

WIFO

A-1103 WIEN, POSTFACH 91
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

Fehlzeitenreport 2009

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Doris Gabriel,
Andrea Sutrich
EDV: Georg Böhs

Mai 2010

Fehlzeitenreport 2009

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Mai 2010

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Begutachtung: René Böheim • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Doris Gabriel, Andrea Sutrich

Unter Mitarbeit von Helmut Mahringer • EDV: Georg Böhs

Inhalt

Der Fehlzeitenreport 2009 gibt wie die früheren Berichte des WIFO in einem standardisierten Modul einen breiten Überblick über das Krankenstandsgeschehen in Österreich. Demnach nahmen die krankheitsbedingten Fehlzeiten 2007 und 2008 leicht zu. 2008 waren die Beschäftigten im Schnitt 12,5 Kalendertage krankgemeldet. Dieser Wert unterscheidet sich aber erheblich nach Geschlecht, Alter und Tätigkeitsbereich. Den Schwerpunkt des Fehlzeitenreports 2009 bildet eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit. Arbeitslose sind in Österreich im Durchschnitt etwa 20 Tage länger krankgemeldet als Beschäftigte. Dieser große Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass Personengruppen mit erheblichen gesundheitlichen Problemen überproportional häufig von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Arbeitslose weisen einen hohen Anteil an langen Krankheitsepisoden auf und verbringen deutlich mehr Krankenstandstage in stationären Einrichtungen als Beschäftigte. Der Strukturwandel auf dem Arbeitsmarkt und institutionelle Faktoren, wie Änderungen im Pensionsrecht und die Intensivierung der arbeitsmarktpolitischen Betreuung tragen wesentlich zur Erklärung des Anstiegs der Krankenstandsquote der Arbeitslosen in den letzten Jahren bei.

Rückfragen: Thomas.Leoni@wifo.ac.at

2010/134-2/A/WIFO-Projektnummer: 4409

© 2010 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2009

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>Seiten</i>
Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	1
Zielsetzung und Aufbau des Berichts	7
1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	8
1.1 <i>Definitionen und Datenbeschreibung</i>	9
1.2 <i>Entwicklung der Krankenstände</i>	11
1.3 <i>Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten</i>	14
1.4 <i>Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag</i>	20
1.5 <i>Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung</i>	24
1.5.1 <i>Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht</i>	24
1.5.2 <i>Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter</i>	26
1.5.3 <i>Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche</i>	33
1.5.4 <i>Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst</i>	39
1.5.5 <i>Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse</i>	44
1.6 <i>Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung</i>	46
1.7 <i>Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen</i>	51
1.8 <i>Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle</i>	56
1.8.1 <i>Die Entwicklung der Arbeitsunfälle</i>	57
1.8.2 <i>Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche</i>	59
2. Arbeitslosigkeit und Krankenstand	63
2.1 <i>Ausgangslage</i>	63
2.2 <i>Wie hoch ist die Krankenstandsquote der Arbeitslosen?</i>	65
2.3 <i>Hypothesen und empirische Befunde</i>	68
2.4 <i>Datenbeschreibung und Repräsentationsgrad der Daten</i>	74
2.4.1 <i>Übersicht der im Datensatz enthaltenen Variablen</i>	74
2.4.2 <i>Wie repräsentativ sind die oberösterreichischen Daten für Österreich?</i>	76
2.5 <i>Empirische Analysen</i>	81
2.5.1 <i>Vergleich der Krankenstände in Beschäftigung und in Arbeitslosigkeit</i>	81

2.5.2	Strukturelle Faktoren als Erklärungsansatz für Unterschiede im Krankenstands-niveau	88
2.5.3	Die Bedeutung der Selektionshypothese	91
2.5.4	Verschlechterung des Gesundheitszustands infolge von Arbeitslosigkeit	94
2.5.5	Institutionelle Aspekte, die das Krankenstands-niveau beeinflussen	102
2.6	<i>Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen</i>	106
2.7	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</i>	110
	Literaturhinweise	113
	Anhang	116

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1:	Verwendete Begriffe und Indikatoren	10
Übersicht 1.2:	Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	16
Übersicht 1.3:	Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht	36
Übersicht 1.4:	Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	37
Übersicht 1.5:	Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten	41
Übersicht 1.6:	Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	48
Übersicht 1.7:	Normierung der Krankenstandsquote	49
Übersicht 1.8:	Krankheitsgruppenstatistik	52
Übersicht 2.1:	Krankenstandstage je Beschäftigten und je Arbeitslosen	66
Übersicht 2.2:	Komponenten der Arbeitslosenquote	78
Übersicht 2.3:	Arbeitslose und SchulungsteilnehmerInnen nach soziodemographischen Merkmalen	79
Übersicht 2.4:	Krankenstandstage nach Geschlecht und Alter	82
Übersicht 2.5:	Krankenstandstage nach Geschlecht und sozialrechtlicher Stellung	82
Übersicht 2.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Diagnosecode, Beschäftigte und Arbeitslose	86
Übersicht 2.7:	Verteilung der Krankenstände nach Diagnosecode, Beschäftigte und Arbeitslose	87
Übersicht 2.8:	Versicherte und Krankenstandstage nach Branchenzugehörigkeit	89
Übersicht 2.9:	Ergebnisse aus der Zerlegung des Krankenstandsunterschieds zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten	91
Übersicht 2.10:	Krankenstandsgeschehen vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit	92
Übersicht 2.11:	Wahrscheinlichkeit eines Eintritts in die Arbeitslosigkeit	94
Übersicht 2.12:	Krankenstandswahrscheinlichkeit der Arbeitslosen nach Leistungsart	106

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n	12
Abbildung 1.2:	Anteil der Erkrankten an den Versicherten	13
Abbildung 1.3:	Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall	14
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	16
Abbildung 1.5:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen	18
Abbildung 1.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	18
Abbildung 1.7:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	19
Abbildung 1.8:	Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	21
Abbildung 1.9:	Krankenstandsbestände auf Monatsbasis	21
Abbildung 1.10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	23
Abbildung 1.11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	23
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	25
Abbildung 1.13:	Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	27
Abbildung 1.14:	Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	28
Abbildung 1.15:	Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	28
Abbildung 1.16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	29
Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	30
Abbildung 1.18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	32
Abbildung 1.19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	34
Abbildung 1.20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	39
Abbildung 1.21:	Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse	45
Abbildung 1.22:	Krankenstände nach Bundesländern	47
Abbildung 1.23:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	47
Abbildung 1.24:	Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	55
Abbildung 1.25:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	55
Abbildung 1.26:	Anerkannte Arbeitsunfälle und Wegunfälle der unselbständig Beschäftigten	58
Abbildung 1.27:	Anerkannte Arbeitsunfälle (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	60
Abbildung 1.28:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	60
Abbildung 1.29:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	62
Abbildung 2.1:	Entwicklung der erweiterten Arbeitslosigkeit	64
Abbildung 2.2:	Krankenstandsquoten der unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen	67

Abbildung 2.3:	Trendbereinigte Krankenstands- und Arbeitslosenquote	69
Abbildung 2.4:	Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Beschäftigte	84
Abbildung 2.5:	Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeitslose	84
Abbildung 2.6:	Krankenstandsaufenthalte der Arbeitslosen und Beschäftigten (im Krankenstand)	85
Abbildung 2.7:	Krankenstand der Arbeitslosen nach der Dauer der Arbeitslosigkeit	96
Abbildung 2.8:	Verlauf der Krankenstandsquote nach Länge der Arbeitslosigkeit	97
Abbildung 2.9:	Verlauf der Krankenstandsquote nach Länge der Arbeitslosigkeit	98
Abbildung 2.10:	Verlauf der Krankenstandsquote in Langzeitarbeitslosigkeit	99
Abbildung 2.11:	Krankenstände durch psychiatrische Erkrankungen, Langzeitarbeitslose	100
Abbildung 2.12:	Anteil der SchulungsteilnehmerInnen und PensionsvorschussbezieherInnen an den Arbeitslosen (erweiterter Arbeitslosigkeitsbegriff)	104
Abbildung 2.13:	Krankenstandsquoten nach Leistungsarten	105

Fehlzeitenreport 2009

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Die unselbständig Beschäftigten waren in Österreich im Jahresverlauf 2007 durchschnittlich 12 Tage und 2008 12,5 Tage im Krankenstand. Diese Werte entsprechen einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,3% bzw. 3,4%. Damit ist es in diesen beiden Jahren erstmals seit 2000 zu einer leichten Steigerung der Krankenstände gekommen. Im Jahr 2006 hatte die Krankenstandsquote mit 3,2% (11,5 Tagen) ihren bisherigen Tiefstwert erreicht. In der langfristigen Betrachtung liegen die krankheitsbedingten Fehlzeiten um fast 30% unter dem Höchstwert von 1980, als pro Kopf 17,4 Krankenstandstage anfielen und die Krankenstandsquote bei 4,8% lag. Vorläufige, noch nicht publizierte Daten lassen für 2009 keine starke Veränderung gegenüber 2008 erwarten.

Wie bereits in den Fehlzeitenreports der vergangenen Jahre aufgezeigt werden konnte, wird die langfristige Entwicklung der Krankenstände durch zahlreiche ökonomische und wirtschaftspolitische Faktoren bestimmt. Neben dem Konjunkturzyklus schlagen sich auch die Lage am Arbeitsmarkt sowie beschäftigungs- und sozialpolitische Eingriffe auf die statistisch erfassten Fehlzeiten nieder, da sie Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung und die Zusammensetzung der Beschäftigung haben. Veränderungen in der Wirtschaftsstruktur und in der Arbeitswelt führen zudem zu veränderten Arbeitsplatzbedingungen und Produktions- und Organisationsstrukturen der Betriebe. Der Strukturwandel der Wirtschaft und Veränderungen in der Arbeitswelt spiegeln sich nicht zuletzt auch in der Bedeutung einzelner Krankenstandsursachen wider. So fiel beispielsweise der Anteil der Verletzungen an den **Krankenstandsdiagnosen** in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich. Muskel-Skelett-Erkrankungen bilden gegenwärtig zusammen mit den Erkrankungen der Luftwege die wichtigste Krankenstandsursache. Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich für psychische Erkrankungen, deren Anteil am Krankenstandsgeschehen, von einem geringen Niveau ausgehend, deutlich im Steigen begriffen ist.

Die langfristigen Trends in der Arbeitswelt zeigen sich auch an der Entwicklung der **Arbeitsunfälle**. Verglichen mit den 1970er-Jahren ist die Unfallquote der unselbständig Beschäftigten in Österreich heute um etwa 40% geringer. Im Jahr 2008 entfielen statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 453 anerkannte Arbeitsunfälle, knapp 10% davon waren Wegunfälle. Allerdings geht der Rückgang der Unfallrate auf die Entwicklung bis 2000 zurück, seitdem unterlag die Quote einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren Arbeitskräften. Das Unfallrisiko in der Alterskohorte der Unter-20-Jährigen, das

2008 mehr als doppelt so hoch als im Durchschnitt aller Beschäftigten war, konnte seit Mitte der 1990er-Jahre nur geringfügig reduziert werden. Große Unterschiede in der Unfallhäufigkeit lassen sich auch in einer Betrachtung nach Branchen feststellen. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben weiterhin das höchste Arbeitsunfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2008 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch als im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Arbeitsunfälle ereignete sich im Bauwesen.

Hinsichtlich der durchschnittlichen **Dauer der Krankenstandsepisoden** setzt sich der Trend zu einer Verkürzung der Fälle ungebrochen fort, was vor allem auf die Zunahme der Kurzkrankenstände (Krankenstände von bis zu drei Tagen) zurückzuführen ist. Kurzkrankenstände stellen nunmehr rund 30% aller erfassten Krankenstandsfälle dar, wobei nach wie vor von einer Untererfassung in der Statistik auszugehen ist. Lange Krankenstandsepisoden sind entsprechend selten – knapp 16% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (rund 60%), während Kurzkrankenstände für die Krankenstandsquote eine untergeordnete Rolle spielen (knapp 6%). Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage geht auf das eine Prozent von Fällen zurück, die 99 und mehr Tage dauern. **Ältere Arbeitskräfte** treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Das führt dazu, dass die Krankenstandsquote der Über-50-Jährigen deutlich höher als jene der restlichen Altersgruppen ist.

Neben den Unterschieden nach Altersgruppen können signifikante Abweichungen in der Krankenstandshäufigkeit nach **Branche und Beruf** beobachtet werden. Obwohl sich die Unterschiede nach sozialrechtlichem Status in den letzten Jahrzehnten tendenziell verringert haben, verbrachten ArbeiterInnen 2008 nach wie vor um 76% mehr Zeit im Krankenstand als Angestellte. Bauwesen, Sachgütererzeugung und Landwirtschaft, in denen körperliche Tätigkeiten eine große Rolle spielen, haben die höchsten Krankenstandsquoten. Die Tatsache, dass Männer eine hohe Konzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Belastungen und Risiken aufweisen, ist ein wesentlicher Grund für den **geschlechtsspezifischen Unterschied** in der Krankenstandsquote. Männer verbringen im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen (2008 3,6% gegenüber 3,3%), der Unterschied ist in den letzten Jahren konstant geblieben.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes ausführliche und leicht zugängliche Krankenstandsdaten vor. Vergleiche zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Sektor werden durch strukturelle Unterschiede (z. B. hinsichtlich der Altersstruktur, Qualifikation und des Beschäftigungsausmaßes der Beschäftigten) und durch die ungleiche Erfassung von Kurzkrankenständen erschwert. Sieht man von den strukturellen Unterschieden ab und schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2008 etwa 10% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Beim Bundespersonal fiel zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen an als bei den ArbeiterInnen und Angestellten im ASVG-Bereich. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, in welchem Ausmaß die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen lediglich auf die voll-

ständige Erfassung dieser Form von Fehlzeit im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im privatwirtschaftlichen Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

Wie bereits im letzten Fehlzeitenreport aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2008 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 9,9 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische und die oberösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit respektive 14,1 und 13,6 Tagen die höchsten Krankenstände, in Wien hob die hohe Krankenstandsquote der Frauen den Durchschnitt. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Im diesjährigen Fehlzeitenreport bildet der Zusammenhang zwischen **Arbeitslosigkeit und Krankenstand** den thematischen Schwerpunkt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Dimension der Arbeitslosigkeitsproblematik erscheint vor dem Hintergrund des starken Anstiegs der Arbeitslosigkeit im Zuge der Wirtschaftskrise besonders dringlich. Zudem verzeichneten die Statistiken in den vergangenen 20 Jahren einen kontinuierlichen Anstieg der Krankenstände von Arbeitslosen in Österreich. Zählt man neben den Beziehenden von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe auch Personen in Schulung und solche, die einen Pensionsvorschuss erhalten, zu den Arbeitslosen, dann ergibt sich im Jahr 2008 für die erweiterte Arbeitslosigkeit eine Krankenstandsquote von 8,9%. Dieser Wert entspricht 32,5 Krankenstandstagen im Jahr, und er liegt um 5,5 Prozentpunkte oder 20 Tage im Jahr höher als der Vergleichswert für die Berufstätigen. Während die Krankenstandsquote der Beschäftigten mit 3,4% zuletzt (2008) deutlich niedriger war als zu Beginn des Jahrzehnts (3,9%) oder am Anfang der 1990er-Jahre (4,2%), ist jene der Arbeitsuchenden im selben Zeitraum von 4,7% auf 7,8% und zuletzt 8,9% angestiegen und hat sich damit beinahe verdoppelt.

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass der ausgeprägte Unterschied in der Krankenstandsquote der Arbeitslosen und Berufstätigen auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden kann. Einerseits besteht ein **Selektionseffekt**, wodurch vermehrt Personen arbeitslos werden, die schon in Beschäftigung öfter im Krankenstand waren als der Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung. Berechnungen anhand von oberösterreichischen Daten zeigen, dass unabhängig von der Altersgruppe jene Personen, die zu Beginn des Jahres 2007 arbeitslos wurden, im Jahr zuvor elf Tage länger im Krankenstand waren als die Vergleichsgruppe jener, die durchgehend in Beschäftigung blieben. Somit geht etwa die Hälfte des beobachteten Differentials in der Krankenstandsquote zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen auf einen solchen Selektionseffekt zurück. Andererseits stellt sich die Frage, inwiefern Arbeitslosigkeit die gesundheitliche Situation der Betroffenen negativ beeinflusst. Forschungsergebnisse aus internationalen Studien belegen, dass sich vor allem in einer längerfristigen Betrachtung und im Zusammen-

hang mit langen Arbeitslosigkeitsepisoden für die Betroffenen sowohl die subjektiven als auch objektiven Gesundheitsindikatoren verschlechtern. Untersuchungen im Zuge von Betriebs-schließungen zeigen für den kurzen Zeitraum dagegen keinen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzverlust und Gesundheit. Auswertungen von Daten aus Ober-österreich liefern klare Hinweise für die Existenz von **krankmachenden Effekten der Arbeitslosigkeit**. Im Fall von Langzeitarbeitslosen kommt es innerhalb der ersten sechs Monate in Arbeitslosigkeit zu einer Verdoppelung der – schon zu Beginn der Arbeitslosigkeitsepisode vergleichsweise hohen – Krankenstandsquote. Auch die Inzidenz von psychischen Leiden, die als charakterisierendes Merkmal der gesundheitlichen Probleme von Arbeitslosen gelten kann, zeigt ein ähnliches Muster. Nach den ersten sechs bis acht Monaten in Arbeitslosigkeit stabilisieren sich die Krankenstandsquoten auf hohem Niveau. Weitere, vertiefende Untersuchungen sind im Bezug auf die unterschiedlichen Entwicklungen im Krankenstandsverlauf Beschäftigter und Arbeitsloser und auf die gesundheitliche Situation in Abhängigkeit von der Dauer der Arbeitslosigkeit erforderlich.

Für den deutlichen Anstieg der Krankenstandsquote der Arbeitslosen seit Beginn der 1990er-Jahre können auch **institutionelle Faktoren** und **längerfristige, strukturelle Veränderungen am Arbeitsmarkt** verantwortlich gemacht werden. Die Arbeitsmarktlage bestimmt in Wechselwirkung mit der Ausgestaltung des sozialen Sicherungssystems und der Arbeitsmarktpolitik die Zusammensetzung der arbeitslosen Personen. Größere Verschiebungen hat es in dieser Hinsicht vor allem im Zusammenhang mit den wiederholten Reformen des Pensionssystems gegeben. Diese Reformen haben dazu geführt, dass sich der Anteil der BezieherInnen von Pensionsvorschüssen in Arbeitslosigkeit stark erhöht hat. Dadurch sind heute vermehrt auch ältere Personen mit gesundheitlichen Problemen in Arbeitslosigkeit zu finden, die in der Vergangenheit frühzeitig in den Ruhestand kamen. Wie aus den oberösterreichischen Daten ersichtlich ist, gehen Bezugszeiten von Pensionsvorschüssen und ähnlich geartete Leistungen mit hohen Krankenstandsquoten einher. Diese Entwicklung muss auch im Lichte des wirtschaftlichen Strukturwandels und des erhöhten Arbeitslosigkeitsrisikos von niedrigqualifizierten Arbeitskräften betrachtet werden. Diese Arbeitskräfte sind überproportional oft in Branchen und Berufen mit hohen körperlichen Anforderungen und gesundheitlichen Belastungen tätig. Da sich im Zuge des Strukturwandels ihre Arbeitsmarktchancen verschlechtert und damit ihre Verbleibzeiten in Arbeitslosigkeit erhöht haben, dürfte auch von dieser Entwicklung ein negativer Effekt auf den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Arbeitslosen ausgegangen sein.

Weitere Veränderungen im Bereich der **Arbeitsmarktpolitik** haben sich weniger auf die Zusammensetzung der Arbeitslosen als vielmehr auf die Erfassung von Krankheitsfällen in Arbeitslosigkeit niedergeschlagen. Das betrifft in erster Linie den verstärkten Einsatz von Schulungen und anderen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, der eine intensivere Betreuung von Arbeitslosen von Seiten des Arbeitsmarktservice zur Folge hatte. Dieser Paradigmenwechsel in der Gestaltung der Arbeitsmarktpolitik könnte dazu geführt haben, dass das Erkrankungsgeschehen der Arbeitslosen heute vollständiger erfasst wird als früher. Aktivierende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen stellen auch immer einen konkreten Anlass dar, sich im Krankheitsfall von einem Arzt krankschreiben zu lassen. Es stellt sich dabei auch

die Frage, inwiefern die intensivierete Betreuung der Arbeitssuchenden und deren verstärkte Einbindung in Schulungen auch die Zahl der Fälle erhöht hat, in denen es zu einem Ausweichverhalten und zu vermehrten ungerechtfertigten Krankmeldungen gekommen ist. Auch die Regelung, wonach im Krankenstand der Bezug des Arbeitslosengelds unterbrochen und somit nach hinten verschoben wird, stellt eine mögliche Motivation für unkorrektes Verhalten dar. Zur empirischen Untersuchung dieser Aspekte bedürfte es weiterführender Analysen und entsprechenden Datenmaterials. Die vorliegenden Ergebnisse wie auch die Ergebnisse aus anderen Forschungsvorhaben sprechen allerdings dafür, dass in erster Linie Selektionseffekte und krankmachende Effekte im Zuge der Arbeitslosigkeit für den Unterschied in den Krankenstandsquoten von Arbeitslosen und Beschäftigten verantwortlich sind. Arbeitslose weisen einen sehr hohen Anteil an langen Krankenstandsepisoden und eine hohe Anzahl an Krankenhausaufenthalten auf, was ebenfalls auf die Häufung von gravierenderen gesundheitlichen Problemen bei dieser Personengruppe hinweist. Missbrauchsfälle werden dadurch erschwert, dass schon der erste Krankenstandstag in Arbeitslosigkeit ärztlich bescheinigt werden muss.

Schlussfolgerungen

Unabhängig von den unterschiedlichen Erklärungsansätzen für das Krankenstandsgeschehen der Arbeitslosen stehen Gesundheits-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vor großen Herausforderungen. Denn arbeitssuchende Menschen sind in der Regel häufiger und schwerer krank als Berufstätige. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung stellt ein großes Hindernis auf dem Weg zur Reintegration in die Arbeitswelt dar und wird in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit und sich verschlechternder Arbeitsmarktchancen noch stärker zum Tragen kommen. Versuche der **Gesundheitsförderung** und **Prävention bei Arbeitslosen** sind allerdings mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert: So geht Arbeitslosigkeit vielfach mit einer Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingungen aber auch mit einem sinkenden Selbstwertgefühl, einer Schwächung der sozialen Netzwerke und der Vernachlässigung von gesundheitsförderndem Verhalten bzw. der Intensivierung von riskantem und gesundheitsschädigendem Verhalten einher. Daraus ergibt sich in vielen Fällen ein Teufelskreis, der allein durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung nicht durchbrochen werden kann. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen eine inhomogene und mit herkömmlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten schwer erreichbare Zielgruppe bilden.

Angesichts dieser Problemlage besteht weitgehend Konsens darüber, dass die gesundheitliche Situation der Arbeitslosen ein Bündel von Maßnahmen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik erfordert. Dennoch ist bisher die Erstellung eines entsprechenden Instrumentariums zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Arbeitslosen nur ansatzweise gelungen. Sowohl in Österreich als auch im restlichen deutschsprachigen Raum gibt es bereits Erfahrungen mit unterschiedlichen Ansätzen (z. B. angebotsorientierte und bedarfsorientierte Maßnahmen) der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen. Die Evidenz zur Effektivität und Effizienz dieser Maßnahmen ist allerdings sehr dürftig, da nur wenige Interventionen durchgeführt und noch weniger gründlich evaluiert wurden. Aus

diesem Grund und auch wegen der Vielfalt der möglichen Ansätze können hier nur einige **Elemente guter Praxis** wiedergegeben werden:

- Von besonderer Bedeutung ist es, Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsintegration zu verzahnen. Das Ziel der raschen Integration in den Arbeitsmarkt und der Erhaltung bzw. der Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit ("employability") sollte im Vordergrund stehen. Die Maßnahmen können direkt über das Arbeitsmarktservice vermittelt werden, um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Arbeitsförderung mit Gesundheitsförderung verknüpft wird.
- Auf Basis der Erfahrungen in diesem Bereich wird Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme der Angebote empfohlen. Dieser Aspekt ist auch deshalb wichtig, weil sich dadurch die Gesundheitsförderung klar von den verpflichtenden Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik abhebt.
- Angesichts des lückenhaften Wissens hinsichtlich der Wirkung und der Kosten-Nutzen-Relationen erscheint es besonders wichtig, Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen durch entsprechende Evaluierungsmaßnahmen zu begleiten. Neben dem Gesundheitszustand der ProjektteilnehmerInnen sollen bei der Evaluierung auch deren Beschäftigungschancen im Vordergrund stehen.

Im Lichte der Studienergebnisse spielt der Zeitpunkt für die gesundheitspolitische Intervention eine entscheidende Rolle. Aufgrund des starken Selektionseffekts von bereits kränkeren Arbeitskräften in die Arbeitslosigkeit, sollten präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen spätestens bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit einsetzen. Als besonders zukunftssträftig erscheinen Modelle, die anhand eines Frühwarnsystems (beispielsweise bei Überschreitung einer bestimmten Anzahl von Krankenstandstagen im Jahr) auch Beschäftigte ansprechen, die durch gesundheitliche Probleme ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko aufweisen. Die frühzeitige Intervention kann den betroffenen Personen die Möglichkeit geben, die weitere berufliche Laufbahn aktiv zu gestalten. Ein gesundheitspolitisches Instrumentarium, das neben Arbeitssuchenden auch Risikogruppen in Beschäftigung und die entsprechenden Betriebe anspricht und unterstützt, kann nicht nur einen Beitrag zur gesundheitlichen Stärkung und Reduktion von Krankenständen, sondern auch zur Prävention von Arbeitslosigkeit bzw. Langzeitarbeitslosigkeit und in weiterer Folge zur Vermeidung von gesundheitlich bedingter Frühverrentung leisten. Ein solches integriertes Instrumentarium bringt deshalb zusätzlich den Vorteil mit, dass neben dem Arbeitsmarktservice auch andere Institutionen (z. B. Gebietskrankenkassen und Pensionsversicherungsanstalten) als verantwortliche Stakeholder in den Prozess eingebunden und dadurch Ressourcen und Kompetenzen gebündelt werden können.

Zielsetzung und Aufbau des Berichts

Der Fehlzeitenreport wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Wirtschaftskammer Österreich und der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte in Auftrag gegeben und erscheint 2010 bereits zum dritten Mal. Die Entwicklung der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten ist ein Indikator, der sowohl für das Verständnis von Veränderungen in der Arbeitswelt und am Arbeitsmarkt als auch in weiterem Sinne für die Gesundheits- und Wirtschaftspolitik von Relevanz ist. Krankenstände stellen nicht nur für die Beschäftigten eine Belastung dar, indem sie Leid erzeugen und negative Folgen für die Erwerbskarriere und das Einkommen haben können. Sie sind für die Betriebe und die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher Kostenfaktor. Der Bericht verfolgt in erster Linie die Zielsetzung, das österreichische Krankenstandsgeschehen und die vielfältigen Wirkungszusammenhänge, in die es eingebettet ist, ein Stück weit zu beleuchten und verständlich zu machen.

Wie schon in der Vergangenheit besteht der Bericht aus einem weitgehend standardisierten Überblickskapitel zur Krankenstandsentwicklung und –verteilung, sowie aus einem Teil mit einem jährlich wechselnden Schwerpunktthema. Im ersten Teil, das dem ersten Kapitel des vorliegenden Berichts entspricht, wird sowohl die langfristige Entwicklung der Krankenstände als auch ihre Verteilung auf die Beschäftigtengruppen und Wirtschaftsbereiche anhand von Daten der Sozialversicherungsträger untersucht. Ein weiteres Augenmerk gilt den regionalen Unterschieden in den krankheitsbedingten Fehlzeiten, den Merkmalen der Krankenstands-episoden und den bedeutendsten Krankheitsgruppen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können, kristallisieren sich aus diesen Untersuchungen einige der wichtigsten Bestimmungsfaktoren für das Niveau und die Merkmale der Krankenstände heraus. Das zweite Kapitel des Berichts ist dem diesjährigen Schwerpunkt – Krankenstand und Arbeitslosigkeit – gewidmet. Diesem Thema kommt vor dem Hintergrund der jüngsten Wirtschaftskrise und der angespannten Arbeitsmarktlage in diesem Jahr eine besondere Dringlichkeit zu.

Wie schon in den vergangenen Jahren haben viele Personen und Institutionen durch ihre Unterstützung einen entscheidenden Beitrag zur Entstehung dieser Studie geleistet. Für Hilfe in der Daten- und Informationsbeschaffung ist der Autor insbesondere den Kolleginnen und Kollegen vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Gebietskrankenkasse Oberösterreich und dem Arbeitsmarktservice Österreich zu Dank verpflichtet. Ein besonderer Dank geht an Gerhard Arzt (Gebietskrankenkasse Oberösterreich), an Karl Grillitsch und Reinhard Haydn (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) und an Gerhard Leitner (Arbeitsmarktservice Österreich), die das Projekt auf vielfältige Weise unterstützt haben und in zahlreichen Fragen äußerst informative Ansprechpartner waren.

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieses Kapitel dient einem Überblick der langfristigen Entwicklung von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Dazu wurden aus bereits publiziertem Datenmaterial vollständige, langfristige Zeitreihen zusammengestellt, die anhand von unterschiedlichen Indikatoren ein möglichst detailliertes Bild der Krankenstände geben. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Krankenstandsentwicklung in einem breiten Kontext eingebettet ist und dass gesellschaftliche, wirtschaftliche und institutionelle Faktoren auf diese Entwicklung großen Einfluss ausüben. Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheitspolitische Zielgröße betrachtet werden, prinzipiell ist eine Senkung der Krankenstände als positiv und wünschenswert zu beurteilen. Belastungen am Arbeitsplatz und individuelles Risikoverhalten in und außerhalb der Arbeitswelt wirken sich zwangsläufig über kurz oder lang negativ auf die Krankenstände aus. Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt.

Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig auf die *Krankenstandsstatistik* nieder. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber¹⁾. Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt, Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer²⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen, krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des so genannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

¹⁾ Sieht man von einer rein ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse ab, muss auch bedacht werden, dass die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Alter durch den sinnstiftenden Charakter der Arbeit für das Individuum auch einen immateriellen Wert besitzt.

²⁾ Wenn ArbeitnehmerInnen trotz des Auftretens von Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz erscheinen, kann dem Betrieb sowohl über die geminderte Produktivität der Betroffenen als auch über die Ansteckungsgefahr für die restliche Belegschaft ein Schaden entstehen.

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

Die Begriffe "Krankenstand" und "Fehlzeiten" sind in der Literatur nicht einheitlich definiert, es ist daher notwendig, der Untersuchung eine terminologische Festlegung vorzuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung kann man die Gesamtheit der Abwesenheiten der ArbeitnehmerInnen vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (Schnabel, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen, also Tagen, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die ArbeitnehmerInnen aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgenommen, desgleichen sonstige Fehlzeiten wie beispielsweise Behördenwege und unentschuldigte Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankheitsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffi, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2008 waren 3,11 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 91% der unselbständig Beschäftigten in Österreich³). Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁴). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freie Dienstverträge. Für den vorliegenden Bericht wurden möglichst konsistente Zeitreihen zusammengestellt, der Beobachtungszeitraum reicht von 2008 bis zum Jahr 1970 zurück⁵).

³) Im Jahresdurchschnitt 2008 gab es laut HV 3,42 Mio. Beschäftigte.

⁴) Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (3.183 Personen im Jahr 2007) sind in der Statistik durchgehend enthalten.

⁵) Ab 1970 ist eine durchgehende Darstellung der meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Hauptverbandsdaten möglich. Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen.

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

Begriff	Definition	Erläuterung
Krankenstandstage	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten. Einheit: Kalendertage	
Krankenstandstage je Versicherte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Absenztage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeiterfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte/n bzw. je Erkrankte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitstagen aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten.
Erkrankungsquote	Anteil der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einmal im Krankenstand waren. Einheit: in %	Indikator für die Größe des Personenkreises, der im Laufe eines Jahres von Arbeitsunfähigkeit betroffen ist.

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

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle und zum Teil auch bürokratische Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht anders als bei anderen Datenquellen sind deshalb auch im Falle der *Krankenstandsstatistik* einige vorwegnehmende Hinweise angebracht:

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des HV der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch geringfügig und über die Jahre stabil⁶⁾. 2008 war die Zahl

⁶⁾ Durch eine jährliche Stichtagserhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (*Haydn, 2009*).

der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1% und bei Frauen bei 1,4%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. Im Bericht wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.

- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn ArbeitnehmerInnen sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (bis zu drei Tagen) krank melden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.3 noch im Detail eingegangen.
- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

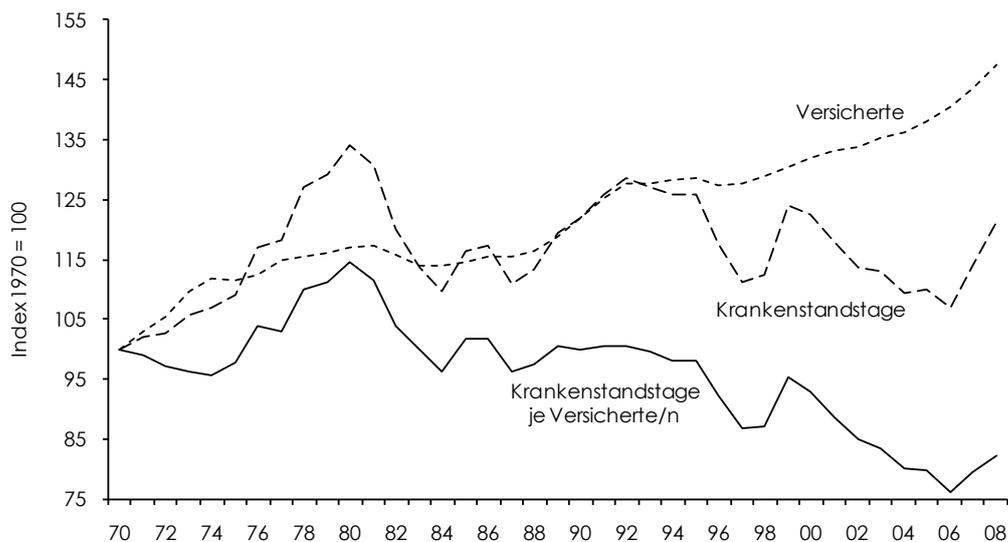
1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2008 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2008 38,8 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2008 etwa gleich groß war wie zu Beginn der 1990er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 11,5 und lag somit fast ein Viertel unter dem Wert im Jahr 1995 (14,9) bzw. ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4).

In den letzten beiden Jahren ist es erstmals in diesem Jahrzehnt zu einem Anstieg der Fehlzeiten gekommen, 2007 bzw. 2008 waren die Beschäftigten im Schnitt 12 bzw. 12,5 Tage im Krankenstand.

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann auch anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjährig und nicht ganzjährig Beschäftigten ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2008 3,4%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,2%.

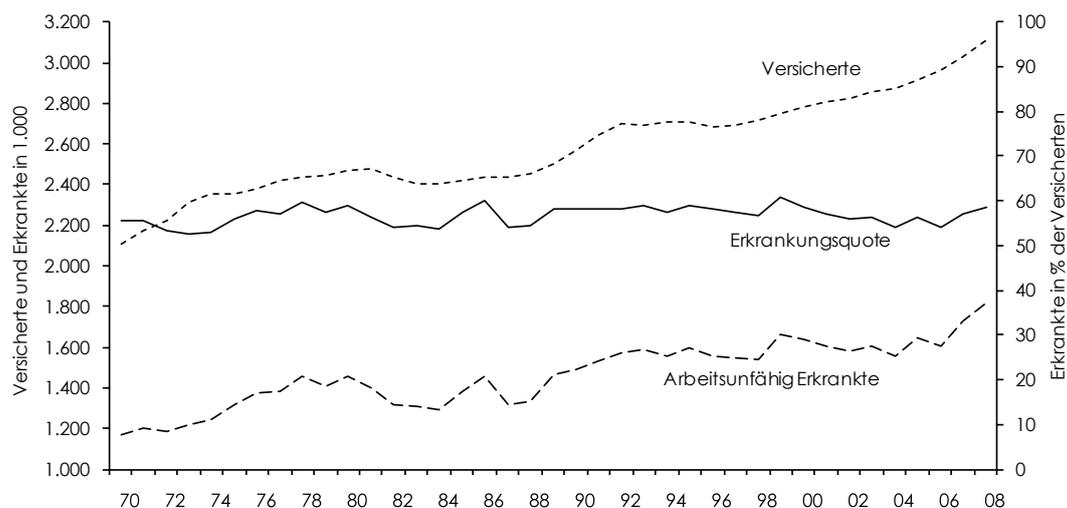
Die Schwankungen der Krankenstandsquote können durch eine Zerlegung in Komponenten näher bestimmt werden. Dabei kann die Entwicklung der Fehlzeiten auf drei unterschiedliche Dimensionen zurückgeführt werden (Biffi, 2002):

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

- die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle.

Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Trotz jährlicher Schwankungen liegt diese Erkrankungsquote seit 1970 zwischen 50% und 60% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwas mehr als die Hälfte der Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 bis 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Die höchsten Werte wurden 1986 und 1999 verzeichnet, die Erkrankungsquote betrug 60% bzw. 60,6%. Im Laufe des Jahres 2008 waren 58,4% der Versicherten (mindestens einmal) im Krankenstand. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Betroffenheit von Krankheit und die Dauer der Krankenstandsfälle haben sich kontinuierlich verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum erhöht: 1970 entfielen auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2008 waren es 1,13 Fälle (Übersicht A2).

Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich

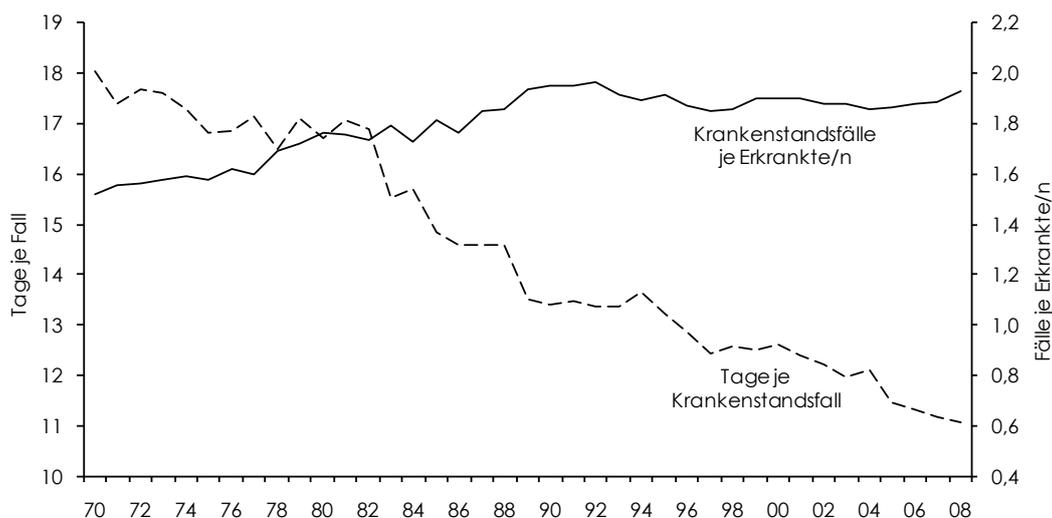


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Bereinigt man die Zahl der Versicherten um jene Personen, die im Laufe des Jahres nicht erkrankt sind, erhält man die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen je Erkrankte/n. Dabei ändert sich nichts an der Gesamtaussage, dass die Anzahl der Krankenstandsepisoden pro Kopf zugenommen hat: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigte, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2008 1,9-mal (Abbildung 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandsdauer spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 11,1 Tage im Jahr 2008. Die stärkste Veränderung in dieser Dimension war seit den frühen 1980er-Jahren

zu verzeichnen. Ab diesem Zeitpunkt entkoppelten sich die Häufigkeit von Krankenstands-episoden und die Anzahl an Krankenstandstagen, woraus ein stark abfallender Trend in der durchschnittlichen Dauer der Krankenstandsfälle resultierte.

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die relative Bedeutung der einzelnen Komponenten (Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände) für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Zerlegung untersucht werden⁷⁾. Das Ergebnis zeigt, dass Veränderungen in der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf die Entwicklung der Fehlzeiten in der Periode 1970 bis 2008 hatten: Rund 70% der Varianz in der Krankenstandsquote werden durch Veränderungen in der Dauer der Krankenstandsepisoden erklärt, während die Anzahl der Fälle je erkrankter Person und die Erkrankungsquote die restlichen 30% der Varianz bestimmen.

1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände bis zu drei Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheinigungen seitens der ArbeitgeberInnen für Krankenstände, die nur ein bis drei Tage dauern, nicht immer eingefordert werden, sind Kurzkrankenstände in der Statistik untererfasst. Folgende unterschiedliche Faktoren können sich auf das tatsächliche Ausmaß der Meldung von Kurzkrankenständen auswirken:

⁷⁾ Für eine Erläuterung der Berechnungsmethode siehe Anhang A im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

- Unterschiedliches Verhalten der ArbeitnehmerInnen (je nach Person bzw. Typ von Erkrankung) hinsichtlich der Entscheidung, ob schon in den ersten Tagen der Erkrankung ein Arztbesuch erfolgt;
- Unterschiedliche Handhabung der Krankenstände von Seiten der ArbeitgeberInnen (je nach Unternehmen); dabei ist nicht auszuschließen, dass innerhalb desselben Unternehmens keine durchgehend konsistente Handhabung der Kurzkrankenstände erfolgt.

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Dies hängt damit zusammen, dass ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) die Krankenversicherungen dem Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen rückerstatteten. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, die bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, kann man vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der ArbeiterInnen und der Angestellten eine Rolle spielen. In ArbeiterInnenberufen ist im Regelfall die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz für die Leistungserbringung ausschlaggebend. In zahlreichen Angestelltenberufen, wo auch Informations- und Kommunikationstechnologien sowie flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzgestaltungen verstärkt zum Einsatz kommen, fallen (vor allem kürzere) Abwesenheitszeiten aus Sicht der ArbeitgeberInnen nicht immer stark ins Gewicht. Vor allem bei höher qualifizierten Angestellten ist die erwartete Arbeitsleistung oftmals von der geleisteten Arbeitszeit abgekoppelt, was auch an der Konzentration von Leistungslohnmodellen wie Zielvorgaben und Prämien auf diese Beschäftigtengruppen erkennbar ist. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Unternehmen im Durchschnitt bei ArbeiterInnen stärker auf die ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und somit auf die vollständige Erfassung des Krankenstandsgeschehens bedacht sind als bei Angestellten.

