

WIFO

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

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

Wirkmodell Krankenstand

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Christoph Lorenz,
Martin Keppelmüller, Anja Marcher

Dezember 2015



Wirkmodell Krankenstand

Thomas Leoni

Dezember 2015

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

Begutachtung: Julia Bock-Schappelwein • Wissenschaftliche Assistenz: Christoph Lorenz, Martin Keppelmüller, Anja Marcher

Inhalt

Dieser Bericht veranschaulicht anhand eines "Wirkmodells" die unterschiedlichen Determinanten des Krankenstandes und ihre Wirkungszusammenhänge. Diese Zusammenhänge werden aus bereits konsolidierten Forschungsergebnissen abgeleitet und anhand der verfügbaren Literatur untermauert. In einem weiteren Schritt werden die in Österreich vorliegenden Daten zum Thema Krankenstand beschrieben. Aus dem Wirkmodell und dem Datenüberblick geht hervor, welche Aspekte des Krankenstandsgeschehens bereits gut erforscht sind bzw. laufend beobachtet werden können und in welchen Bereichen dagegen mangels Forschungsergebnissen und/oder Daten ein größerer Forschungs- bzw. Datenerhebungsbedarf besteht.

Rückfragen: Thomas.Leoni@wifo.ac.at

2015/431-2/S/WIFO-Projektnummer: 7914

© 2015 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 70,00 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/58579>

Inhalt

Hintergrund und Zielsetzung	4
1. Definitiorische Abgrenzungen und methodische Vorbemerkungen	5
1.1. <i>Zentrale Begriffe</i>	5
1.2. <i>Determinanten des Krankenstands und deren Verortung auf Systemebene</i>	5
1.3. <i>Die Messung des Krankenstands</i>	6
1.4. <i>Individueller Krankenstand und gesamtwirtschaftliche Krankenstandsquote</i>	7
2. Der Krankenstand – ein analytisches Modell	10
2.1. <i>Das gesundheitliche Ereignis</i>	14
2.2. <i>Krankschreibung und Eintritt in den Krankenstand</i>	21
2.3. <i>Die Krankheitsdauer</i>	28
3. Überblick der in Österreich vorhandenen Daten	36
4. Bedarf an Daten und Forschung	47
Literatur	51

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Zusammensetzung der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandsquote	7
Abbildung 2: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	8
Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandsquote unter der Annahme konstanter altersspezifischer Krankenstandshäufigkeit	9
Abbildung 4: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	10
Abbildung 5: Wirkmodell Krankenstand	13
Abbildung 6: Das gesundheitliche Ereignis	15
Abbildung 7: Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise	18
Abbildung 8: Krankmeldung oder Präsentismus	22
Abbildung 9: Krank in die Arbeit gegangen – was sind die Motive?	25
Abbildung 10: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer	29
Abbildung 11: Verteilung der Krankenstandstage auf die Erkrankten	30
Abbildung 12: Krankendauer und Folgen	32

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Befunde zur Wirkung von Eingliederungsmaßnahmen	35
Übersicht 2: Stand der Forschung rund um das Thema Krankenstand	48
Übersicht 3: Datenverfügbarkeit zur Erforschung des Krankenstandgeschehens	48

Danksagung

Der Autor möchte sich an dieser Stelle für die wertvollen Inputs bedanken, die er von den TeilnehmerInnen eines Workshops erhalten hat, der im April 2015 in den Räumlichkeiten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger stattfand. Ein besonderer Dank gebührt darüber hinaus Gregor Kvas vom Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) und Christoph Heigl vom Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (Netzwerk BGF) für ihr hilfreiches Feedback zu Teilen des Berichts und die Bereitstellung von weiterführenden Informationen. Für verbleibende Fehler zeichnet selbstverständlich nur der Autor verantwortlich.

Hintergrund und Zielsetzung

Der Krankenstand ist ein zentraler Morbiditätsindikator der Arbeitswelt. Er zählt zu den am weitesten verbreiteten Kennzahlen zur Abbildung der Gesundheit der Beschäftigten und ist integraler Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (siehe z. B. *Langmann – Kvas, 2014*). Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die Zahl und Länge der Krankenstandsepisoden ein Vorlaufindikator für dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität ist und darüber hinaus einen guten Indikator für den allgemeinen Gesundheitszustand und die Mortalitätswahrscheinlichkeit darstellt (*Koopmans et al., 2008; Vahtera et al., 2004; Kivimäki et al., 2003*). Die Bedeutung des Krankenstands lässt sich nicht zuletzt an der großen und steigenden Zahl an Publikationen und wissenschaftlichen Untersuchungen erkennen, die sich aus unterschiedlichen Perspektiven (Medizin, Psychologie, Ökonomie, Soziologie) mit diesem Thema befassen. Die Entwicklung der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten und die Ursachen sowie Folgen von Krankenständen sind somit sowohl für das Verständnis von Veränderungen in der Arbeitswelt und am Arbeitsmarkt als auch in weiterem Sinne für die Gesundheits- und Wirtschaftspolitik von Relevanz.

In den vergangenen Jahren wurde das österreichische Krankenstandsgeschehen im Rahmen des jährlich erscheinenden „Fehlzeitenreports“¹⁾ einer laufenden Beobachtung unterzogen. Neben der Entwicklung der Krankenstandszahlen wurden in Schwerpunktkapiteln spezifische Aspekte des Krankenstandsgeschehens, wie z. B. die Rolle der Unternehmenskultur für den Krankenstand oder der Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invaliditätspension, näher beleuchtet. Der vorliegende Bericht verfolgt das Ziel, einen Überblick über die international verfügbaren Erkenntnisse und die offenen Forschungsfragen rund um das Thema Krankenstand zu geben. Er knüpft an den bereits erschienenen Fehlzeitenreports an und soll gleichzeitig dazu dienen, die Auswahl von Schwerpunktthemen für zukünftige Fehlzeitenreports zu erleichtern. Das Herzstück des Berichts besteht aus einer Veranschaulichung der Bestimmungsgründe und Wirkungszusammenhänge des Krankenstands, die in einem „Wirkmodell“ dargestellt werden. Das Wirkmodell dient dazu, das bestehende Wissen in einer systematischen Anordnung zu präsentieren. In einem weiteren Schritt wird die in Österreich bestehende Datenlandschaft zum Thema Krankenstand beschrieben. Aus dem Wirkmodell und dem Datenüberblick soll hervorgehen, welche Aspekte des Krankenstandsgeschehens bereits gut erforscht sind bzw. laufend beobachtet werden können und wo dagegen aufgrund fehlender Forschungsergebnisse und/oder mangelnder Daten ein größerer Forschungs- bzw. Datenerhebungsbedarf besteht. Das betrifft auch die Frage, inwiefern mögliche gesundheitspolitische Interventionen an ihren Effekten gemessen werden können.

Der Bericht ist folgendermaßen aufgebaut: Das erste Kapitel dient der Klärung von definitorischen und methodischen Fragen in Bezug auf die Erfassung des Krankenstandsgeschehens. Darauf aufbauend beschreibt das zweite Kapitel das analytische Modell sowie die Bestimmungsgründe und Wirkungszusammenhänge des Krankenstands. Das Hauptaugenmerk der

¹⁾ Siehe *Leoni et al. (2007), Leoni (2014)*.

Darstellung liegt dabei auf Faktoren innerhalb der Arbeitswelt und solchen, die durch Maßnahmen auf betrieblicher Ebene, am Arbeitsmarkt und im Sozialsystem beeinflusst werden können. Zusammenhänge, die Gegenstand der medizinischen Forschung und Literatur sind, werden dagegen aus der Betrachtung weitgehend ausgeklammert. Im darauf folgenden dritten Kapitel wird die österreichische Datenlage in Bezug auf den Krankenstand beschrieben, während im abschließenden Kapitel die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Abschnitten zusammengefasst werden und eine qualitative Einschätzung des Stands der Forschung und der Datenausstattung in Bezug auf den Krankenstand gegeben wird.

1. Definitorische Abgrenzungen und methodische Vorbemerkungen

1.1. Zentrale Begriffe

Der Krankenstand ist im vorliegenden Bericht als eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund einer krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit definiert. Laut den gesetzlichen Bestimmungen liegt Arbeitsunfähigkeit dann vor, wenn und solange der bzw. die Anspruchsberechtigte infolge von Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder der Erkrankung fähig ist, seiner bisherigen Beschäftigung nachzugehen (siehe z. B. § 106 Abs. 3 GSVG). Ausgangspunkt eines Krankenstands im engeren Sinne ist deshalb das, was in der Folge in diesem Bericht als gesundheitliches Ereignis definiert wird, nämlich eine Veränderung des Gesundheitszustands, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. In der Praxis führen allerdings nicht alle gesundheitlichen Ereignisse, die ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz rechtfertigen würden, tatsächlich zu einem Krankenstand. Wenn Beschäftigte trotz eines gesundheitlichen Ereignisses arbeiten gehen, sprechen wir von Präsentismus. Umgekehrt gibt es auch Absentismusfälle, d. h. Situationen, in denen ArbeitnehmerInnen Krankenstand in Anspruch nehmen, ohne dass ein gesundheitliches Ereignis tatsächlich vorliegt. Präsentismus wird im Rahmen des nachfolgenden Modells eigens untersucht und besprochen, weil dieses Phänomen in Zusammenhang mit einem gesundheitlichen Ereignis steht ohne dass ein Krankenstandsfall eintritt. Absentismus wird zwar in der Folge kurz angesprochen, es wird darauf aber nicht im Detail eingegangen werden.

1.2. Determinanten des Krankenstands und deren Verortung auf Systemebene

Nach einem in den Sozialwissenschaften gängigen Analyseschema wird in der Folge in Bezug auf die Determinanten des Krankenstands entsprechend ihrer Verortung zwischen einer Makro-, einer Meso- und einer Mikroebene unterschieden:

- Die Mikroebene bezieht sich auf die Betrachtung der Einzelperson und des individuellen Verhaltens. Im Zusammenhang mit dem Krankenstand gehört etwa das gesundheitliche Verhalten (Prävention, Risikoverhalten usw.) zur Mikroebene.
- Die Mesoebene bezieht sich auf Organisationen. Im vorliegenden Kontext sind damit in erster Linie die Unternehmen bzw. Betriebe gemeint. Auch die Interaktion zwischen

den Beschäftigten als PatientInnen und ihren Ärzten kann der Mesoebene zugerechnet werden.

- Auf der Makroebene sind dagegen die gesellschaftlichen Subsysteme (wie das Gesundheitssystem, das Bildungssystem, das Wirtschaftssystem, usw.) angesiedelt, die menschliche Interaktion nur sehr mittelbar und abstrakt beschreiben.

Diese Unterscheidung nach Ebenen dient dazu, den Überblick der Wirkungszusammenhänge zu strukturieren und die Darstellung zu vereinfachen. Die drei soeben beschriebenen Ebenen dürfen jedoch nicht als voneinander abgegrenzte Realitätsbereiche verstanden werden. Die Unterscheidung zwischen Determinanten auf Mikro-, Meso- und Makroebene ist vielmehr ein nützliches Analyseinstrument, um die diversen, aber in der Realität durchaus ineinandergreifenden Wirkungszusammenhänge zu erkennen und beschreiben²⁾.

1.3. Die Messung des Krankenstands

Die quantitative Erfassung und Beobachtung des österreichischen Krankenstandsgeschehens erfolgt vornehmlich auf Grundlage der Daten, die von den Krankenversicherungen gemeldet und vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger in der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* zusammengefasst werden. Diese statistische Grundlage weist neben vielen Vorzügen, wie der hohen Genauigkeit³⁾ und guten Vergleichbarkeit der Daten über die Zeit, auch einige Schwächen auf, wie die unvollständige Erfassung von kurzen Krankenstandsepisoden und die Unschärfe in der Übereinstimmung zwischen den Krankenstands(kalender)tagen und der tatsächlichen Zahl an Arbeitstagen, an denen krankheitsbedingt nicht gearbeitet werden konnte.

Die Krankenstandsquote in der Gesamtwirtschaft berechnet sich aus dem Verhältnis zwischen der Gesamtheit der Krankenstandstage und der Gesamtheit der Beschäftigungstage im Verlauf eines Jahres.⁴⁾ Sowohl Änderungen des individuellen Krankenstands, als auch Änderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung können den gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt beeinflussen (siehe Abbildung 1). Die Faktoren, die sich über die Höhe und Zusammensetzung der Beschäftigung auf die Krankenstandsquote auswirken, müssen gesondert von den Faktoren betrachtet werden, die das Auftreten des einzelnen Krankenstandsfalles und seine Dauer bestimmen. Der Fokus des vorliegenden Berichts liegt auf Letzteren und somit auf den Bestimmungsgründen des individuellen Krankenstands. Um diese Unterscheidung zu ver-

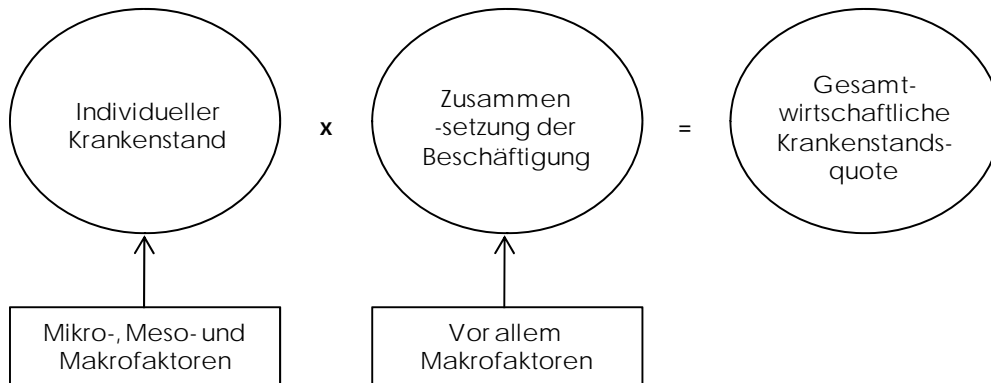
²⁾ „Denn deutlich sollte spätestens unter ‚postmetaphysischen‘ Vorzeichen sein, dass es sich bei ‚Mikro‘, ‚Meso‘ wie ‚Makro‘ nicht um – wie auch immer auszeichnende – Realitätsebenen, also gewissermaßen um distinkte Bereiche oder Sphären sozialer Wirklichkeit handeln kann. Die Unterscheidung von Makro-Meso-Mikro meint in soziologischen Forschungs- und Theoriebildungskontexten gerade keine Differenzierung von ontologisch unterscheidbaren ‚Ebenen‘ sozialer Wirklichkeit, sondern diese Unterscheidung akzentuiert ausschließlich analytisch voneinander abzuhebende Untersuchungsperspektiven“ (Greve et al., 2009).

³⁾ Die *Krankenstandsstatistik* stellt eine Vollerhebung der Krankenstände (zumindest jener mit einer Mindestdauer von drei Tagen) der unselbständig Beschäftigten dar.

⁴⁾ Auch Arbeitslose können Krankenstände verzeichnen, der vorliegende Bericht konzentriert sich aber auf den Krankenstand der Beschäftigten.

anschaulichen, werden im nächsten Abschnitt einige Faktoren, die sich über Zusammensetzungseffekte auf die aggregierte Krankenstandsquote auswirken, kurz besprochen und anhand konkreter Beispiele erläutert.

Abbildung 1: Zusammensetzung der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandsquote



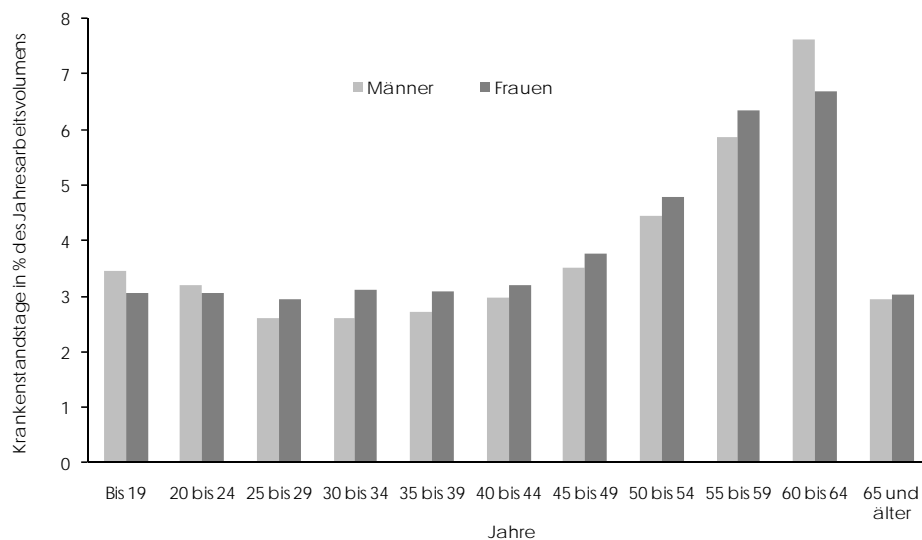
Q: Eigene Darstellung.

1.4. Individueller Krankenstand und gesamtwirtschaftliche Krankenstandsquote

Die gesamtwirtschaftliche Krankenstandsquote entspricht dem Durchschnitt des individuellen Krankenstands aller Beschäftigten im Jahresverlauf. In den nachfolgenden Abschnitten stehen die Bestimmungsgründe und Wirkungszusammenhänge des individuellen Krankenstands im Mittelpunkt der Darstellung. Die Determinanten von Zusammensetzungseffekten spielen aber für Veränderungen der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandsquote eine wichtige Rolle und müssen bei der Untersuchung von Forschungsfragen, genauso wie bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen, mitberücksichtigt werden. Die Unterscheidung zwischen Determinanten des individuellen Krankenstands und jenen der allgemeinen Krankenstandsquote kann am Beispiel demografischer und konjunktureller Faktoren veranschaulicht werden.

Wie aus der nachfolgenden Abbildung 2 ersichtlich ist, variiert die Zahl der Krankenstandstage pro Jahr mit dem Alter erheblich, die Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren verzeichnen die höchsten durchschnittlichen Krankenstandsquoten. Das Alter zählt somit auf individueller Ebene zu den Bestimmungsgründen des Krankenstands. Gleichzeitig wird die allgemeine Krankenstandsquote von der demografischen Zusammensetzung der Beschäftigten mitbestimmt. Wenn von einem Jahr auf das nächste die altersspezifischen Krankenstandsquoten konstant bleiben (d. h. je Altersgruppe das gleiche Niveau wie in Abbildung 2 beibehalten wird), verändert sich die gesamtwirtschaftliche Krankenstandsquote nur dann nicht, wenn auch die anteilmäßige Verteilung der Altersgruppen konstant bleibt. Steigt dagegen der Anteil einer Altersgruppe mit überdurchschnittlich hoher (niedriger) Krankenstandsquote, erhöht (senkt) sich dadurch auch die Krankenstandsquote in der Gesamtwirtschaft.

Abbildung 2: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2013

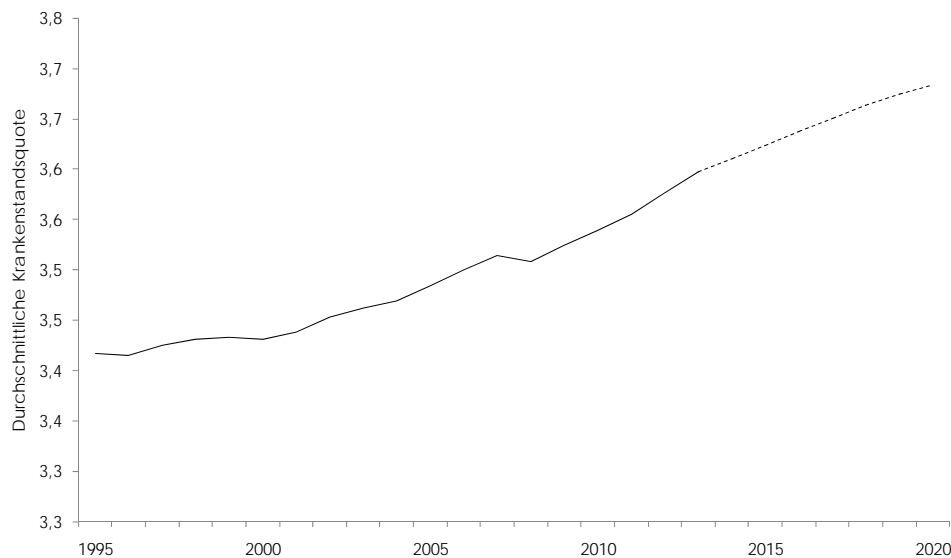


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen.

Aufgrund des demografischen Wandels und anderer Faktoren⁵⁾, ist die Altersstruktur der Erwerbstätigen laufend Veränderungen unterworfen. Seit den 1980er-Jahren brachte die Alterung der besetzungstarken Jahrgänge aus der Babyboom-Generation eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich. Gleichzeitig stieg der Anteil der Über-55-Jährigen seit einem Tiefstand im Jahr 1993 (4,1%) kontinuierlich an, er lag 2013 bei 8,5%. Die demografische Verschiebung hat die Krankenstandsquote in einer langfristigen Betrachtung leicht nach oben geschoben (siehe Abbildung 3). Dieser demografische Faktor beeinflusst die Krankenstandsquote im Aggregat, für die Krankenstandswahrscheinlichkeit auf individueller Ebene spielt der Zusammensetzungseffekt unmittelbar keine Rolle. Neben der demografischen Komponente lassen sich auch andere Faktoren identifizieren, die über Zusammensetzungseffekte die allgemeine Krankenstandsquote beeinflussen können. Grundsätzlich zählen alle Faktoren zu dieser Kategorie, die darauf Einfluss haben, wie viele und welche Personen (nach Alter, Geschlecht, Beruf, usw.) zu einem gegebenen Zeitpunkt am Arbeitsmarkt aktiv sind. Beispiele hierfür sind der Strukturwandel der Wirtschaft (der u. a. einen Teil in der Abbildung 4 dargestellten Rückgangs in der Unfallquote erklärt), die Rahmenbedingungen für das Partizipationsverhalten der Frauen und der Älteren sowie konjunkturelle Entwicklungen am Arbeitsmarkt.

⁵⁾ Die Altersstruktur der Beschäftigung wird freilich nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter, beispielsweise wenn aufgrund von Bildungsentscheidungen der Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus verschoben wird oder infolge von Änderungen im Pensionsrecht der Übergang in den Ruhestand später stattfindet.

Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandsquote unter der Annahme konstanter altersspezifischer Krankenstandshäufigkeit
Österreich



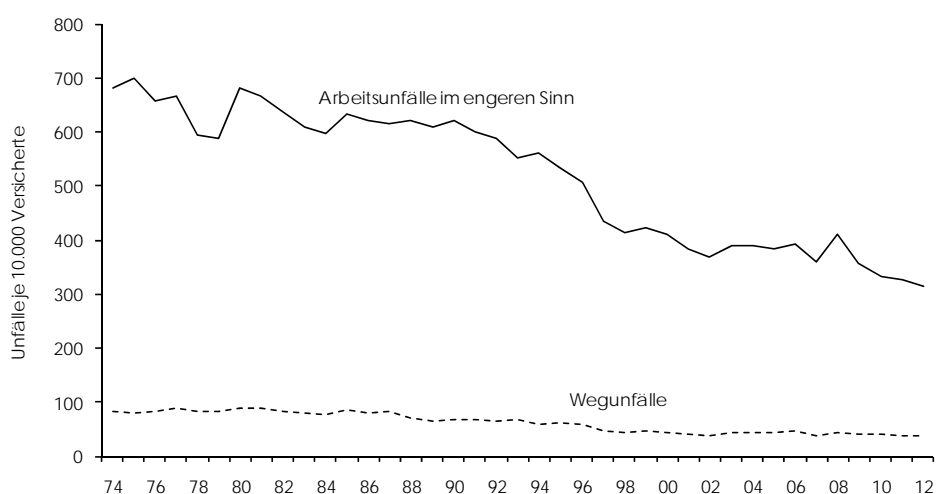
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Statistik Austria (Bevölkerungsprognose); WIFO-Berechnungen (auf Basis Beschäftigungsprognose aus *Horvath et al.*, 2012).

