

WIFO

TEL. (+43 1) 798 26 01-0

FAX (+43 1) 798 93 86

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG
AUSTRIAN INSTITUTE OF ECONOMIC RESEARCH

WIEN 3, ARSENAL, OBJEKT 20 • A-1103 WIEN, POSTFACH 91

P.O. BOX 91, A-1103 VIENNA – AUSTRIA • <http://www.wifo.ac.at>



Donau Universität
Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
A-3500 Krems
<http://www.donau-uni.ac.at/mis>

Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität

Gudrun Biffl

**Präsentation der Studie anlässlich der gleichnamigen Fachtagung der
Arbeiterkammer Wien - Bildungszentrum**

29.5.2009

-
- *„In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir die Gesundheit, um Geld zu erwerben – in der anderen opfern wir Geld, um die Gesundheit wieder zu erlangen. Und während dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen.“ (Voltaire)*
 - *„Wenn ich gewusst hätte, dass ich so alt werde, hätte ich früher auf meine Gesundheit geachtet.“ Stanley Rue*
 - *„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, soll eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.“ (Ottawa Charta)*

- **Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen, dem individuellen Verhalten und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung ist ein neuer Forschungsschwerpunkt in der EU**
 - **Rolle der Arbeitsplatzqualität für die Arbeitsproduktivität - Lissabon Ziele**
 - **2007: 5-Jahresplan der EU mit dem Ziel der Reduzierung arbeitsbedingter Krankheiten und Unfälle:**
http://osha.europa.eu/new_eustrategy
- **Entwicklung der Gesundheitskosten:**
 - **Rolle der Alterung, der Arbeitsbedingungen und des wirtschaftlichen Strukturwandels in Richtung Wissensgesellschaft**
 - **Rolle der Verhaltensmuster/gesellschaftlicher Wandel**
 - **Erhaltung der Arbeitskraft ist zentral für die Finanzierung des Gesundheitssystems (Versicherung gg Risiko des Krankenstands); daraus resultiert die Herausforderung der Gesundheitskostensteigerung für den Faktor Arbeit (Lohnnebenkosten)**

Probleme/
Schwierigkeiten

- **Arbeitsbedingte Krankheiten unterscheiden sich im Krankheitsbild nicht von anderen Krankheiten**
- **Krankheitsursachen sind oft multifaktoriell, es ist nicht immer möglich, Kausalitäten eindeutig zu bestimmen**
- **Wirkungszusammenhänge vieler Stoffe und externer Faktoren bis dato unbekannt**
- **Oftmals lange Zeitspanne zwischen Belastung und Erkrankung**
- **Informationen/Daten an der Schnittstelle von EWT und Gesundheit oft nicht ausreichend**

Mögliche
Ansätze

- **Direkte Befragung der Betroffenen kann einen ersten Anhaltspunkt für die Quantifizierung der gesundheitlichen Folgeerscheinung von beruflicher Tätigkeit liefern (allerdings: Subjektivität!)**
- **Eine genauere Quantifizierung kann anhand von epidemiologischen Studien mittels der Ermittlung von attributiven Risiken erreicht werden.**
- **Gleichzeitige Erfassung von Belastungsfaktoren und Gesundheitsverläufen exponierter Personen zeigt Wirkungszusammenhänge auf**

- 1. Untersuchung der Belastungen auf dem Arbeitsplatz in Österreich im EU Vergleich; Etablierung des Zusammenhangs zwischen Arbeit und Krankenstand**
- 2. Beleuchtung der langfristigen Folgen von Arbeitsplatzbelastungen für Gesundheit und Sozialsystem (bleibende Gesundheitsschäden, Invalidität)**
- 3. Ausblick: Folgen des wirtschaftlichen Strukturwandels und Implikationen für arbeitsbedingte Krankheiten als Ansatzpunkte für Maßnahmen**

	Österreich	Deutschland	EU 15	Rang Österreich in EU 15
Vibrationen	17,6	17,5	16,8	6
Lärm	14,1	18,9	20,2	14
Abgase, Staub	13,1	12,0	15,4	11
Chemikalien	7,4	6,5	9,4	9
Schmerzhafte Haltungen	27,1	25,8	32,8	12
Schwere Lasten	21,5	19,7	22,8	7
Tragen von Schutzausrüstung	20,3	29,0	25,0	9
Repetitive Tätigkeiten	37,5	33,4	46,1	14
Hohes Arbeitstempo	47,0	43,6	43,6	5
Kurzfristige Termine	53,8	51,6	47,8	3
Numerische Produktionsziele	25,1	26,5	30,5	13
Taktgebundene Arbeit	17,6	19,8	20,2	11

Haupt- ergebnisse

- Belastende Einflüsse wie Abgase, Lärm und Chemikalien treffen bis zu $\frac{1}{8}$ der Beschäftigten
- Körperliche Belastungen (Vibrationen, Lasten, schmerzhafte Haltungen) sind stärker verbreitet ($\sim \frac{1}{4}$ der Beschäftigten)
- Österreich gut mit Deutschland vergleichbar; bei den meisten Indikatoren an oder unter EU-Durchschnitt
- Vor allem hinsichtlich Arbeitsintensität und Termindruck deutlich über dem Durchschnitt