Laut Auskunft des HV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielt diese Untererfassung eine geringe Rolle. Man kann davon ausgehen, dass sie auch ein Mindestmaß für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik

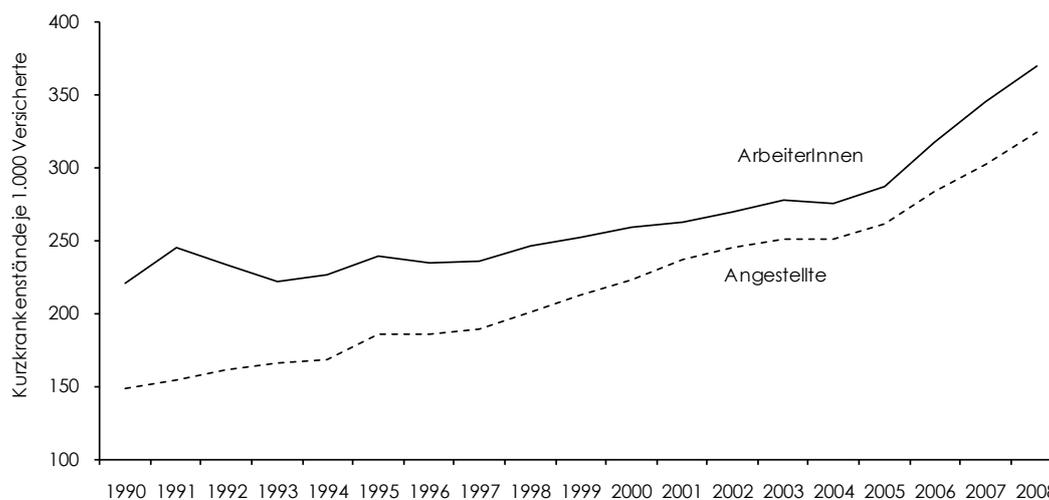
darstellt. Die tatsächliche Untererfassung dürfte allerdings, vor allem bei den Angestellten, um einiges höher liegen (siehe Kasten S. 20).

Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999
Österreich

	ArbeiterInnen-Entgeltfortzahlungsgesetz-1999	
	Fälle	Tage
Insgesamt	1.622.516	14.354.057
Mit ärztlicher Bestätigung	1.511.867	14.168.778
Ohne ärztliche Bestätigung	110.649	185.279
	Anteile an insgesamt in %	
Ohne ärztliche Bestätigung	6,82	1,29

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

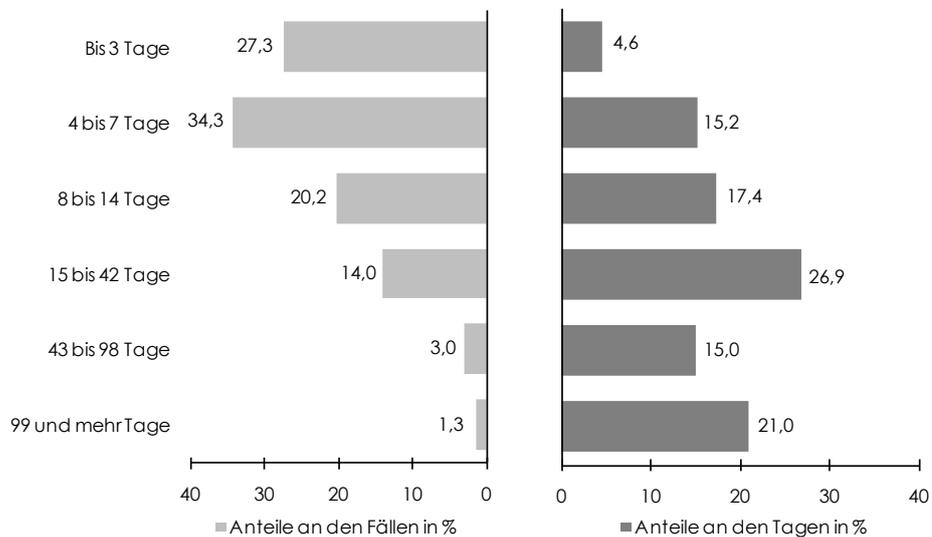
Aus der Entwicklung der Statistik der Krankenstandsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 betrug sie schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2008 34,4%. In anderen Worten gab es 1990 186 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2008 waren es 344 Fälle. Dieser Trend hat sich auch nach dem Jahr 2000 fortgesetzt, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen

bei den beiden Berufsgruppen stark an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein geringer, wenn auch in den letzten Jahren erstmals wieder wachsender Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2008 auf 1.000 Versicherte 324 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 370 (Abbildung 1.4).

Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2008 bei den Angestellten 7,2% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (Abbildung 1.6; 1990 3,3%), die Quote bei Männern liegt bei 7% (1990 3%), während sie bei Frauen etwas höher ist (2008 7,4% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 4,6% in 2008, 2,2% in 1990 (Abbildung 1.5). Auch hier ist zwischen den Geschlechtern nur ein geringfügiger Unterschied beobachtbar. Anders als bei den Angestellten haben Arbeiterinnen einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2008 4,2% gegenüber 4,8%).

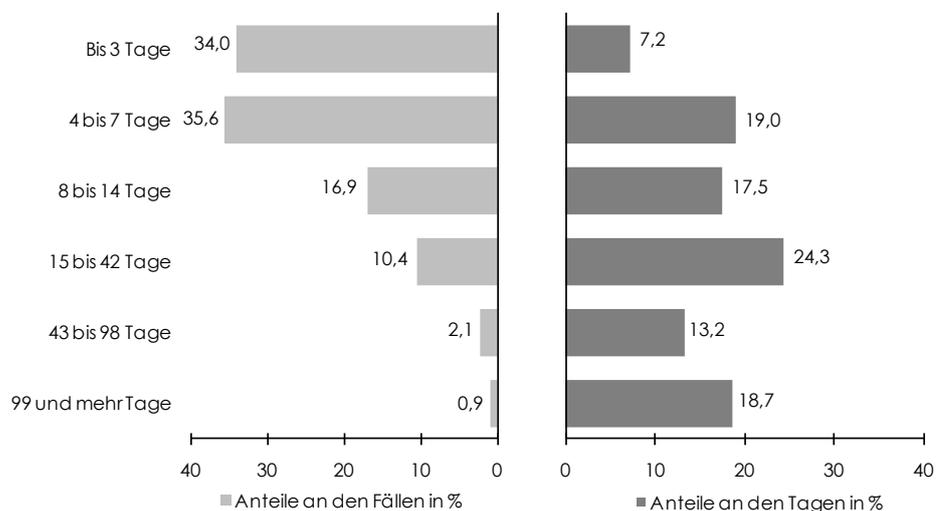
Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2008 waren zwar rund 30,5% der gemeldeten Krankenstände bis zu drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten haben Kurzkrankenstände trotz ihrer Zunahmen weiterhin eine vergleichsweise geringe Bedeutung, ihr Anteil an der Summe der Krankenstandstage liegt bei 5,7%. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen weniger als 4% der Gesamtsumme dar, verursachen aber über ein Drittel der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 36% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es knapp 32%.

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2008



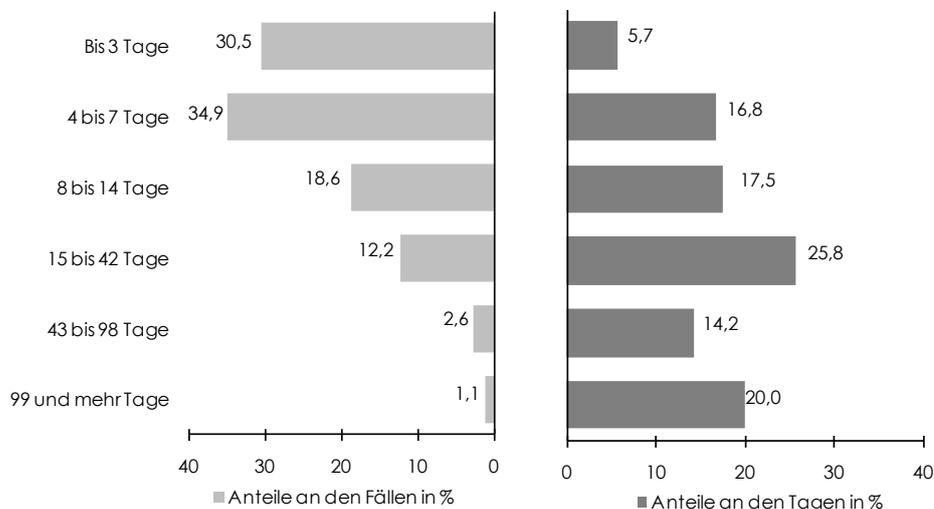
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2008) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2006 auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 6,1% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 36% betrug⁸⁾. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Nach einer Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (Marstedt – Müller, 1998) liegt der Anteil der Fälle von bis zu drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen etwa doppelt so hoch wie in der offiziellen Statistik (insgesamt durchschnittlich 11,3%).

Eine Sensitivitätsanalyse (siehe Kasten) zeigt, dass auch in Österreich eine vollständige Erfassung der Kurzkrankenstände das Gesamtbild der *Krankenstandsstatistik* beeinflussen, aber nicht wesentlich verändern würde. Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwas mehr als einem halben Krankenstandstag pro Jahr und Beschäftigten. Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote um knapp 15%. Badura et al. (2008) kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstandes abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den

⁸⁾ Der im Vergleich zu Österreich hohe Anteil der Kurzkrankenstände an den Krankenstandsfällen in Deutschland geht zum Teil auf eine statistische Ursache zurück. Anders als in der Statistik zur Krankendauer des HV wird im Fehlzeitenreport jedem Fall nur die Dauer zugerechnet, die sich auf das entsprechende Beobachtungsjahr bezieht. Durch diese zeitliche Abgrenzung wird die Anzahl der Kurzkrankenstände überschätzt, da beispielsweise ein Langzeitkrankenstand, der am 2. Jänner 2008 zu Ende gegangen ist, im Fehlzeitenreport für das Jahr 2008 als Kurzkrankenstand angeführt wird.

Betriebsablauf. Insbesondere für Kleinbetriebe, die weniger flexibel auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können, und für Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit hohem Sachkapitalaufwand ausgestattet sind, stellen sie eine relevante Kostengröße dar. Infolge dieser vergleichsweise wichtigen Rolle für die wirtschaftlichen Kosten von Fehlzeiten stellen Kurzkrankenstände ein interessantes Untersuchungsfeld dar. Ihre konstante Zunahme misst zudem der Frage nach ihrer gesundheitspolitischen Relevanz wachsende Bedeutung zu.

Welche Bedeutung hat die Untererfassung der Kurzkrankenstände für die Statistik?

Da keine Information zur tatsächlichen Häufigkeit von Kurzkrankenständen in der österreichischen Wirtschaft verfügbar ist, können hinsichtlich der quantitativen Bedeutung dieser Untererfassung für die Statistik nur Vermutungen angestellt werden.

Eine mögliche Annäherung an die tatsächliche Anzahl der Kurzkrankenstände führt über eine Schätzung der erfassten Kurzkrankenstände, wobei davon ausgegangen wird, dass die Untererfassung bei den ArbeiterInnen nur geringfügig, bei den Angestellten signifikanter ist¹⁾. Im Jahr 2008 wurden etwa 500.000 Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen und 570.000 Kurzkrankenstände von Angestellten gemeldet. Einem plausiblen Szenario zufolge könnten die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen in Wirklichkeit um 30%, jene der Angestellten um 150% höher liegen als in der Statistik. Das würde eine Verdoppelung der Gesamtzahl von kurzen Fehlzeiten bedeuten²⁾. In diesem Szenario, d. h. bei 1.000.000 zusätzlichen Kurzkrankenständen, würde das Volumen der Fehlzeiten um 5,4% steigen, Kurzkrankenstände würden rund 10% der Krankenstandstage bzw. 46% der Krankenstandsfälle darstellen. Die Anzahl der Krankenstandstage pro Person würde um etwas mehr als einen halben Tag auf 13,1 Tage im Jahr ansteigen, die Krankenstandsquote 3,6% statt 3,4% betragen.

Ein zweiter Anhaltspunkt könnten die Kurzkrankenstände im öffentlichen Dienst sein. Wie von einer jüngst erschienenen Studie mit Auswertungen der Fehlzeiten des Bundespersonals aufgezeigt wird, gingen im Jahr 2008 bei den Bundesbediensteten durchschnittlich 2,6 Arbeitstage infolge von Kurzkrankenständen verloren (*Bundeskanzleramt, 2009A*). Überträgt man diesen Wert auf die Versicherten im ASVG-Bereich ergeben sich pro Kopf 14,3 Krankenstandstage im Jahr. Der tatsächliche Anteil der Kurzkrankenstände am gesamten Fehlzeitenvolumen würde demnach bei 15,3% liegen, die Krankenstandsquote von 3,4% auf 3,9% ansteigen.

¹⁾ Dabei wird angenommen, dass die nicht erfassten Kurzkrankenstände die gleiche durchschnittliche Dauer der tatsächlich in der Krankenstandsstatistik enthaltenen Kurzkrankenstände haben.

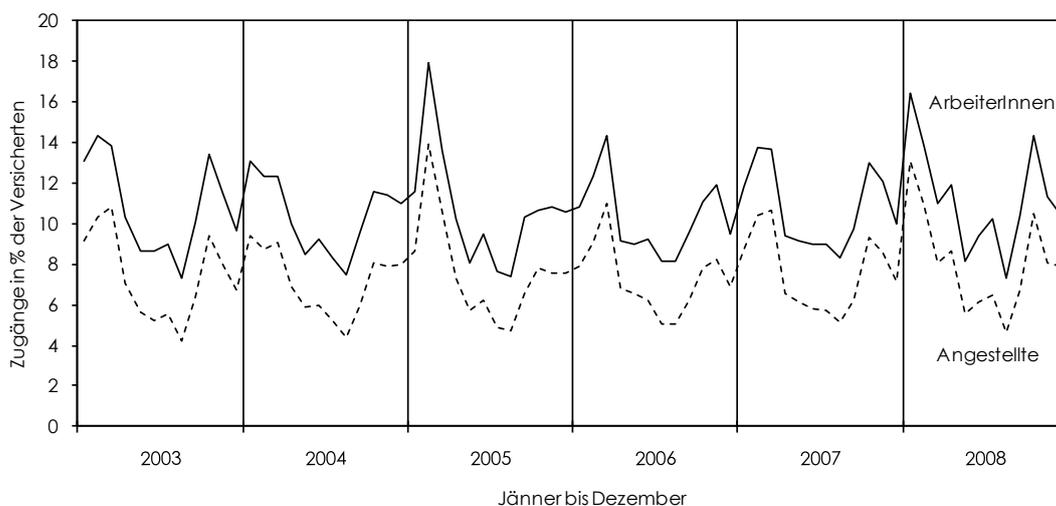
²⁾ Dieses Szenario entspricht der Annahme, dass die Krankenstandsfälle einer Gammaverteilung folgen.

1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf von Zugängen in den Krankenstand und den Krankenstandsbestand zum jeweiligen Monatsende. Um die saisonalen Schwankungen im Beschäftigten- und Versichertenstand zu berücksichtigen, wurden die

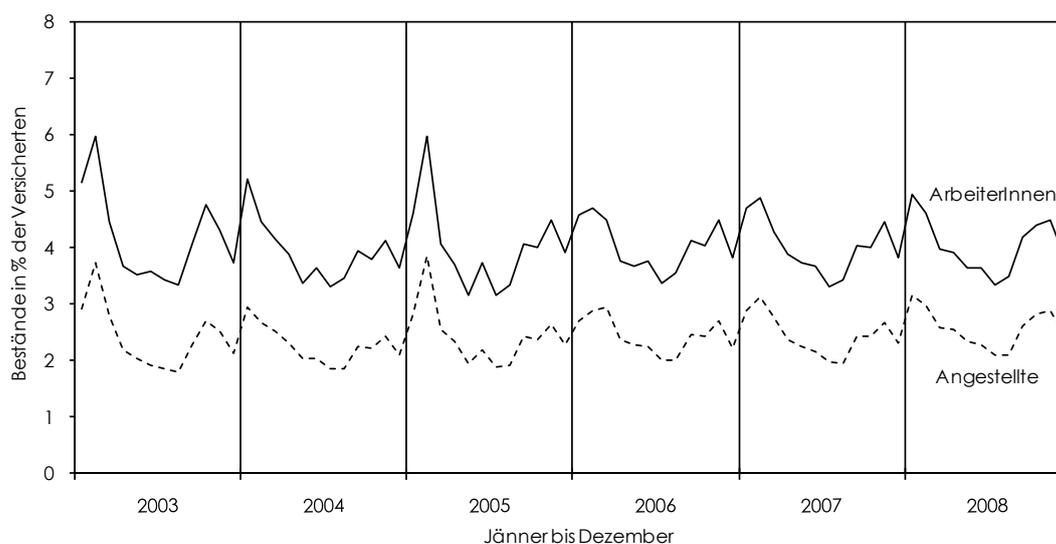
Krankenstände auf die Versicherten im entsprechenden Monat (Stichtag Monatsende) umgelegt. Je nach Jahr treffen die meisten Krankenstandsfälle im Jänner oder Februar ein. Während des Frühlings und des Sommers nimmt die Anzahl der Neuzugänge in den Krankenstand ab, der Herbstanfang verzeichnet regelmäßig mit dem Monat September ein neues Hoch an Krankenständen. Der parallele Verlauf von Zugängen und Beständen deutet darauf hin, dass die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle kein starkes saisonales Muster aufweist.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2005 Österreich getroffen und insbesondere im Februar 2005 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 430.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 18% aller ArbeiterInnen und 14% aller Angestellten krankgeschrieben.

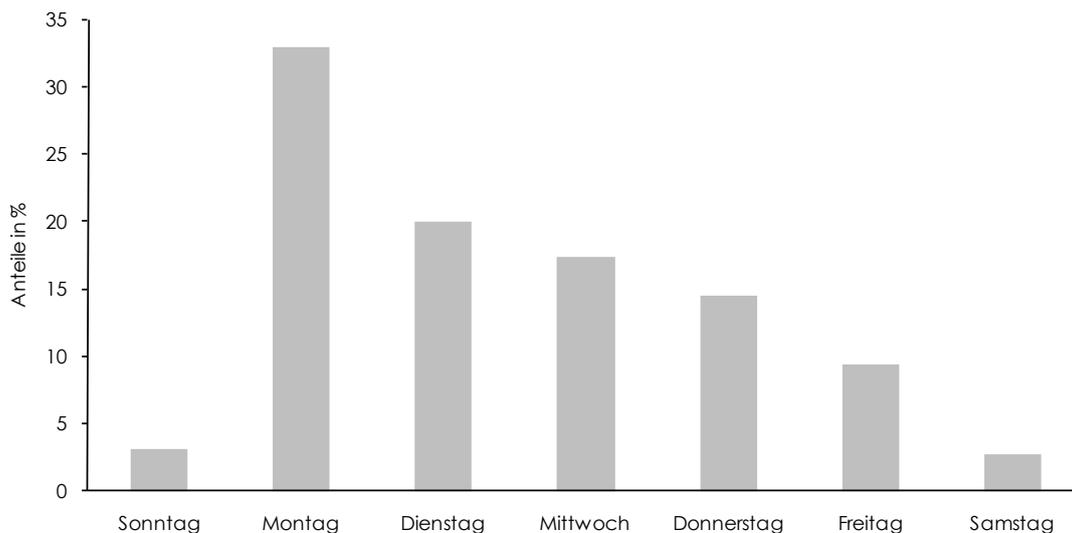
Der Zugang in den und der Abgang aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von Ärzten und Patienten geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstandsmeldungen entfallen. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen allerdings kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte einen Arzt aufsuchen bzw. aufsuchen können. Man kann davon ausgehen, dass der Arzt am Wochenende nur im Notfall aufgesucht wird und dementsprechend Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag rund 13% der Krankenstandsmeldungen. Sieht man von diesem "Montags-Effekt" ab, der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, wird der Freitag nur in jedem zehnten Fall als der Wochentag angegeben, an dem der Krankenstand begonnen hat. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele ArbeitnehmerInnen im Fall von Krankheitsbeginn kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag zu warten.

In Österreich ist der Sonntag, mit gut einem Viertel der Fälle, jener Wochentag, an dem der höchste Anteil an Krankenstandsepisoden beendet wird (Abbildung 1.11). Im Laufe der letzten Jahre hat der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, zugenommen, während Krankschreibungen am Sonntag tendenziell zurückgehen⁹⁾. Es gibt kaum Fälle, die am Samstag zu Ende gehen, auch die Zahlen der Krankenstandsbeendigungen am Montag und Donnerstag sind leicht unterdurchschnittlich. Dieses Muster lässt sich vermutlich mit der Tatsache erklären, dass sich der Arzt bei Krankheitsfällen, die in die zweite Wochenhälfte fallen, oftmals veranlasst sieht, das Wochenende als Genesungsperiode zu inkludieren. Zudem ist es üblich, dass im Krankheitsfall der Patient für den Montag zu einem Kontrolltermin "wiederbestellt" wird. Ist zwischenzeitlich über das Wochenende die Genesung eingetreten,

⁹⁾ Das geht aus einer Auswertung der Krankenstandstage nach Wochentagbeginn und -ende für Oberösterreich in den Jahren 2001 bis 2007 hervor.

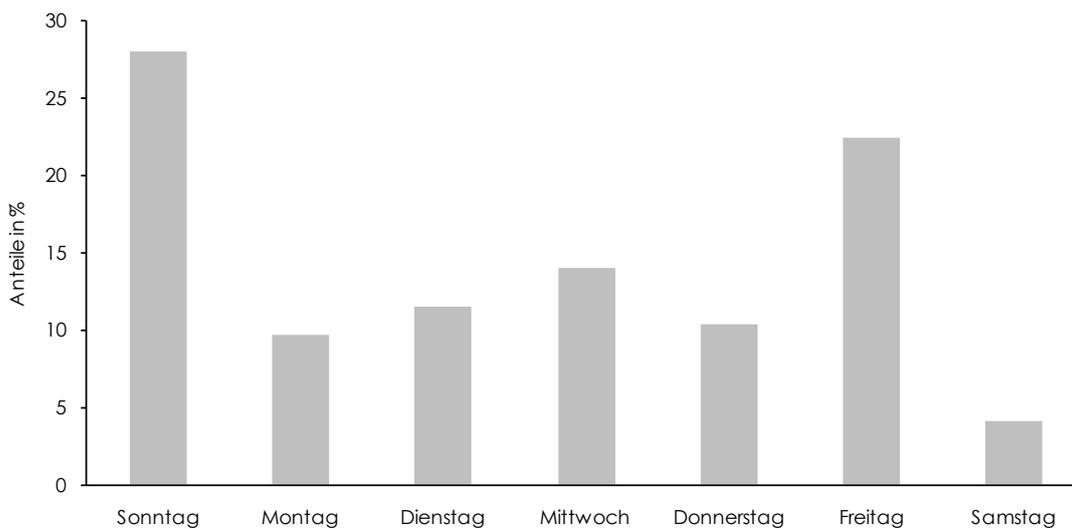
wird dieser Termin nicht wahrgenommen, ArbeitnehmerInnen gehen direkt wieder in die Arbeit. Da der Montag für die Mehrheit der Beschäftigten der erste tatsächliche Arbeitstag ist, wird der vorangehende Sonntag als Ende der Krankheitsepisode auf der Krankmeldung festgehalten.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Für Österreich kann pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingehen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent ist: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende beginnen, wird die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt fließen die Wochentage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfallen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die Krankheit tatsächlich vielleicht schon am Samstag nicht mehr bestand. Die Daten aus dem deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2008*) zeigen eine Verteilung der Krankenschreibungen im Wochenverlauf, die sich stark mit der österreichischen deckt. Eine Abweichung ergibt sich dagegen bei der Wahl des Wochentags für das Ende der Krankschreibung: In Deutschland endet fast die Hälfte der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Wochenende zu Ende gehen, ist nicht höher als an anderen Tagen. Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 14% der Fälle zu Ende gehen, entfallen in Deutschland auf die restlichen Tage jeweils etwa 8% der Krankenstandsbeendigungen. Hinter der Differenz zwischen den beiden Ländern dürfte wohl kaum ein Unterschied im tatsächlichen Krankheitsverlauf, sondern vielmehr ein bürokratisch bedingter Unterschied in der Erstellung der Krankmeldung stehen.

1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Männer sterben im Vergleich zu Frauen häufiger an den Folgen schwerer organischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungen- oder Leberkrebs (*Macintyre – Hunt – Sweeting, 1996*). Die unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitserscheinungen bei Frauen und Männern ergibt sich sowohl aus Unterschieden in biologischen Risiken als auch auf der Basis unterschiedlicher Belastung durch Risikofaktoren und unterschiedlicher Gesundheitsrisiken im Lebenszyklus. Zusätzlich zeigen Frauen und Männer ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und haben deshalb auch spezifische Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies kann sich in einer differenzierten Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und in einer unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmung vom Gesundheitszustand niederschlagen, was letztendlich auch die statistische Erfassung von Gesundheit trifft. *Case – Paxson (2004)* weisen darauf hin, dass Umfragen und Erhebungen für Frauen zum Teil schlechtere Gesundheitswerte darstellen, weil die Berichterstattung von Krankheitszuständen bei Frauen akkurater, d. h. vollständiger erfolgt als bei Männern.

Im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*). Österreich gehört zusammen mit Deutschland zur Minderheit

von Ländern, in denen das nicht der Fall ist¹⁰): Männer sind hier häufiger wegen Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig als Frauen. Die Krankenstandsquote der Männer ist mit 3,6% (2008) um fast 10% höher als jene der Frauen, die bei 3,3% liegt. Dieser Abstand ist in einer historischen Betrachtung gering. Im langfristigen Zeitraum haben sich die Krankenstandsquoten der beiden Geschlechter weitgehend parallel entwickelt (Abbildung 1.12). Am geschlechtsspezifischen Unterschied bei den Krankenständen hat sich nichts Wesentliches verändert, allerdings hat sich dieser Unterschied im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet und dann wieder verringert. In den frühen 1970er-Jahren war der geschlechtsspezifische Unterschied mit dem heutigen vergleichbar. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer etwa 20% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden Jahren auf die heute beobachtbaren Werte von 10% verringert.

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Ein differenzierteres Bild der Zusammenhänge zwischen Fehlzeiten und Geschlecht ergibt sich bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter bzw. beruflichen Merkmalen und wird in den folgenden Abschnitten untersucht. Vor allem die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt ist für die hohen Krankenstände der österreichischen Männer maßgebend: Männer sind in ArbeiterInnenberufen, in denen die Krankenstände deutlich höher sind als unter den Angestellten, überproportional vertreten. Dies gilt insbesondere für Branchen wie das Bauwesen, die meisten Bereiche der Sachgütererzeugung und das Transportwesen, in denen die Krankenstandswahrscheinlichkeit wegen hoher physischer Arbeitsplatzbelastungen und Unfall-

¹⁰) Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen, wie die Arbeitkräfteerhebung und den *European Community Household Panel*, die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

risiken überdurchschnittlich ist. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008, Abschnitt 2.6), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) sind Frauen demnach nicht seltener, sondern sogar öfter als Männer im Krankenstand.

1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

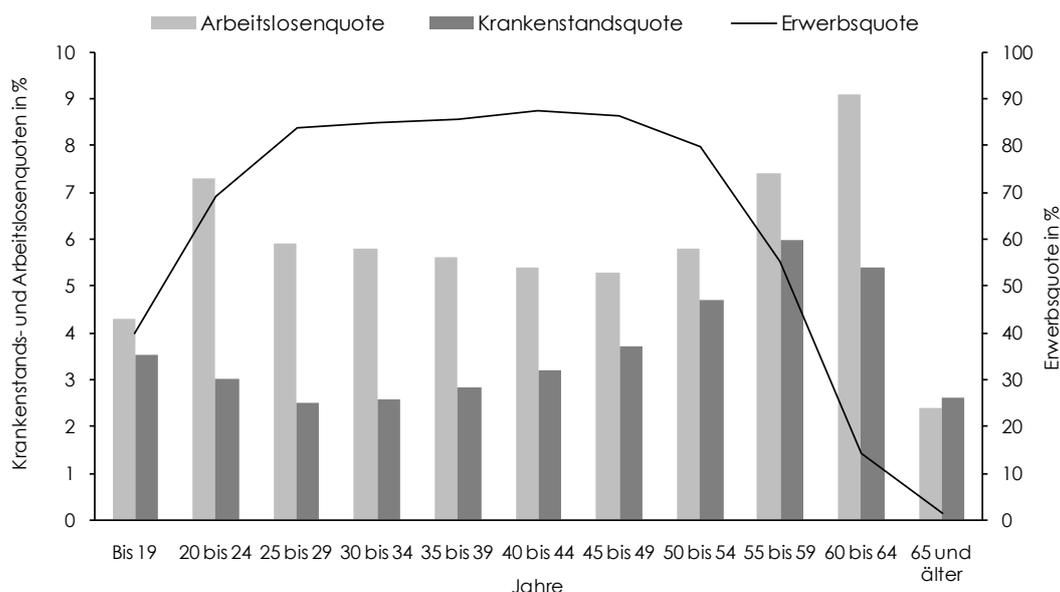
Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹¹⁾. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, die 20- bis 24-Jährigen liegen leicht unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Im Alter von 25 bis 39 Jahren erreichen die Krankenstandsquoten die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 40 Jahren steigt die Quote wieder leicht an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt. Ab 45 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 55 und 60 Jahren den Höchstwert. Die 60- bis 64-Jährigen haben eine etwas geringere Krankenstandsquote, bei noch älteren Erwerbstätigen sinkt sie auf das Niveau der 25- bis 39-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation zur Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen müssen deshalb vor dem Hintergrund der vergleichsweise geringen Besetzung dieser Kohorten betrachtet werden: 2008 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 113.000 Männer und 78.000 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 6,1% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 36.000 Männer und 9.800 Frauen (1,5% der Versicherten).

Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren knapp 4.600 Männer und 2.600 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,2% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Erwerbsquote, die bei den 50- bis 54-Jährigen fast 80% beträgt, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 55% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 14% ab (Jahr 2008; Abbildung 1.13). Zudem steigt die Arbeitslosigkeit im Alter stark an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen liegt 2008 mit 7,4%, jene der 60- bis 64-Jährigen mit 9,1% deutlich über dem Durchschnittswert von 5,8%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten ein starker Selektionsmechanismus am Werk ist, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann sowohl für Männer als auch für Frauen mit 57 und 58 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2008 in der Altersgruppe

¹¹⁾ Im Jahr 2008 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 43%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 67%.

der 50- bis 54-Jährigen 4.900, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen allerdings rund 9.800 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension¹²⁾. Diese Zahlen weisen deutlich darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlässt oder in die Arbeitslosigkeit abrutscht.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

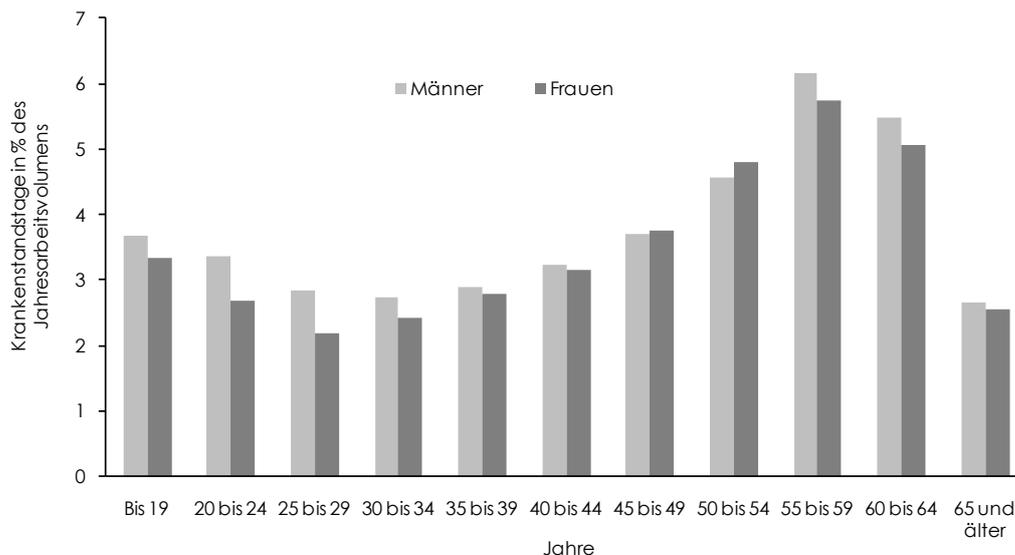
Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, bestehen bei den Krankenstandsquoten nach Alter zwischen Frauen und Männern einige signifikante Abweichungen. Einen wesentlichen Unterschied nach Geschlecht kann man in der Krankenstandsquote der Jugendlichen feststellen, ein Angleichungsprozess der Krankenstandsquoten von Frauen und Männern beginnt ab dem Alter von 30 Jahren. Ein Erklärungsfaktor für die geschlechtsspezifischen Unterschiede zu Beginn des Erwerbslebenszyklus ist die Tatsache, dass bei jungen Männern stärker als bei Frauen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen stärker ins Gewicht fallen (z. B. ungesunder Lebensstil, risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten). So gehören beispielsweise junge Männer wesentlich öfter als junge Frauen zu den Verursachern und zu den Opfern von Verkehrsunfällen (siehe z. B. *Limbourg et al.*, 2000). Wie aus Daten von Statistik Austria hervorgeht, haben junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren eine fast dreimal so hohe Sterbewahrscheinlichkeit als gleichaltrige Frauen¹³⁾. Im Haupterwerbalters ist der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote vergleichsweise gering, in den Altersgruppen der 45- bis 54-Jährigen weisen Frauen sogar

¹²⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2009*, Tabelle 3.31.

¹³⁾ Dies geht aus der so genannten Sterbetafel hervor, die anhand von Daten aus der Volkszählung für jedes Alter die Wahrscheinlichkeit darstellt, im nachfolgenden Jahr zu sterben.

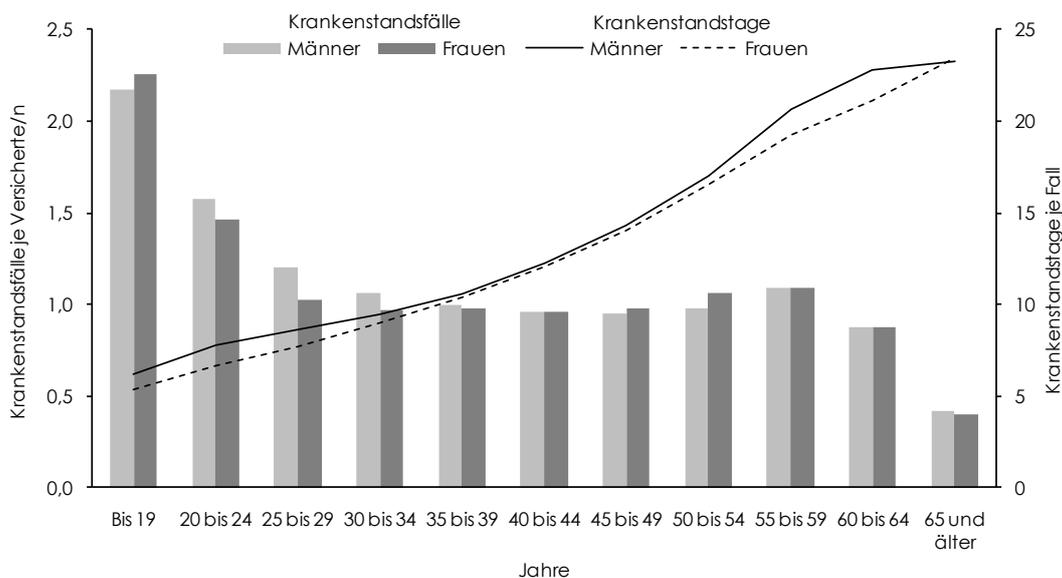
etwas höhere Quoten als Männer auf. Bei den Über-55-Jährigen können wiederum bei Männern höhere Werte als bei Frauen beobachtet werden, dies dürfte damit zu erklären sein, dass der Selektionsprozess von gesundheitlich angeschlagenen Arbeitskräften (der bereits erwähnte "Healthy-Worker"-Effekt) durch das niedrigere Pensionsantrittsalter bei Frauen früher einsetzt als bei Männern.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht Österreich, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

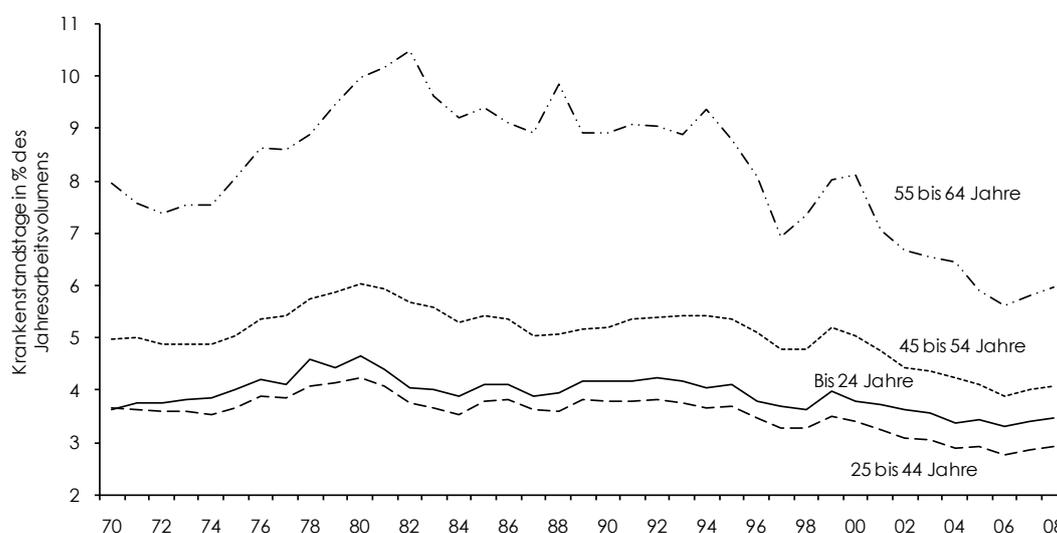
Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht Österreich, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle¹⁴⁾. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls von ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre, aber auch die Altersgruppe der 20- bis 25-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Diesbezüglich spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle: Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau vergleichsweise gering. Jugendliche haben demnach weniger als ältere Arbeitskräfte zu verlieren, wenn sie sich krank melden (Biffi, 1999). Die Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab und steigt in der Altersgruppe ab 50 Jahren – allerdings nur sehr schwach – an. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter merklich. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen sieben Tage, bei 60- bis 64-Jährigen mehr als dreimal so lang (2008). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen Österreich



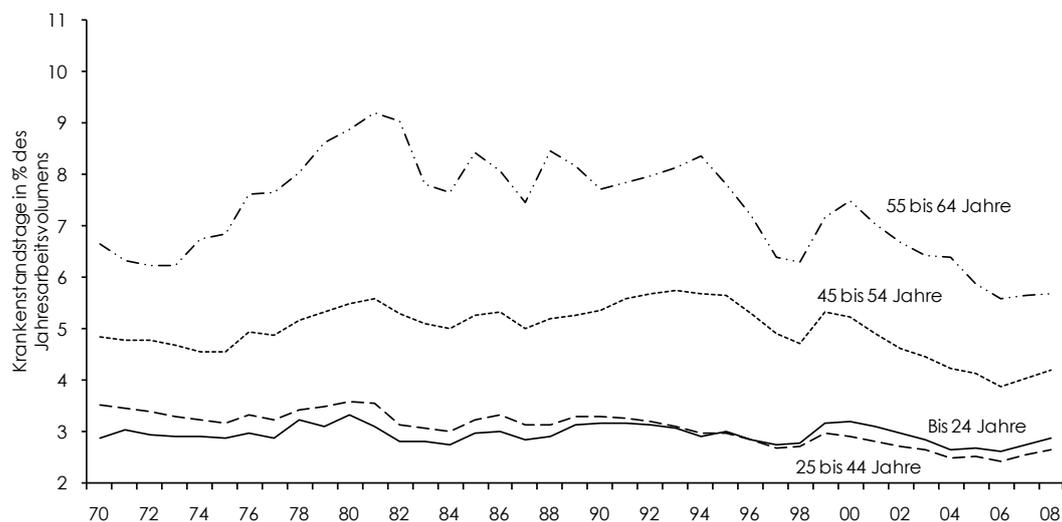
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten

¹⁴⁾ Die Möglichkeit eine dritte Dimension – jene der altersspezifischen Erkrankungsquoten – zu untersuchen, ist bei der vorliegenden Datenbasis nicht gegeben.

zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar.

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass bei Frauen wie auch bei Männern die jährlichen Veränderungen der Krankenstandsquote von älteren Altersgruppen im Zeitraum von 1970 bis 2008 deutlich stärker ausfielen als die von jüngeren Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten¹⁵⁾ schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen (Leoni – Biffl – Guger, 2008A).