In Bezug auf konjunkturelle Einwirkungen ist in der Literatur wiederholt ein positiver („prozyklischer“) Zusammenhang zwischen Konjunkturverlauf und Krankenstandsquote dokumentiert worden. Dieses pro-zyklische Muster kommt durch eine inverse Beziehung zwischen den Veränderungen der Krankenstandsquote und jenen der Arbeitslosenquote zum Ausdruck, die von den zahlreichen internationalen Studien festgehalten wurde (siehe zum Beispiel *Kenyon – Dawkins*, 1989; *Schnabel – Stephan*, 1993; *Audas – Goddard*, 2001; *Pfeifer*, 2013). Auch für Österreich finden sich Hinweise auf ein gegenläufiges Muster in der Entwicklung der Krankenstands- und der Arbeitslosenquote (*Biffi*, 2002; *Leoni*, 2010). Eine Hypothese zur Erklärung dieses Musters verweist auf die Existenz von Selektionsmechanismen: Demnach verlieren bei einer Verschlechterung der Konjunktur überproportional viele Personen mit hohen Fehlzeiten und schlechtem Gesundheitszustand ihren Arbeitsplatz oder treten in den (frühzeitigen) Ruhestand ein⁶⁾, was sich positiv auf die durchschnittlichen Krankenstandszahlen auswirkt. Empirische Untersuchungen, die sich mit diesem Selektionsprozess befasst haben, kommen aller-

⁶⁾ Etliche Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsmarktsituation in einem Land oder einer Region und dem Bezug von Invaliditätsleistungen hin (z. B. *Black et al.*, 2002; *Benitez-Silva et al.*, 2010). Die OECD kommt in ihrer internationalen Untersuchung zum Thema "Krankheit, Invalidität und Arbeit" zur Schlussfolgerung, dass in den allermeisten Fällen Rezessionen neben einem Anstieg der Arbeitslosigkeit – mit einiger Verzögerung – auch einen Anstieg der Invalidisierungsquoten verzeichnen lassen (*OECD*, 2010). Diese zyklische Komponente ist allerdings nicht so stark ausgeprägt wie im Falle der Arbeitslosigkeit. Je nach Land und Periode erzeugen Auf- und Abschwünge eine Abweichung vom langfristigen Trend in der Zuerkennung von Invaliditätsleistungen in der Größenordnung von 2% bis 5%. Nur in Ausnahmefällen, wie beispielsweise den Rezessionen in den 1970er-Jahren in den Niederlanden, Irland und Schweden, kam es zu einem temporären Anstieg an Invaliditätszugängen in Höhe von knapp 10%.

dings zur Schlussfolgerung, dass die Reduktion in der Krankenstandsquote, die im konjunkturellen Abschwung beobachtet werden kann, nur in geringem Ausmaß auf Selektionseffekte zurückzuführen ist (Askildsen *et al.*, 2005; Fahr – Frick, 2007). Neben dem Selektionsmechanismus, der sich auf die Zusammensetzung der Beschäftigung auswirkt bzw. auswirken könnte, können Auf- und Abschwünge im Wirtschaftszyklus auch das Verhalten und somit die Krankenstandsquote jener Erwerbspersonen beeinflussen, die durchgehend in Beschäftigung bleiben. Diese Determinanten wirken sich aber auf der individuellen Ebene und nicht über Zusammensetzungseffekte auf die Krankenstandsquote aus, sie werden deshalb in Kapitel 2 näher erläutert.

Abbildung 4: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

2. Der Krankenstand – ein analytisches Modell

Das Wirkmodell „Krankenstand“, das hier in der Folge beschrieben wird, bildet die Entstehung und die Folgen einer individuellen Krankenstandsepisode anhand von drei Phasen ab (siehe Abbildung 5): das gesundheitliche Ereignis, die Krankmeldung und die Fortsetzung des Krankenstands. Am Beginn eines Krankenstands steht ein gesundheitliches Ereignis, das zu Arbeitsunfähigkeit führt. Dieses gesundheitliche Ereignis wird durch eine Vielzahl an Determinanten (auf Mikro-, Meso- und Makroebene) mitbestimmt. Allerdings mündet nicht jedes gesundheitliche Ereignis zwangsläufig in einen Krankenstand. Beschäftigte können am Arbeitsplatz erscheinen, obwohl sie nicht bzw. nur teilweise arbeitsfähig sind. Die Bestimmungsgründe der Entscheidung, bei Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitsplatz fern zu bleiben oder trotzdem arbeiten zu gehen, können ebenfalls auf Mikro-, Meso- und Makroebene verortet werden und bilden

einen zweiten Block an Determinanten.⁷⁾ Nach Eintritt in den Krankenstand stellt sich laufend die Frage, ob die betroffene Person einen weiteren Tag vom Arbeitsplatz fernbleiben muss. Die Krankheitsdauer bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit wird gleichfalls von einer Reihe von Faktoren auf Mikro-, Meso- und Makroebene beeinflusst und bildet die dritte Phase des Krankenstandsmodells ab. Bei Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wird der Krankenstand beendet und es erfolgt die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Dauert die Arbeitsunfähigkeit jedoch an, sind jedoch prinzipiell unterschiedliche Möglichkeiten gegeben: Die erkrankte Person kann frühzeitig zum Arbeitsplatz zurück kehren, was wiederum als Präsentismus zu werten ist. Vor allem in Fällen eines bereits länger andauernden Krankenstands kann es auch zu einem Verlust des Arbeitsplatzes bzw. Übertritt in die Arbeitslosigkeit oder gar einem Austritt aus dem Erwerbsleben kommen⁸⁾.

Wenn ein Krankenstand nicht von einem gesundheitlichen Ereignis ausgeht, sondern motivationale oder andere Ursachen hat, sprechen wir von Absentismus. In Absentismusfällen entscheidet sich die betroffene Person bewusst, der Arbeit fernzubleiben (*Wenderlein, 2002*). Dem Absentismus können unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen, die häufigsten Erklärungsansätze definieren dieses Phänomen entweder als eine Form von Rückzugsstrategie oder als eine Stress-Reaktion (*De Boer et al., 2002*). Wenn solche Abwesenheiten dem Arbeitgeber gegenüber durch eine Arbeitsunfähigkeit begründet werden, werden sie als Krankenstand gezählt. In die *Krankenstandsstatistik* und somit in die Berechnung der Krankheitsquote, so wie sie beispielsweise im Fehlzeitenreport durchgeführt wird, gehen sie allerdings nur ein, wenn eine Krankmeldung über einen Vertragsarzt des entsprechenden Krankenversicherungsträgers vorliegt.⁹⁾ Absentismusfälle sind für die betroffenen Unternehmen von großer Relevanz, sowohl weil sie unmittelbar wirtschaftliche Kosten verursachen, als auch weil sie Ausdruck eines Unwohlseins innerhalb der Belegschaft oder von Fehlfunktionen innerhalb der Organisation sein können. Dieses Phänomen wird an dieser Stelle jedoch nicht eingehender untersucht, da im Falle von Absentismus der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin eine gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit als Abwesenheitsgrund nur vorgibt und somit der Konnex zwischen Krankenstand und gesundheitlichem Ereignis bzw. Arbeitsunfähigkeit fehlt.

Die folgenden Abschnitte dienen einer detaillierten Auseinandersetzung mit den drei soeben skizzierten Blöcken bzw. Phasen des Krankenstandsverlaufs. Abschnitt 2.1 beschäftigt sich mit den Determinanten des gesundheitlichen Ereignisses, Abschnitt 2.2 mit dem Ereignis der Krankmeldung und dem Eintritt in den Krankenstand, Abschnitt 2.3 mit der Frage der Fortsetzung des Krankenstands. Das vorgeschlagene Wirkmodell gibt ein bewusst vereinfachtes Bild

⁷⁾ Der Entscheidungsspielraum zwischen Präsentismus und Krankenstand ist in der Realität allerdings nur bei einer Teilmenge der gesundheitlichen Ereignisse gegeben. In vielen Fällen besteht für die erkrankte oder verletzte Person keine Möglichkeit, am Arbeitsplatz zu erscheinen.

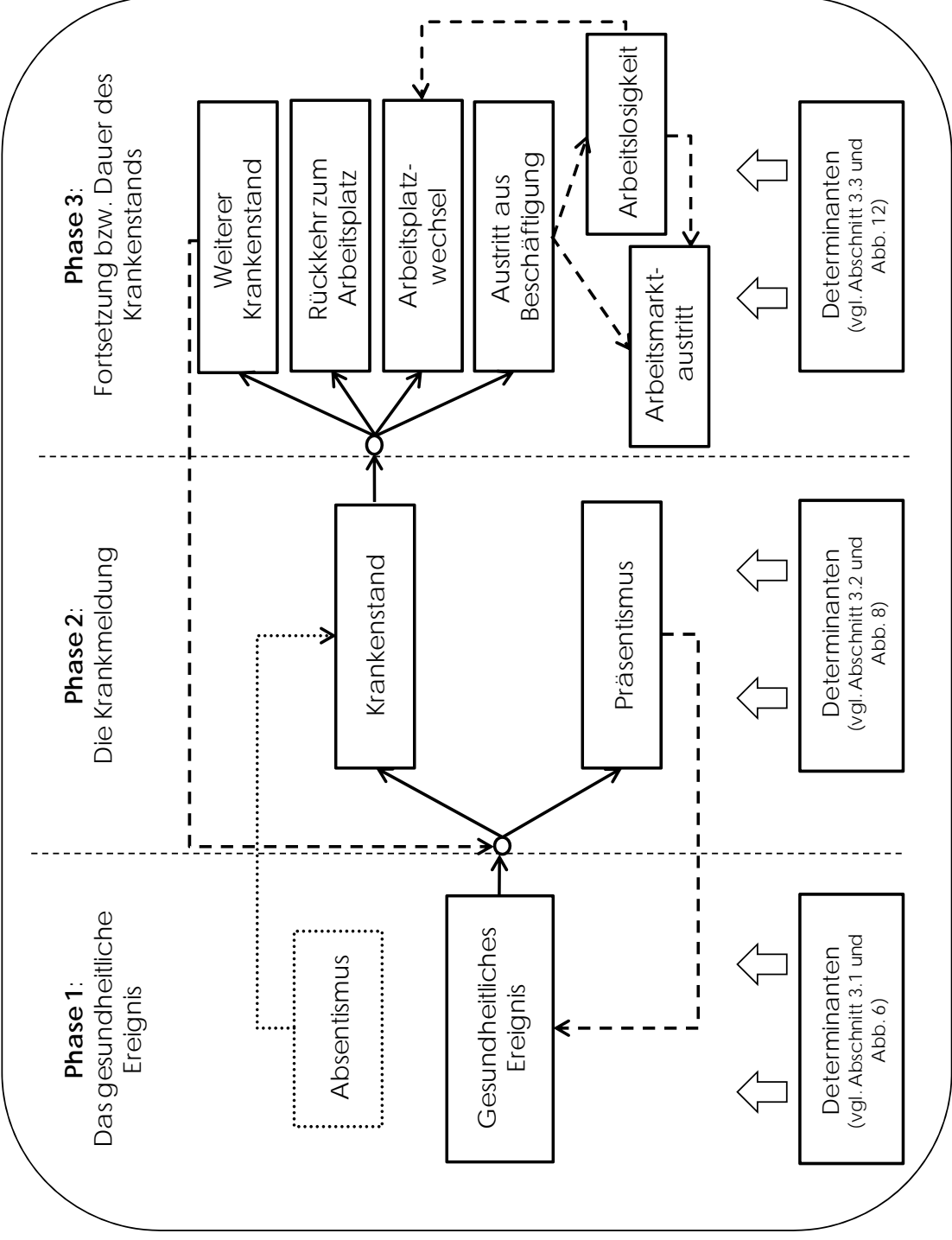
⁸⁾ Bei Übertritt in die Arbeitslosigkeit befindet sich die betroffene Person formal nach wie vor im Krankenstand, der Arbeitsplatzverlust stellt aber einen einschneidenden Statuswechsel dar.

⁹⁾ Für Krankenstände, die bis zu drei Tagen dauern, müssen Beschäftigte nur dann eine ärztliche Krankschreibung einholen, wenn das vom Arbeitgeber verlangt wird.

der Wirkungszusammenhänge rund um den Krankenstand wider. Wie auch in Abbildung 5 ansatzweise zu erkennen ist, bestehen zahlreiche Beziehungen und Rückkoppelungseffekte zwischen den einzelnen Phasen. Präsentismus kann beispielsweise zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der betroffenen Person führen und somit durch eine negative Rückkoppelung auf die Gesundheit, sowohl die eigene, als auch - bei Vorliegen einer infektiösen Krankheit - jene der restlichen Belegschaft, neue gesundheitliche Ereignisse und Krankenstände zur Folge haben. Ein weiterer potentieller Wirkungszusammenhang führt über Krankenstand zu Arbeitslosigkeit und schließlich ebenfalls zu einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands. Forschungsergebnisse aus internationalen Studien belegen, dass sich vor allem bei längerfristiger Betrachtung in Zusammenhang mit langen Arbeitslosigkeitsepisoden sowohl die subjektiven als auch die objektiven Gesundheitsindikatoren der Betroffenen verschlechtern (siehe z. B. *Dooley et al.*, 1996, *Mathers – Schofield*, 1998, *Sullivan – von Wachter*, 2009)¹⁰).

¹⁰) Untersuchungen im Zuge von Betriebsschließungen zeigen mit Blick auf einen kurzen Betrachtungszeitraum dagegen keinen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzverlust und Gesundheit. Für einen kommentierten Überblick der Literatur zu diesem Thema siehe den Fehlzeitenreport 2009, Abschnitt 2.3 (*Leoni*, 2009).

Abbildung 5: Wirkmodell Krankenstand



O: Eigene Darstellung.

2.1. Das gesundheitliche Ereignis

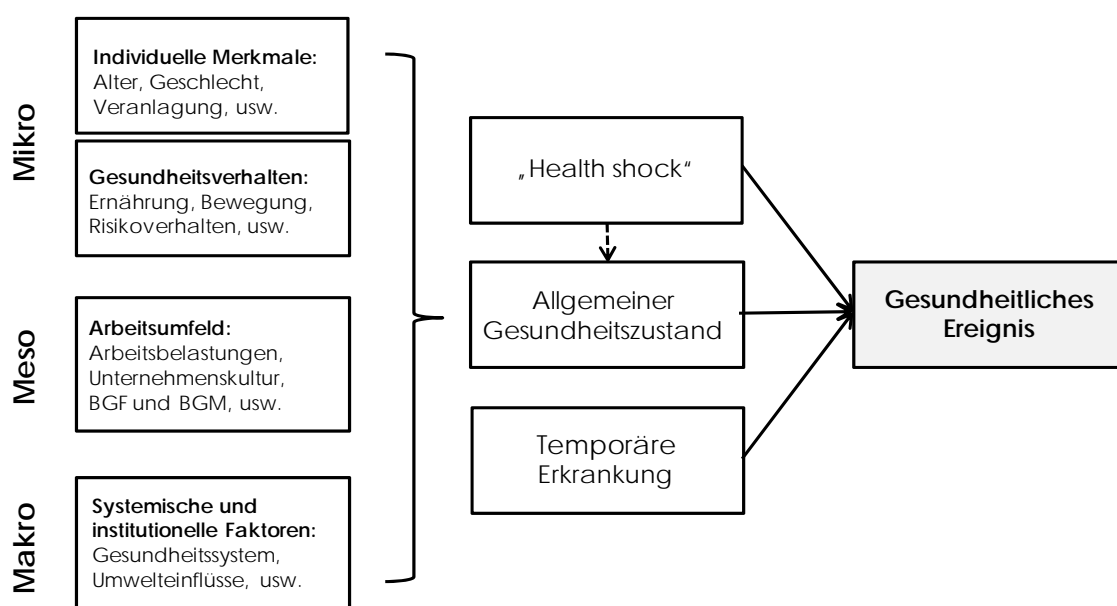
Voraussetzung für einen Krankenstand ist das Eintreten eines „gesundheitlichen Ereignisses“, d. h. einer Erkrankung oder Verletzung, die zu Arbeitsunfähigkeit führt und somit die betroffene Person in die Lage versetzt, nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustandes ihrer Beschäftigung nachgehen zu können. Als gesundheitliche Ereignisse kommen Verschlechterungen des Gesundheitszustands in Frage, die sowohl aufgrund akuter, episodischer Veränderungen als auch längerfristiger oder chronischer Ursachen entstehen. Für die modellhafte Darstellung der Wirkungszusammenhänge können drei Transmissionskanäle zwischen Gesundheit und gesundheitlichem Ereignis unterschieden werden (Abbildung 6). Ein gesundheitliches Ereignis kann in Form einer temporären Erkrankung auftreten (z. B. ein grippaler Infekt), die im Normalfall zeitlich begrenzt ist und keine bleibenden Effekte auf den allgemeinen Gesundheitszustand hat. Arbeitsunfähigkeit kann aber auch aus einem „health shock“ resultieren, also einer plötzlichen, starken gesundheitlichen Verschlechterung, die einerseits einen längerfristigen Verlauf hat und andererseits auch Folgeeffekte auf den Gesundheitszustand und die langfristige Arbeitsfähigkeit haben kann. Als Beispiel für einen „health shock“ können Unfälle oder auch akut eintretende, schwere Erkrankungen (z. B. ein Herzinfarkt oder eine Krebserkrankung) genannt werden. Letztlich können sich gesundheitliche Ereignisse aber auch durch eine längerfristige, inkrementelle Verschlechterung des Gesundheitszustands bzw. durch Chronifizierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergeben. Viele Muskel-Skelett-Erkrankungen, aber auch psychische Leiden, die einen beträchtlichen Anteil der Fehlzeiten und der Invaliditätsfälle verursachen, können zu dieser Kategorie gezählt werden.

In der Realität ist eine klare Abgrenzung zwischen diesen unterschiedlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit oft nicht möglich, beispielsweise weil das Eintreten vieler Erkrankungen, seien es schwere Leiden wie eine Herzerkrankung oder vergleichsweise harmlose wie ein Magen-Darm-Infekt, durch den allgemeinen Gesundheitszustand mitbestimmt werden kann. Eine analytische Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Formen bzw. Auslösern von gesundheitlichen Ereignissen erscheint im Rahmen der vorliegenden Untersuchung dennoch nützlich zu sein: Einerseits, weil trotz vieler Gemeinsamkeiten und Überlappungen auch Unterschiede in den Ursachen und Risikofaktoren der verschiedenen Formen von gesundheitlichen Ereignissen bestehen. Die Prävention von Verletzungen und Unfällen unterscheidet sich grundsätzlich stark von der Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen und diese wiederum stark von den Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um die Verbreitung von grippalen oder anderen Infekten zu minimieren. Andererseits weil unterschiedliche Formen von gesundheitlichen Ereignissen unterschiedliche Implikationen für die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen und ihnen dementsprechend auch mit jeweils anderen Maßnahmen begegnet werden sollte.

Die Mikroebene: Individuelle Merkmale und gesundheitliches Verhalten

Für die Eintrittswahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Ereignissen spielt neben unveränderbaren Merkmalen wie die genetische Veranlagung, das Alter und das Geschlecht der einzelnen Personen das individuelle Verhalten eine entscheidende Rolle. Das gilt sowohl im positiven Sinne für gesundheitlich förderliches Verhalten, als auch im negativen Sinne für Fehl- und Risikoverhalten. Die folgenden Abschnitte befassen sich jedoch in erster Linie mit jenen Faktoren, die auf der Meso- und Makroebene angesiedelt sind und einen direkteren Bezug zur Arbeitswelt haben.

Abbildung 6: Das gesundheitliche Ereignis



Q: Eigene Darstellung.

Die Mesoebene: Der Arbeitsplatz als Determinante der Gesundheit

Eine Vielzahl an Studien belegt, dass zwischen dem Arbeitsplatz und der Gesundheit der Beschäftigten wichtige kausale Zusammenhänge bestehen. Die Arbeitstätigkeit und das Arbeitsumfeld stellen dabei nicht nur gesundheitliche Risikofaktoren dar, die negative Folgen nach sich ziehen können. Die Auswirkungen der Arbeit auf die menschliche Gesundheit ergeben sich aus dem Zusammenspiel zwischen Arbeitsplatzbedingungen und individuellen Ressourcen und Kompetenzen, weshalb in der arbeitswissenschaftlichen Fachsprache zwischen den objektiven, auf jeden Menschen in gleicher Weise einwirkenden Ursachen (Belastungen) und den subjektiven, bei jedem Menschen etwas unterschiedlich eintretenden Folgen (Beanspruchungen) unterschieden wird (siehe *Oppolzer*, 2010: S. 14). Aus der medizinischen Forschung gehen auch Erkenntnisse hervor, wonach bei Vorliegen von bestimmten Krankheitsbildern regelmäßige Betätigung durch adäquate Arbeit für die Genesung und Re-

habilitation förderlich sein kann (siehe z. B. *Waddell – Burton, 2006*). Das gilt insbesondere für Diagnosen im Bereich der muskulo-skeletalen Erkrankungen und der psychischen Leiden, die in allen entwickelten Industrieländern einen großen Teil des Krankenstands- und vor allem des Invalidisierungsgeschehens verursachen (*Markussen et al., 2012*). Andererseits ist auch gut dokumentiert, dass ein erheblicher Anteil der Erkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden der Beschäftigten am Arbeitsplatz selbst seine Wurzeln hat¹¹⁾. Die Bedeutung der Arbeit als Bestimmungsgrund der Gesundheit wurde bereits in einigen Ausgaben des Fehlzeitenreports und anderen WIFO Studien hervor gestrichen¹²⁾. In diesen Studien wurden Ergebnisse aus der internationalen Literatur zusammen gefasst, die wichtigsten theoretischen Modelle zur Erklärung dieser Zusammenhänge beschrieben sowie Daten und empirische Ergebnisse für Österreich präsentiert. Im vorliegenden Bericht werden nur einige zentrale Erkenntnisse und ein theoretisches Modell, jenes der beruflichen Gratifikationskrise, dargestellt. Für eine tiefergehende Darstellung sei dagegen auf die genannten Studien bzw. die umfangreiche Literatur zu diesem Thema verwiesen.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Erforschung der Effekte von körperlichen Arbeitsplatzbelastungen, Unfallrisiken und der Präsenz von gesundheitsgefährdenden Arbeitsmaterialien bereits eine lange Geschichte hat und mindestens bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts zurück verfolgt werden kann. Nicht alle Gesundheitsrisiken und damit auch alle Krankheitsformen sind in gleichem Ausmaß Gegenstand von epidemiologischen Untersuchungen. Die negativen Auswirkungen von Rauch, Chemikalien und anderen gesundheitsschädlichen Stoffen wurden besonders intensiv untersucht und unter anderem mit Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen in Verbindung gebracht (siehe z. B. *WHO, 1989; Leigh et al., 2000; OSHA, 2003*). Ein besonders starkes Interesse wurde in den vergangenen Jahrzehnten der Ursachenanalyse von Muskel-Skelett-Erkrankungen entgegen gebracht. Das lässt sich einerseits durch die große und tendenziell steigende Anzahl an Beeinträchtigungen des Stützapparats erklären, andererseits dadurch, dass Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems einen hohen arbeitsbedingten Anteil haben (siehe z. B. *OSHA, 2000; Punnett et al., 2005*).

