

EWCS Südtirol

Krankenstand, unfallbedingte Fehlzeiten und Präsentismus in Südtirol

In Kürze

53% der Südtiroler Erwerbstätigen haben keinen krankheitsbedingten Fehltag pro Jahr.

50% der kranken Beschäftigten sind maximal 5 Arbeitstage im Jahr im Krankenstand.

16% der Erwerbstätigen haben ein länger andauerndes Gesundheitsproblem, welches seit mehr als sechs Monaten besteht, arbeiten aber normal weiter.

8% der krankheitsbedingten Fehltage sind Folge eines Arbeitsunfalls. Dies ist ein im gesamtstaatlichen und internationalen Vergleich hoher Wert.

51% der eigentlichen kranken Beschäftigten arbeiten trotzdem **(Präsentismus)** – auch dies ist ein Spitzenwert.

49% der Selbstständigen in Südtirol geben an, im Falle eines längeren krankheitsbedingten Verdienstauffalls *voll und ganz bzw. eher* finanziell abgesichert zu sein, gesamtstaatlich sind es nur **23%**.

Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage	3
1. Was sind eigentlich Fehlzeiten?	4
2. Krankenstand und Fehlzeiten in Südtirol	4
3. Beschäftigte mit länger andauernden Gesundheitsproblemen	8
4. Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen	14
5. Finanzielle Absicherung bei längerem Verdienstaufschlag bei Selbstständigen	15
6. Präsentismus: „Ich bin krank, arbeite aber trotzdem!“	16
Schlussfolgerungen	22
Literaturverzeichnis	25
Anhang	27

Ausgangslage

Krankenstands- und (arbeits-)unfallbedingte Fehlzeiten verursachen individuelle, betriebliche und volkswirtschaftliche Kosten. Zu den individuellen Kosten zählen mögliche Einbußen der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, zu den betrieblichen Kosten der Ausfall an Produktion sowie die Lohnfortzahlungen und zu den volkswirtschaftlichen Kosten der Ausfall an Bruttowertschöpfung sowie die Kosten der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Gerade längere krankheitsbedingte berufliche Abwesenheiten können zu Brüchen in der Erwerbsbiografie führen, die sich durchaus zu individuellen Herausforderungen auswachsen können¹.

Die Häufigkeit und die Verteilung der Fehltage sowie der Umgang mit diesen können als Indikatoren für die Qualität der Arbeit betrachtet werden. Zum Ersten, weil Fehlzeiten als Hinweise für eine unzureichende Arbeitsorganisation und -gestaltung und unzureichende soziale Unterstützung betrachtet werden können. Zum Zweiten ist in allen modernen Gesellschaften ein Wandel im Krankheitsspektrum feststellbar, der in der steigenden Bedeutung psychischer und chronischer Erkrankungen gründet (exemplarisch und mit weiteren Verweisen hierzu Ohlbrecht 2018: 119 f). Erkrankungen weisen im Vergleich zu früheren Jahrzehnten eine viel offenere Verlaufsdynamik auf; ein steigender Anteil der Erwerbstätigen hat eine chronische Krankheit oder steigt nach einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit wieder in das Erwerbsleben ein. Die Alterung der Erwerbstätigen verstärkt diese Entwicklung.

„Stay at work“, der Erhalt der Arbeitsfähigkeit und „Return to work“, die Rückkehr an den Arbeitsplatz, gewinnen sehr stark an Bedeutung.

In diesem AFI-Zoom werden die krankheitsbedingten Abwesenheiten im Länder- und Branchenvergleich dargestellt. Wie hoch ist der Anteil der Beschäftigten, die nie krankheitsbedingt fehlen? Wie oft fehlt ein Beschäftigter im Durchschnitt? Wer ist krankheitsbedingt länger abwesend? Die Datenquelle sind für Südtirol der EWCS Südtirol 2016 (Arbeitsförderungsinstitut, 2017) und für die Nationalstaaten die gesamteuropäische Erhebung EWCS (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2017).

¹ Studien, die sich mit der Rückkehr von krankheits- und unfallbedingt länger abwesenden beschäftigten, sind noch Neuland (hierzu Bartel 2018).

1. Was sind eigentlich Fehlzeiten?

Oswald Neuberger, der Großmeister der Führungsforschung, versucht in einer sehr durchdachten Überlegung den Begriff „Fehlzeiten“ zu bestimmen und verschweigt nicht, dass der Begriff schwierig zu operationalisieren, sprich von der rein gedanklichen Ebene auf eine messbare Ebene zu bringen ist:

„Es gibt eine jahrzehntelange Diskussion darüber, was denn Fehlzeiten sind und wie sie zu operationalisieren sind. Dabei haben sich Konventionen eingebürgert, die spezifisch sind für die jeweiligen Nationen [z.B. gelten Urlaub, Feiertage oder Mutterschutz - bei uns nicht als Fehlzeiten; Warte- oder störungsbedingte Unterbrechungen oder Wegzeiten sind keine Fehlzeiten – obwohl auch hier nicht gearbeitet wird(...)]. Die Fehlzeiten im engeren Sinn lassen sich als Fallzahlen (Häufigkeiten, wie z. B. der stichtagsbezogene ‚Krankenstand‘) oder als Zeitvolumina (entgangene Tage oder Stunden) darstellen. Dabei kann man weiter zwischen ‚Krankheit‘ (ärztlich bestätigt) und sonstigem Fehlen (z. B. unentschuldig) unterscheiden; zuweilen wird eine selbstständige Rubrik ‚Arbeitsunfall‘ (oder auch: Streik, Aussperrung) eröffnet. Des weiteren kann bei kurzzeitigen Erkrankungen auf das ärztliche Attest verzichtet werden. Die Erhebung [von Fehlzeiten, Anm. des Autors] kann sich auf offizielle Dokumente stützen (Meldungen bei der Krankenkasse, Aufzeichnungen in der Personalakte) oder auf Selbstauskünfte der Befragten (wie z. B. beim Mikrozensus oder bei manchen wissenschaftlichen Erhebungen).“ (Neuberger, 2002, S. 229)

Durch die schwierige Operationalisierbarkeit stellt sich gleichzeitig die Frage: Wofür sind Fehlzeiten Kriterien? „Wenn Mütter kleiner Kinder häufiger fehlen als gleichaltrige Männer: Woran liegt das und was bedeutet das?“ (vgl. Neuberger, 2002, S. 229)

Aus den genannten Gründen muss man sich stets vor Augen halten, dass bei der Interpretation von Fehlzeiten viele Faktoren einberechnet werden müssen und es niemals nur eine einzige mögliche Erklärung geben kann.

In diesem AFI-Zoom werden die Fehlzeiten sowohl mit Fallzahlen/Häufigkeiten (z. B. Wie viele Prozent?) als auch mit Zeitvolumina (z. B. Dauer der Fehlzeit in Arbeitstagen) dargestellt und kommentiert.

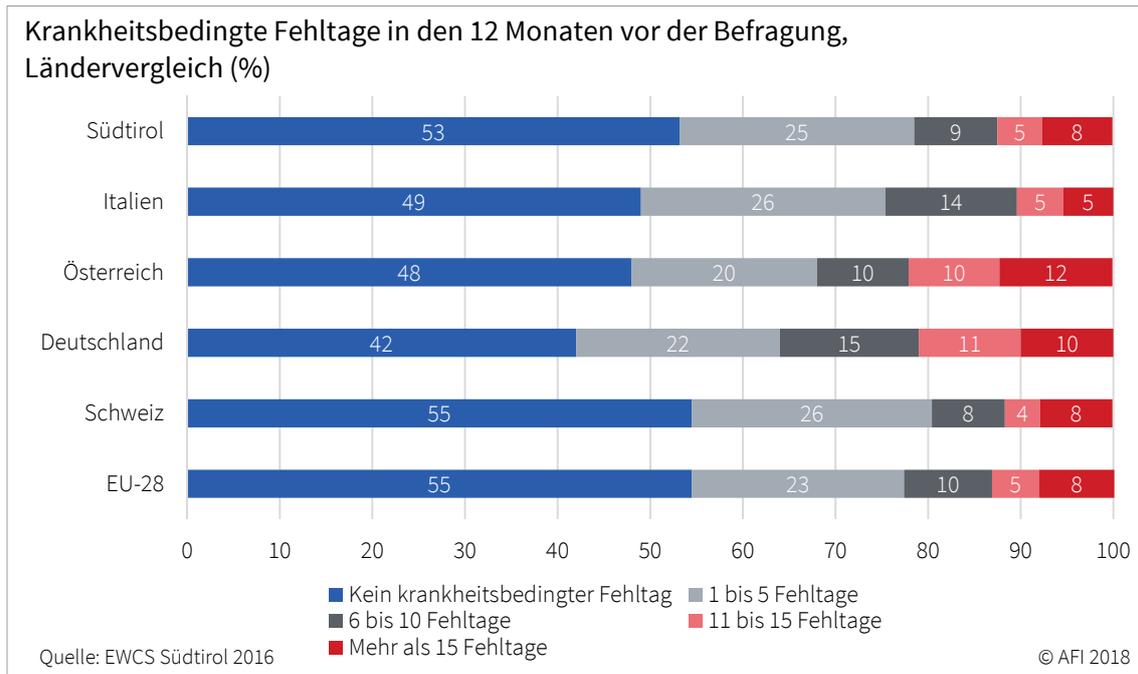
2. Krankenstand und Fehlzeiten in Südtirol

Die Mehrheit der Südtiroler Beschäftigten war in den 12 Monaten vor der Befragung kein einziges Mal krankheitsbedingt abwesend (53%). Dieser Wert liegt leicht unter dem EU-Durchschnitt von 55%.