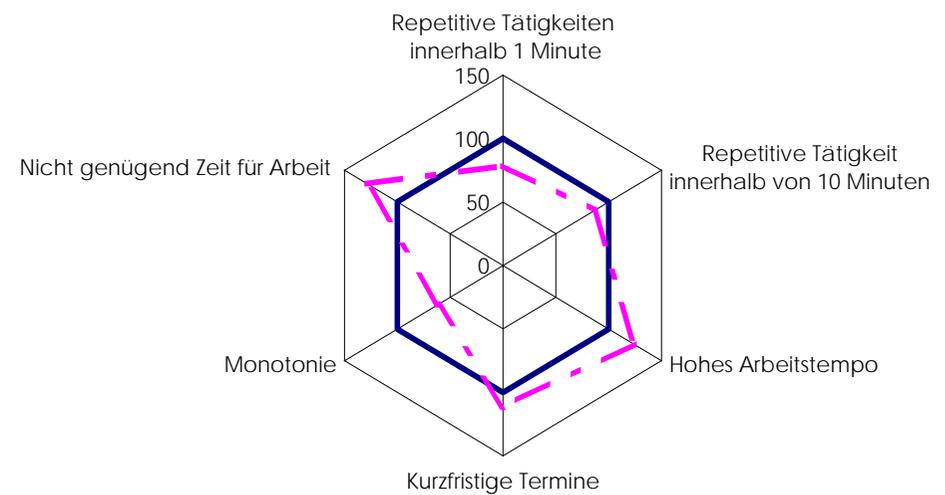
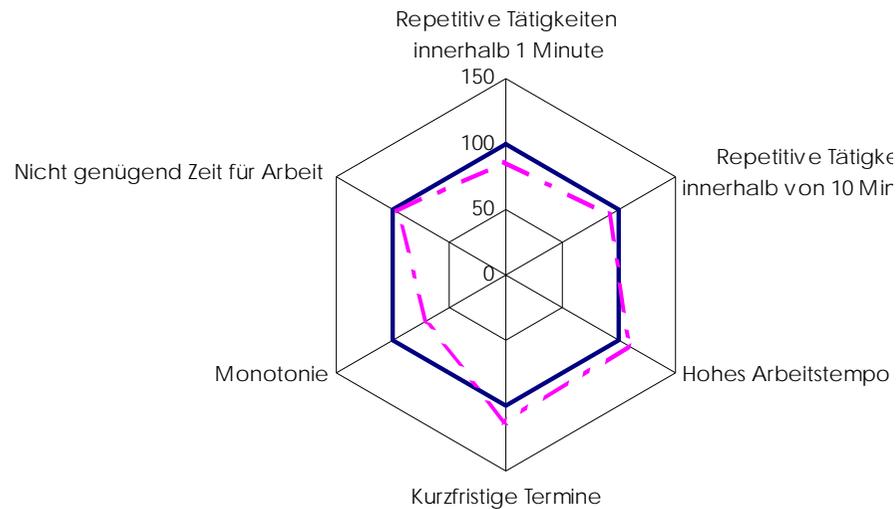
	EU-15	Österreich
	Veränderung 2005 gg. 2000 (in Prozentpunkten)	
Vibrationen	0,9	0,7
Lärm	0,0	0,0
Hohe Temperatur	1	2,3
Niedrige Temperatur	-0,4	0,6
Abgase, Staub	-2,9	-1,1
Chemikalien	-0,7	-0,2
Strahlung	-0,5	-1,2
Schmerzhafte Haltungen	-2,7	7,6
Schwere Lasten	-2,8	0,9
Repetitive Bewegungen	4,5	6,9
Schutzkleidung	4,2	0,4

**Haupt-
ergebnisse**

- Entwicklung in der EU zeigt tendenziell einen Rückgang der physischen Belastungen (auch längerfristig)
- In Österreich geht diese Entwicklung langsamer als in den anderen Ländern voran, und körperliche Belastungen nehmen sogar zu

2000

2005



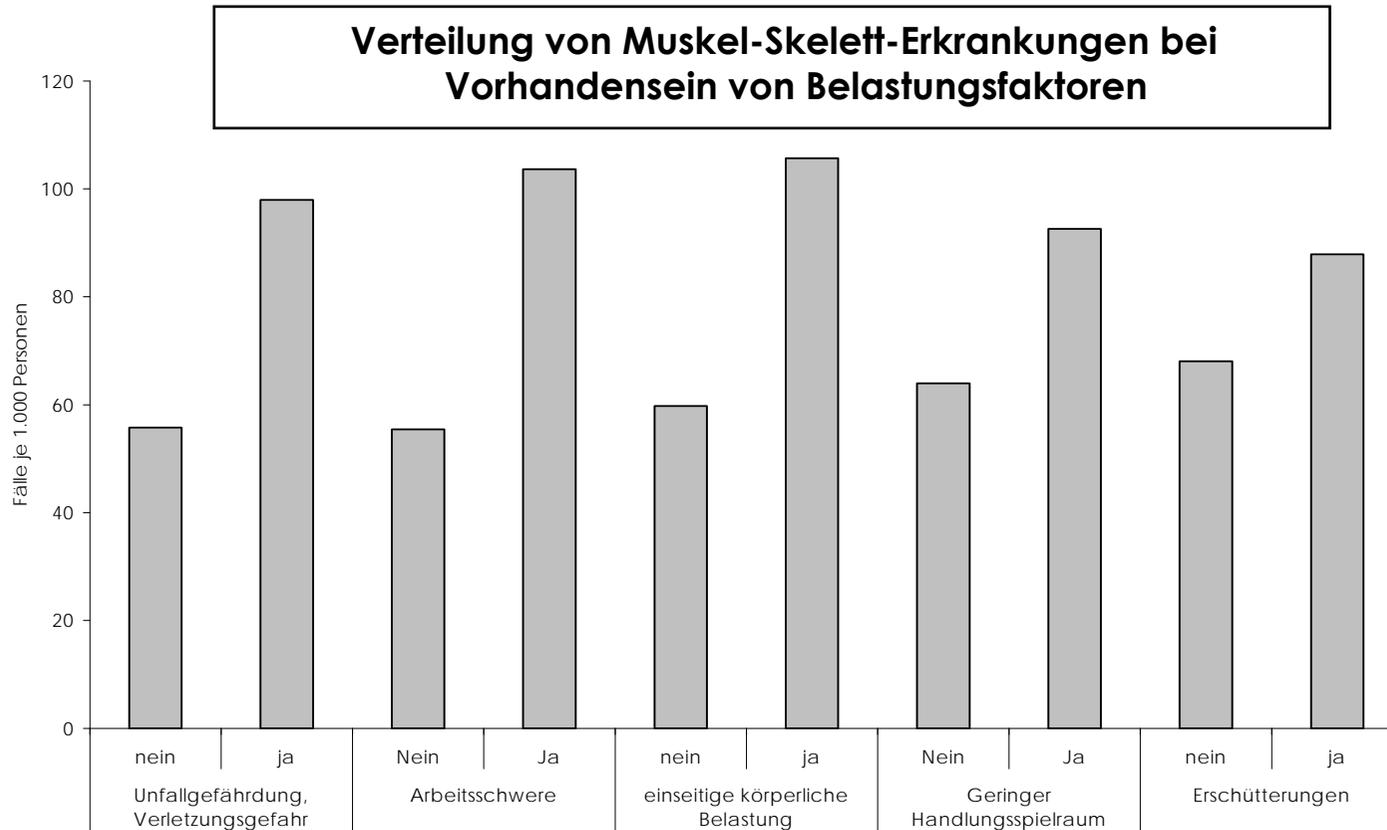
— Unselbständige EU 15 - - - Unselbständige Österreich