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich auf Ältere stärker als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (Bergendorff, 2003). Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes setzten in Österreich in der Vergangenheit besonders bei älteren Arbeitskräften an. Bei steigender Arbeitslosigkeit bestand eine größere Bereitschaft, Pensionen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit zu gewähren (Meggeneder, 2005). Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als

¹⁵⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein. Ab Mitte der 1990er-Jahre wurde Personen mit langer Versicherungsdauer der Übergang in die Pension erleichtert; das ging mit einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen einher. In den letzten Jahren wurde der Frühausstieg aus dem Erwerbsleben erschwert; das schlug sich in einem stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit nieder (Biffi, 2007). Diese Richtungsänderungen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

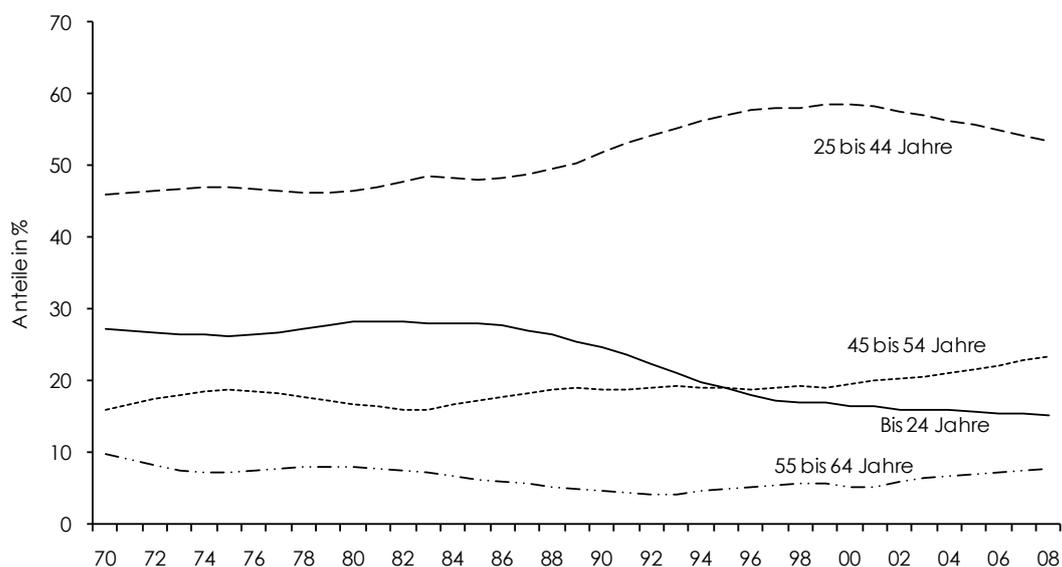
Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinander gehalten werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten¹⁶⁾. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben. Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken. Die Berechnungen ergeben beispielsweise, dass der rapide Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und 1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. 17%) im Wesentlichen auf Änderungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen ist. Mit Ausnahme der Über-65-Jährigen verzeichneten alle Kohorten eine Steigerung der Krankenstandsquote, was sich aufgrund der Besetzung unterschiedlich stark auf das Gesamtbild auswirkte. Der relativ gesehen größte Beitrag zur Steigerung der Krankenstandsquote kam allerdings von der Personengruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung war dagegen vernachlässigbar bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkend. Zwar fielen durch den Bevölkerungszuwachs in einzelnen Altersgruppen zusätzliche Krankenstandstage an, diese wurden allerdings durch die Verringerung in der anteilmäßigen Besetzung von anderen Kohorten mehr als überkompensiert.

Auch zwischen 1980 und 1985 leistet die Altersstruktur einen vergleichsweise geringen Beitrag zur Erklärung der deutlichen Senkung der allgemeinen Krankenstandsquote (–0,5 Prozentpunkte, d. h. –11%). Die Veränderung in der Altersstruktur der Erwerbsbevölkerung hat etwa ein Fünftel der Entwicklung bestimmt, während der Rest der Veränderung darauf zurückzuführen ist, dass sich mit Ausnahme der Quote der 50- bis 60-Jährigen alle altersspezifischen Krankenstandsquoten verbesserten. Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten 1½ Jahrzehnten Veränderungen

¹⁶⁾ Entsprechende Berechnungen anhand einer Shift-Share-Analyse wurden in *Leoni – Biffi – Guger (2008B)* und *Leoni – Mahringer (2008)* durchgeführt.

in der demographischen Zusammensetzung für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 53,4%. Zudem wurde der positive demographische Effekt seit den 1990er-Jahren zunehmend von gegenläufigen Trends überlagert. Der Anteil der Über-55-Jährigen ist seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) im Steigen, er erreichte 2008 7,6%. Auch die Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der Unter-25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten aufweisen, von 24,6% (1990) auf 15,3% (2008). Der Wandel in der Altersstruktur der Beschäftigung schlägt sich nunmehr seit fast zwei Jahrzehnten, wenn auch nur in geringem Ausmaß, negativ auf die Krankenstandsquote nieder.

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Der negative Beitrag der demographischen Entwicklung nahm in den letzten Jahren zu, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation¹⁷⁾ erst in den kommenden Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für

¹⁷⁾ Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung nach oben zu verschieben. Dieser Altersstruktur-Effekt sollte für sich genommen keine schwer wiegenden Folgen haben: Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose zeigen, dass unter der Annahme gleich bleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten auch der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und der Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in den kommenden Jahrzehnten einen durchschnittlichen Anstieg um nur zwei Krankenstandstage pro Kopf und Jahr bewirken werden (*Leoni – Biffi – Guger, 2008A*). Die Schwankungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten spielen zumindest mittelfristig eine größere Rolle als Verschiebungen in der Altersstruktur. Die tatsächliche Entwicklung der Krankenstände wird somit maßgeblich davon abhängen, wie sich die Krankenhäufigkeit der älteren Beschäftigten, auch angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz, entwickelt. Wie die Unbeständigkeit der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten zeigt, bilden Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße": Die Lage am Arbeitsmarkt und die betrieblichen und institutionellen Rahmenbedingungen führen zu Selektionsmechanismen, die darauf Einfluss nehmen, ob gesundheitlich schwächere Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

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

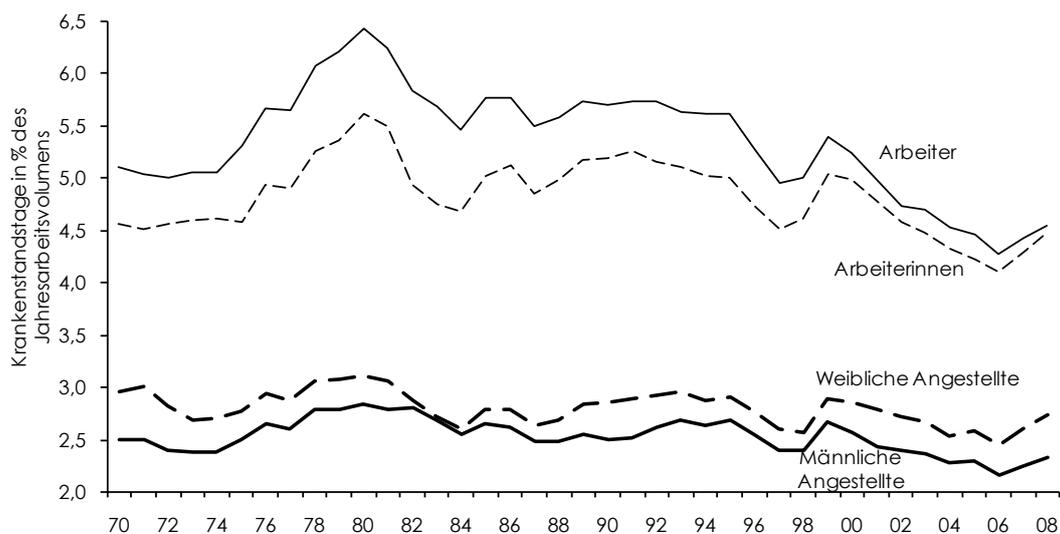
- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*);
- Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni – Mayrhuber, 2008*) bestätigen dieses Bild;
- *Badura et al. (2008)* weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichen Status geringer ist. Angestellte verknüpfen

häufiger als ArbeiterInnen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit;

- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der ArbeiterInnen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Zum einen üben Personen mit einem geringeren Einkommen öfters Tätigkeiten aus, die mit Belastungen und höheren Unfallrisiken verbunden sind. Zugleich hat das niedrigere Einkommensniveau der ArbeiterInnen eine negative Korrelation mit Faktoren wie Ernährung und Erholungsmöglichkeiten, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den ArbeiterInnen vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zu dieser Differenz bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit, als durch den Entgeltfortzahlungsfonds ein Anreiz zur vollständigen Erfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen gegeben war, eine größere Rolle gespielt haben als heute (siehe Abbildung 1.4).

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um mindestens 2 Prozentpunkte über der Krankenstandsquote der Angestellten lag (Abbildung 1.19). Im Schnitt sind ArbeiterInnen 16½ Tage, Angestellte nur 9½ Tage im Jahr krankgeschrieben (2008). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den Angestellten war. Hier liegt die Vermutung nahe, dass sich die Verschlechterung der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten (siehe Abschnitt 1.5.2) bei den ArbeiterInnen stärker als bei den Angestellten niederschlug. Das hat einerseits damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die aus Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und beschäftigungs- und

arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor¹⁸⁾ spürbar waren. Andererseits dürften sowohl der schlechtere Gesundheitszustand der ArbeiterInnen als auch die höhere Wahrscheinlichkeit eines Krankenstandes (bei gleichem Gesundheitszustand) dabei eine Rolle gespielt haben. Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Während Arbeiterinnen eine niedrigere Krankenstandsquote als Arbeiter haben, sind bei den Angestellten Frauen im Durchschnitt etwas öfter krank als ihre männlichen Kollegen. Für diesen Unterschied dürfte die Tatsache von entscheidender Bedeutung sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind.

Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen trägt als Indikator für die Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz wesentlich zur Erklärung dieses Musters bei, wie eine Bereinigung der Krankenstandsquoten um die Zahl der Krankenstandstage aufgrund von Arbeitsunfällen zeigt. Der Anteil an Arbeitstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann ergibt sich für die Arbeiter eine geringere Krankenstandsquote als für die Arbeiterinnen (Übersicht 1.3). Daraus lässt sich schließen, dass die Differenz in den Fehlzeiten von Frauen und Männern in ArbeiterInnenberufen im Wesentlichen auf das erhöhte Unfallrisiko der Männer, insbesondere in bestimmten Branchen wie dem Bauwesen, zurückzuführen ist. Nach Abzug der Arbeitsunfälle vergrößert sich auch der Abstand zwischen den Geschlechtern in der Krankenstandsquote der Angestellten, männliche Angestellte haben eine bereinigte Krankenstandsquote von 2,2%, Frauen von 2,7%. Obwohl die Krankenstandsquoten der Frauen für beide Berufsgruppen höher ist als die der Männer, ist die Quote der Männer wegen des hohen Männeranteils in den ArbeiterInnenberufen auch nach der Bereinigung höher als jene der Frauen. Diese Berechnungen basieren auf der Krankheitsgruppenstatistik des Hauptverbands¹⁹⁾, in der die Krankenstandsepisoden nach ihrer Ursache bei der Erstmeldung erfasst werden. Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt²⁰⁾. Die Zahl der Krankenstandsfälle und somit der Fehlzeiten, die von den Unfallversicherungsträgern als anerkannte Arbeitsunfälle definiert werden, liegt deutlich unter den Werten, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst werden²¹⁾. Führt man die Bereinigung der Fehlzeiten anhand der Krankenstandszahlen durch, die auf anerkannte Unfälle zurückgehen, kommt es zu einer geringeren Veränderung in den Krankenstandsquoten. Das Ergebnis, wonach Männer ohne

¹⁸⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der ArbeiterInnen an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/80 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden kann.

¹⁹⁾ Hierzu wurden die Kategorien "Arbeitsunfälle als Wegunfälle" und "Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)" zusammengefasst.

²⁰⁾ Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle: Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein.

²¹⁾ So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2008 etwa 1,85 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 2,85 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

Unfallgeschehen nicht nur unter den Angestellten, sondern auch unter den ArbeiterInnen geringere Fehlzeiten als Frauen haben, findet allerdings Bestätigung (Leoni – Biffi – Guger, 2008A).

Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich, 2008

	Insgesamt Anzahl	Krankenstandstage Arbeitsunfälle		Krankenstandsquote Um Unfälle bereinigt	
		Anzahl	Anteile in %	In %	In %
Insgesamt	38.762.041	2.853.558	7,4	3,4	3,2
Männer	21.413.338	2.243.590	10,5	3,6	3,2
Frauen	17.348.703	609.968	3,5	3,3	3,1
ArbeiterInnen	22.142.818	2.323.994	10,5	4,5	4,1
Männer	15.097.831	1.974.483	13,1	4,6	4,0
Frauen	7.044.987	349.511	5,0	4,5	4,3
Angestellte	16.619.223	529.564	3,2	2,6	2,5
Männer	6.315.507	269.107	4,3	2,3	2,2
Frauen	10.303.716	260.457	2,5	2,7	2,7

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt ist. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote der Branche aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Die Bereiche Sachgütererzeugung und Bauwesen weisen die höchsten Krankenstandsquoten aus, während im Dienstleistungssektor die Häufigkeit von Fehlzeiten niedriger ist. Auch innerhalb der Sektoren kann man Unterschiede zwischen Branchen beobachten. Für einen Vergleich nach Branchen²²⁾ werden die durchschnittlichen Krankenstandsquoten über einen Zeitraum von fünf Jahren (2003/07²³⁾) herangezogen (Übersicht 1.4):

- Alle Branchen der Sachgütererzeugung liegen in dieser Betrachtung oberhalb des Durchschnitts. Im Bereich der Erzeugung von Möbel, Schmuck, Sport- und Spielwaren wird die höchste Krankenstandsquote verzeichnet; sie liegt rund ein Viertel höher als der Durchschnitt.

²²⁾ Hierzu wird die vom Hauptverband verwendete Einteilung nach 21 ÖNACE-Wirtschaftsklassen eingesetzt.

²³⁾ Durch die verspätete Umstellung der Wirtschaftsklassensystematik auf ÖNACE 2008 konnten für das Jahr 2008 in der *Krankenstandsstatistik* zahlreiche Krankenstandsfälle und -tage den Wirtschaftsklassen nicht korrekt zugeordnet werden. Die jüngsten verfügbaren Daten beziehen sich demnach auf das Berichtsjahr 2007.

- Im Bauwesen und in der Erzeugung von Stein- und Glaswaren ist die Häufigkeit von Fehlzeiten auch stark ausgeprägt. Der zusammengefasste Bereich der Verarbeitung von Holz und Papier und des Druck- und Verlagswesens hat die niedrigste Krankenstandsquote im Sachgüterbereich.
- Im Dienstleistungsbereich sind vor allem die Bereiche der öffentlichen Verwaltung (einschließlich Landesverteidigung) und des Verkehrs und der Nachrichtenübermittlung durch hohe Krankenstandsquoten gekennzeichnet.
- Im Unterrichtswesen²⁴⁾ und im Kredit- und Versicherungswesen findet man hingegen die geringste Anzahl von Fehlzeiten, die Krankenstandsquote dieser Branchen liegt etwa ein Drittel unter dem Durchschnitt.

Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, Durchschnitt 2003 bis 2007

Branchenbezeichnung		Insgesamt	Männer In %	Frauen
ÖNACE 2003				
1-5	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Fischzucht	3,0	3,1	2,7
10-14	Bergbau, Steine, Erden	3,6	3,8	2,5
15-16	Nahrungsmittel, Getränke, Tabak	3,7	3,7	3,6
17-19	Textilien, Bekleidung, Leder	4,1	3,9	4,1
20-22	Holz, Papier, Verlag, Druck, Vervielfältigung	3,6	3,7	3,2
23-25	Chemie, Gummi- und Kunststoffwaren	3,8	3,8	3,7
26	Stein- und Glaswaren	4,1	4,2	3,7
27-35	Erzeugung und Verarbeitung von Metallen, Maschinenbau	3,8	3,8	3,7
36-37	Möbel, Schmuck, Musikinstrumente, Sportwaren, Recycling	4,2	4,0	5,0
40-41	Energie- und Wasserversorgung	3,5	3,5	3,1
45	Bauwesen	4,1	4,3	3,0
50-52	Handel, Reparatur	3,1	3,1	3,1
55	Beherbergungs- und Gaststättenwesen	3,0	2,7	3,2
60-64	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	3,9	4,1	3,6
65-67	Kredit- und Versicherungswesen	2,4	2,2	2,6
70-74	Unternehmensnahe Dienstleistungen	3,3	3,2	3,4
75	Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialvers.	4,0	3,9	4,1
80	Unterrichtswesen	2,2	1,9	2,3
85	Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	3,4	3,1	3,5
90-93, 99	Sonstige öffentliche und private Dienste, exterritoriale Org.	3,1	2,9	3,2
95-97	Private Haushalte	2,5	2,5	2,5
	Insgesamt	3,3	3,5	3,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al.* (2008) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Baugewerbe, Verkehr und Transport, öffentliche Verwaltung und verarbeitendes Gewerbe überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufweisen. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgesche-

²⁴⁾ Für das Unterrichtswesen liegt die Vermutung nahe, dass es durch die Sommerferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung der tatsächlich eintretenden Krankheitsfälle kommt.

hen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. So gingen beispielsweise im Bauwesen 2005 rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurück (Leoni – Biffi – Guger, 2008B). Auch in den anderen Branchen des Sachgüter erzeugenden Bereichs verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den Dienstleistungen hatte nur der Bereich "Verkehr- und Nachrichtenübermittlung" einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%). Eine Bereinigung um die Arbeitsunfälle führt erwartungsgemäß zu einer Reduktion der Abstände zwischen den Branchen im Dienstleistungsbereich und im Güter produzierenden Sektor. Dennoch zeigen die Berechnungen, dass auch nach einer solchen Bereinigung das Gefälle zwischen den Sektoren erhalten bleibt (Leoni – Biffi – Guger, 2008B).

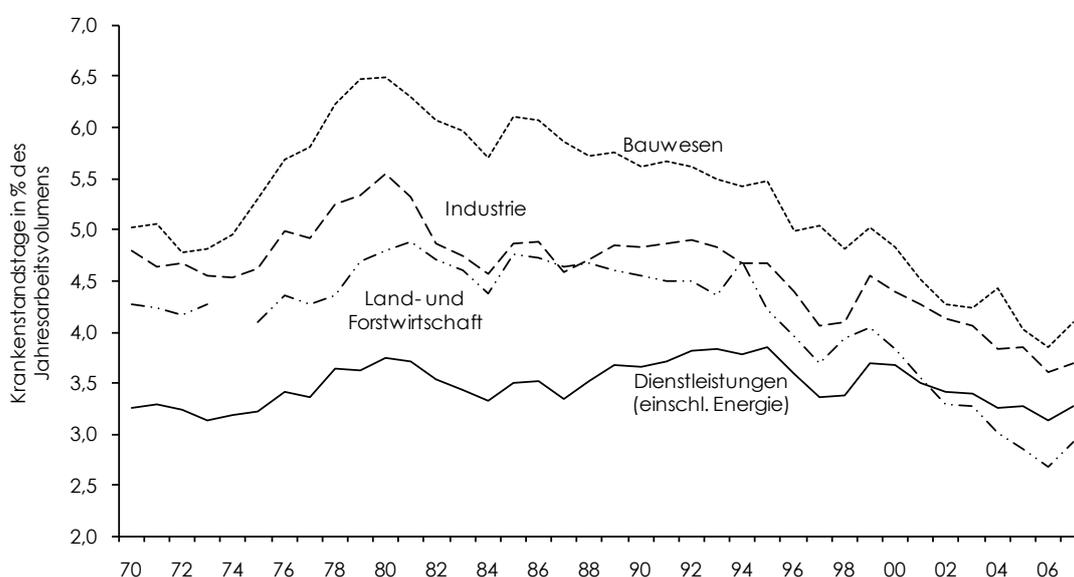
Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Durchschnitt der Jahre 2003/07 lag die Krankenstandsquote der Männer um fast 50% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in anderen Branchen des produzierenden Bereichs mit einem hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften (z. B. Bergbau, Steine, Erden und Stein- und Glaswaren), wo die Krankenstandsquote der Männer die Krankenstandsquote der Frauen deutlich übersteigt. Es gibt auch Branchen, wie jene der Textil- und Bekleidungsherstellung, in denen Frauen stark im Produktionsprozess eingebunden sind und höhere Krankenstände als Männer aufweisen. In der Erzeugung und Verarbeitung von Metallen weisen Frauen und Männer dagegen annähernd gleich hohe Krankenstandsquoten auf.

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstand mit der Einführung der ÖNACE-Nomenklatur im Jahr 1995 ein Bruch in der Zeitreihe, der langfristige Betrachtungen einzelner Wirtschaftsklassen erschwert²⁵). Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Branchen der Industrie, allen voran die Branchen der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, weisen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzeh-

²⁵) Es wird deshalb von einer detaillierten graphischen Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen abgesehen. Die nachfolgende Abbildung 1.20 gibt einen Überblick anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen.

ten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor; die Krankenstandsquote im Bauwesen entfernte sich hingegen stärker von den restlichen Branchen. Zu Beginn der 1990er-Jahre glich sich das Krankenstandsgeschehen im Dienstleistungs- und Industriebereich weiter an, seit Mitte des vergangenen Jahrzehnts verlaufen die beiden entsprechenden Zeitreihen parallel. In der Zwischenzeit ging die Krankenstandsquote im Bauwesen stärker als in den anderen Sektoren zurück und näherte sich damit wieder den Werten der Industrie. Diese Entwicklung kann anhand einer Zusammenfassung der Branchen in große Wirtschaftszweige, die eine durchgehende, langfristige Betrachtungsweise ermöglicht, dargestellt werden (Abbildung 1.20).

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Der Bruch in der Zeitreihe der Land- und Forstwirtschaft im Jahr 1974 geht auf Änderungen der Organisationsstruktur der Sozialversicherungen (Auflösung der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt) und den damit im Zusammenhang stehenden Änderungen in der statistischen Erfassung der Krankenstände zurück.

1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die Krankenstandsstatistik des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundeskanzleramt veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (Bundeskanzleramt, 2009B) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (132.784 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten zu Jahresende 2008) zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt jüngst auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst veröffentlicht (Bundeskanzleramt, 2009A). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen des Bundeskanzleramtes geht hervor, dass 2008 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 3,9% und jene der Vertragsbediensteten 2,9% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,5%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,2% (2008). Im Vergleich zwischen Bund und den restlichen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der BeamtInnen denen der Angestellten ähnlicher als denen der ArbeiterInnen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der ArbeiterInnen legt es nahe, die Fehlzeiten der BeamtInnen mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2008 um etwas mehr als 1 Prozentpunkt (das entspricht fast einem Drittel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,4% gegenüber 3,5%, Übersicht 1.5).

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss mit Vorsicht vorgegangen werden, die Differenz zwischen den Fehlzeiten der Bundesbediensteten und der Angestellten kann durch unterschiedliche Faktoren erklärt werden. Aus Abschnitt 1.5.2 geht hervor, dass das Alter der Beschäftigten einen wesentlichen Erklärungsfaktor für die Höhe der Fehlzeiten darstellt. Das überdurchschnittliche Alter der Beschäftigten im Bundesdienst verzerrt die Krankenstandsquote nach oben: 2008 waren 32% der Bundesbediensteten²⁶⁾, aber nur 17,9% der ASVG-Versicherten älter als 50 Jahre (bei den Angestellten waren es 17,3%). Um diesen deutlichen Unterschied in der Altersstruktur zu berücksichtigen, wird die Krankenstandsquote der Angestellten auf die Altersstruktur der Bundesbediensteten normiert (d. h. es wird eine hypothetische Krankenstandsquote der Angestellten berechnet, der die Altersstruktur der BeamtInnen und ASVG-Versicherten des Bundes zugrunde liegt). Diese normierte Krankenstandsquote beträgt 2,7%, der Abstand zu den Bundesbediensteten verringert sich auf 0,8 Prozentpunkte.

²⁶⁾ Informationen zur Altersstruktur der Bundesbediensteten können der Publikation zum Personal des Bundes (*Bundeskanzleramt, 2009B*) bzw. dem dazu gehörenden Kurzfolder entnommen werden. 2008 waren 9,8% der Bundesbediensteten jünger als 30 Jahre, 21,1% zwischen 30 und 40 Jahren, 37,1% zwischen 40 und 50 Jahren und 32% älter als 50 Jahre.

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

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote in %
BeamtInnen	2000	833	12.727	15,3	3,5
	2001	920	12.380	13,5	3,4
	2002	919	12.950	14,1	3,5
	2003	886	12.132	13,7	3,3
	2004	823	11.460	13,9	3,1
	2005	906	12.507	13,8	3,4
	2006	841	12.967	15,4	3,5
	2007	894	13.677	15,3	3,7
	2008	940	14.334	15,3	3,9
ASVG-Versicherte des Bundes	2000	836	12.084	14,5	3,3
	2001	838	12.223	14,6	3,3
	2002	839	12.717	15,1	3,5
	2003	776	11.490	14,8	3,1
	2004	729	10.889	14,9	3,0
	2005	761	11.135	14,6	3,0
	2006	675	9.931	14,7	2,7
	2007	700	10.303	14,7	2,8
	2008	726	10.610	14,6	2,9
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes	2000	836	12.523	15,0	3,4
	2001	895	12.325	13,8	3,4
	2002	895	12.868	14,4	3,5
	2003	851	11.918	14,0	3,3
	2004	792	11.265	14,2	3,1
	2005	857	12.027	14,0	3,3
	2006	782	11.859	15,2	3,2
	2007	821	12.353	15,0	3,4
	2008	856	12.827	15,0	3,5
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte	2000	877	13.582	15,5	3,7
	2001	833	12.904	15,5	3,5
	2002	799	12.342	15,5	3,4
	2003	795	12.115	15,2	3,3
	2004	741	11.610	15,7	3,2
	2005	781	11.513	14,7	3,2
	2006	719	10.917	15,2	3,0
	2007	757	11.372	15,0	3,1
	2008	782	11.742	15,0	3,2
ASVG-versicherte Angestellte	2000	656	9.502	14,5	2,6
	2001	632	9.110	14,4	2,5
	2002	616	8.890	14,4	2,4
	2003	622	8.742	14,1	2,4
	2004	578	8.343	14,4	2,3
	2005	626	8.453	13,5	2,3
	2006	565	7.928	14,0	2,2
	2007	600	8.338	13,9	2,3
	2008	627	8.704	13,9	2,4

Q: Personalinformationssystem des Bundes, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsverhalten auf (*Bundeskanzleramt, 2009A*). Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die etwa ein Fünftel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2008 eine Krankenstandsquote von 5,3% bzw. 4%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflagedienst (5,8%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,9%), LehrerInnen (2,1%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (2,2%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 4,9% auf.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitemauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2008 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 531 Arbeitstage²⁷⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen. Geht man von davon aus, dass ein Jahr pauschal betrachtet 250 Arbeitstage beinhaltet, dann entspricht dieser Wert einer Krankenstandsquote von 0,2%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedingungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass

²⁷⁾ Die Auswertungen des Bundeskanzleramts beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (Oppolzer, 2000). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (Marstedt et al., 2001). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen ArbeitgeberInnen²⁸⁾.

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (Bundeskanzleramt, 2009A) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Obwohl fast alle Auswertungen – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage eingehen, bestätigen sie das Bild, das sich aus den Darstellungen in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels ergeben hat. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer um etwa 10% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten verhalten sich umgekehrt proportional zur Qualifikation der Beschäftigten: 2008 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 17,4 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote bei zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt (Abbildung 1.14). Die 55- bis 59-Jährigen sind am häufigsten im Krankenstand, während in Folge des "Healthy-Worker"-Effekts die Krankenstandsquote bei älteren Kohorten wieder sinkt.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Ein Vergleich nach Krankenstandsdauern zeigt auch, dass mit Ausnahme der Kurzkrankenstände die Zahl der anfallenden Krankenstandstage pro Kopf für alle Krankenstandskategorien nach Dauer im Bereich der Bundesbediensteten und im ASVG-

²⁸⁾ Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003) wurde im Jahr 2000 die Beschäftigungsquote von begünstigten Behinderten im Bund zu 80% erfüllt (5.823 von 7.400 Pflichtstellen waren besetzt), in einer Durchschnittsbetrachtung für das Jahr 2001 kamen sämtliche einstellungspflichtige ArbeitgeberInnen nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (54.818 von 84.869 Pflichtstellen waren besetzt).

Bereich sehr ähnlich ist²⁹⁾). Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2008 entfielen 62% aller Krankenstandsepisoden und 22% der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,6 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* waren es bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,7 Tage³⁰⁾. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden; diese Lücke konnte allerdings mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)³¹⁾ gefüllt werden. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Demnach lag 2007 die Krankenstandsquote in Betrieben mit 51 bis 250 Beschäftigten bei 31%, in Betrieben mit über 250 Beschäftigten rund ein Drittel höher als in Betrieben mit maximal 50 Beschäftigten. Abbildung 1.21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings bleibt sie in den höheren Betriebsgrößenklassen weitgehend konstant.

Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2008) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in Betrieben bis

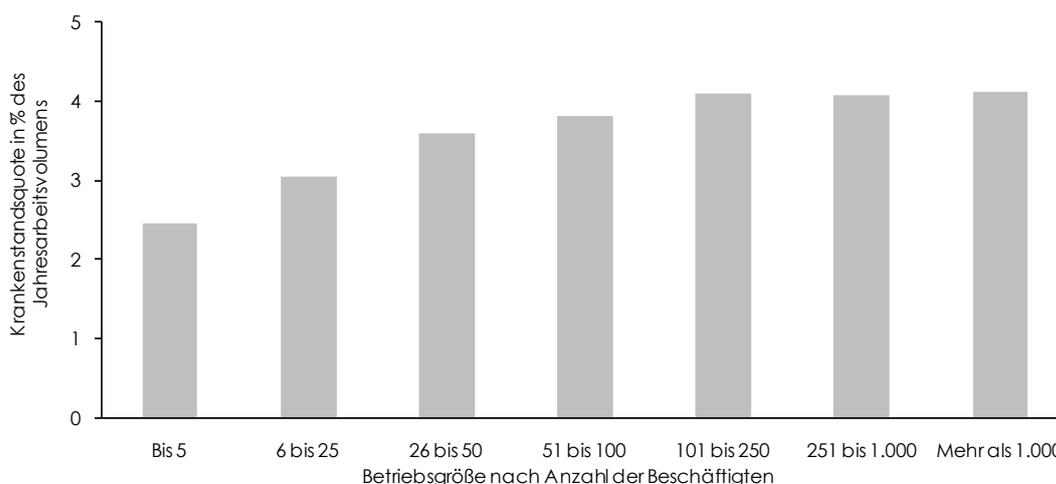
²⁹⁾ Da die Krankheitsdauern in den Auswertungen des Bundeskanzleramts nach Arbeitstagen, in der *Krankenstandsstatistik* aber nach Kalendertagen bemessen werden, ist dieser Vergleich nicht gültig. Es wurde die vereinfachende Annahme getroffen, dass es über alle Krankenstandsepisoden hinweg ein konstantes Verhältnis zwischen Arbeitstagen und Kalendertagen gibt.

³⁰⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von bis zu drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstagen und Kalendertagen hier unberücksichtigt bleiben kann.

³¹⁾ Dieser Individualdatensatz umfasst die oberösterreichischen Krankenstände der Jahre 2001 bis 2007. Er dient als Basis für die Analysen im zweiten Kapitel des Berichts und wird dort ausführlicher beschrieben.

1.000 Beschäftigte ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder geringere Krankenstandsquoten³²). Winkelmann (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass Krankenstände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenständen muss vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Vor allem die Sachgüter erzeugenden Bereiche der Wirtschaft weisen eine großbetriebliche Struktur auf, Klein- und Kleinstbetriebe spielen dort nur eine untergeordnete Rolle. In diesen Branchen sind die Beschäftigten allerdings infolge der höheren Arbeitsbelastungen und Unfallgefährdung auch einem höheren Krankenstandsrisiko ausgesetzt als jene im Dienstleistungssektor (siehe Abschnitt 1.5.3).

Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Branchen- und des Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden. Entsprechende Auswertungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008) haben gezeigt, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede erge-

³²) Die Berechnungsergebnisse in Badura et al. (2006) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die Autoren die Betriebsgröße an der Zahl der AOK-Mitglieder im Betrieb, wodurch in der Regel nur ein Teil der gesamten Belegschaft erfasst wird. Zudem schließen sie Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.

ben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieser Beziehung sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht.

1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind³³⁾, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 95% (2008). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen.

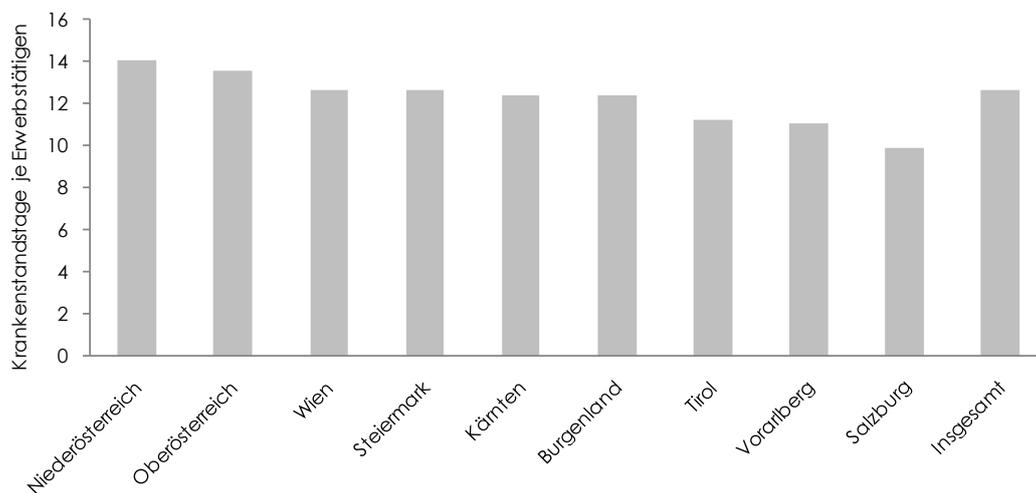
Die Werte aus dem Jahr 2008 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 12,6 Tagen je Erwerbstätigen marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Versicherten (12,5) liegt. Die niederösterreichische und die oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,1 und 13,6 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Gebietskrankenkassen Wien (12,6), Steiermark (12,6), Kärnten (12,4) und Burgenland (12,4) lagen nahe am bundesweiten Durchschnitt, während die Versicherten in Tirol (11,2) und Vorarlberg (11) 1,5 Krankenstandstage weniger als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer verzeichneten. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 9,9 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,7% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,5%) und um 30% unter dem niederösterreichischen (3,8%) Wert.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2008) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte, während Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert lagen. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Gebietskrankenkasse Burgenland, die 1996 und 1997 noch deutlich überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauf folgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete. Auch in Wien ist die durchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen der Versicherten zwischen 1996 und 2008 etwas stärker als in den restlichen Bundesländern zurückgegangen. Im Allgemeinen verlief die Entwicklung der Krankenstände in allen Bundesländern nach einem ähnlichen Muster: Nach einem Anstieg in den

³³⁾ Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie sieben Betriebskrankenkassen.

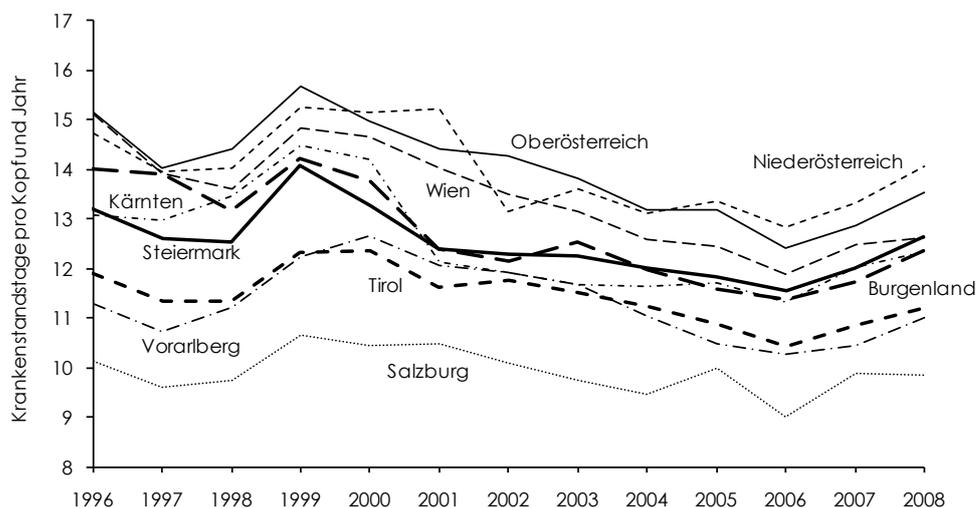
Jahren 1999 und 2000 waren die Krankenstände bis 2006 rückläufig und sind in den letzten beiden Jahren erstmals wieder gestiegen.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2008



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

gilt insbesondere für die signifikantesten Abweichungen vom Durchschnitt, die niedrigen Krankenstände in Salzburg und die vergleichsweise hohen Werte in Niederösterreich und Oberösterreich. In Abschnitt 1.5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstands-niveau Einfluss nimmt. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen. Einerseits kann dadurch aufgezeigt werden, wie hoch die Krankenstände der einzelnen Gruppen von Beschäftigten in den Bundesländern sind; andererseits ist die Bedeutung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten in den Gebietskrankenkassen zu berücksichtigen.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2008

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstands-niveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. Während 2008 in Wien die männlichen Arbeiter mit einer Quote von 4,6% und die männlichen Angestellten mit 2,4% knapp über dem bundesweiten Durchschnitt (4,5% und 2,3%) lagen, verzeichneten die Frauen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,2%) als auch in Angestelltenberufen (3,2%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,5% und 2,8%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt dennoch eine durchschnittliche Krankenstandsquote hatte (3,5%). In Oberösterreich verzeichneten dagegen im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,7%) und Arbeiter

(4,9%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Frauen und Männer lagen mit ihren Krankenständen nahe am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Sachgütererzeugung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Bei der Gebietskrankenkasse Salzburg ist ebenfalls für alle Gruppen (mit Ausnahme der weiblichen Angestellten, die etwas öfter als in Vorarlberg krank waren) das gleiche Muster beobachtbar, auch wenn es sich hierbei um unter- und nicht um überdurchschnittliche Werte handelt: Sowohl die Arbeiterinnen (3,5%) und Arbeiter (3,6%) als auch die männlichen Angestellten (1,9%) hatten 2008 die niedrigste Quote aller Bundesländer.

Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2008

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2008. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁴). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäf-

³⁴) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.6).

tigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,7% belaufen, was einem Plus von knapp 7% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung der Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland, in Tirol und in Oberösterreich.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Wien und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer, und Niederösterreich weist den Spitzenwert aus. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,7%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und in Oberösterreich) auf die Krankenstände auswirkt. Andererseits liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁵⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle. Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbpendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

³⁵⁾ So waren beispielsweise ArbeiterInnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Aus der Statistik nach Krankheitsgruppen (Übersicht 1.8) ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist. Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den zehn häufigsten Diagnosegruppen über vier Fünftel (82,8%) aller Krankenstandsfälle und drei Viertel (75,4%) der Krankenstandstage. Betrachtet man die Statistik aus der Perspektive der Krankenstandstage, sind die zehn dominierenden Krankheitsgruppen für mehr als drei Viertel (77,4%) aller gemeldeten Krankenstandstage sowie 82,4% der Fälle verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme³⁶⁾ handelt es sich aber um die gleichen zehn Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jene der oberen Atemwege. Zusammen verursachen diese Erkrankungen über 45% der Krankenstandsfälle und 40% der Fehlzeiten. Unfälle³⁷⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten. Sieht man von den Arbeitsunfällen³⁸⁾ ab, gingen immer noch 9,9% der Krankenstandstage auf andere Formen von Unfällen zurück. Sportunfälle waren für 2,7% der Fehlzeiten verantwortlich, Verkehrsunfälle verursachten weitere 1,2% der Krankenstandstage. Sonstige Unfälle (Freizeit, Haushalt) sind allerdings wesentlich häufiger, sie stellen 3,4% der Fälle und 6% aller Krankenstandstage dar. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind Erkrankungen des Verdauungsapparates, des Kreislaufs und der Psyche.

³⁶⁾ Die Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und des Kiefers gehören zu den zehn häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. Die Sportunfälle sind bei den Krankenstandsfällen nur an 12. Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an 9. Stelle.

³⁷⁾ Vergiftungen gewerblicher und nicht gewerblicher Ursache werden auch zu den Unfällen gezählt; ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen ist aber marginal (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2008).

³⁸⁾ Es besteht in der *Krankenstandsstatistik* eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der anerkannten Arbeitsunfälle bestimmen, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des Hauptverbands alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Erfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle ist demnach niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert.

Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2008

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle
	fälle	tage	Ø Anzahl Tage
	Anteile in %		
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	14,3	22,3	17,3
Krankheiten der oberen Luftwege	33,2	18,4	6,2
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,9	6,7	19,0
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,4	6,0	19,4
Psychiatrische Krankheiten	1,9	5,6	33,0
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	6,3	4,5	7,9
Darminfektionen	10,4	4,4	4,7
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	4,8	4,0	9,3
Sportunfälle	1,4	2,7	21,9
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	2,8	2,7	10,4
Krankheiten des Nervensystems	1,6	1,7	11,8
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,2	1,3	12,0
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	0,9	1,2	14,4
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	0,5	1,2	28,7
Unbekannte exogene Ursachen	1,0	1,2	13,2
Krankheiten der Harnorgane	1,2	0,9	8,5
Endokrinopathien, Immun-Krankheiten	0,5	0,9	19,3
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	0,6	0,9	15,5
Ischämische Herzkrankheiten	0,3	0,9	36,6
Komplikationen der Gravidität, Entbindung, Wochenbett	0,8	0,8	11,7
Krankheiten des Ohres	0,9	0,8	9,7
Gutartige Neubildungen	0,4	0,8	21,0
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	1,8	0,8	4,7
Affektionen des Auges	0,9	0,7	9,1
Krebs der Brust, Harn- und Geschlechtsorgane	0,1	0,7	56,3
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	0,4	0,7	17,7
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	0,3	0,7	25,8
Sonstige Herzkrankheiten	0,3	0,6	26,3
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	0,3	0,6	21,8
Sonstige Neubildungen	0,2	0,6	39,3
Virusinfektionen	0,7	0,5	9,0
Cerebrovaskuläre Krankheiten	0,1	0,5	70,6
Sonstige exogene Ursachen (z. B. medizinische Komplikationen)	0,3	0,5	17,6
Hypertonie	0,3	0,4	14,5
Sonstige Kreislaufkrankheiten	0,6	0,4	6,9
Sonstige solide Krebse	0,1	0,2	32,7
Krebs der Verdauungsorgane	0,0	0,2	55,7
Absichtliche Verletzungen durch andere Personen, Tötung	0,1	0,2	16,6
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	0,2	0,2	13,9
Krankheiten der Arterien	0,1	0,2	29,2
Sonstige bakterielle Infektionen	0,2	0,2	13,0
Hämoblastosen	0,0	0,2	45,6
Fehlgeburt, Interruptio	0,1	0,2	12,6
Kongenitale Missbildungen	0,1	0,2	21,6
Krebs der Atmungsorgane	0,0	0,1	75,3
Sonstige Infektionskrankheiten	0,2	0,1	8,8
Krankheiten des Blutes	0,1	0,1	22,6
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,1	3,7
Sonstige Krankheiten	0,2	0,2	14,4

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen³⁹⁾ und Herz-Kreislaufkrankungen, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in der *Krankenstandsstatistik* nicht vollständig abgebildet wird. So haben Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems beispielsweise einen großen Einfluss auf das Ausmaß der Gesamtsterblichkeit in Österreich⁴⁰⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 11,1 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen typischerweise Darminfektionen (4,7 Tage), Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse und des Kiefers (4,7 Tage) sowie Erkrankungen der oberen Atemwege (6,2 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (17,3 Tage), die Unfälle (zwischen 19 und 28,7 Tagen) und vor allem die psychiatrischen Krankheiten (33 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen besonders schwere Erkrankungen (z. B. Krebs, cerebrovaskuläre Krankheiten) die längsten Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei oder über 50 Tagen.

Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Arbeitsunfälle zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern mehr als dreimal so häufig wie bei Frauen⁴¹⁾. Ein ähnliches Verhältnis besteht auch bei den Sportunfällen; bei den Nicht-Arbeitsunfällen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern weniger stark ausgeprägt, dennoch gehen bei Männern fast doppelt so viele Krankenstandsfälle und -tage wie bei Frauen aufgrund von sonstigen Unfällen verloren. Sieht man von den Unfällen ab und konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten, ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes sind bei Männern um etwa ein Drittel häufiger als bei Frauen. Allerdings verlaufen die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt länger, weshalb die Anzahl von Krankenstandstagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen sind, bei

³⁹⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen sowie Zwischenstufen.

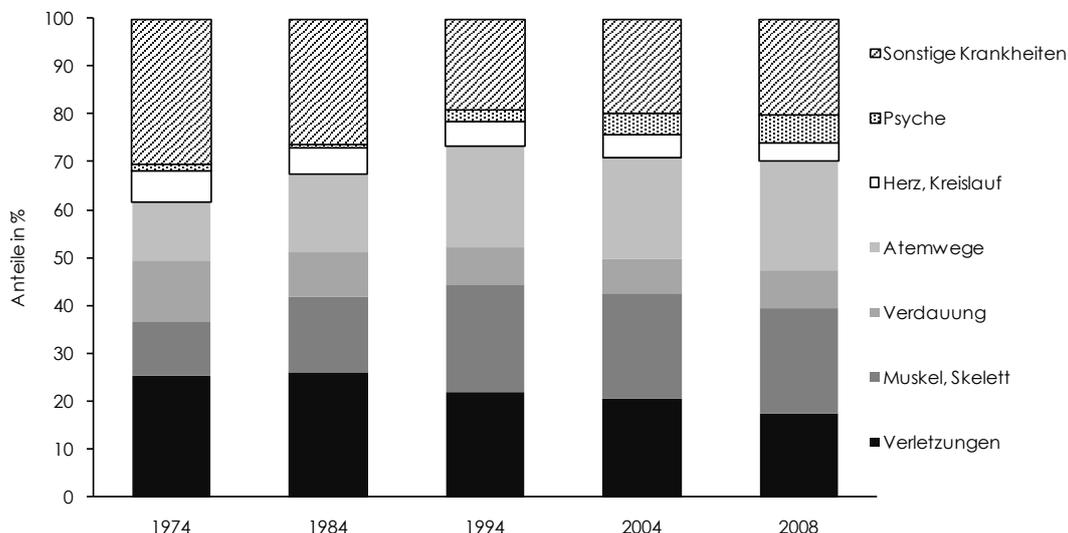
⁴⁰⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Hauptgruppe von Todesursachen dar; 2008 wurden vier von zehn Sterbefällen (43% bzw. 32.294 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria).

⁴¹⁾ Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

Männern nur um ein Siebtel höher als bei Frauen ist. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Herz-Krankheiten, Männer sind fast dreimal so oft als Frauen von ischämischen Herzkrankheiten (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen) betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist mehr als viermal so hoch. Umgekehrt sind psychiatrische Erkrankungen bei Frauen deutlich häufiger: Während es im Jahr 2008 auf 100 Männer im Schnitt 1,5 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 2,8 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl von Krankenstandstagen bei Frauen fast 70% höher als bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern, insbesondere bei weit verbreiteten Erkrankungen infektiöser Natur: Drei der vier häufigsten Diagnosegruppen, die Darminfektionen, die Krankheiten der oberen Luftwege und die sonstigen Krankheiten der Atmungsorgane sind bei Männern und Frauen etwa gleich stark ausgeprägt.

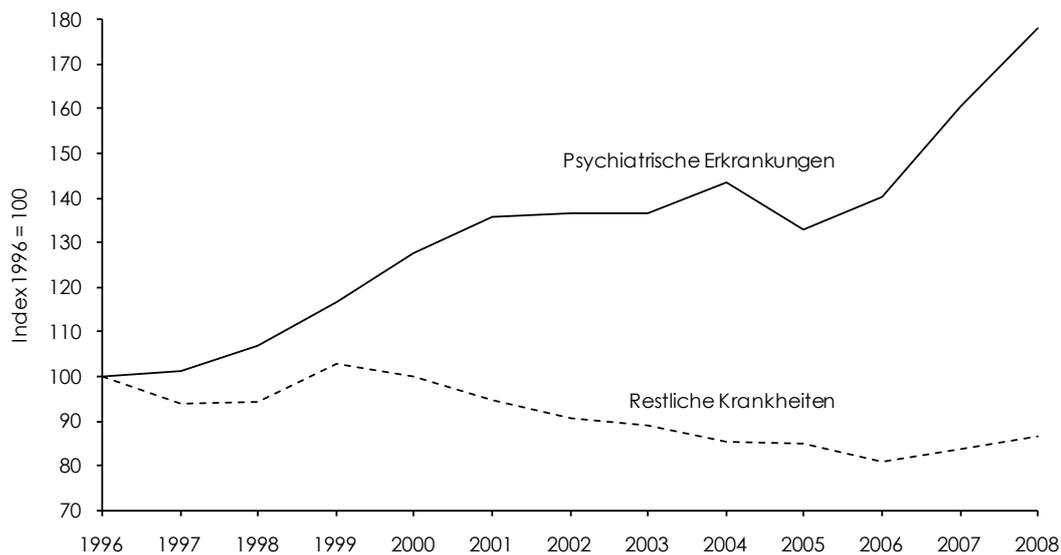
Abbildung 1.24 gibt einen Einblick in die langfristigen Trends der Fehlzeitenentwicklung nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärzte beeinflusst wird. Die Bedeutung von Verletzungen, die alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten zusammenfassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich merklich; 1974 fielen im Schnitt pro beschäftigter Person 3,6 Krankenstandstage an, im Jahr 2008 waren es nur noch 2,2 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von mehr als einem Viertel auf gut ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar gegenüber 1994 rückläufig, dieser Rückgang folgt allerdings einer Phase der starken Zunahme dieser Krankheitsgruppe als Ursache von Fehlzeiten: Mit einem Schnitt von 2,8 Tagen pro Person gingen 2008 mehr Tage als 1974 (1,6 Tage) und 1984 (2,3 Tage) infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verloren. Ihr Anteil an den Krankenstandstagen blieb seit 1994 weitgehend unverändert (etwa 22%). Die Erkrankungen des Verdauungsapparates verzeichneten einen starken Rückgang, ebenso war der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den beobachteten Jahren, wenn auch in etwas geringerem Maße, kontinuierlich rückläufig. Erkrankungen an den Atemwegen verursachten zwar 2008 eine geringere Anzahl an Ausfallzeiten als 1994 (2,9 gegenüber 3,2 Krankenstandstagen), in der längerfristigen Betrachtung vergrößerte sich ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen aber in signifikantem Ausmaß.

Abbildung 1.24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychiatrischen Erkrankungen (Abbildung 1.25), der sich vor allem seit Mitte der 1990er-Jahre beschleunigte und auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, beobachtet werden kann. Erkrankungen

der Psyche sind die einzige Krankheitsgruppe, die zwischen 1994 und 2008 (von einem niedrigen Niveau ausgehend) einen absoluten Zuwachs an Fehlzeiten je Beschäftigten verzeichnete. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das Krankenstandsgeschehen ist allerdings von diesen Zahlen nicht unmittelbar abzulesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der Ärzte, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Die große Bedeutung von psychischen Belastungen und Erkrankungen für die Arbeitswelt kann durch andere Quellen bestätigt werden. Umfragen haben wiederholt gezeigt, dass Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zu den gesundheitlichen Problemen zählen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden (*Dupré, 2001*). Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen bei den österreichischen Männern die zweithäufigste und bei den Frauen die häufigste Ursache von Invaliditätspensionen (*Biffi – Leoni – Mayrhuber, 2008*).

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Es besteht in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmen, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des HV alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Ersterfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankenstandsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fern bleiben muss. Aus diesen Gründen liegt die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert (siehe Abschnitt 1.7).

Als Basis für die vorliegende Zusammenstellung dienen Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt wurden. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisen-

bahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2008 waren 2,8 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 91% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den knapp 126.600 anerkannten Arbeitsunfällen und 13.800 Wegunfällen wurden 116.400 (92%) bzw. 12.200 (88%) bei der AUVA erfasst. Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

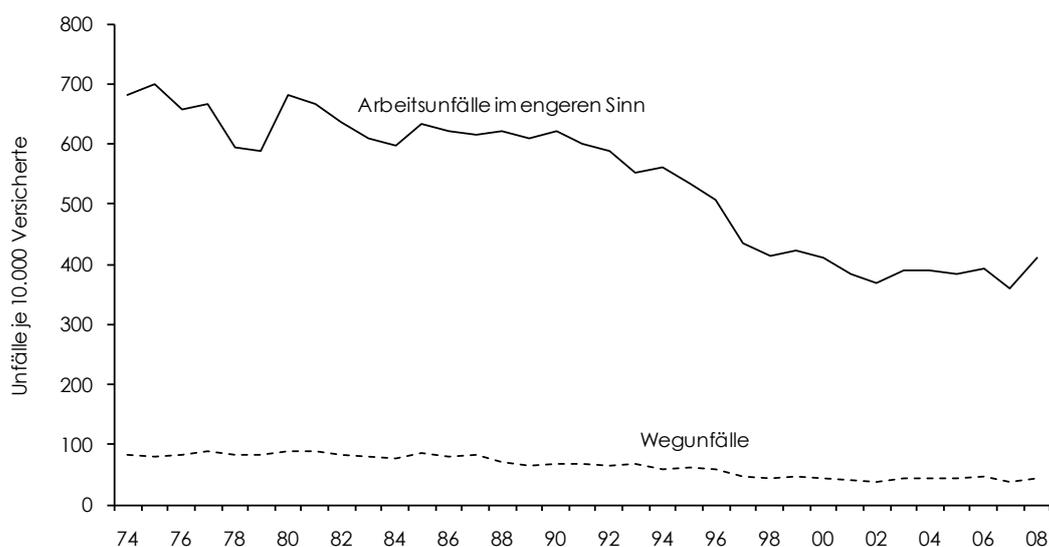
Die AUVA weist in ihrer Statistik jährlich alle im Berichtsjahr anerkannten Arbeits- und Wegunfälle aus. In einer weiteren Auswertung werden nur die meldepflichtigen Unfälle, also die Versicherungsfälle, die einen Krankenstand von mehr als drei Tagen zur Folge hatten, erfasst. Die Darstellungen in diesem Kapitel zielen darauf ab, das Unfallgeschehen möglichst vollständig abzubilden; es werden demnach für die Analysen immer alle anerkannten Versicherungsfälle berücksichtigt. Wichtigste Kenngröße der Unfallstatistik ist die Unfallquote bzw. der dazu synonyme Begriff der Unfallrate. Durch diesen Indikator wird die relative Schadenshäufigkeit abgebildet, die Anzahl der Unfälle wird mit der Zahl der Versicherten in Bezug gebracht. Der Indikator kann sowohl in Prozent als auch als Anzahl von Unfällen je 10.000 Versicherten wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Seitdem unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. 2008 lag die Unfallquote bei 453 und war somit gleich hoch wie zu Beginn des Jahrzehnts. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2008 waren es 4,5%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2008 4,1%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2008 um knapp 40% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwas weniger als 10% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 zu 43 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2008, was einer Verringerung von 45% entspricht.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴²⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch in verlangsamer Form, fortgesetzt: für 2008 weist die Statistik der AUVA 193 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz aus.

Abbildung 1.26: Anerkannte Arbeitsunfälle und Wegunfälle der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur verschiebt sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen, während arbeitsintensive Produktionsprozesse in Drittländer verlagert werden.

⁴²⁾ Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

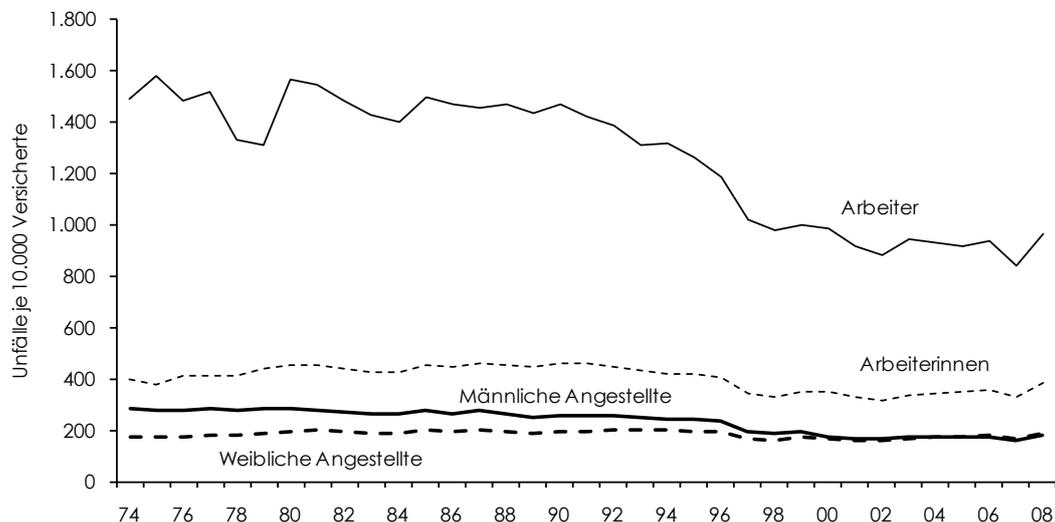
Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte. Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2008 für Männer 6,2%, für Frauen lag sie bei 2,5%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallohäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2008 eine Unfallrate, die weniger als die Hälfte bzw. knapp ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

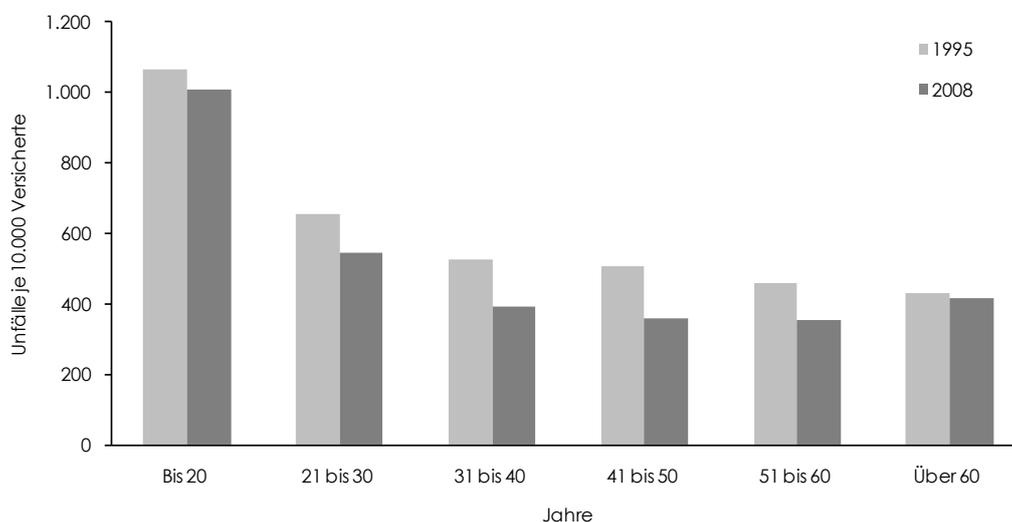
Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2008 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 783 (–30%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 186 (–18%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 185 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückgegangen ist, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2008 geringfügig mehr Unfälle als zu Anfang der Beobachtungsperiode (187 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallohäufigkeit bei den Männern mehr als ein Drittel (–43%), bei den Frauen etwas mehr als 13%.

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



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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



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

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben.

Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2008 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert. Eine Ausnahme bilden in dieser Hinsicht allerdings die älteren ArbeitnehmerInnen (ab 60 Jahre). Wie Abbildung 1.28 zeigt, ist die Unfallquote bei dieser Personengruppe im Laufe der letzten Jahre konstant geblieben. Daraus ergibt sich für das Jahr 2008 ein leicht konkaves Muster der Unfallquote entlang der Altersstruktur. Da die Kohorte der Über-60-Jährigen nur sehr schwach besetzt ist (etwa 1% der AUVA-Versicherten sind älter als 60 Jahre) hat dieser Trend nur eine geringfügige Auswirkung auf die Gesamtunfallrate. Dennoch müssen die besonderen Schwierigkeiten derjenigen, die in einem höheren Alter einer körperlich belastenden Tätigkeit nachgehen, eigens berücksichtigt werden. Dies ist umso stärker der Fall, als auf gesamtwirtschaftlicher Ebene die Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung und den Verbleib in Erwerbstätigkeit von älteren Personen zu erhöhen, Bestandteil der österreichischen und europäischen Arbeitsmarktpolitik ist.

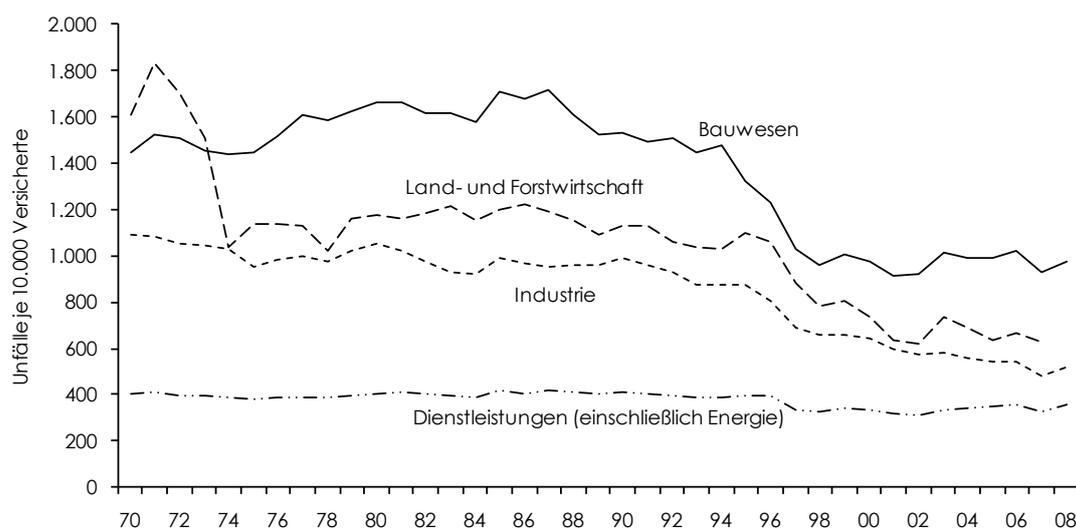
Eine weitere Dimension des Unfallgeschehens ist durch eine Betrachtung nach Wirtschaftsbereichen gegeben. Die einzelnen Branchen⁴³⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben das höchste Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2008 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch als im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Sachgüterproduktion, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" war mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Der Bereich mit dem geringsten Unfallrisiko ist das Kredit- und Versicherungswesen, wo die Unfallquote unter 1% lag und somit weniger als ein Fünftel des Durchschnitts und weniger als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist auch das Jahr 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung nicht mit den Vorjahren vergleichbar. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Wirtschaftsklassen-Gliederung zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung

⁴³⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 eingesetzt.

in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Sachgütererzeugung, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 1.29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um mehr als ein Viertel zurückgegangen, in der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (-18%).

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



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

Langfristig ist es zu einer Angleichung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen, als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Industrie $2\frac{1}{2}$ -mal so hoch und im Bauwesen mehr als $3\frac{1}{2}$ -mal so hoch als im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2008 betrug die Unfallrate in der Industrie das $1\frac{1}{2}$ -Fache, im Bauwesen das $2\frac{3}{4}$ -Fache der Dienstleistungsbereiche.

2. Arbeitslosigkeit und Krankenstand

2.1 Ausgangslage

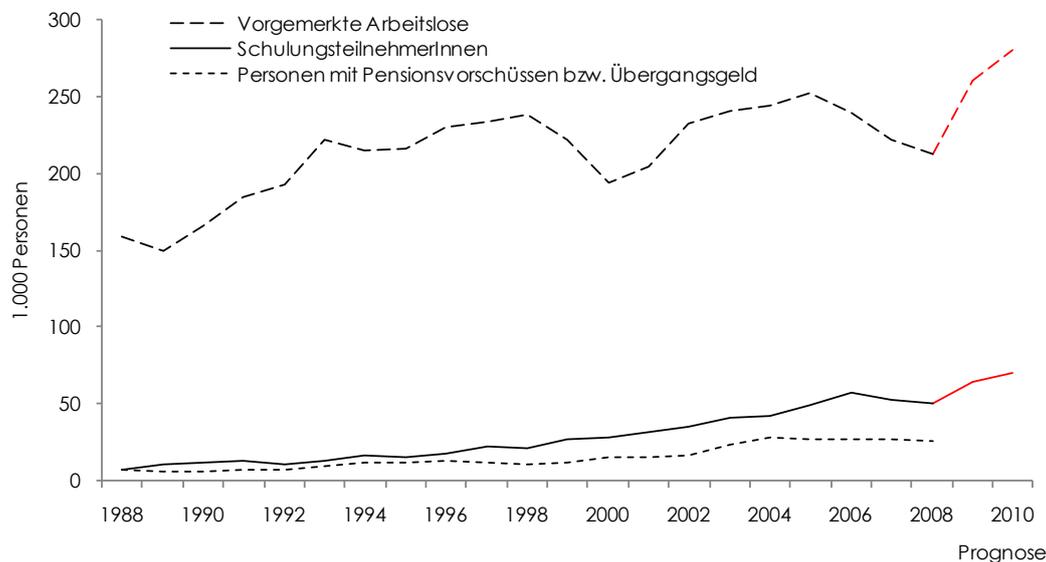
Arbeitslosigkeit und Gesundheit stehen in einer wechselseitigen Beziehung und bilden zusammen sowohl für die Forschung als auch für den wirtschafts- und sozialpolitischen Diskurs einen wichtigen Themenkomplex. Vor allem zwei Wirkungszusammenhänge befinden sich immer wieder im Mittelpunkt der Analyse: Auf der einen Seite stellt gesundheitliches Wohlbefinden eine wichtige Voraussetzung für Beschäftigung und Arbeitsmarktintegration dar. Gesundheitliche Probleme erhöhen nachweislich das Arbeitslosigkeitsrisiko und verringern im Falle von Arbeitslosigkeit die Wiedereingliederungschancen am Arbeitsmarkt. Auf der anderen Seite bildet Arbeitslosigkeit auch an sich ein Gesundheitsrisiko: Die Krankheitshäufigkeit der Arbeitslosen ist überdurchschnittlich hoch und steigt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit stark an. Arbeitslosigkeit wird damit langfristig zu einer Ursache steigender Krankenstandsquoten und die schlechte Gesundheit der Arbeitslosen eine wichtige Herausforderung für die Gesundheits- und die Beschäftigungspolitik.

Wie bereits von *Biffi* (2005) und in der Folge im Fehlzeitenreport 2007 aufgezeigt wurde, nimmt im österreichischen Fall angesichts des ausgeprägten und zunehmend wachsenden Unterschieds in den Krankenstandsquoten der Beschäftigten und der Arbeitslosen der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankenstand einen besonderen Stellenwert ein. Aus zahlreichen internationalen Untersuchungen ist bekannt, dass zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten signifikante Gesundheitsunterschiede bestehen (siehe z. B. *Hollederer*, 2006). Nicht so einhellig sind die Befunde hinsichtlich des Ausmaßes, in dem diese gesundheitlichen Probleme ursächlich auf die Arbeitslosigkeit selbst zurückzuführen sind. Neben der Erfahrung von Arbeitslosigkeit als krankmachenden Faktor spielt hier einerseits die Frage eine Rolle, inwiefern sich Arbeitslose aus einem Pool von bereits in Beschäftigung stehenden kränkeren, gesundheitlich schwächeren Personen rekrutieren. Zudem müssen auch institutionelle Aspekte, die sowohl den Erwerbsstatus von Personen an der Schnittstelle zwischen Arbeitslosigkeit und Beschäftigung und insbesondere zwischen Arbeitslosigkeit und Ruhestand beeinflussen als auch konkrete Verhaltensanreize setzen, als erklärende Faktoren in Betracht gezogen werden. Letztlich – und in der vorliegenden Untersuchung nur ansatzweise zu klären – bilden Wechselwirkungen und Verursachungsketten, die sich gegenseitig verstärken, Erklärung für Arbeitslosigkeit und Krankenstand.

Der gesundheitlichen Dimension der Arbeitslosigkeit kommt im Lichte der jüngsten Entwicklungen am österreichischen Arbeitsmarkt im Zuge der weltweiten Wirtschaftskrise eine besondere Bedeutung zu. Die negativen Auswirkungen der Krise werden sich nicht nur auf das Jahr 2009 beschränken, sondern – so ist zu erwarten – auch im Jahr 2010 einen weiteren Anstieg der Arbeitslosigkeit zur Folge haben. Um das volle Ausmaß dieser Entwicklung abzuschätzen, ist es

zweckmäßig, nicht nur die Zahlen der registrierten Arbeitslosen zu berücksichtigen, sondern von einem erweiterten Konzept der Arbeitslosigkeit auszugehen. Laut Arbeitsmarktförderungsgesetz kann sich beim Arbeitsmarktservice nur registrieren lassen, wer arbeitslos, arbeitsfähig und arbeitswillig ist. Ein erweitertes Konzept der Arbeitslosigkeit inkludiert Personengruppen, wie die BezieherInnen eines Pensionsvorschlusses, die SchulungsteilnehmerInnen und die vorgemerkten Lehrstellensuchenden, die aus der Arbeitslosenstatistik herausfallen (Bock-Schappelwein, 2005). Abbildung 2.1 zeigt, wie sich einzelne Komponenten der erweiterten Arbeitslosigkeit entwickelt haben und welche weitere Entwicklung für die nähere Zukunft prognostiziert wird. Der erwartete Anstieg der Arbeitslosigkeit, insgesamt und gemessen an ihren Komponenten, wird voraussichtlich die Situation von Personen mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsmarkt verschlechtern. Zugleich wird der Anstieg der Arbeitslosigkeit das Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit und von daraus resultierenden negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen erhöhen. Aus der österreichischen Perspektive erscheint eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema Arbeitslosigkeit und Krankheit auch vor dem Hintergrund des starken Anstiegs der Krankenstände von Arbeitslosen in den letzten Jahrzehnten notwendig. Laut *Krankenstandsstatistik* hat sich die Zahl der Krankenstandstage, die Arbeitslosen zugeschrieben werden, von 2,8 Mio. Tagen im Jahr 1990 auf 8,7 Mio. Tage im Jahr 2008 mehr als verdreifacht. Diese Entwicklung kann nur zum Teil durch den Anstieg der Arbeitslosigkeit im selben Zeitraum erklärt werden.

Abbildung 2.1: Entwicklung der erweiterten Arbeitslosigkeit



Q: BALLweb, AMS, WIFO-Berechnungen. Prognosewerte für Arbeitslose und Personen in Schulungsmaßnahmen aus der WIFO-Prognose Dezember 2009. Für die Anzahl der Personen mit Pensionsvorschluss bzw. Übergangsgeld werden keine Prognosewerte veröffentlicht.

Das vorliegende Kapitel verfolgt das Ziel, den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Österreich im Lichte des Krankenstandsgeschehens zu beleuchten und ein Stück weit transparenter zu machen. Empirische Analysen von Individualdaten aus der Sozialversicherung (siehe Abschnitt 2.4) dienen dazu, die Hypothesen und bereits verfügbaren Forschungsergebnisse aus der einschlägigen Literatur (Abschnitt 2.2) für Österreich zu überprüfen. Da sich die verfügbaren Krankenstandsdaten auf ein einzelnes Bundesland (Oberösterreich) beschränken, wird in Abschnitt 2.3 nach einer Datenbeschreibung der Frage nachgegangen, inwiefern die Ergebnisse aus Oberösterreich auch auf die restlichen Bundesländer übertragbar sind. Der letzte Abschnitt des Kapitels gibt einen kurzen Überblick zu den Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen in Hinblick auf die Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten für Arbeitslose.

2.2 Wie hoch ist die Krankenstandsquote der Arbeitslosen?

Die *Krankenstandsstatistik* gibt regelmäßig Auskunft über die Zahl der jährlich von arbeitslosen Personen gemeldeten Krankenstandstage. Anders als im Falle der Erwerbstätigen, bei denen in der Statistik neben den Krankenstandstagen auch der Versichertenbestand ausgewiesen wird, gibt es allerdings keine Angaben zur Zahl der Personen, die in der Krankenversicherung als arbeitslos gelten. Somit ist es nicht von vornherein offensichtlich, welche Werte herangezogen werden sollen, um die Krankenstandsquote der Arbeitslosen zu errechnen. Eine grundsätzliche Unschärfe resultiert daraus, dass die Krankenstandszahlen von den Sozialversicherungsträgern ermittelt werden, die Arbeitslosigkeit allerdings beim Arbeitsmarktservice erfasst wird. Dabei stellt sich die Frage, welche Personengruppe aufgrund ihrer Stellung am Arbeitsmarkt sowohl die versicherungsrechtliche Möglichkeit als auch einen konkreten Grund hat, einen Krankenstand zu melden. Beschäftigte sind prinzipiell dazu veranlasst, im Krankheitsfall spätestens ab dem vierten Tag ihre vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu dokumentieren und somit einen Arzt aufzusuchen und sich krankschreiben zu lassen. Im Falle von Arbeitslosigkeit ist die Ausgangssituation nicht so klar. Es ist zu erwarten, dass Personen, die als arbeitssuchend beim Arbeitsmarktservice angemeldet sind, aber keinen Leistungsanspruch haben und an keiner arbeitsmarktpolitischen Maßnahme teilnehmen, sich nicht krankschreiben lassen.

In den bisherigen Darstellungen (siehe *Biffli, 2005, Leoni – Biffli – Guger, 2008A* und *Leoni – Mahringer, 2008*) setzte man die Krankenstandstage mit der Summe (die vom AMS ausgewiesen wird) der BezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe in Bezug. Die TeilnehmerInnen von Schulungen, die ebenfalls einen Anreiz haben, sich im Krankheitsfall vom Arzt krankschreiben zu lassen, blieben bisher unberücksichtigt. Angesichts der Tatsache, dass die Zahl der SchulungsteilnehmerInnen in den letzten zehn Jahren sowohl in einer absoluten Betrachtung als auch relativ zur Gesamtheit der Arbeitslosen deutlich zunahm, ist es zweckmäßig, diese Personengruppe in die Berechnung der Arbeitslosenkrankenstandsquote mit einzubeziehen. Naturgemäß führt dies dazu, dass sich die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. die

Krankenstandsquote gegenüber der bisherigen Berechnungsmethode verringert. Ein weiteres Problem besteht in der Abgrenzung der Leistungen, die den Personenkreis der Arbeitslosen definieren. Der Hauptverband und die einzelnen Sozialversicherungsträger gehen in ihrer Erfassung der Krankenstände von einer Abgrenzung aus, nach der alle Krankenstände von Personen, die eine Leistung aus der passiven Arbeitslosenversicherung beziehen, als Krankenstände der Arbeitslosen gezählt werden. Auch Personen, die nach einer Arbeitslosigkeits-episode nicht mehr in den Arbeitsmarkt zurückkehren bzw. zurückkehren können und in den Ruhestand übertreten werden, können dabei der Arbeitslosigkeit zugerechnet werden. Das betrifft insbesondere Personen, die eine Form von Pensionsbevorschussung und Übergangsgeld erhalten⁴⁴⁾. In Abweichung von früheren Untersuchungen zu diesem Thema wird die Krankenstandsquote der Arbeitslosen in der vorliegenden Studie dadurch ermittelt, dass die administrativ erfasste Zahl der Krankenstände von Arbeitslosen mit der Gesamtzahl der LeistungsbezieherInnen (einschließlich der SchulungsteilnehmerInnen) in Bezug gesetzt wird. Übersicht 2.1 stellt die durchschnittliche Anzahl der Krankenstandstage von Beschäftigten und Arbeitslosen gegenüber. Daraus ergibt sich in Arbeitslosigkeit für das Jahr 2008 eine Krankenstandsquote von 8,9%, was einem durchschnittlichen Wert von 32,5 Krankenstandstagen im Jahr entspricht. Somit beträgt der Abstand zur Krankenstandsquote der Beschäftigten 5,5 Prozentpunkte oder 20 Tage im Jahr, wonach Arbeitslose mehr als 2½-mal öfter als Beschäftigte im Krankenstand sind. Anders als bei den Beschäftigten, wo Frauen eine unter- und Männer eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweisen, verzeichnen arbeitssuchende Frauen mehr Krankenstandstage als Männer (34,9 gegenüber 30,5 Tage).

Übersicht 2.1: Krankenstandstage je Beschäftigten und je Arbeitslosen
2008

	Beschäftigte Krankenstandstage je Versicherte/r	Arbeitslose ¹⁾
Männer	13,0	30,5
Frauen	11,9	34,9
Insgesamt	12,5	32,5

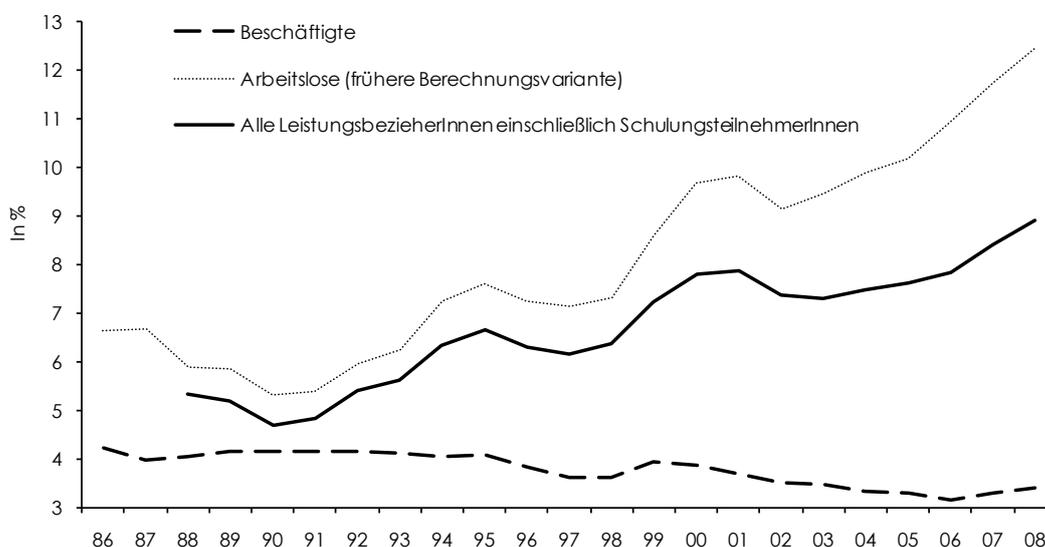
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. – ¹⁾ LeistungsbezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, Pensionsvorschüssen, Übergangsgeld sowie SchulungsteilnehmerInnen.

Reformen im Pensionssystem, wie beispielsweise jene in den Jahren 2000 und 2003, schlugen sich indirekt auch auf die Zahl der gemeldeten Krankenstände nieder. Ein Beispiel betrifft die Abschaffung der vorzeitigen Alterspension wegen Arbeitslosigkeit und die gleichzeitige Einführung des Übergangsgeldes, die ab 2004 schlagend wurden. Diese Reform betraf vor allem Frauen, die geringe Versicherungszeiten hatten und deshalb in der Vergangenheit nach einer gewissen Anzahl von Wochen in Arbeitslosigkeit, Anspruch auf vorzeitige Alters-

⁴⁴⁾ Diese Abgrenzung liegt auch den empirischen Analysen in Abschnitt 2.3 zugrunde.

pension hatten. Ab 2004, mit Auslaufen der vorzeitigen Alterspension, erhalten diese Personen Übergangsgeld und sind somit in der Krankenstandsstatistik als Arbeitslose enthalten. Diese und ähnlich geartete Änderungen im Sozialsystem (bzw. im Pensionsystem) können einen Teil des Anstiegs in den Krankenstandszahlen der Arbeitslosen in den letzten 20 Jahren erklären. PensionsvorschussbezieherInnen sind eine vergleichsweise kleine Gruppe⁴⁵⁾, dürften jedoch eine beträchtliche Anzahl an Krankenstandstagen verzeichnen. Für Österreich insgesamt sind keine Zahlen verfügbar; in Oberösterreich gingen 2008 11% der Krankenstandstage in Arbeitslosigkeit auf Personen mit einem Pensionsvorschuss zurück. Abbildung 2.2 zeigt, dass eine Zuordnung der Krankenstände aus der Hauptverbandsstatistik zur Gesamtheit aller LeistungsbezieherInnen aus der Arbeitslosenversicherung die Krankenstandsquote der Arbeitslosen naturgemäß verringert und ihren Anstieg – gegenüber früheren Darstellungen in denen nur die BezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe berücksichtigt wurden – flacher erscheinen lässt. Die Differenz in den Krankenstandsquoten der Arbeitslosen und Beschäftigten, hat sich auch in dieser Betrachtungsweise im Laufe der vergangenen zwei Jahrzehnte deutlich vergrößert. Allerdings war der Anstieg vor allem seit 2000 bei weitem nicht so stark, wie es eine Zuordnung der Krankenstände ausschließlich zu den registrierten Arbeitslosen vermuten ließe. Die Steigerung betrug zwischen 2000 und 2008 knapp 14%, wobei rund die Hälfte davon auf das Jahr 2008 zurückgeht.

Abbildung 2.2: Krankenstandsquoten der unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice, WIFO-Berechnungen.

⁴⁵⁾ In Österreich gab es im Jahresdurchschnitt 2008 rund 19.000 BezieherInnen von Pensionsvorschüssen und 7.100 von Übergangsgeld. Zum Vergleich belief sich die Zahl der Arbeitslosen (alle vorgemerkten Arbeitslosen einschließlich SchulungsteilnehmerInnen) im selben Jahr auf fast 262.800 Personen.

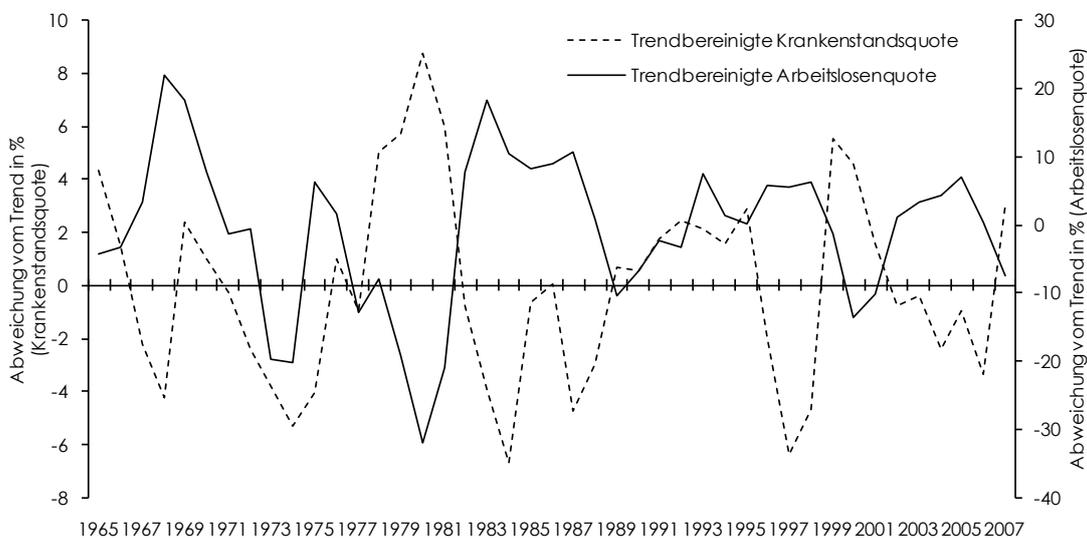
2.3 Hypothesen und empirische Befunde

Für die überdurchschnittlich hohen Krankenstandsquoten der österreichischen Arbeitslosen können mehrere Hypothesen und Erklärungsansätze angeführt werden. Bevor in der Folge auf die wichtigsten Forschungsergebnisse (vor allem auf jene aus den jüngst erschienenen Studien) eingegangen wird, sollen diese Hypothesen bzw. Erklärungsansätze Überblicksartig dargestellt werden:

- Der Selektionshypothese zufolge besteht zwischen gesundheitlichem Zustand und Erwerbsstatus ein Zusammenhang, sodass Personen u. a. deshalb arbeitslos sind, weil sie (zumindest im Durchschnitt) mehr gesundheitliche Probleme als Beschäftigte haben. Zum einen belegen Studien, dass Personen mit Gesundheitsproblemen am Arbeitsmarkt durch höheres Arbeitslosigkeitsrisiko gekennzeichnet sind. Zum anderen können gesundheitliche Probleme ein gravierendes Hindernis für die Aufnahmewahrscheinlichkeit bzw. Reintegration am Arbeitsmarkt sein.
- Es stellt sich auch die Frage: "Macht Arbeitslosigkeit krank?" (Stich, 2005). Zahlreiche Studien zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit untersuchen, inwiefern der Eintritt in die Arbeitslosigkeit den gesundheitlichen Zustand verschlechtert, während umgekehrt der Eintritt in die Beschäftigung das Wohlbefinden erhöht. Unter den negativen Folgen von Arbeitslosigkeit für die Gesundheit sind insbesondere die psychischen Leiden in der Literatur gut dokumentiert.
- Dazu kommen institutionelle Faktoren, die sowohl den Erwerbsstatus von Personen an den Schnittstellen zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Ruhestand als auch das Meldeverhalten von Krankheitsfällen an die Sozialversicherung beeinflussen können. Diesbezüglich sind einerseits die Lage am Arbeitsmarkt und Reformen des Sozial- und Pensionssystems, andererseits die Art und Intensität der arbeitsmarktpolitischen Betreuung von Arbeitslosen relevant. In Österreich unterbricht Krankheit den Arbeitslosengeldbezug und verlängert diesen nach hinten, wodurch ebenfalls das Krankmeldeverhalten beeinflusst werden könnte.

