	4,7	3,1	3,6	3,5
2011	4,4	2,5	3,5	4,8	3,3	3,7	3,6
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
2017	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2018	4,3	2,6	3,5	4,7	3,4	3,7	3,6

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
2017	2,1	3,7	3,5	3,4
2018	2,4	3,8	3,7	3,5

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 Versicherungszahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem statistischen Bruch.

Zusätzliche Übersichten zu Kapitel 2

Übersicht A6: Zusammenhang Arbeitszeitmodelle und gesundheitliche Indikatoren

Männer

	Gesundheits- verfassung	Schlafstörungen	Krankenstand	Präsentismus
Arbeit am Wochenende	-	-	(0)	-
Nachtarbeit	(0)	-	(0)	(0)
Schicht- mit Nachtarbeit	(0)	-	-	(0)
Schicht- ohne Nachtarbeit	(0)	+	(0)	(0)
Gleitzeit	(-)	+	-	-

Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Legende: '+' = positiver (d. h. gesundheitlich günstiger) Zusammenhang; '-' = negativer Zusammenhang; '(+/-)' = statistisch schwacher Zusammenhang; '(0)' = kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Hinweise: Ergebnisse auf Basis multivariater Regressionsanalysen: logistische Regressionsmodelle für Allgemeine Gesundheitsverfassung (binär mit schlechter/sehr schlechter Gesundheitsverfassung = 1), Schlafstörungen (binär mit häufig/sehr häufig Schlafstörungen = 1) sowie für Präsentismus (ein Fall in den vorangegangenen 6 Monaten = 1), negative Binomialmodelle für Zahl der Krankenstandstage. Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr.

Übersicht A7: Zusammenhang Arbeitszeitmodelle und gesundheitliche Indikatoren

Frauen

	Gesundheits- verfassung	Schlafstörungen	Krankenstand	Präsentismus
Arbeit am Wochenende	-	-	(0)	(0)
Nachtarbeit	-	-	(0)	-
Schicht- mit Nachtarbeit	(0)	(0)	(0)	(0)
Schicht- ohne Nachtarbeit	-	(0)	-	+
Gleitzeit	(0)	+	-	(0)

Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor, IFES, WIFO-Berechnungen. Legende: '+' = positiver (d. h. gesundheitlich günstiger) Zusammenhang; '-' = negativer Zusammenhang; '(+/-)' = statistisch schwacher Zusammenhang; '(0)' = kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Hinweise: Ergebnisse auf Basis multivariater Regressionsanalysen: logistische Regressionsmodelle für Allgemeine Gesundheitsverfassung (binär mit schlechter/sehr schlechter Gesundheitsverfassung = 1), Schlafstörungen (binär mit häufig/sehr häufig Schlafstörungen = 1) sowie für Präsentismus (ein Fall in den vorangegangenen 6 Monaten = 1), negative Binomialmodelle für Zahl der Krankenstandstage. Kontrollvariablen: Geschlecht, Alter, Alter quadriert, Bildung (4 Kategorien), Berufsgruppe (6 Kategorien), Branche (10 Kategorien), Anzahl an Wochenstunden (einschließlich Überstunden), Jahr.

Übersicht A8: Zusammensetzung der Faktoren des Strukturgleichungsmodells

Skala	Frage (item)	Antwortmöglichkeiten
Umweltbelastungen		
Witterung, Hitze, Kälte, Staub, Lärm, Passivrauch, Schlechte Beleuchtung	Wie sehr fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch ... belastet?	5 Ausprägungen: sehr stark belastet bis gar nicht belastet
Ergonomische Belastungsfaktoren		
Körperliche Anstrengung/Heben schwerer Lasten, einseitige körperliche Belastung, stehende Tätigkeit, nicht körpergerecht gestalteter Arbeitsplatz	Wie sehr fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch ... belastet?	5 Ausprägungen: sehr stark belastet bis gar nicht belastet
Emotionale Anforderungen		
Ständige Überwachung, mangelnde Rückzugsmöglichkeiten, dauernd hohe Konzentration, hohe Verantwortung, dauernd Kundenkontakt, mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte, mangelnde Unterstützung durch KollegInnen, seelisch belastende Arbeit	Wie sehr fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch ... belastet?	5 Ausprägungen: sehr stark belastet bis gar nicht belastet
Arbeitsintensität		
Zeitdruck, ständiger Arbeitsdruck ohne Zeit zu verschnaufen	Wie sehr fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch ... belastet?	5 Ausprägungen: sehr stark belastet bis gar nicht belastet
Disruptionen		
Technische/organisatorische Veränderungen, Wechsel der Arbeitsabläufe/Anforderungen	Wie sehr fühlen Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz durch ... belastet?	5 Ausprägungen: sehr stark belastet bis gar nicht belastet
Gratifikation		
Einkommen, Aufstiegsmöglichkeiten, Ansehen des Unternehmens, sozialen Absicherung	Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit?	5 Ausprägungen: sehr zufrieden bis gar nicht zufrieden
Partizipation		
Mitbestimmungsmöglichkeiten der ArbeitnehmerInnen, Möglichkeiten, über die Arbeitsabläufe selbst zu entscheiden	Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit?	5 Ausprägungen: sehr zufrieden bis gar nicht zufrieden
Betriebsklima		
Führungsstil, Beziehung zu den KollegInnen	Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit?	5 Ausprägungen: sehr zufrieden bis gar nicht zufrieden
Tätigkeit im selben Betrieb	Wenn Sie sich nochmals entscheiden könnten, würden Sie dann wieder eine Tätigkeit im selben Betrieb anstreben?	5 Ausprägungen: unbedingt bis auf keinen Fall
Arbeitszeitqualität		
Arbeitszeitzufriedenheit	Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit?	5 Ausprägungen: sehr zufrieden bis gar nicht zufrieden
Vereinbarkeit Beruf-Privatsphäre	Wie gut können Sie Ihren Beruf mit privaten Interessen/familiären Verpflichtungen vereinbaren?	5 Ausprägungen: sehr gut bis sehr schlecht

Q: Arbeitsklima Index und Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich, WIFO.