In Italien (49%), Österreich (48%) und besonders in Deutschland (42%) sind die Beschäftigten häufiger krankheitsbedingt abwesend als in Südtirol. Auffällig ist, dass längere Krankenstände (ab 11 Tage Abwesenheit pro Jahr) vor allem in Österreich und

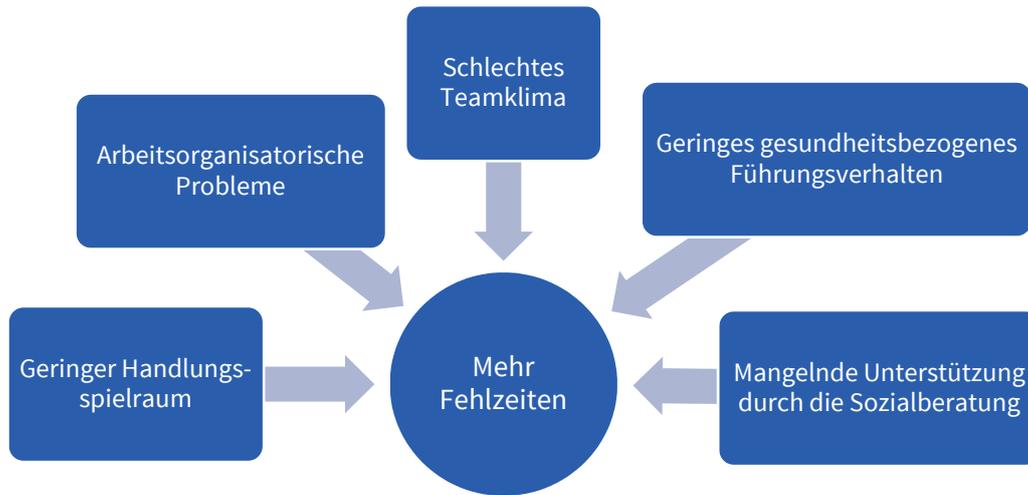
Deutschland vorkommen. Südtirol weist hier annähernd dieselben niedrigen Werte wie die Schweiz auf. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland fehlt jeder zehnte Beschäftigte mehr als 10 Arbeitstage. Insgesamt sind in beiden Ländern knapp mehr als ein Fünftel der Beschäftigten elf Tage und länger krankheitsbedingt abwesend. Das sind bemerkenswerte Unterschiede zu Südtirol: Hierzulande sind insgesamt nur 12% der Beschäftigten elf Tage und länger krankheitsbedingt abwesend.

Abbildung 1



Aus diesen Daten zu schließen, dass deutsche und österreichische Beschäftigte öfter krank wären als ihre Südtiroler, Schweizer und italienischen Kollegen, wäre zu kurz gegriffen. Betrachtet man die europäischen Daten als Ganzes, zeigt sich, dass gerade in wirtschaftlich starken, mit einem guten Sozialsystem ausgestatteten mitteleuropäischen und skandinavischen Staaten die Beschäftigten mehr Fehltag angeben als in Ländern, welche wirtschaftlich schwächer aufgestellt sind beziehungsweise deren Sozialsystem nicht im selben Maße ausgebaut ist (Quelle: Eigene Berechnungen aus dem EWCS-Datensatz, siehe Tabelle A im Anhang). Ein gutes Sozialsystem, ein gutes wirtschaftliches Umfeld und sichere Arbeitsplätze dürften es Beschäftigten über alle Branchen hinweg also eher erlauben, auch bei leichteren Erkrankungen bzw. bloßem „Unwohlsein“ dem Arbeitsplatz krankheitsbedingt fern zu bleiben. Als weitere Ursachen von Fehlzeiten sind auch arbeitspsychologische Merkmale nicht zu vernachlässigen. Turgut et al. (2013, 523 ff) nennen hier folgende Einflussgrößen, die dazu beitragen, dass Fehlzeiten in Betrieben ansteigen:

Abbildung 2
Welche Umstände erhöhen die Fehlzeiten?

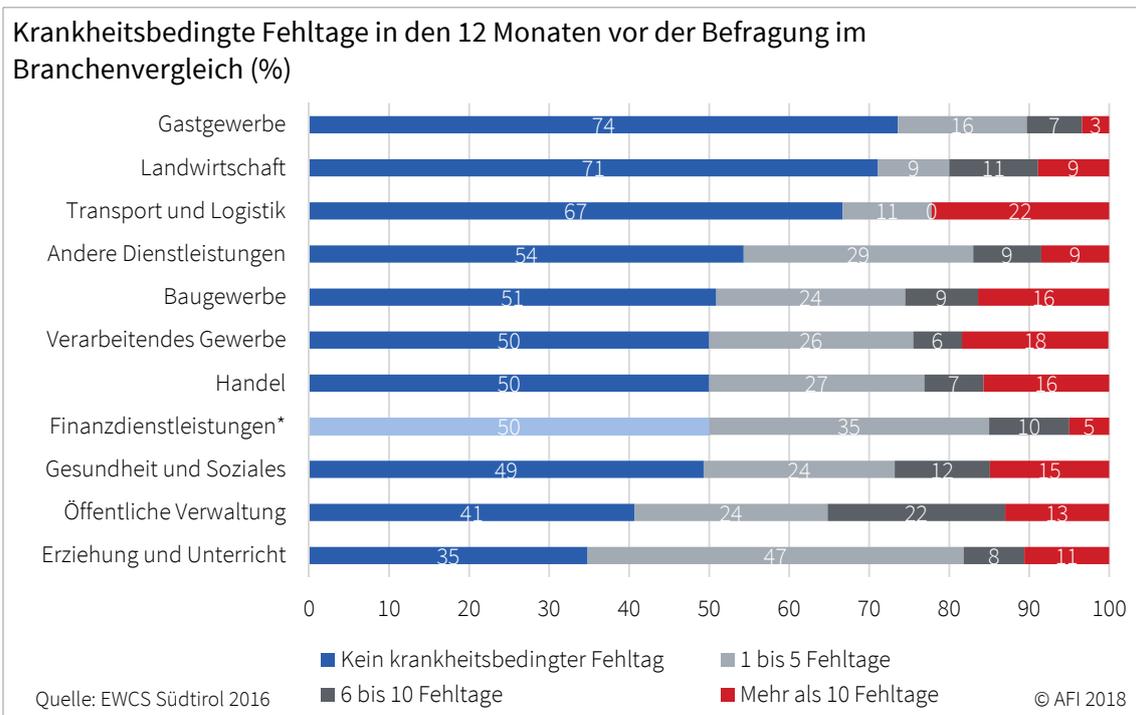


Quelle: Turgut et al. 2013

© AFI 2018

Wenn es also in einem Betrieb arbeitsorganisatorische Probleme gibt, ein schlechtes Teamklima herrscht, die Beschäftigten einen geringen Handlungsspielraum haben und zudem noch schlecht geführt werden, ist davon auszugehen, dass in einem solchen Betrieb die Fehlzeiten deutlich höher sein werden als in Betrieben, in welchen bessere Arbeitsbedingungen herrschen.

Abbildung 3



* Zu wenige Antworten, um statistisch aussagekräftig zu sein

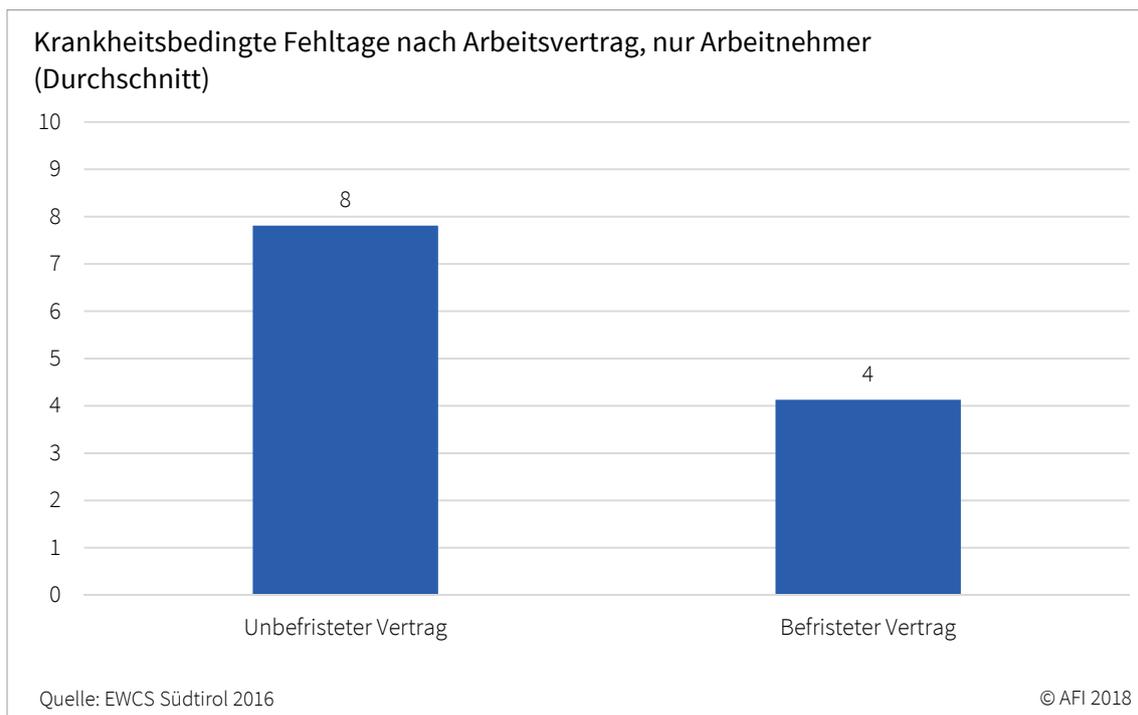
In Bezug auf die Fehlzeiten gibt es in den einzelnen Branchen sehr bedeutsame Unterschiede: Im Gastgewerbe haben fast drei Viertel der Beschäftigten keinen einzigen Fehltag angegeben (74%). Auch die Landwirtschaft mit 71 % sowie das Transportwesen mit 67 % sind vorne mit dabei, wenn es um die ständige Anwesenheit geht.