Nach wie vor besteht das größte Problem, dem sich alle Untersuchungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit stellen müssen, in der Bestimmung des kausalen Zusammenhangs zwischen dem Arbeitsplatzverlust (und der darauf folgenden Arbeitslosigkeit) und dem gesundheitlichen Zustand. Es stellt sich in anderen Worten die Frage, ob tatsächlich die Arbeitslosigkeit ursächlich für die beobachtbare Verschlechterung des Gesundheitszustands verantwortlich ist, oder ob diese ihrerseits die Folge gesundheitlicher Probleme ist.

Abbildung 2.3: Trendbereinigte Krankenstands- und Arbeitslosenquote



Q: WIFO. Diese Abbildung zeigt die zyklischen Schwankungen in der Entwicklung der Krankenstands- und Arbeitslosenquoten nach Berücksichtigung der längerfristigen Trends. Die dargestellten Quoten wurden berechnet, indem die entsprechenden Zeitreihen mit Hilfe eines "Hodrick-Prescott"-Filters um ihren Trend bereinigt wurden und in einem zweiten Schritt die ermittelte zyklische Komponente mit der Trendkomponente in Bezug gesetzt und als prozentueller Wert ausgedrückt wurde.

Die Selektionshypothese kann von zwei Seiten betrachtet werden; einmal aus der Perspektive der Beschäftigten und einmal aus jener der Arbeitslosen. Zum einen kann sie dazu beitragen, den oftmals beobachteten positiven ("pro-zyklischen") Zusammenhang zwischen Konjunkturzyklus und Krankenstandsquote zu erklären (Abbildung 2.3)⁴⁶. Demnach führen eine Verschlechterung der Konjunktur und der damit einhergehende Anstieg in der Arbeitslosenquote zu einer Selektion und Verschiebung in der strukturellen Zusammensetzung der Beschäftigung. Personen mit hohen Fehlzeiten und schlechtem Gesundheitszustand verlassen im Konjunkturaufschwung verstärkt den Arbeitsmarkt, was sich positiv auf die durchschnittlichen Krankenstandszahlen auswirkt. Umgekehrt kommt es im Konjunkturaufschwung zu einer Ausweitung der Beschäftigung und auch Personen mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten kommen wieder auf den Arbeitsmarkt. In der jüngsten Vergangenheit haben sich mehrere empirische Untersuchungen mit diesem Selektionsprozess befasst. Sowohl *Askildsen et al.* (2005) als auch *Fahr – Frick* (2007) kommen dabei zur Schlussfolgerung, dass die Reduktion in der Krankenstandsquote, die im konjunkturellen Aufschwung beobachtet werden kann, nur in geringem Ausmaß auf den Selektionseffekt zurückzuführen ist. Beide Studien weisen darauf hin, dass von der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit auch ein so genannter "Disziplinierungs-

⁴⁶ Die Entwicklung der Krankenstandsquote verläuft insofern "pro-zyklisch", als dass im Konjunkturaufschwung die Krankenstandsquote typischerweise steigt, während sie im Aufschwung zurückgeht. Das zeigt sich umgekehrt daran, dass bei einem Anstieg der Arbeitslosigkeit (also im Aufschwung) die Krankenstände sinken, während sie bei rückläufigen Arbeitslosenquoten (also im Aufschwung) wieder steigen (Abbildung 2.3).

effekt⁴⁷⁾ ausgeht, der in Beschäftigung befindliche Personen dazu veranlasst, weniger Fehlzeiten zu haben als in Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs und der sinkenden Arbeitslosigkeit. Nicht eigens untersucht, aber von Relevanz dürfte diesbezüglich auch 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 führen kann.

Zum anderen stellt sich die Frage, inwiefern hohe Krankenstände und schlechter Gesundheitszustand zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko führen. Auch wenn der Selektionseffekt nur einen geringen Teil des prozyklischen Musters der Krankenstandsquoten erklären kann, so ist nicht auszuschließen, dass er eine große Rolle für die hohen Krankenstände der Arbeitslosen spielt. Einerseits kommen vermutlich Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand nicht so schnell wieder aus der Arbeitslosigkeit heraus: Hier kann es zu einer Selektion zurück in den Arbeitsmarkt kommen, wonach gesündere Personen aus der Arbeitslosigkeit zurück in Beschäftigung finden können, während jene, die gesundheitlich schwächer sind, die Rückkehr in den Arbeitsmarkt nicht oder nur nach einer längeren Arbeitslosigkeitsepisode schaffen. Andererseits kann es durch die krankmachenden Effekte der Arbeitslosigkeit zu einer gegenseitigen Verstärkung der beiden Aspekte kommen, sodass sich aus der Selektion von (leicht) kränkeren Personen in die Arbeitslosigkeit letztendlich im Schnitt bei den Arbeitslosen wesentlich höhere Krankenstände als bei den Beschäftigten ergeben. Die Ergebnisse von *Bockerman – Ilmakunnas (2009)*, die sich auf subjektive Angaben zum gesundheitlichen Zustand von finnischen Beschäftigten und Arbeitslosen stützen, liefern Hinweise in diese Richtung. Die Studienautoren kommen zu der Schlussfolgerung, dass Arbeitslosigkeit für sich genommen in einer Längsschnittbetrachtung keinen statistisch signifikanten Effekt auf den subjektiv empfundenen Gesundheitszustand hat. Das ergibt sich allerdings vor allem daraus, dass diejenigen, die nach einer Arbeitslosigkeitsepisode auch wieder zurück in Beschäftigung gefunden haben, einen sehr guten Gesundheitszustand aufweisen. Auf der anderen Seite zeigt sich auch, dass der gesundheitliche Zustand der arbeitslosen Personen schon in Beschäftigung schlechter war als jener Personen, die durchgehend in Beschäftigung bleiben.

Die Verfügbarkeit von besseren, den Längsschnitt abbildenden Daten und der Einsatz von neuen Schätzungsmethoden haben in der jüngsten Zeit auch einige differenzierte Antworten zur Frage geliefert, inwiefern Arbeitslosigkeit krank macht. Die Untersuchungsergebnisse hängen dabei sehr stark davon ab, ob man auf kurzfristige oder langfristige Folgen des Arbeitsplatzverlusts bzw. der Arbeitslosigkeit eingeht und ob man bei der Betrachtung auch die Länge der Arbeitslosigkeitsepisode berücksichtigt. Um den Effekt von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit möglichst genau messen zu können, wurde in neueren Studien die Ursache für den Arbeitsplatzverlust hinterfragt und dadurch versucht, den Einfluss des gesundheitlichen Zustands für den Erwerbsstatus zu minimieren. Das Hauptaugenmerk dieser Studien liegt auf

⁴⁷⁾ Dieser Begriff geht in der Fachliteratur auf einen einflussreichen Artikel von *Shapiro – Stiglitz (1984)* mit dem Titel "Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device" zurück.

der Untersuchung von Fällen, in denen eine Betriebsschließung für den Arbeitsplatzverlust bzw. für die Arbeitslosigkeit verantwortlich war. Der Leitgedanke hinter diesem Ansatz ist die Erwartung, dass Betriebsschließungen eine "externe" Ursache von Arbeitslosigkeit darstellen und mit den persönlichen und beruflichen Merkmalen der betroffenen Arbeitskräfte weitgehend unkorreliert sind. *Salm (2009)* stützt sich in seiner Untersuchung auf amerikanische Daten aus der "Health and Retirement Study". In diesen Erhebungsdaten wird zwischen unterschiedlichen Gründen für den Arbeitsplatzverlust differenziert. Die befragten Arbeitslosen konnten angeben, ob sie ihren Arbeitsplatz infolge einer Betriebsschließung verloren haben, ob sie gekündigt haben, gekündigt wurden oder ob die Beendigung des Dienstverhältnisses auf eine gesundheitliche bzw. familiäre Ursache zurückzuführen ist. Der Autor findet im Zusammenhang mit Arbeitsplatzverlusten, die durch eine Betriebsschließung motiviert waren, keine signifikanten gesundheitlichen Einbußen für eine Nachbeobachtungsperiode von vier Jahren. Das verleitet ihn zur Schlussfolgerung, dass Arbeitsplatzverlust als solcher keine negativen gesundheitlichen Wirkungen zeigt.

Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kommen auch *Kuhn et al. (2009)*. Diese Studie ist für den vorliegenden Bericht von besonderer Bedeutung, da hierzu ebenfalls ein Datensatz als Untersuchungsbasis dient, der sich aus verknüpften Individualdaten von Hauptverband und Gebietskrankenkasse Oberösterreich zusammensetzt⁴⁸⁾. *Kuhn et al. (2009)* versuchen so wie auch *Salm (2009)* die kausalen Folgen eines Arbeitsplatzverlustes für die Gesundheit zu quantifizieren. Sie verwenden die tatsächlich im Gesundheitssystem anfallenden Kosten als Maß für den gesundheitlichen Zustand der beobachteten Personen und ermitteln, inwiefern Betriebsschließungen und die daraus folgenden Arbeitsplatzverluste zu einer stärkeren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen. Neben den Krankenstandtagen und Krankengeldkosten werden auch die Kosten für Arzneien, Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte berücksichtigt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Arbeitskräfte, die infolge einer Betriebsschließung ihren Arbeitsplatz verlieren, im darauf folgenden Jahr das Gesundheitssystem nicht stärker in Anspruch nehmen als zuvor. Männer sind gleich oft im Krankenstand, bei Frauen ist der Anstieg nur sehr geringfügig und nicht statistisch signifikant. In einer anderen Studie (*Browning et al., 2006*), die stress-bezogene Gesundheitssymptome nach Betriebsschließungen anhand dänischer Daten untersucht, wird ebenfalls gezeigt, dass der "extern" verursachte Arbeitsplatzverlust gemessen an den Krankenhausaufenthalten keine unmittelbar höhere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems mit sich bringt.

Die soeben erwähnten Studienergebnisse gehen auf die kurzfristigen Folgen eines Arbeitsplatzverlustes ein. In einer längerfristigen Betrachtung dürfte der Arbeitsplatzverlust sehr wohl mit erheblichen negativen gesundheitlichen Folgen einhergehen. Das zeigt beispielsweise die Untersuchung von *Gerdtham – Johannesson (2003)*, die anhand schwedischer Daten Unter-

⁴⁸⁾ Der Datensatz von *Kuhn et al. (2009)* umfasst neben den Krankenstandsdaten auch Informationen zu den für die einzelne Person im Gesundheitssystem anfallenden Kosten. Der Beobachtungszeitraum ist allerdings auf die Periode 1998 bis 2002 eingeschränkt.

schiede im Sterblichkeitsrisiko von arbeitslosen und beschäftigten Personen feststellen konnten. Die Autoren berücksichtigen in ihrer Untersuchung den Gesundheitszustand vor Arbeitslosigkeit und gehen mit einem zweistufigen Schätzverfahren auf das Selektionsproblem von gesundheitlich beeinträchtigten Personen in Arbeitslosigkeit ein. Ihre Ergebnisse belegen, dass das Mortalitätsrisiko der Arbeitslosen in der Nachfolgeperiode (je nach Person zwischen 10 und 17 Jahren) um fast 50% höher ist als jenes der Beschäftigten. Eine Analyse der Todesursachen zeigt, dass neben einer erhöhten Selbstmordrate auch zahlreiche andere Krankheitsbilder (mit Ausnahme von Krebserkrankungen und Kreislauferkrankungen) diesen Unterschied bedingen. Diese Ergebnisse decken sich sehr stark mit denen aus früheren und auch aus sehr rezenten Studien (z. B. *Iversen et al.*, 1989, *Dooley et al.*, 1996, *Mathers – Schofield*, 1998, *Sullivan – von Wachter*, 2009). Die Untersuchung von *Sullivan – von Wachter* (2009) ist besonders interessant, weil sie genauso wie *Salm* (2009) und *Kuhn et al.* (2009) jene Personengruppe fokussiert, die infolge einer Betriebsschließung den Arbeitsplatz verloren hat. Die Studienautoren verwenden amerikanische Längsschnittdaten und kommen zu dem Schluss, dass der Arbeitsplatzverlust das Sterblichkeitsrisiko der betroffenen Personen deutlich erhöht. Aus den Berechnungen geht hervor, dass ein Arbeitsplatzverlust im Haupterwerbssalter (mit 40 Jahren) zu einer Senkung der Lebenserwartung um 1 bis 1½ Jahre führt.

Eine weitere Dimension des komplexen Wirkungszusammenhangs zwischen Erwerbsstatus und Gesundheit zeigt sich in einer Betrachtung, die auch die Arbeitslosigkeitsdauer mit einbezieht. *Bockerman – Ilmakunnas* (2009), die einerseits einen starken Selektionseffekt von bereits gesundheitlich schwächeren Personen in die Arbeitslosigkeit beobachten, finden in ihrer Untersuchung gleichzeitig einen deutlich negativen Einfluss von langer Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Lange Arbeitslosigkeitsepisoden gehen auch mit einer Verschlechterung der Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand einher. *Gordo* (2006) untersucht Veränderungen in der Gesundheitszufriedenheit für eine unterschiedliche Dauer der Arbeitslosigkeit: Im kurzfristigen Zeitraum zeigt sich dabei kein wesentlicher negativer Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit. Allerdings besteht laut *Gordo* (2006), die sich in ihrer Analyse auf deutsche Daten aus dem sozioökonomischen Panel bezieht, ein deutlicher geschlechtsspezifischer Unterschied. Während für Frauen Kurzarbeitslosigkeit keine nachweisbaren Spuren auf die Gesundheitszufriedenheit hinterlässt, ist dies bei Männern sehr wohl der Fall. Bei Männern dürfte somit der Arbeitsplatzverlust bereits nach den ersten Monaten einen tiefen Eindruck hinterlassen, was auf die traditionell hohe Bedeutung der Arbeit als Lebensinhalt des Mannes zurückgeführt werden kann. Der Einkommensverlust infolge des Arbeitsplatzverlustes kann dabei nur einen kleinen Teil der geringeren Lebenszufriedenheit von Arbeitslosen erklären. In Fällen von andauernder Arbeitslosigkeit verschlechtert sich nach eigener Einschätzung sowohl für Männer als auch für Frauen die Gesundheit erheblich.

Diese Befunde decken sich sehr stark mit den Ergebnissen aus dem deutschen Fehlzeiten-Report 2005 (*Badura et al.*, 2006). Demnach nimmt in Deutschland die gesundheitliche Beeinträchtigung mit der Dauer der Arbeitslosigkeit rasch zu. Für Personen mit zwei Jahren Arbeits-

losigkeit ist die Rate der gesundheitlichen Beeinträchtigung doppelt so hoch (32%) als bei jenen, die nur bis zu einem Monat arbeitslos waren (16%). Besonders stark sind arbeitslose Männer davon betroffen. Nach zwei Jahren Arbeitslosigkeit ist die Rate der gesundheitlich beeinträchtigten Männer um 12 Prozentpunkte (38%) höher als bei Frauen (26%). Die Rate der gesundheitlichen Beeinträchtigung steigt in Deutschland nach drei Monaten sprunghaft an und nochmals nach einem Jahr (Hollederer – Brand, 2006). Am größten ist der Abstand in der gesundheitlichen Beeinträchtigung zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten bei psychischen Erkrankungen. Diese Ergebnisse sind nicht überraschend und können gerade in Österreich an die bahnbrechende Arbeit von *Jahoda – Lazarsfeld – Zeisel* (1933) zu den "Arbeitslosen von Marienthal" und an die Theorie der "psychischen Deprivation" von *Marie Jahoda* (1981) anknüpfen. *Jahoda* führt die psychosozialen Folgen des Arbeitsplatzverlustes auf die latenten Funktionen der Erwerbstätigkeit zurück: Der Arbeitsplatz sichert nicht nur Einkommen, sondern strukturiert den Tagesablauf, liefert außerfamiliäre Sozialkontakte, ist identitätsstiftend, setzt Ziele und aktiviert (Hollederer – Brand, 2006). Die Zugangsmöglichkeiten zu diesen latenten Funktionen der Erwerbstätigkeit, die einen direkten Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben, werden durch die Arbeitslosigkeit beschränkt und führen zu einer erhöhten Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Arbeitslosen.

Für den starken Anstieg der Krankenstandsquote der Arbeitslosen in der jüngsten Vergangenheit könnten alle bisher erwähnten Faktoren, einzeln oder in Kombination, verantwortlich sein. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit (bei gleichzeitiger Erhöhung der Übertrittsschwellen in die gesundheitlich bedingte Frühberentung) kann zu einer Verschärfung des Selektionsmechanismus geführt haben. Die zunehmende Dauer der Arbeitslosigkeitsepisoden durch die Entstehung eines Sockels an Langzeitarbeitslosen kann sich hingegen in Form von zusätzlichen Belastungen und neuen Erkrankungen auf die Arbeitslosen niedergeschlagen haben. Doch auch Veränderungen im Krankmeldeverhalten der Arbeitslosen sind nicht auszuschließen. Diese könnten beispielsweise damit zusammenhängen, dass heute stärker als früher Arbeitslose Krankheitsfälle dokumentieren müssen, um nachzuweisen, dass sie nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen (oder an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen teilnehmen können). Letztlich könnte der Unterschied in den Krankenständen der Arbeitslosen und Beschäftigten auch in Unterschieden in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems begründet liegen. Erwerbslosigkeit eröffnet zeitlich einen größeren Spielraum, um sich der Gesundheitsvorsorge zu widmen und Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Allerdings zeigen empirische Untersuchungen, dass Arbeitslose eher dazu verleitet sind, ihr gesundheitliches Wohlbefinden zu vernachlässigen und dass sie Möglichkeiten der Gesundheitsvorsorge in geringerem Ausmaß als Beschäftigte nutzen. Zum anderen kommen institutionelle Faktoren auch dadurch zum Tragen, dass Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß kommunizierende Gefäße sind. In Abhängigkeit von der Arbeitsmarktlage und den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen können Personen mit gesundheitlichen Problemen beschäftigt oder eben vermehrt in Arbeitslosigkeit bzw. in Ruhestand sein.

Diese Erklärungsansätze dienen als Arbeitshypothesen für die nachfolgenden empirischen Untersuchungen, die auf Basis der Individualdaten aus Oberösterreich durchgeführt werden.

2.4 Datenbeschreibung und Repräsentationsgrad der Daten

2.4.1 Übersicht der im Datensatz enthaltenen Variablen

Die bisherigen Ausführungen zu den Krankenständen in der österreichischen Wirtschaft erfolgten überwiegend auf Basis der *Krankenstandsstatistik* des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV). Das statistische Material des HV ermöglicht es nur in begrenztem Ausmaß einzelne Ausprägungen (z. B. persönliche Merkmale der Versicherten und Eigenschaften der Krankenstände) miteinander zu verknüpfen. Für eine vertiefende Untersuchung wurden deshalb in den bereits erschienenen Fehlzeitenreports für die Jahre 2007 und 2008 eigens zusammengestellte Individualdatensätze der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) herangezogen. Mit Hilfe dieser Individualdaten konnte eine differenzierte Strukturanalyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten durchgeführt und näher auf einzelne Determinanten der Krankenstände eingegangen werden. Für den vorliegenden Bericht konnte ein weiterer Ausbau und damit eine Verbesserung der verfügbaren Datenbasis erreicht werden: Die Beobachtungsperiode der Krankenstandsdaten umfasst nun die gesamte Periode von 2001 bis 2007, zudem beinhaltet der Datensatz neben den Krankenständen der Beschäftigten nunmehr auch jene der oberösterreichischen Arbeitslosen. Analog zum Fehlzeitenreport 2008 werden diese Krankenstandsdaten der OÖGKK mit anonymisierten Individualdaten des HV verknüpft.

Die Individualdaten des Hauptverbands enthalten sämtliche Sozialversicherungsepisoden, zumeist seit 1972 (mit Ausnahme der BeamtInnen und bei Krankenfürsorgeanstalten Versicherten, die erst zu späteren Zeitpunkten in den Datensatz aufgenommen wurden). Diese Daten dokumentieren die Beschäftigungsepisoden von in Österreich Erwerbstätigen, den Eintritt und Verbleib in Pension und das Sterbedatum. Die aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2007⁴⁹⁾. Die Verknüpfung der Daten vom Hauptverband und der Gebietskrankenkasse ermöglicht somit eine genauere Untersuchung der Krankenstände als bisher⁵⁰⁾, insbesondere kann anhand des verknüpften Datensatzes die Erwerbslaufbahn der Beschäftigten und Arbeitslosen vor und nach dem Krankenstand (ab 1972 und bis 2007) rekonstruiert und eine größere Anzahl von individuellen und betrieblichen Merkmalen als Bestimmungsgrund von Krankenständen in Betracht gezogen werden. Die detaillierten Betrachtungsmöglichkeiten, die sich daraus ergeben, sind einer differenzierten Darstellung und einem Vergleich der Verteilung und Struktur von Krankenständen der Beschäftigten und Arbeitslosen dienlich. In

⁴⁹⁾ Am WIFO werden anonymisierte Individualdaten aus administrativen Quellen im Rahmen der INDI-DV-Gruppe systematisch zum Zweck wissenschaftlicher Analysen organisiert und verarbeitet. Siehe dazu im Detail *Schöberl* (2004).

⁵⁰⁾ Der OÖGKK-Datensatz beinhaltet nur die Teilmenge jener Personen, die im Laufe der Beobachtungsperiode einen Krankenstandsfall zu verzeichnen hatte.

einem weiteren Schritt können diese Daten auch genutzt werden, um die Übergänge von Beschäftigung in Arbeitslosigkeit und (eventuell) von Arbeitslosigkeit zurück in den Arbeitsmarkt abzubilden.

Der oberösterreichische Datensatz beinhaltet alle Krankenstandsfälle von Versicherten der OÖGKK⁵¹⁾ für die Jahre 2001 bis 2007. Aus dem OÖGKK-Datensatz können zu jedem einzelnen Krankenstandsfall folgende Informationen entnommen werden:

- Diagnosegruppe nach ICD-Kodierung⁵²⁾
- Anfangs- und Enddatum des Krankenstands
- Anzahl an Tagen in einer stationären Einrichtung
- Vorliegen eines Versicherungsfalles der AUVA (Berufskrankheiten und Unfälle)

Aus den anonymisierten Individualdaten des HV wurden mittels einer eindeutigen Verknüpfung und der Festlegung des Krankenstandsbeginns als relevanten Stichtag zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten unterschieden und folgende Ausprägungen verknüpft:

- Persönliche Merkmale des oder der Versicherten (Alter, Geschlecht)
- Stellung im Beruf (ArbeiterIn, Angestellte/r)
- Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung
- Anzahl an Versicherungstagen mit Krankengeldbezug
- Wirtschaftsklasse des Dienstgebers (ÖNACE)⁵³⁾
- Betriebsgröße und weitere betriebliche Merkmale⁵⁴⁾
- Ausgewählte Merkmale aus der Vorkarriere der Beschäftigten⁵⁵⁾

Als Grundgesamtheit dienten alle Versicherten der OÖGKK, die im Zeitraum 2001 bis 2007 ein Beschäftigungsverhältnis hatten. Personen in Arbeitslosigkeit wurden durch den Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung erfasst und abgegrenzt. Das bedeutet, dass Arbeitssuchende, die keine Leistung bezogen, nicht in die Grundgesamtheit der Arbeitslosen

⁵¹⁾ Versicherte von anderen Gebietskrankenkassen und Versicherte von Sondersicherungsanstalten (Eisenbahn, Gewerbe, öffentlich Bedienstete usw.) sind nicht im Datensatz enthalten.

⁵²⁾ Die ICD-Kodierung (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme. Der OÖGKK-Datensatz bezieht sich auf einen Zeitraum, der von der Umstellung der ICD9- auf die neuere ICD10-Kodierung betroffen war. Um eine einheitliche Basis zu schaffen, wurden alle ICD10-Eingaben in ICD9 umgewandelt.

⁵³⁾ Die Kodierung nach Branche ist im Individualdatenbestand des HV nicht immer lückenlos.

⁵⁴⁾ Es handelt sich hierbei um Indikatoren zur Zusammensetzung der Belegschaft nach Alter und Geschlecht, zum Lohnniveau im Betrieb und zur Beschäftigungsfrequenz im Betrieb.

⁵⁵⁾ Diese Merkmale, zu denen beispielsweise die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses zählt, können u. a. ein Maß für den Grad der individuellen Arbeitsmarktintegration liefern.

einbezogen wurden⁵⁶). Daraus ergibt sich zwar nur eine partielle Sicht auf das Geschehen am Arbeitsmarkt und insbesondere in der Arbeitslosigkeit, andererseits wird dadurch erreicht, dass nur jene arbeitslosen Personengruppen in Betracht gezogen werden, die tatsächlich dazu veranlasst sind, sich im Krankheitsfall krankschreiben zu lassen. Diese Abgrenzung entspricht jener, die vom Hauptverband und von den einzelnen Sozialversicherungsträgern der Erstellung der *Krankenstandsstatistik* zugrunde gelegt wird. Neben den BezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe sind in dieser Abgrenzung auch alle Personen berücksichtigt, die eine Form von Pensionsvorschuss oder Übergangsgeld erhalten.

2.4.2 *Wie repräsentativ sind die oberösterreichischen Daten für Österreich?*

Im ersten Kapitel wurde gezeigt, dass die Höhe der Krankenstände stark mit dem Tätigkeitsbereich und den soziodemographischen Merkmalen der Beschäftigten korreliert. Zudem ist zu erwarten, dass das Krankenstandsgeschehen sowohl in Beschäftigung wie auch in Arbeitslosigkeit stark von der Lage am Arbeitsmarkt und der wirtschaftlichen Entwicklung beeinflusst wird. Hier stellt sich die Frage, inwiefern die Untersuchung der Krankenstände der oberösterreichischen Beschäftigten und Arbeitslosen für den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Krankenstand in Österreich insgesamt repräsentativ ist. Bevor die Ergebnisse aus der Untersuchung der oberösterreichischen Daten dargestellt werden, soll deshalb auf strukturelle Merkmale des oberösterreichischen Arbeitsmarkts hingewiesen werden⁵⁷).

Unterschiede zwischen den Beschäftigten in Oberösterreich und dem österreichischen Durchschnitt, wie er vom Hauptverband in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wird, ergeben sich zu einem großen Teil aus den Besonderheiten der oberösterreichischen Wirtschaftsstruktur. Die oberösterreichische Wirtschaft ist durch die große Bedeutung der Sachgütererzeugung gekennzeichnet. Kernbereiche der Industrie sind der Fahrzeugbau bzw. die Herstellung von Kraftwagenteilen sowie der Maschinenbau und die Erzeugung und Bearbeitung von Metall. Die Sachgütererzeugung trägt in Oberösterreich mit knapp einem Drittel zur gesamten Wertschöpfung bei, in Österreich nur mit einem Fünftel. Die große Bedeutung der Industrie spiegelt sich auch in den Beschäftigungskennzahlen wider. Der Beschäftigungsanteil des sekundären Sektors⁵⁸) sank in der jüngeren Vergangenheit zwar von 40% (1995) auf 35% (2007), er liegt jedoch nach wie vor um fast ein Drittel über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (27%).

⁵⁶) Die Abgrenzung der Arbeitslosen umfasst im Wesentlichen die BezieherInnen von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Überbrückungsgeld und Übergangsgeld. SchulungsteilnehmerInnen sind in dieser Abgrenzung enthalten, wenn sie eine der oben genannten Leistungen erhalten.

⁵⁷) Das WIFO hat sich in der jüngsten Vergangenheit eingehend mit dem Wirtschaftsstandort Oberösterreich und insbesondere mit dem oberösterreichischen Arbeitsmarkt befasst. Die nachfolgenden Ausführungen knüpfen deshalb an Analysen von *Palme et al.* (1999), *Huber* (2007) und *Guger – Leoni* (2008) an.

⁵⁸) Sachgütererzeugung einschließlich Energie- und Wasserversorgung und Bauwesen. Hierbei werden nur Beschäftigungsverhältnisse und nicht Vollzeitäquivalente verglichen. Durch die starke Zunahme an Teilzeitarbeit und die hohe Konzentration dieser Beschäftigungsformen auf den Dienstleistungsbereich wird der Beschäftigungsanteil des produzierenden Sektors leicht untererfasst.

Im Zuge des Strukturwandels, der in Oberösterreich schon in den 1980er-Jahren einsetzte, kam es zu einschneidenden Rationalisierungsprozessen. Neben den arbeitsintensiven Branchen des Textil-Bekleidung-Lederbereichs, in denen ein starker Beschäftigungsabbau stattfand, erfuhren auch einige kapitalintensive Produktionsbereiche (z. B. die Papierindustrie) eine Redimensionierung. Insgesamt wurden zwischen 1995 und 2007 im produzierenden Sektor 3.700 Arbeitsplätze abgebaut, was einem Rückgang von knapp 2% entspricht. Der industrielle Charakter der oberösterreichischen Wirtschaft ist jedoch weitgehend erhalten geblieben, was sich auch daran zeigt, dass in Österreich im gleichen Zeitraum die Beschäftigung im produzierenden Bereich um rund 9% sank.

Durch diese industrielle Prägung ergeben sich Faktoren, die sich auf Höhe und Form der Krankenstände auswirken können. Der ArbeiterInnenanteil an den Beschäftigten ist in Oberösterreich deutlich höher als im Durchschnitt der anderen Bundesländer: Im Jahr 2007 waren laut OÖGKK rund 48,2% der unselbständig Beschäftigten in ArbeiterInnenberufen tätig, in der *Krankenstandsstatistik* waren es für Österreich insgesamt 43,5%. Da der Sachgüterbereich nach wie vor stärker von Männern als von Frauen besetzt ist, bedingt diese industrielle Prägung auch eine überdurchschnittliche Männerquote unter den Beschäftigten (58% laut OÖGKK in Oberösterreich, 53% laut *Krankenstandsstatistik* in Österreich). Auch hinsichtlich der Altersstruktur bestehen Unterschiede, die Einfluss auf das Krankenstandsgeschehen haben können. In Oberösterreich ist der Anteil der jüngeren Beschäftigten (bis 24 Jahre) höher als in Österreich insgesamt, die Altersgruppe der Über-50-Jährigen dagegen schwächer besetzt als im Durchschnitt aller Bundesländer. Abweichungen im Krankenstandsgeschehen der Beschäftigten zwischen Oberösterreich und dem Schnitt der anderen Bundesländer können zu einem guten Teil durch die eben genannten Differenzen erklärt werden:

- Oberösterreich ist ein Bundesland mit überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten. In den Jahren 2001 bis 2007 lag die Krankenstandsquote der Versicherten der OÖGKK höher als im Durchschnitt für Gesamtösterreich. Die Differenz betrug je nach Jahr zwischen 7% und 11%, was auch auf den hohen Anteil von Arbeitsplätzen im Sachgüter erzeugenden Bereich zurückzuführen ist.
- Unter den Krankheitsgruppen spielen Verletzungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats, die stark von den Arbeitsplatzbedingungen beeinflusst werden, eine größere Rolle als in den anderen Bundesländern (*Leoni – Biffi – Guger, 2008A*). Auch diese Tatsache kann mit der industriellen Prägung der oberösterreichischen Wirtschaft in Verbindung gebracht werden.

Für die nachfolgenden Untersuchungen sind diese strukturellen Unterschiede allerdings von untergeordneter Bedeutung. Zum einen bedingen sie vorwiegend Niveau-Effekte und verändern nicht die wesentlichen Merkmale der Verteilung von Krankenständen auf die Beschäftigten. Zum anderen sind für das vorliegende Forschungsvorhaben der Vergleich mit den Arbeitslosen und das Krankenstandsverhalten der Arbeitslosen von weit größerer Bedeutung. Diesbezüglich gilt es zu bedenken, dass die Lage am oberösterreichischen Arbeitsmarkt in der

Beobachtungsperiode (2001 bis 2007) deutlich besser war als im restlichen Österreich. Die oberösterreichische Wirtschaft verzeichnete zwischen Mitte der 1990er-Jahre und 2007 eine hohe Beschäftigungsdynamik: Der Anteil Oberösterreichs an den unselbständig Beschäftigten Österreichs stieg seit Mitte der 1990er-Jahre um fast 1 Prozentpunkt von 16,8% auf 17,7% im Jahr 2007. Dabei war die oberösterreichische Beschäftigungsentwicklung sowohl im sekundären⁵⁹⁾ als auch im tertiären Sektor deutlich günstiger als in den restlichen Bundesländern. Die hohe Beschäftigungsdynamik Oberösterreichs spiegelt sich auch in den Arbeitslosenzahlen wider: Mit 4,4% lag die Arbeitslosenrate Oberösterreichs zu Beginn der 1990er-Jahre um 1 Prozentpunkt unter dem gesamtösterreichischen Niveau (5,4%). Mit 3,6% war der letzte Jahreswert (2007) nur etwas mehr als halb so hoch als in Österreich insgesamt (6,2%). Kein Bundesland wies eine niedrigere Arbeitslosenrate aus als Oberösterreich.

Übersicht 2.2: Komponenten der Arbeitslosenquote

	Arbeitslosenquote		Zugänge		Abgänge		Durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit	
	In % des Arbeitskräfteangebotes		In % der Arbeitslosen		Wochen			
	Oberösterreich	Österreich	Oberösterreich	Österreich	Oberösterreich	Österreich	Oberösterreich	Österreich
1995	5,1	6,6	1,45	1,69	30,8	27,0	14,2	16,2
1996	5,5	7,0	1,47	1,67	28,8	25,5	15,2	17,3
1997	5,3	7,1	1,50	1,74	30,6	25,8	14,4	17,1
1998	5,1	7,2	1,54	1,75	33,1	26,2	13,7	18,1
1999	4,8	6,7	1,62	1,83	37,3	30,3	12,0	14,7
2000	4,0	5,8	1,56	1,81	43,2	34,3	10,3	12,8
2001	4,1	6,1	1,70	2,01	43,8	34,5	10,1	12,7
2002	4,7	6,9	1,71	2,01	39,8	32,0	11,0	13,7
2003	4,5	7,0	1,76	2,06	43,5	32,2	10,2	13,6
2004	4,5	7,1	1,78	2,09	44,4	33,0	10,0	13,3
2005	4,7	7,3	1,81	2,18	43,3	33,6	10,2	13,1
2006	4,3	6,8	1,75	2,18	48,8	37,4	9,1	11,8
2007	3,6	6,2	1,62	2,11	52,1	39,3	8,5	11,1

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

Die günstige Arbeitsmarktentwicklung in Oberösterreich zeigt sich auch in der Entwicklung der unterschiedlichen Komponenten der Arbeitslosenquote. Übersicht 2.2 veranschaulicht, wie sich Zugänge und Abgänge in die und aus der Arbeitslosigkeit relativ zum Arbeitslosenbestand, verändert haben. Es ist ersichtlich, dass das geringe Arbeitslosigkeitsniveau in Oberösterreich mit einer günstigen Kombination aus niedriger Zugangs- und hoher Abgangsrate einherging. Seit Mitte der 1990er-Jahre entwickelten sich die Umschlagsraten in Oberösterreich deutlich besser als im Durchschnitt aller Bundesländer. Betrachtet man nur die Periode ab 2000, so sieht man, dass sich die Zugangswahrscheinlichkeit in Oberösterreich leicht reduzier-

⁵⁹⁾ Sachgütererzeugung einschließlich Bergbau, Bauwesen sowie Energie- und Wasserversorgung (ÖNACE Abschnitte C bis F), hier auch als produzierender Sektor bezeichnet.

te, während sie in Österreich leicht anstieg. Die Wahrscheinlichkeit einen Arbeitsplatz zu finden und einen Abgang aus der Arbeitslosigkeit zu registrieren, erhöhte sich sowohl in Österreich als auch in Oberösterreich, in diesem Bundesland aber stärker und von einem bereits höheren Niveau ausgehend. Wie man den letzten beiden Spalten der Übersicht entnehmen kann, lag daher die durchschnittliche Verbleibdauer in Arbeitslosigkeit in Oberösterreich mit 8,5 Wochen deutlich niedriger als in Österreich mit 11,1 Wochen. Ein weiteres charakteristisches Merkmal für Oberösterreich betrifft die insgesamt sehr hohe Intensität der Arbeitsmarktpolitik in diesem Bundesland. Das gilt insbesondere für den Einsatz von Schulungsmaßnahmen als Mittel Arbeitslosen den Wiedereinstieg ins Berufsleben zu erleichtern. Unter den österreichischen Bundesländern ist Oberösterreich das Bundesland mit der höchsten Schulungsquote, gemessen als Anzahl der SchulungsteilnehmerInnen in Prozent der Arbeitslosen und SchulungsteilnehmerInnen (Huber, 2007).

Übersicht 2.3: Arbeitslose und SchulungsteilnehmerInnen nach soziodemographischen Merkmalen
2007

	Arbeitslose	Oberösterreich Schulungs- teilnehmer- Innen	Insgesamt	Arbeitslose	Österreich Schulungs- teilnehmer- Innen	Insgesamt
	Anteile in %					
Männer	52,8	44,9	50,8	55,9	46,8	54,2
Frauen	47,2	55,1	49,2	44,0	53,2	45,8
Bis 19 Jahre	5,4	20,7	9,4	3,8	22,7	7,5
20 bis 24 Jahre	14,8	15,9	15,1	12,0	15,2	12,6
25 bis 29 Jahre	12,8	10,9	12,3	12,2	10,1	11,8
30 bis 34 Jahre	11,9	9,8	11,4	12,1	9,6	11,6
35 bis 39 Jahre	13,5	11,4	13,0	13,9	11,0	13,3
40 bis 44 Jahre	13,9	11,9	13,4	14,5	10,6	13,8
45 bis 49 Jahre	11,4	9,1	10,8	12,2	8,9	11,6
50 bis 54 Jahre	8,8	6,1	8,1	9,9	7,0	9,3
55 bis 59 Jahre	6,2	3,4	5,5	7,6	4,0	6,9
60 bis 64 Jahre	1,1	0,5	0,9	1,7	0,7	1,5
65 Jahre und älter	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: BALLweb, WIFO-Berechnungen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Arbeitslose in Oberösterreich im untersuchten Zeitraum eine vergleichsweise kleine und intensiv betreute Personengruppe darstellten, deren Chancen, wieder am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, besser standen, als im Durchschnitt aller Bundesländer. Allerdings kann man davon ausgehen, dass hinsichtlich der Ursachen von Arbeitslosigkeit und deren Folgen für die Betroffenen zwischen Oberösterreich und Österreich weitgehend Übereinstimmung bestand. Große Ähnlichkeiten gab es auch in der soziodemo-

graphischen Zusammensetzung der Arbeitslosen. Wie man Übersicht 2.3 entnehmen kann waren Frauen in Oberösterreich stärker in Arbeitslosigkeit vertreten als in Österreich insgesamt – und das obwohl sie einen unterdurchschnittlich hohen Anteil an den Beschäftigten bildeten. Sieht man von diesem geschlechtsspezifischen Unterschied ab, bestanden aber – auch nach einer Differenzierung zwischen Arbeitslosen und SchulungsteilnehmerInnen – nur geringfügige Abweichungen. Männer waren öfter als Frauen in Arbeitslosigkeit vertreten, in Schulungen etwas seltener. Jüngere Menschen waren überproportional stark in Schulungsmaßnahmen eingebunden, mehr als ein Drittel aller TeilnehmerInnen war sowohl in Österreich als auch in Oberösterreich jünger als 25 Jahre. In den restlichen Altersgruppen war der Anteil an den SchulungsteilnehmerInnen geringer als jener an den registrierten Arbeitslosen, wobei sich diese Differenz mit zunehmendem Alter vergrößert.

Es ist davon auszugehen, dass die prägenden Merkmale und die günstige Entwicklung des oberösterreichischen Arbeitsmarkts auch für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit eine Rolle spielen:

- Angesichts der geringen Rolle von Langzeitarbeitslosigkeit und den vergleichsweise guten Chancen der Arbeitslosen auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt kann man vermuten, dass in Oberösterreich die krankmachenden Effekte der Arbeitslosigkeit weniger stark ins Gewicht fallen als in anderen Bundesländern.
- Umgekehrt ist zu erwarten, dass die starke industrielle Prägung des Bundeslandes, die sich in einer überdurchschnittlich hohen Krankenstandsquote der Beschäftigten niederschlägt, auch bei den Arbeitslosen Spuren hinterlässt. Hohe physische Belastungen, die bei den Beschäftigten häufig Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen verursachen, dürften auch bei den Arbeitslosen weiterwirken.
- Bundesweit einheitliche gesetzliche Rahmenbedingungen und arbeitsmarktpolitische Richtlinien sollten in allen Bundesländern die gleichen institutionellen Wirkungsmechanismen zur Folge haben. Die hohe Schulungsquote legt allerdings nahe, dass die Betreuungsintensität der Arbeitslosen in Oberösterreich überdurchschnittlich hoch ist.

Diese Einschätzungen lassen erkennen, dass die Verallgemeinerung der Ergebnisse aus Oberösterreich nicht unproblematisch ist. Dies gilt insbesondere für eine unmittelbare Übertragung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf einzelne Bundesländer wie Wien, die sich in ihrer Wirtschaftsstruktur und Arbeitsmarktlage sehr stark von Oberösterreich unterscheiden. Die Abweichungen Oberösterreichs vom österreichischen Gesamtdurchschnitt dürften allerdings geringer ausfallen, womit die Kernaussagen dieser Studie auch für Österreich insgesamt gelten sollten. Das zeigt sich nicht zuletzt an der Tatsache, dass die Krankenstandsquoten der Arbeitslosen in Oberösterreich und Österreich durchaus vergleichbar sind⁶⁰). Besondere Vor-

⁶⁰) Laut OÖGKK entfielen in Oberösterreich auf jede arbeitslose Person im Jahr 2007 32,8 und im Jahr 2008 34,8 Krankenstandstage (wobei die LeistungsbezieherInnen aus der Arbeitslosenversicherung als Grundgesamtheit dienen). Eine vergleichbare Statistik für Österreich ist nicht verfügbar, WIFO-Berechnungen anhand von Daten aus der *Krankenstandsstatistik* und der AMS Datenbank BALLweb ergeben für 2007 30,7 und für 2008 32,5 Krankenstandstage.

sicht ist bei der Umlegung von quantitativen Ergebnissen aus Oberösterreich auf Österreich insgesamt geboten (z. B. hinsichtlich der Bedeutung von langen Arbeitslosigkeitsepisoden für das Krankenstandsgeschehen). Andererseits ist davon auszugehen, dass qualitative Wirkungszusammenhänge und empirische Muster, die in Oberösterreich beobachtet werden, als solche auch im Rest Österreichs bestehen.