— Unselbständige EU 15 - - - Unselbständige Österreich

**Haupt-
ergebnisse**

- **Arbeitsintensität nimmt in der ganzen EU seit 1990 kontinuierlich zu, ganz besonders in Skandinavien und Ö**
- **In Österreich sind Arbeitstempo und Zeitdruck noch stärker ausgeprägt als im EU-Schnitt, zwischen 2000 und 2005 wurde der Abstand größer**

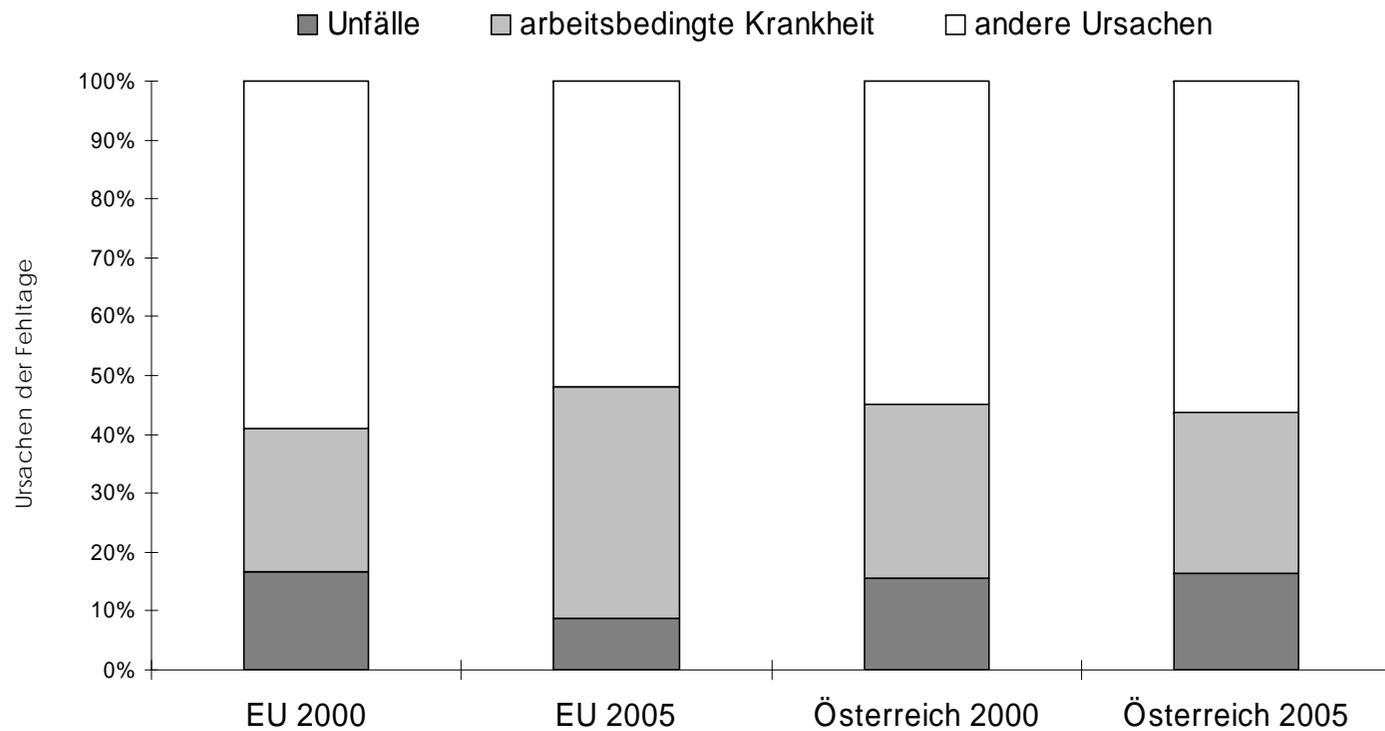
Zusammenhang zwischen Belastungen und Erkrankungen am Beispiel der Muskel-Skelett-Krankheiten



**Haupt-
ergebnisse**

- **Auf deskriptiver Ebene klarer Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren und gesundheitlichem Zustand**
- **Multiple Belastungen gehen mit multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einher**

Ursachen von Fehlzeiten, Einschätzung der Befragten



**Haupt-
ergebnisse**

- **Einschätzungen der Erhebungspersonen liefern trotz Unschärfen ein konsistentes Bild**
- **Inklusive Unfälle liegt der geschätzte arbeitsbedingte Anteil der Krankenstände zwischen 40% und 50%**

Belastungsfaktor	Relatives Risiko	Prävalenz	Attributives Risiko (in %)
Unfallgefährdung	1,302	0,32	13,1
Arbeitsschwere	1,478	0,28	19,3
Zwangshaltungen	1,137	0,21	6,4
Geringer Handlungsspielraum	1,156	0,17	7,2
Isolation	1,114	0,03	5,4
Gefährliche Stoffe	1,361	0,13	15,3
Vibrationen	1,383	0,05	16,1
Tragen von Schutzausrüstung	1,057	0,09	2,8

Interpretation der Ergebnisse

- **Relatives Risiko:** Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Auftreten einer Belastung und einer Erkrankung (aus KOPAG)
- **Prävalenz:** Anteil der Erwerbsbevölkerung, der einem bestimmten Belastungsfaktor ausgesetzt ist
- **Attributives Risiko:** Anteil der Personen, die infolge der Belastung erkranken (Bsp. Unfallgefährdungen sind für etwa 13% der Krankenstände verantwortlich).

Belastungsfaktor	Relatives Risiko	Prävalenz	Attributives Risiko
			(in %)
Physische Belastungen	1,604	0,53	23,2
Mehrfachbelastung	1,502	0,31	20,1
Hohe Belastung	1,340	0,06	14,5
Job-strain (hoher Zeitdruck und geringer Handlungsspielraum)	1,111	0,11	5,3

**Haupt-
ergebnisse**

- **Physische Belastungsfaktoren verursachen insgesamt rund ein Viertel der Krankenstände (attributives Risiko von 23%)**
- **Hohe Belastung (mindestens 4 relevante physische Faktoren) mit einem attributiven Risiko von ~14%, geringere Belastung (mindestens 2 Faktoren) mit attributivem Risiko von ~20%**
- **Demand-control Modell (Selbstbestimmung) hat vergleichsweise geringen Erklärungswert (infolge unzureichender Identifikation der psychischen Risiken in der österr. Datenbasis kann das Modell nur annäherungsweise nachgebildet werden)**

Ausgangslage

- **Vorzeitiger Erwerbsaustritt wird von institutionellen, konjunkturellen, arbeitsplatzbedingten und individuellen Faktoren bedingt**
- **Österreich hat im internationalen Vergleich einen hohen Anteil an krankheitsbedingten Pensionsübertritten bei den Älteren; bei den Jüngeren liegt Österreich deutlich unter dem OECD Durchschnitt**
- **Durchschnittliches Zugangsalter zu krankheitsbedingten Pensionen bei Männern 53,9 Jahre, bei Frauen 50,7 Jahre**

**Schwierigkeiten/
Ansatz**

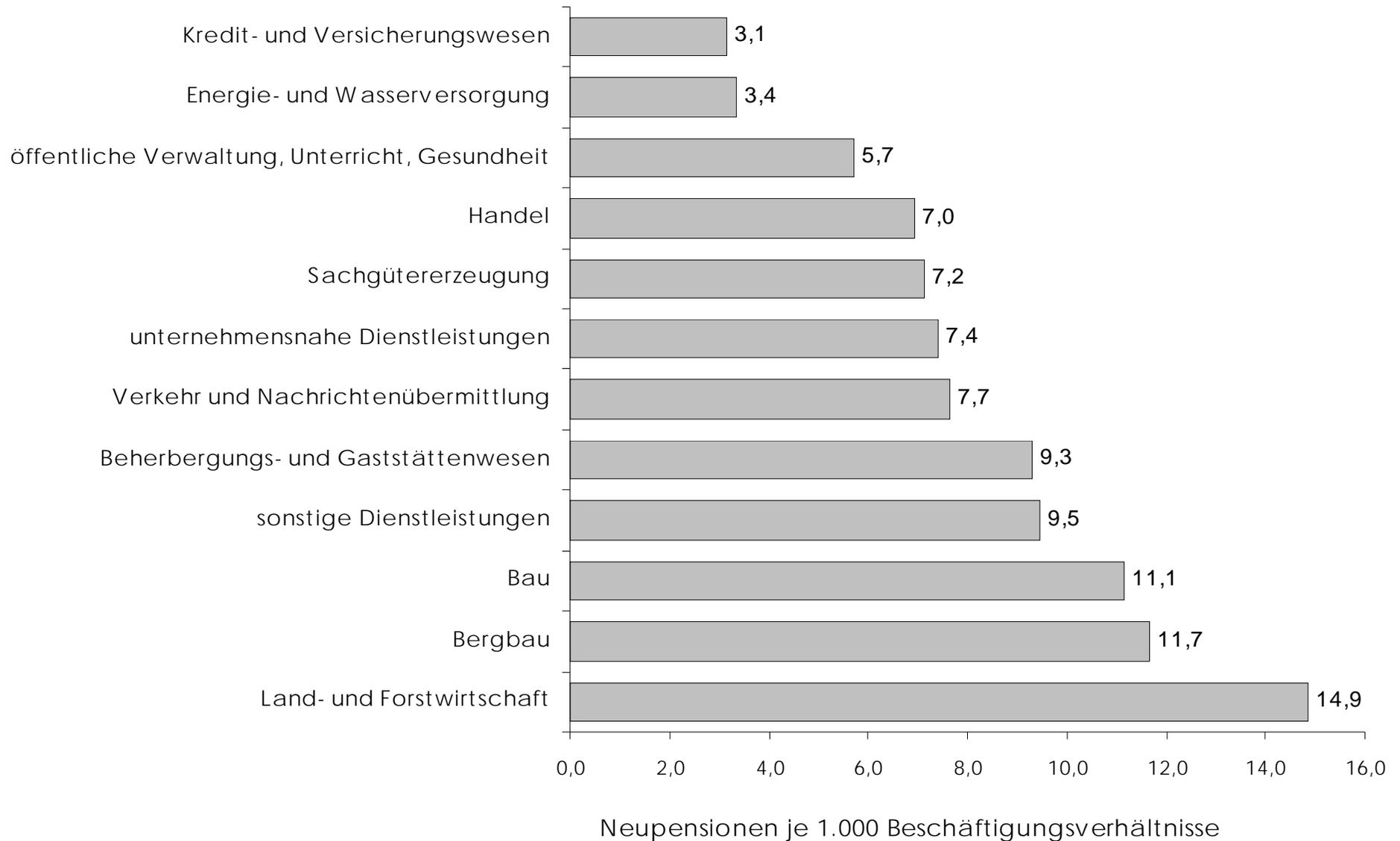
- **Bisher keine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastungen und Invaliditätsgeschehen; entsprechende Längsschnittdaten sind nicht vorhanden**
- **Studie des IPG liefert für Deutschland eine Kostenschätzung der langfristigen Folgen von Arbeitsplatzbelastungen; Übertragung der Ergebnisse nicht zulässig**
- **Analyse konzentriert sich auf Verteilung der krankheitsbedingten Pensionen und auf Gegenüberstellung von relevanten Diagnosegruppen und Belastungsfaktoren**

Krankheitsbedingte Pensionen im internationalen Vergleich, Neuzuerkennungen an Invaliditätspensionen

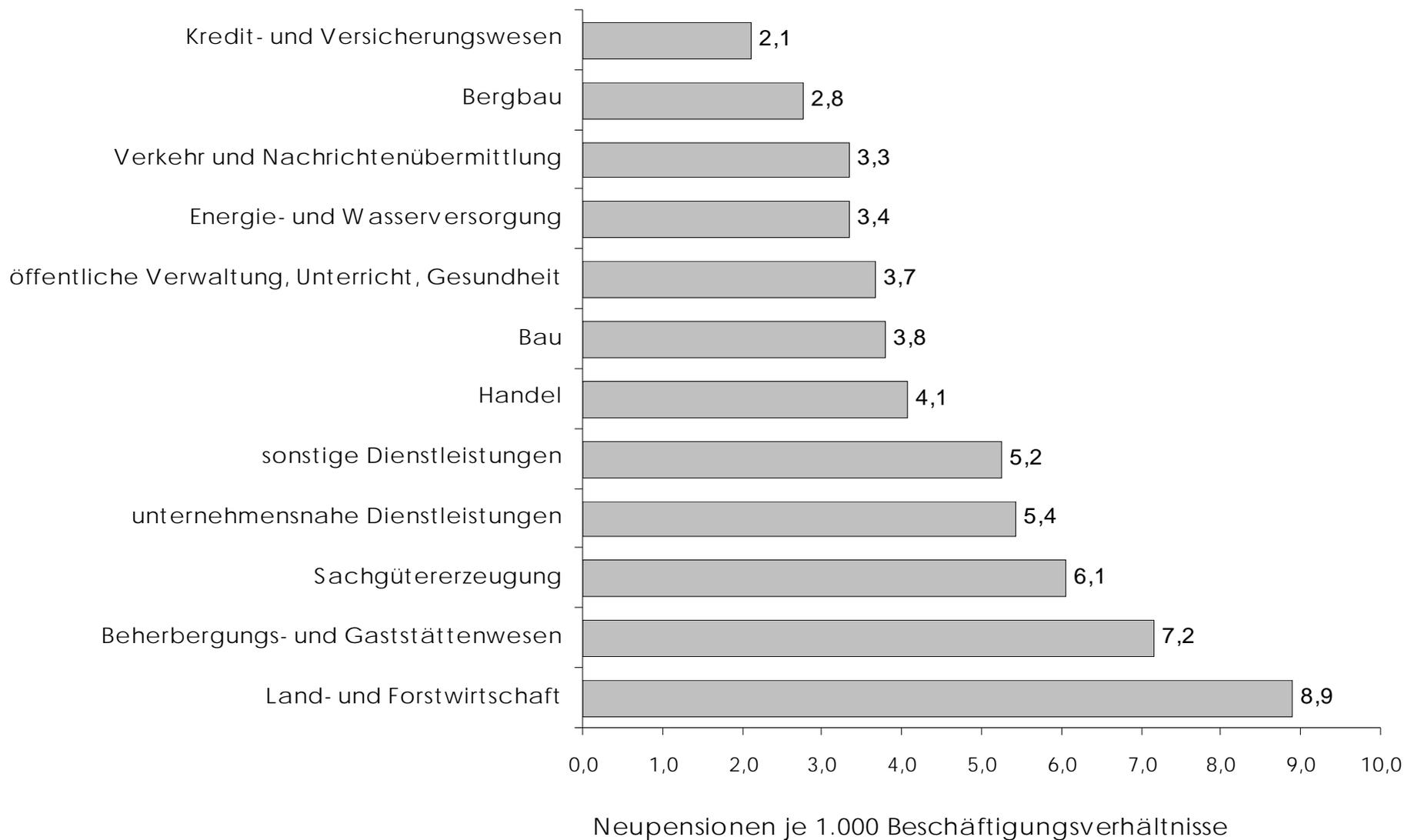
	20 bis 34 Jahre	35 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 59 Jahre
1999				
	Je 1.000 Personen der Alterskohorte			
Australien	3,2	5,1	8,6	17,7
Kanada	0,4	1,0	2,4	4,7
Dänemark	1,6	3,1	7,0	11,1
Frankreich	0,2	0,7	1,9	4,7
Deutschland	0,6	2,3	6,9	18,5
Niederlande	8,3	11,6	15,6	12,0
Norwegen	3,3	8,5	18,2	36,9
Polen	1,6	7,1	18,1	11,7
Portugal	1,2	2,0	7,7	19,8
Spanien	0,4	1,6	3,6	8,4
Schweden	1,9	5,0	9,6	19,8
Schweiz	2,4	4,4	8,5	14,1
Großbritannien	9,7	12,4	17,8	22,3
USA	2,7	4,5	7,8	13,9
OECD (14)	2,7	5,0	9,6	15,4
Österreich	0,7	2,2	9,5	34,9
Österreich (2006)	0,8	2,2	7,3	27,4

-
- Ein Hauptgrund - besonders ausgeprägt in Norwegen, in den Niederlanden und in Großbritannien - liegt in den unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen.
 - 1. die soziale Absicherung ist in diesen Ländern stärker als soziales Grundrecht konzipiert und knüpft weniger eng an die Erwerbstätigkeit an als in Ländern mit Sozialversicherungssystemen in der Bismarckschen Tradition;
 - 2. ist der Anspruch nach dem Ausmaß der Behinderung unterschiedlich und in vielen Ländern besteht Teilpensionsanspruch;
 - 3. haben die meisten Länder keinen Berufsschutz, der vor Verweisung der Erwerbstätigen auf andere Berufe schützt, hingegen haben sie ausgebaute Wiedereingliederungs- und Rehabilitationsmaßnahmen;
 - 4. ist die Arbeitsbelastung in älteren Jahren ungebrochen, d.h es gibt kaum Entschleunigungsmechanismen und gleitenden Austritt sondern eher Ausstiegsszenarien etwa über die Invalidität (*OECD, 2005*).
 - In der Altersgruppe der 55.- bis 64-Jährigen waren bei einer Erwerbsquote von 33% in Österreich 3,6% arbeitslos, im Durchschnitt der OECD-Länder 6,1% bei einer Erwerbsquote von 44,8%

Invaliditätspensionsneuzuerkennungen der Männer nach Wirtschaftsklassen, 2005



Invaliditätspensionsneuzuerkennungen der Frauen nach Wirtschaftsklassen, 2005



Verteilung der Pensionsneuzuerkennungen aus gesundheitlichen Gründen nach Berufen

Belastungsfaktor	Insgesamt	Männer	Frauen
	(in %)		
Akademische Berufe	3,8	6,3	0,0
Bürokräfte	11,9	31,3	5,9
Leitende Berufe	13,5	13,9	12,5
Fachkräfte Land- und Forstwirtschaft	16,7	8,3	25,0
Dienstleistungsberufe	18,0	40,0	12,5
Anlagen- und Maschinenbediener	18,4	28,1	0,0
Gesamt	19,2	24,0	14,2
Handwerksberufe	23,0	28,0	0,0
Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe	25,4	22,9	28,6
Hilfsarbeitskräfte	32,1	36,4	29,4

Haupt-
ergebnisse

- Sehr geringer Anteil der gesundheitsbedingten Pensionierung bei akademischen Berufen und Bürokräften (Frauen); Hilfsarbeitskräfte zu knapp einem Drittel aus gesundheitlichen Gründen in Pension
- Auch die Verteilung nach sozialrechtlicher Stellung und nach Branchen hat einen klaren Zusammenhang zwischen Tätigkeit und Invalidität

Von den über 50-jährigen Personen, die in Österreich im Zeitraum 1993 bis 2000 aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, gaben 19,8% an, aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig ausgeschieden zu sein

	Insgesamt	Männer	Frauen
	In %		
Pflichtschule	25,2	27,3	23,6
Lehre, BMS, BHS, AHS	20,8	31,4	9,6
Meisterprüfung, FH, Akademie, Uni	11,6	9,5	15,6
Gesamt	19,8	24,2	15,2

Jahr 2006	Insgesamt	Männer	Frauen
	(in %)		
[...]			
V. Psychische und Verhaltensstörungen	26,8	22,6	34,6
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	13,1	15,8	8,1
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	32,5	34,2	29,5
[...]			
Summe	100,0	100,0	100,0

**Haupt-
ergebnisse**

- **Fast $\frac{3}{4}$ der gesundheitsbedingten Pensionsneuzuerkennungen gehen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Kreislauferkrankungen zurück**
- **Aus dem ersten Teil der Studie hat sich ergeben, dass vor allem folgende Belastungsfaktoren für diese Diagnosegruppen relevant sind:**
 - **Muskel-Skelett-Erkrankungen: Arbeitsschwere, Vibrationen**
 - **Psychische Erkrankungen: Geringer Handlungsspielraum**
 - **Kreislauferkrankungen: Arbeitsschwere, Vibrationen**

Diagnosegruppen der gesundheitsbedingten Pensionsneuzuerkennungen 2001 und 2006 in der gesamten Pensionsversicherung (Krankheitsgruppen ICD-Kodierung)

	2001			2006		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
				In %		
I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,8	0,9	0,6	0,7	0,8	0,5
II. Neubildungen	9,3	7,7	13,0	8,4	7,2	10,6
IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	2,8	3,0	2,2	3,1	3,4	2,5
V. Psychische und Verhaltensstörungen	21,1	17,4	29,5	26,8	22,6	34,6
VI. Krankheiten des Nervensystems	5,4	4,8	6,9	4,9	4,7	5,4
IX. Krankheiten des Kreislaufsystems	12,9	15,3	7,6	13,1	15,8	8,1
X. Krankheiten des Atmungssystems	3,4	3,9	2,3	3,4	4,1	2,2
XI. Krankheiten des Verdauungssystems	2,0	2,0	1,9	1,8	2,0	1,4
XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7
XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	34,9	37,7	28,4	32,5	34,2	29,5
XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems	1,1	0,8	1,6	0,9	0,8	1,0
XVIII. Symptome und klinische abnorme Befunde a.n.k.	2,1	1,8	2,7	2,1	2,1	1,9
XIX. Verletzungen und Vergiftungen	3,4	4,2	1,6	1,5	2,0	0,7
§§ 254 Abs.2 ASVG	0,3	0,0	1,1	0,3	0,0	0,9
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Summe absolut	24.493			29.940		

**Schluss-
folgerungen**

- **Berufliche Belastungsfaktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf den krankheitsbedingten endgültigen Arbeitsmarktaustritt.**
- **Anders als bei den Krankenständen sind für das Invaliditätsgeschehen auch psychische Erkrankungen und Kreislauferkrankungen quantitativ sehr bedeutend. Diese beiden Diagnosegruppen haben folglich stärkere Auswirkungen auf die endgültige Erwerbsbeendigung als auf vorübergehende krankheitsbedingte Fehlzeiten.**
- **Belastungsfaktoren müssen auch vor dem Hintergrund einer mittel- und langfristigen Kostenperspektive bewertet bzw. bei der Prävention entsprechende Prioritäten gesetzt werden.**
- **Analysen haben die Notwendigkeit von Neuanforderungen sowohl an die administrative Statistik in Österreich als auch an die empirische Forschung aufgezeigt.**
- **Jedwede Reform der krankheitsbedingten Pensionen in Österreich sollte daher sowohl mit verstärkten Präventionsmaßnahmen als auch mit verstärkten Rehabilitationsmaßnahmen verbunden sein (Loslösung der Rehabilitation aus der Pensionsversicherung und Schaffung einer eigenständigen Agentur?)**

- Sowohl Arbeitsbelastungen als auch individuelle Verhaltensmuster der Arbeitskräfte können Auslöser für Krankheiten sein.
- Das Zusammenwirken kann die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer bestimmten Krankheit kumulativ erhöhen, mit dem Resultat, dass die gesamte Belastung höher ist als die Einzelkomponenten vermuten ließen.
- Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- Der Zusammenhang zwischen beruflichen Belastungen auf dem Arbeitsplatz und dem Invalidisierungsgeschehen ist aufgrund der Multidimensionalität ebenso wenig direkt ermittelbar wie der Zusammenhang zwischen arbeitsplatzbedingten Belastungsfaktoren und dem Erkrankungsgeschehen.
- Während letzterer über die attributiven Risiken geschätzt werden, braucht man für den Nachweis des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastungen und Invalidität einen erwerbsbiografischen Ansatz, der neben der Art der Belastungsfaktoren auch die Dauer der Exposition der jeweiligen Belastungsfaktoren mit berücksichtigt.
- Bislang gibt es in Österreich mangels Daten keine derartigen Längsschnittanalysen. Administrative Längsschnittinformationen über Beschäftigte in Österreich enthalten weder Informationen über die jeweils ausgeübten Berufe noch über das Tätigkeitsprofil

- **Forschungsmethode:**
 - biografische Ermittlung von beruflichen Belastungen,
 - Berechnung des Frühberentungsrisikos entlang von Berufszugehörigkeiten und Belastungsfaktoren der Arbeitswelt,
 - Durch eine Vergleichsgruppenanalyse von Beschäftigten und Rentenneuzugängen mit gleichen Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungsdauer, ausgeübte Berufe konnten die relativen Risiken der Erkrankungen durch die beruflichen Belastungen entlang von 16 Belastungsfaktoren berechnet werden
- **Ergebnisse:**
 - Das relative Risiko der Erwerbsunfähigkeit nach Geschlecht und Berufen liegt bei Helferinnen in der Krankenpflege am höchsten, bei Männern ist das Berentungsrisiko bei den Bergleuten am höchsten.
 - Entlang der einzelnen Diagnosegruppen sind Helferinnen in der Krankenpflege und Bergleute besonders von Muskel- und Skeletterkrankungen betroffen.
 - Die zweithäufigste Renten-Diagnosegruppe bei den Krankenpflegerinnen sind psychische Erkrankungen, auch beim Berentungsrisiko der Männer in der Diagnosegruppe der psychischen Erkrankungen ist der Helferberuf in der Krankenpflege der höchste.
 - Der bedeutendste psychische Einzelbelastungsfaktor bei Männern ist der geringe Handlungsspielraum. Versicherte mit einem sehr eingegengten Handlungsspielraum erleiden 2,61-mal häufiger eine Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen wie Männer ohne diesen Belastungsfaktor. Noch bedeutender als die Einflüsse der Einzelfaktoren ist die Kombination von Belastungsfaktoren, die gleichzeitig wirken.

- Die körperliche Belastung der Männer ist für rund 15% des Berentungsgeschehens verantwortlich: in der Diagnosegruppe der Muskel-Skelett-Erkrankungen 45% und im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen sind es 23%.
- Als größenordnungsmäßig bedeutsamster Einzelfaktor ist die Arbeitsschwere zu erwähnen sowie Hitze, Kälte etc.; sie spielen auch bei Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-bedingten Rentenübertritten eine bedeutende Rolle.
- Viel höhere attributive Risiken für die krankheitsbedingte Frühverrentung spielen in Deutschland die psychischen Belastungen. Bei den Männern können 39% des Berentungsgeschehens dem Belastungsfaktor geringer Handlungsspielraum ("genaue Stückzahl", "vorgeschriebene Mindestleistung", "Arbeitsdurchführung bis in alle Einzelheiten vorgeschrieben", "Monotonie" etc.) zugeordnet werden.
- Die attributiven Risiken der Frauen in Deutschland weisen ein anderes Bild auf: Zwar ist auch hier der geringe Handlungsspielraum der wichtigste Einzelfaktor, er ist aber nur für knapp 20% und damit in einem deutlich geringerem Ausmaß als bei Männern für die Rentenübertritte verantwortlich.
- Auch entlang der Diagnosegruppen haben die körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren bei den Frauen weniger quantitativen Einfluss als bei den Männern, mit Ausnahme der Konzentrationsanforderungen bei psychisch bedingten Renteneintritten