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung, weil Rückenschmerzen und ähnliche Beschwerden nicht nur durch physische Belastungen (z. B. körperliche schwere Arbeit, schmerzhaftes Haltungen, usw.), sondern auch durch psychosoziale und andere Faktoren, die sich aus der Arbeitsorganisation ergeben (z. B. steigende Arbeitsintensität), hervorgerufen werden können (*Sauter – Moon, 1996; Buckle – Devereux, 2002*). Allgemein rückten in der jüngeren Vergangenheit neben den "traditionellen" physischen Risikofaktoren vermehrt auch psycho-soziale Belastungen in den Mittelpunkt der Analy-

¹¹⁾ Untersuchungen, die auf epidemiologischen Ansätzen basieren, ergeben, dass bis zur Hälfte der Krankenstandskosten der Menschen im erwerbsfähigen Alter auf körperliche und psychosoziale Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt zurückzuführen sind (*Bödeker, 2002*). Befragungen der Beschäftigten ergeben – in Österreich wie in der EU –, dass aus Sicht der Betroffenen ebenfalls ein erheblicher Anteil der Krankenstände arbeitsbedingt ist (*Biffi et al., 2008*).

¹²⁾ Siehe *Biffi et al. (2008), Biffi – Leoni (2008), Leoni – Mahringer (2008)* und *Leoni (2012)*. Die Ausführungen in diesem Abschnitt beruhen zu einem guten Teil auf diese früheren Arbeiten.

sen und der Interventionsvorschläge. Psycho-soziale Risikofaktoren werden in Abgrenzung von den körperlichen, biologischen und chemischen Faktoren definiert¹³). Es handelt sich dabei um all jene Aspekte der Gestaltung, Organisation und Leitung sowie der individuellen, sozialen und organisatorischen Kontextfaktoren von Arbeit, die potentiell psychisch oder körperlich schädlich sein können (siehe *Cox – Griffiths*, 1995 zitiert nach *OSHA*, 2000).

Unterschiedliche theoretische Ansätze haben sich mit der Vielschichtigkeit der gesundheitlichen Einwirkungen am Arbeitsplatz auseinander gesetzt und können einen Beitrag zur Bestimmung der Krankheitsdeterminanten auf der Mesoebene leisten¹⁴). Von besonderer Relevanz für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens ist das Modell der beruflichen Gratifikationskrise (*Siegrist*, 1996). Dieses Modell, das auch als "effort-reward imbalances"-Modell (ERI) bezeichnet wird, bezieht sich in seinen Annahmen neben der unmittelbaren Arbeitstätigkeit auch auf die individuellen Ressourcen sowie die sozialen, organisationalen und makroökonomischen Rahmenbedingungen. Der zugrundeliegende theoretische Ansatz beruht auf dem Konzept der sozialen Reziprozität, d. h. der normativen Erwartung von Gegenseitigkeit, wonach eine bestimmte Leistung auch mit einer entsprechenden Gegenleistung honoriert wird. Das Arbeitsverhältnis ist ein spezifischer Fall einer solchen Tauschbeziehung und unterliegt den Erwartungen sozialer Reziprozität. Wenn die erwartete Reziprozität nicht eintritt – wenn also hohe Verausgabung (d. h. hohe individuelle Kosten) nicht durch eine angemessene Belohnung (d. h. entsprechenden individuellen Nutzen) kompensiert wird – kommt es zu einer Gratifikationskrise.

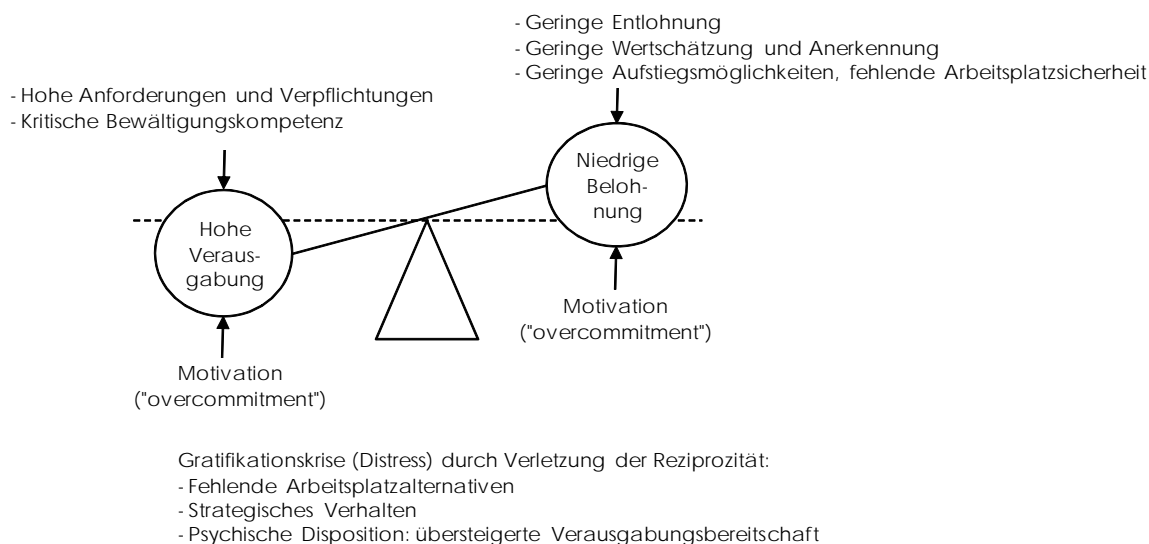
Ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert erhaltener Belohnung verursacht negative Emotionen und damit dauerhaften oder immer wiederkehrenden Stress (*Siegrist – Dragano*, 2008). Abbildung 7 fasst die wesentlichen Komponenten dieses Modells zusammen. Wie zu sehen ist, unterscheidet das ERI-Modell zwischen zwei Verausgabungsquellen, einer extrinsischen, den Jobanforderungen, und einer intrinsischen, personalen Verausgabungsquelle. Letztere ergibt sich aus dem individuell unterschiedlichen Bewältigungsverhalten, da nicht alle Menschen auf bestimmte Anforderungen mit dem gleichen Ressourcenaufwand und der gleichen Neigung zur Verausgabung reagieren (weil der "need for control" unterschiedlich stark ausgeprägt ist, siehe *Siegrist*, 1996). Die Gratifikation kann ihrerseits unterschiedliche Formen annehmen, nämlich finanzieller Natur sein oder auf sozio-emotionaler (Anerkennung, Wertschätzung) bzw. statusbezogener Ebene (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit) angesiedelt sein. Im Falle eines permanenten Ungleichgewichts zwischen erwarteter und eintretender Gratifikation können auch Anpassungsreaktionen seitens der Beschäftigten erfolgen, z. B. durch eine Verminderung des eigenen Einsatzes in Form von

¹³) Nach der Definition der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergeben sich diese psycho-sozialen Risiken aus dem Zusammenwirken der individuellen Bedürfnisse und Kompetenzen der Beschäftigten einerseits und der Arbeitstätigkeit, der Arbeitsorganisation und des Arbeitsmanagements sowie der weiteren Rahmenbedingungen im Unternehmen, in der Privatsphäre und in der Gesellschaft andererseits (*International Labor Office*, 1986).

¹⁴) Ein Überblick zu den unterschiedlichen theoretischen Erklärungsansätzen, mit besonderer Berücksichtigung der psycho-sozialen Belastungsdimension, findet sich in *Biffi et al.* (2011), Kapitel 2.

Leistungszurückhaltung, oder mittels Flucht aus dem Feld durch Fehlzeiten oder Kündigung (Ulich – Wülser, 2005).

Abbildung 7: Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise



Q: Leoni (2012). Nach Siegrist (1996; 2004).

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise wurde in zahlreichen empirischen Studien geprüft, wobei in mehreren Fällen der Krankenstand die zentrale Ergebnisgröße darstellte. Head et al. (2007) konnten anhand von Längsschnittdaten aus der britischen Whitehall-Studie nachweisen, dass die Wahrscheinlichkeit eines langen Krankenstands bei Arbeitskräften mit einem hohen Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung um ein Fünftel bis ein Viertel höher lag, als bei der Referenzgruppe mit niedrigen ERI-Werten. Fahlén et al. (2009) ermittelten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Gratifikationskrisen und langen Krankenständen, wobei diese Studie insbesondere die Relevanz von fehlenden alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten ("locked-in" Situationen) hervorhob. Die Vielzahl an Studien in diesem Feld deckt unterschiedliche Gesundheitsindikatoren ab. Zusammenfassende Überblicksartikel zeigen wiederholt einen gut belegten Zusammenhang zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und kardiovaskulären Risiken einschließlich koronarer Herzkrankheiten. Weitere Ergebnisse betreffen das Auftreten von verhaltensbezogenen Risiken wie Rauchen und überhöhtem Alkoholkonsum (Head et al., 2004), aber auch eine Gefährdung durch psychiatrische Störungen (Tsutsumi et al., 2001), Depressionen (Siegrist, 2008) sowie Schlafstörungen (Rugulies et al., 2009).

Trotz der Verfügbarkeit von theoretischen Modellen und einer steigenden Zahl an Forschungsergebnissen sind zahlreiche Aspekte der komplexen Beziehung zwischen Arbeitswelt und Gesundheit nach wie vor unbeleuchtet bzw. unterbeleuchtet. Die Identifikation von arbeitsbedingten Erkrankungen und die Quantifizierung des Zusammenhangs zwischen Belas-

tungsfaktoren und Erkrankungen sind mit großen Schwierigkeiten behaftet: Vor allem Unschärfen in der Messung von Belastungen, der oftmals große zeitliche Abstand zwischen Exposition und gesundheitlichen Folgen und der multifaktorielle Charakter vieler Krankheitsursachen erschweren die Erforschung des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Gesundheit (*Biffi – Leoni, 2008*). Ein weiterer erschwerender Faktor besteht im raschen Wandel, dem sowohl die Arbeitswelt als auch die mit dieser in einer wechselseitigen Beziehung stehenden gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unterworfen sind. Die theoretische und empirische Forschung muss daher laufend angepasst werden: Während bestimmte kausale Zusammenhänge an Bedeutung verlieren, entstehen neue Muster und Formen der Interaktion zwischen Individuum und Arbeitsumfeld, weshalb die Mesodeterminanten des gesundheitlichen Ereignisses laufend weiter erforscht werden müssen.

Die Veränderungen in der Gestaltung von Arbeit betreffen die betriebliche Ebene, sie weisen aber eindeutig eine gesamtgesellschaftliche bzw. gesamtwirtschaftliche Komponente auf. Das gilt besonders für Charakteristika der „neuen Arbeitswelt“, wie die Zunahme an atypischen Beschäftigungsformen und die Flexibilisierung bzw. Präkarisierung der Erwerbskarrieren, Phänomene, die auf der Mikro- und Mesoebene angesiedelt sind, aber stark durch Verschiebungen auf der Makroebene mitbestimmt werden.

Die gesundheitlichen Determinanten auf der Makroebene

Das Modell der beruflichen Gratifikationskrise ist auch deshalb besonders interessant, weil neben individuellen und betrieblichen Faktoren ebenfalls der Einfluss von Makrofaktoren wie der Arbeitsmarktsituation und der Beschäftigungssicherheit einbezogen wird. Damit trägt dieses Modell unter anderem "der Zunahme unsicherer Arbeitsplätze und prekärer Arbeitsverhältnisse und deren Konsequenz für die Bewertung der eigenen Person und der eigenen Handlungsmöglichkeiten" Rechnung (*Ulich - Wülser, 2005: S. 102*). Die negativen Effekte der Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit können in einer theoretischen Perspektive dadurch erklärt werden, dass auf psychologischer Ebene die Antizipation eines aufreibenden Ereignisses wie etwa eines Jobverlustes eine Belastung darstellen kann, die so groß oder sogar größer ist als das Ereignis selbst (*Lazarus – Folkman, 1984*). Grundsätzlich ist Arbeitsplatzunsicherheit tendenziell mit einem schlechteren subjektiven Gesundheitsempfinden verbunden. Auch andere gesundheitliche Indikatoren und die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems weisen eine Korrelation mit der Arbeitsplatzunsicherheit auf (*Ferrie et al., 2002; 2005; Rugulies et al., 2008; Swaen et al., 2004; Caroli - Godard, 2014*).

Dabei ist es allerdings vor allem die subjektiv wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit die, unabhängig von der tatsächlichen vertraglichen Situation der Beschäftigten, für gesundheitliche Effekte entscheidend ist. Eine Meta-Analyse von *Sverke et al. (2002)* zeigt, dass die wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit beeinträchtigt. Ergebnisse von Studien mit Beschäftigten, die atypische oder befristete Arbeitsverhältnisse haben, fallen dagegen nicht so eindeutig aus. Eine der wenigen Längsschnittstudien zu diesem Thema, basierend auf britischen Daten für die Jahre 1991 bis

2000, konnte kaum Unterschiede in der Gesundheit von Festangestellten im Vergleich zu temporär Beschäftigten feststellen (*Bardasi – Francesconi, 2004*). *Vahtera et al. (2004B)* untersuchten die gesundheitlichen Folgen der finnischen Rezession der frühen 1990er-Jahre anhand einer Kohortenstudie, die über einen Zeitraum von siebeneinhalb Jahren die öffentlich Bediensteten in vier Städten begleitete. Aufgrund der Rezession kam es über mehrere Jahre zu starkem Personalabbau und die Autoren konnten feststellen, dass starkes „downsizing“ die Zahl der Krankenstände und auch die Mortalität unter jenen Beschäftigten erhöhte, die ihren Job beibehielten. *Blekesaune (2012)* hebt hervor, dass Arbeitsplatzunsicherheit theoretisch sowohl zu höheren (aufgrund der negativen Gesundheitseffekte) als auch zu niedrigeren Krankenstandsquoten (aufgrund des verstärkten Drucks zur Anwesenheit) führen kann.

Die Frage, ob und inwieweit sich bei einer Erhöhung der Arbeitsplatzunsicherheit die negativen Gesundheitseffekte stärker auf die Inanspruchnahme des Krankenstands auswirken, als die in entgegengesetzter Richtung wirkenden Verhaltenseffekte, muss demzufolge empirisch geklärt werden. Grundsätzlich spricht das vielfach beobachtete pro-zyklische Muster in der Krankenstandsquote (siehe auch Abschnitt 1.4) dafür, dass im Fall einer Erhöhung der Arbeitslosenrate der daraus resultierende "Disziplinierungseffekt" (*Shapiro – Stiglitz, 1984*) die in Beschäftigung verbliebenen Personen dazu anhält, nach Möglichkeit Fehlzeiten zu vermeiden. Andererseits kann das Sinken der Krankenstandsquote im wirtschaftlichen Abschwung bzw. ihr Anstieg im wirtschaftlichen Aufschwung auch mit anderen Effekten zusammen hängen. Von Relevanz könnte diesbezüglich die Tatsache sein, dass im Konjunkturaufschwung mehr Arbeitsstunden geleistet werden (Überstunden, Aufbau von Urlaubsrückständen usw.) und diese erhöhte Beanspruchung der Arbeitskräfte zu mehr Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen führt. Ein anderer möglicher Transmissionsmechanismus zwischen Konjunkturzyklus und Krankenstand bzw. gesundheitlichen Ereignissen wird von *Pichler (2015)* untersucht: Anhand aggregierter Daten aus 112 deutschen Krankenkassen wird gezeigt, dass insbesondere Infektionskrankheiten ein ausgeprägtes prozyklisches Muster aufweisen. Die Erklärung für dieses Ergebnis besteht laut dem Autor darin, dass aufgrund der erhöhten Arbeitsbelastung im Konjunkturaufschwung die Beschäftigten einen erhöhten Präsentismus verzeichnen und daher ansteckende Krankheiten stärker bzw. schneller Verbreitung im Unternehmen finden.

Darüber hinaus haben die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte die Bedeutung von psycho-sozialen Risiken für die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung in Industrieländern erhöht, ein Trend der sich voraussichtlich auch in Hinkunft fortsetzen wird (*OSHA, 2007*)¹⁵). Einige Beispiele für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Implikationen der raschen Veränderungsprozesse in der Arbeitswelt finden sich im deutschen Fehlzeitenreport aus dem Jahr 2012 (*Badura et al., 2012*).

¹⁵) Zu den Veränderungen, die zu einer stärkeren Verbreitung psycho-sozialer Risikofaktoren in der Arbeitswelt führten bzw. voraussichtlich führen werden, zählen laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA) die Zunahme der Arbeitsintensität und der emotionalen Anforderungen am Arbeitsplatz, die Alterung der Gesellschaft, die Präkarisierung der Arbeitsverhältnisse und die steigenden Herausforderungen an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Die Beiträge in diesem Sammelband befassen sich mit den Chancen und Risiken, die aus der Flexibilisierung und der (zeitlichen, räumlichen, vertraglichen) „Entgrenzung“ der Arbeit resultieren. Eine Facette dieser Entgrenzung betrifft das Aufweichen der Grenze zwischen Arbeit und Freizeit, das in der jüngsten Vergangenheit durch die Einführung von neuen Kommunikationstechnologien stark zunahm. Diese Entwicklung bietet sowohl den Unternehmen als auch den Beschäftigten neue Möglichkeiten in Hinblick auf Flexibilität und Mobilität, sie kann aber gleichzeitig neue und bisher nur ansatzweise erforschte gesundheitliche Risiken bergen. *Dettmers et al.* (2012) zeigen beispielsweise anhand einer Tagebuchstudie mit Beschäftigten, die regelmäßig Rufbereitschaft leisten, dass bereits die Anforderung der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit für einen Arbeitseinsatz ausreicht, um Beeinträchtigungen wie Einschränkungen in der Schlafqualität hervorzurufen, auch wenn es zu keinem konkreten Arbeitseinsatz kommt. Bereits in der Vergangenheit wurde in anderen Studien nachgewiesen, dass lange bzw. überlange Arbeitszeiten negative gesundheitliche Folgen haben können, unter anderem aufgrund eines erhöhten Unfallrisikos, einer steigenden Wahrscheinlichkeit von Herzerkrankungen und der Begünstigung von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie dem Konsum von Genussmitteln (Alkohol, Zigaretten), falscher Ernährung und mangelnder Bewegung (siehe *Wirtz*, 2010)¹⁶).

Zu den Makrofaktoren, die sich auf die Frequenz, Verteilung und auch auf die Dauer von gesundheitlichen Ereignissen auswirken können, zählen naturgemäß auch das Gesundheitssystem sowie externe Einflussfaktoren, wie beispielsweise die saisonalen Schwankungen im Erkrankungsrisiko: Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* belegen, dass die Bestände an krank gemeldeten Arbeitskräften in den typischerweise durch Grippewellen und saisonale Infekte gekennzeichneten Wintermonaten bis zu doppelt so hoch sind wie in den Sommermonaten (siehe z. B. *Leoni*, 2014: Abschnitt 1.4).

2.2. Krankschreibung und Eintritt in den Krankenstand

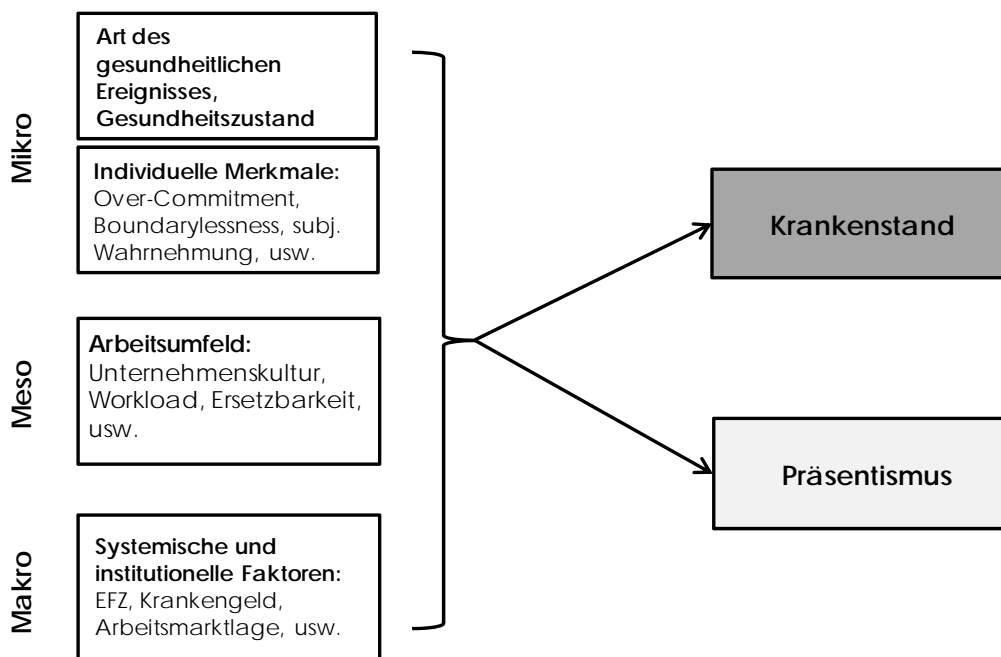
Bei Eintreten eines gesundheitlichen Ereignisses stehen die Betroffenen vor einer Alternative: Entweder Eintritt in den Krankenstand (meistens, aber nicht zwangsläufig nach Krankschreibung durch den praktischen Arzt) oder Präsentismus, d. h. ein Erscheinen am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung¹⁷). Zu berücksichtigen ist selbstverständlich, dass nur für

¹⁶) Weitere Studien identifizieren (über)lange Arbeitszeiten und hohe Überstundenzahlen als Risikofaktoren für das Auftreten von Diabetes Mellitus (*Kawakami et al.*, 1999), des Metabolischen Syndroms (*Violanti et al.*, 2009), sowie von Muskel-Skelett-Erkrankungen (*Raediker et al.*, 2006; *Trinkoff et al.*, 2006). Für einen Literaturüberblick zu diesem Thema, das nicht mit der Frage der Entgrenzung der Arbeitszeit gleich zu setzen ist, aber mit dieser Überschneidungen aufweist, siehe *Kallus et al.* (2011).

¹⁷) In der (wachsenden) Fachliteratur zum Thema Präsentismus sind nach wie vor unterschiedliche Definitionen dieses Phänomens zu finden. *Steinke – Badura* (2011, S. 16ff.) unterscheiden in ihrem umfangreichen Review zwei Hauptstränge betreffend die Definition bzw. wissenschaftliche Untersuchung von Präsentismus: Er kann erstens als ein bestimmtes Verhalten von MitarbeiterInnen verstanden werden, nämlich trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu erscheinen; zweitens als Arbeitsproduktivitätseinbuße, die Unternehmen dadurch entsteht, dass ihre MitarbeiterInnen durch gesundheitliche Beschwerden (einschließlich chronischer Erkrankungen) in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt sind. Hier und in der Folge wird auf den ersten der beiden Definitions- bzw. Forschungsstränge Bezug genommen.

eine Teilmenge der gesundheitlichen Ereignisse auch eine reale Option zum Präsentismus besteht. Die Wahrscheinlichkeit, einen Krankenstand zu beginnen, entspricht im Falle eines gesundheitlichen Ereignisses jedenfalls genau der Gegenwahrscheinlichkeit ($1 - p$) der Wahrscheinlichkeit, einen Präsentismusfall zu verzeichnen (p). In empirischen Studien weisen die Krankenstands- und Präsentismustage der Beschäftigten dennoch eine positive Korrelation auf: Personen, die oft im Krankenstand sind, gehen auch überdurchschnittlichen oft krank in die Arbeit (Aronsson – Gustafsson, 2005; Hansen – Andersen, 2008). Auch für Österreich zeigte sich in einer Auswertung von Daten des Arbeitsgesundheitsmonitors ein positiver statistischer Zusammenhang zwischen Krankenstands- und Präsentismustagen (Leoni, 2012). Der Grund dafür liegt darin, dass sowohl der Krankenstand als auch der Präsentismus letztendlich vom Gesundheitszustand der Beschäftigten abhängen. Die positive Korrelation verdeutlicht somit, dass die Verteilung von Präsentismus stärker durch gesundheitliche Unterschiede zwischen den Beschäftigten als durch Unterschiede im Krankenstands- bzw. Präsentismusverhalten beeinflusst wird (Gerich, 2014).