2.5 Empirische Analysen

Der Literatur- und Hypothesenüberblick unter Abschnitt 2.2 hat die unterschiedlichen Wirkungszusammenhänge aufgezeigt, die auf die gesundheitliche Lage und auf das Krankenstandsverhalten der Arbeitslosen Einfluss nehmen. Man muss davon ausgehen, dass keine der aufgezählten Hypothesen alleine Gültigkeit besitzt, sondern dass das Gesamtbild der Krankenstände von Arbeitslosen das Ergebnis von mehreren Ursachen ist. Diese ursächlichen Zusammenhänge lassen sich in ihrer Bedeutung auch nicht vollständig voneinander abgrenzen: Vor allem Längsschnittstudien legen den Schluss nahe, dass neben einer komplexen Verursachungskette auch eine wechselseitige Verstärkung der einzelnen Faktoren besteht (*Grimmeisen – Rosenbrock, 2008*). Die nachfolgenden Untersuchungen setzen sich das Ziel, anhand der Krankenstandsdaten der OÖGKK unterschiedliche Erklärungsfaktoren für die hohen Krankenstände der Arbeitslosen zu beleuchten und – nach Möglichkeit – ihre Größenordnung einzuschätzen. Die Auswertungen basieren auf den in Abschnitt 2.1.1 beschriebenen Daten. Durch die Zusammenführung von Daten der OÖGKK mit dem am WIFO verfügbaren HV-Individualdatenbestand ergeben sich Abgrenzungsunterschiede, die in den Auswertungen zu geringfügigen Abweichungen gegenüber den Krankenstandsstatistiken der Sozialversicherungsträger führen können.

2.5.1 Vergleich der Krankenstände in Beschäftigung und in Arbeitslosigkeit

Unterschiede im gesundheitlichen Zustand der Beschäftigten und Arbeitslosen sind in einer Fülle von Studien und Erhebungen dokumentiert worden. Es ist daher nicht überraschend, dass sich das Krankenstandsgeschehen der Erwerbslosen nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ deutlich von jenem der Erwerbstätigen unterscheidet. Wie aus Übersicht 2.4 hervorgeht, waren die Arbeitslosen in Oberösterreich 2007 im Schnitt 30,8 Tage krank, dieser Wert ist mehr als doppelt so hoch wie jener der unselbständig Beschäftigten. Arbeitslose Männer waren etwas seltener als Frauen im Krankenstand, bei den Beschäftigten ist es genau umgekehrt. Eine Betrachtung nach Alter zeigt, dass in allen Altersgruppen die durchschnittlichen Krankenstandsquoten der Arbeitslosen höher als jene der Beschäftigten liegen. Bei den Jüngeren ist die Differenz vergleichsweise gering, sowohl prozentuell als auch in absoluten Werten. Ähnliches kann man auch am oberen Ende der Altersverteilung beobachten, wobei dieser Tatbestand darauf zurückzuführen ist, dass bei den arbeitslosen Personen über 55 Jahren bei Vorliegen von gesundheitlichen Problemen eine Selektion in den Vorruhestand stattfindet. Die stärksten Abweichungen im Krankenstandsverhalten der Arbeitslosen gemes-

sen an den Beschäftigten, können somit im Haupterwerbalter beobachtet werden: Schon bei den 30- bis 34-Jährigen liegt die Zahl der Krankenstandstage im Jahr mehr als doppelt so hoch wie bei Gleichaltrigen mit einem Arbeitsplatz, diese Differenz weitet sich in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen auf fast das 3-Fache aus. Die 50- bis 54-Jährigen verbrachten im Schnitt fast 48 Tage im Krankenstand, das ist der höchste Wert. Bei den 55- bis 59-Jährigen sinkt die Zahl der Krankenstandstage auf knapp 39.

Übersicht 2.4: Krankenstandstage nach Geschlecht und Alter
Oberösterreich, 2007

	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Beschäftigte	Arbeitslose	Beschäftigte	Arbeitslose	Beschäftigte	Arbeitslose
			Krankenstandstage			
15 bis 19 Jahre	12,4	18,7	14,6	15,9	13,7	17,4
20 bis 24 Jahre	10,5	18,7	13,1	18,3	11,9	18,5
25 bis 29 Jahre	10,7	20,6	11,7	20,3	11,3	20,5
30 bis 34 Jahre	11,0	25,8	11,3	22,8	11,1	24,5
35 bis 39 Jahre	10,6	27,6	11,8	30,7	11,3	29,0
40 bis 44 Jahre	11,6	35,1	12,9	32,6	12,3	33,8
45 bis 49 Jahre	13,8	45,2	14,7	36,6	14,3	40,5
50 bis 54 Jahre	17,8	56,9	18,0	40,8	17,9	47,9
55 bis 59 Jahre	21,4	34,2	22,7	43,2	22,2	38,9
60 bis 64 Jahre	18,0	11,4	16,7	23,7	16,9	21,1
65 Jahre und älter	9,7	10,3	13,3	19,4	12,1	16,7
Insgesamt	12,8	31,3	14,0	30,2	13,5	30,8

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.5: Krankenstandstage nach Geschlecht und sozialrechtlicher Stellung
Oberösterreich, 2007

	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Beschäftigte	Arbeitslose	Beschäftigte	Arbeitslose	Beschäftigte	Arbeitslose
			Krankenstandstage			
ArbeiterInnen	17,2	35,8	17,2	32,1	17,2	33,6
Angestellte	10,5	25,6	8,4	23,1	9,6	24,8
Insgesamt	12,8	31,3	14,0	30,2	13,5	30,8

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

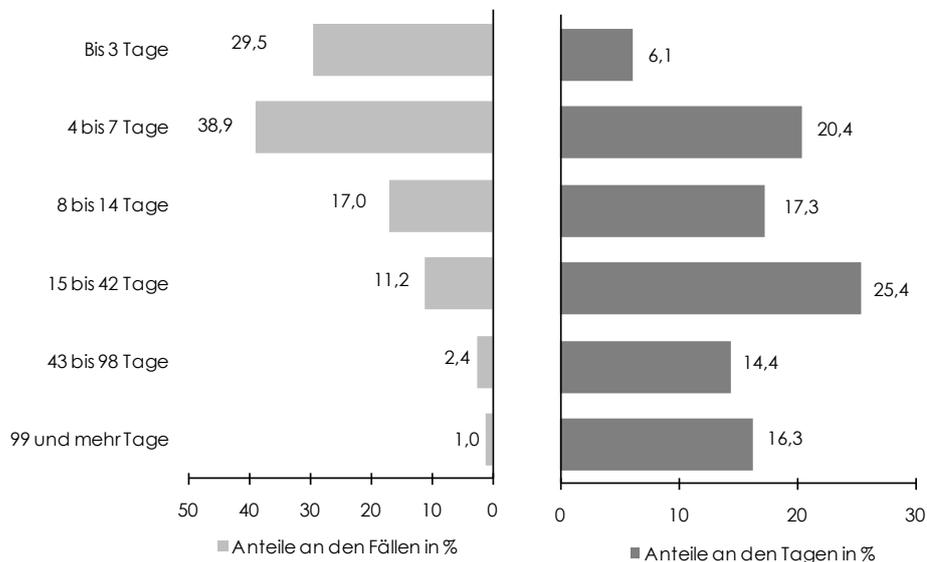
Übersicht 2.5 gibt die Ergebnisse einer Auswertung nach sozialrechtlicher Stellung wieder⁶¹⁾. Personen, die vorher als ArbeiterInnen tätig waren, sind in Arbeitslosigkeit deutlich stärker

⁶¹⁾ Den arbeitslosen Personen wurde die prävalente sozialrechtliche Stellung im entsprechenden Jahr zugeordnet. Falls die Person das ganze Jahr arbeitslos war, wurde der sozialrechtliche Status aus dem vorangegangenen Jahr herangezogen.

vertreten als jene, die aus Angestelltenberufen heraus arbeitslos wurden. Angestellte sind unterproportional von Arbeitslosigkeit betroffen, das ist ein Tatbestand, der auf die schwierige Arbeitsmarktlage von Personen mit einem geringen Qualifikationsniveau (die wiederum stark in ArbeiterInnenberufen konzentriert sind) zurückzuführen ist. Der technologische Wandel hat im Zusammenhang mit der verstärkten Internationalisierung der wirtschaftlichen Verflechtung (Stichwort Globalisierung) schlechter qualifizierte Arbeitskräfte im Zuge der letzten Jahrzehnte benachteiligt. Der Transformationsprozess der Wirtschaft hat vor allem arbeitsintensive Produktionsbereiche und Branchen stark getroffen. In Oberösterreich wiesen 2007 mehr als zwei Drittel der Arbeitslosen einen Status als ArbeiterIn auf, und mit 33,6 Krankenstandstagen im Jahr lag ihre Krankenstandsquote fast doppelt so hoch wie jene der Vergleichsgruppe in Beschäftigung (17,2 Tage). Die Differenz zu den Beschäftigten war bei den Angestellten noch stärker ausgeprägt (24,8 gegenüber 9,6 Tage). Allerdings stellte diese Gruppe nur ein Drittel der Arbeitslosen dar und verzeichnete im Schnitt nur knapp 25 Krankenstandstage pro Kopf.

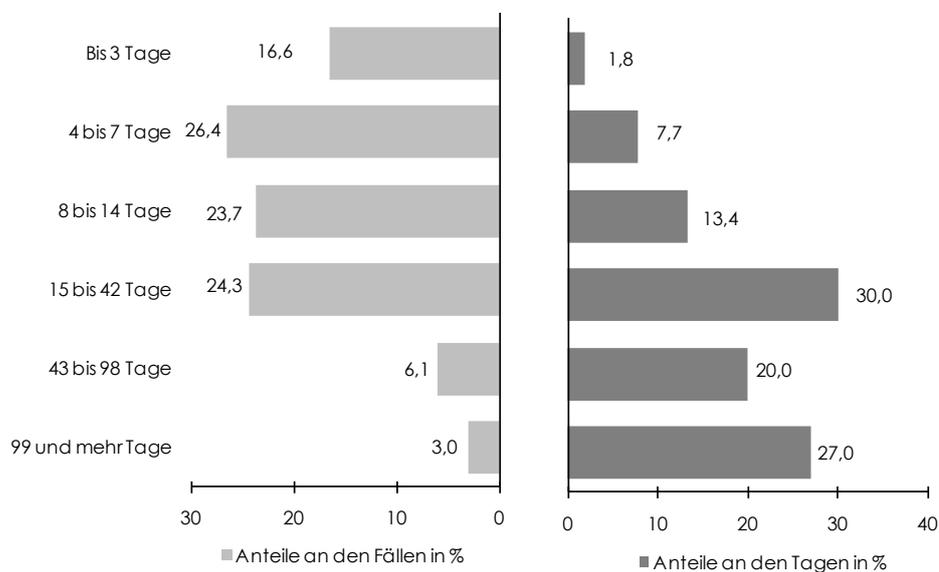
Jenseits der durchschnittlichen Krankenstandsquoten kann das Krankenstandsverhalten der Beschäftigten und Arbeitslosen anhand von Kennzahlen zur Verteilung und Beschaffenheit der Krankenstandsepisoden der beiden Gruppen beleuchtet werden. Die nachfolgenden Abbildung 2.4 und Abbildung 2.5 ermöglichen einen Vergleich nach Krankenstandsdauer und bestätigen die Erwartung, dass Arbeitslose öfter als Beschäftigte lange Zeiträume im Krankenstand verbringen. Wie schon in Abschnitt 1.3 gezeigt werden konnte, geht auch bei den Beschäftigten ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen zurück. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellten 2007 in Oberösterreich 3,4% der Episoden dar, verursachten aber fast ein Drittel der Krankenstandstage. Gemessen am gesamten Krankenstandsvolumen spielen bei den Arbeitslosen lange Krankenstandsepisoden eine noch prominentere Rolle als bei den Beschäftigten. 2007 erstreckten sich 9,1% der Krankenstandsfälle in Arbeitslosigkeit über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen und verursachten dabei fast die Hälfte aller Krankenstandstage. Fälle mit einer Dauer von nur wenigen Tagen bis maximal zwei Wochen sind dementsprechend vergleichsweise selten: Weniger als 2% der von der Sozialversicherung gezählten Krankenstandstage fällt auf Episoden von weniger als vier Tagen, weitere 8% auf Fälle zwischen vier Tagen und einer Woche und etwas mehr als 13% auf Fälle zwischen einer und zwei Wochen. Die entsprechenden Anteile in Beschäftigung lagen bei respektive 6% (Episoden von weniger als vier Tagen), 20% (Episoden zwischen vier Tagen und einer Woche) und 17% (zwischen einer und zwei Wochen).

Abbildung 2.4: Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Beschäftigte Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

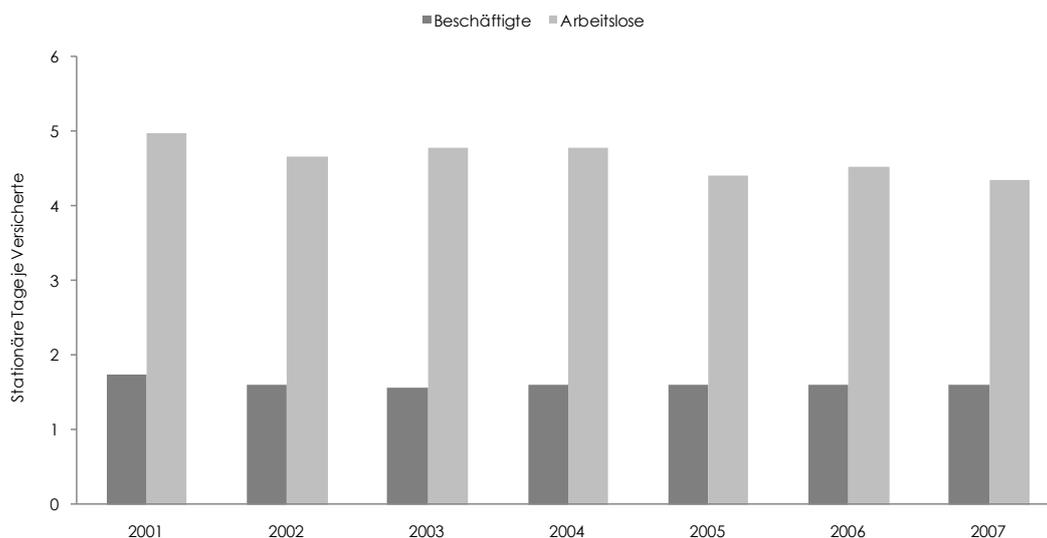
Abbildung 2.5: Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeitslose Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die starke Gewichtung von langen Krankenstandsepisoden kann als ein Indikator für die Häufung von gravierenderen gesundheitlichen Problemen bei arbeitslosen Personen gewertet werden. Eine Auswertung jener Krankenstände, die auch einen Aufenthalt in einer stationären Gesundheitseinrichtung mit sich zogen, bestätigt diese Interpretation. 2007 verbrachten Arbeitslose in Oberösterreich pro Kopf durchschnittlich 4,4 Krankenstandstage in einer stationären Einrichtung, Beschäftigte jedoch 1,6 Tage. Wie aus Abbildung 2.6 hervorgeht, zieht sich dieser Unterschied durch die gesamte Beobachtungsperiode von 2001 bis 2007. Häufigere Krankenhausaufenthalte erklären – gemessen an den absoluten Krankenstandstagen – nur einen kleinen Teil (etwa 10%) des Krankenstanddifferentials zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten. Sie sind aber ein weiterer Indikator dafür, dass Arbeitslose vermehrt mit größeren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben.

Abbildung 2.6: Krankenstandsaufenthalte der Arbeitslosen und Beschäftigten (im Krankenstand)
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der Inzidenz von Krankenhausaufenthalten bei Arbeitslosen kommen *Füzi – Reichardt (2009)* mit burgenländischen und *Penner (2009)* mit oberösterreichischen Daten. Auch in anderen Ländern waren Personen in Arbeitslosigkeit häufiger in stationärer Behandlung. Auswertungen von Krankenkassendaten belegen, dass in Deutschland altersstandardisiert die Zahl der Krankenhaustage arbeitsloser Männer 2,3-mal und arbeitsloser Frauen 1,7-mal höher als für Berufstätige ist (*Hollederer, 2006*). In Oberösterreich unterscheidet sich zwar der Anteil an stationären Aufenthaltstagen gemessen an der Gesamtheit der Krankenstandstage zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten nur geringfügig. 2007 gingen knapp 12% aller Krankenstandstage in Beschäftigung auf einen stationären

Aufenthalt zurück, für die Arbeitslosen lag der Anteil bei 14%. Was als Unterschied besonders stark ins Auge sticht, ist jedoch die relative Anzahl an Fällen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind. Während 2007 in Oberösterreich bei den Beschäftigten im Schnitt weniger als 14% der Krankenstandsepisoden mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden waren, waren es bei den Arbeitslosen fast 23%. In Abhängigkeit von der Diagnose wird dieses Muster in allen Krankheitsgruppen bestätigt. So führen beispielsweise bei den Beschäftigten ein Viertel der psychischen Erkrankungen zu einem stationären Aufenthalt, bei den Arbeitslosen aber rund 40%. Stoffwechsel- und Ernährungserkrankungen ziehen bei den Beschäftigten in der Hälfte der Fälle, bei den Arbeitslosen in zwei Drittel der Fälle einen Aufenthalt in einer stationären Einrichtung nach sich. Auch Diagnosegruppen, die mit sehr häufigen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden, lassen ein ähnliches Bild erkennen: Krankheiten der Atmungsorgane sind bei Beschäftigten in 2,1% der Fälle mit einem stationären Krankenstandstag verbunden, bei den Arbeitslosen jedoch in 4,6% der Fälle.

Übersicht 2.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Diagnosecode, Beschäftigte und Arbeitslose

Oberösterreich, 2007

	Beschäftigte		Arbeitslose	
	Krankenstandstage	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Krankenstandsfälle
	Tage bzw. Fälle je 100 Personen			
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	66	14	105	15
Neubildungen (Neoplasmen)	34	1	53	1
Endokrinopathien, Stoffwechselerkrankungen	8	1	23	1
Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1	0	2	0
Psychiatrische Krankheiten	68	2	554	12
Krankheiten des Nervensystems, der Sinnesorgane	44	5	108	5
Krankheiten des Kreislaufsystems	52	3	128	5
Krankheiten der Atmungsorgane	299	49	380	42
Krankheiten der Verdauungsorgane	50	6	104	7
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	29	3	62	4
Komplikationen der Schwangerschaft	13	1	25	2
Krankheiten der Haut	19	2	42	2
Krankheiten des Muskel-Skeletts-Apparats	312	21	920	39
Kongenitale Anomalien	2	0	5	0
Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	0	0	0	0
Symptome, schlecht bezeichnete Affektionen	60	6	149	10
Verletzungen und Vergiftungen	279	17	380	14
Anderwärtig kodierte Unfälle	2	0	11	0
Nicht definiert	11	1	25	1
Insgesamt	1.350	131	3.076	162

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Weitere Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen sind auch jenseits der stationären Aufenthalte aus einer Gliederung der Krankenstände nach Diagnosegruppen erkenn-

bar. Übersicht 2.6 stellt die Häufigkeit von Krankenstandsfällen und Krankenstandstagen je 100 Personen für die einzelnen Diagnosegruppen dar. Arbeitslose sind quer durch alle Diagnosegruppen deutlich stärker als Beschäftigte von Krankheit betroffen. Das zeigt sich besonders deutlich, wenn man sich auf die Anzahl der Krankenstandstage konzentriert. Bei den Fallzahlen sind die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt, in einigen Fällen wie beispielsweise Erkrankungen der Atemwege und Verletzungen, ist die pro-Kopf-Quote der Krankenstandsfälle der Beschäftigten höher als jene der Arbeitslosen. Die Tatsache, dass Arbeitslose auch in diesen Diagnosegruppen mehr Tage im Krankenstand verbringen als Beschäftigte, deckt sich mit dem Befund, dass bei dieser Personengruppe eine Verdichtung von langen Krankenstandsepisoden vorliegt. Psychische Erkrankungen und vor allem Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparats verursachen den "Löwenanteil" an den Krankenstandstagen der Arbeitslosen; allein in diesen beiden Diagnosegruppen kommen zusammengenommen mehr Krankenstandstage zustande als bei den Beschäftigten insgesamt. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage infolge von psychischen Leiden liegt in Arbeitslosigkeit achtmal höher als in Beschäftigung. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen übersteigen die Krankenstandstage der Arbeitslosen jene der Beschäftigten um das 3-Fache.

Übersicht 2.7: Verteilung der Krankenstände nach Diagnosecode, Beschäftigte und Arbeitslose
Oberösterreich, 2007

	Beschäftigte		Arbeitslose	
	Krankenstandstage Anteile in %	Dauer der Fälle Ø Anzahl Tage	Krankenstandstage Anteile in %	Dauer der Fälle Ø Anzahl Tage
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,9	4,7	3,4	7,1
Neubildungen (Neoplasmen)	2,5	28,5	1,7	41,3
Endokrinopathien, Stoffwechselerkrankungen	0,6	13,9	0,7	22,7
Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	0,1	21,9	0,1	14,3
Psychiatrische Krankheiten	5,1	28,6	18,0	44,9
Krankheiten des Nervensystems, der Sinnesorgane	3,3	9,7	3,5	19,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,9	17,2	4,1	25,4
Krankheiten der Atmungsorgane	22,1	6,0	12,4	9,0
Krankheiten der Verdauungsorgane	3,7	7,9	3,4	15,5
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	2,1	10,5	2,0	17,1
Komplikationen der Schwangerschaft	1,0	10,8	0,8	10,1
Krankheiten der Haut	1,4	11,2	1,4	20,3
Krankheiten des Muskel-Skeletts-Apparats	23,1	15,2	29,9	23,5
Kongenitale Anomalien	0,1	19,2	0,2	28,3
Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	0,0	8,0	0,0	21,5
Symptome, schlecht bezeichnete Affektionen	4,5	9,9	4,8	15,5
Verletzungen und Vergiftungen	20,7	16,9	12,3	26,5
Anderwärtig kodierte Unfälle	0,2	16,5	0,4	27,3
Nicht definiert	0,9	15,5	0,8	25,0
Insgesamt	100,0	10,3	100,0	19,0

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.7 gibt neben der durchschnittlichen Krankenstandsdauer auch über die prozentuelle Verteilung der Krankenstände der Beschäftigten und Arbeitslosen nach Diagnosegruppen Auskunft und ergänzt somit Übersicht 2.6. Gesundheitliche Probleme, die mit dem psychischen Wohlbefinden zusammenhängen, bilden bei arbeitslosen Personen mit 18% aller Krankenstandstage nach den Muskel-Skelett-Erkrankungen (knapp 30%) die bedeutendste Krankheitsgruppe. Sie sind mit einer durchschnittlichen Dauer von fast 45 Tagen auch die Erkrankungsgruppe mit den längsten Krankenstandsfällen. Bei den Beschäftigten spielen Krankheitsfälle, die als psychische Leiden diagnostiziert werden, für das gesamte Krankenstandsgeschehen eine eher untergeordnete Rolle (5%). Muskel-Skelett-Erkrankungen sind mit 23% etwa gleich wichtig wie Krankheiten der Atmungsorgane. Verletzungen verursachen dagegen rund ein Fünftel der Fehlzeiten von Beschäftigten, ihr Anteil an den Krankenstandstagen der Arbeitslosen liegt deutlich niedriger, bei einem Achtel. Das lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass durch die Erwerbslosigkeit auch zahlreiche arbeitsbedingte Unfallrisiken, sowohl am Arbeitsplatz als auch auf dem Weg dorthin, wegfallen. Im Durchschnitt aller Fälle sind die Krankenstandsepisoden der Arbeitslosen fast doppelt so lang wie jene der Beschäftigten.

Wie schon aus vergleichbaren Untersuchungen in anderen Ländern hervorgegangen ist, bestehen im Spannungsfeld von Arbeitslosigkeit und Gesundheit auch einige geschlechtsspezifische Unterschiede. *Grobe – Schwartz* (2003) zeigen für Deutschland anhand von Survey-Ergebnissen und von Auswertungen der Krankenkassendaten, dass die gesundheitlichen Abweichungen der Arbeitslosen gegenüber den Berufstätigen für Männer stärker ausgeprägt sind als für Frauen. Die mit Abstand deutlichsten Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der Inzidenz von psychischen Störungen: Arbeitslose Männer verbringen nahezu siebenmal mehr Tage mit einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus als Nicht-Arbeitslose, bei Frauen beträgt das Verhältnis 3 : 1. Dieses Muster kann anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten zum Teil bestätigt werden. Die Krankenstandsquote der arbeitslosen Frauen ist – über alle Krankheitsgruppen und im Verhältnis zu jener der beschäftigten Frauen – zwar etwas höher als jene der arbeitslosen Männer verglichen mit jener der beschäftigten Männer. Arbeitslose Männer verzeichnen in fast allen Krankheitsgruppen zwischen zwei- und dreimal so viele Krankenstände wie berufstätige Männer. Bei Frauen sind die Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten in den einzelnen Diagnosegruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. Psychische Erkrankungen verursachen in Arbeitslosigkeit allerdings bei Männern fast das 10-Fache der Krankenstandstage wie in Beschäftigung, bei Frauen liegt das Verhältnis bei 6 : 1.

2.5.2 Strukturelle Faktoren als Erklärungsansatz für Unterschiede im Krankenstandsniveau

Wie aus den Darstellungen im ersten Kapitel dieses Fehlzeitenreports und aus den Untersuchungen in den Berichten der vergangenen Jahre bekannt ist, bestehen bei der Krankenstandsquote beträchtliche Unterschiede nach Geschlecht, Alter, sozialrechtlicher Stellung

und Beruf: Männer verzeichnen beispielsweise im Schnitt etwa 10% mehr Krankenstandstage als Frauen, ArbeiterInnen um fast 80% mehr Krankenstandstage als Angestellte. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwiefern die ausgeprägte Differenz in der Krankenstandsquote von Arbeitslosen und Beschäftigten auf Unterschiede in der Zusammensetzung dieser beiden Gruppen nach beobachtbaren soziodemographischen bzw. beruflichen Merkmalen erklärt werden kann.

Ein Vergleich der Struktur von Arbeitslosigkeit und Beschäftigung nach Geschlecht und Alter lässt nur geringfügige Unterschiede zwischen den beiden Gruppen erkennen (siehe Übersicht 2.4). Von Seiten dieser personenbezogenen Merkmale ist also kaum ein signifikanter Beitrag für die Erklärung der hohen Krankenstandsquote der Arbeitslosen zu erwarten. Größere Abweichungen bestehen allerdings hinsichtlich der beruflichen Qualifikation der Arbeitslosen und Beschäftigten (Übersicht 2.5). Das kann man zum Teil am überproportional hohen Anteil an ArbeiterInnen unter den Arbeitslosen beobachten. Die sozialrechtliche Stellung ist allerdings nur ein sehr approximatives Maß. Eine Betrachtung nach höchster abgeschlossener Ausbildung würde noch besser verdeutlichen, dass geringqualifizierte Arbeitskräfte ein deutlich höheres Arbeitslosigkeitsrisiko haben als Personen mit einer höheren Qualifikation.

*Übersicht 2.8: Versicherte und Krankenstandstage nach Branchenzugehörigkeit
Oberösterreich, 2007*

	Beschäftigte		Arbeitslose	
	Versicherte	Krankenstands- quote	Versicherte	Krankenstands- quote
	Anteile in %	In %	Anteile in %	In %
Landwirtschaft und Bergbau	1,1	3,6	1,6	6,3
Sachgütererzeugung	28,1	3,9	15,9	8,8
Energie und Wasser	0,9	3,6	0,2	10,4
Bauwesen	9,5	4,1	10,3	7,4
Handel	17,6	3,2	16,8	8,0
Tourismus	3,5	3,2	9,1	8,3
Transport	4,3	3,8	4,9	8,3
Kredit, Versicherung, Realitätswesen	5,8	2,6	3,2	7,8
Unternehmensbezogene Dienstleistungen	9,1	4,1	17,5	9,8
Öffentliche Verwaltung	7,9	4,4	4,4	8,6
Unterrichtswesen	1,6	4,1	5,8	8,0
Gesundheit- und Sozialwesen	6,3	3,4	4,0	7,3
Sonstige Dienstleistungen	4,4	3,4	6,3	7,9
Insgesamt	100,0	3,7	100,0	8,4

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Weitere Anhaltspunkte hinsichtlich der strukturellen Zusammensetzung der Arbeitslosen und Beschäftigten können einer Betrachtung der Arbeitskräfte nach Branchenzugehörigkeit

entnommen werden⁶²). Übersicht 2.8 stellt die Verteilung der Arbeitslosen und Beschäftigten sowie deren Krankenstandsquoten für breit zusammengefasste Wirtschaftsbereiche dar. Die beiden Gruppen verteilen sich unterschiedlich stark auf die einzelnen Bereiche. Rund 28% der Beschäftigten arbeiteten 2007 in der Sachgütererzeugung, aber nur knapp 16% der Arbeitslosen waren zuvor in diesem Bereich tätig⁶³). Ebenfalls deutlich unterproportional in Arbeitslosigkeit vertreten sind die Bereiche der Kreditwirtschaft, der Versicherung und des Realitätenwesens sowie der öffentlichen Verwaltung und des Gesundheitswesens. Besonders häufig sind Arbeitskräfte in Arbeitslosigkeit zu finden, wenn sie zuvor im Tourismus tätig waren. Ihr Anteil ist fast dreimal höher als bei den Beschäftigten. Den absolut größten Anteil nehmen unter den Arbeitslosen jene Personen ein, die vor der Arbeitslosigkeit unternehmensbezogene Dienstleistungen erbrachten. In diesem heterogenen Bereich finden sich neben hochqualifizierten Tätigkeiten (Unternehmensberatung, Rechtsberatung) auch zahlreiche von Firmen ausgelagerte Dienstleistungen mit niedrigem Qualifikationsprofil (z. B. Reinigungstätigkeiten) sowie die Zeitarbeit.

Um abzuschätzen, inwiefern der Unterschied in der durchschnittlichen Krankenstandsquote von Beschäftigten und Arbeitslosen auf die soeben beschriebenen, beobachtbaren Merkmale der beiden Personengruppen zurückzuführen ist, wird dieser Unterschied in einen "erklärten" und in einen "unerklärten" Teil zerlegt. Hierzu wird ein Verfahren eingesetzt, das *Blinder* (1973) und *Oaxaca* (1973) unabhängig voneinander entwickelt haben und das als die "Blinder-Oaxaca-Dekomposition" in die Literatur eingegangen ist. Das Verfahren wurde ursprünglich konzipiert, um gruppenspezifische Lohndifferentiale (insbesondere bezüglich des Geschlechts) zu erklären, eignet sich aber prinzipiell für alle Fragestellungen, in denen der durchschnittliche Unterschied einer Ausprägung zwischen zwei Gruppen untersucht werden soll. Dabei wird auf Grundlage von Regressionsmodellen jener Anteil am Mittelwertunterschied bestimmt, der sich anhand der beobachtbaren, für die Ausprägung relevanten Merkmale erklären lässt. Der residuale Anteil bestimmt die "unerklärte Komponente". Im Falle von Krankenständen dienen Alter und Geschlecht sowie (für Arbeitslose die letzte verfügbare) sozialrechtliche Stellung und Branchenzugehörigkeit als erklärende Variablen.

Die Ergebnisse aus der Blinder-Oaxaca-Dekomposition zeigen, dass im Jahr 2007 nur ein geringer Anteil – etwa 12% – des Unterschieds in der Krankenstandsquote von Arbeitslosen und Beschäftigten durch Alter, Geschlecht, soziale Stellung und Branchenzugehörigkeit erklärt werden kann. Dieses Ergebnis kann darauf zurückgeführt werden, dass sehr wichtige Erklärungsfaktoren für die hohen Krankenstände der Arbeitslosen nicht in die Berechnung mit eingeflossen sind. Es handelt sich dabei einerseits um den Gesundheitszustand der betroffenen Personen vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit und andererseits um die Umstände, die durch

⁶²) Analog zum sozialrechtlichen Status wurde auch die Branchenzugehörigkeit der Arbeitslosen anhand der früheren Beschäftigungsverhältnisse ermittelt.

⁶³) Eine feinere Gliederung, die an dieser Stelle aus Gründen der Übersichtlichkeit ausgespart wurde, zeigt, dass nur wenige, arbeitsintensive Branchen wie die Textil- und Bekleidungsindustrie in Arbeitslosigkeit stärker als in Beschäftigung vertreten sind.

die Arbeitslosigkeit hinzukommen und sich erschwerend auf Gesundheit und Krankenstandshäufigkeit auswirken. Versucht man beispielsweise, Unterschiede im gesundheitlichen Zustand der beiden Personengruppen zu berücksichtigen, dann erhöht sich der erklärte Anteil in der Schätzungsgleichung erheblich. Eine Möglichkeit, den Gesundheitszustand der Beschäftigten und Arbeitslosen zu beschreiben, ist eine Ausweitung des Beobachtungszeitraums. Wenn man die Krankenstandsquote der einzelnen Personen in den Jahren 2005 und 2006 als zusätzliche Variable heranzieht, um die erwartete Anzahl an Krankenstandstagen im Jahr 2007 zu schätzen, dann erhöht sich der erklärte Anteil am Krankenstandsunterschied zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen schlagartig auf fast die Hälfte. Allerdings sagt dies lediglich aus, dass die Krankenstandswahrscheinlichkeit einer Person in der Gegenwart stark mit den Krankenständen in der jüngsten Vergangenheit korreliert. Das ist insofern nicht überraschend als davon auszugehen ist, dass für den überwiegenden Teil der Bevölkerung plötzliche Veränderungen im Gesundheitszustand eher selten auftreten.

Übersicht 2.9: Ergebnisse aus der Zerlegung des Krankenstandsunterschieds zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten

Oberösterreich, 2007

	In Tagen	In %
Gesamtdifferenz	19,9	100,0
davon		
Erklärter Anteil	2,4	12,1
Unerklärter Anteil	17,5	87,9

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Die Schätzung wurde anhand eines "zero-inflated negative binomial"-Modells durchgeführt. Erklärende Variablen: Geschlecht, Alter, sozialrechtliche Stellung und Branchenzugehörigkeit.

2.5.3 Die Bedeutung der Selektionshypothese

Die Blinder-Oaxaca-Zerlegung hat gezeigt, dass Unterschiede im Krankenstandsverhalten in der Vergangenheit einen signifikanten Erklärungswert für die Krankenstände der Beschäftigten und Arbeitslosen in der Gegenwart besitzen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der Erwartung, dass das Krankenstandsverhalten stark vom gesundheitlichen Zustand abhängt. In der Folge wird versucht zu klären, inwiefern die Gesundheit von Erwerbspersonen auch als Risikofaktor für Arbeitslosigkeit gelten kann und vor allem in welchem Ausmaß Personen, die arbeitslos werden, schon vor Eintritt der Arbeitslosigkeit durch einen schlechten gesundheitlichen Zustand belastet waren. Wie in Abschnitt 2.3 besprochen wurde, kann man die Selektionshypothese von zwei Seiten betrachten. Die verfügbaren Forschungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass Selektionseffekte von Personen mit hohen Krankenständen nur den geringeren Anteil an der Krankenstandsreduktion erklären können, die man typischerweise in einem konjunkturellen Abschwung beobachtet. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass die Existenz von Selektionseffekten für die hohe Krankenstandsquote der Arbeitslosen einen bedeutenden Erklärungsbeitrag leistet. Es kann einerseits vermutet werden, dass sich auch

vergleichsweise geringfügige gesundheitliche Probleme im Zuge der Arbeitslosigkeit weiter verschlechtern. Andererseits kann es – nicht zuletzt in Abhängigkeit der Arbeitsmarktlage – infolge von gesundheitlichen Problemen zu einer Verfestigung der Arbeitslosigkeit und einer längeren Verbleibdauer in Arbeitslosigkeit kommen.

*Übersicht 2.10: Krankenstandsgeschehen vor Eintritt in die Arbeitslosigkeit
Oberösterreich*

	Krankenstandsquote 2006		Krankenstandsunterschied zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen Tage
	Durchgehende Beschäfti- gung im 1. Quartal 2007 In %	Beginn der Arbeitslosigkeit im 1. Quartal 2007 In %	
Männer	3,0	5,6	9,6
Frauen	2,7	6,5	13,9
15 bis 29 Jahre	2,7	5,5	10,4
30 bis 49 Jahre	2,6	5,9	11,9
50 bis 64 Jahre	3,9	6,6	9,9
Insgesamt	2,9	5,9	11,0

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

In einer ersten Analyse wird im Datensatz zwischen Personen differenziert, die im 1. Quartal 2007 durchgehend beschäftigt waren und solchen, die in diesem Zeitraum aus der Beschäftigung in Arbeitslosigkeit wechselten. In einem zweiten Schritt wird untersucht, inwiefern sich die Krankenstandsquoten der beiden Gruppen (die "Beschäftigten" und die "Arbeitslosen") im Vorjahr voneinander unterschieden. Die Ergebnisse dieser Auswertung insgesamt und für einzelne Untergruppen von Personen sind in Übersicht 2.10 dargestellt. Während Personen, die im 1. Quartal 2007 durchgehend beschäftigt waren, im Vorjahr eine durchschnittliche Krankenstandsquote von 2,9% hatten, verzeichneten diejenigen, die in diesem Zeitraum arbeitslos wurden, eine wesentlich höhere Krankenstandsquote von 5,9%⁶⁴). Während also die durchgehend Beschäftigten des 1. Quartals 2007 im Vorjahr durchschnittlich 10,5 Tage im Krankenstand verbrachten, waren es bei den Arbeitslosen um rund elf Tage mehr. Die Differenz zwischen den beiden Gruppen ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern. Das ist an der Differenz in Tagen abzulesen (dritte Datenspalte in Übersicht 2.10), die für Männer 9,6, für Frauen allerdings 13,9 Tage beträgt.

Die Untergliederung nach Altersgruppen zeigt, dass der Abstand der Arbeitslosen und Beschäftigten in der Vorjahres-Krankenstandsquote für die Jüngeren, in einer relativen

⁶⁴) Es darf nicht überraschen, dass die Krankenstandsquote der durchgehend Beschäftigten niedriger ist als jene, die für alle unselbständig Beschäftigten aus der *Krankenstandsstatistik* hervorgeht (3,2% für 2006): Während für letztere alle Beschäftigungstage zählen, auch jene von Personen, die im Laufe des Jahres arbeitslos wurden oder auch aus anderen Gründen den Erwerbsstatus wechselten (beispielsweise durch Eintritt in die Pension), beinhaltet die Teilmenge der durchgehend Beschäftigten eine selektierte und deshalb überdurchschnittlich "gesunde" Gruppe von Personen.

Betrachtung größer ist als für die Älteren. Absolut gemessen ist dieser Abstand dagegen sehr konstant. In allen drei Altersgruppen waren die Arbeitslosen im Jahr 2006 etwa zehn Tage länger im Krankenstand als die Vergleichsgruppe der Beschäftigten. Bei diesem Vergleich wurde nicht weiter berücksichtigt, ob die einzelnen Personen im Vorjahr beschäftigt oder arbeitslos waren. Personen, die 2007 arbeitslos wurden, sind allerdings durch eine höhere Wahrscheinlichkeit gekennzeichnet, auch in der Vergangenheit schon arbeitslos gewesen zu sein⁶⁵). Es ist theoretisch möglich, dass ein Teil des beobachteten Differentials auf die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und somit auf die krankmachenden Effekte von Arbeitslosigkeit zurückzuführen ist. Eine weitere Einschränkung der Auswertung auf Personen, die 2006 durchgehend beschäftigt waren, führt jedoch nur zu einer sehr geringfügigen Anpassung der Krankenstandsquote der Arbeitslosen für 2006 (von 5,9% auf 5,8%). Somit kann man davon ausgehen, dass die Krankenstandsdifferenz von elf Tagen pro Jahr ein gutes Maß für die Größenordnung des Selektionseffekts von Personen mit überdurchschnittlich hohen Krankenständen in Arbeitslosigkeit ist. Anders gesagt ist – unter der vereinfachenden Annahme von konstanten Krankenstandswahrscheinlichkeiten – etwa die Hälfte des Unterschieds in der Krankenstandsquote von Arbeitslosen und Beschäftigten darauf zurückzuführen, dass die Arbeitslosen bereits vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes mehr Krankenstände verzeichnen als Personen, die durchgehend in Beschäftigung sind.

Damit ist allerdings nicht geklärt, ob gesundheitliche Probleme bzw. häufige Krankenstände das Arbeitslosigkeitsrisiko der Erwerbstätigen erhöhen. In einer weiteren, multivariaten Analyse wird deshalb die Wahrscheinlichkeit untersucht, in Abhängigkeit von den beobachtbaren persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Merkmalen arbeitslos zu werden. Hierzu wird der Datensatz auf all jene Beschäftigten eingeschränkt, die im 1. Quartal 2005 aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit wechselten und im Vorjahr durchgehend oder zumindest fast durchgehend beschäftigt waren⁶⁶). Die Ergebnisse, die in Übersicht 2.11 dargestellt sind, zeigen das Ausmaß und die statistische Signifikanz der Beziehung zwischen den einzelnen Merkmalen und der Wahrscheinlichkeit, im Beobachtungszeitraum arbeitslos zu werden. Fast alle eingesetzten Variablen weisen ein hohes Signifikanzniveau⁶⁷) auf, insbesondere zeigt sich, dass Männer, ArbeiterInnen und Personen, die im vorangegangenen Jahr schon einmal arbeitslos waren, ein höheres Arbeitslosigkeitsrisiko als die entsprechenden Vergleichsgruppen hatten. Aus den Berechnungen geht ebenfalls hervor, dass zwischen der Anzahl von Krankenstandstagen und der Wahrscheinlichkeit in der nachfolgenden Periode von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein, eine positive und statistisch hochsignifikante Beziehung besteht. Es ist nicht zulässig, dieses Ergebnis als einen kausalen Zusammenhang im engeren Sinne zu interpretieren, da

⁶⁵) Die Gruppe der Arbeitslosen aus dem 1. Quartal 2007 verzeichnete 2006 im Schnitt 266 Tage in Beschäftigung, die Vergleichsgruppe der durchgehend Beschäftigten aus dem 1. Quartal 2007 dagegen 342 Tage.