- Je nach Forschungsfrage und Kostenperspektive setzen sich Kosten der Krankheit aus den medizinischen Kosten, den Kosten des Krankenstands und einer etwaigen frühzeitigen Mortalität, sowie den nicht-medizinischen Kosten und Transferleistungen zusammen.
- WIFO-Berechnungen für Österreich zeigen, dass die kurzfristigen Kosten arbeitsbedingter Krankheiten infolge von physischen Belastungen bei 1,2% des BIP liegen und damit ähnlich hoch sind wie in Deutschland. Psychische Belastungen wirken längerfristig und erhöhen vor allem das Invaliditätsrisiko. In Deutschland wird der Kostenfaktor für die Invaliditätspensionen auf jährlich etwa 0,7% des BIP geschätzt. In Österreich dürften die Kosten aus einer Reihe von Gründen noch etwas höher liegen.
- Schätzungen und Ergebnisse aus anderen Studien lassen vermuten, dass bis zu 50% der Krankenstände und der entsprechenden Kosten auf Belastungen am Arbeitsplatz zurückgehen (ILO schätzt direkte Kosten arbeitsbedingter Krankheiten auf 2,6% bis 3,8% des BIP in Europa)
- Für die Zukunft besteht Forschungsbedarf, insbesondere bezüglich Formen und Auswirkungen von psycho-sozialen Belastungen und hohen Arbeitsanforderungen

- **In Programmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen liegt ein großes Einsparungspotenzial für Betriebe, die Gesellschaft und die Einzelperson – angesichts von Kosten arbeitsbedingter Krankheiten zwischen einem Viertel - im Fall der ausschließlichen Berücksichtigung der physischen Belastungsfaktoren in der Studie für Österreich - und der Hälfte (unter zusätzlicher Berücksichtigung psycho-sozialer Faktoren wie etwa in Studien zu Schweden und Finnland) der Krankenstandskosten der Menschen im erwerbsfähigen Alter.**
- **Die Differenzierung der Kosten nach Erkrankungen liefert entscheidende Kenngrößen, die die Kosteneffizienz von Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung abschätzen lassen und damit den Einsatz von Präventionsleistungen möglichst effizient gestalten lassen**

- **Entwicklungen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt lassen für die Zukunft eine Verschärfung der psycho-sozialen Belastungsdimension in der Arbeitswelt befürchten.**
- **Die Risikofaktoren sind mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung zu bringen:**
 - höhere Arbeitsintensität,
 - vermehrter Zeitdruck auf dem Arbeitsmarkt,
 - Zunahme von prekären Beschäftigungsformen und
 - von Arbeitsplatzunsicherheit
- **Im Zusammenwirken mit dem Altern der Erwerbsbevölkerung, der Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und der unzureichenden Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stehen die Zeichen auf ‚Rot‘ punkto Kostensteigerungen im Gesundheitssystem.**

- Das Konzept der BGF beruht auf dem salutogenetischen Konzept von Antonovsky, dem so genannten „sense of coherence“.
- Demzufolge bleiben Individuen am Arbeitsplatz auch unter hoher Belastung gesund,
 - wenn die Anforderungen an sie vorhersehbar und einordnungsfähig sind,
 - wenn sie auf Entwicklungen und Ereignisse Einfluss haben und
 - wenn Beruf (und berufliche Zielerreichung) und Familie bzw. Freizeit sinnvoll kombiniert werden können

Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen bedürfen ständiger Anpassung und Optimierung. Dadurch können aus den vorhandenen Strukturen und Prozessen lernende Systeme entstehen, die durch ein Feedback regelmäßig über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz der ergriffenen Maßnahmen und Programme informieren. Lernprozesse finden nur dann statt, wenn die Ergebnisse und Erfahrungen für alle transparent gemacht werden.

Gesundheitsfördernde Arbeits- und Organisationsgestaltung geht oft mit einer Optimierung betrieblicher Abläufe einher.

Freiwilliges Fehlermanagement, in dem alle MitarbeiterInnen dazu angeleitet werden, nicht nur begangene Fehler, sondern auch Beinahekatastrophen zu melden (,Near Miss'-Erfassung und Info zurück an alle), die die Gesundheit gefährden können

- **Österreichische Unternehmen können von den Krankenversicherungsträgern in der Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte sowohl inhaltlich als auch finanziell unterstützt werden.**
- **Inhaltlich werden vor allem Mittel- und Großbetriebe beraten (plus Prozessbegleitung), Kleinbetriebe erhalten hauptsächlich finanzielle Unterstützung**
- **Gebietskrankenkassen kooperieren auf landesweiter Ebene mit Institutionen, um regionale Gesundheitsförderungsprojekte möglichst erfolgreich umsetzen zu können**

- 1. Erhebung der Hintergründe/Ursachen für eine Häufung des Krankenstands (Arbeitsbelastungen, Über- oder Unterforderung, Vereinbarkeit beruf/familie...)
- 2. Erhebung der Hintergründe für geringe Krankenstände
- 3. MitarbeiterInnengespräche zur Erfassung des Gesundheitspotenzials der AN. Dadurch wird ein Gesundheitsverständnis im Unternehmen geschaffen, das sich nicht alleine auf die Abwesenheit von Krankheit bezieht, sondern in den präventiven Bereich der Gesundheitsförderung fällt
- 4. Beteiligung/Einbindung der Betriebsräte, Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner, sowie Gesundheitsbeauftragte in die Erarbeitung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms/systems
- 5. im Zuge des Krankenstandsmanagements können die Tätigkeitsspielräume am Arbeitsplatz durch einen Arbeitswechsel (Job-rotation) und eine Aufgabenerweiterung (Job-enlargement) erweitert werden, durch eine Aufgabenanreicherung (Job-enrichment) die Entscheidungs- und Kontrollspielräume.
- 6. Begleitmassnahmen sind Informationen über die unterschiedlichen Belastungen, die von den diversen Aktivitäten ausgehen und der individuelle Umgang damit. Damit wird das Betriebsgeschehen und die eigene Rolle darin für alle transparent gemacht und die Identifikation mit dem Betrieb erhöht
- Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) schließt den Arbeitsschutz ein, geht aber darüber hinaus.
- Das betriebliche Gesundheitsmanagement führt nachweislich zu einer Steigerung der Arbeitsqualität und der Arbeitsproduktivität und ist somit ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung des Wohlbefindens der Belegschaft am Arbeitsplatz und zur Verminderung der Krankenstände

WIFO ■

Danke für die Aufmerksamkeit!!



gudrun.biffl@donau-uni.ac.at