Abbildung 8: Krankmeldung oder Präsentismus



Q: Eigene Darstellung.

Die Determinanten des gesundheitlichen Ereignisses (auf Mikro-, Meso- und Makroebene, siehe Abschnitt 2.1) müssen grundsätzlich von jenen des Krankenstands- bzw. Präsentismus-

verhaltens unterschieden werden (*Gerich* 2014; 2014B)¹⁸⁾. In den nachfolgenden Ausführungen wird auf letzere, also auf die Bestimmungsgründe des Verhaltens bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses, eingegangen (siehe Abbildung 8). Einige der Faktoren, die sich auf die Eintrittswahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Ereignissen auswirken, beeinflussen allerdings gleichzeitig auch die Entscheidung zwischen Krankenstand und Präsentismus. *Aronsson - Gustafsson* (2005) sprechen diesbezüglich von „double risk factors“, also von Risikofaktoren, die sowohl gesundheitliche Auswirkungen haben als auch die Krankenstands- bzw. Präsentismusentscheidung mitbestimmen können. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem Zeitdruck, Arbeitsplatzunsicherheit, Unzufriedenheit mit dem Familienleben und überhöhte Verausgabungsbereitschaft („over-commitment“). Sie wirken sich negativ auf die Gesundheit aus und erhöhen das Risiko von gesundheitlichen Ereignissen. Tritt ein solches Ereignis ein, beeinflussen diese Determinanten darüber hinaus auch die Entscheidung der Einzelnen angesichts der Alternative Krankenstand oder Präsentismus. Es kann somit von einem direkten Effekt dieser Faktoren auf die Präsentismushäufigkeit und einem indirekten Effekt gesprochen werden, der sich mittelbar über die Gesundheit und die Eintrittswahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Ereignisses ausdrückt.

Die Mikroebene: Persönliche Merkmale als Bestimmungsgründe des Präsentismus

Aus der verfügbaren Literatur zum Präsentismus gehen eine Reihe von persönlichen Merkmalen als Determinanten des Krankenstands- bzw. Präsentismusverhaltens hervor. Die meisten Erhebungen und Studien zeigen, dass Frauen eine stärkere Neigung als Männer haben, trotz Krankheit arbeiten zu gehen. Das geht aus Untersuchungen für Deutschland, Dänemark und Finnland hervor (*Steinke – Badura*, 2011; *Schmidt – Schröder*, 2010; *Hansen – Andersen*, 2008; *Böckerman – Laukkanen*, 2010). Mit diesen übereinstimmend stellte auch *Gerich* (2014B) anhand von Befragungsdaten von Beschäftigten in Oberösterreich fest, dass Frauen trotz Eintreten eines gesundheitlichen Ereignisses öfter als Männer weiter arbeiten gehen. In Bezug auf das Alter als erklärende Variable sind die Erkenntnisse weniger klar ausgeprägt bzw. stimmen zwischen verschiedenen Studien und Populationen nicht überein. Eindeutiger fallen die Ergebnisse hinsichtlich psychologischer Faktoren bzw. der Persönlichkeitsstruktur aus: Personen, denen es schwer fällt, angesichts beruflicher Anforderungen nein zu sagen und sich bzw. der eigenen Verausgabungsbereitschaft am Arbeitsplatz Grenzen zu setzen, tendieren stärker zu Präsentismus (*Aronsson – Gustafsson*, 2005; *Hansen – Andersen*, 2008). Diese persönlichen Eigenschaften werden in der Literatur als „individual boundarylessness“ und „over-commitment“ bezeichnet. Auch die allgemeine persönliche Einstellung zum Krankenstand zeigt einen Einfluss auf das Krankenstandsverhalten. Erwartungsgemäß zeigen Personen, die ein restriktives Verständnis von Krankenstand haben, eine größere Bereitschaft, trotz gesund-

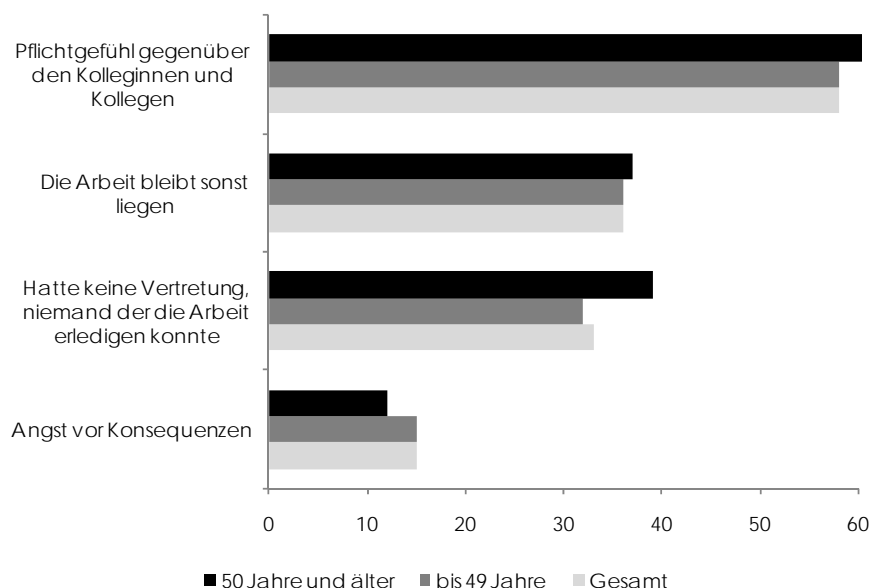
¹⁸⁾ Auf methodologischer Ebene kann der individuelle Entscheidungsprozess am besten identifiziert und untersucht werden, indem als Präsentismusindikator ein relatives Maß herangezogen wird, das die Häufigkeit von Präsentismusepisoden anteilmäßig an der Summe aus Präsentismus- und Krankenstandsepisoden ausdrückt.

heitlicher Beeinträchtigung arbeiten zu gehen, als solche, die grundsätzlich rascher bereit sind, das gesundheitsbedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz zu rechtfertigen¹⁹⁾.

Auch das Qualifikationsniveau, der sozioökonomische Status und der Beruf zählen zu den Merkmalen, die wiederholt in Bezug auf Krankenstand und Präsentismus untersucht wurden. Es ist davon auszugehen, dass ein und dasselbe gesundheitliche Ereignis (z. B. eine Verletzung) für Personen unterschiedlichen Berufes auch unterschiedliche Implikationen in Bezug auf den Krankenstand haben kann. Verschiedene Studien zeigen, dass eine Tätigkeit im Bereich personenbezogener Dienstleistungen, insbesondere im Bildungs- und Gesundheitswesen, mit einer erhöhten Neigung zum Präsentismus einhergeht (*Steinke – Badura, 2011*). Der überdurchschnittliche Präsentismus in diesen Dienstleistungsbereichen kann zum Teil darauf zurück geführt werden, dass die Tätigkeiten größtenteils aus der Arbeit mit anderen, abhängigen Menschen bestehen und soziale Beziehungen einen besonderen Stellenwert einnehmen. Im Allgemeinen dürfte die Organisationsstruktur und -kultur das Verhalten der Beschäftigten bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses stärker bestimmen als ihre Qualifikation und berufliche Stellung. Zwar weisen bivariate Darstellungen eine positive Korrelation zwischen höherer Qualifikation bzw. höherer beruflicher Position und Präsentismus aus. In multivariaten Analysen, in denen gleichzeitig andere personen- und arbeitsplatzbezogene Merkmale berücksichtigt werden, finden sich dagegen keine signifikanten Effekte von Bildung, Qualifikationsniveau und beruflicher Stellung auf die Präsentismuswahrscheinlichkeit (*Gerich 2014B; Aronsson – Gustafsson, 2005; Hansen – Andersen, 2008*).

¹⁹⁾ Die persönliche Einstellung zum Krankenstand wurde in dieser Studie über eine Reihe von Fragen ermittelt und dann klassifiziert, in denen anhand beispielhafter Situationen ermittelt wurde, in welchen Fällen die Befragten eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz als gerechtfertigt ansehen.

Abbildung 9: Krank in die Arbeit gegangen – was sind die Motive?



Q: Präsentation von R. Raml anlässlich der AK-Tagung zur Entwicklung der Krankenstände von älteren ArbeitnehmerInnen am 23.11.2010 in Linz. Die Daten beziehen sich auf Auswertungen des Arbeitsgesundheitsmonitors, N=4.132 Personen, die im Zeitraum 2008 bis zum 1. Quartal 2010 mindestens einmal krank arbeiten gegangen waren.

Die Determinanten auf der Mesoebene

Tätigkeits- und organisationsbezogene Faktoren üben einen starken Einfluss auf die Entscheidung aus, ob Beschäftigte im Krankheitsfall zu Hause bleiben oder doch arbeiten gehen. Eine wichtige Rolle kommt der Form der Arbeitsorganisation, d. h. der Frage zu, inwiefern Arbeitskräfte alleine oder in Teams arbeiten und inwiefern die betroffene Arbeitskraft im Abwesenheitsfall ersetzt werden kann. Forschungsergebnisse zeigen erwartungsgemäß, dass Beschäftigte zu Präsentismus neigen, wenn ihre Arbeit im Abwesenheitsfall liegen bleibt oder keine Vertretung diese erledigen kann (Aronsson – Gustafsson, 2005). Das kann sowohl bei Personalknappheit als auch bei hoher Arbeitsspezialisierung oder fehlender Einschulung von KollegInnen der Fall sein. Umgekehrt kann aber auch eine Arbeitsorganisation in Teams, vor allem wenn es sich um selbstverwaltete Einheiten handelt, aufgrund des stärkeren Pflichtgefühls gegenüber den KollegInnen zu erhöhtem Präsentismus führen (Johns, 2010). Auch die österreichischen Beschäftigten geben besonders oft an, aufgrund von Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen auch krank in die Arbeit gegangen zu sein. Darüber hinaus werden auch mangelnde Ersetzbarkeit und widrigenfalls unerledigt bleibende Arbeit häufig als Gründe für Präsentismus angeführt (siehe Abbildung 9).

Die Gestaltung von Arbeitszeiten bzw. Arbeitszeitsystemen hat ebenfalls einen Einfluss auf das Verhalten, trotz einer Erkrankung zur Arbeit zu gehen. So kommen Böckerman – Laukkanen (2010) zu dem Schluss, dass eine permanente Vollzeittätigkeit, überlange Arbeitszeiten und eine fehlende Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit die

Wahrscheinlichkeit erhöhen, trotz Erkrankung zur Arbeit zu erscheinen²⁰). Es liegt die Vermutung nahe, dass es nicht nur die langen Arbeitszeiten per se sind, die zu Präsentismus führen, sondern auch die damit einhergehende hohe Arbeitslast bzw. der Leistungsdruck (*Steinke – Badura*, 2011). Darüber hinaus beeinflusst die Unternehmenskultur bzw. der Umgang einer Organisation mit Absentismus das Verhalten bei gesundheitlichen Ereignissen. Anreize zur Anwesenheit können potentiell die Fehlzeiten der Beschäftigten kurzfristig senken, allerdings ist offen, inwiefern dadurch längerfristig die erwünschten Ziele erreicht werden. *Böckerman – Laukkanen* (2009) zeigen, dass die Verpflichtung zur Vorlage eines ärztlichen Attestes bereits ab dem ersten (statt dem dritten) Krankheitstag den Präsentismus spürbar erhöht. Als Beispiel für falsche Anreize beim Fehlzeitenmanagement führen *Steinke – Badura* (2011) dagegen eine britische Studie von *Grinyer – Singleton* (2000) an: Eine betriebliche Regelung, der zufolge eine gewisse Anzahl von Krankenstandsfällen eines Beschäftigten (und nicht die Länge dieser Fälle) ein Rückkehrgespräch mit dem Vorgesetzten nach sich zog, führte zwar zu einer geringeren Zahl an Krankenstandsfällen, diese dauerten dafür aber länger an.

Eine weitere Determinante des Präsentismus, die durch die Organisation und Gestaltung des Arbeitsprozesses geprägt wird, betrifft den Anpassungsspielraum („adjustment latitude“) der Beschäftigten. Grundsätzlich verzeichnen MitarbeiterInnen mit einem hohen Anpassungsspielraum, d. h. solche, die im Krankheitsfall ihre Arbeitsbelastung, Arbeitszeiten oder Arbeitsaufgaben anpassen können, weniger Krankenstands- und Präsentismustage (siehe z. B. *Hultin et al.*, 2010). Das ist darauf zurückzuführen, dass Handlungsspielräume am Arbeitsplatz einen positiven Gesundheitsfaktor darstellen und die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Ereignissen verringern. Anders gestaltet sich die Frage, inwiefern bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses der Anpassungsspielraum dazu beiträgt, dass Beschäftigte eher arbeiten oder eher in den Krankenstand gehen. Das unter anderem von *Johansson – Lundberg* (2004) vorgeschlagene Krankheits-Flexibilitäts-Modell würde erwarten lassen, dass Arbeitskräfte mit hohem Anpassungsspielraum im Krankheitsfall ihre Arbeitsleistung reduzieren können (z. B. durch verkürzte Arbeitszeit, langsameren Arbeitsrhythmus) und deshalb eher geneigt sein sollten, auch gesundheitlich angeschlagen in die Arbeit zu gehen. Die empirische Evidenz zur Unterstützung dieser Hypothese ist allerdings bisher schwach. Im Krankheitsfall ist ein hoher Anpassungsspielraum nämlich tendenziell mit einer höheren Krankenstandswahrscheinlichkeit bzw. mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, krank arbeiten zu gehen (*Gerich*, 2014B). Ein hoher Anpassungsspielraum der Beschäftigten könnte deren Möglichkeiten verbessern, bei Eintreten von gesundheitlichen Ereignissen ihre Arbeit so umzudisponieren, dass ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz leichter „verkraftbar“ ist als in Fällen, in welchen dieser Spielraum nicht gegeben ist (*Johns*, 2010).

Der Zeitpunkt der Krankmeldung beim Arbeitgeber fällt in der Mehrheit der Fälle mit einem Arztbesuch und mit einer ärztlichen Krankschreibung zusammen. Es ist davon auszugehen,

²⁰) In einer weiteren, an die zitierte anknüpfenden Studie stellten dieselben Autoren fest, dass die fehlende Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit nur bei Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand zu erhöhtem Präsentismus führt (*Böckerman – Laukkanen*, 2010B).

dass die Gestaltung des Krankschreibungsprozesses, das Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen und das Arzt-Patient-Verhältnis eine wichtige Dimension des Krankschreibungsprozesses darstellen. Allerdings geht es dabei weniger darum, inwiefern erkrankte Beschäftigte sich für Präsentismus oder für eine Krankmeldung entscheiden, als um die Fragen, wie lange Beschäftigte bei Eintritt eines gesundheitlichen Ereignisses krankgeschrieben werden, welchen Einfluss das Verhalten der ÄrztInnen (und des Gesundheitssystems i. w. S.) auf den Krankenstand hat und inwiefern bei der Krankschreibung auch die Arbeitsplatzbeschaffenheit und die beruflichen Anforderungen an die Betroffenen berücksichtigt werden. Die Rolle der ÄrztInnen und des Gesundheitssystems wird daher in Abschnitt 2.3, in dem die Determinanten der Krankenstandsdauer erläutert werden, weiter vertieft.

Arbeitsplatzunsicherheit als Makrodeterminante von Präsentismus

Neben den individuellen und den tätigkeits- bzw. organisationsbezogenen Merkmalen wird das Präsentismusverhalten der Beschäftigten auch von Makrofaktoren geprägt. Wie auch aus Befragungen der österreichischen Beschäftigten hervorgeht, stehen Überlegungen zur Arbeitsplatzsicherheit zwar nicht an erster Stelle, aber sie werden immer wieder als einer der Gründe für Präsentismus angeführt. Auch in Deutschland haben Umfragen gezeigt, dass die Angst um den eigenen Arbeitsplatz für einen bedeutenden Anteil der Beschäftigten den Antrieb darstellt, krank zur Arbeit zu gehen (*Steinke – Badura, 2011*). Arbeitsplatzunsicherheit bzw. die Wahrnehmung von Arbeitsplatzsicherheit hängt einerseits von der konkreten beruflichen Situation der einzelnen Beschäftigten und ihrer vertraglichen Situation ab, andererseits wird sie von gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen und vom Konjunkturzyklus beeinflusst. Wie bereits in Abschnitt 2.1 besprochen, kann Arbeitsplatzunsicherheit negative gesundheitliche Effekte nach sich ziehen. Aufgrund der Suchkosten und der Unsicherheit, die mit einem Jobwechsel assoziiert ist, ist bei steigender Arbeitslosigkeit bzw. im Falle von prekären Beschäftigungssituationen eine erhöhte Präsentismusneigung zu erwarten. *Riphahn – Thalmaier (2001)* sowie *Ichino – Riphahn (2005)* untersuchten anhand von deutschen bzw. italienischen Daten das Verhalten von ArbeitnehmerInnen während beruflicher Probezeiten und konnten einen Anstieg der Krankenstandstage bei Übertritt in das stabile Beschäftigungsverhältnis beobachten.

Die Folgen von Präsentismus

Einen gesonderten Stellenwert nimmt die Frage ein, inwiefern Präsentismus negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen und somit mittel- und langfristig zu häufigerem Krankenstand führen kann. Allerdings beschäftigte sich die Forschung bisher vorwiegend mit den Ursachen, der Verbreitung und den Kosten von Präsentismus. Evidenz zu den gesundheitlichen Folgen von Präsentismus ist, wohl auch wegen der mit dieser Fragestellung verbundenen methodischen und datentechnischen Schwierigkeiten, nur in sehr überschaubarem Ausmaß vorhanden. Die verfügbaren Studien legen nahe, dass ein negativer Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem allgemeinen Gesundheitszustand besteht: Trotz gesundheitli-

cher Beeinträchtigung arbeiten zu gehen, hat, in Abhängigkeit von der Erkrankung und der Tätigkeit bzw. Arbeitsplatzsituation, negative Auswirkungen auf die zukünftige Gesundheit (Steinke – Badura, 2011). Taloyan et al. (2012) fanden beispielsweise im Zuge einer Studie anhand von schwedischen Daten Belege für eine negative Rückkoppelung zwischen Präsentismus und Gesundheit. Sie beobachteten bei Beschäftigten, die 2008 einen erhöhten Präsentismus verzeichnet hatten, zwei Jahre später höhere Krankenstandshäufigkeiten und schlechtere subjektive Gesundheitswerte als bei vergleichbaren Personen ohne vorhergehende Präsentismus-Episoden. In zwei früheren Untersuchungen der schwedischen bzw. dänischen Erwerbsbevölkerung hatten Bergstrom et al. (2009) und Hansen – Andersen (2009) bereits gezeigt, dass Präsentismus künftig zu erhöhtem Krankenstand führen kann.

Einschränkend ist zu diesen Ergebnissen für die skandinavischen Länder anzumerken, dass nur subjektive Gesundheitseinschätzungen herangezogen werden konnten, um den gesundheitlichen Zustand der beobachteten Personen zum Zeitpunkt des Präsentismus zu berücksichtigen. Damit stellt sich die Frage, ob in der Ursachenanalyse die Determinanten des gesundheitlichen Ereignisses von jenen der Präsentismusentscheidung ausreichend trennscharf unterschieden werden konnten. Eine deutlich stärkere Berücksichtigung der gesundheitlichen Ausgangsposition findet sich in der Studie von Kivimäki et al. (2005). Die AutorInnen haben anhand von Daten aus der Whitehall-II-Studie festgestellt, dass ein Arbeiten bei Erkrankung einen Risikofaktor für das Erleiden eines Herzinfarktes bzw. einer tödlichen koronaren Herzkrankheit darstellt. Sie konnten in ihrer Analyse auf Basis eines breiten Spektrums an objektiven Gesundheitsmerkmalen zwischen Beschäftigten mit und ohne erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren unterscheiden.

2.3. Die Krankheitsdauer

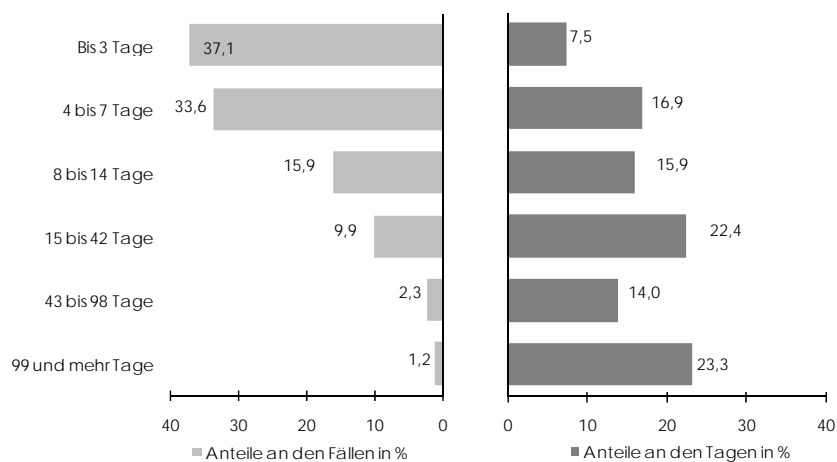
Nach Eintreten des gesundheitlichen Ereignisses und Krankheitsbeginn ergeben sich für die betroffene Person unterschiedliche Verlaufsmöglichkeiten (Abbildung 12). Ein beträchtlicher Anteil der Krankheitsepisoden hat eine Dauer von einem oder nur sehr wenigen Tagen. Nur ein Drittel der Krankheitsfälle (eigentlich weniger, wenn die Untererfassung der Kurzkrankstände in der offiziellen Statistik berücksichtigt wird) dauern länger als eine Woche (siehe Abbildung 10). Die Zahl der zeitlich langen Krankheitsepisoden, also der Fälle, die länger als sechs Wochen andauern, ist noch einmal erheblich geringer (<4%). Allerdings verursachen diese wenigen langen Krankheitsfälle einen erheblichen Anteil des Krankheitsvolumens (knapp 40%). Gleichzeitig besteht vor allem für Personen, die sich über längere Zeit bzw. öfter im Krankenstand befinden, ein erhöhtes Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren und unter Umständen frühzeitig aus dem Erwerbsleben auszuschneiden. Wie aus Abbildung 11 ersichtlich ist, die sich allerdings auf etwas älteres Datenmaterial für Oberösterreich bezieht, konzentriert sich fast 90% des Krankheitsgeschehens auf jene Hälfte der Erwerbstätigen, die in Relation zur verbleibenden Hälfte der Erwerbstätigen mehr Krankentage aufweisen. Die 10% „kränksten“ Beschäftigten verzeichnen alleine über 40% aller Krankentage. Daran knüpft sich die Frage, welche Veränderungen in der Beschäftigungsfähig-

keit aus einem längeren Krankenstand resultieren können: Die Rückkehr zum Arbeitsplatz stellt zwar für die Mehrheit der Personen nach Ende ihres Krankenstands den Normalfall dar, es steigt jedoch mit zunehmender Länge der Krankenstandsepisode die Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsplatzverlustes und in weiterer Folge eines Arbeitsplatzwechsels, einer Arbeitslosigkeitsepisode oder gar des permanenten Rückzugs aus dem Erwerbsleben. Gleichzeitig eröffnen Krankenstände bei längerer Dauer mit ihrer Fortdauer auch einen breiteren Spielraum an Interventions- und Anpassungsmöglichkeiten. Von großer gesundheits-, aber auch wirtschaftspolitischer Bedeutung sind jene Faktoren, die vor allem bei schwereren Erkrankungen und längeren Arbeitsunfähigkeitsepisoden die weitere Erwerbskarriere der betroffenen Personen mitbestimmen.

Die Mikroebene

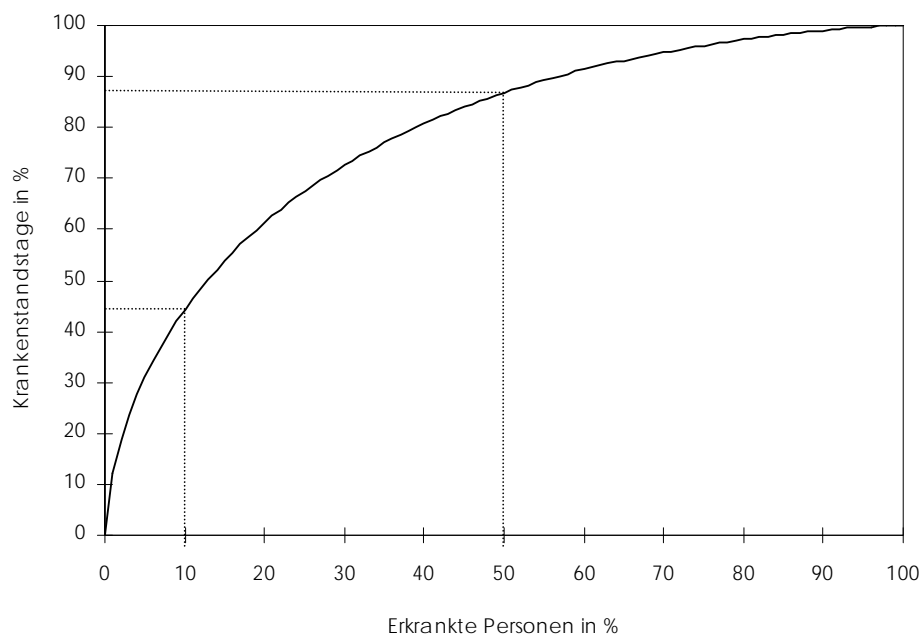
Die Dauer einer Krankenstandsepisode hängt naturgemäß von der Art und Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung, sowie von den persönlichen Merkmalen (z. B. Alter, allgemeiner Gesundheitszustand) der betroffenen Person ab. In einem bestimmten Ausmaß decken sich diese Determinanten mit jenen, die im vorangegangenen Abschnitt zur Krankmeldung (siehe Abschnitt 2.2) erläutert wurden und bedürfen keiner weiteren Erläuterungen. Die nachfolgenden Ausführungen konzentrieren sich deshalb auf Aspekte, die auf der Meso- und Makroebene angesiedelt sind.

Abbildung 10: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer
Österreich, 2013



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen.

Abbildung 11: Verteilung der Krankenstandstage auf die Erkrankten
Oberösterreich, 2004



Q: Fehlzeitenreport 2007 (Leoni – Biffi – Guger, 2008).

Die Determinanten auf der Mesoebene

Die Art der beruflichen Tätigkeit und die Arbeitsplatzbedingungen können bei der Frage, wann eine Person aus dem Krankenstand in die Arbeit zurück kehren kann, eine wichtige Rolle spielen. Auch in diesem Fall wurden in Abschnitt 2.2 bereits einige der wichtigsten Zusammenhänge erwähnt, z. B. die Tatsache, dass gleiche oder ähnliche gesundheitliche Ereignisse je nach Berufsgruppe unterschiedliche Implikationen für den Krankenstand haben können. Nicht nur der Eintritt in den Krankenstand, sondern auch dessen Fortsetzung hängen darüber hinaus von tätigkeits- und organisationsbezogenen Aspekten wie (mangelnder) Ersetzbarkeit, Arbeitsplatzunsicherheit, Adjustment Latitude, Betriebsklima und Unternehmenskultur ab. Auf betrieblicher Ebene kann über das Gesundheitsmanagement bzw. das betriebliche Eingliederungsmanagement oder sonstige betriebliche Vereinbarungen und Steuerungselemente der erkrankten Person substanzielle Unterstützung bei der Rückkehr zum Arbeitsplatz geboten werden. Diese Unterstützung kann unterschiedliche Formen annehmen, wie z. B. Anpassungen in der Arbeitszeit oder in der Art der Tätigkeit.

Genauso wie im internationalen Umfeld kann auch in Österreich ein steigendes Interesse für betriebliches Eingliederungsmanagement und Gesundheitsmanagement beobachtet werden. Vor allem in größeren Unternehmen und Organisationen, beispielsweise im Bankensektor, finden sich bereits jetzt innovative Modelle zur Unterstützung der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach langem Krankenstand. Diese Ansätze sehen typischerweise bei Vorliegen eines längeren Krankenstands auch die Möglichkeit eines flexiblen Wiedereingliederungspro-

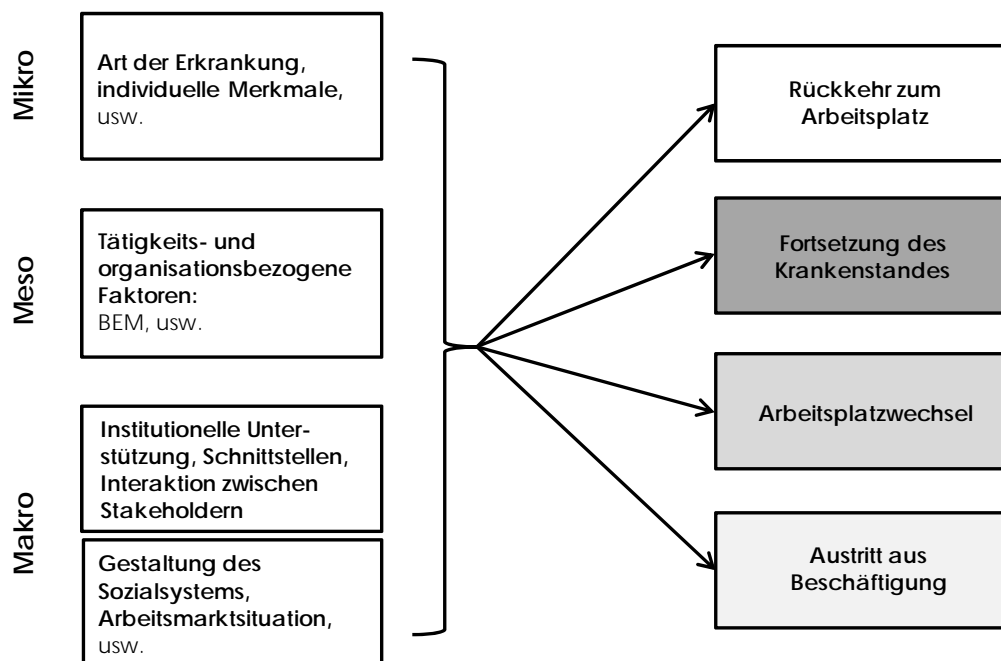
zesses vor, bei dem die betroffene Person zunächst Teilzeit arbeitet bzw. die Arbeitszeit stufenweise ausbaut. Während dieser Phase der Wiedereingliederung, die im Regelfall zeitlich begrenzt sein soll, kann ein höheres Entgelt gewährt werden, als es dem tatsächlich geleisteten Arbeitszeitausmaß entspricht. Voraussetzung für eine solche Vereinbarung ist das Vorliegen einer arbeitsmedizinischen Bestätigung bzw. Empfehlung, dass der Wiedereingliederungsprozess aus ärztlicher Sicht unbedenklich ist und befürwortet wird. Für die Zukunft könnten hierzulande, aufgrund der im internationalen Vergleich sehr hohen kollektivvertraglichen Dichte, auch überbetriebliche bzw. sektorale Vereinbarungen eine größere Rolle spielen.

Von grundsätzlicher Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen ist auch das Verhalten der Ärzte und Ärztinnen, nicht ausschließlich, aber besonders hinsichtlich der Dauer von Krankenstandsepisoden. Für Österreich sind keine Untersuchungen bekannt, in denen der Krankschreibungsprozess, seine Qualität und seine potentiellen Problembereiche näher erforscht wurden. Im internationalen Umfeld liegen vor allem für die angelsächsischen und skandinavischen Länder, insbesondere Schweden, einige Befunde vor. Aus der verfügbaren Evidenz geht klar hervor, dass der Krankschreibungsprozess aus Sicht der Ärzte eine schwierige, mit zahlreichen Herausforderungen verknüpfte Aufgabe darstellt (siehe z. B. *Löfgren et al.* 2007; *Werner et al.*, 2012; *Wheat et al.*, 2015). Diese Herausforderungen ergeben sich unter anderem aus den Erwartungen der PatientInnen und aus dem Spannungsfeld, in dem sich die ÄrztInnen befinden, die einerseits "FürsprecherInnen" ihrer PatientInnen sind und andererseits eine "Gatekeeper"-Stellung innerhalb des Sozialsystems einnehmen. Darüber hinaus sehen sich die ÄrztInnen mit Schwierigkeiten konfrontiert, wenn es darum geht, die Arbeitsfähigkeit ihrer PatientInnen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit zu bewerten. Die Komplexität des Krankschreibungsprozesses schlägt sich auch darin nieder, dass die Krankschreibungen je nach Arzt zum Teil eine signifikante Varianz in der Dauer aufweisen (*Markussen et al.*, 2011) und dass die Krankenstandsdiagnosen im Laufe der Episoden, vor allem wenn diese länger andauern, oftmals stark abgeändert werden (*Leijon et al.*, 2015). *Mannebach* (1999) geht davon aus, dass aufgrund unterschiedlicher Trends (z. B. weg von einer arztgesteuerten, hin zu einer patientengesteuerten Medizin) die Varianz im ärztlichen Handeln zunimmt.

Vor allem in den skandinavischen Ländern haben sich die Gesetzgeber verstärkt um eine bessere Einbindung der ÄrztInnen bzw. um eine bessere Abstimmung Schnittstelle zwischen Krankenkassen und ÄrztInnen in Hinblick auf die Gesundheit der Beschäftigten bemüht. In Schweden fand bereits in den frühen 2000er-Jahren eine starke Verzahnung der Krankenstands- und Invaliditätssysteme statt, ab 2003 wurden mehrere Schritte gesetzt, um die Handhabung, Verwaltung und Kontrolle von Krankheit und Invalidität zu standardisieren und einheitlichen Qualitätskriterien zu unterwerfen (*Burkhauser et al.*, 2014). 2008 führte das Land ärztliche Richtlinien für die Krankschreibung ein, die allgemeine Empfehlungen für die Handhabung des Krankenstands und diagnosespezifische Referenzwerte für dessen Dauer und Ausmaß (Teilzeit, Vollzeit) beinhalten. Diese Richtlinien haben, zusammen mit einer stärkeren Fokussierung auf Arbeitsfähigkeit und frühe Rehabilitationsmaßnahmen, einen Beitrag zur Senkung der hohen Zahl an Krankenstandstagen geleistet (*Försäkringskassan*, 2014). Die Richtlinien wurden

von den ÄrztInnen großteils positiv bewertet, vor allem in Hinblick auf die sich daraus ergebenden Erleichterungen im Umgang mit PatientInnen und den Ausbau von Kompetenzen (Skaner et al., 2011). Nilsing et al. (2012) stellten fest, dass die ÄrztInnen seit der Reform verstärkt Hinweise auf funktionale Einschränkungen und auf Frühinterventionen in die Krankenschreibungen inkludieren.

Abbildung 12: Krankenzustandsdauer und Folgen



Q: Eigene Darstellung.

Die Determinanten auf Makroebene

Wie das soeben angesprochene schwedische Beispiel verdeutlicht, können Probleme, die sich auf der Mikro- und Mesoebene ergeben, wie jene in der Beziehung zwischen den Beschäftigten bzw. PatientInnen und ihren ÄrztInnen, durch entsprechende Steuerung auf der Makroebene positiv beeinflusst werden. Vermutlich werden keine anderen Aspekte des Krankenzustandsgeschehens in ähnlich starkem Ausmaß durch die Makroebene geprägt, wie die Dauer der Krankenzustandsepisoden und die Übertrittswahrscheinlichkeiten vom Krankenstand in einen anderen Status (Rückkehr zum Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, usw.). Die wichtigsten Faktoren, die in diesem Zusammenhang erwähnt werden sollen, betreffen die institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Gestaltung des Krankenversicherungssystems und in weiterer Folge des Pensions- und Sozialsystems; aber auch Bestimmungen, welche das betrieblichen Eingliederungsmanagement, den Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Zuständigkeiten und Schnittstellen der im Wiedereingliederungsprozess involvierten Stakeholder (Unternehmen, Sozialversicherungsträger, usw.) prägen.

Die gesetzliche Gestaltung des Krankenversicherungssystems beeinflusst das Verhalten aller am Krankenstandsgeschehen Beteiligten. Empirische Untersuchungen zeigen, dass institutionelle Aspekte für die Erklärung internationaler Unterschiede im Krankenstandsniveau einen relevanten Beitrag leisten. Besonders die Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems steht immer wieder im Mittelpunkt von Untersuchungen und Reformdebatten (*Rae, 2005; Palmer, 2004*). *Drago – Wooden* (1992) stellten im Rahmen eines internationalen Vergleichs beispielsweise einen positiven Zusammenhang zwischen der Höhe des Krankengeldes und den Krankenständen fest. *Frick – Malo* (2008) zeigten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Ausgestaltung des Entgeltfortzahlungs- und Krankengeldsystems und den Krankenstandsvolumina auf, wobei sich in ihren Berechnungen die institutionellen Faktoren zwar als statistisch signifikant, aber in ihrer Bedeutung gegenüber Indikatoren, die persönliche Merkmale und Arbeitsplatzbedingungen widerspiegeln, als nachrangig herausstellten²¹). Die Ausgestaltung des Krankengeldsystems sollte jedenfalls nicht isoliert betrachtet werden, da es in einen breiteren institutionellen Rahmen eingebettet ist und unterschiedliche Bereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik kommunizierende Gefäße darstellen (*Leoni – Mahringer, 2008*).

In der jüngeren Vergangenheit haben zahlreiche Länder teils sehr ambitionierte Reformprozesse in Gang gesetzt, um frühzeitig auf gesundheitliche Probleme der Erwerbstätigen zu reagieren. Auch in Österreich wurden Schritte in diese Richtung gesetzt, vornehmlich im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes aus dem Jahr 2010 und der Änderungen der Invaliditätspension, die 2014 in Kraft traten. Langzeitkrankenstände stellen ein besonders wichtiges Aktionsfeld zur Förderung und Absicherung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit dar. Nachweislich besteht ein starker Konnex zwischen Krankenständen und permanenten Formen der Arbeitsunfähigkeit (Invalidität), vor allem lange krankheitsbedingte Fehlzeiten erhöhen das Risiko, dass Arbeitskräfte aus dem Arbeitsprozess ausscheiden (*OECD, 2010; Markussen et al., 2012*). Vereinfachend können zwei unterschiedliche Strategieansätze bzw. Strategiekomponenten unterschieden werden: Einerseits Aktivierungsbemühungen, die einen Wandel in der Handhabung von gesundheitlichen Problemen der Erwerbstätigen bewirken wollen. Der Fokus soll von der Bestimmung von Krankheit und der Absicherung durch Einkommensersatzleistungen stärker auf die Bestimmung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bzw. Teilarbeitsfähigkeit und die Rückführung zum Arbeitsplatz gelegt werden. Typische Maßnahmen, die diesen Aktivierungsgedanken im Bereich der Regelung von Krankenstand verkörpern, sind Formen von Teilarbeitsfähigkeit bzw. von stufenweiser Wiedereingliederung.

Andererseits eine Eingliederungskomponente, d. h. Unterstützung bei der Eingliederung, vor allem in Form von arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen. Hierzu gibt es eine Fülle von Beispielen.

²¹) *Frick – Malo* (2008) haben neben der „Großzügigkeit“ der Krankengeldleistungen auch die Stärke der Arbeitnehmerschutzbestimmungen (Kündigungsschutz, usw.) in ihre Untersuchung einbezogen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass institutionelle Faktoren gemeinsam im Schnitt Schwankungen von höchstens +/-3 Krankenstandstagen im Jahr erklären. *Osterkamp – Röhn* (2007), die allerdings aggregierte Daten der OECD und WHO verwendet haben, betonen die Rolle von institutionellen Faktoren etwas stärker. Allerdings sind auch ihre Ergebnisse durchaus mit jenen von *Frick – Malo* (2008) vergleichbar.

len, die unter dem aus der angelsächsischen Welt stammenden Begriff des „Disability Managements“ zusammengefasst werden können. Einige Eckpunkte charakterisieren diesen Ansatz und finden sich in allen Varianten von Eingliederungsstrategien: die zentrale Rolle von multidisziplinären Interventionen, die den unterschiedlichen gesundheitlichen Dimensionen (körperliche, psychische) aber auch den sozialen und arbeitsplatzbezogenen Aspekten Rechnung tragen; die große Bedeutung von Case Management und Koordination, sowohl der unterschiedlichen Akteure als auch der einzelnen Schritte/Phasen im Verfahren, unter Einbeziehung der erkrankten Person; und der Fokus auf den Arbeitsplatz als Ort, an dem die Maßnahmen stattfinden, und auf den Arbeitgeber, von dem zum Teil auch diese Maßnahmenangebote ausgehen sollen. Diese beiden strategischen Elemente, Aktivierung und Eingliederungsmanagement, schließen einander nicht aus, sondern sind komplementär, können ergänzt und miteinander kombiniert werden. Aktivierung bedarf in vielen Fällen zusätzlicher unterstützender Maßnahmen, gleichzeitig bildet Aktivierung einen wichtigen Bestandteil von Disability Management.

In den nordeuropäischen Ländern, die auch in der Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik international eine Vorreiterrolle innehatten, sind aktivierende Strategien während des Krankenstands und flexible Wiedereinstiegsformen besonders stark präsent. In Schweden, Dänemark und Norwegen ist die Möglichkeit, gleichzeitig Krankengeld zu beziehen und in einem bestimmten Stundenausmaß beschäftigt zu sein, bereits seit geraumer Zeit im Sozialsystem verankert und auch weit verbreitet, in Finnland ist diese Option etwas später eingeführt und anfänglich auf eine beschränktere Nutzung ausgelegt worden. Alle genannten Länder haben aber im letzten Jahrzehnt Anstrengungen unternommen, um Teilarbeitsfähigkeit als zentralen Bestandteil des Instrumentariums im Umgang mit erkrankten und verunfallten Beschäftigten zu etablieren. Empirische Studien zeigen, dass der flexible Wiedereinstieg ein wirksames Instrument sein kann, um die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit und die nachhaltige Reintegration am Arbeitsplatz zu fördern (siehe z. B. *Høgelund et al.*, 2010; *Viikari-Juntura et al.*, 2012; *Markussen et al.*, 2012). Die Ergebnisse aus den nordeuropäischen Ländern zeigen auch, dass diese flexiblen Modelle in erster Linie in Fällen von längerer Abwesenheit vom Arbeitsplatz eingesetzt werden (*Kausto et al.*, 2008). Besonders Beschäftigte mit Muskel-Skelett-Erkrankungen und solche mit psychischen Leiden sind bei der Inanspruchnahme stark vertreten. Während die günstigen Auswirkungen von Aktivierung durch eine graduelle Rückkehr zum Arbeitsplatz bei muskulo-skeletalen Beschwerden gut belegt sind, zeigen die verfügbaren Ergebnisse, dass es für die Reintegration von psychisch erkrankten Beschäftigten neben einem graduellen Wiedereinstieg auch anderer, flankierender Maßnahmen bedarf (*Høgelund et al.*, 2012).

In Hinblick auf die Wirkung von arbeitsplatzbezogenen Eingliederungsmaßnahmen und allgemein von Programmen des Disability Managements und des betrieblichen Eingliederungsmanagements auf die Krankheitsdauer ist die Evaluierungsliteratur sehr umfassend, aber auch unsystematisch und schwer überschaubar. Der Literaturüberblick von *Franche et al.* (2005) deckt zwar nicht die jüngsten Forschungsergebnisse ab, hat aber den Vorzug, dass

bei der Systematisierung und Synthese der Literatur nur jene Studien berücksichtigt wurden, die einem sehr hohen wissenschaftlichen Standard entsprechen und deren Ergebnisse tatsächlich als wissenschaftlich abgesichert betrachtet werden können. Die Review deckt nur Studien ab, die sich auf Beschäftigte im Krankenstand mit muskulo-skeletalen und anderen schmerzhaften Krankheitsbildern beziehen, auch wenn diese chronischen Charakter haben (Studien zu psychischen Erkrankungen wurden dagegen vom Überblick ausgeklammert). Die AutorInnen finden zu den folgenden arbeitsplatzbezogenen Maßnahmenkategorien wissenschaftlich abgesicherte Ergebnisse: Zur frühen Kontaktaufnahme des Arbeitgebers mit den ArbeitnehmerInnen²²⁾ und mit den Gesundheitsdienstleistern, zu Arbeitsanpassungen, zu ergonomischen Arbeitsplatzevaluierungen und zur Präsenz eines Return-to-Work-Koordinators im Eingliederungsprozess. Die Auswirkungen dieser Maßnahmen bzw. Maßnahmenkategorien sind in Übersicht 1 zusammengefasst und den unterschiedlichen Zieldimensionen zugeordnet worden.

Übersicht 1: Befunde zur Wirkung von Eingliederungsmaßnahmen

Wie eindeutig sind die Befunde der Evaluierungsstudien hinsichtlich der positiven Wirkung von Eingliederungsmaßnahmen in Bezug auf die untersuchten Ergebnisgrößen?

	Dauer der Arbeitsunfähigkeit ¹⁾	Kosten durch Arbeitsunfähigkeit ¹⁾	Lebensqualität
<i>Maßnahmen</i>			
Frühe Kontaktaufnahme zu MitarbeiterInnen	moderat	moderat	nicht eindeutig
Angebot zu Arbeitsplatzanpassungen	stark	moderat	nicht eindeutig
Austausch zwischen Arbeitgeber und Gesundheitsdienstleistern	stark	moderat	nicht eindeutig
Evaluation der Ergonomie am Arbeitsplatz	moderat	moderat	nicht eindeutig
Präsenz eines Return-to-Work-Koordinators	moderat	moderat	--

Q: WIFO-Darstellung auf Basis von *Franché et al.* (2005, Tabelle IV). – ¹⁾ Es liegen keine zureichenden Studienergebnisse vor, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu beurteilen: „Evidence for sustainability of effects beyond 1 year was insufficient or limited.“

Anema et al. (2007) führten eine randomisierte Studie mit niederländischen Beschäftigten durch und untersuchten, inwiefern Arbeitsplatzanpassungen und gradueller bzw. flexibler Wiedereinstieg, getrennt oder kombiniert, zur Genesung beitragen. Die StudienteilnehmerInnen, welche alle infolge von Rückenschmerzen bereits zwei bis sechs Wochen krankgeschrieben waren, wurden nach dem Zufallsprinzip entweder der Kontrollgruppe oder der Gruppe mit Arbeitsplatzanpassungen zugeordnet (N = 200). Letztere umfassten eine Arbeitsplatzevaluierung, gegebenenfalls Änderungen der Arbeitsaufgaben und ein Case Management, an dem alle Stakeholder beteiligt waren. Falls die betroffenen Personen nach acht Wochen im-

²²⁾ Als frühe Kontaktaufnahmen wurden solche definiert, die innerhalb der ersten drei Krankenstandsmonate erfolgten.

mer noch im Krankenstand waren, wurde in einer zweiten Stufe erneut nach dem Zufallsprinzip die Hälfte der Personen auf flexible, graduelle Wiedereingliederung umgestuft (N = 100). Die Autoren untersuchten die Unterschiede zwischen den Gruppen in Hinblick auf nachhaltige Rückkehr zum Arbeitsplatz, Schmerzintensität und funktionalen Status über eine Periode von einem Jahr. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitsplatzanpassungen den Wiedereinstieg in die Arbeit deutlich beschleunigen und auch die nachhaltige Wiedereingliederung fördern können. Stufenweise Wiedereingliederung hatte dagegen den Effekt einer Verlängerung der Krankheitsdauer. Auch der Effekt des graduellen Wiedereinstiegs auf die Wiedererlangung der vollen Funktionalität war negativ, wobei zu bedenken ist, dass in diesem Studiendesign eine Untergruppe von Erkrankten mit flexiblem Wiedereinstieg behandelt wurde, bei der bereits andere Eingliederungsmaßnahmen die gewünschte Wirkung verfehlt hatten.

3. Überblick der in Österreich vorhandenen Daten

Dieses Kapitel dient dazu, einen Überblick der Datenquellen zu geben, die in Österreich zu den bisher skizzierten Wirkungszusammenhängen rund um den Krankenstand Auskunft geben und als Ausgangsbasis für Forschung, Evaluierung, Monitoring und gesundheitspolitische Intervention dienen können. Abgesehen von den Datenbeständen mit Krankenstandinformationen bedarf es weiterer Datenquellen, um die Ursachen, die beeinflussenden Faktoren und die Folgen des Krankenstandgeschehens abzubilden. Neben Informationen zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sind unter anderem Daten zur Beschreibung der Arbeitsplatzbedingungen, der individuellen Lebensumstände, der Erwerbskarrieren sowie Datenquellen hilfreich, die über Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention Auskunft geben. Im nachfolgenden Überblick wird die Vielzahl an – für Österreich relevanten – Datenbeständen in drei Kategorien gegliedert, die sich vor allem nach der Art und Grundlage des Datengenerierungsprozesses unterscheiden: Administrative Daten, standardisierte Surveys sowie Erhebungsdaten aus Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeitsplatzevaluierung.

Vorausschickend ist anzumerken, dass je nach Zielsetzung (Forschung, Evaluierung, Monitoring, gesundheitspolitische Intervention) unterschiedliche Datengrundlagen notwendig oder besonders zweckmäßig sein können. Querschnittsdaten, die in regelmäßigen Intervallen erhoben werden, aber nur einen einmaligen "Schnappschuss" der jeweilig untersuchten Bevölkerung aufzeichnen, können für Bedarfsanalysen, Monitoring und die Feststellung von Trends vollkommen ausreichend sein. Für die Untersuchung von Wirkungszusammenhängen und die Bestimmung von kausalen Beziehungen sind allerdings in den meisten Fällen Längsschnittbetrachtungen notwendig²³). Längsschnittdaten spielen bei der Erforschung von ge-

²³) Auf der Grundlage von Querschnitterhebungen können keine eindeutigen kausalen Zusammenhänge (Ursache und Wirkung) abgeleitet, sondern nur Korrelationen (Beziehungen) zwischen bestimmten Größen festgestellt werden. Um eine kausale Beziehung zwischen zwei Größen zu bestimmen, sind Daten erforderlich, in denen dieselben Probanden über einen längeren Zeitraum beobachtet werden und somit wiederholte Messungen durchgeführt werden

sundheitlichen Fragestellungen eine besonders wichtige Rolle, da für gesundheitliche Veränderungen oft das gleichzeitige Auftreten von mehrfachen (mit)beeinflussenden Faktoren von zentraler Bedeutung ist. In Querschnittsbetrachtungen können multiple Faktoren und Einwirkungskanäle nicht beobachtet bzw. nicht eindeutig voneinander abgegrenzt werden. Der nachfolgende Datenüberblick soll allerdings nicht den Eindruck erwecken, dass einzig quantitative empirische Analysen zu einem verbesserten Verständnis und einer evidenzbasierten Intervention im Bereich des Krankenstands und der Gesundheitsförderung führen können. Qualitative Forschungsmethoden, wie beispielsweise interpretative oder hermeneutische Methoden anhand von leitfadengestützten Interviews, können Aspekte und Zusammenhänge hervorheben, die beim Einsatz von quantitativen Methoden unterbelichtet oder verborgen bleiben. Ähnliches gilt für ExpertInnenbefragungen, die vor allem für die Bestimmung von best practices und die Ableitung von politischen Handlungsempfehlungen große Bedeutung haben.

Administrative Daten

Administrative Daten, d. h. solche, die im Zuge von Verwaltungsvorgängen, z. B. der Sozialversicherung, erhoben werden, sind aus mehreren Gründen von großer Bedeutung. Die Erhebung solcher Daten geht vorwiegend auf die Ausführung von Gesetzen und Vorschriften zurück, weshalb administrative Daten oft Vollerhebungen darstellen und auf objektiven Erfassungskriterien basieren. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass administrative Daten aus z. T. unterschiedlichen Quellen unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen anhand eindeutiger personenbezogener Merkmale (z. B. der Sozialversicherungsnummer) auf individueller Ebene miteinander verknüpft werden können. Wie in anderen Ländern mit einem stark ausgebauten, nach dem Versicherungsprinzip organisierten Sozialschutzsystem, ist der Datenbestand für solche Verknüpfungen und Verschränkungen auch in Österreich besonders groß. Eine entscheidende Einschränkung bzw. ein Nachteil administrativer Daten rührt allerdings daher, dass es sich dabei um Informationen handelt, die nicht mit Blick auf eine bestimmte Forschungsfrage oder gesundheitspolitische Fragestellung zusammengetragen wurden, sondern ausschließlich einer administrativen Logik folgen. Die Sozialversicherungsträger erheben beispielsweise Informationen, die zur Feststellung von Leistungsansprüchen und zur Berechnung der Leistungshöhe zweckmäßig bzw. notwendig sind.

Die **Krankenstandsdaten**, welche von den Krankenversicherungsträgern erfasst und in aggregierter Form vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in der *Krankenstandsstatistik* veröffentlicht werden, sind die wichtigste Informationsquelle zum Krankenstandsgeschehen und bilden die Datengrundlage des Fehlzeitenreports. Eine Beschreibung dieser aggregierten Statistik findet sich in Abschnitt 1.1 des Fehlzeitenreports (siehe z. B. *Leoni*, 2014). Die Krankenstandsstatistik des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten.

können. Eine weitere Möglichkeit der Bestimmung kausaler Zusammenhänge ist durch Feldexperimente gegeben, d. h. durch das Sicherstellen einer zufallsgenerierten Verteilung der untersuchten Zielvariablen.

Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Diese Lücke wird zumindest teilweise von regelmäßig erscheinenden Publikationen des Bundes gefüllt. Das Bundeskanzleramt hat für das Jahr 2012 eine detaillierte Auswertung der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst veröffentlicht (*Bundeskanzleramt, 2013*). Darüber hinaus gibt auch der jährlich erscheinende Bericht zum "Personal des Bundes" einen kurzen Überblick zur Krankenstandsentwicklung der Bundesbediensteten (*Bundeskanzleramt, 2014*). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings in diesen Datenquellen nicht enthalten.

Hinter den zusammenfassenden Tabellen der *Krankenstandsstatistik* stehen Individualdaten, die in pseudonymisierter Form zumindest von einer Gebietskrankenkasse (die OÖGKK) bereits für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt wurden (siehe z. B. die Fehlzeitenreports 2009 und 2010). Diese Daten beinhalten personenbezogene Informationen zu Beginn und Ende der Krankschreibung sowie zur medizinischen Ursache des Krankenstands, in Form einer Diagnose, die nach ICD10 kodiert ist. Die Daten zum Krankenstandsgeschehen können somit, sofern datenschutzrechtliche Bedingungen erfüllt sind, mit anderen Sozialversicherungsdaten verknüpft werden. Eine wichtige Datenbasis in Hinblick auf solche Verknüpfungen ist die **Arbeitsmarktdatenbank**, die gemeinsam durch das Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) und das Sozialministerium auf der Grundlage von Rohdaten des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger erstellt wird. Diese Datenbank beinhaltet pseudonymisierte personenbezogene und betriebsbezogene Informationen zum Arbeitsmarktgeschehen, wie zum Beispiel Erwerbs- und Arbeitslosigkeitsepisoden, Zeiten außerhalb des Erwerbssystems etc. Auf derselben Datengrundlage basiert WIFO-INDIDV, ein durch das Institut erstelltes und mittels eines Bereinigungs- und Aufbereitungsverfahrens gepflegtes, flexibles und relationales Datensatzgefüge. Diese Daten beinhalten neben zahlreichen Ausprägungen zur Erwerbshistorie und zur Beschäftigungssituation der in Österreich Erwerbstätigen auch Charakteristika der Dienstgeberbetriebe, die zum Teil bereits als solche vorliegen (z.B. deren Wirtschaftsbereich) und zum Teil aus den Daten generiert werden, wie etwa das Merkmal Betriebsgröße und Indikatoren zur Zusammensetzung der Belegschaft²⁴).

Die Verknüpfung von Arbeitsmarkt- und Krankenstandsdaten auf Individualdatenbasis ermöglicht es, den Zusammenhang zwischen der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten und ihren Erwerbskarrieren zu beleuchten und zu analysieren. Grundsätzlich können diese Daten auch mit weiteren Informationen angereichert werden, die mit dem Krankenstandsgeschehen in unmittelbarer Verbindung stehen, wie beispielsweise mit Angaben zu Kuraufenthalten und zu beruflichen sowie medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Auch Informationen zu Maßnahmen und **Interventionen im Rahmen von Fit2Work** und des Arbeits- und Gesundheitsgesetzes hängen unmittelbar mit dem Krankenstandsgeschehen zusammen und sind mit den

²⁴) Die zentralen Schritte zur Aufbereitung der Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger behandelt *Schöberl (2004)*. Darüber hinausgehende Bereinigungen und Aufbereitungen werden im Anhang von *Lutz – Mahringer – Pöschl (2005)* erläutert.

restlichen Arbeitsmarktdaten verknüpfbar. Sowohl die gesetzlich vorgeschriebene Kontaktaufnahme der Krankenversicherungsträger mit Personen, die im Laufe eines Jahres mehr als 40 Krankenstandstage aufweisen, als auch in der Folge durchgeführte Maßnahmen werden verzeichnet. Diese Informationen können für Evaluierungszwecke von besonderer Bedeutung und dabei behilflich sein, die Effektivität von Beratungs-, Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen in Bezug auf Ergebnisgrößen wie Krankenstandshäufigkeit, Beschäftigungsverlauf und Einkommen zu prüfen. Ähnliches gilt auch für Informationen zum **Unfallgeschehen**. Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), die fast 90% der unfallversicherten unselbstständig Beschäftigten abdeckt, erhebt laufend vielzählige Informationen zu den anerkannten Arbeitsunfällen. Neben den Ursachen und Begebenheiten rund um den Arbeitsunfall (z. B. Art der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt, Art der Verletzung, usw.) erhebt die AUVA auch die Leistungen, die den Unfallopfern zugutekommen, sowie die Unfallfolgekosten. Ähnliche Daten werden auch von den anderen drei Unfallversicherungsträgern (SVA, BVA und VAEB) erhoben.

Der Krankenstand ist zwar ein für die Arbeitswelt besonders wichtiger Morbiditätsindikator, er spiegelt allerdings die gesundheitliche Situation der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter insgesamt nur sehr partiell wider. Um ein vollständigeres Bild der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung zu erhalten, kann es zweckmäßig sein, weitreichendere gesundheitsbezogene Daten in die Betrachtung zu inkludieren. Die Krankenversicherungsträger besitzen aufgrund der **Abrechnungsdaten** von Leistungen sehr umfangreiche personenbezogene Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitssystem. Dazu zählen stationäre Aufenthalte, Heilmittelkonsum und alle Leistungen, die über Vertragsärzte abgerechnet werden. Diese Informationen können, vor allem in gebündelter Form, ein sehr detailliertes Bild der Gesundheitsversorgung und dadurch indirekt auch der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung geben. Solche verknüpften Datensätze wurden bereits mehrfach erfolgreich in wissenschaftlichen Untersuchungen eingesetzt (siehe z. B. *Kuhn et al.*, 2009 und *Boone et al.*, 2011). Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger hat in den jüngsten Jahren mit **GAP-DRG** (General Approach for Patient-oriented Outpatient-based Diagnoses Related Groups) eine Datenbank bereitgestellt, die erstmals Abrechnungsdaten von Leistungen aller österreichischen Sozialversicherungsträger beinhaltet. Dieses Datenprojekt ermöglicht die Simulation von unterschiedlichsten epidemiologischen und gesundheitsökonomischen Fragestellungen. *Endel et al.* (2012) heben hervor, dass die GAP-DRG-Daten die Beantwortung von bisher nicht untersuchten Fragestellungen ermöglichen, etwa zur Häufigkeit von Begleiterkrankungen und zum Ausmaß der regionalen Variabilität der Versorgung. Weitere Forschungsergebnisse auf Basis der GAP-DRG-Daten finden sich beispielsweise in *Gall et al.* (2012) bzw. *Gall et al.* (2013). Darüber hinaus werden in Österreich auf administrativer Ebene zahlreiche andere gesundheitsbezogene Daten erhoben, die wertvolle Einblicke in die gesundheitliche Situation und die Entwicklung von gesundheitlichen Trends innerhalb der österreichischen Bevölkerung geben können. Diese Daten können für weiterführende Analysen herangezogen werden, z. B. um längerfristige Zusammenhänge zwischen Krankenständen und dem Gesundheitszustand zu beleuchten. Zu diesen Daten zählen unter anderem die medizinischen Merkmale der Ge-

burtenstatistik, die gesundheitsbezogenen Daten der Stellungspflichtigen sowie die Spitalsentlassungsstatistik.

Standardisierte Surveys

Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene werden mehrere stichprobenbasierte, standardisierte Umfragen durchgeführt, die empirische Beobachtungen zu den Wirkungszusammenhängen rund um den Krankenstand liefern können. Diese Erhebungen unterscheiden sich in Bezug auf ihre Stärken und Schwächen bzw. ihre Vor- und Nachteile deutlich von den soeben erwähnten administrativen Datenquellen und können diese ergänzen. Anders als administrative Daten sind Stichprobenerhebungen eigens zur Informationsbeschaffung für wissenschaftliche Untersuchungen und als Basis für die sachliche Fundierung des öffentlichen Diskurses und die Formulierung von Handlungsempfehlungen konzipiert. Sie basieren auf Fragebögen, die auf der Grundlage von theoretisch fundierten Überlegungen entworfen wurden und anhand zahlreicher Fragestellungen eine große Anzahl an Dimensionen, Merkmalen und Facetten der untersuchten Thematiken abzubilden versuchen. Diese Surveys finden in regelmäßigen, zum Teil kurzen Intervallen statt und in vielen Fällen ermöglicht eine international standardisierte und koordinierte Erhebungsmethodik auch internationale Vergleiche. Anders als administrative Daten, die in der Regel über durchgehende Zeiträume verfügbar sind, liefern die meisten Surveys jedoch nur Querschnittsbetrachtungen und erzeugen keine lückenlosen Zeitreihen.

Die beschränkte Zahl an Beobachtungen in Stichprobenumfragen führt zudem dazu, dass bei der Analyse von Teilgruppen und spezifischen Fragestellungen unter Umständen sehr schnell die Grenzen der statistischen Aussagekraft erreicht werden. Aufgrund ihres subjektiven Charakters sind die in Stichprobenumfragen enthaltenen Angaben das Abbild einer Selbsteinschätzung, während administrative Daten in einem objektiven oder zumindest objektiveren Datengenerierungsprozess erhoben werden. So ist beispielsweise die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage, welche in Umfragen ermittelt wird, deutlich niedriger als jene, die von den Krankenversicherungsträgern dokumentiert wird²⁵). Andererseits kann durch die individuelle Befragung und das Festhalten von subjektiven Einschätzungen und Wahrnehmungen in vielen Fällen auch zusätzliche, wertvolle Information ermittelt werden. Bestimmte Aspekte, wie die Häufigkeit von Präsentismus, die Unternehmenskultur am Arbeitsplatz oder die Zufriedenheit der Beschäftigten, können ausschließlich anhand persönlicher Befragungen ermittelt werden und fehlen in administrativen Daten. In den folgenden Abschnitten wird ein Überblick der wichtigsten Surveys zu den Themenfeldern Arbeitsmarkt und Gesundheit gegeben.

Eine der wichtigsten statistischen Grundlagen für sozialwissenschaftliche Fragestellungen und insbesondere für die Beobachtung und Analyse von Entwicklungen am Arbeitsmarkt und in

²⁵) Diese Untererfassung geht allerdings nicht nur auf die Ungenauigkeit oder Verzerrung durch die subjektive Wahrnehmung zurück. Auch Selektionseffekte bei der Stichprobenszusammensetzung spielen eine Rolle, da z. B. in Umfragen Personen mit sehr langen Krankenstandsepisoden, wie jene die aufgrund ihrer Krankheit stationär versorgt werden oder gar zwischenzeitlich verstorben sind, untererfasst sind.

der Arbeitswelt ist die **Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung**. Der Mikrozensus umfasst zahlreiche Grundinformationen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der österreichischen Wohnbevölkerung. Pro Quartal werden in Österreich rund 22.500 Haushalte befragt, wobei sich die im Mikrozensus integrierte Arbeitskräfteerhebung (AKE) vor allem auf Themen im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit konzentriert. Der Krankenstand wird in der AKE nur indirekt erhoben²⁶⁾ und auch sonst erfasst das Standardprogramm der Befragung keine gesundheitlichen Informationen der befragten Personen und nur wenige Angaben zur Beschreibung des Arbeitsplatzes und der Arbeitstätigkeit. Allerdings wird die AKE laufend um ad-hoc-Module zu unterschiedlichen Themen ergänzt, die sich im Abstand von mehreren Jahren wiederholen. Einige dieser Module sind für die hier angesprochenen Fragestellungen von besonderer Bedeutung: Das betrifft insbesondere die ad-hoc-Module „Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung“ (erhoben 2004 und 2015), „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ (erhoben 2002 und 2011) sowie „Arbeitsunfälle und arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme“ (2007 und 2013). Ein Vorzug des Mikrozensus besteht darin, dass die Stichprobe eine partielle Rotation vollzieht, wodurch jeder Haushalt vier Jahre in der Stichprobe bleibt. Das ermöglicht, wenn auch nur in begrenztem Ausmaß, Analysen, die über die Querschnittsdimension hinaus gehen. Zusätzlich sind die Mikrozensusdaten über pseudonymisierte Sozialversicherungsnummern mit administrativen Daten verknüpfbar, eine Möglichkeit, die bereits für Studien zu unterschiedlichen Themen (siehe z. B. die von Statistik Austria im Auftrag des Rechnungshofes erstellten Einkommensberichte) genutzt wurde.

Eine weitaus weniger umfangreiche, aber für die Beschreibung der Arbeitswelt und ihrer gesundheitlichen Dimension interessante Datenbasis, ist der **European Working Conditions Survey (EWCS)**. Diese Umfrage wird seit 1990 in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren gleichzeitig in allen Mitgliedstaaten der EU durchgeführt. Der Survey 2015 befindet sich noch in der Erhebungs- bzw. Feldphase, die ersten Ergebnisse sollen aber bereits zu Jahresende erscheinen. In jeder Welle werden in Österreich (und in den meisten anderen Ländern) etwa 1.000 Beschäftigte befragt. Das Ziel des EWCS besteht darin, einen Überblick über den Stand und die Entwicklung der Arbeitsbedingungen in der EU zu geben. Neben einem Gesamtbild der sich dynamisch verändernden Arbeitswelt wird anhand gezielter Fragen die subjektive Wahrnehmung von gesundheitlichen Folgen der beruflichen Tätigkeit ermittelt. Neben dem Krankenstand wird auch das Phänomen des Präsentismus erhoben, sowie zahlreiche Einschätzungen zu Aspekten der Organisationskultur. Das Pendant zum EWCS ist auf der Unternehmensseite der **European Company Survey (ECS)**. Der ECS wird alle vier Jahre durchgeführt, Erhebungen fanden 2004, 2009 und 2013 statt. Im Vordergrund dieser Erhebung steht die Gewin-

²⁶⁾ Die Beschäftigten sind aufgefordert, anzugeben, ob sie in der Referenzwoche weniger als ihre Normalarbeitszeit geleistet haben. Falls das so ist, wird nach der Ursache der Abwesenheit vom Arbeitsplatz gefragt und unter den verschiedenen Möglichkeiten auch Krankheit oder Unfall als Grund angeführt. Durch diese Information lässt sich ein Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten (d. h. die Häufigkeit von Krankenstandsfällen) konstruieren, die Zahl der Krankenstandstage wird aber nur unvollständig abgebildet (weil nur Abwesenheiten in der Referenzwoche erfasst werden und die Länge der Krankenstandsepisode dadurch statistisch auf eine Woche begrenzt ist).

nung von Daten und Informationen, welche es ermöglichen, die Strukturen hinsichtlich der Arbeitsbeziehungen und sozialen Praktiken in Unternehmen besser zu vergleichen. Im aktuellen Survey (2013) wird verstärkt auf Fragestellungen in Bezug auf die Arbeitsplatzorganisation sowie die Teilhabe und die Integration von Beschäftigten in Unternehmensabläufe eingegangen. Interviews werden in Industrie- und Dienstleistungsunternehmen sowohl auf der Beschäftigten-, als auch auf der Managementebene durchgeführt. Auf diese Weise kommen pro EU-Land zwischen 300 und 1.650 Interviews zu Stande. Das von der OECD initiierte *Programme for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC)* widmet sich der Erhebung von international vergleichbaren Daten zu den Lese-, Alltags- und Problemlösungskompetenzen der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter.²⁷⁾ Die PIAAC Daten sind im Zusammenhang mit dem Krankenstand von Interesse, weil neben detaillierter Information zur Qualifikation und den Kompetenzen der befragten Personen sowie zur Art der ausgeübten Tätigkeit auch eine Selbsteinschätzung des gesundheitlichen Zustands darin enthalten ist.

Der *Österreichische Arbeitsklimaindex (AKI)* und der *Arbeitsgesundheitsmonitor (AGM)* erfassen in jedem Quartal eine repräsentative Stichprobe (etwa 1.000 Befragte) von unselbständig Beschäftigten (und Arbeitslosen). 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, wie z. B. eine Beschreibung der Arbeitszeitregelung und eine Bewertung der Zufriedenheit mit dem Führungsstil im Unternehmen. Der Arbeitsgesundheitsmonitor ermittelt die subjektive gesundheitliche Befindlichkeit der unselbständig Beschäftigten. Die Befragten geben Auskunft über ihre gesundheitliche Situation und über ihr gesundheitsrelevantes Verhalten (Sport, Ernährung, usw.). Von besonderem Interesse ist die Tatsache, dass im AGM Informationen zur Gesundheitsförderung im Betrieb und zum Krankenstands- und Präsentismusverhalten der Beschäftigten enthalten sind. Die AKI/AGM-Daten, welche miteinander, aber nicht mit anderen Daten verknüpft werden können, stehen anders als die restlichen hier beschriebenen Surveys der Forschungscommunity nicht in Individualdatenform zur Verfügung, konnten aber bereits für wissenschaftliche Untersuchungen eingesetzt werden (siehe *Leoni, 2012*).

Bei dem *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)* handelt es sich um eine internationale Langzeitstudie, die als Grundlage zur Altersforschung dienen soll.²⁸⁾ Seit 2004 wurden in regelmäßigen Abständen SHARE-Surveys durchgeführt, die letzte und fünfte Welle des Projekts ist im Mai 2015 erschienen. Die von SHARE gesammelten Daten beinhalten gesundheitsspezifische Messgrößen (z.B. subjektive und objektive Gesundheit, Gesundheitsversorgung), psychologische Faktoren (z.B. Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit), ökonomische Faktoren (z.B. derzeitiger Beruf, Merkmale des Berufes) und Messgrößen zu sozialer Unterstützung (z.B. soziale Netzwerke). Die SHARE-Datenbasis bezieht sich auf die Über-50-Jährigen und

²⁷⁾ 24 Länder, darunter Österreich, haben sich an der ersten PIAAC Erhebung beteiligt, die 2012 statt fand.

²⁸⁾ Die Zahl der teilnehmenden Länder ist im Laufe der Zeit auf 20 europäische Länder plus Israel gestiegen.

somit nur auf einen Teil der Bevölkerung. Ein entscheidender Vorteil von SHARE ist die longitudinale Dimension der Datenerhebung, die eine Bestimmung von kausalen Zusammenhängen ermöglicht und bereits zu unzähligen wissenschaftlichen Publikationen auf Basis dieser Erhebung geführt hat. Einem ähnlichen Konzept wie SHARE entspringt der ***Gender and Generations Survey (GGS)***, bei dem es sich ebenfalls um eine international vergleichende Paneluntersuchung handelt. Anders als SHARE konzentriert sich der GGS auf die Altersgruppen der 18- bis 44-Jährigen („fertile Alterskohorten“). Ziel des Surveys ist es, Anhaltspunkte für die Familien- und Sozialpolitik zu erhalten, weshalb Fragen zur Lebensplanung, zur Haushaltssituation und zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie einen besonderen Stellenwert einnehmen. Gesundheitliche Fragen sind zwar auch hier Teil der Erhebung, ihnen kommt aber nicht die gleiche Bedeutung wie in SHARE zu.

Schließlich können an dieser Stelle noch Surveys erwähnt werden, die spezifisch auf die Darstellung des Gesundheitszustands und der gesundheitlichen Entwicklungen der Bevölkerung abzielen. Die wichtigste Erhebung ist in dieser Hinsicht der European Health Interview Survey (EHIS) bzw. die dazu gehörende ***Österreichische Gesundheitsbefragung (AT-HIS)***. Die erste Welle dieser Gesundheitsbefragung fand in Österreich 2006/2007 statt, während die Feldphase der zweiten Welle gerade erst zu Ende gegangen ist. Zielgruppe dieser Erhebung sind Personen im Alter von mindestens 15 Jahren in privaten Haushalten. In Österreich werden 15.000 Personen befragt. Der Survey umfasst die vier Module Gesundheitszustand, gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsdeterminanten und sozioökonomische Hintergrundvariablen. Ziel des Surveys ist es, Trends im Gesundheitszustand und in der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung aufzuzeigen, um die Ableitung von Präventionsprogrammen und die Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu ermöglichen.

Daten aus Maßnahmen der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung

Neben administrativen Daten und den bereits erwähnten, standardisierten Surveys gibt es eine weitere Kategorie an Daten, die für die Beobachtung und Analyse des Krankenstands und der gesundheitlichen Dimension der Arbeitswelt von Relevanz sein kann. Es handelt sich dabei um Informationen, die im Rahmen von BGF-Maßnahmen sowie von Arbeitsplatzevaluierungen und anhand von unterschiedlichen Erhebungstools – vielfach handelt es sich dabei um Fragebögen – direkt in den Unternehmen bzw. bei den Beschäftigten erhoben werden. In Österreich finden, unter anderem im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation, laufend unzählige MitarbeiterInnenbefragungen statt, die der Analyse der Ausgangssituation im Betrieb, der Bestimmung von BGF-Maßnahmen oder auch der Dokumentation von Veränderungen und der Messung von Effekten dienen. Der Großteil dieser Erhebungen verläuft dezentral, die erhobenen Daten fließen in das spezifische Projekt ein, sie sind jedoch in den allermeisten Fällen nicht oder nur bedingt für weiterführende Analysen verfügbar.

Ähnliches gilt auch für die Fülle an Informationen, die im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsplatzevaluierung erhoben werden. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG §§ 4 und 5 sowie weiterführende Bestimmungen) und eine Reihe anderer Gesetze

verpflichten ArbeitgeberInnen, die für die Sicherheit und Gesundheit der ArbeitnehmerInnen bestehenden Gefahren im Betrieb zu ermitteln, zu beurteilen und auf dieser Grundlage Maßnahmen zur Gefahrenverhütung festzulegen. Die Arbeitsplatzevaluierung umfasst auch die Dokumentation der ermittelten Belastungen und der gesetzten Maßnahmen sowie die Überprüfung und ggf. Anpassung dieser Maßnahmen. Seit der Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes, die im Jänner 2013 in Kraft trat, sollen in der Evaluierung sowohl die physischen als auch vermehrt die psychischen arbeitsbedingten Belastungen berücksichtigt werden, die zu Fehlbeanspruchungen führen.

Diese Daten könnten grundsätzlich von großer Bedeutung sein, weil sie einen Einblick in die Betriebe, die tätigkeits- und organisationsbedingten Arbeitsplatzbedingungen und die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung gewähren. Sie können Aspekte beleuchten, die in den administrativen Daten fehlen und auch in den bereits erwähnten Surveys nicht in diesem Detailgrad abgebildet werden. Die tatsächliche Nützlichkeit dieser Daten für Forschungszwecke oder als Grundlage von umfassenden gesundheitspolitischen Interventionen lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nur abschätzen, da die Daten nicht laufend publiziert werden und ihr Umfang sowie ihre Verfügbarkeit nur teilweise dokumentiert sind. Im Allgemeinen sollten – zumindest bei Betrachtung des Status Quo – die Erwartungen hinsichtlich der Verwendbarkeit dieser Daten jedoch aus mehreren Gründen nicht zu hoch gesteckt werden. Eine Einschränkung besteht dahingehend, dass die meisten angesprochenen Daten zwar auf der Basis von standardisierten, wissenschaftlich konstruierten Fragebögen oder anderer Instrumente erhoben, aber nicht systematisch in (zentralen) Datenbanken erfasst werden.²⁹ Die Vielzahl an Erhebungsinstrumenten und an methodischen Zugängen verleiht den Datenbeständen eine große Heterogenität.

Darüber hinaus decken diese Erhebungen in den meisten Fällen jeweils nur einen sehr kleinen Ausschnitt der Grundgesamtheit (Unternehmen bzw. Beschäftigte) ab und sind nicht repräsentativ. Selektionseffekte, die dadurch entstehen, dass die Teilnahme eines Unternehmens oder auch einzelner Beschäftigter an einer Maßnahme oder Evaluierung nicht zufällig ist, können die Ableitung von allgemeingültigen Schlussfolgerungen aus solchen Daten z. T. stark einschränken. Ein weiterer Aspekt, der über die Einsetzbarkeit dieser Daten für weiterführende Forschung entscheidet, ist die Frage, inwiefern bestehende Daten mit Informationen aus anderen Datenquellen verknüpft werden können. Für zahlreiche Fragestellungen sind Vergleiche zwischen Unternehmen oder (Gruppen) von Beschäftigten sowie Beobachtungen über längere Zeiträume von Bedeutung. Eine wissenschaftliche Evaluierung von BGF-Maßnahmen beispielsweise setzt voraus, dass Unternehmen bzw. Personen, die sich der Maßnahme unterzogen haben, mit Kontrollgruppen verglichen werden, die nicht an der Maßnahme teilnah-

²⁹⁾ Es gibt eine zentrale Datenspeicherung, die im Namen des Netzwerks BGF von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) umgesetzt wird. Allerdings wird diese zentrale Datensammlungsmöglichkeit von den einzelnen Trägern sehr unterschiedlich in Anspruch genommen, nicht zuletzt weil die eingesetzten Fragebögen und Erhebungsinstrumente sehr heterogen sind. Der Datenfundus der OÖGKK deckt SALSA- und BGF-Kompass-Daten ab, einzelne Bundesländer haben dieses Fragebogenangebot aber stärker genutzt als andere, weshalb sich daraus kein bundesweit repräsentatives Bild der Verbreitung von BGF ableiten lässt.

men. Die Frage, inwiefern bereits gesammelte Daten aus BGF-Projekten und Evaluierungsmaßnahmen mit anderen Datenbanken verknüpft werden können, lässt sich aber nicht einfach beantworten und die Umsetzung dürfte in vielen Fällen aus praktischen und z. T. auch datenschutzrechtlichen Gründen nicht einfach sein.

Wichtige bzw. weit verbreitete Erhebungsinstrumente, die im Rahmen von BGF-Maßnahmen und Evaluierungsprozessen eingesetzt werden, sind unter anderem **SALSA**, **BGF-Kompass**, **FE-GA**, **KFZA** und **ABI** bzw. **ABI-Plus**³⁰⁾. Diese Fragebögen, die von den unterschiedlichen Institutionen und Projektträgern eingesetzt werden, ermitteln reichhaltige Informationen zur Beschaffenheit der Arbeitsplätze, zu den Arbeitsplatzbelastungen, den Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie des ArbeitnehmerInnenschutzes, und vieles mehr. Allerdings ist ihre unmittelbare Nützlichkeit für Forschungsvorhaben und gesundheitspolitische Analysen aus den oben genannten Gründen und insbesondere infolge ihrer großen Heterogenität und Fragmentierung beschränkt. Seit einiger Zeit werden vonseiten der Stakeholder der Gesundheitspolitik vermehrt Bemühungen unternommen, um im Bereich der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung einen höheren Grad an Systematisierung und Standardisierung zu erreichen. Diese Bemühungen dienen der Qualitätssicherung und Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung, sowie der Schaffung einer besseren Basis für Wirkungsanalysen. Vor allem in einer mittelfristigen Perspektive können dadurch umfassendere und für Forschungszwecke geeignetere Datengrundlagen geschaffen werden. An dieser Stelle können im genannten Zusammenhang drei konkrete Projekte erwähnt werden: das „BGF-Gütesiegel“, das „universelle Befragungstool“ und das auf Klein- und Kleinstbetriebe ausgerichtete „BGFvote“.

Das **BGF-Gütesiegel** ist Teil eines mehrstufigen Modells, das vom Österreichischen Netzwerk BGF (ÖNBGF) in Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich entwickelt wurde, um einen einheitlichen Standard und bestimmte Qualitätsmerkmale qualitative Merkmale von BGF zu gewährleisten (*Kiesewetter – Hirtenlehner*, 2008). Das Gütesiegel, das für eine Laufzeit von jeweils drei Jahren verliehen wird, gibt zu erkennen, dass das betreffende Unternehmen

³⁰⁾ Der Fragebogen SALSA (salutogenetische subjektive Arbeitsanalyse) ist bereits in den 1990er-Jahren entwickelt worden und besteht aus einer Reihe von Items zu den Bereichen Arbeit und Betrieb sowie Gesundheit und Krankheit. Der Schwerpunkt von SALSA liegt auf den Arbeitsbedingungen und den Schutzfaktoren der Arbeit, die dazu beitragen, dass Beschäftigte ihre Gesundheit trotz Belastungen aufrechterhalten und wiederherstellen können. Der Fragebogen „BGF-Kompass“, der von der OÖGKK entwickelt wurde, stellt eine Weiterentwicklung des SALSA-Fragebogens dar. Die Grundausrichtung des „BGF-Kompasses“ ist nach wie vor salutogenetisch und subjektiv, was bedeutet, dass sowohl personen- als auch organisationsbezogene Ressourcenpotentiale sowie Belastungsfaktoren als individuell wahrgenommene Aspekte erfasst werden. Der Fragebogen beleuchtet auch Dimensionen, die von BGF-Projekten erfasst, aber nicht in SALSA abdeckt werden. Auch beim Erhebungsinstrument FEGA steht eine salutogenetische Sichtweise im Vordergrund. Der Fragebogen, der im Rahmen von BGF-Projekten der VAEB eingesetzt wird, setzt sich aus mehreren Skalen zusammen und basiert auf Erkenntnissen und Konzepten der Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie (Belastungs-Beanspruchungs-Konzept, Demand-Control-Modell, Effort-Reward-Imbalance-Modell, etc.). Der ABI (Arbeitsbewältigungsindex) wurde in den 1980er Jahren von einem interdisziplinären Team am Finnish Institute of Occupational Health entwickelt und dient der Beurteilung der individuellen Arbeitsfähigkeit einer Person (*Ilmarinen*, 2009). Der ABI Plus (Arbeitsbewältigungsindex Plus) baut auf dem ABI auf und erweitert diesen um die Aspekte von Werten, Kompetenz und Arbeitsbedingungen. Der Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) ist ein arbeitspsychologischer Fragebogen und dient der Verhältnisprävention, indem positive und negative Einflüsse der Arbeits- und Organisationsstruktur in Bezug auf das Vorliegen psychischer Belastungen erfasst werden.

bereits BGF in den Regelbetrieb integriert bzw. kürzlich ein BGF-Projekt abgeschlossen hat und dessen Implementierung in den Arbeitsalltag anstrebt. Die von den Unternehmen gestellten Anträge zum BGF-Siegel liefern potentiell eine interessante Datengrundlage, vor allem für die Entwicklung von BGF-Maßnahmen und gesundheitspolitischen Interventionen. Die Daten aus den Anträgen könnten – zumindest prinzipiell – anhand der Dienstgebernummern mit anderen administrativen Daten verknüpft werden. Die wachsende Verbreitung des Gütesiegels erhöht die Aussagekraft und den Nutzen, der durch eine Analyse und wissenschaftliche Verwertung der dadurch gewonnen Informationen erzielt werden könnte³¹⁾. Einschränkend ist anzumerken, dass die Anträge für die BGF-Gütesiegel kein vollständiges Bild der BGF im Unternehmen liefern können. Einerseits deshalb, weil nicht immer alle im Betrieb durchgeführten Maßnahmen erhoben werden, andererseits, weil wichtige Informationen, wie beispielsweise die Zahl der Beschäftigten, die von einer bestimmten Maßnahme erfasst werden, nicht bzw. nur ansatzweise in den Anträgen enthalten sind.

Während das Gütesiegel in erster Linie der Qualitätssicherung dient, entwickelten das ÖNBGF, das Zentrale Arbeitsinspektorat und die VAEB (bzw. das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention) in der vergangenen Jahren ein neues Erhebungsinstrument zur Gesundheitsberichterstattung, das bundesweit eingesetzt werden und die Ermittlung von qualitativ einheitlichen Vergleichsdaten ermöglichen soll. Dieses *universelle Befragungstool* soll ab September 2015 operativ eingesetzt werden und kann sowohl für BGF-Projekte als auch für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz verwendet werden. Aus diesem Grund wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, in dem Elemente aus unterschiedlichen bestehenden Erhebungsinstrumenten (FEGA, BGF-Kompass und OrgFit) miteinander kombiniert wurden. Neben den einzelnen Beschäftigten soll im Zuge der Erhebung auch der Betrieb als Ganzes in Hinblick auf wichtige Kennzahlen, Maßnahmen usw. abgebildet werden.

Während die Zielgruppe für den Einsatz dieses universellen Tools mittlere und große Betriebe ab 50 MitarbeiterInnen sind, richtet sich das vom BGF-Netzwerk entwickelte *BGFvote* an Klein- und Kleinstbetriebe. Auch dieses Tool soll eine einheitliche, einfache Erhebung von Ressourcen und Belastungen im Betrieb ermöglichen. Der Fragebogen inkludiert Items, die für die Arbeitsplatzevaluierung der psychischen Belastungen anerkannt sind und liefert somit eine Datenbasis, die zur Erfüllung des im ASchG formulierten gesetzlichen Auftrags weiterverwendet werden kann. Zwar kann aus heutiger Sicht nicht abgeschätzt werden, wie groß die Akzeptanz dieser einheitlichen Erhebungsinstrumente sein wird und wie stark bzw. wie schnell sie Verbreitung finden werden. Dennoch stellen das universelle Befragungstool und *BGFvote* vielversprechende Ansätze dar, um zukünftig eine umfassende, einheitliche und potentiell mit weiteren Informationen verknüpfbare Datengrundlage zu BGF und Arbeitsplatzevaluierung zu erhalten.

³¹⁾ Während bis 2005 26 Betriebe und bis 2008 62 Betriebe erfolgreich einen BGF-Gütesiegel beantragt hatten, ist diese Zahl 2014 auf 570 Betriebe gestiegen. Einer groben Schätzung zufolge sind zurzeit etwa 300.000 Beschäftigte in Unternehmen mit BGF-Gütesiegel tätig.

4. Bedarf an Daten und Forschung

In diesem abschließenden Kapitel wird, ausgehend von den Erkenntnissen aus den vorangegangenen Abschnitten, eine qualitative Einschätzung des Stands der Forschung und der Datenausstattung in Bezug auf den Krankenstand gegeben, mit dem Ziel, Lücken in beiden Bereichen aufzuzeigen. Die nachfolgenden Darstellungen (Übersicht 2 und Übersicht 3) zeigen, dass der Status Quo in Bezug auf Wissen und Daten je nach betrachtetem Teilaspekt des Wirkmodells Krankenstand unterschiedlich bewertet werden muss. Neben Wirkungszusammenhängen, die zumindest auf internationaler Ebene bereits umfassend erforscht und dokumentiert sind und die auf Basis der Datenlage auch in Österreich gut abgebildet werden können, gibt es Aspekte des Krankenstandsgeschehens, die weder gut erforscht sind, noch auf der Grundlage der (in Österreich) verfügbaren Daten unmittelbar untersucht werden können.

Betrachten wir die unterschiedlichen Dimensionen des Krankenstands, so liegt hinsichtlich der Determinanten von gesundheitlichen Ereignissen das umfangreichste und am besten abgesicherte Wissen vor. Das betrifft in erster Linie die medizinische Forschung und die Determinanten des gesundheitlichen Ereignisses auf der Mikroebene (wie z. B. gesundheitliches Risikoverhalten, usw.). Auch auf der Mesoebene, d. h. insbesondere am Arbeitsplatz und im Arbeitsumfeld, wurden gesundheitliche Wirkungszusammenhänge bereits eingehend studiert und eine Vielzahl an Erkenntnissen zusammen getragen. Freilich bedeutet das nicht, dass die Ursachen von Arbeitsunfähigkeit restlos geklärt sind und diesbezüglich keine Fragen einer Beantwortung harren. In vielen Fällen konnte die Forschung zwar nachweisen, dass bestimmte Faktoren (z. B. Bewegungsmangel, Arbeitsplatzbelastungen, geringer Handlungsspielraum am Arbeitsplatz, usw.) einen (negativen) Effekt auf die Gesundheit haben können. Das Ausmaß dieser Effekte und vor allem das Zusammenspiel und die multikausale Einwirkung unterschiedlicher Faktoren sind jedoch in vielen Fällen nach wie vor schwer fassbar. Auch dort, wo kausale Zusammenhänge und Wirkungsmechanismen qualitativ gut erforscht sind, besteht z. T. noch großes Unwissen über die quantitative Bedeutung von Faktoren und über deren Wechselwirkung und Interaktion. Der jeweilige anteilmäßige Beitrag, den die unterschiedlichen Faktoren als Ursachen zum Eintreten gesundheitlicher Ereignisse leisten, ist demnach in vielen Fällen unbekannt.

Darüber hinaus unterliegen die Arbeitswelt und die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz einem rapiden Wandel, weshalb auch das Verständnis von Arbeitsunfähigkeit bzw. der Faktoren, die gesundheitliche Ereignisse auslösen können, sich in einem permanenten Weiterentwicklungsprozess befindet. Auch das Wissen hinsichtlich des Einsatzes und der Effekte von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung weist noch viele Lücken auf. Diese Wissenslücken spiegeln sich auch in der Datenlage wider. Wie in Kapitel 3 aufgezeigt wurde, mangelt es bisher, trotz der vielen Maßnahmen und Initiativen, die im Bereich der Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene implementiert wurden, an verfügbaren und vereinheitlichten Daten. Im Allgemeinen sind in Österreich nur ansatzweise Daten verfügbar, in denen

gleichzeitig die unterschiedlichen Krankenstandsdeterminanten auf Mikro- und Mesoebene, also die Rolle von gesundheitlichen Faktoren auf individueller Ebene und in der Arbeitswelt, beleuchtet werden.

Übersicht 2: Stand der Forschung rund um das Thema Krankenstand

Qualitative Einschätzung

	Stand der Forschung in Bezug auf die folgenden Zusammenhänge		
<i>Dimension</i>	Mikrofaktoren	Mesofaktoren	Makrofaktoren
Gesundheitliches Ereignis	++ (z.B. Gesundheitlicher Zustand)	++ (z.B. Arbeitsplatzbelastungen)	++ (z.B. Gesundheitssystem)
Krankmeldung	+ (z.B. Persönlichkeitsmerkmale)	- (z.B. Ersetzbarkeit am Arbeitsplatz)	+ (z.B. Regelung Entgeltfortzahlung)
Dauer des Krankenstands	- (z.B. berufliche Anforderungen)	- (z.B. Eingliederungsmanagement)	+ (z.B. Gestaltung Invaliditätspension)

Q: Eigene Darstellung. – Lesehilfe: ++ Sehr umfangreiche internationale Literatur mit gut abgesicherten Erkenntnissen zu kausalen Zusammenhängen; + Umfangreiches, im Ausbau begriffenes Forschungsfeld mit z. T. gut abgesicherten Ergebnissen; - Geringe Anzahl an Studien, nur z. T. belastbare Ergebnisse.

Übersicht 3: Datenverfügbarkeit zur Erforschung des Krankenstandgeschehens

Qualitative Einschätzung

	Datenverfügbarkeit zur Abbildung der folgenden Zusammenhänge		
<i>Dimension</i>	Mikrofaktoren	Mesofaktoren	Makrofaktoren
Gesundheitliches Ereignis	++ (z.B. Surveys, administrative Daten, usw.)	+ (z.B. AKE Module, EWCS, AKI/AGM, usw.)	++ (z.B. Makrodaten, int. Daten, usw.)
Krankmeldung	+ Mit Ausnahme von EWCS und AKI/AGM kaum Daten, in denen Präsentismus ermittelt wird; ggf. Daten aus BGF-Maßnahmen		
Dauer des Krankenstands	++ (z.B. Surveys, administrative Daten)	- (z.B. ECS, EWCS, SHARE)	+ (z.B. administrative Daten)

Q: Eigene Darstellung. – Lesehilfe: ++ Daten, die sehr umfangreich/detailliert sind und die Bestimmung von kausalen Zusammenhängen ermöglichen; + Daten, die den angesprochenen Bereich abdecken, sich aber vorwiegend für Monitoring und die Erfassung deskriptiver Zusammenhänge eignen; - Mangel an passenden Datenquellen.

Während die Determinanten der Gesundheit und somit die Vorbedingungen der Arbeitsfähigkeit und des Krankenstands bereits seit geraumer Zeit erforscht werden, ist das wissenschaftliche Interesse am zweiten Teilbereich unseres Krankenstandsmodells, der Krankmeldung, erst in jüngerer Zeit gestiegen. Die internationale Literatur zu den Bestimmungsgründen der Krankschreibung, bzw. umgekehrt, des Präsentismus, ist dementsprechend noch lückenhaft, aber stark im Wachsen begriffen. Insbesondere entstehen in den Bereichen der Psychologie, der Arbeits- und Organisationssoziologie und zunehmend auch in der ökonomischen Forschung Studien mit Fokus auf die Determinanten von Präsentismus auf persönlicher und

betrieblicher Ebene. Die Erforschung des Präsentismus- bzw. des Krankenstandsverhaltens wird dadurch erschwert, dass der Gegenstand der Untersuchung unterschiedlich definiert werden kann. Je restriktiver Präsentismus definiert wird (z. B. „krank in die Arbeit gegangen“), desto weniger häufig scheint das Phänomen zu sein, umgekehrt führt eine umfassendere Definition (z. B. „arbeiten gegangen, obwohl gesundheitlich eingeschränkt“) zu einer größeren Zahl an Präsentismusfällen. Aus österreichischer Sicht besteht eine große Einschränkung darin, dass kaum Daten verfügbar sind, in denen Präsentismus systematisch erfasst wird. Die bestehenden Daten beschränken sich darüber hinaus weitgehend auf die Messung der Häufigkeit von Präsentismus, geben aber kaum Einblick in den Entscheidungsprozess, der sich bei Eintreten eines gesundheitlichen Ereignisses ergibt.

Der dritte Teilbereich des Wirkmodells, d. h. die Frage nach den Bestimmungsgründen der Dauer des Krankenstands und der Rückkehr zum Arbeitsplatz bzw. nach dem Übertritt in die Arbeitslosigkeit oder dem Rückzug aus dem Erwerbsleben, ist ebenfalls nur ansatzweise erforscht worden. In den vergangenen Jahren haben die meisten OECD-Länder zum Teil umfangreiche Reformen im Bereich des Krankenstands und der Invaliditätspensionen durchgeführt, mit dem Ziel, Beschäftigte mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu aktivieren bzw. im Erwerbsleben zu halten und ihr frühzeitiges Ausscheiden aus diesem zu vermeiden. In einigen Ländern, wie Schweden und den Niederlanden, ist es zu einer starken Verzahnung jener Sozial- und Versicherungssysteme gekommen, die sich mit Krankenstand und Invalidität befassen. Es besteht in diesem Zusammenhang ein großer Bedarf an Wirkungsanalysen und Evaluierungen, um besser zu verstehen, welche Maßnahmen, Modelle und institutionellen Rahmenbedingungen effektiv sein können, wenn es um die Frage geht, wie einmal erkrankte Personen wieder erfolgreich ins Berufsleben integriert werden können.

In diesem Bereich stellen in Österreich die verfügbaren administrativen Sozialversicherungsdaten, zusammen mit einigen Surveys, eine gute Grundlage dar, um die auf der Mikroebene angesiedelten Determinanten der Krankheitsdauer zu beleuchten (z. B. Unterschiede nach Art der Erkrankung, Erwerbsverläufen, persönlichen Merkmalen). Diese Daten eignen sich auch gut, um die Erwerbskarrieren der Beschäftigten zu rekonstruieren und die Übergänge zwischen Beschäftigung, Krankenstand und anderen Arbeitsmarktstadien (Arbeitslosigkeit, usw.) zu untersuchen. Eine große Lücke besteht hingegen auf der Mesoebene, weil Daten zur betrieblichen Situation (Arbeitsplatzbedingungen, Maßnahmen zur betrieblichen Wiedereingliederung, usw.) weitgehend fehlen. Die Rolle der ÄrztInnen und die Gestaltung des Krank- bzw. Gesundheitsprozesses wurde bisher in Österreich und, mit Ausnahme einiger Studien aus dem skandinavischen Raum, auch international nicht systematisch untersucht. In dieser Beziehung können für Österreich potenziell die Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger eine interessante Datengrundlage darstellen, obschon die tatsächliche Verwertbarkeit des verfügbaren Datenmaterials für die Erkundung von relevanten Forschungsfragen noch näher bestimmt werden müsste.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass insbesondere die Mesoebene des Krankenstandsmodells viele offene Fragen aufweist. Das betrifft in erster Linie den Arbeitsplatz als

mögliche Ursache von Krankenstand, aber auch als Determinante der Rückkehr aus dem Krankenstand. Die Dauer des Krankenstands und die möglichen Verläufe nach Eintreten eines gesundheitlichen Ereignisses sind ein zweiter wichtiger Bereich, der in zukünftigen Forschungsvorhaben besonders eingehend untersucht werden sollte. In diesem Zusammenhang sollte neben anderen Faktoren zukünftig auch die Rolle der ÄrztInnen und des Gesundheitssystems als Ganzes stärker beleuchtet werden.

Literatur

- Anema, J.R., Steenstra, I.A., Bongers, P.M., de Vet, H.C.W., Knol, D.L., Loisel, P., van Mechelen, W., "Multidisciplinary Rehabilitation for Subacute Low Back Pain: Graded Activity or Workplace Intervention or Both?", *Spine*, 2007, 32(3), pp. 291–298.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., "Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(9), pp. 958–966.
- Audas, R., Goddard, J., "Absenteeism, Seasonality and the Business Cycle", *Journal of Economics and Business*, 2001, 53 (4), pp. 405-419.
- Askildsen, J. E., Bratberg, E., Nilsen, I.A., "Unemployment, labor force composition and sickness absence: a panel data study", *Health Economics*, 2005, 14(11), pp.1087-1101.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren*, Heidelberg, 2012.
- Bardasi, E., Francesconi, M.: "The impact of atypical employment on individual wellbeing: Evidence from a panel of British workers", *Social Science & Medicine*, 2004, 58, pp.1671-1688.
- Benítez-Silva, H., Disney, R., Jimenez-Martin, S., "Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective", *Economic Policy*, 2010, 25(63), pp.483-536.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M., "Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51(6), pp.629-638.
- Biffi, G., „Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator“, *WIFO-Monatsberichte*, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., Guger, A., Leoni, T., *Fehlzeitenreport 2007: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO-Monografie*, Wien, 2008.
- Biffi, G., Leoni, T., *Arbeitsbedingte Erkrankungen – Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen. WIFO*, Wien, 2008.
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C., Rückert, E., *Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen*, Krems, Wien, 2011.
- Black, D., Kermit, D., Sanders, S., "The impact of economic conditions on participation in disability programs: evidence from the coal boom and bust", *American Economic Review*, 2002, 92(1), pp. 27-50.
- Blekesaune, M., "Job insecurity and sickness absence: correlations between attrition and absence in 36 occupational groups", *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012, 40(7), pp.668-73.

- Böckerman, P., Laukkanen, E., "Presenteeism in Finland: determinants by gender and the sector of economy", *Ege Academic Review*, 2009, 9(3), pp.1007-1016.
- 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), pp.43-46.
- Böckerman, P., Laukkanen, E., "Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern differ by a respondent's health?", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2010B, 52(3), pp.332-335.
- Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, Ch., Schröer, A., „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen", Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin, 2. Auflage, 2002.
- Boone, J., van Ours, J. C., Wuellrich, J.-P., Zweimüller, J., "Recessions are bad for workplace safety", *Journal of Health Economics*, 2011, 30(4), pp.764-773.
- Buckle, P. W., Devereux, J.J., "The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders", *Applied ergonomics*, 2002, 33.3, pp.207-217.
- Bundeskanzleramt, Fehlzeiten 2013 und Gesundheitsförderung im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2013.
- Bundeskanzleramt, Das Personal des Bundes 2014. Daten und Fakten, Wien, 2014.
- Burkhauser, R. V., Daly, M. C., McVicar, D., Wilkins, R., "Disability benefit growth and disability reform in the US: lessons from other OECD nations", *IZA Journal of Labor Policy*, 2014, 3(1), pp.1-30.
- Caroli, E., Godard, M., "Does Job Insecurity Deteriorate Health?, A Causal Approach for Europe", *IZA Discussion Papers*, 2014, No. 8299.
- Cox, T., Griffiths, A., "Assessment of psychosocial hazards at work", in: Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., Cooper, C.L. (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*, Chichester: John Wiley and Sons, 1996.
- De Boer, E. B., Bakker, A. B., Syroit, S., Schaufeli, W.B., "Unfairness at work as a predictor of absenteeism", *Journal of Organizational Behavior*, 2002, 23.2, pp.181-197.
- Dettmers, J., Vahle-Hinz, T., Friedrich, N., Keller, M., Schulz, E., Bamberg, E., „Entgrenzung der täglichen Arbeitszeit - Beeinträchtigungen durch ständige Erreichbarkeit bei Rufbereitschaft", Badura, B. et al. (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2012*, Heidelberg, 2012, S. 53-60.
- Dooley, D., Fielding, J., Levi, L., „Health and unemployment", *Annual Review of Public Health* 1996, 17, pp.449-465.
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labour Relations Review*, 1992, 45(4), pp.764-778.
- Endel, G., Schiller-Frühwirth, I., Zauner, G., „Epidemiologie maligner Erkrankungen aus Routinedaten", *Soziale Sicherheit*, 5, 2012, S. 251-257.

- Fahlén, G., Goine, H., Edlund, C., Arrelöv, B., Knutsson, A., Peter, R., "Effort-reward imbalance, 'locked in' at work, and long-term sick leave", *International archives of occupational and environmental health*, 2009, 82(2), pp.191-197.
- Fahr, R., Frick, B., "On the Inverse Relationship between Unemployment and Absenteeism: Evidence from Natural Experiments and Worker Heterogeneity", *Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper*, November 2007, 3171.
- Ferrie J.E., Shipley M.J., Stansfeld S.A., Marmot M.G., "Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56, pp.450-454.
- Ferrie J.E., Shipley M.J., Newman K., Stansfeld S.A., Marmot M., "Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship", *Social Science & Medicine*, 2005, 60, pp.1593-1602.
- Försäkringskassan, "Analyzing the variation in the level of sickness absence", *Social Insurance Report*, 17, Swedish Social Insurance, 2014.
- Franche, R.-L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., Frank, J., "Workplace-based Return-to-work Interventions: a Systematic Review of the Quantitative Literature", *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2005, 15(4), pp.607-631.
- Frick, B., Malo, M.Á., "Labor market institutions and individual absenteeism in the European Union: the relative importance of sickness benefit systems and employment protection legislation", *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 47(4), 2008, pp. 505-529.
- Gall, W., Dorda, W., Duftschmid, G., Endel, G., Hronsky, M., Neuhofer, L., Rinner, C., Grossmann, W., Fröschl, K., Marzluf, B., Woltz, M., *Arzneimittelsicherheit — Krankenhausaufenthalte infolge unerwünschter Arzneimittelwechselwirkungen*, ADE Endbericht, Wien, September 2012.
- Gall, W., Dorda, W., Duftschmid, G., Endel, G., Hronsky, M., Neuhofer, L., Rinner, C., Grossmann, W., „Krankenhausaufenthalte infolge unerwünschter Arzneimittelereignisse“, in: Ammenwerth, E., Hörbst, A., Hayn, D., Schreier, G. (Hrsg.), *Proceedings of the eHealth2013*. May 23-24, Vienna, Austria, OCG, 2013, S. 31-36.
- Gerich, J., "Sick at work: methodological problems with research on workplace presenteeism", *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 2014, pp. 1-17.
- Gerich, J., "Sickness presence, sick leave and adjustment latitude", *International journal of occupational medicine and environmental health*, 2014B, 27.5, pp. 736-746.
- GPA-djp (Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier), *Dienststörung A für Verwaltungsangestellte, Pflegepersonal und zahntechnische Angestellte bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs*, Wien, 2015.

- Greve, J., Schnabel, A., Schützeichel, R., „Das Makro-Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung - zur Einleitung“, in: Das Mikro-Makro-Modell der soziologischen Erklärung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009. S. 7-17.
- Grinyer, A., Singleton, V., "Sickness absence as risk-taking behaviour: a study of organisational and cultural factors in the public sector", *Health, Risk & Society*, 2000, 2, pp. 7-21.
- Hansen, C.D., Andersen, J.H., "Going ill to work—What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?", *Social Science & Medicine.*, 2008, 67(6), pp.956–964.
- Hansen, C. D., Andersen, J. H., "Sick at work--a risk factor for long-term sickness absence at a later date?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63, pp.397-402.
- Head J., Stansfeld S. und J. Siegrist, "Psychosocial work environment and alcohol dependence", *Occupational & Environmental Medicine*, 2004, 61(2), pp.219-224.
- Head, J., Kivimäki, M., Siegrist, J., Ferrie, J., Vahtera, J., Shipley, M.J., Marmot, M., "Effort-reward imbalance and relational injustice at work predicts sickness absence: the Whitehall II Study", *Journal of Psychosomatic Research*, 2007, 63(4), pp.433-440.
- Høgelund, J., Holm, A., Falgaard Eplov, L., "The Effect of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders", *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, Dezember 2012, 15(4), pp.157–170.
- Høgelund, J., Holm, A., McIntosh, J., "Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours?", *Journal of Health Economics*, 2010, 29(1), pp.158–169.
- Horvath, T., Huemer, U., Kratena, K., Mahringer, H., „Mittelfristige Beschäftigungsprognose für Österreich und die Bundesländer. Berufliche und sektorale Veränderungen 2010 bis 2016“, WIFO, Wien, 2012.
- Hultin, H., Hallqvist, J., Alexanderson, K., Johansson, G., Lindholm, C., Lundberg, I., Möller, J., „Low level of adjustment latitude--a risk factor for sickness absence“, *European Journal of Public Health*, 2010, 20(6), pp. 682-688.
- Ichino, A., Riphahn, R.T., "The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation", *Journal of the European Economic Association*, 2005, 3.1, pp.120-143.
- Ilmarinen J., "Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention", *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 2009, 35(1), pp.1-5.
- International Labor Office (ILO), *Psychosocial factors at work: Recognition and control. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Ninth Session, Occupational Safety and Health Series*, Genf, 1986, Volume 56.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., Zeisel, H., *Die Arbeitslosen von Marienthal*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1933.

- Johansson, G., Lundberg, I., "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model", *Social Science & Medicine*, 2004, 58.10, pp.1857-1868.
- Johns, G., "Presenteeism in the workplace: A review and research agenda", *Journal of Organizational Behavior*, 2010, 31(4), pp.519-542.
- Kallus, K. W., Keil, A., Leoni, Th., Gaisbachgrabner, K., Folgekosten langer Arbeitszeiten. Kommentierter Literaturüberblick, WIFO, Wien, 2011.
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.-P., Viikari-Juntura, E., "Partial Sick Leave--review of Its Use, Effects and Feasibility in the Nordic Countries", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2008, 34(4), pp. 239-249.
- Kawakami, N., Araki, S., Takstsuka, N., Shimuzi, H. & Ishibashi, H., "Overtime, psychosocial working conditions, and occurrence of non-insulin dependent diabetes mellitus in Japanese men", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1999, 53(6), pp. 359-363.
- Kenyon, P., Dawkins, P., "A Time Series Analysis of Labor Market Absence in Australia", *Review of Economics and Statistics*, 1989, 71 (2), pp. 232-239.
- Kivimäki, Mika, et al., "Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study", *American journal of public health*, 2005, 95.1, pp. 98-102.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G., "Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study", *BMJ*, 2003, pp. 327-364.
- Koopmans, P.C., Roelen, C.A.M., Groothoff, J.W., "Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector", *Occupational Environ. Medicine*, 2008, 65(7), pp. 494-499.
- Kuhn, A., Lalive, R., Zweimüller, J., 2009., "The public health costs of job loss", *Journal of Health Economics*, Elsevier, 2009, 28(6), pp. 1099-1115.
- Langmann, H., Kvas, A., Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP), 2014.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer, 1984.
- Leigh, J. P., Markowitz, S., Fahs, M., Landrigan, P., *Costs of occupational injuries and illnesses*, Ann Arbor, 2000.
- Leijon, O., Josephson, M., Österlund, N., "How common is change of primary diagnosis during an episode of sickness benefit? A register study of medical sickness certificates issued 2010-2012 in Sweden", *Scandinavian journal of public health*, 2015, 43(1), pp. 44-51
- Leoni, Th., Mahringer, H., *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2008.
- Leoni, Th., *Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO, Wien, 2010.

- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO, Wien, 2012.
- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2014. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO, Wien, 2014.
- Löfgren, A. et al., "Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians", *Scandinavian journal of primary health care*, 2007, 25.3, pp. 178-185.
- Lutz, H., Mahringer, H., Pöschl, A., Evaluierung der österreichischen Arbeitsmarktförderung 2000-2003, WIFO, Wien, 2005.
- Mannebach, H., „Varianz im ärztlichen Handeln: Schwäche oder Stärke der Medizin?“, in: Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen*, Juventa, München, 1999, S. 53-72.
- Markussen, S., Mykletun, A., Røed, K., "The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program". *Journal of Public Economics* 96, 2012, 11, pp. 959-972.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J., Gaure, S., "The anatomy of absenteeism", *Journal of health economics*, 2011, 30(2), pp. 277-292.
- Mathers, C. D., Schofield, D. J., "The health consequences of unemployment: the evidence", *Medical Journal of Australia*, 1998, 168, pp. 178-182.
- Nilsing, E., Söderberg, E., Öberg, B., "Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality?", *BMC public health*, 2012, 12(1), p. 907.
- OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, 2010. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264088856-en>.
- Oppolzer, A.: „Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention“, in: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeitenreport 2009*. Springer, Heidelberg, 2010, S. 13-22.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), „Bestandsliste sozio-ökonomischer Informationen über arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union“, in: *Factsheets*, 2000, Ausgabe 9, Bilbao.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), *Arbeitsbedingte Krebserkrankungen - Dänemark*, *Mitteilungsblatt der OSHA*, 2003, 15, http://osha.europa.eu/publications/newsletter/15/news15_de.pdf.
- OSHA (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*, Luxemburg, 2007.
- Osterkamp, R., Röhn, O., "Being on sick leave: Possible explanations for differences of sick-leave days across countries", in: *CESifo Economic Studies*, 2007, 53(1), pp. 97-114.

- Palmer, E. "A Reform of Sweden's Public Sickness Insurance (En reform av sjukförsäkringen)", in: L. Berg und A. Björklund (Hrsg.), *Ekonomisk Debatt* Temanummer, 2004, 4, pp. 63-70.
- Pichler, S., "Sickness absence, moral hazard, and the business cycle", *Health economics*, 2015, 24.6, pp. 692-710.
- Pfeifer, C., "Cyclical absenteeism among private sector, public sector and self-employed workers", *Health economics*, 2013, 22.3, pp. 366-370.
- Punnett, L., Prüss-Ustün, A. et al., "Estimating the global burden of low back pain attributable to combined occupational exposures", *American Journal of Industrial Medicine*, Dezember 2005, 48(6), pp. 459-469.
- Rae, D., "How to reduce sickness absence in Sweden: lessons from international experience", *OECD Economics Department Working Paper*, Paris, 2005, (442).
- Raediker, B., Janßen, D., Schomann, C., Nachreiner, F., "Extended working hours and health", *Chronobiology International*, 2006, 23, pp. 1305-1316.
- Riphahn, R., Thalmaier, A., "Behavioral Effects of Probation Periods: An Analysis of Worker Absenteeism", *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 2001, 221, S. 179-201
- Rugulies, R., et al., "Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62.3, pp. 245-250.
- Rugulies R, Norborg M, Sørensen TS, Knudsen LE, Burr H., "Effort-reward imbalance at work and risk of sleep disturbances. Cross-sectional and prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study", *Journal of psychosomatic research*, 2009, 66(1), pp. 75-83.
- Sauter, S., Moon, S. D. (Hrsg.), *Beyond biomechanics: psychosocial aspects of musculoskeletal disorders in office work*, CRC Press, 1996.
- Schmidt, J., Schröder, H., „Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust“, in Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*, Berlin und Heidelberg, Springer, 2010, S. 93-100.
- Schnabel, C., Stephan, G., „Determinanten des Krankenstandes: Eine Untersuchung mit Betriebs- und Zeitreihendaten“, *Jahrbuch für Sozialwissenschaft*, 1993, 44, S. 132-147.
- Schöberl, M., „Aufbau eines Individualdatenverarbeitungssystems zur Analyse des österreichischen Arbeitsmarktgeschehens“, in: *Arbeitsplatzreallokation und Arbeitskräftemobilität*, WIFO, 2004, S. 73-89.
- Shapiro, C., Stiglitz, J. E., "Equilibrium unemployment as a worker discipline device", *The American Economic Review*, 1984, 75(4), pp. 433-444.
- Siegrist, J., "Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work", *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996, 1, pp. 27-43.

- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R., „The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons”, *Social Science & Medicine*, 2004, 58(8), pp. 1483-1499.
- Siegrist, J., "Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies", *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2008, 258(5), pp. 115-119.
- Siegrist, J., Dragano, N., "Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben ", *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2008, 51(3), S. 305-312.
- Skånér, Y., Nilsson, G. H., Arrelöv, B., Lindholm, C., Hinas, E., Wilteus, A. L., Alexanderson, K., "Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden", *BMJ open*, 2011, 1(2).
- Steinke, M., Badura, B., Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2011.
- Sullivan, D., Von Wachter, T., "Job displacement and mortality: An analysis using administrative data", *The Quarterly Journal of Economics*, 2009, 124(3), pp. 1265-1306.
- Sverke, M., J. Hellgren, Aswall, K. N., "No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences", *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 7, pp. 242-264.
- Swaen, G. et al., "Effects of job insecurity from a workplace closure threat on fatigue and psychological distress", *Journal of occupational and environmental medicine*, 2004, 46.5, pp. 443-449.
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson, H., Alexanderson, K., et al., "Sickness Presenteeism Predicts Suboptimal Self-Rated Health and Sickness Absence: A Nationally Representative Study of the Swedish Working Population", 2012, *PLoS ONE* 7(9).
- Trinkoff, A. M., Le, R., Geiger-Brown, J., Lipscomb, J., Lang, G., "Longitudinal Relationship of Work Hours, Mandatory Overtime, and On-call to Musculoskeletal Problems in Nurses", *American Journal of Industrial Medicine*, 2006, 49(11), pp. 964-971.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., Siegrist, J., "Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in comparison between two complementary job-stress models", *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 2001, 27(2), pp. 146-153.
- Ulich, E., Wülser, M., *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (2. Aufl.), Wiesbaden: Gabler, 2005.
- Vahtera, J., Pentti, J., & Kivimäki, M., "Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58(4), pp. 321-326.

- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., Ferrie, J. E., "Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study", *Bmj*, 2004B, 328(7439), p. 555.
- Viikari-Juntura E, Kausto J, Shiri R, Kaila-Kangas L, Takala EP, Karppinen J, Miranda H, Luukkonen R, Martimo KP, "Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial", *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2012, 38(2),134-143.
- Violanti, J.M., Burchfield, C.M., Hartley, T.A., Andrew, M.E. , Vila, B.J., "Atypical work hours and metabolic syndrome among police officers", *Archives of Environmental and Occupational Health*, 2009, 64, pp. 194-201.
- Waddell, Gordon, und A. Kim Burton. *Is work good for your health and well-being? The Stationery Office*, 2006.
- Wenderlein, U. F., *Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften - Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit*, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, 2002.
- Werner, E. L., et al., "Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review", *The Clinical journal of pain*, 2012, 28.4, pp. 364-371.
- Wheat, H. C., Barnes, R. K., Byng, R., "Practices used for recommending sickness certification by general practitioners: A conversation analytic study of UK primary care consultations", *Social Science & Medicine*, 2015, 126, pp. 48-58.
- Wirtz, A., *Gesundheitliche und soziale Auswirkungen langer Arbeitszeiten*, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2010.
- World Health Organization (WHO), *Epidemiology of work-related diseases and accidents. Tenth Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health*, Genf, 1989.