⁶⁶) Um eine ausreichend große Stichprobe zu generieren, wurden alle Personen herangezogen, die im Jahr 2004 mindestens 360 Tage in Beschäftigung verbrachten.

⁶⁷) Das Signifikanzniveau ist umso höher, je niedriger der Wert in der vierten Datenspalte bzw. je höher der entsprechende z-Wert in der dritten Datenspalte der Übersicht ist.

sich andere unbeobachtete und für die Produktivität relevante Merkmale der Beschäftigten mit dem gesundheitlichen Indikator überlagern können. Die Berechnungen zeigen jedoch, dass auch nach Berücksichtigung von persönlichen und beruflichen Merkmalen zusätzliche Krankenstandstage mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit einhergehen, in der Folgeperiode arbeitslos zu werden.

*Übersicht 2.11: Wahrscheinlichkeit eines Eintritts in die Arbeitslosigkeit
Oberösterreich*

Abhängige Variable: Erwerbsstatus im 1. Quartal 2005 (durchgehend beschäftigt bzw. arbeitslos)

	Koeffizient	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
Geschlecht				
Frauen	-0,109	0,018	-6,22	0,000
Männer			Basiskategorie	
Alter	0,019	0,004	5,54	0,000
Alter ²	-0,000	0,000	-6,33	0,000
Sozialrechtlicher Status				
Angestellte	-0,262	0,015	-17,90	0,000
ArbeiterInnen			Basiskategorie	
Erwerbsstatus im Vorjahr				
Arbeitslosigkeit (Monate)	0,626	0,021	30,37	0,000
Atyp. Beschäftigung (Monate)	0,059	0,055	1,06	0,287
Beschäftigung (Monate)	-0,205	0,019	-11,03	0,000
Krankenstand im Vorjahr (Monate)	0,145	0,005	28,41	0,000
Betriebsgröße	-0,000	0,000	-11,07	0,000
Konstante	0,582	0,234	2,49	0,013
Beobachtungen		401.031		
Pseudo R ²		0,326		

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Schätzung anhand eines "probit"-Modells. Weitere Kontrollvariablen: Branchenzugehörigkeit (gegliedert in 14 Branchen), Lohnniveau und betriebliche Merkmale (medianes Lohnniveau, durchschnittliches Alter und Frauenquote im Betrieb).

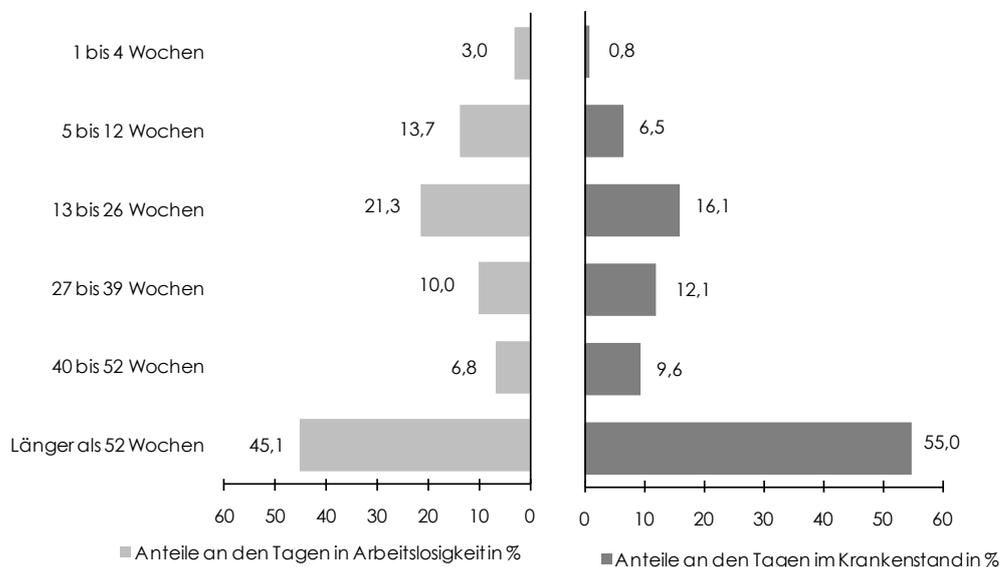
2.5.4 Verschlechterung des Gesundheitszustands infolge von Arbeitslosigkeit

Obwohl den hohen Krankenständen der Arbeitslosen zumindest teilweise ein Selektionsprozess zugrunde liegt, ist davon auszugehen, dass Arbeitslosigkeit die gesundheitliche Situation der Betroffenen negativ beeinflusst. Das kann zum einen durch die Verschärfung von bereits bestehenden gesundheitlichen Problemen geschehen, zum anderen durch das Auftreten von neuen Krankheitsbildern in Folge der spezifischen Lebensumstände in Arbeitslosigkeit. Die weitläufige Literatur zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit konnte einige gut abgesicherte Ergebnisse hervorbringen. Der Arbeitsplatzverlust hinterlässt im kurzfristigen Zeitraum bzw. im Zusammenhang mit kurzfristigen Arbeitslosigkeitsepisoden vor allem bei Männern Spuren auf das gesundheitliche Wohlbefinden. Die Auswirkungen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit für die Gesundheit kommen viel stärker zum Tragen, wenn man einerseits einen längeren Betrachtungszeitraum wählt und andererseits auch lange Episoden

der Erwerbslosigkeit betrachtet. Das Gesundheitsverhalten von Personen, die von Arbeitslosigkeit betroffen sind, ist für ihre längerfristige gesundheitliche Entwicklung von besonderer Bedeutung. Der in vielen Fällen mit Arbeitslosigkeit verbundene Verlust an Perspektiven kann zu einem risikohafteren Gesundheitsverhalten führen und damit langfristige Schäden bewirken (*Kieselbach – Beelmann, 2006*): So kommt vor allem bei arbeitslosen Jugendlichen ein solcher gesundheitlich gefährdender Lebensstil durch Rauchen, Mangel an sportlicher Betätigung und Alkoholkonsum zum Ausdruck. Im Allgemeinen konnten bei längerer Dauer der Arbeitslosigkeit Veränderungen im gesundheitsrelevanten Verhalten festgestellt werden, die von mangelnder physischer Aktivität über verstärkten Konsum von Alkohol und Tabak, bis zu einem sozialen Rückzug reichen. In zahlreichen Fällen können die Folgeschäden dieses Verhaltens erst zu einem viel späteren Zeitpunkt zum Tragen kommen, was die eindeutigen Befunde hinsichtlich der erhöhten Sterblichkeitsraten im Zusammenhang mit Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit erklärt (*Gerdtham – Johannesson, 2003, Sullivan – von Wachter, 2009*).

Die Dauer einer Arbeitslosigkeitsepisode ist eine entscheidende Größe für die Einschätzung der gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit und nimmt demnach in dieser Untersuchung eine zentrale Rolle ein. Das Verhältnis zwischen Dauer der Arbeitslosigkeit und Krankenständen lässt sich aus zwei unterschiedlichen Perspektiven darstellen. Man kann sich einerseits die Frage stellen, inwiefern sich die Krankenstandsquote der Arbeitslosen im Zeitverlauf, also bei andauernder Arbeitslosigkeit, verändert. Andererseits kann man untersuchen, in welchem Ausmaß Arbeitslosigkeitsepisoden unterschiedlicher Dauer das Gesamtbild der Krankenstände in Arbeitslosigkeit bestimmen. Während die erste Sichtweise vor allem auf die Darstellung der individuellen gesundheitlichen Verläufe in Arbeitslosigkeit abzielt, soll anhand der zweiten Frage geklärt werden, welche Gewichtung die (vergleichsweise seltenen) langen Arbeitslosigkeitsepisoden für das Krankenstandsgeschehen insgesamt haben. Diese zweite Sichtweise ist vor allem deshalb relevant, weil der Anteil an Langzeitarbeitslosigkeit an der Arbeitslosigkeit stark von den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und von der allgemeinen Arbeitsmarktlage beeinflusst wird. Abbildung 2.7 zeigt die Bedeutung von Arbeitslosigkeitsepisoden unterschiedlicher Dauer für die Arbeitslosigkeit insgesamt und für das Krankenstandsgeschehen. Die linke Hälfte der Abbildung stellt den Anteil von Episoden unterschiedlicher Dauer am Arbeitslosigkeitsvolumen dar, die rechte Hälfte deren Anteil am Krankenstandsgeschehen. Kurze Arbeitslosigkeitsepisoden, mit einer Dauer von weniger als einem Monat stehen für 3% des Arbeitslosigkeitsvolumens; ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen ist aber noch deutlich geringer (0,8%). Wie aus der Darstellung hervorgeht, verursachen auch Arbeitslosigkeitsepisoden von bis zu drei bzw. sechs Monaten nur einen vergleichsweise geringen Anteil der Krankenstände.

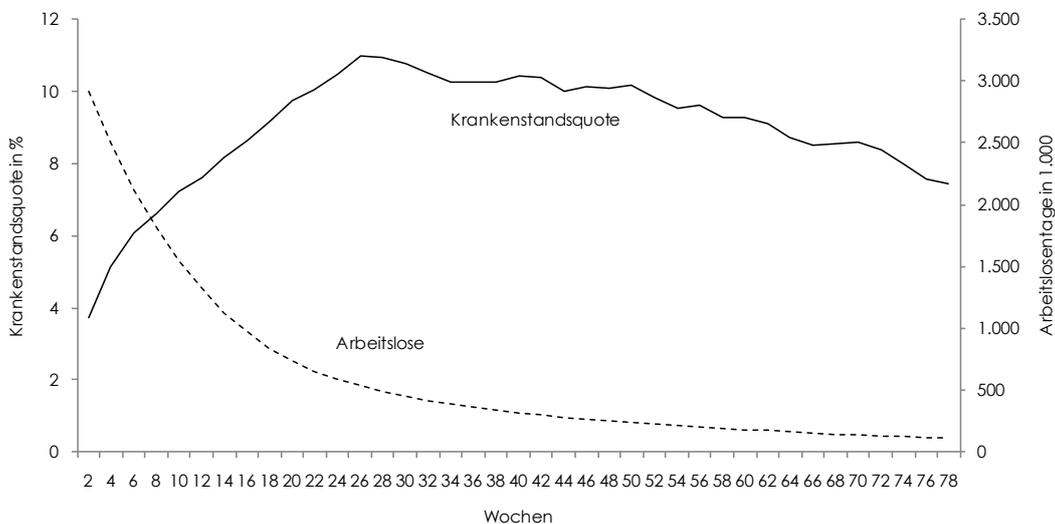
Abbildung 2.7: Arbeitslosigkeits- und Krankenstandsvolumen nach Dauer der Arbeitslosigkeit
Oberösterreich, 2006



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Zusammengenommen stellen Fälle mit einer Dauer von weniger als sechs Monaten 38% der Arbeitslosigkeit, aber nur 23,4% der Krankenstände dar. Längere Arbeitslosigkeitsepisoden fallen nicht nur für das Gesamtvolumen an Arbeitslosigkeit stärker ins Gewicht, sie verursachen auch einen überproportional hohen Anteil am Krankenstandsgeschehen. Die Tatsache, dass die Krankenstandsquote der Langzeitarbeitslosen deutlich höher liegt als jene von Personen, die nur eine kurze Verweildauer in Arbeitslosigkeit haben, wird auch durch Abbildung 2.8 veranschaulicht. Sie stellt dar, wie sich die Verbleibswahrscheinlichkeit und die Krankenstandsquote in Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf ändern. Der abgebildete Zeitraum (horizontale Achse) umfasst 78 Wochen, also 1½ Jahre, während zu Beginn dieses Zeitraums alle Personen enthalten sind, die in den Jahren 2005 und 2006 arbeitslos wurden, bleiben am Ende nur noch jene Personen übrig, die entsprechend lange in Arbeitslosigkeit verweilen. Die stark abfallende Linie zeigt, dass viele Personen sehr kurze Arbeitslosigkeitsepisoden verzeichnen. In den ersten ein bis zwei Monaten, in denen auch diese Kurzarbeitslosigkeit beobachtet wird, liegen die Krankenstandsquoten zwar schon deutlich höher als bei den Beschäftigten, sie sind aber noch vergleichsweise niedrig. Die Quote der verbleibenden Arbeitslosen steigt dagegen im Zeitverlauf stark an. Während nach einem Monat die durchschnittliche Krankenstandsquote aller Personen (also sowohl der Kurz- als auch der Langzeitarbeitslosen) bei etwa 5% liegt, beträgt sie bei denjenigen, die auch nach einem halben Jahr noch arbeitslos sind, rund 11%.

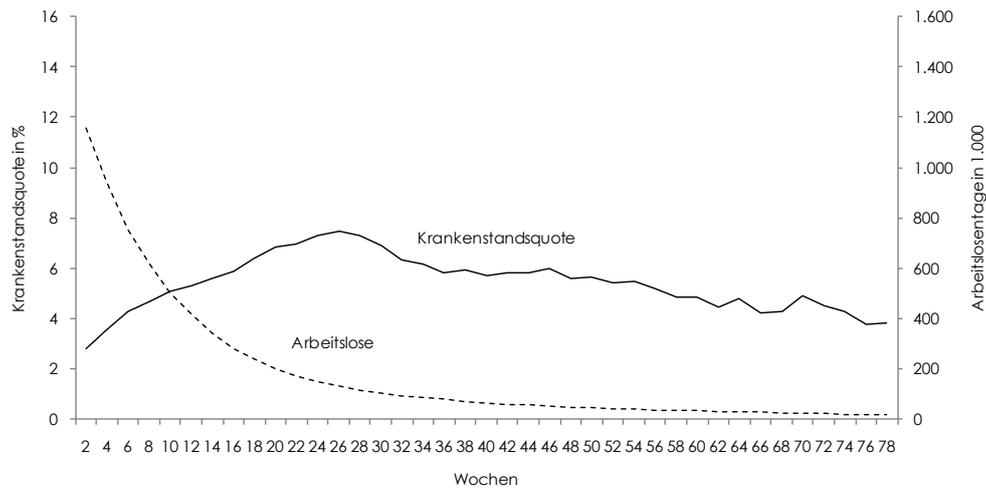
Abbildung 2.8: Verlauf der Krankenstandsquote nach Arbeitslosigkeitsdauer
Beginn der Arbeitslosigkeit in 2005 oder 2006



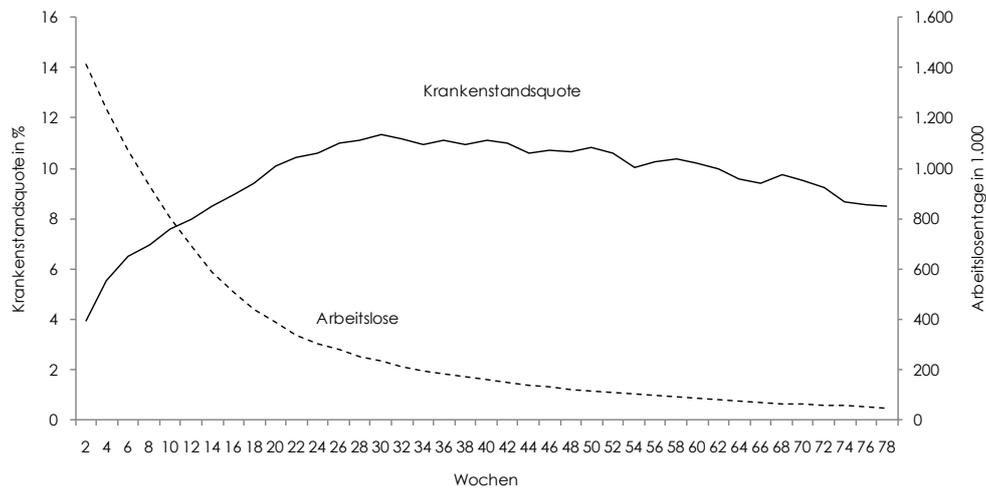
Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die durchschnittliche Krankenstandsquote bleibt für Personen, die länger als ein halbes Jahr arbeitslos sind auf hohem Niveau, sie ist aber tendenziell rückläufig. Diese rückläufige Tendenz der Krankenstandsquote kann zum Teil durch eine differenzierte Betrachtung nach Altersgruppen erklärt werden. Wie aus Abbildung 2.9 erkennbar ist, unterscheiden sich die Verweildauer und die Krankenstandsquote in Arbeitslosigkeit der älteren Arbeitskräfte deutlich von jenen der Personen in jüngeren und vor allem in mittleren Jahren. Bei letzteren bleibt die Krankenstandsquote auch nach einer längeren Dauer in Arbeitslosigkeit weitgehend konstant. Im Falle der älteren Arbeitslosen kommt es in den ersten Monaten zu einem sehr starken Anstieg in der durchschnittlichen Krankenstandsquote; vermutlich auch deshalb weil nur vergleichsweise wenige Personen wieder aus der Arbeitslosigkeit austreten. Ab dem sechsten Monat kommt es zu einem sprunghaften Rückgang der Krankenstände. Das dürfte damit zusammenhängen, dass bei älteren Arbeitskräften nach längeren Phasen der Erwerbslosigkeit eine Selektion aus der Arbeitslosigkeit in die frühzeitige Berentung stattfindet und dass sich dadurch die beobachtete Personengruppe gerade um Fälle mit größeren gesundheitlichen Problemen verringert. Dieser Effekt bei den Über-50-Jährigen erklärt zum Teil, weshalb in Abbildung 2.9 die Krankenstandsquote über die Zeitachse ein zuerst steigendes und dann rückläufiges Muster bildet. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass das beobachtete Muster auch auf Änderungen im Krankmeldeverhalten zurückzuführen ist. Auf die Bedeutung der institutionellen Effekte für die Meldung von Krankheitsfällen an die Sozialversicherung wird noch im nachfolgenden Abschnitt eingegangen.

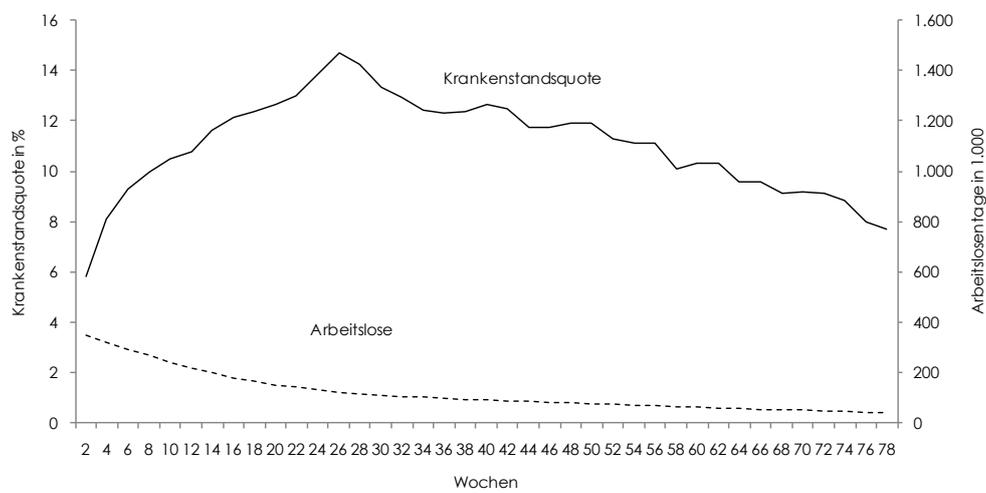
Abbildung 2.9: Verlauf der Krankenstandsquote nach Arbeitslosigkeitsdauer
 Beginn der Arbeitslosigkeit in 2005 oder 2006, Oberösterreich
 15- bis 29-Jährige



30- bis 49-Jährige

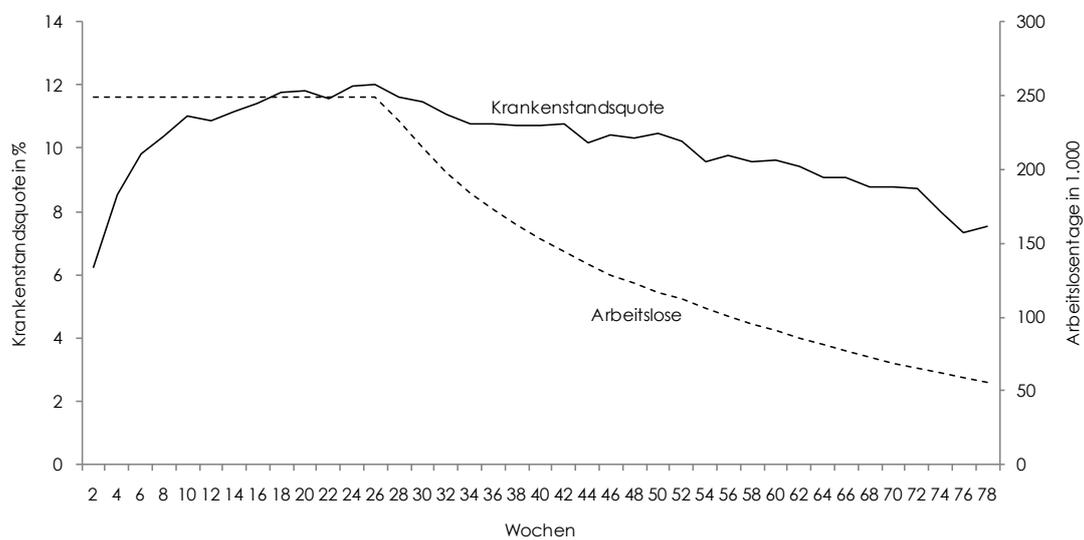


50- bis 64-Jährige

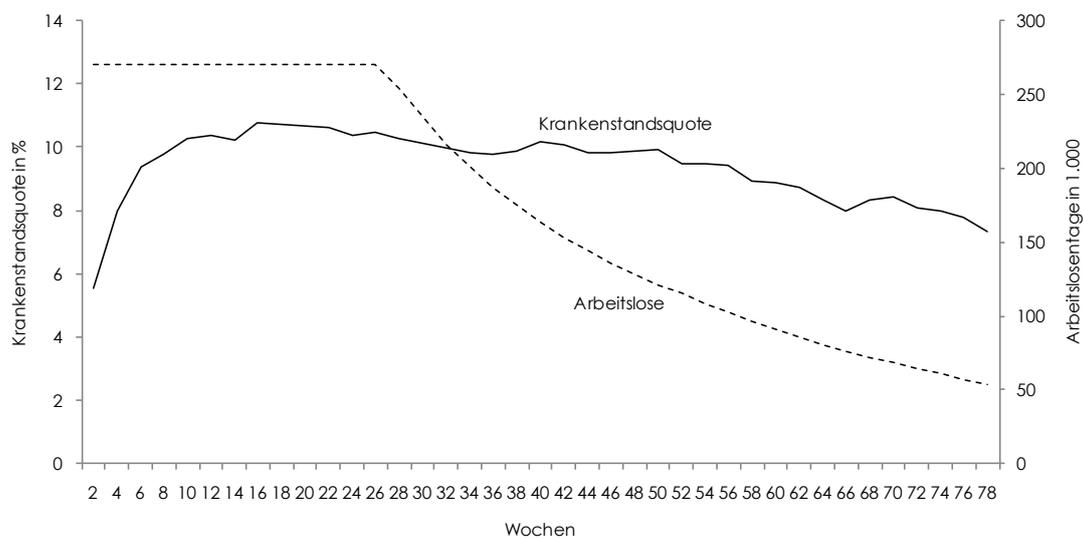


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.10: Verlauf der Krankenstandsquote in Langzeitarbeitslosigkeit
 Beginn der Arbeitslosigkeit in 2005 oder 2006, Oberösterreich
 Männer



Frauen

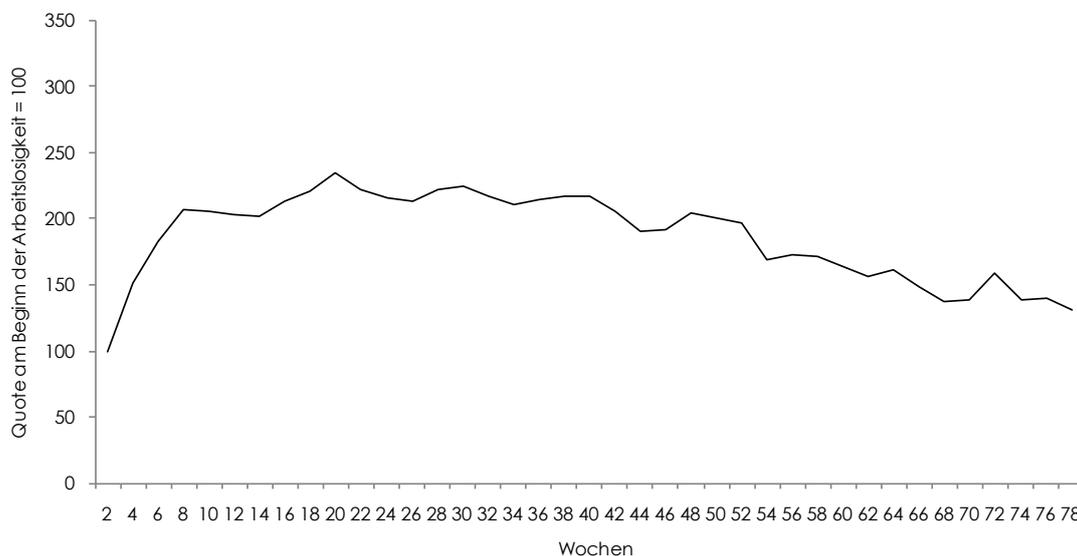


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

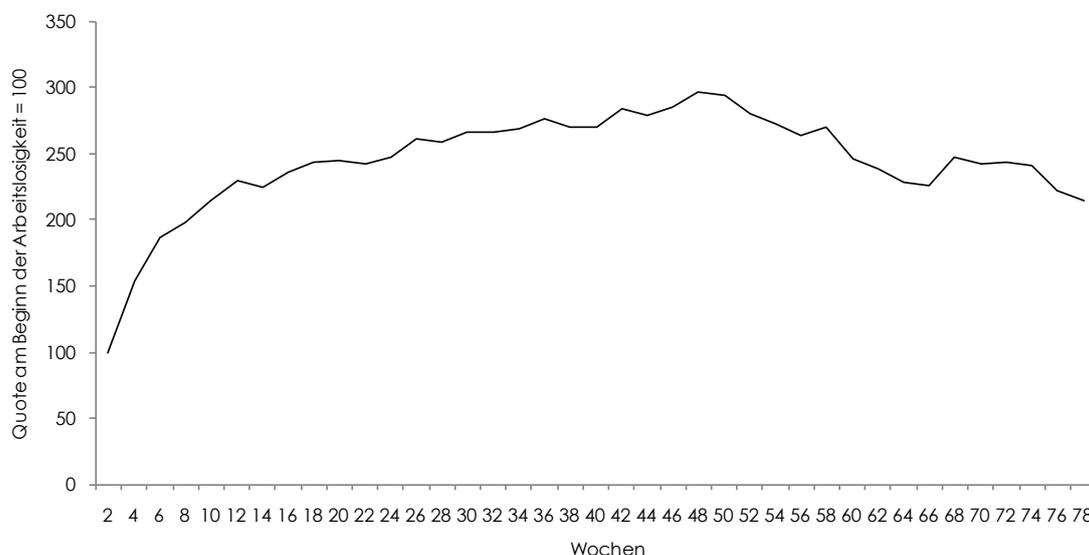
Da in dieser Analyse alle Kurz- und Langzeitarbeitslosen gemeinsam betrachtet werden, kann die steigende Krankenstandsquote über den Zeitraum auch als Folge eines Zusammensetzungseffekts interpretiert werden: Demnach hätten Langzeitarbeitslose auch zu Beginn der Arbeitslosigkeit eine höhere Krankenstandsquote als Personen, die nur kurz in Arbeitslosigkeit verweilen, mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit würde sich nicht die gesundheitliche Situation und die Krankenstandsquote verändern, sondern lediglich die Zusammensetzung der Personen in Arbeitslosigkeit. Um dieser Hypothese nachzugehen werden Langzeitarbeitslose, definiert als Personen mit Arbeitslosigkeitsepisoden von sechs Monaten oder mehr, in den nächsten Abbildungen als gesonderte Gruppe betrachtet. Abbildung 2.10 gibt die Entwicklung der Krankenstandsquote über den Zeitraum von 1½ Jahren für Personen wider, die in den Jahren 2005 oder 2006 arbeitslos wurden und dann mindestens sechs Monate in Arbeitslosigkeit verbrachten. Es ist ersichtlich, dass die Krankenstandsquote der Langzeitarbeitslosen schon zu Beginn der Arbeitslosigkeit deutlich höher liegt als der Durchschnitt der Arbeitslosen. Personen mit größeren gesundheitlichen Problemen sind demnach mit einem höheren Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit konfrontiert. Zugleich steigt auch in dieser Personengruppe die Anzahl der Krankenstandstage im Laufe der Arbeitslosigkeit deutlich an. Von einem durchschnittlichen Wert, der für Männer in den ersten Wochen der Arbeitslosigkeit 6,2% und für Frauen 5,5% beträgt, klettert die Krankenstandsquote in den folgenden Monaten auf bis zu 12% bzw. 10,5%.

Zahlreiche Gesundheitsvergleiche zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten heben hervor, dass die Abweichung zwischen den beiden Gruppen im Fall von psychischen Erkrankungen besonders groß ist. Metaanalysen belegen, dass "der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und eingeschränkter psychischer Gesundheit kein lokal beschränktes, sondern ein in der ganzen westlichen Welt identifizierbares Phänomen ist" (Paul et al., 2006). Neben der Deprivationstheorie von Jahoda können auch zwei weitere theoretische Modelle, Warr's "Vitamin"-Modell und der Handlungsrestriktions-Ansatz von Fryer, zur Erklärung dieses Phänomens beitragen (für eine kurze Darstellung, siehe Paul et al., 2006). Während die Theorie von Warr (1987) Ähnlichkeiten mit jener von Jahoda (1981) besitzt, geht das Handlungsrestriktionsansatz-Modell von Fryer (1986) stärker vom Konzept eines selbständig planenden und intrinsisch motivierten Individuums aus. Die Umgebung der arbeitslosen Person spielt in dieser Theorie eine geringere Rolle. Umso mehr fallen dafür Unsicherheit und eingeschränkte Handlungsspielräume (insbesondere im Zusammenhang mit Armut) ins Gewicht. Alle drei theoretischen Ansätze können die Erfahrung von Arbeitslosigkeit mit vielfach beobachteten psychischen Beschwerden von Arbeitslosen in Verbindung setzen. Diese psychischen Beschwerden umfassen eine breite Palette an Symptomen und Syndromen, wie beispielsweise Depression, Hoffnungslosigkeit, Apathie, psychosomatische Symptome, vermindertes Selbstwertgefühl, verminderte Lebenszufriedenheit, Alkoholismus und Suizid (Paul et al., 2006).

Abbildung 2.11: Krankenstände durch psychiatrische Erkrankungen, Langzeitarbeitslose Beginn der Arbeitslosigkeit in 2005 oder 2006, Oberösterreich
Männer



Frauen



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Längsschnittstudien bestätigen, dass dieser Effekt nicht nur auf einen Selektionsmechanismus zurückzuführen ist und dass es sich dabei um eine Verursachung durch die Arbeitslosigkeit handelt. Ebenfalls als gut abgesichert gilt der Befund, dass Männer der psychischen Belastung durch die Arbeitslosigkeit stärker ausgesetzt sind als Frauen. Dieser Befund deckt sich auch mit dem Ergebnis von *Kuhn et al. (2009)* für Oberösterreich: Obwohl die Studienautoren nur den Arbeitsplatzverlust infolge von Betriebsschließungen untersuchen (woraus sich nicht

unbedingt längere Arbeitslosigkeitsepisoden ergeben müssen) und ansonsten bei den Betroffenen kaum gestiegene Behandlungskosten beobachten, stellen sie bei Männern nach dem Arbeitsplatzverlust einen Anstieg der gesundheitlichen Kosten infolge psychischer Erkrankungen fest. Auswertungen der Krankenstandsfälle von Langzeitarbeitslosen anhand der OÖGKK-Daten belegen, dass Arbeitslosigkeit mit einer steigenden Inzidenz von psychischen Leiden einhergeht. Abbildung 2.11 zeigt, wie sich die Pro-Kopf-Quote der Krankenstandstage wegen psychischer Erkrankungen im Arbeitslosigkeitsverlauf verändert. Beobachtet werden dabei Arbeitskräfte, die mindestens sechs Monate in Arbeitslosigkeit verbrachten. Diese Personengruppe stellt eine selektierte Teilmenge der gesamten Erwerbsbevölkerung dar und ist schon vor Beginn der Arbeitslosigkeit mit einem höheren Erkrankungsrisiko konfrontiert. Wie aus den Abbildungen ersichtlich ist, kommt es mit zunehmender Verbleibdauer in Arbeitslosigkeit zu einer weiteren, deutlichen Steigerung der Krankenstandshäufigkeit. Bei Männern verläuft die Quote nach den ersten sechs Monaten wieder rückläufig.

2.5.5 Institutionelle Aspekte, die das Krankenstandsniveau beeinflussen

Das Krankenstandsgeschehen, so wie es in den Daten der Sozialversicherungsträger abgebildet wird, muss letztendlich auch vor dem Hintergrund der geltenden (bzw. sich im Zeitverlauf verändernden) gesetzlichen und sozialrechtlichen Bestimmungen sowie des Einsatzes und der Gestaltung von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen interpretiert werden. Ein Unterschied in der Erfassung der Krankenstände von Berufstätigen und Arbeitslosen besteht darin, dass in Beschäftigung nur ab dem vierten Krankenstandstag laut Gesetz eine ärztliche Krankenschreibung verlangt werden muss, während dies in Arbeitslosigkeit schon ab dem ersten Krankenstandstag der Fall ist⁶⁸). Man kann neben diesem Unterschied in der Erfassung von Kurzkrankenständen vor allem zwei Aspekte hervorheben, die als institutionelle Faktoren bezeichnet werden können und von denen erwartet werden kann, dass sie das Krankenstandsniveau und Krankenstandsverhalten der Arbeitslosen beeinflussen:

- Wie schon eingangs ausgeführt (siehe Abschnitt 2.2) bilden Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß kommunizierende Gefäße. Vor allem der Erwerbsstatus von älteren Personen kann – in Abhängigkeit von der Arbeitsmarktlage – durch beschäftigungspolitische und sozialrechtliche Bestimmungen stark beeinflusst werden. Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Untersuchung sind Bestimmungen und Maßnahmen, die den Verbleib in oder Austritt aus Arbeitslosigkeit von bestimmten Personengruppen betreffen. Beispiele hierfür sind Reformen im Pensionssystem und im Leistungsangebot für Personen mit gesundheitlichen Problemen oder in Langzeitarbeitslosigkeit.

⁶⁸) Dieser Unterschied in der Vollständigkeit der Erfassung von Kurzkrankenständen würde bei Arbeitslosen eine höhere Kurzkrankenstandsquote als bei Beschäftigten erwarten lassen. Tatsächlich zeigen Auswertungen der oberösterreichischen Krankenstandsdaten, dass pro Kopf auf Berufstätige mehr Kurzkrankenstände anfallen als auf Arbeitslose. Dies dürfte einerseits damit zusammenhängen, dass Arbeitslose häufig längere Zeiträume im Krankenstand verbringen, kann aber auch als Hinweis dafür interpretiert werden, dass nicht alle kurzen Krankheitsfälle von Arbeitslosen zu einer Krankmeldung und somit einer statistischen Erfassung führen.

- Auf einer anderen Ebene dürften sich der Einsatz von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und die Art der Betreuung von Arbeitslosen von Seiten des Arbeitsmarktservice auf die *Krankenstandsstatistik* auswirken. So ist zu erwarten, dass die Einbeziehung der arbeitslosen Personen in Maßnahmen, die an eine Anwesenheitspflicht gekoppelt sind oder Anwesenheit erfordern, die betreffenden Personen zur umgehenden Meldung eines Krankheitsfalles veranlassen. Dadurch könnten heute Fälle in die Statistik Eingang finden, die früher nicht gemeldet und somit administrativ nicht erfasst wurden. Von Bedeutung sind in dieser Hinsicht nicht nur Schulungen, sondern auch alle anderen Aktivitäten des Arbeitsmarktservice, die sich in einer höheren Anzahl von Kontaktaufnahmen mit den KlientInnen und in einer höheren Betreuungsintensität niederschlagen.

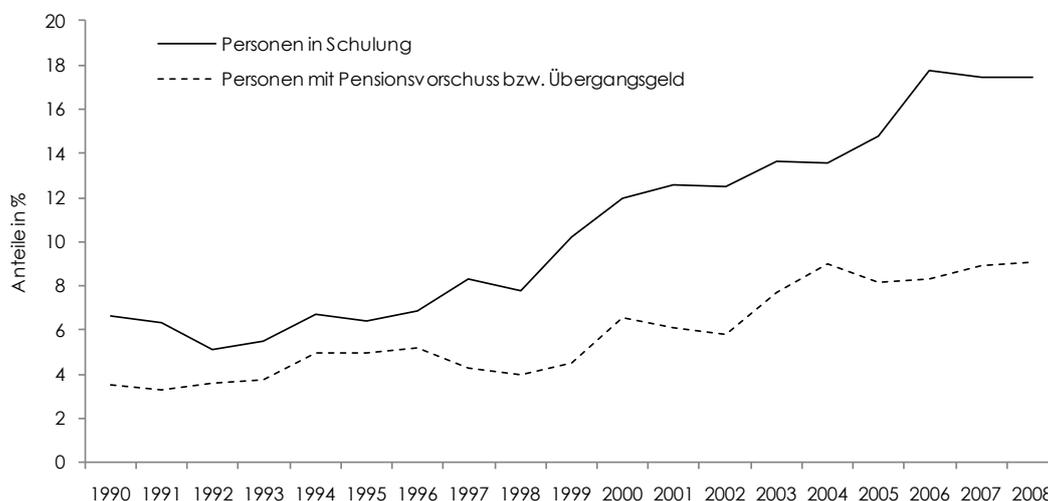
Im Zusammenhang mit diesem zweiten Punkt drängt sich auch die Frage auf, inwiefern die stärkere Einbindung der Arbeitslosen in Schulungen und andere arbeitsmarktpolitische Maßnahmen die Zahl der Fälle erhöht hat, in denen es zu einem Ausweichverhalten und im Extremfall zu einem Missbrauch der Krankmeldung kommt. Ein solcher Missbrauch setzt die Täuschung des für die Krankschreibung verantwortlichen Arztes voraus. Man kann zwar vermuten, dass eine Intensivierung der Betreuung auch die Häufigkeit von Versuchen steigen lässt, die Teilnahme an Maßnahmen durch eine ungerechtfertigte Krankschreibung zu umgehen. Ob solche Versuche auch tatsächlich zu einem nennenswerten Anstieg des Missbrauchs im Bereich der Krankenversicherung geführt haben, kann naturgemäß nicht auf Basis von Analysen der Sozialversicherungsdaten abgeschätzt werden. Konkrete Anhaltspunkte in diese Richtung müsste eine entsprechende, statistisch repräsentative Dokumentation von Missbrauchsfällen liefern. Die Tatsache, dass Krankenstände, die länger als drei Tage andauern den Arbeitslosengeldbezug unterbrechen und somit dessen Bezugsdauer nach hinten verlängern, könnte ebenfalls einen Beitrag zum Krankenstandsunterschied zwischen Arbeitssuchenden und Berufstätigen leisten. Arbeitslose könnten im Krankenstand beispielsweise keinen Anreiz haben, sich im Fall von frühzeitiger Genesung auch wieder frühzeitig gesundschreiben zu lassen. Die entsprechende Regelung wurde allerdings im Beobachtungszeitraum nicht verändert, womit sich daraus kein Erklärungsbeitrag für den Anstieg der Arbeitslosenkrankenstände über die Zeit ableiten lässt.

Die beiden genannten institutionellen Aspekte, die zum einen die Zusammensetzung der Arbeitslosen und zum anderen deren arbeitsmarktpolitische Betreuung betreffen, können einen Beitrag zur Klärung des starken Anstiegs der Krankenstandsquote von arbeitslosen Personen seit den 1990er-Jahren liefern. Wie aus Abbildung 2.12 entnommen werden kann, nahm in den letzten beiden Jahrzehnten die anteilmäßige Bedeutung von SchulungsteilnehmerInnen und von BezieherInnen von Pensionsvorschüssen an der (erweiterten) Arbeitslosigkeit deutlich zu. Beide Personengruppen werden in den Krankenstandsstatistiken der Sozialversicherungsträger mit einbezogen, wodurch sich dieser längerfristige Anstieg auch auf die Krankenstandsquote der Arbeitslosen insgesamt ausgewirkt haben dürfte. Der Anteil der SchulungsteilnehmerInnen an der erweiterten Arbeitslosigkeit⁶⁹⁾ stieg von 7,6% im Jahr 1990 auf 18,8% im Jahr 2008. Absolut betrachtet nahm die Zahl der Personen in Schulung jährlich im

⁶⁹⁾ Hier: Alle registrierten Arbeitslosen einschließlich SchulungsteilnehmerInnen und BezieherInnen von Pensionsvorschüssen und Übergangsgeld.

Schnitt um 8,2% zu, ihr Anteil an den Arbeitslosen um 5,1%. In diesem Zeitraum hat sich auch ein Paradigmenwechsel in der Arbeitsmarktpolitik vollzogen. Während in früheren Jahrzehnten Arbeitsmarktpolitik in Österreich darauf beschränkt war, die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit durch passive Leistungen abzufedern, fanden ab den 1990er-Jahren vermehrt aktivierende Maßnahmen Eingang in das Instrumentarium der Arbeitsmarktpolitik. Ziel der aktiven Arbeitsmarktpolitik ist es, die Chancen der Arbeitslosen auf Reintegration am Arbeitsmarkt zu erhöhen. Neben Schulungen, die der Anhebung der individuellen Produktivität dienen, fallen auch zahlreiche andere Maßnahmen in diesen Bereich, die Arbeitslose in der Arbeitssuche unterstützen und ihre Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme fördern sollen.