In der Branche Erziehung und Unterricht hingegen sind es nur etwas mehr als ein Drittel der Beschäftigten, die krankheitsbedingt in den 12 Monaten vor der Befragung nie gefehlt haben (35%). Auch die Öffentliche Verwaltung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen verzeichnen im Vergleich viele Fehlzeiten.

Wie lassen sich diese Unterschiede erklären? Möglicherweise spielt es eine Rolle, dass Beschäftigte im Gastgewerbe, dem Transportwesen und der Landwirtschaft schwerer zu ersetzen sind und den Kollegen tatsächlich greifbar Arbeit aufhalsen, wenn sie krankheitsbedingt abwesend sind – die Gäste im Restaurant oder im Hotel müssen beispielsweise nach wie vor trotzdem bedient werden, auch wenn ein Kollege fehlt. In der Landwirtschaft ist es genauso: Das Vieh muss versorgt werden, auch wenn der Bauer krank ist. Büroarbeit ist demgegenüber meist weniger dringend und kann eher mal einen Tag liegen bleiben. Auch lässt sich ein Ersatz im öffentlichen Schulbereich möglicherweise leichter finden als im privatwirtschaftlichen Gastgewerbe. In einigen Bereichen des öffentlichen Dienstes gilt zudem die Regelung, dass Arbeitnehmer einen Tag krankheitsbedingt abwesend sein können, ohne die Krankschreibung eines Arztes in Anspruch nehmen zu müssen.

Ein weiteres Erklärungsmerkmal zwischen dem Gastgewerbe und den übrigen Branchen könnten auch die Arbeitsverträge sein: Beschäftigte mit befristeten Verträgen fehlen deutlich weniger oft als Beschäftigte mit unbefristeten Arbeitsverträgen.

Abbildung 4



Die Hälfte der Südtiroler Beschäftigten, die angegeben haben, in den letzten 12 Monaten vor der Befragung krank gewesen zu sein, war höchstens fünf Arbeitstage im Jahr krankheitsbedingt abwesend, insgesamt drei Viertel waren bis zu 14 Tage abwesend, ein weiteres Viertel mehr als 14 Tage. In Italien sind 75% der kranken Beschäftigten höchstens zehn Tage abwesend. In Österreich und Deutschland sind die Beschäftigten durchschnittlich länger abwesend; 25% der krankheitsbedingt abwesenden Schweizer fehlten aber höchstens zwei Tage. Schweizer und Italiener sind also insgesamt kürzer krankheitsbedingt abwesend als Südtiroler, Österreicher und Deutsche.

Tabelle 1

Wieviele Tage fehlten kranke Beschäftigte maximal in den letzten 12 Monaten?

	25% maximal ...	50% maximal...	75% maximal...
Südtirol	3 Tage	5 Tage	14 Tage
Italien	3 Tage	5 Tage	10 Tage
Österreich	4 Tage	10 Tage	15 Tage
Deutschland	5 Tage	10 Tage	14 Tage
Schweiz	2 Tage	5 Tage	12 Tage
EU-28	3 Tage	5 Tage	14 Tage

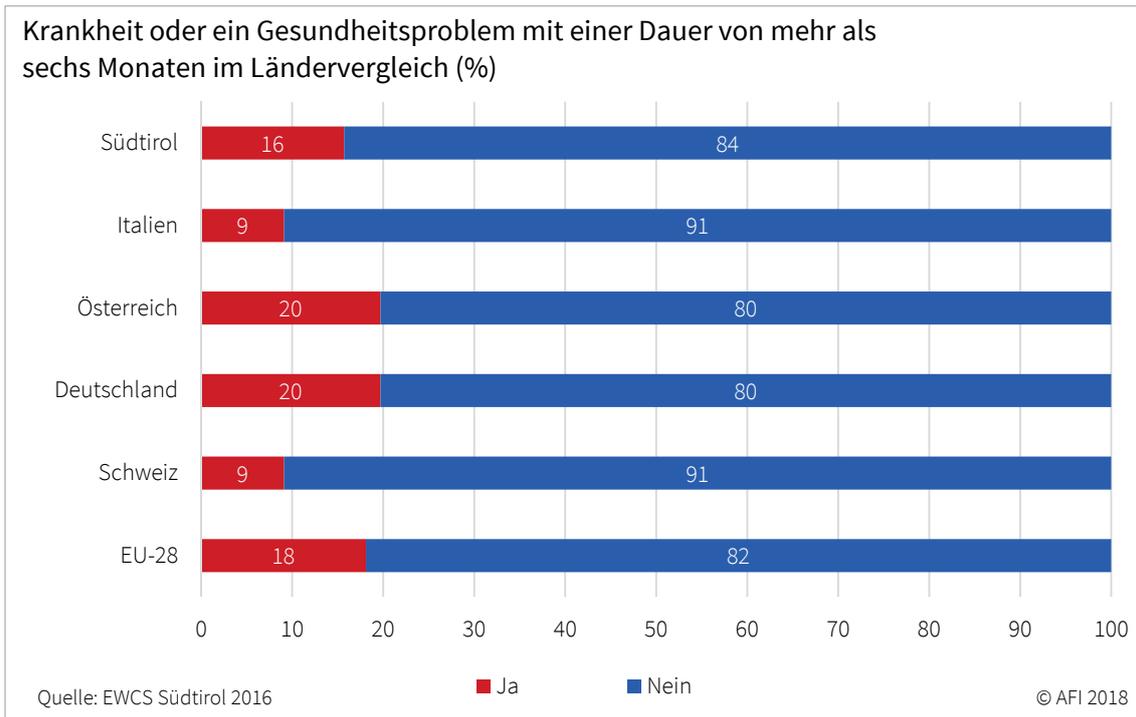
Quelle: EWCS Südtirol 2016

© AFI 2018

3. Beschäftigte mit länger andauernden Gesundheitsproblemen

Neben den akut krankheitsbedingten Fehltagen können Fälle auftreten, in denen Beschäftigte länger andauernde gesundheitliche Probleme bzw. Krankheiten entwickeln. Davon sind in Südtirol über 16% der Erwerbstätigen betroffen. Dieser Wert liegt über dem italienischen Schnitt von 9%. In Österreich, Deutschland und der EU-28 ist ein Fünftel der Beschäftigten von länger andauernden Gesundheitsproblemen betroffen, in der Schweiz ein knappes Zehntel.

Abbildung 5



Von Interesse ist die Aufschlüsselung der Südtiroler Angaben nach einigen bestimmten Merkmalen. Vor allem Beschäftigte, die für öffentliche Arbeitgeber tätig sind, geben an, von Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme betroffen zu sein, die mehr als sechs Monate andauern; hierzulande sind es fast ein Viertel (23%), in der Privatwirtschaft liegt der Wert 10 Prozentpunkte niedriger (14%). Werden die Branchen detaillierter betrachtet, so sticht hervor, dass „länger andauernde“ Krankheiten vor allem bei Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen (30%), im Bereich Erziehung und Unterricht (22%), im Transportgewerbe (30%) sowie im Baugewerbe (20%) verbreitet sind. Die Werte von Selbstständigen und Arbeitnehmern hingegen weichen kaum voneinander ab. Eine Rolle scheinen das Geschlecht und der Migrationshintergrund zu spielen: 21% der Frauen geben an, Gesundheitsprobleme mit Dauer von mehr als sechs Monaten zu haben, bei den Männern sind es 11%. Einheimische Beschäftigte haben zu 17% ein solchermaßen gestaltetes gesundheitliches Problem, Beschäftigte mit Migrationshintergrund zu 9%.

Tabelle 2

Krankheit bzw. Gesundheitsproblem mit Dauer von über sechs Monaten nach Rechtsform, Wirtschaftsbranche, arbeitsrechtlichem Status, Geschlecht und Herkunft (%)

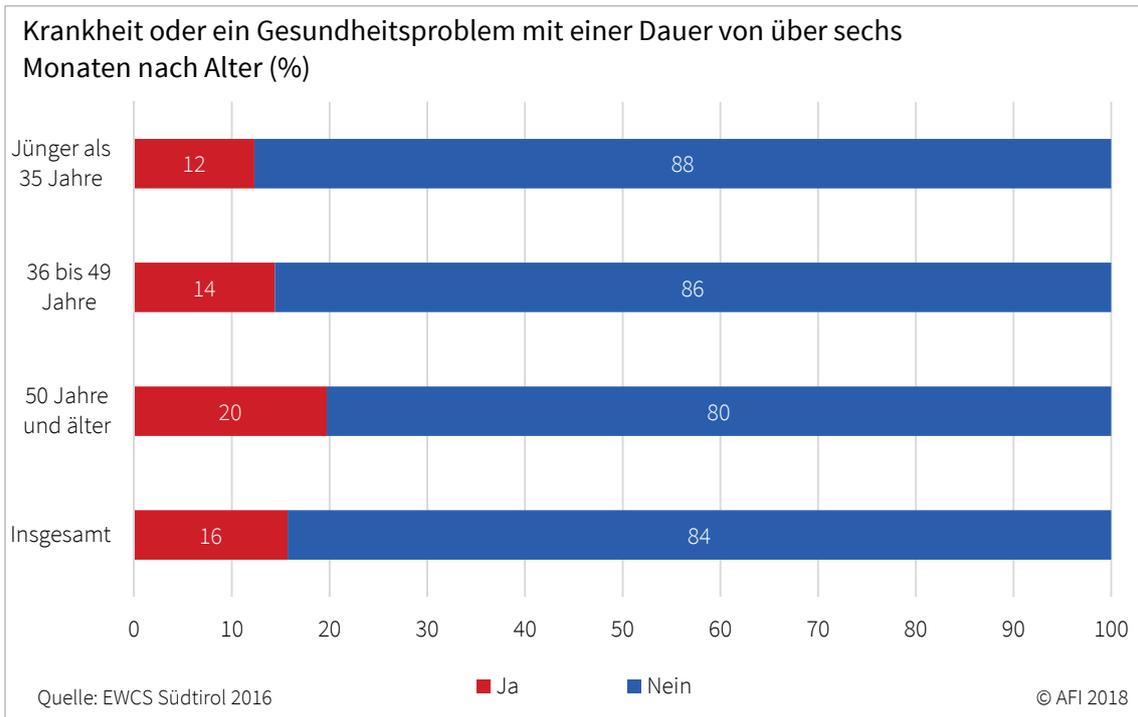
	Ja	Nein
Rechtsform		
Privatwirtschaft	14	86
Öffentlicher Dienst	23	77
Halböffentlicher Bereich Sonstige	10	90
Branche		
Landwirtschaft	16	84
Verarbeitendes Gewerbe	14	86
Baugewerbe	20	80
Handel	10	90
Gastgewerbe	8	92
Transportgewerbe und Logistik	30	70
Finanzdienstleistungen	0	100
Öffentliche Verwaltung	9	91
Erziehung und Unterricht	22	78
Gesundheits- und Sozialwesen	31	69
Andere Dienstleistungen	14	86
Arbeitsrechtlicher Status		
Arbeitnehmer/in	16	84
Selbstständige/r	15	85
Geschlecht		
Mann	11	89
Frau	21	79
Herkunft		
Migrationshintergrund	9	92
Einheimischer	17	83
Insgesamt	16	84

Quelle: EWCS Südtirol 2016

© AFI 2018

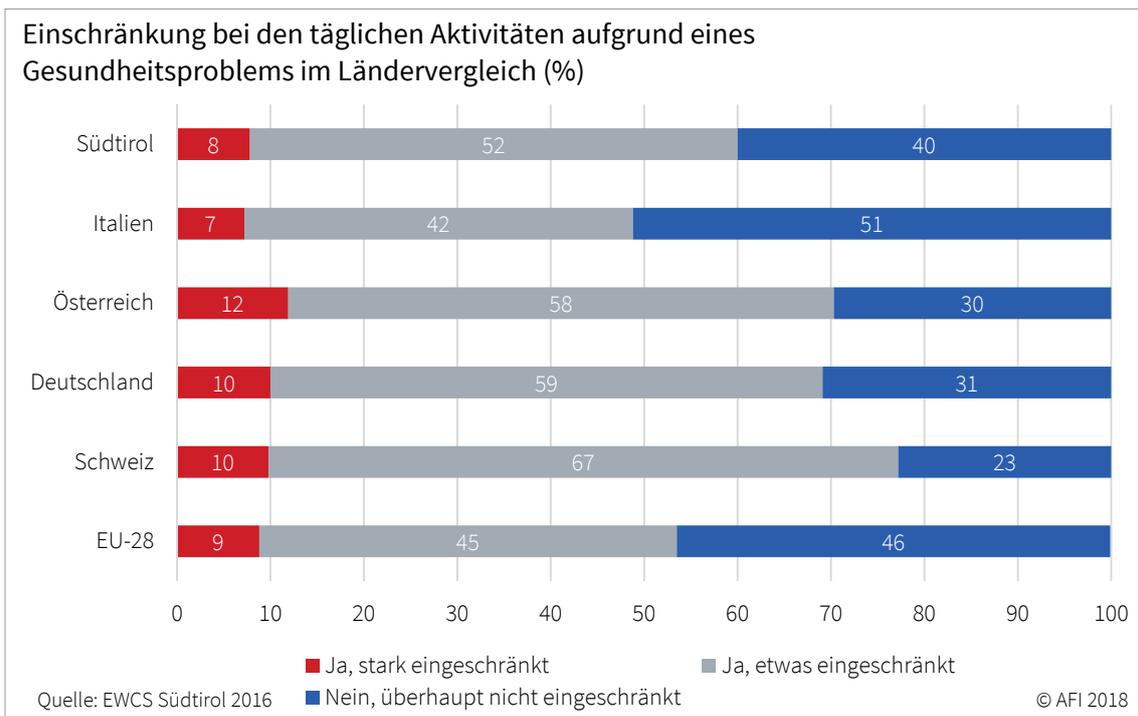
Ein wesentlicher Erklärungsfaktor ist – wenig überraschend – das Alter. Geben von den Beschäftigten unter 35 Jahren 12 % an, ein länger andauerndes gesundheitliches Problem zu haben, so sind es bei den Über-60-Jährigen bereits fast 20 %.

Abbildung 6



Schränkt dieses Gesundheitsproblem die betroffenen Beschäftigten ein? *Stark* eingeschränkt in ihren täglichen Aktivitäten empfinden sich 8 % der Südtiroler Befragten, knapp über 52 % geben an, *etwas eingeschränkt* zu sein; immerhin 4 von 10 Betroffenen sind dadurch *überhaupt nicht* eingeschränkt.

Abbildung 7

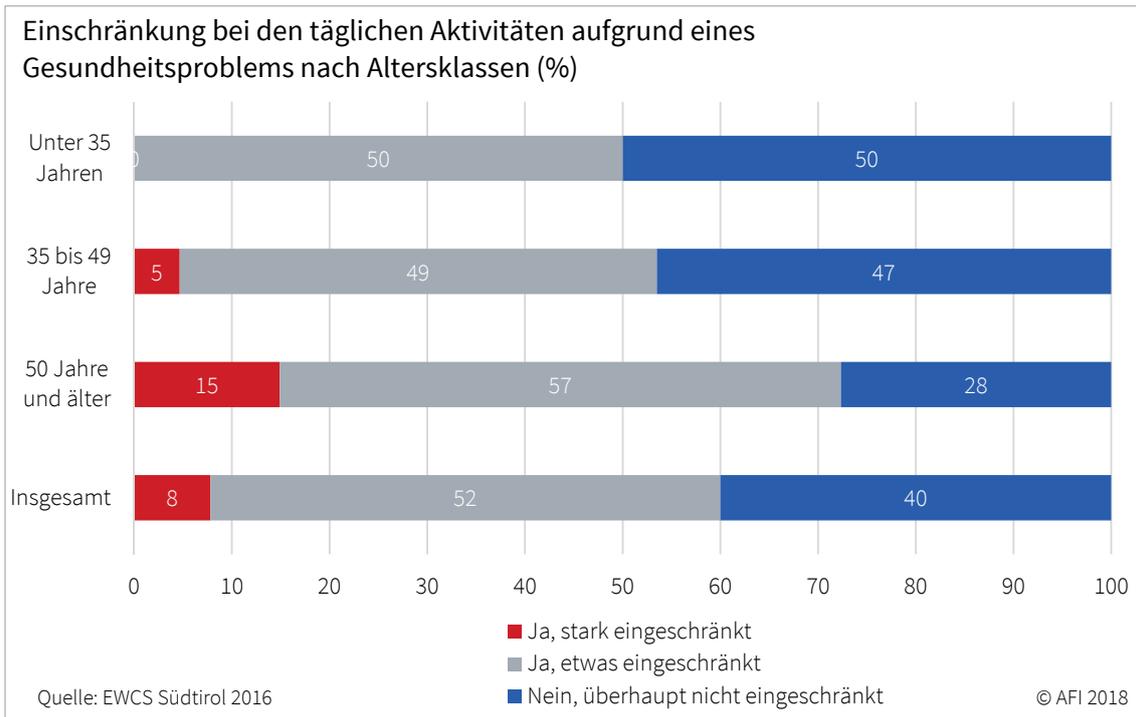


In Italien ist der Anteil der Betroffenen ohne Einschränkungen mit über 50 % am höchsten, in der Schweiz liegt er bei vergleichsweise geringen 23 %. Südtirol und Italien weisen mit etwas über 7 % vergleichsweise geringe Prozentsätze von Erwerbstätigen auf, die durch chronische Krankheiten stark eingeschränkt sind.

Das Alter wirkt sich vor allem auf die Schwere der Auswirkungen einer chronischen Krankheit aus. Der Anteil jener betroffenen Erwerbstätigen, die sich von ihrem chronischen Gesundheitsproblem überhaupt nicht eingeschränkt fühlen, sinkt mit steigendem Lebensalter: Sind bei den Unter-35-Jährigen noch 50 % gänzlich ohne Einschränkung und bei den 35-49-Jährigen immerhin noch 47%, so reduziert sich dieser Anteil bei den Über-50-Jährigen auf 28 %. Spiegelbildlich verhält es sich mit dem Anteil der „stark Eingeschränkten“, der in der höchsten Alterskategorie bei fast 15 % der Betroffenen liegt.

Die Einschränkungen können einen Tätigkeitswechsel oder aber eine Anpassung des Arbeitsplatzes notwendig machen. Von den Beschäftigten, die eine gesundheitliche Problematik aufweisen, die mehr als sechs Monaten besteht, geben in Südtirol 26 % an, dass der Arbeitsplatz und die Tätigkeit verändert wurden, um ein weiteres Arbeiten zu ermöglichen. Der Südtiroler Wert liegt deutlich über dem gesamtstaatlichen (19%) und wird in der Gruppe der deutschsprachigen Staaten nur von jenem der Schweiz übertroffen, welcher bei fast 30 % liegt. Zurückzuführen ist der beachtliche Südtiroler Wert vor allem auf den Öffentlichen Dienst: Dort geben 36 % der betroffenen Beschäftigten an, es habe Maßnahmen gegeben, um ihnen eine weitere Tätigkeitsausübung zu ermöglichen.

Abbildung 8



Dass es Veränderungen geben müsste, merken 23 % der betroffenen Beschäftigten in Südtirol an; dies ist (mit Ausnahme des EU-28-Wertes) der niedrigste Wert in der Ländervergleichsgruppe.

Tabelle 3

Tatsächliche und gewünschte Veränderung des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsaktivität nach Land und nach Rechtsform (nur Befragte mit „Einschränkung“) (%)

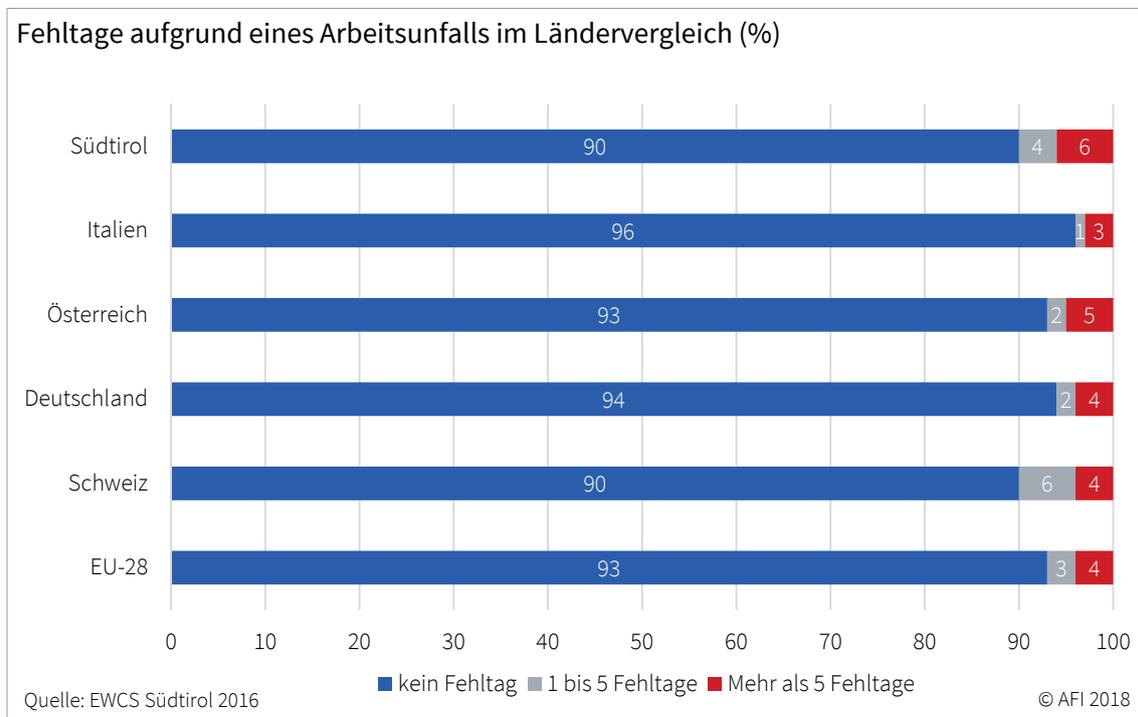
	Ja, wurde verändert	Nein, wurde nicht verändert	Ja, müsste verändert werden	Nein, müsste nicht verändert werden
Land				
Südtirol	26	74	23	77
Italien	19	81	23	77
Österreich	13	87	27	73
Deutschland	21	79	25	75
Schweiz	30	71	31	69
EU-28	21	79	20	80
Rechtsform				
Privatwirtschaft	21	79	25	75
Öffentlicher Dienst	36	64	21	79
Andere	0	100	20	80
Insgesamt	26	74	23	77

Quelle: EWCS Südtirol 2016

© AFI 2018

4. Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen

Abbildung 9

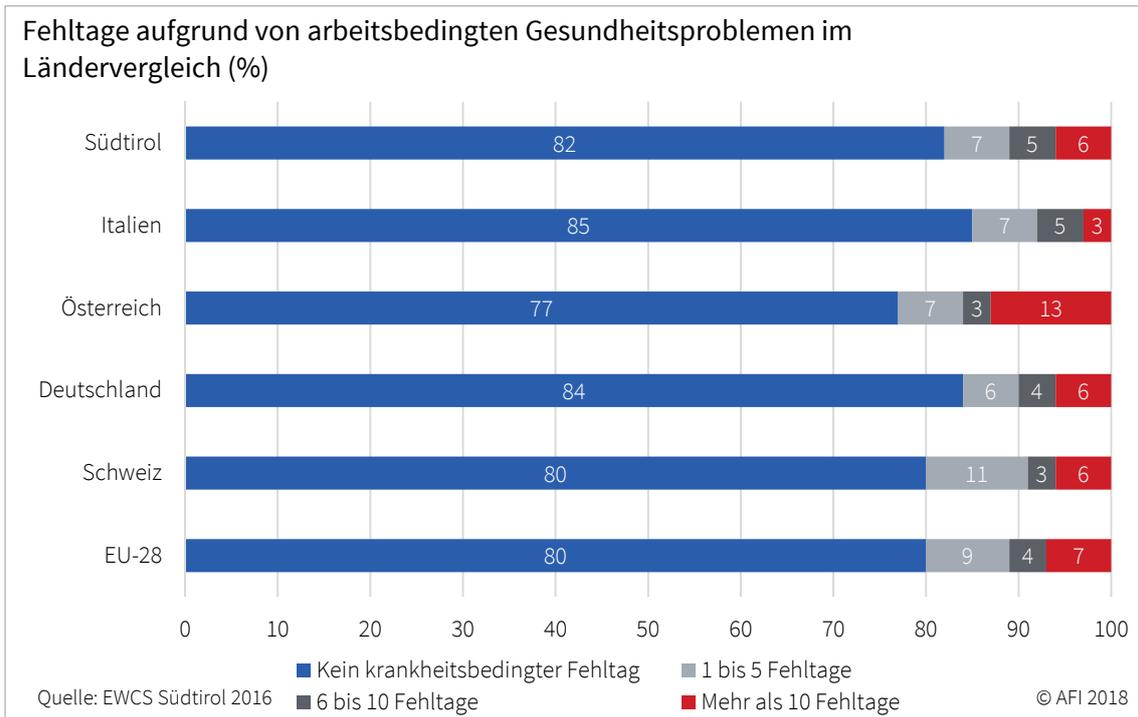


Insgesamt 10 % der krankheitsbedingten Fehltag gehen in Südtirol auf Arbeitsunfälle zurück. Es wäre interessant, sich die Verteilung nach einzelnen Branchen anzusehen, leider sind die Fallzahlen zu klein und somit statistisch begründbare Aussagen nicht möglich.

Um diesem ungünstigen Umstand abzuwehren, lohnt sich ein Blick in den jüngsten Jahresbericht des INAIL (INAIL, 2017): Die beiden Branchen mit den meisten gemeldeten Arbeitsunfällen im Jahr 2016 waren das Bauwesen (1.389 gemeldete Arbeitsunfälle) und das Verarbeitende Gewerbe mit 1.403 gemeldeten Arbeitsunfällen. Alle anderen Branchen vermelden deutlich geringere Unfallzahlen.

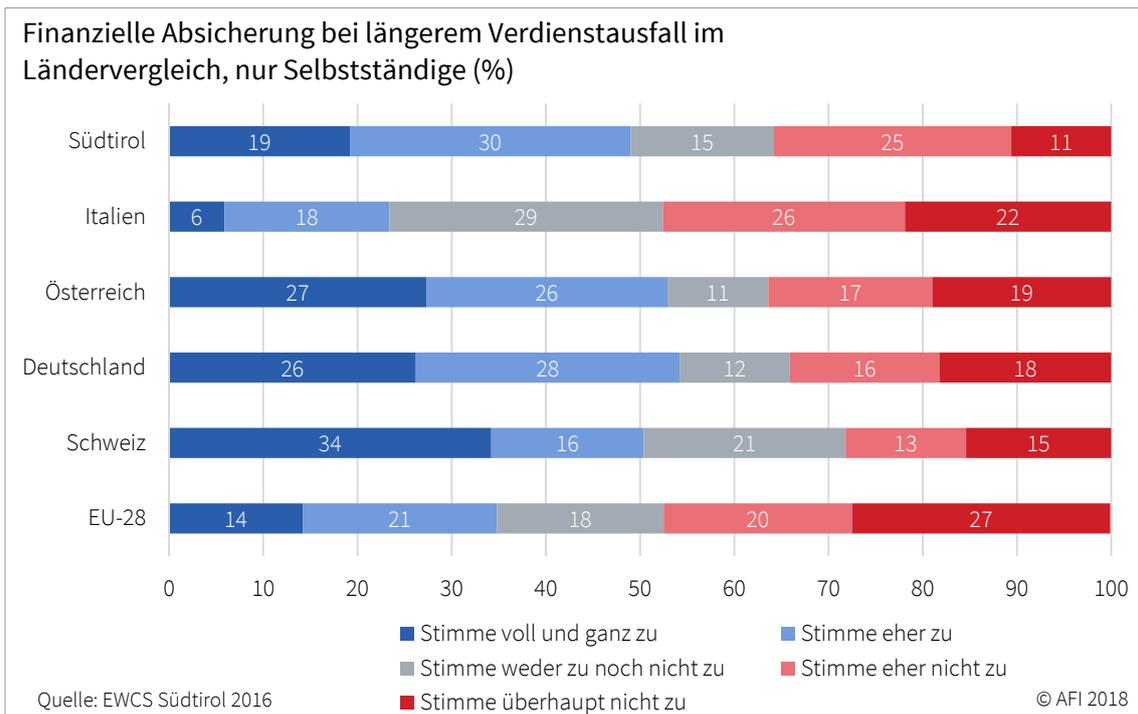
Bei längeren krankheitsbedingten Abwesenheiten, die durch gesundheitliche Beschwerden verursacht sind, welche durch die Arbeit selbst hervorgerufen werden, befindet sich Südtirol im unteren Mittelfeld der deutschsprachigen Länder. Bemerkenswerte 13 % der kranken Beschäftigten in Österreich geben an, aus diesem Grund mehr als zehn Arbeitstage abwesend gewesen zu sein, in Südtirol ist dieser Anteil um die Hälfte geringer (6 %). Die niedrigsten Werte weist im Vergleich Italien auf, der gesamtstaatliche Wert liegt auch deutlich unter dem EU-Durchschnitt.

Abbildung 10



5. Finanzielle Absicherung bei längerem Verdienstaufschlag bei Selbstständigen

Abbildung 11

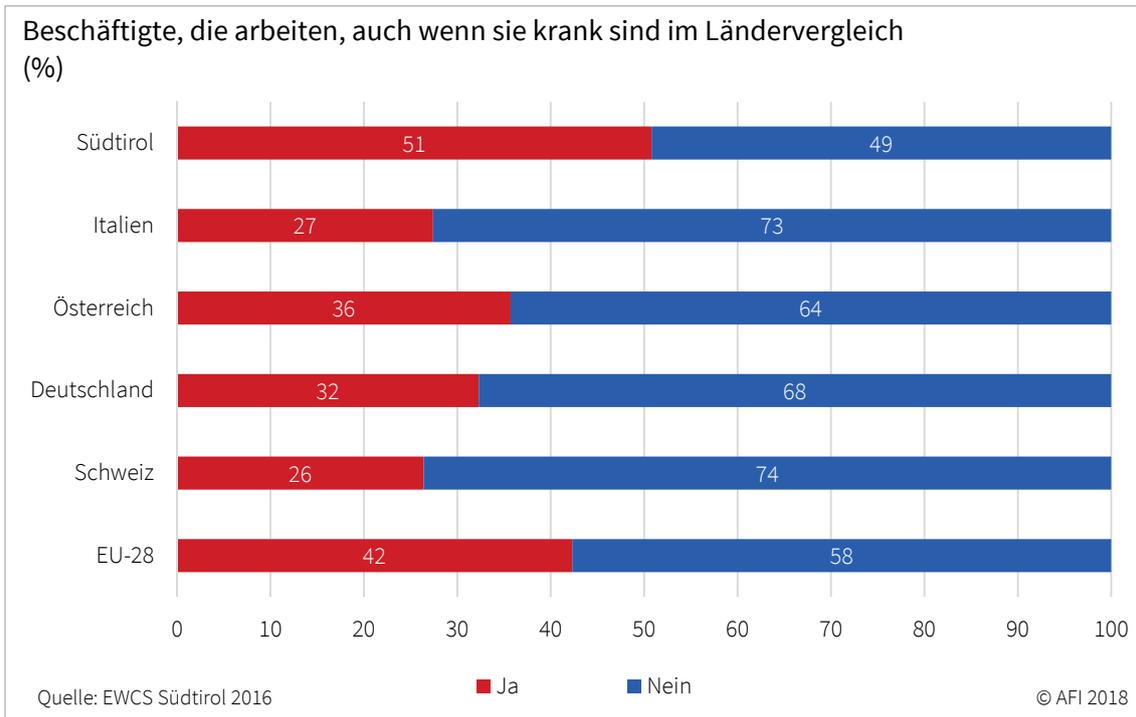


Die Selbstständigen in Südtirol sind recht gut abgesichert, wenn sie längerfristig erkranken würden. Insgesamt geben fast 50% an, im Falle eines Verdienstaustauschs infolge einer längerfristigen Erkrankung „voll und ganz“ oder „eher“ finanziell abgesichert zu sein. Ein gutes Drittel hingegen wäre in diesem Fall finanziell nicht gut abgesichert, aber nur jeder zehnte Selbstständige (11%) „überhaupt nicht“ gut. Das ist der niedrigste Wert gegenüber der Vergleichsgruppe und vor allem gegenüber dem EU-Schnitt, nach welchem ein starkes Viertel (27%) der Selbstständigen überhaupt nicht gut abgesichert sind. Insgesamt liegt Südtirol damit im mitteleuropäischen Rahmen, welcher wiederum deutlich (ungefähr zehn Prozentpunkte) über dem EU-Durchschnitt liegt. Italien weist im Vergleich deutlich schlechtere Werte auf.

6. Präsentismus: „Ich bin krank, arbeite aber trotzdem!“

Präsentismus „meint eine Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher oder anderweitiger Beschwerden, die eine Abwesenheit (...) legitimiert hätte.“ (Dorsch, Wirtz, & Strohmer, 2017, S. 1313). Ein Beschäftigter ist also krank, erscheint aber trotzdem an der Arbeitsstelle. Dass dies nicht unbedingt zum Vorteil des Arbeitgebers ist, zeigt die arbeitspsychologische Forschung. Diese hat klar herausgearbeitet, dass der sogenannte „Präsentismus“ zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit führt sowie „zu vermehrter Fehlerhäufigkeit und Unfallgefahr führen kann“ (Chapman 2005, Schulz und Edington 2007 in Dorsch 2016: 1313). Mögliche Qualitätsmängel bei den hergestellten Waren, erhöhter Ausschuss, schlechte Dienstleistungen oder Arbeitsunfälle, welche durch Beschäftigte entstehen, die statt in der Werkstatt oder im Büro eigentlich im Bett sein sollten, können größere Kosten verursachen, als sich durch einfache Krankmeldungen ergeben würden.

Abbildung 12



Die Südtiroler Beschäftigten arbeiten weitaus häufiger, wenn sie krank sind, als ihre Kollegen in den Vergleichsländern (51%). Südtirol liegt gleichfalls deutlich über dem EU-Durchschnitt von 42 %. In der Schweiz und in Italien bleiben kranke Beschäftigte viel öfter zuhause als hierzulande, der Unterschied beträgt ungefähr 24 Prozentpunkte.

Die arbeitspsychologische Forschung hat versucht herauszufinden, wie sich Präsentismus erklären lässt. Häufig genannte Gründe waren: „Die Arbeit zu Ende führen, die Kollegen nicht im Stich lassen, die Verantwortung gegenüber Kunden und Klienten wahrnehmen“ (Ulich und Nido 2014, in Dorsch 2017: 1313). Ob ein Beschäftigter dazu neigt, bei Krankheit trotzdem zu arbeiten, ist auf der persönlichen Ebene das Ergebnis eines Bündels aus folgenden Persönlichkeitsmerkmalen, objektiven Anforderungen und Verhaltensintentionen: „Großes Arbeitsvolumen, Pflichtgefühl, Rücksicht auf Kollegen, Angst vor beruflichen Nachteilen, Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber, Angst vor persönlichem Nachteil, Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und die Bewertung der Krankheit als Bagatellerkrankung“ (Brandenburg und Nieder 2009, in ebd.).

Abbildung 13

Welche Umstände beeinflussen die Neigung, auch dann zu arbeiten, wenn man krank ist?

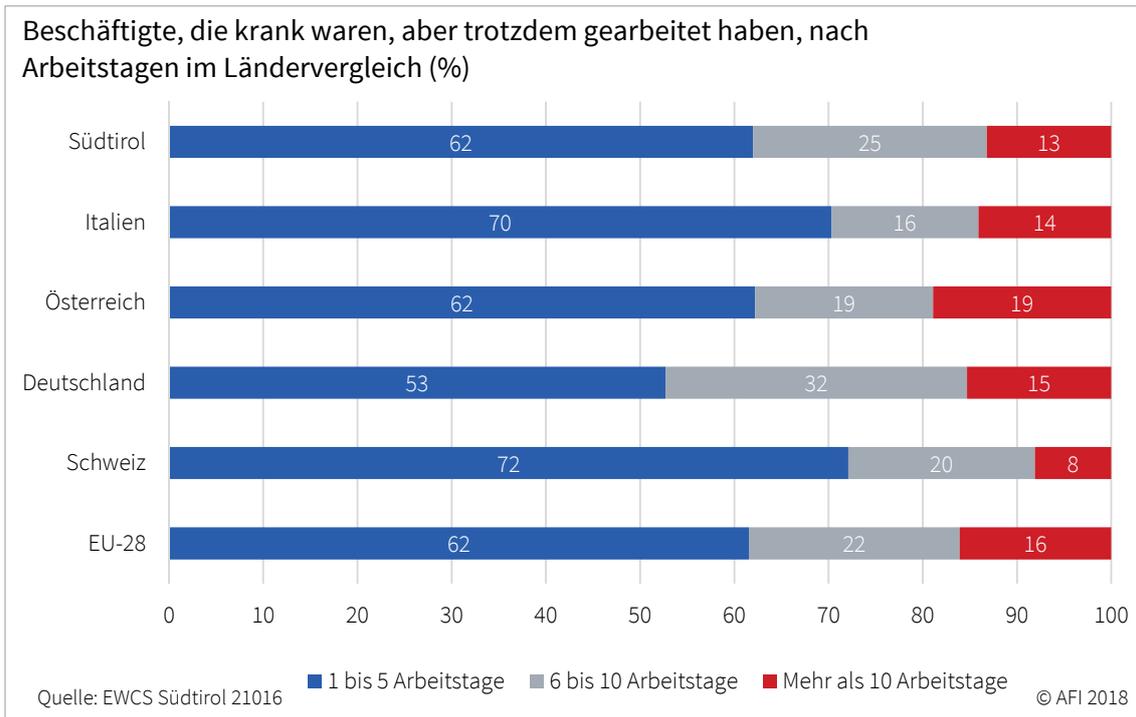


Quelle: Ulich und Nido 2014, in Dorsch 2017: 1313

© AFI 2018

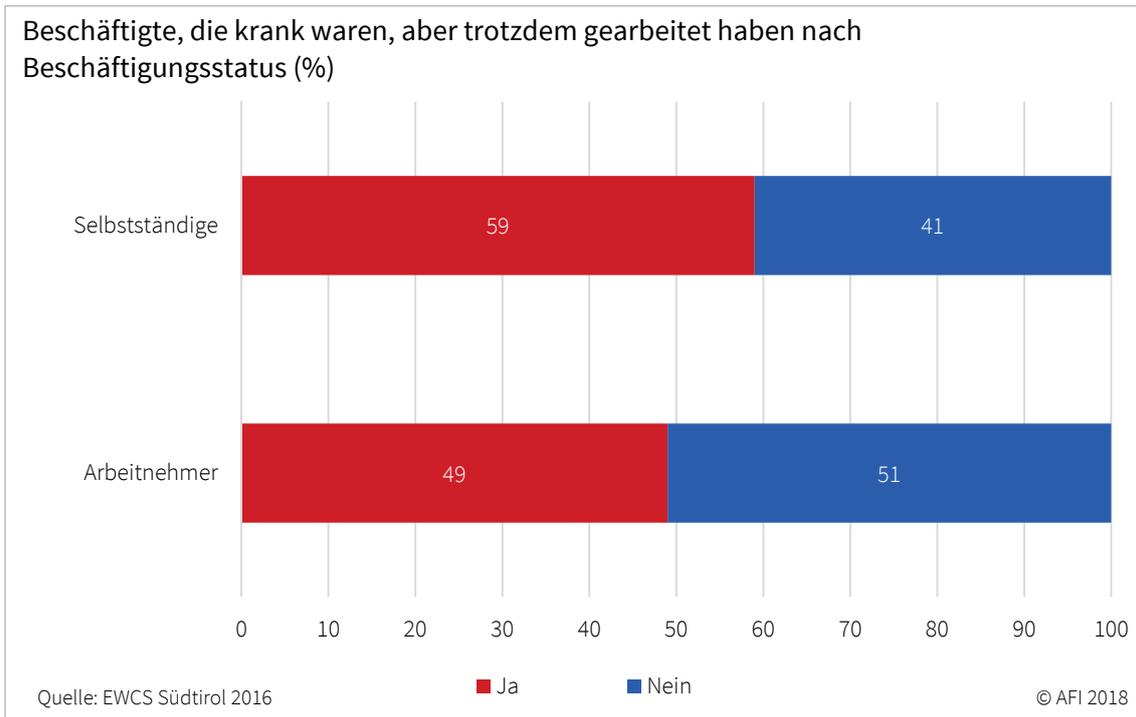
62 % der Südtiroler Beschäftigten haben ein bis fünf Tage gearbeitet, obwohl sie krank waren. Nicht ganz ein Viertel (25 %) haben unter diesem Umstand sechs bis zehn Tage in den 12 Monaten vor der Befragung gearbeitet, das ist deutlich mehr als in Italien (16 %) oder in Österreich (19 %). Beschäftigte, die mehr als zehn Tage krank gearbeitet haben, gibt es vergleichsweise wenige, zu dieser Gruppe zählt nur mehr als jeder Zehnte (13 %). Die Südtiroler Werte bewegen sich insgesamt im Mittelfeld der deutschsprachigen Länder und liegen nahe am EU-Durchschnitt.

Abbildung 14



Selbstständige und Arbeitnehmer unterscheiden sich statistisch nur knapp nicht signifikant voneinander, wenn es um das Arbeiten trotz Krankheit geht. Tendenziell arbeiten Selbstständige aber ein wenig öfter als Arbeitnehmer, wenn sie krank sind. Das ist nachvollziehbar, weil viele Selbstständige in Branchen wie beispielsweise der Landwirtschaft oder im Handwerk alleine arbeiten oder nur in einer sehr kleinen Arbeitsgruppe. Fehlt der Selbstständige, würde die Arbeit bei diesen Berufen eher liegen bleiben als beispielsweise in einem Büro der Kategorie „Öffentliche Verwaltung“, in denen Kollegen die Aufgaben übernehmen.

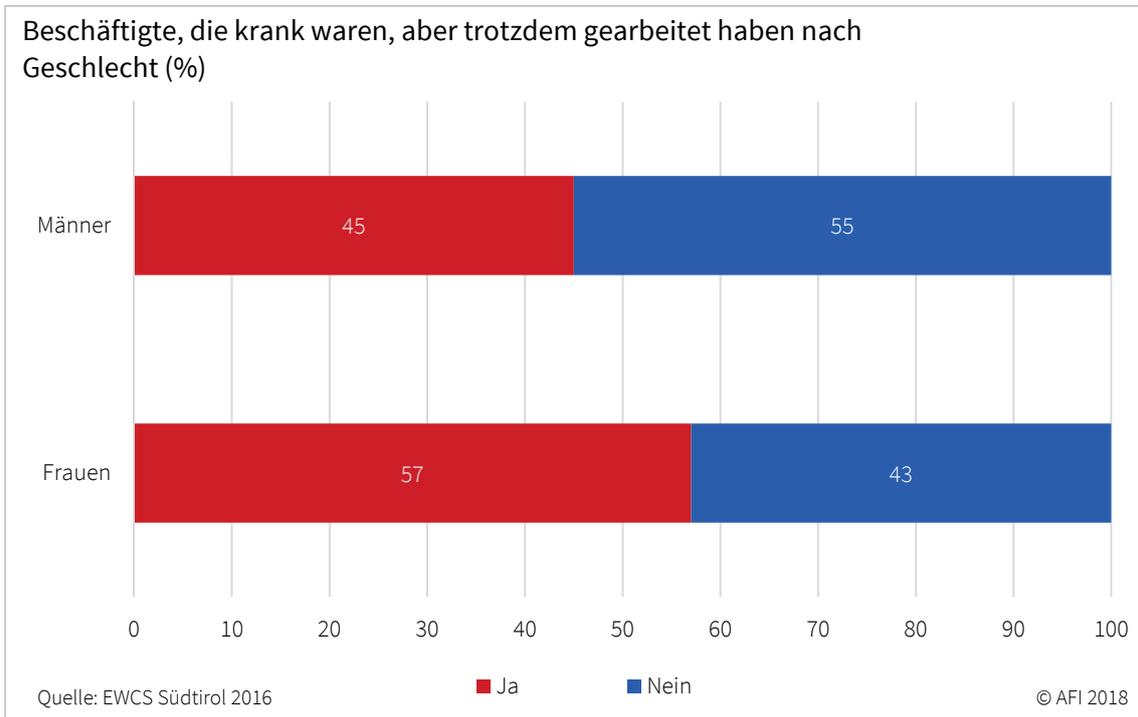
Abbildung 15



Frauen arbeiten deutlich häufiger als Männer, wenn sie krank sind: der Unterschied beträgt mehr als 12 Prozentpunkte und ist hochsignifikant. Wie ist dieses Ergebnis zu erklären? Frauen arbeiten zum einen deutlich häufiger in Teilzeit als Männer. Auch das mag eine Rolle dabei spielen, ob jemand krank zur Arbeit geht: Vier Arbeitsstunden sind leichter auszuhalten als acht Stunden.

Zum anderen wirken Brancheneffekte: Es sind viel häufiger Männer, die in körperlich anstrengenden und etwaig gefährlichen Wirtschaftsbereichen wie dem Baugewerbe, der Landwirtschaft oder dem Verarbeitenden Gewerbe arbeiten. Die Beschäftigten der ersten beiden Branchen arbeiten zudem oft im Freien bzw. in Rohbauten. In diesen Branchen wirken sich krankheitsbedingte Einschränkungen (Unwohlsein, Mattigkeit, Unaufmerksamkeit) sowohl wegen des ungünstigeren Arbeitsumfelds als auch wegen der erhöhten Unfallgefahr gefährlicher aus als krankheitsbedingte Einschränkungen in den Büros der Privatwirtschaft oder im Klassenzimmer, in denen vielfach Frauen arbeiten.

Abbildung 16



Schlussfolgerungen

Wenn Beschäftigte krank sind und nicht arbeiten können, entsteht für die Volkswirtschaft enormer wirtschaftlicher Schaden im Bereich von Dutzenden Milliarden Euro (Badura u. a., 2012, S. 292). Die Möglichkeit einer bezahlten Abwesenheit vom Arbeitsplatz beim Vorliegen einer Krankheit ist aber vollkommen gerechtfertigt und eine große Errungenschaft des Wohlfahrtsstaats.

Viele krankheitsbedingte Abwesenheitstage sind allerdings nicht unbedingt ausschließlich auf wirkliche Krankheiten zurückzuführen: Sowohl das Laienverständnis im Arbeitsalltag als auch die Arbeitspsychologie kennt Fälle, in denen die Abwesenheit eines Beschäftigten eher als Rückzugsverhalten zu werten ist, als Ausdrucksform für Konflikte in der Arbeit oder im Privatleben oder auf unterschiedliche kulturelle Normen beim Krankheitsverhalten (vgl. Dorsch et al. 2017, 177).

Dass diese Art von Arbeitsabwesenheit dem Unternehmen oder der Organisation nicht zuträglich ist, ist offenkundig: Die Arbeit bleibt liegen, Arbeitsabläufe werden gestört, die Kollegen kommen unter Druck, und, wenn sich diese Vorfälle häufen, wird Zwietracht im Team gesät. Es liegt somit im Interesse des Unternehmens und der Mitarbeiter, Arbeitsabwesenheit, die nicht durch Krankheit begründet ist, möglichst zu verringern.

Dass es aber genauso im Interesse des Unternehmens oder der Organisation liegen sollte, jene „besonders fleißigen“ Beschäftigten, welche krank zur Arbeit kommen (und das immer wieder tun) in Schranken zu halten, ist auf den ersten Blick weniger klar. Doch gibt es auch dafür gute Gründe: Kranke Beschäftigte, die sogenannten „Präsentisten“ erledigen ihre Arbeit einfach nicht gut. Die Fehlerhäufigkeit steigt, produzierte Waren und erbrachte Dienstleistungen haben nicht dieselbe Qualität wie diejenigen von gesunden Mitarbeitern. Diese kranken Mitarbeiter stecken möglicherweise ihre Arbeitskollegen an, ja gefährden diese und sich selbst, weil durch die krankheitsbedingten Einschränkungen (Unwohlsein, Schwäche) auch die Unfallgefahr erhöht wird. Die Kosten von Präsentismus können um ein Mehrfaches höher ausfallen als jene Kosten, welche entstünden, wenn sich diese Mitarbeiter einfach krankmelden würden (vgl. Schultz et al. 2008, in ebd., 1313).

Wenn in einem Unternehmen oder einer Organisation also auffallend viele Beschäftigte entweder häufig fehlen oder, im Gegenteil, oft auch arbeiten, wenn sie krank sind, ist dies ein deutliches Zeichen dafür, dass etwas nicht stimmt. Im Interesse des Unternehmens und der einzelnen Mitarbeiter sollte dem nachgegangen werden – die Arbeitspsychologie hat Instrumente dafür: Erprobte Maßnahmen wie die betriebliche Gesundheitsförderung, welche die Belegschaft als Ganzes miteinbezieht, können Fehlzeiten verringern. Außerdem verhilft ein gut durchdachtes und klug eingeführtes betriebliches Gesundheitsmanagement Unternehmen und Organisationen zu besseren wirtschaftlichen Ergebnissen: Produktivitätszugewinne, Verbesserung der Qualität von

Produkten und Dienstleistungen, die Erhaltung von Flexibilität und Innovationsfähigkeit verbessern die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens auf dem Markt, geringere Fehlzeiten und weniger Fluktuation des Personals helfen dem Unternehmen sparen (vgl. Ulich 2005, 529).

Eine praktische Maßnahme in diesem Rahmen ist der betriebliche Gesundheitszirkel, welche auch dazu dienen können, aus Mitarbeitersicht fehlzeitenerhöhende Arbeitsbedingungen zu entdecken und in der Folge anzugehen (vgl. Nerdinger et al. 2011, 377).

Der Erhalt der Gesundheit, die Orientierung an der Prävention und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten mit länger andauernden, „chronischen“ Krankheiten gewinnen in den modernen europäischen Gesellschaften an Bedeutung. Es ist vielfältig nachgewiesen, dass gute Arbeitsbedingungen entscheidend zum Erhalt der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit beitragen können.

Wenn Arbeitnehmende allerdings unfall- oder krankheitsbedingt länger abwesend sind, dann sind Maßnahmen für die Rehabilitation und den beruflichen Wiedereinstieg hilfreich. Diese zielen darauf ab, die Arbeitsfähigkeit wiederum herzustellen und die Rückkehr in das Erwerbsleben bzw. den Verbleib am Arbeitsplatz zu unterstützen. Studien lassen den Schluss zu, dass medizinische Faktoren (klassischerweise die Art und Schwere der Erkrankung) keineswegs entscheidend für den Erfolg von Wiedereingliederungsmaßnahmen sind. Das Selbstmanagement und die Einstellung der Arbeitskollegen, aber auch die soziale Unterstützung üben einen großen Einfluss aus (mit umfangreichen Belegen Stegmann/Schröder 2018).

In Europa lassen sich verschiedene Modelle der Rückkehr zum Arbeitsplatz unterscheiden, wobei Italien, Österreich und Deutschland sowie die Schweiz jeweils unterschiedlichen Systemen angehören (ausführlich in Belin et al. 2016: 19 ff).

Italien gehört - wie die Schweiz - zu den Ländern mit einer schrittweisen Wiedereingliederung, die sehr stark von arbeitsrechtlichen und arbeitsmedizinischen Gegebenheiten bestimmt wird. Eine Koordination der unterschiedlichen Akteure und ein frühzeitiges Agieren (etwa im Hinblick auf Maßnahmen der Arbeitsgestaltung) ist nicht sehr verbreitet.

Österreich und Deutschland gehören wie die skandinavischen Länder zur Gruppe der Staaten mit einem umfassenden Rehabilitations- und Rückkehrsystem an. Es findet eine breite Koordinierung zwischen den Akteuren in den relevanten Politikfeldern statt, wobei im Netzwerk gearbeitet wird: Beschäftigung, Arbeitsschutz, Bildung, öffentliche Gesundheit, soziale Sicherheit und Versicherung sowie mit Interessensvertretungen, die an den Systemen für die Rückkehr in das Erwerbsleben beteiligt sind. Die Maßnahmen setzen frühzeitig ein und beinhalten auch die Entwicklung individueller Wiedereingliederungspläne. In Österreich ist das durch Mittel des europäischen Sozialfonds finanzierte Netzwerk *fit2work*² aktiv.

² <http://fit2work.at/>

Dass die Arbeitsbedingungen sich unmittelbar auf alle Bereiche der Gesundheit auswirken, ist beileibe kein Erkenntnisproblem, sondern – wenn schon - ein Umsetzungsproblem. Die EWCS-Daten lassen für Südtirol vermuten, dass Anpassungs- und Tätigkeitswechsel vor allem informell vereinbart werden, zudem scheinen die meisten Anpassungen im Öffentlichen Dienst stattzufinden. Ein Netzwerk nach dem Modell des österreichischen fit2work hätte den Vorteil, lokales Knowhow zu schaffen und zu bündeln, den betroffenen Betrieben und Arbeitnehmenden gezielte Beratungsdienstleistungen anzubieten.

Die Verringerung der Fehltag, die Minimierung längerer Abwesenheiten, die Eingliederung „chronisch“ Kranker und die konkrete Gestaltung der Arbeit ist ein Feld, auf dem eine verstärkte Kooperation der Sozialpartner notwendig und sinnvoll ist.

Tobias Hölbling (tobias.hoelbling@afi-ipl.org)

Werner Pramstrahler (werner.pramstrahler@afi-ipl.org)

Literaturverzeichnis

- Arbeitsförderungsinstitut (Hrsg.). (2017, Mai 17). [Review of *EWCS Südtirol: Die Methodik*, von T. Hölbling]. Abgerufen von <http://afi-ipl.org/wp-content/uploads/2017-05-16-EWCS-Methodik-mit-Anhang.pdf>
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M., & Achilles, F. (Hrsg.). (2012). *Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Bartel, S. (2018). Arbeit oder Gesundheit? Eine qualitative Verlaufsstudie zu gesundheitsbedingten Brüchen in der Berufsbiographie. In H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik* (S. 139–154). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18816-0_7
- Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., Fries-Tersch, E., & European Agency for Safety and Health at Work. (2016). *Rehabilitation and return to work: analysis report on EU and Member States systems and programmes*. Luxembourg: Publications Office. Abgerufen von <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:TEWE16002:EN:HTML>
- Dorsch, F., Wirtz, M. A., & Strohmer, J. (Hrsg.). (2017). *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (18., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Hrsg.). (2017). *6th European Working Conditions Survey: overview report* (2017 update). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- INAIL, L. B. (Hrsg.). (2017, Dezember). Rapporto annuale provinciale 2016 – Bolzano - Bozen. Abgerufen von <https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjo9aXroNDYAhWRpqQKHehtAS8QFg-guMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.inail.it%2Fcs%2Finternet%2Fdocs%2Fallegato-rapp-bolzano-2015.pdf&usg=AOvVaw3WJhcbUWlie1sDWzQLP-gi>
- Nerdinger, F. W., Blickle, G., & Schaper, N. (2011). *Arbeits- und Organisationspsychologie: mit 34 Tabellen* (2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Neuberger, O. (2002). *Führen und führen lassen: Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung; mit zahlreichen Tabellen und Übersichten* (6., völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Ohlbrecht, H. (2018). Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik* (S. 117–137). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18816-0_6
- Stegmann, R., & Schröder, U. B. (2018). *Anders Gesund -- Psychische Krisen in der Arbeitswelt: Prävention, Return-to-Work und Eingliederungsmanagement*. Abgerufen

von <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1651469>

Turgut, S., Sonntag, K., & Michel, A. (2013). Arbeitspsychologische Fehlzeitenanalyse – ein Mehrebenenmodell. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 67(4), 233–242. <https://doi.org/10.1007/BF03374412>

Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie* (6., überarb. und erw. Aufl.). Zürich: vdf, Hochschulverl. an der ETH [u.a.].

Anhang

Tabelle A.1
Krankheitsbedingte Fehltage nach EWCS

Land	Krankheitsbedingte Fehltage (Mittelwert)	Standardabweichung
Norwegen	9,3	24,1
Slowenien	8,6	24,2
Finnland	8,5	20,8
Belgien	8,4	21,4
Luxemburg	7,9	25,0
Estland	7,7	23,4
Österreich	7,7	19,4
Frankreich	7,7	24,1
Schweden	7,3	22,4
Deutschland	7,3	14,1
Litauen	6,7	14,1
Südtirol	6,5	19,4
Niederlande	6,3	18,5
Polen	6,1	19,3
Dänemark	6,0	15,3
Lettland	5,7	17,1
EWCS-Durchschnitt	5,7	17,2
Slowakei	5,3	10,6
Tschechien	5,3	9,1
Malta	5,2	10,3
Kroatien	5,2	14,1
Serbien	5,1	19,6
Portugal	5,1	25,3
Großbritannien	5,1	16,1
Schweiz	5,0	15,6
Italien	4,7	9,7
Bulgarien	4,5	12,2
Türkei	4,2	9,4
Irland	4,0	11,9
Spanien	3,9	17,2
Albanien	3,7	9,1
Zypern	3,3	9,4
Montenegro	3,1	10,4
Ungarn	2,8	6,5
Mazedonien	2,6	9,5
Griechenland	2,3	5,8
Rumänien	2,0	6,5

Quelle: EWCS Südtirol 2016.

© AFI 2018

© AFI | Arbeitsförderungsinstitut

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

I - 39100 Bozen

T. +39 0471 418 830

info@afi-ipl.org

www.afi-ipl.org