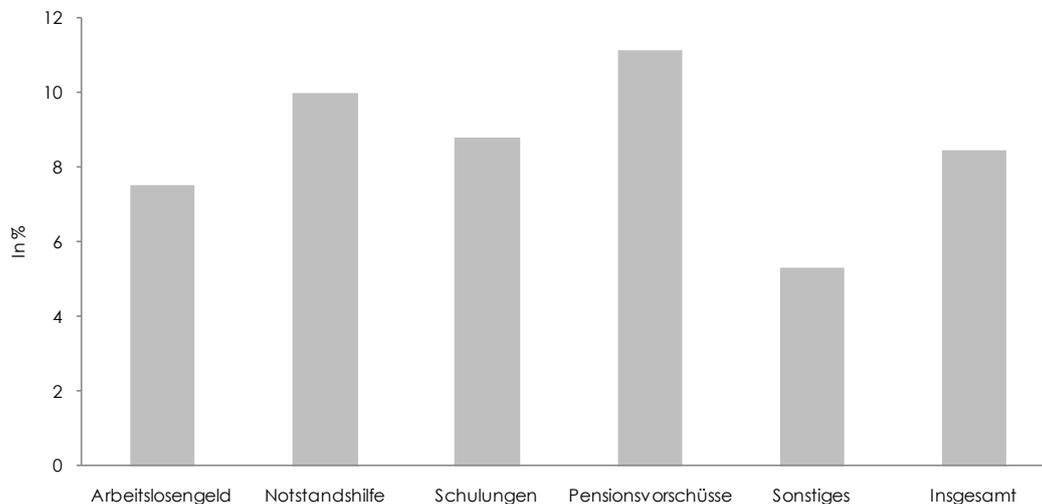
Abbildung 2.12: Anteil der SchulungsteilnehmerInnen und PensionsvorschussbezieherInnen an den Arbeitslosen (erweiterter Arbeitslosigkeitsbegriff)
Österreich



Q: BALLweb, AMS, WIFO-Berechnungen.

Die steigende Schulungsintensität und der verstärkte Einsatz von Instrumenten der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind mit erhöhten Anforderungen an die Arbeitslosen verbunden. Sie dürften dazu geführt haben, dass das Erkrankungsgeschehen der Arbeitslosen heute viel vollständiger erfasst wird als früher: Während in der Vergangenheit mitunter Krankheitsepisoden nicht gemeldet und somit von administrativer Seite unbeachtet blieben, sind heute Arbeitslose durch die erhöhte Betreuungsintensität stärker dazu veranlasst, Krankheitsfälle vollständig zu dokumentieren. Für diese Vermutung spricht auch die Tatsache, dass die Krankenstandsquote der Arbeitslosen zu Beginn der 1990er-Jahre nur geringfügig höher lag, als jene der Beschäftigten (im Jahr 1990 entfielen auf die Beschäftigten im Schnitt 15,2 Krankenstandstage, auf die erweiterten Arbeitslosen 17,2). Diese geringfügige Differenz spiegelt die in zahlreichen Studien belegten gesundheitlichen Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten nur unzureichend wider und legt die Schlussfolgerung nahe, dass damals das Erkrankungsgeschehen der Arbeitslosen in der Statistik untererfasst wurde.

Abbildung 2.13: Krankenstandsquoten nach Leistungsarten
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Wie aus Abbildung 2.13 hervorgeht, unterscheidet sich die Krankenstandsquote der Arbeitslosen in Abhängigkeit von der bezogenen Leistung. Personen, die Notstandshilfe oder einen Pensionsvorschuss beziehen, weisen mit Quoten von 10% bzw. 11% die höchsten Quoten auf, was auf die Fokussierung dieser Leistungstypen auf Langzeitarbeitslose und Ältere zurückzuführen ist. SchulungsteilnehmerInnen weisen mit einer Krankenstandsquote von 8,8% einen leicht überdurchschnittlichen Wert auf, Personen mit Arbeitslosengeldbezug dagegen mit einer Quote von 7,5% die niedrigste Krankenstandswahrscheinlichkeit. Um zu prüfen, ob dieser Unterschied auch bei Berücksichtigung von Unterschieden in der Altersstruktur der entsprechenden Personengruppen statistisch signifikant ist, wurde in der Folge mit einem multivariaten Modell die Krankenstandswahrscheinlichkeit von arbeitslosen Personen in Abhängigkeit von Leistungsart, Alter, Geschlecht und Dauer des Leistungsbezugs geschätzt⁷⁰⁾. Übersicht 2.12⁷¹⁾ gibt die Ergebnisse dieser Schätzung wieder und zeigt, dass Arbeitslosengeldbezug mit einer niedrigeren Krankenstandswahrscheinlichkeit einhergeht, als der Bezug von anderen Leistungen, einschließlich von Leistungen im Zusammenhang mit einer Schulungsteilnahme. Eine differenzierte Betrachtung der beiden Teilergebnisse aus der Schätzung, die hier

⁷⁰⁾ Hierzu wird ein "zero-inflated negative binomial"-Modell verwendet. Angesichts der Tatsache, dass die Mehrheit der Arbeitslosigkeitsepisoden durch keinen einzigen Krankenstand unterbrochen wird, wird die Krankenstandswahrscheinlichkeit in einem zweistufigen Verfahren ermittelt. In einem ersten Schritt wird untersucht, welcher Zusammenhang zwischen den beobachteten Variablen und der Wahrscheinlichkeit besteht, im Laufe des Jahres zu erkranken. Die erklärte Variable ist in diesem Fall binär, es wird zwischen Arbeitslosigkeitsepisoden unterschieden, die durch keinen und solchen, die mindestens durch einen Krankenstand unterbrochen wurden. In einem weiteren Schritt fokussiert die Analyse die Dauer der Krankenstandsfälle.

⁷¹⁾ Bei der Darstellung handelt es sich um die marginalen Effekte der einzelnen Variablen, also um das Gesamtergebnis aus den beiden Analyseschritten. Die ausgewiesenen Werte drücken somit aus, welche Auswirkung eine Veränderung der untersuchten Variable auf die erwartete Gesamtzahl an Krankenstandstagen einer arbeitslosen Person erwarten lässt.

aus Überlegungen der Übersichtlichkeit nicht eigens dargestellt werden, lässt erkennen, dass die erhöhte Krankenstandswahrscheinlichkeit bei Schulungen nicht mit dem Auftreten von wenigen, langen, sondern eher von zahlreicheren, kürzeren Krankenstandsepisoden zusammenhängt.

Übersicht 2.12: Krankenstandswahrscheinlichkeit der Arbeitslosen nach Leistungsart
Oberösterreich

Abhängige Variable: Zahl der Krankenstandstage innerhalb eines Leistungsbezugs, 2005 bis 2007

	Marginaler Effekt	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
Geschlecht				
Frauen	1,722	0,048	36,22	0,000
Männer			Basiskategorie	
Alter	0,570	0,013	44,08	0,000
Alter ²	-0,004	0,000	-25,15	0,000
Leistungsart				
Arbeitslosengeld			Basiskategorie	
Notstandshilfe	3,143	0,073	43,31	0,000
Schulung	2,011	0,075	26,67	0,000
Pension	3,899	0,120	32,43	0,000
Sonstiges	-2,187	0,534	-4,10	0,000
Dauer Leistungsbezug ¹⁾	0,013	0,000	102,87	0,000
Beobachtungen	525.395			

Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Schätzung anhand eines "zero-inflated negative binomial"-Modells. –
¹⁾ Versicherungstage mit Leistungsbezug.

2.6 Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Die vorangegangene empirische Analyse und Auseinandersetzung mit der einschlägigen Fachliteratur hat gezeigt, dass die Frage nach den Ursachen für den schlechten gesundheitlichen Zustand der Arbeitslosen nicht eindeutig beantwortet werden kann. Doch auch jenseits der Diskussion um die kausalen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit steht die Gesundheits-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vor einer großen Herausforderung. Arbeitslose sind in der Regel häufiger und schwerer krank als Erwerbstätige. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung stellt ein großes Hindernis auf dem Weg zur Reintegration in die Arbeitswelt dar. Der sich daraus ergebende Bedarf für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Arbeitslosen wird durch weitere erschwerende Umstände verschärft. Arbeitslosigkeit führt vielfach zu einer Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingungen aber auch zu einem sinkenden Selbstwertgefühl, einer Abschwächung der sozialen Netzwerke und zur Vernachlässigung von gesundheitsförderndem Verhalten bzw. zur Intensivierung von riskantem und gesundheitsschädigendem Verhalten. Insgesamt kann daraus ein Teufelskreis entstehen, wonach Arbeitslose nicht nur durch ein unterdurchschnittliches gesundheitliches Wohlbefinden gekennzeichnet sind, sondern auch ein riskanteres Gesundheitsverhalten aufweisen, über geringere Gesundheitsressourcen verfügen und zu wenig das allgemein verfügbare Präventions- und Gesundheitsförderungsangebot in Anspruch nehmen (Grimm-eisen – Rosenbrock, 2008).

Den vielschichtigen gesundheitlichen Problemen arbeitsloser und insbesondere langzeitarbeitsloser Menschen steht eine geringe Erreichbarkeit der Zielgruppe mit herkömmlichen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten gegenüber (Pichler, 2008). Da Arbeitslose nicht in ausreichendem Maße durch das bestehende Angebot an präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden können, besteht weitgehend Konsens darüber, dass ein spezifisches Angebot für diese Personengruppe entwickelt werden muss. Die Tatsache, dass es trotz des großen Bedarfs an maßgeschneiderten Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten bisher nur ansatzweise gelungen ist, ein entsprechendes Instrumentarium zu entwickeln, ist mit einer Vielzahl von spezifischen Herausforderungen und Problemen verbunden. Kirschner – Elkeles (2006) halten fest, dass es Schwierigkeiten "in nahezu allen Bereichen eines Interventionsprogramms gibt": Dazu zählen nach wie vor mangelhafte Kenntnisse der Wirkungszusammenhänge zwischen Risikofaktoren und gesundheitlichen Folgen, Schwierigkeiten in der Ableitung von Zielen und der Auswahl von Zielgruppen sowie Unklarheit über die potenzielle Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Programmen. Die Liste von Herausforderungen, denen sich die Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit stellen muss, wird von Grimmeisen – Rosenbrock (2008) folgendermaßen zusammengefasst:

- Erstens besteht die Schwierigkeit, dass Maßnahmen in den meisten Fällen nur kompensatorisch wirken können. Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote können einen zentralen Aspekt des gesundheitlichen Befindens der betroffenen Personen, nämlich die Arbeitslosigkeit selbst (also sowohl die Einkommens- und Lebenssituation als auch die Arbeitsmarktsituation als solche) meist nicht beeinflussen.
- Eine zweite Herausforderung besteht darin, dass Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen keine homogene Zielgruppe bilden. Vielmehr bestehen wichtige Unterschiede in Hinblick auf den Gesundheitszustand zu Beginn der Arbeitslosigkeit, das individuelle Gesundheitsverhalten sowie in Hinblick auf die in unterschiedlichem Ausmaß vorhandenen Bewältigungsressourcen und beruflichen Qualifikationsniveaus.
- Damit zusammenhängend liegt eine weitere Schwierigkeit in der Notwendigkeit bei der Konzeption von Maßnahmen Elemente der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention zu verknüpfen⁷²⁾.
- Eine vierte Herausforderung im Bereich der Konzeption von einschlägigen Maßnahmen besteht in der lückenhaften Datenlage zur Wirksamkeit der bestehenden bzw. der bereits ausgelaufenen Programme im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen.

⁷²⁾ Die Unterscheidung zwischen einer primären, sekundären und tertiären Stufe der Prävention geht auf einen Vorschlag der amerikanischen "Commission on Chronic Illness" zurück. Durch Primärprävention soll Gesundheit erhalten und die Entstehung von Krankheit möglichst verhindert werden (beispielsweise durch Impfungen, aber auch durch die Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht); die sekundäre Stufe der Prävention verfolgt das Ziel, Erkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen; tertiärpräventive Maßnahmen kommen dagegen bei bereits eingetretener Erkrankung zum Einsatz und sollen die Entwicklung von Komplikationen oder das Wiederauftreten der Erkrankung verhindern. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen diesen einzelnen Präventionsbereichen ist allerdings nicht immer möglich.

Dieser letzte Punkt wirft die Frage auf, welche Ansatzpunkte für zukünftige Projekte zur Gesundheitsförderung in Arbeitslosigkeit gewählt werden können. Nicht nur in Österreich, sondern auch international ist die Evidenz zur Effektivität und Effizienz entsprechender Maßnahmen sehr dürftig, da nur wenige Interventionen durchgeführt und noch weniger gründlich evaluiert wurden. Ein Gutachten, das 2004 im Auftrag des deutschen Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen erstellt wurde, ergab ein sehr ernüchterndes Bild: von 36 recherchierten Projekten war lediglich ein Drittel dokumentiert und ein Sechstel evaluiert worden, wobei nur drei der Evaluierungen Hinweise auf eine Wirksamkeit ergaben und die Wirtschaftlichkeit in einem einzigen Projekt untersucht wurde (Kirschner, 2008). Aus diesem Grund und auch wegen der Vielfalt der möglichen Ansätze werden in der Fachliteratur keine Best Practice Modelle gekürt, sondern vor allem Elemente guter Praxis (Good Practice) identifiziert (siehe Kirschner – Elkeles, 2006, Grimmeisen – Rosenbrock, 2008):

- Von besonderer Bedeutung ist es, Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Arbeitsförderung zu verzahnen. Das Ziel der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit bzw. der Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit ("employability") soll im Vordergrund stehen.
- Die Maßnahmen können direkt über das Arbeitsmarktservice vermittelt werden. Dadurch soll die Erreichbarkeit der Zielgruppe gewährleistet werden und zugleich sicher gestellt werden, dass Arbeitsförderung mit Gesundheitsförderung verknüpft wird.
- Aufgrund der negativen Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen in die Arbeitslosigkeit sollen präventive Maßnahmen möglichst früh ansetzen: Diese sollen auf Personen konzentriert werden, die bereits bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen bzw. bei denen eine Verschlechterung absehbar ist. Im Idealfall können Maßnahmen schon bei Beschäftigten ansetzen, die durch gesundheitliche Probleme von Arbeitslosigkeit bedroht sind.
- Damit zusammenhängend wird darauf hingewiesen, dass das "profiling" im Fallmanagement Gelegenheit geben sollte, die Gesundheitsproblematiken zu erörtern und jene Problemlagen anzugehen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen (hierzu sind allerdings auch günstige Rahmenbedingungen in den Job-Centers notwendig).
- Auf Basis der Erfahrungen in diesem Bereich wird Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme der Angebote empfohlen. Dieser Aspekt ist auch deshalb wichtig, weil sich dadurch die Gesundheitsförderung klar von den verpflichtenden Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik abhebt.

Der komplexe Wirkungszusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand legt nahe, dass Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen vor allem durch ganzheitliche Ansätze Erfolg versprechen kann. Die Vielschichtigkeit der Thematik lässt sich auch daran ablesen, dass bereits durchgeführte Maßnahmen ein sehr breites Spektrum an Ansätzen abdecken. Grundsätzlich kann man zwischen angebots- bzw. nachfrageorientierten Ansätzen und bedarfsorientierten Ansätzen unterscheiden (Kirschner, 2008). Erstere stellen den KlientInnen Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Verfügung, die diese bei Interesse freiwillig wahrnehmen können. Letztere setzen zunächst eine Ermittlung des individuellen gesundheitlichen

Bedarfs voraus. Die Ansätze unterscheiden sich auch dahingehend, ob sie Maßnahmen der Arbeitsförderung mit solchen der Gesundheitsförderung und Prävention kombinieren oder nicht. *Hollederer*⁷³⁾ differenziert zwischen allgemeinen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten, Fallmanagement mit Gesundheitsbezug und psychosozialen Trainingsmaßnahmen und Förderprogrammen.

Einige Beispiele aus Deutschland und Österreich können dazu dienlich sein, dieses heterogene Bild ein Stück weit zu konkretisieren. In Deutschland gehören "AmigA" und "Job-Fit" zu den vielfach zitierten Vorzeigeprojekten, auch weil sie eingehend und positiv evaluiert wurden. "AmigA" (Arbeitsmarktintegration mit gesundheitlicher Ausrichtung), das in Brandenburg implementiert wurde, verfolgte einen bedarfsorientierten Ansatz mit kombinierten arbeitsmarktintegrativen und gesundheitsbezogenen Leistungen auf der Grundlage eines beruflich-sozialen Fallmanagements. "Job-Fit" (Nordrhein-Westfalen) kann dagegen den angebotsseitigen Programmen zugeordnet werden und richtete sich mit seinem Gesundheitsförderungsangebot grundsätzlich an eine etwas gesündere Personengruppe. Die Evaluation der beiden Projekte ergab, dass entsprechende Förderung in den Bereichen Stressreduktion, Entspannung, Ernährung und sportliche Aktivität den Gesundheitszustand von Arbeitslosen und Langzeitarbeitslosen verbessern und so die Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen kann (*Kirschner, 2008*). Im Falle von "AmigA", wo die Ergebnisevaluation durch eine sozialmedizinische Dokumentation der beteiligten Ärzte ergänzt wurde, konnte ein signifikanter Rückgang im Anteil der TeilnehmerInnen mit weniger gutem oder schlechtem Gesundheitszustand sowie eine deutliche Verbesserungen in der sozialen und gesellschaftlichen Orientierung festgestellt werden (*ebenda*).

In Österreich steckt die gesundheitliche Förderung von arbeitssuchenden Personen noch in Kinderschuhen, die bisher umgesetzten Maßnahmen können als Lernerfahrungen in diesem Bereich gewertet werden. Ein Beispiel ist das Projekt WorkFit, das in den Jahren 2007 und 2008 als Pilotprojekt in den niederösterreichischen Bezirken Wiener Neustadt und Neunkirchen umgesetzt und im Folgejahr aufgrund des starken Bedarfs und einer positiven Evaluierung auf weitere sechs Bezirke ausgeweitet wurde. Die Zielgruppe umfasst nicht nur Arbeitssuchende, sondern auch Beschäftigte, die aus gesundheitlichen Gründen akut vom Verlust ihres Arbeitsplatzes bedroht sind. Zielsetzung ist die rechtzeitige Rehabilitation bzw. berufliche Neuorientierung, die potentiellen TeilnehmerInnen (Personen mit mehr als 40 Krankenstandstagen im letzten Jahr) werden durch ein EDV-Screening der Gebietskrankenkasse ermittelt. Die Teilnahme, die auf Freiwilligkeit basiert, beinhaltet u. a. die Inanspruchnahme von arbeitsmedizinischen und arbeitspsychologischen Untersuchungen, von Berufsorientierung und von Bewerbungstraining. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass neben gesundheitsfördernden Maßnahmen auch psychosoziale Unterstützungen (z. B. Familien- und Lebensberatung, Psychotherapie) angeboten werden müssen. Aus diesem Grund sind auch Einzelcoachings und bei Bedarf Lebens- und Sozialberatung vorgesehen. Neben der Vermeidung von weite-

⁷³⁾ Siehe den Vortrag "Arbeitslosigkeit, Krankheit und Gesundheitsförderung" anlässlich der Konferenz "Gesundheitsförderung/Beschäftigung: Beschäftigung fördert Gesundheit" am 24. März 2009 in Wien (http://www.oesb.at/fileadmin/oesb_daten/Kompetenzen_relaunch07/Productive_Ageing/docs_abschlussVA/VO1_Hollederer.pdf).

ren Gesundheitsschädigungen und der Prävention von krankheitsbedingter Arbeitslosigkeit bzw. Langzeitarbeitslosigkeit steht auch die Prävention von Frühverrentung aufgrund gesundheitlicher arbeitsbedingter Probleme im Mittelpunkt der Maßnahme. Dieser breite präventive Ansatz bringt den Vorteil, dass alle Sozialversicherungsträger als Stakeholders eingebunden werden können: Neben dem niederösterreichischen Arbeitsmarktservice sind auch die Gebietskrankenkasse, die Pensionsversicherungsanstalt und das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen am Projekt beteiligt. Für das laufende und das kommende Jahr (2011) ist eine weitere regionale Ausweitung des Projekts vorgesehen.

2.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Arbeitslosigkeit und Gesundheit bilden zusammen ein komplexes und vielfach untersuchtes Forschungsfeld. Das Krankenstandsgeschehen, so wie es in den administrativen Statistiken der Sozialversicherungsträger abgebildet ist, liefert wichtige Hinweise zum gesundheitlichen Zustand der Arbeitslosen und kann als Indikator für die gesundheitlichen Probleme dieser Bevölkerungsgruppe interpretiert werden. Zählt man neben den Beziehenden von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe auch Personen in Schulung und solche, die einen Pensionsvorschuss erhalten, zu den Arbeitslosen, dann ergibt sich im Jahr 2008 für die Arbeitslosen eine Krankenstandsquote von 8,9%. Dieser Wert entspricht 32,5 Krankenstandstagen im Jahr, und er liegt um 5,5 Prozentpunkte oder 20 Tage im Jahr höher als der Vergleichswert für die Berufstätigen. Frühere Berechnungen, die allerdings die administrative Erhebungsmethodik der Krankenstände von Arbeitslosen nicht ausreichend berücksichtigten, ergaben deutlich höhere Quoten. Nichtsdestotrotz bleibt der ausgeprägte Unterschied von 5,5 Prozentpunkten in der Krankenstandsquote ein klarer Hinweis für den im Durchschnitt deutlich schlechteren gesundheitlichen Zustand der Arbeitslosen. Aus den Krankenstandsdaten ergeben sich auch weitere Hinweise für die gesundheitlichen Probleme dieser Personengruppe: Unter anderem verzeichnen Arbeitslose deutlich mehr lange Krankheitsepisoden und sie verbringen mehr als doppelt so viele Tage in stationärer Behandlung als die Beschäftigten.

Eine nähere Betrachtung zeigt, dass der ausgeprägte Unterschied in der Krankenstandsquote der Arbeitslosen und Berufstätigen auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden kann. Einerseits besteht ein Selektionseffekt, wonach Personen arbeitslos werden, die schon in Beschäftigung öfter im Krankenstand waren als der Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung. Berechnungen anhand von oberösterreichischen Daten zeigen, dass unabhängig von der Altersgruppe Personen, die zu Beginn des Jahres 2007 arbeitslos wurden, im Vorjahr elf Tage länger im Krankenstand waren als die Vergleichsgruppe jener, die durchgehend in Beschäftigung blieben. Somit geht etwa die Hälfte des beobachteten Differentials in der Krankenstandsquote zwischen Arbeitslosen und Berufstätigen auf einen solchen Selektionseffekt zurück. Andererseits ist davon auszugehen, dass Arbeitslosigkeit die gesundheitliche Situation der Betroffenen negativ beeinflusst. Forschungsergebnisse aus internationalen Studien belegen, dass sich vor allem in einer längerfristigen Betrachtung und im Zusammenhang mit langen Arbeitslosigkeitsepisoden für die Betroffenen sowohl die subjektiven als auch objektiven Gesundheitsindikatoren verschlechtern. Wie anhand von Untersuchungen im Zuge von Betriebsschließungen gezeigt wurde, führt der Arbeitsplatzverlust für sich genommen im kurzen Zeitraum zu keiner

beobachtbaren negativen Gesundheitsentwicklung. Auswertungen der oberösterreichischen Daten zeigen, dass die Krankenstandsquoten mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich steigen. Im Fall von Langzeitarbeitslosen kommt es innerhalb der ersten sechs Monate zu einer Verdoppelung der – schon zu Beginn der Arbeitslosigkeitsepisode vergleichsweise hohen – Krankenstandsquote. Auch die Inzidenz von psychischen Leiden, die als charakterisierendes Merkmal der gesundheitlichen Probleme von Arbeitslosen gelten kann, zeigt ein ähnliches Muster.

Nach den ersten sechs bis acht Monaten in Arbeitslosigkeit kommt es zu keiner weiteren Steigerung der Krankenstände. Ab diesem Zeitpunkt bleibt die Krankenstandsquote auf hohem Niveau weitgehend konstant bzw. sie geht bei älteren Arbeitslosen, wo oftmals ein Übertritt in den Ruhestand erfolgt, zurück. Das Abflachen der Krankenstandsquoten bei sehr langer Arbeitslosigkeitsdauer kann nicht eindeutig interpretiert werden, neben dem Rückzug von besonders kranken Personen aus dem Erwerbsleben könnten auch Anpassungseffekte an die Lebensumstände in Arbeitslosigkeit eine Rolle spielen. Man kann jedenfalls vermuten, dass die krankmachenden Aspekte der Arbeitslosigkeit zu einem guten Teil die Folge der Verkettung und gegenseitigen Verstärkung von Selektionseffekten und Belastungseffekten sind: Arbeitslose sind schon zu Beginn der Arbeitslosigkeit durch einen unterdurchschnittlich guten gesundheitlichen Zustand gekennzeichnet. Der Verlust an Perspektiven und der psychische Druck im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit können – nicht zuletzt durch ein risikoreicheres Gesundheitsverhalten bzw. durch eine Vernachlässigung von gesundheitsstärkendem Verhalten – zu einer Verfestigung der gesundheitlichen Probleme führen.

Während die Krankenstandsquote der Beschäftigten mit 3,4% zuletzt (2008) deutlich niedriger war als zu Beginn des Jahrzehnts (3,9%) oder am Anfang der 1990er-Jahre (4,2%), ist jene der Arbeitslosen im selben Zeitraum von 4,7% auf 7,8% und zuletzt 8,9% angestiegen. Für diesen deutlichen Anstieg können vor allem institutionelle Faktoren und längerfristige, strukturelle Veränderungen am Arbeitsmarkt verantwortlich gemacht werden. Die Arbeitsmarktlage bestimmt in Wechselwirkung mit der Ausgestaltung des Sozialsystems und der Arbeitsmarktpolitik die Zusammensetzung der Personen in Arbeitslosigkeit. Größere Verschiebungen hat es in dieser Hinsicht vor allem im Zusammenhang mit den wiederholten Reformen des Pensionsystems gegeben. Diese Reformen haben dazu geführt, dass sich der Anteil der BezieherInnen von Pensionsvorschüssen in Arbeitslosigkeit stark erhöht hat. Dadurch sind heute vermehrt auch ältere Personen mit gesundheitlichen Problemen in Arbeitslosigkeit zu finden, die in der Vergangenheit frühzeitig in den Ruhestand kamen. Wie aus den oberösterreichischen Daten ersichtlich ist, gehen Bezugszeiten von Pensionsvorschüssen und ähnlich geartete Leistungen mit hohen Krankenstandsquoten einher. Diese Entwicklung muss auch im Lichte des wirtschaftlichen Strukturwandels und des erhöhten Arbeitslosigkeitsrisikos von niedrigqualifizierten Arbeitskräften betrachtet werden. Diese Arbeitskräfte sind überproportional oft in Branchen und Berufen mit hohen körperlichen Anforderungen und gesundheitlichen Belastungen tätig. Da sich im Zuge des Strukturwandels ihre Arbeitsmarktchancen verschlechtert und damit ihre Verbleibzeiten in Arbeitslosigkeit erhöht haben, dürfte auch von dieser Entwicklung ein negativer Effekt auf den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Arbeitslosen ausgegangen sein.

Weitere Veränderungen auf der institutionellen Seite haben sich weniger auf die Zusammensetzung der Arbeitslosen als vielmehr auf die Erfassung von Krankheitsfällen in Arbeitslosigkeit niedergeschlagen. Das betrifft in erster Linie den verstärkten Einsatz von Schulungen und anderen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, der eine intensivere Betreuung von Arbeitslosen von Seiten des Arbeitsmarktservice zur Folge hatte. Dieser Paradigmenwechsel in der Gestaltung der Arbeitsmarktpolitik hat die Anforderungen an die Arbeitslosen erhöht und dürfte dazu geführt haben, dass ihr Erkrankungsgeschehen heute vollständiger erfasst wird als früher. Aus der Analyse der oberösterreichischen Daten geht hervor, dass der Bezug von Arbeitslosengeld mit einer vergleichsweise niedrigen Krankenstandswahrscheinlichkeit zusammenhängt, während Schulungsteilnahmen mit einer höheren Krankenstandsquote einhergehen. Man könnte vermuten, dass in der Vergangenheit zahlreiche Krankheitsepisoden (mangels eines konkreten Anlasses) nicht gemeldet und somit von administrativer Seite unbeachtet blieben, während heute Arbeitslose durch die Teilnahme an Schulungen und anderen aktivierenden Maßnahmen stärker dazu veranlasst sind, Krankheitsfälle zu dokumentieren. Für diese Vermutung spricht auch die Tatsache, dass die Krankenstandsquote der Arbeitslosen zu Beginn der 1990er-Jahre – trotz der international gut abgesicherten Befunde hinsichtlich des schlechten Gesundheitszustands dieser Bevölkerungsgruppe – nur geringfügig höher als jene der Beschäftigten war.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Existenz von Missbrauchsfällen der Krankmeldung bzw. von verzögerter Gesundheitsmeldung seitens der Arbeitslosen, entweder um durch das Krankengeld eine Verlängerung des Arbeitslosengeldbezugs zu erwirken oder um sich einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme zu entziehen. Es stellt sich die Frage, inwiefern die intensivierete Betreuung der Arbeitslosen und deren verstärkte Einbindung in Schulungen das Ausweichverhalten und somit die Zahl der gemeldeten Krankenstandstage erhöht hat. Diese Hypothese kann anhand der Daten im Rahmen der vorliegenden Studie nicht überprüft werden und bedarf einer weitergehenden Analyse. Jedoch stellt die Tatsache, dass schon der erste Krankenstandstag in Arbeitslosigkeit ärztlich bescheinigt werden muss, ein Hindernis für ungerechtfertigte Krankmeldungen der Arbeitslosen dar. Die Untersuchungen in der vorliegenden Studie wie auch die Ergebnisse aus anderen Forschungsvorhaben sprechen zudem dafür, dass Selektionseffekte und krankmachende Effekte im Zuge der Arbeitslosigkeit den Großteil des Unterschieds in den Krankenstandsquoten von Arbeitslosen und Beschäftigten erklären.

Jenseits der unterschiedlichen Erklärungskomponenten für das Krankenstandsgeschehen der Arbeitslosen bleibt die Feststellung, dass Gesundheits-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vor einer großen Herausforderung stehen. Arbeitslose sind in der Regel häufiger und schwerer krank als Berufstätige. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung stellt ein großes Hindernis auf dem Weg zur Reintegration in die Arbeitswelt dar und wird in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit und sich verschlechternder Arbeitsmarktchancen noch stärker zum Tragen kommen. Die Tatsache, dass ein starker Selektionseffekt von bereits kränkeren Arbeitskräften in die Arbeitslosigkeit stattfindet, legt den Schluss nahe, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen spätestens bei Eintritt in die Arbeitslosigkeit bzw. nach Möglichkeit schon vorher einsetzen sollten.

Literaturhinweise

- Askildsen, J., Bratberg, E., Nilsen, O., "Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study", *Health Economics*, 2005, 14(11), S. 1087-1101.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin–Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2008.
- Bergendorff, S., *Sickness absence in Europe – a comparative study*, National Social Insurance Board Sweden, 2003, <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>.
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", *WIFO Working Paper*, 1999, (124).
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", *WIFO-Monatsberichte*, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., "The Socio-Economic Background of Health in Austria", *Austrian Economic Quarterly*, 2005, 10(1), S. 30-54.
- Biffi, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", *WIFO-Monatsberichte*, 2007, 80(9), S. 731-746, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30062&typeid=8&display_mode=2.
- Biffi, G., Leoni, T., Mayrhuber, C., *Arbeitsbedingte Erkrankungen und Invalidität. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen*, WIFO, unveröffentlichte Studie, 2008.
- Blinder, A. S., "Wage Discrimination: Reduced Form and Structural Estimates", *Journal of Human Resources*, 1973, 8(4), S. 436-455.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, *Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich*, Wien, 2003.
- Bockerman, P., Ilmakunnas, P., "Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data", *Health Economics*, 2009, 18(2), S. 161-179.
- Bock-Schappelwein, J., "Entwicklung und Formen der Arbeitslosigkeit in Österreich seit 1990", *WIFO-Monatsberichte*, 2005, 78(7), S. 499-510, [http://www.wifo.ac.at/www/servlet/www.upload.DownloadServlet/bdoc/MB_2005_07_05_ARBEITSLOSIGKEIT\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/www/servlet/www.upload.DownloadServlet/bdoc/MB_2005_07_05_ARBEITSLOSIGKEIT$.PDF).
- Browning, M., Moller Dano, A., Heinesen, E., "Job displacement and stress-related health outcomes", *Health Economics*, 2006, 15(10), S. 1061-1075.
- Bundeskanzleramt (2009A), *Fehlzeiten 2008 und Gesundheitsförderung im Bundesdienst. Daten und Fakten*, Wien, 2009, www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=36433.
- Bundeskanzleramt (2009B), *Das Personal des Bundes 2009. Daten und Fakten*, Wien, 2009, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=36432>.
- Case, A., Paxson, C., "Sex Differences in Morbidity and Mortality", *NBER Working paper*, 2004, (10653).
- Dooley, D., Fielding, J., Levi, L., "Health and unemployment", *Annual Review of Public Health*, 1996, 17, S. 449-465.
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labour Relations Review*, 1992, 45, S. 34-47.
- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", *Eurostat, Statistik kurz gefasst*, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- 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).
- Fryer, D., "Employment deprivation and personal agency during unemployment: A critical discussion of Jahoda's explanation of the psychological effects of unemployment", *Social Behaviour*, 1986, 1, S. 3-23.

- Füzi, J., Reichardt, B., Macht Arbeitslosigkeit krank oder macht Krankheit arbeitslos?, Soziale Sicherheit Online, Februar 2009, http://www.hauptverband.at/mediaDB/F%C3%BCzi-Reichardt_Arbeitslosigkeit_BGKK-Artikel.pdf.
- Gerdtham, U-G., Johannesson, M., "A note on the effect of unemployment on mortality", Journal of Health Economics, 2003, 22(3), S. 505-518.
- Gordo, L. R., "Beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Gesundheitszufriedenheit? Auswertungen des sozioökonomischen Panels (SOEP) von 1984 bis 2001", in Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 53-74.
- Grimmeisen, S., Rosenbrock, R., "Ansätze der Primärprävention bei Arbeitslosen", Praktische Arbeitsmedizin, 2008, (12), S. 33-36.
- Grobe, Th. G., Schwartz, F. W., Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Robert Koch Institut, Berlin, 2003, (13).
- Guger, A., Leoni, Th., Die Entwicklung der Einkommen und der Einkommensverteilung in Oberösterreich, WIFO, Wien, 2008.
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2008", Soziale Sicherheit Online, Februar 2009.
- Holleder, A., "Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung", in Badura et al., Fehlzeiten-Report 2005, 2006, S. 219-239.
- Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2006.
- Huber, P., Aktive Beschäftigung in Oberösterreich 2006, WIFO, Wien, 2007.
- Ichino, A., Moretti, E., "Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap", NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Iversen, L., Sabroe, S., Damsgaard, M. T., "Hospital admissions before and after shipyard closure", British Medical Journal, 1989, 299(6707), S. 1073-1076.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., Zeisel, H., Die Arbeitslosen von Marienthal, 1933, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1975.
- Jahoda, M., Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. American Psychologist, 1981, 36(2), S. 184-191.
- Kieselbach, T., Beelmann, G., "Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung", in Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 13-31.
- Kirschner, W., "Das Projekt AmigA in Brandenburg und Job-Fit in Nordrhein-Westfalen", in Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.), Was kann Gesundheitsförderung, Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz, 2008, S. 38-40.
- Kirschner, W., Elkeles, T., "Eine aktuelle Bestandsaufnahme von deutschen Projekten zur Gesundheitsförderung von Arbeitslosen – Probleme, Forschungs- und Entwicklungsbedarfe", in Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 97-112.
- Kuhn, A., Lalive, R., Zweimüller, J., The Public Health Costs of Job Loss, The Austrian Center for Labor Economics and the Analysis of the Welfare State, Working Paper, August 2009, (0913).
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display_mode=2.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankenzustände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, http://www.wifo.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display_mode=2&language=1.
- Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Limbourg, M., Raithe, J., Reiter, K., "Jugendliche im Straßenverkehr", in Raithe, J. (Hrsg.), Risikoverhalten im Jugendalter, Opladen, 2000, http://www.uni-essen.de/traffic_education/alt/texte.ml/risiko-jugend.html.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., "Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment", CESifo Working Paper, März 2006, (1697).

- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", *Social Science and Medicine*, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., *Fehlzeiten-Report 2004, 2005*, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*, Berlin–Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Mathers, C. D., Schofield, D. J., "The health consequences of unemployment: the evidence", *Medical Journal of Australia*, 1998, 168, S. 178-182.
- Meggeneder, O., *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*, Wien, 2005.
- Oaxaca, R., "Male-Female Wage Differentials in Urban Labor Markets", *International Economic Review*, 1973, 14(3), S. 693-709.
- Oppolzer, A., "Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten", in Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin, 2000, S. 343-362.
- Palme, G., Huber, P., Köppl, A., Mayerhofer, P., *Regionalwirtschaftliches Entwicklungsleitbild Oberösterreich*, WIFO, Wien, 1999.
- Paul, K. I., Hassel, A., Moser, K., "Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit", in Holleder, A., Brand, H. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Bern, 2006, S. 35-51.
- Penner, M., *Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand unter spezieller Berücksichtigung älterer Arbeitsloser*, Linz, 2009.
- Pichler, B., "(f)itworks – Herausforderungen der Gesundheitsförderung im arbeitsmarktpolitischen Setting", in *Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.), Was kann Gesundheitsförderung*, Tagungsband der 10. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz 2008 in Graz, 2008, S. 36-38.
- Salm, M., *Does Job Loss Cause Ill Health?*, IZA Discussion Paper Series, 2009, (4147).
- Schnabel, C., *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten*, Köln, 1997.
- Schöberl, M., "Aufbau eines Individualdatenverarbeitungssystems zur Analyse des österreichischen Arbeitsmarktgeschehens", in Huber, P., Mahringer, H., Schöberl, M., Smeral, K., *Arbeitsplatzreallokation und Arbeitskräftemobilität*, WIFO, Wien, 2004, S. 73-85.
- Shapiro, C., Stiglitz, J. E., "Equilibrium Unemployment as a Worker Discipline Device", *American Economic Review*, 1984, 74(3), S. 433-444.
- Stich, K., *Macht Arbeitslosigkeit krank?*, Magisterarbeit an der TU-Berlin, 2005.
- Sullivan, D., von Wachter, T., "Job Displacement and Mortality: An Analysis using Administrative Data", *The Quarterly Journal of Economics*, 2009, 124(3), S. 1265-1306.
- Warr, P., *Work, unemployment, and mental health*, Clarendon Press, Oxford, 1987.
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", *Applied Economics Letters*, 1999, 6(6), S. 337-341.

Anhang

Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten ArbeiterInnen und Angestellte

	Krankenstandstage	Versicherte	Krankenstandstage je Versicherte/n	Krankenstandsquote je Versicherte/n in %
1970	31.974.312	2.109.513	15,2	4,2
1971	32.588.616	2.171.881	15,0	4,1
1972	32.796.717	2.224.438	14,7	4,0
1973	33.787.387	2.312.976	14,6	4,0
1974	34.175.647	2.357.968	14,5	4,0
1975	34.918.804	2.354.164	14,8	4,1
1976	37.432.753	2.374.765	15,8	4,3
1977	37.804.988	2.421.101	15,6	4,3
1978	40.620.453	2.434.896	16,7	4,6
1979	41.285.187	2.447.039	16,9	4,6
1980	42.848.487	2.465.244	17,4	4,8
1981	41.804.312	2.473.578	16,9	4,6
1982	38.403.745	2.439.412	15,7	4,3
1983	36.367.784	2.403.182	15,1	4,1
1984	35.092.561	2.406.846	14,6	4,0
1985	37.254.734	2.418.155	15,4	4,2
1986	37.502.356	2.433.107	15,4	4,2
1987	35.487.121	2.434.512	14,6	4,0
1988	36.262.093	2.455.234	14,8	4,0
1989	38.223.904	2.505.830	15,3	4,2
1990	38.991.163	2.571.783	15,2	4,2
1991	40.260.567	2.640.092	15,2	4,2
1992	41.115.688	2.696.645	15,2	4,2
1993	40.643.743	2.695.419	15,1	4,1
1994	40.211.264	2.707.421	14,9	4,1
1995	40.280.958	2.709.693	14,9	4,1
1996	37.591.022	2.686.645	14,0	3,8
1997	35.511.390	2.694.743	13,2	3,6
1998	35.917.354	2.716.316	13,2	3,6
1999	39.659.222	2.748.270	14,4	4,0
2000	39.204.749	2.783.478	14,1	3,9
2001	37.722.076	2.808.891	13,4	3,7
2002	36.381.849	2.824.469	12,9	3,5
2003	36.158.004	2.854.487	12,7	3,5
2004	34.978.228	2.875.620	12,2	3,3
2005	35.172.049	2.910.452	12,1	3,3
2006	34.188.131	2.963.525	11,5	3,2
2007	36.485.062	3.030.497	12,0	3,3
2008	38.762.041	3.111.830	12,5	3,4

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt
ArbeiterInnen und Angestellte

	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
	In %			
1970	4,3	4,8	5,0	3,3
1971	4,2	4,6	5,1	3,3
1972	4,2	4,7	4,8	3,2
1973	4,3	4,6	4,8	3,1
1974	3,4	4,5	4,9	3,2
1975	4,1	4,6	5,3	3,2
1976	4,4	5,0	5,7	3,4
1977	4,3	4,9	5,8	3,4
1978	4,4	5,2	6,2	3,6
1979	4,7	5,3	6,5	3,6
1980	4,8	5,5	6,5	3,7
1981	4,9	5,3	6,3	3,7
1982	4,7	4,9	6,1	3,5
1983	4,6	4,7	6,0	3,4
1984	4,4	4,6	5,7	3,3
1985	4,8	4,9	6,1	3,5
1986	4,7	4,9	6,1	3,5
1987	4,6	4,6	5,9	3,3
1988	4,7	4,7	5,7	3,5
1989	4,6	4,9	5,8	3,7
1990	4,5	4,8	5,6	3,7
1991	4,5	4,9	5,7	3,7
1992	4,5	4,9	5,6	3,8
1993	4,4	4,8	5,5	3,8
1994	4,7	4,7	5,4	3,8
1995	4,2	4,7	5,5	3,8
1996	4,0	4,4	5,0	3,6
1997	3,7	4,1	5,0	3,4
1998	3,9	4,1	4,8	3,4
1999	4,0	4,6	5,0	3,7
2000	3,8	4,4	4,8	3,7
2001	3,5	4,3	4,5	3,5
2002	3,3	4,1	4,3	3,4
2003	3,3	4,1	4,2	3,4
2004	3,0	3,8	4,4	3,3
2005	2,9	3,8	4,0	3,3
2006	2,7	3,6	3,8	3,1
2007	2,9	3,7	4,1	3,3

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Für das Jahr 2008 sind keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar.