

**WIFO**

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

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR  
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

**Fehlzeitenreport 2008**

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten  
in Österreich**

**Thomas Leoni, Helmut Mahringer**

EDV: Marianne Schöberl

Wissenschaftliche Assistenz: Andrea Sutrich

# **Fehlzeitenreport 2008**

## **Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich**

**Thomas Leoni, Helmut Mahringer**

Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung  
im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozial-  
versicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundes-  
arbeitskammer und Allgemeiner Unfallversicherungsanstalt

EDV: Marianne Schöberl

Begutachtung: Thomas Url

Wissenschaftliche Assistenz: Andrea Sutrich

# Fehlzeitenreport 2008

## Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni, Helmut Mahringer

Inhaltsverzeichnis	Seiten
<b>Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen</b>	<b>1</b>
Hauptergebnisse	1
Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	5
<b>Zielsetzung und Aufbau des Berichts</b>	<b>9</b>
<b>1. Die langfristige Entwicklung der Krankenstände</b>	<b>10</b>
1.1 <i>Definitionen und Datenbeschreibung</i>	11
1.2 <i>Entwicklung der Krankenstände</i>	13
1.3 <i>Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten</i>	17
1.4 <i>Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag</i>	23
1.5 <i>Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung</i>	27
1.5.1 <i>Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht</i>	27
1.5.2 <i>Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter</i>	29
1.5.3 <i>Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche</i>	37
1.5.4 <i>Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst</i>	44
1.5.5 <i>Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse</i>	47
1.6 <i>Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung</i>	49
1.7 <i>Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen</i>	54
1.8 <i>Arbeitslosigkeit und Krankenstand</i>	60
<b>2. Struktur- und Ursachenanalyse der Fehlzeiten</b>	<b>63</b>
2.1 <i>Datenbeschreibung</i>	63
2.1.1 <i>Übersicht der im Datensatz enthaltenen Variablen</i>	63
2.1.2 <i>Merkmale der oberösterreichischen Beschäftigungsstruktur</i>	64
2.2 <i>Verteilung der Krankenstandstage und Häufigkeit der Erkrankungen</i>	66
2.3 <i>Verteilung nach Diagnosegruppen</i>	69
2.4 <i>Verteilung nach Einzeldiagnosen</i>	74
2.5 <i>Untersuchung zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen</i>	78
2.6 <i>Ursachen und Bestimmungsfaktoren der Krankenstände</i>	81

2.6.1	Ergebnisse aus der Analyse der oberösterreichischen Krankenstände	82
2.6.2	Weitere Bestimmungsgründe von Krankenständen	93
<b>3.</b>	<b>Die Auswirkungen von Krankenständen auf die Erwerbskarriere</b>	<b>96</b>
3.1	<i>Datenbasis</i>	97
3.2	<i>Einfluss von Krankenständen und Krankenstandsdauer auf die weitere Erwerbskarriere</i>	98
3.3	<i>Zusammenfassung</i>	108
<b>4.</b>	<b>Die österreichischen Krankenstände im internationalen Vergleich</b>	<b>110</b>
4.1	<i>Überblick der verfügbaren Daten</i>	110
4.1.1	Administrative Datenquellen	110
4.1.2	Umfrageergebnisse	113
4.2	<i>Bestimmungsgründe der internationalen Unterschiede</i>	117
4.3	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</i>	122
<b>5.</b>	<b>Instrumente der Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene</b>	<b>124</b>
5.1	<i>Einführung</i>	124
5.2	<i>Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (SGM)</i>	127
5.2.1	Definition	127
5.2.2	SGM in Österreich	128
5.3	<i>Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)</i>	131
5.3.1	Definition und institutionelle Verankerung	131
5.3.2	Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich	133
5.4	<i>Schlussbemerkung</i>	135
	<b>Literaturhinweise</b>	<b>137</b>
	<b>Anhang A: Methodischer Hintergrund und Berechnungsergebnisse</b>	<b>141</b>
	<i>Abschnitt 1.2 – Komponenten der Krankenstandsentwicklung</i>	141
	<i>Abschnitt 1.5.2 – Shift-Share-Analyse</i>	142
	<i>Abschnitt 2.6 – Ergebnisse der Regressionsanalyse</i>	143
	<i>Abschnitt 3.2 - Ergebnisse der Regressionsanalyse</i>	147
	<b>Anhang B: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände</b>	<b>152</b>

## Verzeichnis der Übersichten

Übersicht zu den Hauptergebnissen: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2006	6
Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	13
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	18
Übersicht 1.3: Zerlegung der Krankenstandsquote in Komponenten 1975 bis 2005	35
Übersicht 1.4: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht	39
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	42
Übersicht 1.6: Krankenstände der Bundesbediensteten in Vergleich zu denen der Angestellten	46
Übersicht 1.7: Krankenstände nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	52
Übersicht 1.8: Normierung der Krankenstandsquote	53
Übersicht 1.9: Krankheitsgruppenstatistik	56
Übersicht 2.1: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Häufigkeit	68
Übersicht 2.2: Verteilung der Diagnosegruppen nach Krankenstandstagen und -fällen und medianer Dauer	70
Übersicht 2.3: Verteilung der Diagnosegruppen nach Krankenstandstagen und -fällen und Altersgruppen	71
Übersicht 2.4: Die 30 wichtigsten Einzeldiagnosen, Anteil an den Krankenstandstagen und -fällen, mediane Dauer	75
Übersicht 2.5: Selektierte Einzeldiagnosen, Verteilung der Fälle nach Alter und Stellung im Beruf	76
Übersicht 2.6: Selektierte Einzeldiagnosen, Verteilung der Fälle nach Alter und Stellung im Beruf	77
Übersicht 2.7: Muskel-Skelett-Erkrankungen nach Einzeldiagnose und Altersgruppe	79
Übersicht 2.8: Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen an allen Krankenstandstagen	81
Übersicht 2.9: Überblick Ergebnisse aus dem Regressionsmodell	83
Übersicht 3.1: Verweildauermodell zum Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses	102
Übersicht 3.2: Ergebnisse der Vergleichsgruppenanalyse	107
Übersicht 3.3: Ergebnisse der Vergleichsgruppenanalyse	108
Übersicht 4.1: Krankenstände von mehr als einer Woche, nach Alter	119
Übersicht 4.2: Übersicht der Hauptmerkmale der Regelungen zum Krankengeldbezug	120

Übersicht 5.1:	Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme in Österreich	129
Übersicht 5.2:	Merkmale von BGF	132
Übersicht 5.3:	Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben und/oder ein BGF-Gütesiegel erhalten haben	135
Übersicht 5.4:	Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben nach Jahren/Unternehmen, die für den vorgegebenen Zeitraum ein Gütesiegel zuerkannt wurde	135
Übersicht A1:	Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Jahres einen Krankenstand zu verzeichnen	143
Übersicht A2:	Einflussfaktoren auf die Anzahl von Krankenstandstagen	145
Übersicht A3:	Verweildauermodell zum Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses	147
Übersicht B1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	152
Übersicht B2:	Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung, 1970 bis 2006	153
Übersicht B3:	Krankenstandsquote nach Altersgruppen	154
Übersicht B4:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	155
Übersicht B5:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	156

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n (unselbständig Beschäftigte)	15
Abbildung 1.2:	Anteil der Erkrankten an den Versicherten (unselbständig Beschäftigte)	16
Abbildung 1.3:	Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall	17
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	19
Abbildung 1.5:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen	20
Abbildung 1.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	20
Abbildung 1.7:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	21
Abbildung 1.8:	Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	24
Abbildung 1.9:	Krankenstandsbestände auf Monatsbasis	24
Abbildung 1.10:	Krankenstandsbeginn nach Wochentag	25
Abbildung 1.11:	Krankenstandsende nach Wochentag	26
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	28
Abbildung 1.13:	Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	30
Abbildung 1.14:	Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	31
Abbildung 1.15:	Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	32
Abbildung 1.16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	33
Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	33
Abbildung 1.18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	36
Abbildung 1.19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	38
Abbildung 1.20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	43
Abbildung 1.21:	Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse, Oberösterreich	47
Abbildung 1.22:	Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse und Branche, Oberösterreich	48
Abbildung 1.23:	Krankenstände nach Bundesländern	50
Abbildung 1.24:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesland	51
Abbildung 1.25:	Zusammensetzung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen, Anteile	58

Abbildung 1.26:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	59
Abbildung 1.27:	Krankenstandsquoten der unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen	61
Abbildung 2.1:	Verteilung der Krankenstandstage auf die erkrankten bzw. von Unfall betroffenen Personen	67
Abbildung 2.2:	Verteilung der Dauer von Krankenstandsfällen, nach Stellung im Beruf und Altersgruppen	69
Abbildung 2.3:	Verteilung der Krankheitsgruppen	73
Abbildung 2.4:	Verteilung der Krankheitsgruppen bei Langzeitkrankenstandsfällen	73
Abbildung 2.5:	Verteilung der Dauer von Krankenstandsfällen nach Dezilen, ausgewählte Diagnosegruppen	74
Abbildung 3.1:	Verbleibsdauer am Arbeitsplatz, insgesamt	99
Abbildung 3.2:	Verbleibsdauer am Arbeitsplatz bis zu 15 Tagen	99
Abbildung 3.3:	Verbleibsdauer am Arbeitsplatz zwischen zwei Wochen bis zu einem Monat	100
Abbildung 3.4:	Verbleibsdauer am Arbeitsplatz zwischen einem und drei Monaten	100
Abbildung 3.5:	Verbleibsdauer am Arbeitsplatz über drei Monate	100
Abbildung 4.1:	Krankenstände in der OECD, administrative Statistiken	111
Abbildung 4.2:	Krankenstandsquote in Deutschland und Österreich, 1970 bis 2006	112
Abbildung 4.3:	Krankenstände in der OECD, Schätzung auf Basis der Arbeitkräfteerhebung	114
Abbildung 4.4:	Krankenstände in der EU 15, 2000	116
Abbildung 4.5:	Krankenstände in der EU 15, 2005	116
Abbildung 5.1:	Häufigkeit von Krankheitsmerkmalen bei Erwerbstätigen in Betrieben mit und ohne BGF-Angebot	126



## Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

### *Hauptergebnisse*

Die **Krankenstandsentwicklung** verlief in Österreich zwischen 2000 und 2006 rückläufig, 2006 waren die Beschäftigten im Schnitt 11,5 Tage im Krankenstand. Dieser Wert stellt einen historischen Tiefstwert dar. Er entspricht einer Krankenstandsquote, also einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,2%. Langfristig sanken die krankheitsbedingten Fehlzeiten gegenüber den Höchstwerten, die Ende der 1970er Jahre erreicht wurden (1980: 17,4 Tage), um ein Drittel. Die Entwicklung verlief allerdings über diesen Zeitraum nicht gleichmäßig, sondern war durch deutliche Schwankungen geprägt. Vorläufige Daten lassen für 2007 einen geringfügigen Anstieg der Krankenstände erwarten.

Der Rückgang und die Schwankungen der Krankenstände können nicht eindeutig interpretiert werden: Neben dem Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Erwerbsbevölkerung schlagen sich zahlreiche wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Aspekte (wie z. B. Konjunktur, Arbeitsmarktlage und Beschäftigungspolitik) auf das Krankenstandsgeschehen nieder. Veränderungen in der Wirtschaftsstruktur und in den Arbeitsplatzbedingungen führen auch zu Verschiebungen in der Bedeutung einzelner Krankenstandsursachen. So fiel der Anteil der Verletzungen an den **Krankenstandsdiagnosen** in den letzten zwei Jahrzehnten von mehr als einem Viertel auf knapp ein Fünftel aller Fehlzeiten. Muskel-Skelett-Erkrankungen bilden nun zusammen mit den Erkrankungen der Luftwege die wichtigste Krankenstandsursache. Ein deutlicher Aufwärtstrend ergibt sich für psychische Erkrankungen, denen insgesamt betrachtet jedoch nur ein geringer Anteil der in der Statistik erfassten Krankenstände direkt zugeschrieben wird.

Die durchschnittliche **Dauer der Krankenstandsepisoden** nahm in den letzten Jahren konstant ab, was vor allem auf die starke Zunahme der Kurzkrankenstände (Krankenstände unter vier Tagen) zurückzuführen war. Trotz ihrer statistischen Untererfassung stellen Kurzkrankenstände derzeit mehr als ein Viertel aller Krankenstandsfälle dar. Lange Krankenstandsepisoden sind entsprechend selten – weniger als 4% aller Fälle dauern länger als sechs Wochen, 7% länger als einen Monat. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten, während Kurzkrankenstände für die Krankenstandsquote nur eine untergeordnete Rolle spielen. Vor allem **ältere Arbeitskräfte** sind von langen Krankenstandsfällen betroffen. Sie treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, dafür aber oftmals für längere Zeiträume. Das führt dazu, dass die Krankenstandsquote der Über-50-Jährigen deutlich höher als jene der restlichen Altersgruppen ist. Angesichts ihrer beschäftigungspolitischen Bedeutung werden ältere Beschäftigte für die zukünftige Entwicklung der Krankenstände eine entscheidende Rolle spielen. Neben den Unterschieden nach Altersgruppen können signifikante Unterschiede in der Krankenstandshäufigkeit nach **Branche und Beruf** beobachtet werden. Arbeiter und ArbeiterInnen sind rund 80% mehr im Krankenstand als Angestellte. Bauwesen, Sachgütererzeugung und Landwirtschaft, in denen körperliche Tätigkeiten eine große Rolle spielen,

haben die höchsten Krankenstandsquoten. Da Männer eine hohe Konzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Belastungen und Risiken aufweisen, haben sie eine höhere Krankenstandsquote als Frauen (2006: 3,3% gegenüber 3,0%). Während die Krankenstände der Beschäftigten mittel- und langfristig zurückgingen, nahmen die Krankschreibungen der **Arbeitslosen** in den letzten 1½ Jahrzehnten stark zu: 1990 waren Arbeitslose im Schnitt 19 Tage im Jahr krank geschrieben, 2006 jedoch fast 40 Tage.

Auf **regionaler Ebene** unterscheiden sich die Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen zum Teil erheblich. Salzburg ist das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2006 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 9 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische und die oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 12,9 und 12,4 Tagen die höchsten Krankenstände, in Wien drückte die hohe Krankenstandsquote der Frauen den Durchschnitt nach oben. 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 sich die Unterschiede zwischen den Bundesländern aus dem Zusammenspiel von einer Vielzahl von Bestimmungsgründen ergeben. Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen, ihre Organisationsstruktur und das betriebliche Umfeld (Betriebsklima, Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Führungsstil, Arbeitsabläufe, Umgang mit den Fehlzeiten), spielen in dieser Hinsicht ebenso eine Rolle wie der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung, die Arbeitsmarktlage und das Verhalten der niedergelassenen Ärzte. Ein Teil dieser Faktoren kann anhand der verfügbaren Daten nicht oder nur unzureichend beobachtet werden. Auf Basis von Daten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich wurde allerdings eine Analyse der **Bestimmungsgründe von Krankenständen** durchgeführt, bei der eine Reihe von persönlichen und betrieblichen Merkmalen erstmals als Einflussfaktoren berücksichtigt werden konnten.

Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen, dass der Unterschied in der Krankenstandsquote zwischen **Männern und Frauen** durch die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt zu erklären ist. 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. Eine genauere Zerlegung dieses Effekts nach der Häufigkeit und Dauer von Krankenständen zeigt, dass Frauen vor allem eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, im Jahresverlauf zu erkranken. Hinsichtlich der Länge von Krankenständen kann hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern beobachtet werden. Die Untersuchungen geben auch Aufschluss zum Zusammenhang zwischen **Lohnniveau** und Krankenstandswahrscheinlichkeit. Beschäftigte mit den höchsten Löhnen sind durch eine vergleichsweise geringe Krankenstandswahrscheinlichkeit gekennzeichnet. Das entspricht der ökonomischen Theorie, wonach ein höheres Lohnniveau mit überdurchschnittlicher Qualifikation, Produktivität, Motivation, Verantwortung und mit unterdurchschnittlichen Fehlzeiten zusammenfällt. Das Lohn- bzw. Einkommensniveau bildet überdies auch Unterschiede in der sozialen Stellung und somit eine Reihe weiterer gesundheitsrelevanter Faktoren (wie z. B. Ernährungs- und Erholungsmöglichkeiten, Gesundheitsbewusstsein und Finanzierbarkeit von gesundheitlichen Leistungen) ab. Entgegen den

Erwartungen haben die Untersuchungen auch bei den Beschäftigten mit den geringsten Einkommen eine niedrige Krankenstandsquote aufgezeigt. Dieser Zusammenhang kann dadurch erklärt werden, dass diese Personen großteils Teilzeit arbeiten und aufgrund ihrer Flexibilität bei der Einteilung der Arbeitszeit Krankenstände vermeiden können. Zudem haben Beschäftigte mit einem geringen Einkommen oftmals eine schwache Arbeitsmarktbindung und eine erhöhte Arbeitsplatzunsicherheit. Das **Dienstalter** ist über zwei entgegengesetzte Effekte für das Krankenstandsgeschehen relevant: Während mit der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, im Jahresverlauf zumindest einen Krankenstandstag zu verzeichnen, wirkt sich das Dienstalter reduzierend auf die Dauer des Krankenstandes aus. Insgesamt nehmen mit steigendem Dienstalter und unter Berücksichtigung aller anderen Merkmale die Krankenstände zu, dieser Effekt ist allerdings geringfügig.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen internationaler Studien kann auch für Österreich ein deutlicher Zusammenhang zwischen **Betriebsgröße** und Fehlzeiten festgestellt werden. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Jahres einen Krankenstand zu verzeichnen, ist in der untersten Betriebsgrößenklasse am geringsten und steigt bei zunehmender Größe sukzessive an. Es kann vermutet werden, dass in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer ist. Zudem kann in einem großen Unternehmen der Ausfall einer Arbeitskraft besser als in einem kleinen durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkraftet werden. Damit dürfte in Kleinbetrieben auch die individuelle (subjektive) Motivation, soweit wie möglich Fehlzeiten zu vermeiden, besonders stark sein. Ab einer bestimmten Größe nimmt die Krankenstandswahrscheinlichkeit erneut ab, dieser Effekt ist im Bausektor, im Maschinenbau und im Bereich der Metallherzeugnisse deutlich ausgeprägt. Hier dürfte sich die Tatsache auswirken, dass Großbetriebe aufgrund der Möglichkeit, Skaleneffekte zu erzielen und höhere Investitionen in Arbeitsplatzsicherheit zu tätigen, bei der Bekämpfung von Krankenständen und Arbeitsunfällen gegenüber kleineren Unternehmen Vorteile haben. Die Untersuchungen bestätigen weiters die theoretische Erwartung, dass bei steigender **Beschäftigungsfluktuation** die Krankenstandsquote tendenziell abnimmt. Für dieses Phänomen gibt es zwei Erklärungsansätze: Einerseits erhöht eine hohe Beschäftigungsfluktuation die Arbeitsplatzunsicherheit der Beschäftigten; diese Unsicherheit dürfte die Krankenstände dämpfen und den Druck zum Präsentismus (d. h. das Verhalten, auch krank zur Arbeit zu gehen) erhöhen. Weiter zu untersuchen wäre andererseits die Frage, ob Arbeitgeber die hohe Fluktuation nutzen, um Beschäftigte mit häufigen Fehlzeiten und geringerer Produktivität abzubauen.

Sowohl theoretische Überlegungen als auch die empirische Evidenz lassen erkennen, dass Krankenstände deutliche **Auswirkungen auf die Erwerbskarriere** der Beschäftigten haben. Von der ökonomischen Theorie ausgehend kann man vermuten, dass Krankenstände einerseits zu einer geringeren Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse führen, da Erkrankungen die **Erwerbsfähigkeit** beeinflussen und Arbeitgebern mehr Information über zukünftig zu erwartende gesundheitsbedingte Arbeitsausfälle geben können. Eine Destabilisierung der Karriereentwicklung kann sich in weiterer Folge auch in den längerfristigen Erwerbsschancen niederschlagen: Arbeitsplatzwechsel führen zu Verlust von betriebspezifischem Humankapital. Erkrankungsbedingt häufigere Arbeitsplatzwechsel und geringere Erwerbsfähigkeit lassen auch **geringere Entlohnung** im Vergleich zu einer ohne Erkrankung erwartbaren

Entwicklung vermuten. Auch sind Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Einschränkungen eher geneigt, Einkommensnachteile etwa zugunsten von mehr Freizeit zu akzeptieren als gesunde Arbeitskräfte. Sowohl die geringere Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse von Beschäftigten mit Krankenständen gegenüber Beschäftigten ohne Krankenstand als auch eine niedrigere Einkommensentwicklung sind in den empirischen Untersuchungen festzustellen. Auch wenn nicht alle gesundheits- und beschäftigungsrelevanten Faktoren (wie beispielsweise die Krankenstandsgeschichte) berücksichtigt werden können, so sind die erzielten Ergebnisse doch ein deutlicher Hinweis darauf, dass Krankheit sich negativ auf Ausmaß und Qualität der **Erwerbsintegration** auswirkt. Dieser Zusammenhang ist erwartungsgemäß für längere Krankenstandsepisoden deutlich stärker als für kürzere. Darüber hinaus scheinen sich einige Krankenstandsursachen besonders negativ auf die Arbeitsmarktsituation der Betroffenen niederzuschlagen: Dies gilt vor allem für psychische Erkrankungen, aber auch für die Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen. Besonders für den letztgenannten Bereich sind daher Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung für vorgeschädigte Personengruppen von großer Bedeutung.

**Internationale Vergleiche** der Krankenstände sind mit Vorsicht zu interpretieren: Zum einen müssen sie sich zwangsläufig auf eine sehr lückenhafte Datenlage stützen, zum anderen gilt es zu berücksichtigen, dass die verglichenen Länder in zahlreichen Dimensionen (wie z. B. Wirtschaftsstruktur, Beschaffenheit des Gesundheits- und des Krankengeldsystems, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik) Unterschiede aufweisen, die sowohl auf die Entstehung als auch auf die Erfassung der Krankenstände einen Einfluss ausüben. Ein Überblick verschiedener Datenquellen zeigt, dass die Krankenstandshäufigkeit im internationalen Vergleich dementsprechend weit auseinander liegt, sogar innerhalb der EU 15 unterscheiden sich die Krankenstandsquoten teilweise um ein Vielfaches. Unter den EU-Mitgliedsländern haben **Schweden und die Niederlande** die höchsten Krankenstandsquoten, Norwegen ist ebenfalls ein europäisches Land, das durch hohe Krankenstände gekennzeichnet ist. Im weitesten Sinne kann in der EU von einem Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden: Die höchsten Krankenstandsquoten werden neben skandinavischen Ländern von einigen kontinentaleuropäischen Ländern (Belgien, Frankreich) verzeichnet; die Länder im Mittelmeerraum, insbesondere Griechenland, weisen hingegen unterdurchschnittliche Krankenstände auf. Diese Länder sind allerdings auch durch eine geringe Erwerbsquote von Frauen und Älteren geprägt.

Österreich befindet sich im Lichte von längerfristigen Betrachtungen im Mittelfeld der EU- und OECD-Länder. Die Daten aus der Sozialversicherung zeigen starke Parallelen zwischen **Österreich und Deutschland** auf. Nachdem Österreich in der Vergangenheit niedrigere Krankenstände als das Nachbarland verzeichnete, kam es seit Mitte der neunziger Jahre zu einer starken Angleichung im Krankenstandsniveau zwischen den beiden Ländern. Die jüngsten Daten belegen, dass der Rückgang in den österreichischen und deutschen Krankenständen in der Periode 2000/2005 (in diesem Zeitraum ist die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen pro Kopf in beiden Ländern um etwa 15% gesunken) stärker war als im internationalen Durchschnitt, wodurch sowohl Österreich als auch Deutschland zur Zeit deutlich **unter dem Durchschnitt** der Vergleichsländer im OECD- und EU-Raum liegen. Allerdings muss bedacht werden, dass die österreichischen Krankenstände durch die sehr

geringe Beschäftigungsquote der Älteren im internationalen Vergleich gedämpft werden. Gemessen an der Großzügigkeit des Krankengeldsystems liegt Österreich dagegen nahe am Durchschnitt der OECD-Länder. Es ist zu erwarten, dass die mittel- und langfristig angestrebte Anhebung der **Erwerbsquoten von älteren Personen** in Österreich die Krankenstände erhöhen wird. Berechnungen zeigen, dass der rein demographische Effekt, bei Beibehaltung der bestehenden altersspezifischen Morbidität, eine überschaubare Größenordnung haben wird. Allerdings kann vermutet werden, dass mit einer **erhöhten Erwerbsbeteiligung der Älteren** neben einem strukturellen Effekt auch ein Selektionseffekt eintreten wird: Während bei geringer Erwerbsbeteiligung (bzw. bei entsprechend häufigem Abgang in den frühzeitigen Ruhestand) die Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten positiv durch einen "Healthy-Worker"-Effekt beeinflusst wird, bleiben durch eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung und einen späteren Eintritt in den Ruhestand auch Personen in Beschäftigung, die gesundheitlich schwächer sind und höhere Krankenstände verzeichnen. Das Ausmaß dieses Effekts wird maßgeblich von Art und Ausmaß der Beschäftigung älterer Personen in der Zukunft abhängen.

### *Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen*

Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheitspolitische Zielgröße betrachtet werden. Krankenstände stellen nicht nur für die Beschäftigten, die neben dem damit verbundenen Leid auch um negative Folgen für ihre Erwerbskarriere fürchten müssen, eine Belastung dar. Sie sind für die Betriebe und die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher Kostenfaktor. Unfälle, Krankheiten und gesundheitliche Gebrechen können naturgemäß weder aus der Arbeitswelt noch aus der menschlichen Lebenswelt insgesamt verbannt werden. Kostenschätzungen des Krankenstandsgeschehens geben dennoch einen Hinweis darauf, welche Folgen von Reduktionen bzw. Steigerungen der Fehlzeiten auf die Wettbewerbsfähigkeit der Betriebe und auf die Wirtschaft insgesamt ausgehen. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten belasten die Betriebe in erster Linie durch Direktzahlungen in Form von Entgeltfortzahlungen. Darüber hinaus kommt es über eine Verringerung der Arbeitsproduktivität und des Arbeitsvolumens zu Wertschöpfungsverlusten. Diese Kosten, die sich laut Schätzungen in Summe auf etwa 6,7 Mrd. € belaufen, stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit den Krankenständen. Gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen, Verbesserungen in der Unternehmenskultur und die Stärkung des Gesundheitsbewusstseins innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt können zu einer Reduktion dieser Kosten führen bzw. verhindern, dass sie angesichts einer alternden Erwerbsbevölkerung weiter steigen. Eine Verringerung der betrieblichen Fehlzeiten kann darüber hinaus, wenn auch nicht in direkt proportionalem Ausmaß, zu Einsparungen bei den öffentlichen und privaten Gesundheitsausgaben beitragen. Zudem führt eine gesündere Erwerbsbevölkerung mittel- bis langfristig infolge einer Verringerung der Zahl der Erwerbsunfähigkeits- und Frühpensionen auch zu einer Entlastung der Sozialsysteme.

*Übersicht zu den Hauptergebnissen: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2006*

	Mio. €	In % des BIP
Betriebswirtschaftliche Kosten	6.721,9	2,6
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) <sup>1)</sup>	2.521,9	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) <sup>2)</sup>	4.200,0	1,6
Gesundheitsausgaben	5.928,4	2,3
Direkte öffentliche Kosten	4.088,6	1,6
Direkte private Kosten (direkte Zahlungen)	1.839,9	0,7
Langfristige, dynamische Kosten	4.790,7	1,9
Invaliditäts- und vorzeitige Alterspension	4.487,6	1,8
Versehrtenrenten	303,1	0,1

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, siehe *Leoni – Biffl – Guger* (2008). – <sup>1)</sup> Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen, die zusammen die direkten betriebswirtschaftlichen Kosten bilden, beziehen sich auf das Jahr 2005. – <sup>2)</sup> Auf Basis der Annahme, dass sich die Hälfte des krankstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten niederschlägt.

Prinzipiell ist eine Senkung der Krankenstände somit als positiv und wünschenswert zu beurteilen. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass die Reduktion der Krankenstände in einem breiteren wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Kontext eingebettet und mit anderen Zielsetzungen abgestimmt werden muss. So wirkt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig auf die Statistik der Krankenstände aus. 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 weder wünschenswert noch nachhaltig.

Im Gesamtkonzept der Gesundheitspolitik, das die Lebenssituation und das gesundheitsrelevante Verhalten der gesamten Bevölkerung berücksichtigen muss, kommt der Arbeitswelt eine wichtige Rolle zu. Gesundheitspolitische Maßnahmen auf betrieblicher Ebene haben die Möglichkeit, ressourcenstärkend und belastungsreduzierend auf alle Dimensionen der Gesundheit und des Krankenstandes Einfluss zu nehmen und auch über den Arbeitsplatz hinausgehend Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein zu fördern. Wie ein Überblick über die österreichische Situation zeigen konnte, wurden in den letzten Jahren vermehrt Anstrengungen unternommen, um die Verbreitung von qualitativ hochwertigen Instrumenten zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu steigern. Bisher sind Instrumente, die auf institutioneller Ebene verankert und an eng definierte Qualitätsmerkmale geknüpft sind, allerdings noch schwach verbreitet. Demgegenüber sind die Unternehmen insgesamt mit einem sehr heterogenen Angebot konfrontiert. Dies ermöglicht es nicht, aus derzeitiger Sicht konkrete Aussagen über die Effektivität einzelner Maßnahmen zu treffen. Die Förderung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz sollte deshalb zukünftig mit einer weiteren Fokussierung auf eng definierte und qualitativ geprüfte Maßnahmen einhergehen und von entsprechenden Evaluierungsmaßnahmen begleitet werden. Nach wie vor offen ist zudem die Frage, welche Strategie verfolgt werden muss, um eine flächendeckende Präsenz von

betrieblicher Gesundheitsförderung (nach Branche, Regionen und Betriebstypologien) in den österreichischen Unternehmen zu erreichen.

Aus Sicht der Ergebnisse, die im vorliegenden Bericht vorgestellt werden, ist es möglich, einige Schwerpunkte festzuhalten, die sowohl im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als auch der Aktivitäten von institutionellen Akteuren von Bedeutung erscheinen:

- Schon heute entfallen 25% der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf die Über-50-Jährigen, welche allerdings nur 16% der gesamten Beschäftigung darstellen. Der demographische Alterungsprozess der Gesellschaft lässt in Kombination mit der Notwendigkeit, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, der Frage der altersgerechten Beschäftigungsmöglichkeiten eine hohe Dringlichkeit zukommen. Um einem starken Anstieg der Krankenstände vorzubeugen, ist es notwendig, bei der Gestaltung der Arbeitsplätze und der Reduktion von Belastungen in der Arbeitswelt noch stärker als bisher auf die Bedürfnisse einer alternden Erwerbsbevölkerung Rücksicht zu nehmen. Über diese präventiven Ansätze hinausgehend kann auch die Schaffung von entsprechenden institutionellen Rahmenbedingungen, wie die Entwicklung von Altersteilzeitmodellen und innovativen Beschäftigungsformen, die Beschäftigungsfähigkeit von älteren Personen erhöhen.
- Auch bei einer Betrachtung der Krankenstandsursachen können differenziert Akzente gesetzt werden. Hier zeigt sich aus unterschiedlichen Perspektiven, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen für das Geschehen am Arbeitsmarkt von besonderer Bedeutung sind. Muskel-Skelett-Erkrankungen gehören zu den Krankheiten, die in hohem Ausmaß durch Belastungen am Arbeitsplatz hervorgerufen werden, sie verursachen fast ein Viertel aller Krankenstände und sind auch die bedeutendste Ursache von Invalidität. Psychische Erkrankungen nehmen zwar in der Statistik der Krankenstände nur eine untergeordnete Rolle ein, sie beeinträchtigen aber den weiteren Verlauf der Erwerbskarriere der Betroffenen stark und sind ebenfalls eine der Hauptursachen für bleibende Arbeitsunfähigkeit. Zudem zeigen internationale Studien, dass psychosoziale Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt im Steigen begriffen sind. Arbeitsplatzbelastungen, die sich negativ auf den Stützapparat und auf das psychische Wohlbefinden der Beschäftigten auswirken, sollten demnach bei der Konzeption und Umsetzung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Vordergrund stehen.
- Ein weiterer Schwerpunkt, der sich aus den Untersuchungen im vorliegenden Bericht ableiten lässt, ergibt sich aus der Unterscheidung der Krankenstandsepisoden nach Dauer. Lange Krankenstandsfälle sind zwar vergleichsweise selten, sie schlagen sich aber stark auf das Krankenstandsgeschehen nieder. Neben ihren hohen betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten stellen sie auch aus Sicht der ArbeitnehmerInnen ein gravierendes Problem dar, weil sie nachweislich die Erwerbskarriere beeinträchtigen und somit die Beschäftigungs- und Einkommenssicherheit gefährden können. Um diesen negativen Effekten entgegenzuwirken, könnte das Maßnahmenangebot zur Reintegration von längerfristig erkrankten Beschäftigten ausgebaut werden. Hier könnten Rehabilitations- und Schulungsmaßnahmen zweckmäßig sein, aber auch

Leistungen, die von den Betrieben genutzt werden, um passende Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzbedingungen bieten zu können. Ein Monitoring des Krankenstandsverlaufs könnte dazu dienen, in Abhängigkeit von den gesundheitlichen Bedürfnissen der Betroffenen den geeigneten Zeitpunkt für den Einsatz solcher Maßnahmen zu bestimmen.

Die im vorliegenden Bericht durchgeführten Untersuchungen geben auch Hinweise auf Bereiche, die für das Krankenstandsgeschehen und für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Arbeitswelt von großer Bedeutung sind, aber noch einer näheren Analyse und eines besseren Verständnisses bedürfen. Im Detail näher zu beleuchten ist beispielsweise der Zusammenhang zwischen Krankenstand und Beschäftigungsausmaß (Teilzeit/Vollzeit). Dies scheint besonders vor dem Hintergrund einer geschlechtsspezifischen Betrachtung der Krankenstände von Bedeutung. Frauen haben nach Berücksichtigung der Verteilung auf Branchen und Berufe höhere Krankenstände. Die doppelte Belastung aus Berufs- und Familienleben, die Frauen in höherem Maße als Männer trifft, könnte diesbezüglich eine Rolle spielen. Auch das Verhalten der niedergelassenen Ärzte und die Rolle von Kurzkrankenständen sind relevante Aspekte, die bisher noch nicht ausreichend untersucht wurden. Zu den Bereichen, die angesichts der fragmentarischen Datenlage nur ansatzweise beleuchtet werden konnten, gehört auch das Krankenstandsgeschehen im öffentlichen Sektor. Diesbezüglich wäre es wünschenswert, zukünftig nicht nur für die Bediensteten des Bundes, sondern auch für jene der anderen Gebietskörperschaften entsprechende Informationen zu den Krankenständen zu erhalten. Ein weiteres Thema, das für die Zukunft stärker in den Mittelpunkt von Wissenschaft und Wirtschaftspolitik rücken sollte, betrifft das Verhältnis zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Betrachtet man den starken Anstieg der Krankschreibungen von arbeitslosen Personen, so muss man davon ausgehen, dass sich dieses Verhältnis in den letzten Jahren verdichtet hat. Eine entsprechende Untersuchung könnte aufzeigen, inwiefern diese Entwicklung auch institutionelle Ursachen hat. Es steht allerdings außer Frage, dass die Reintegration der Arbeitslosen in den primären Arbeitsmarkt auch zunehmend eine gesundheitspolitische Herausforderung darstellt.



## Zielsetzung und Aufbau des Berichts

Der Fehlzeitenreport 2008 ist die Fortsetzung des im letzten Jahr erstmals erschienenen Berichts zu den krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in Österreich (*Leoni – Biffi – Guger, 2008*). Die Studie setzt sich in erster Linie das Ziel, einen Beitrag zum besseren Verständnis des Krankenstandsgeschehens in Österreich und somit zu einer nachhaltigen Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten zu leisten.

Die ersten beiden Kapitel der Studie sind einer breit angelegten Übersicht des Krankenstandsgeschehens und seiner Bestimmungsgründe gewidmet. Im ersten Kapitel wird sowohl die langfristige Entwicklung der Krankenstände als auch ihre Verteilung auf Beschäftigtengruppen und Wirtschaftsbereiche anhand von Daten der Sozialversicherungsträger untersucht. Ein weiteres Augenmerk gilt den regionalen Unterschieden in den krankheitsbedingten Fehlzeiten, den Merkmalen der Krankenstandsepisoden 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. Diese werden im zweiten Kapitel vertiefend analysiert: Individualdaten der oberösterreichischen Krankenstände ermöglichen es, die Einflussfaktoren auf das Krankenstandsgeschehen in einer detaillierten empirischen Untersuchung zu quantifizieren. Das dritte Kapitel, das sich ebenfalls auf einen Individualdatensatz stützt, geht der Frage nach, inwiefern Krankenstände den Verlauf der Erwerbskarriere und die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen beeinträchtigen. Das vierte Kapitel dient einem internationalen Vergleich der Krankenstände, während im fünften und abschließenden Kapitel des Berichts Instrumente zur Prävention von Krankenständen auf betrieblicher Ebene präsentiert werden.

An dieser Stelle soll all den Personen und Institutionen gedankt sein, die durch die Bereitstellung von Daten und Informationen die Entstehung dieses Berichts ermöglicht haben. Ein besonderer Dank für die wertvolle Unterstützung bei der Erstellung des diesjährigen Fehlzeitenreports geht an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der insbesondere in der Person von Reinhard Haydn mit großer Hilfsbereitschaft bei der Zusammentragung von Daten und bei der Klärung von Fragen zur Seite gestanden ist. Die Gebietskrankenkasse Oberösterreich hat durch die Bereitstellung einer Sonderauswertung von Krankenstandsdaten eine erstmalige vertiefende Untersuchung der Krankenstandsursachen ermöglicht. Elfriede Kiesewetter, Sarah Sebinger und Helmut Hirtenlehner als Mitglieder des österreichischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung und Barbara Libowitzky (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) haben wichtige Inputs für das fünfte Kapitel geliefert.

## 1. Die langfristige Entwicklung der Krankenstände

Dieses erste 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<sup>1)</sup>. 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 handelt es sich bei den hier präsentierten Daten um eine administrative Statistik. Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung wirken sich 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 gegenüber<sup>2)</sup>. Zum anderen gilt es zu bedenken, dass die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt sind. Auch eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer<sup>3)</sup> Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen, krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des so genannten Präsentismus) kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen.

---

<sup>1)</sup> Auf die Ursachen und Bestimmungsgründe von Krankenständen wird vor allem im zweiten Kapitel eingegangen.

<sup>2)</sup> 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.

<sup>3)</sup> 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 Arbeitnehmer und 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. Sie wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits-/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 fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (*Biffi, 2002*). Die Daten des Hauptverbandes eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2006 waren 2,96 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 90% der unselbständig Beschäftigten in Österreich<sup>4)</sup>. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen<sup>5)</sup>. Für den vorliegenden Bericht wurden möglichst konsistente Zeitreihen zusammengestellt, der Beobachtungszeitraum reicht von 2006 bis zum Jahr 1970 zurück<sup>6)</sup>.

---

<sup>4)</sup> Im Jahresdurchschnitt 2006 gab es laut Hauptverband 3,28 Mio. Beschäftigte.

<sup>5)</sup> Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (3.468 Personen im Jahr 2006), sind in der Statistik durchgehend enthalten.

<sup>6)</sup> Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen. 1970 stellt aber einen Zeitpunkt dar, ab dem die meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Hauptverbandsdaten zu finden sind.

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 stabil<sup>7)</sup>. 2006 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei den Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei den 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 Tage) 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 Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

---

<sup>7)</sup> Durch eine jährliche Stichtagserhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (siehe *Haydn*, 2007).

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, Kuraufenthalt oder Unfall 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 Fehlzeitenerfassungen.
Krankenstandsfälle:	Anzahl der durch Krankheit oder Unfall bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht nur 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 oder Unfall bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherter bzw. erkrankter Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer:	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote:	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitsdagen aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten.
Erkrankungsquote:	Anteil der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einmal auf 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.

## 1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2006 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 siebziger Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine deutliche Trendwende ein. Besonders während der frühen achtziger Jahre, Mitte der neunziger Jahre und in der Periode 2000/2006 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Das Niveau der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft ist an den Endpunkten des beobachteten Zeitraums durchaus vergleichbar: Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32,0 Mio., 2006 waren es 34,2 Mio. Die Krankenstände nahmen jedoch im Verhältnis zum Versichertenstand deutlich ab: Während von 1970 bis 2006 der Zuwachs bei den Krankenständen 6,9% betrug, stieg die Zahl der Versicherten im selben Zeitraum um rund 40%. Im Jahrzehnt 1970 bis 1980 stieg die Zahl der Krankenstandstage viel

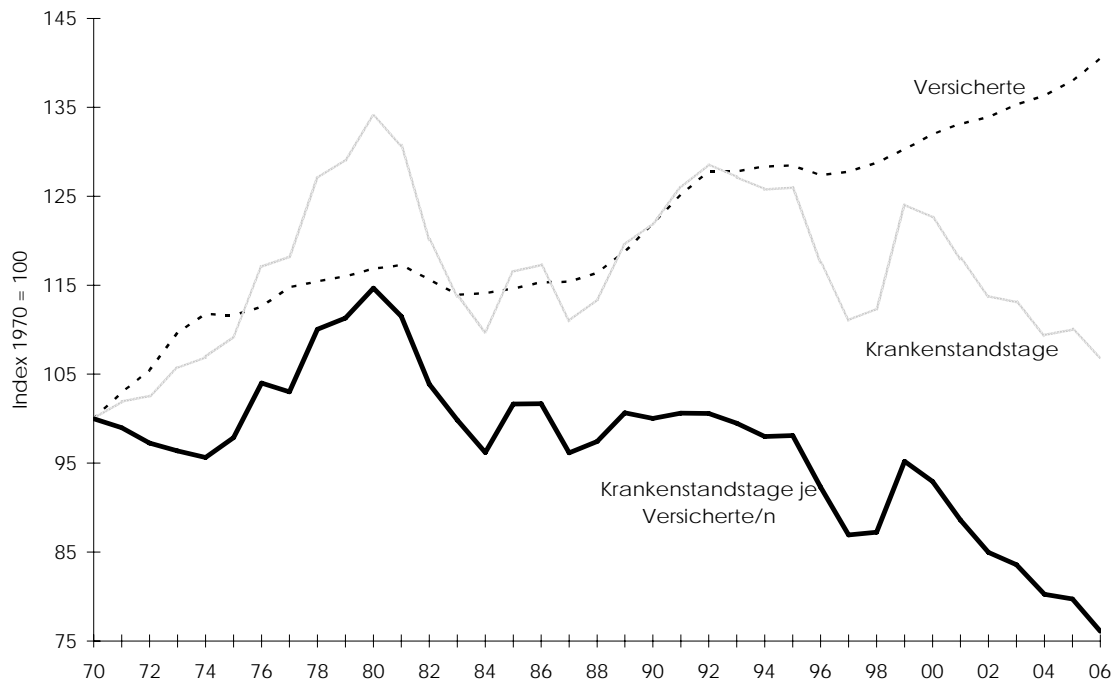
schneller als die Zahl der Versicherten (durchschnittlich 3,0% p. a. gegenüber 1,6% p. a.). Seit den neunziger Jahren nahm allerdings die Beschäftigung kontinuierlich zu, während die Fehlzeiten, mit einigen Schwankungen, einen Abwärtstrend verzeichneten.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den späten sechziger und frühen siebziger 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 in den letzten Jahren ihre bisher niedrigsten Werte. 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). 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 4,1% und 2006 3,2%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht.

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.

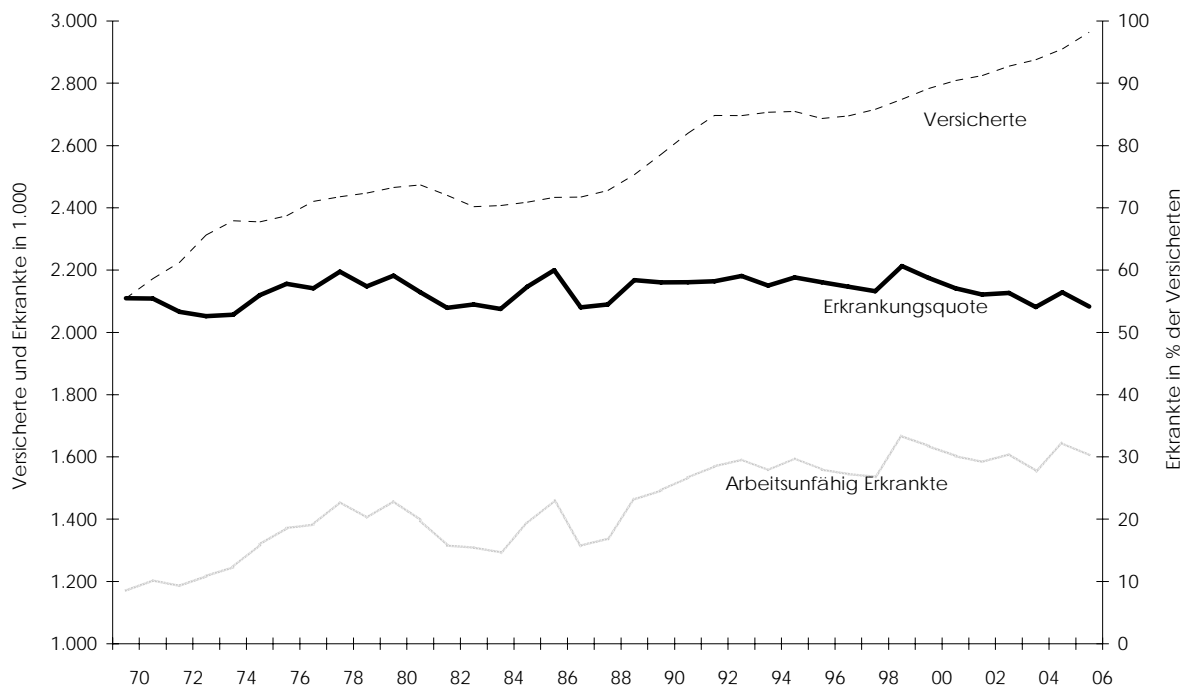
Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n (unselbständig Beschäftigte)



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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% (siehe 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 60,0% bzw. 60,6%. Im Laufe des Jahres 2006 waren 54,1% der Versicherten (mindestens einmal) im Krankenstand. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Betroffenheit von Krankheit und die Dauer der Krankenstandsfälle haben sich kontinuierlich verändert (Abbildung 1.3). Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum erhöht: 1970 entfielen auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2006 war es fast genau 1 Fall.

Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten (unselbständig Beschäftigte)

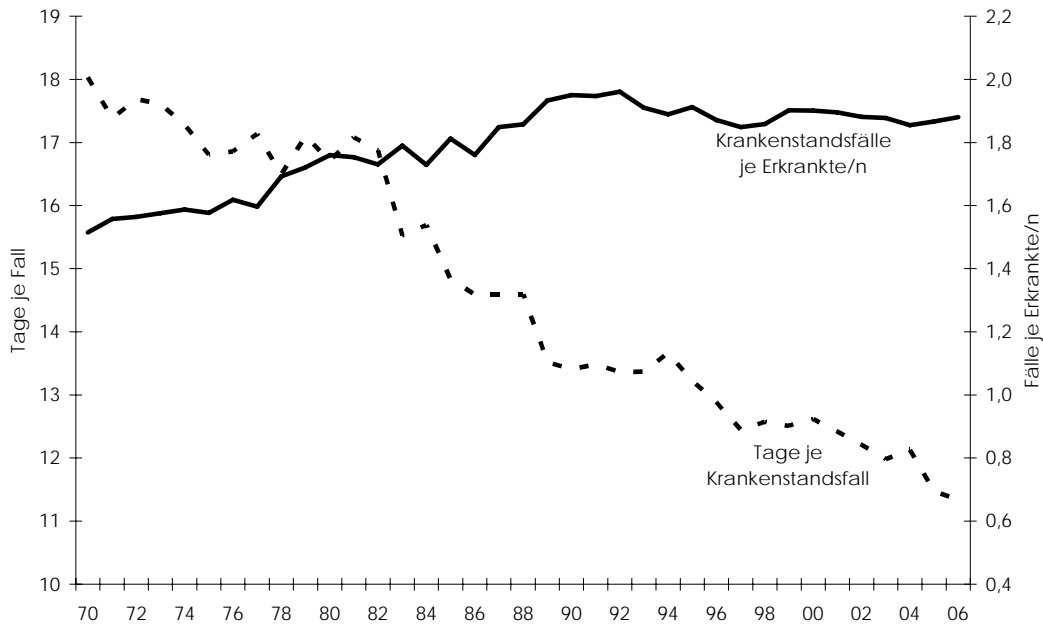


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 1,52-mal im Jahr krank, im Jahr 2006 1,88-mal. Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18,0 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 11,3 Tage im Jahr 2006. Die stärkste Veränderung in dieser Dimension war seit den frühen achtziger Jahren zu verzeichnen. Ab diesem Zeitpunkt entkoppelten sich die Häufigkeit von Krankenstandsepisoden und die Anzahl an Krankenstandstagen voneinander, 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



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 werden<sup>8)</sup>. Das Ergebnis zeigt, dass Veränderungen in der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf die Entwicklung der Fehlzeiten in der Periode 1970 bis 2006 hatten: Fast 80% der Varianz in der Krankenstandsquote werden durch Veränderungen in der Dauer der Krankenstandsepisoden erklärt, während die Anzahl der Fälle je erkrankter Person knapp 20% der Varianz bestimmt. Die Erkrankungsquote ist hingegen insgesamt betrachtet als Erklärungsfaktor statistisch unbedeutend.

### 1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände unter 4 Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheinigungen seitens der ArbeitgeberInnen für Krankenstände, die nur 1 bis 3 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:

<sup>8)</sup> Für eine Erläuterung der in diesem Abschnitt eingesetzten Methodik siehe methodischer Hintergrund in Anhang A.

- Unterschiedliches Verhalten der ArbeitnehmerInnen (je nach Person/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 geleisteten Entgeltfortzahlungen rückerstatteten. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der Arbeiterkrankenstände dar, die bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Allerdings besteht laut Aussagen des Hauptverbands auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der Arbeiter beim Sozialversicherungsträger melden, 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 110.000 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 Angestellten in der offiziellen Statistik darstellt. Das Fehlen eines konkreten Anreizes zur Meldung von Kurzkrankenständen führte allerdings bei den Angestellten vermutlich zu einer stärkeren Untererfassung als bei den ArbeiterInnen.

#### Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999

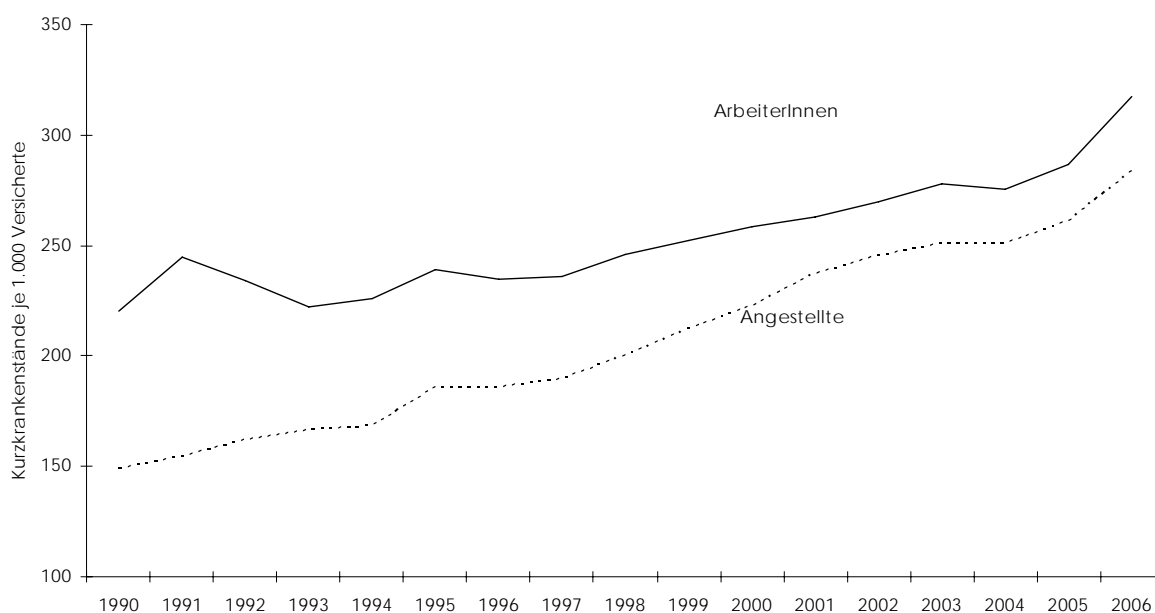
Bezeichnung	Arbeiter-EFZG-1999	
	Fälle	Tage
Insgesamt	1.622.516	14.354.057
Mit ärztlicher Bestätigung	1.511.867	14.168.778
Ohne ärztliche Bestätigung	110.649	185.279
Ohne ärztliche Bestätigung Anteile in %	6,82	1,29

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Aus der Entwicklung der Krankenstandsdauerstatistik 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 in 2006 29,3%. In anderen Worten gab es 1990 je 1.000 Versi-

cherte 186 Kurzkrankenstände, im Jahr 2006 waren es 293 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den beiden Berufsgruppen stark an. Während der siebziger 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/Versicherte: 22,0% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankheitsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten kein signifikanter Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen auf 1.000 Versicherte 284 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 317 (Abbildung 1.4).

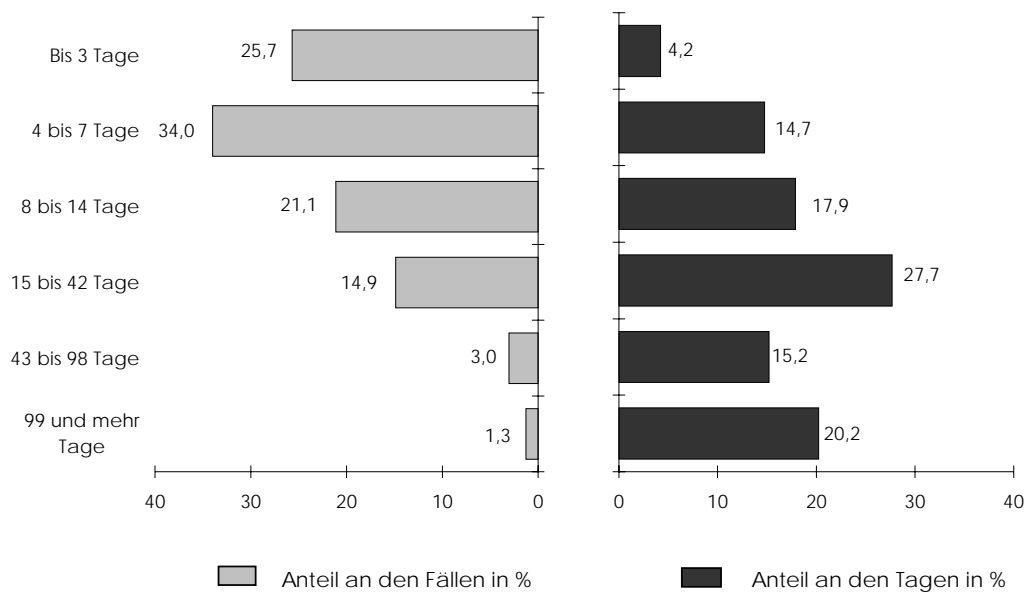
Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

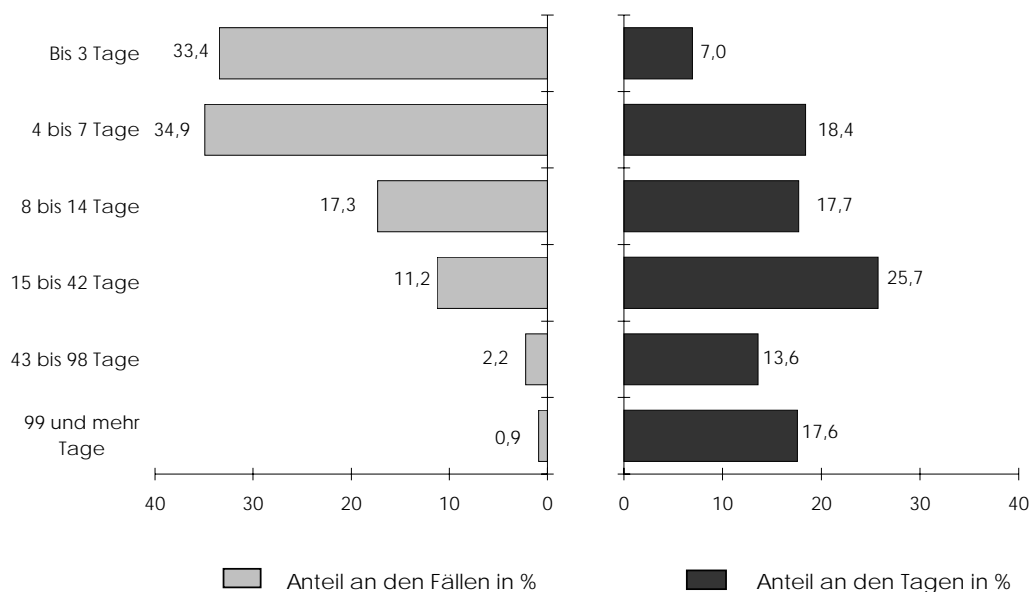
Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht (Abbildung 1.6). Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankheitsdauer waren 2006 bei den Angestellten 7,0% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990: 3,3%), die Quote bei den Männern lag bei 6,5% (1990: 3,0%), während sie bei Frauen etwas höher war (7,2% bzw. 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 4,2% in 2006, 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 (2006: 3,9% gegenüber 4,4%).

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen 2006



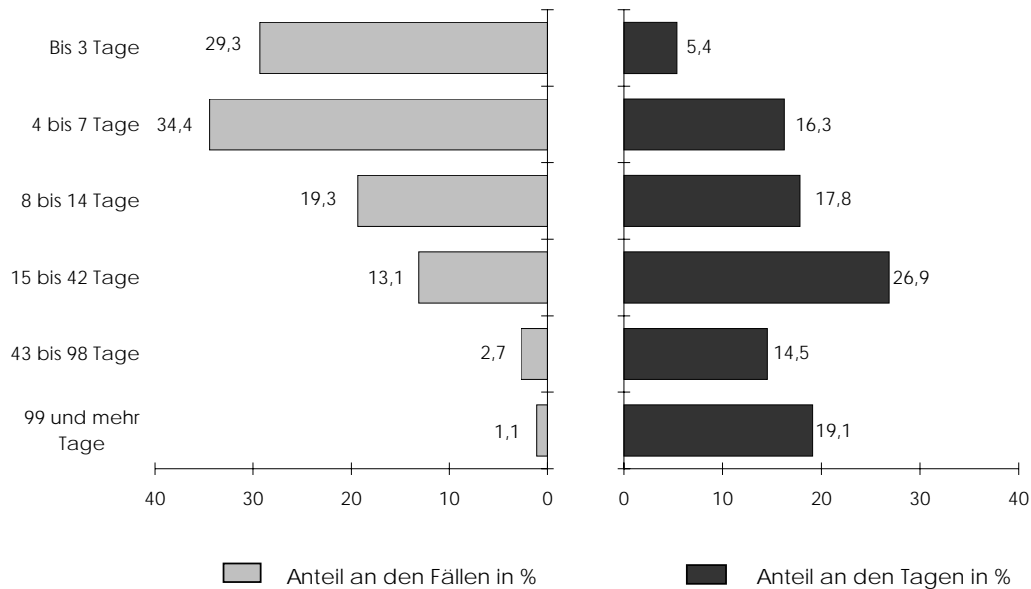
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte 2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte 2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 3 Tagen 16% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2006 war zwar fast 30% der gemeldeten Krankenstände zwischen 1 und 3 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%. 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 35,4% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 31,2%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2006*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2003 auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von 1 bis 3 Tagen 6,0% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35,6% betrug<sup>9)</sup>. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele Ar-

<sup>9)</sup> 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 Krankenstandsdauer des HV wird im Fehlzeitenreport jedem Fall nur die Dauer zugerechnet, die sich auf das entsprechende Beobachtungsjahr bezieht.

beitgeberInnen 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 1 bis 3 Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen etwa doppelt so hoch wie in der offiziellen Statistik (insgesamt durchschnittlich 11,3%).

### *Sensitivitätsanalyse Kurzkrankenstände*

Eine einfache Sensitivitätsanalyse (d. h. eine Anpassung der Statistik an die hypothetische Anzahl von Kurzkrankenständen) zeigt, dass eine Berücksichtigung der untererfassten Kurzkrankenstände die statistischen Indikatoren beeinflussen, nicht aber das wesentliche Gesamtbild der *Krankenstandsstatistik* ändern würde. Für die Berechnungen wird folgendermaßen vorgegangen:

- Als Basis der Schätzung dienen die tatsächlich erfassten Kurzkrankenstände, wobei davon ausgegangen wird, dass die Untererfassung bei den ArbeiterInnen nur geringfügig, bei den Angestellten signifikanter ist.
- Es wird angenommen, dass die nicht erfassten Kurzkrankenstände die gleiche durchschnittliche Dauer der tatsächlich in der *Krankenstandsstatistik* enthaltenen Kurzkrankenstände haben.

Im Jahr 2006 wurden etwa 410.000 Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen und 470.000 Kurzkrankenstände von Angestellten gemeldet. Geht man von einem ersten Szenario aus, so sind die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen um 30%, jene der Angestellten um 70% untererfasst. Die daraus resultierenden zusätzlichen 440.000 Krankenstandsfälle würden eine Steigerung der gesamten Krankenstandstage um 2,7% bedeuten. Die Kurzkrankenstände würden dann 7,8% aller Fehlzeiten und 38,3% der Krankenstandsfälle ausmachen. Nimmt man in einem zweiten Szenario an, dass die Kurzkrankenstände der Angestellten in Wirklichkeit mindestens eineinhalb Mal höher liegen als in der Statistik, käme es zu einer Verdoppelung der Gesamtzahl von kurzen Fehlzeiten<sup>1)</sup>. In diesem Szenario, d. h. bei 880.000 zusätzlichen Kurzkrankenständen, würde das Volumen der Fehlzeiten um 5,4% steigen, Kurzkrankenstände würden rund 10% der Krankenstandstage bzw. 41,4% der Krankenstandsfälle darstellen.

Für die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der krankheitsbedingten Fehlzeiten würde sich durch die Berücksichtigung von zusätzlichen Kurzkrankenständen Folgendes ändern:

- Geht man vom ersten Szenario aus, entfielen je Versicherte/n zusätzlich 0,3 Krankenstandstage im Jahr, die Krankenstandsquote für 2006 würde sich nur in der zweiten Nachkommastelle ändern und somit bei 3,2% bleiben.
- Bei einer Verdopplung der Kurzkrankenstände würde die Anzahl der Krankenstandstage pro Person um etwas mehr als einen halben Tag auf 12,2 Tage im Jahr ansteigen, die Krankenstandsquote würde 3,3% statt 3,2% betragen.

---

<sup>1)</sup> Dieses Szenario entspricht der Annahme, dass die Krankenstandsfälle einer Gammaverteilung folgen.

---

Durch diese zeitliche Abgrenzung wird die Anzahl der Kurzkrankenstände überschätzt, da beispielsweise ein Langzeitkrankenstand, der am 2. Jänner 2004 zu Ende gegangen ist, im Fehlzeitenreport für das Jahr 2004 als Kurzkrankenstand angeführt wird.

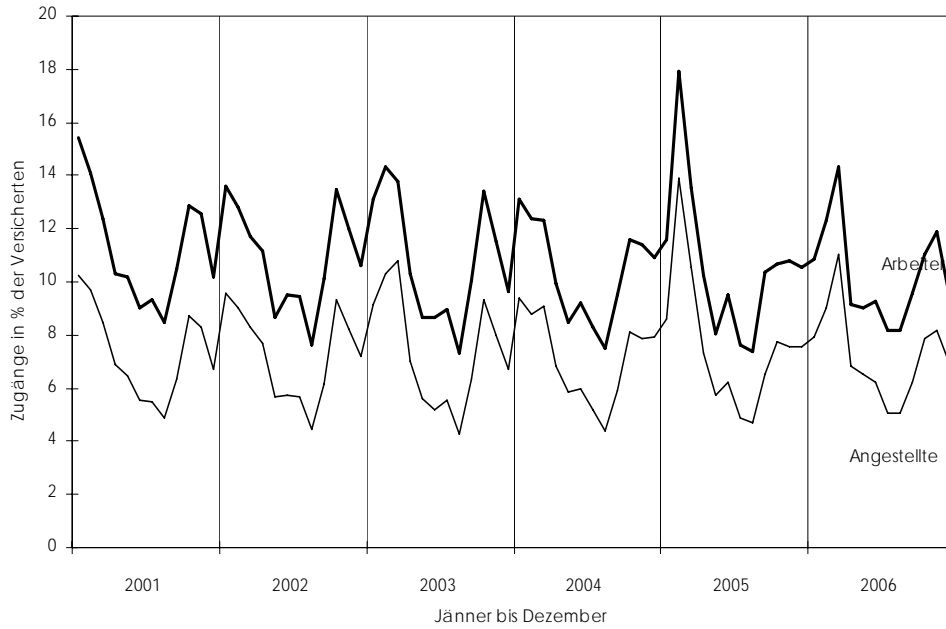
Eine Sensitivitätsanalyse (siehe Kasten) zeigt, dass auch in Österreich eine vollständige Erfassung der Kurzkrankenstände nicht das Gesamtbild der *Krankenstandsstatistik* verändern würde. *Badura et al.* (2008) kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstandes abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den 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.

#### **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. Die Abbildungen 1.8 und 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.

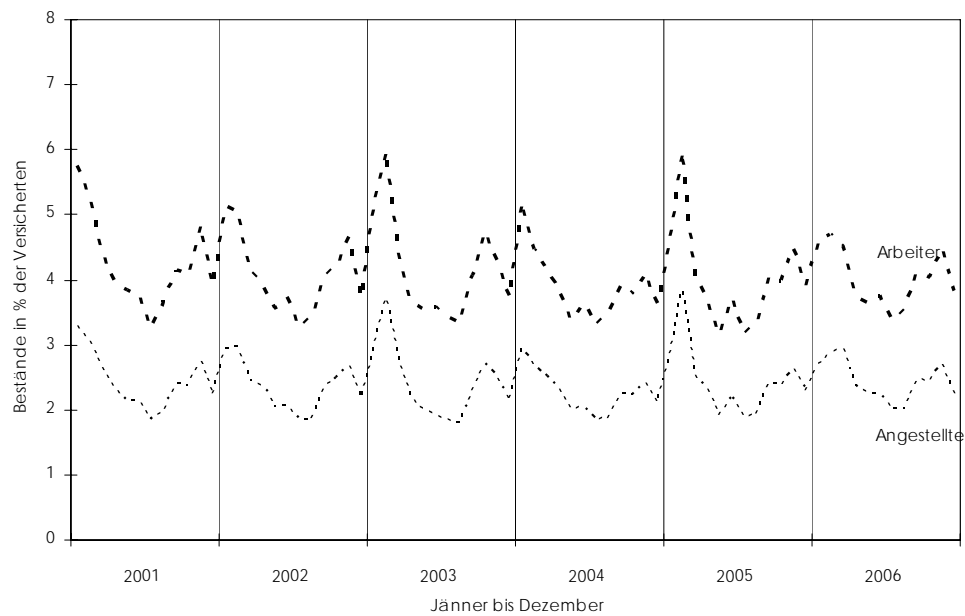
Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des 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.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis  
2001 bis 2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

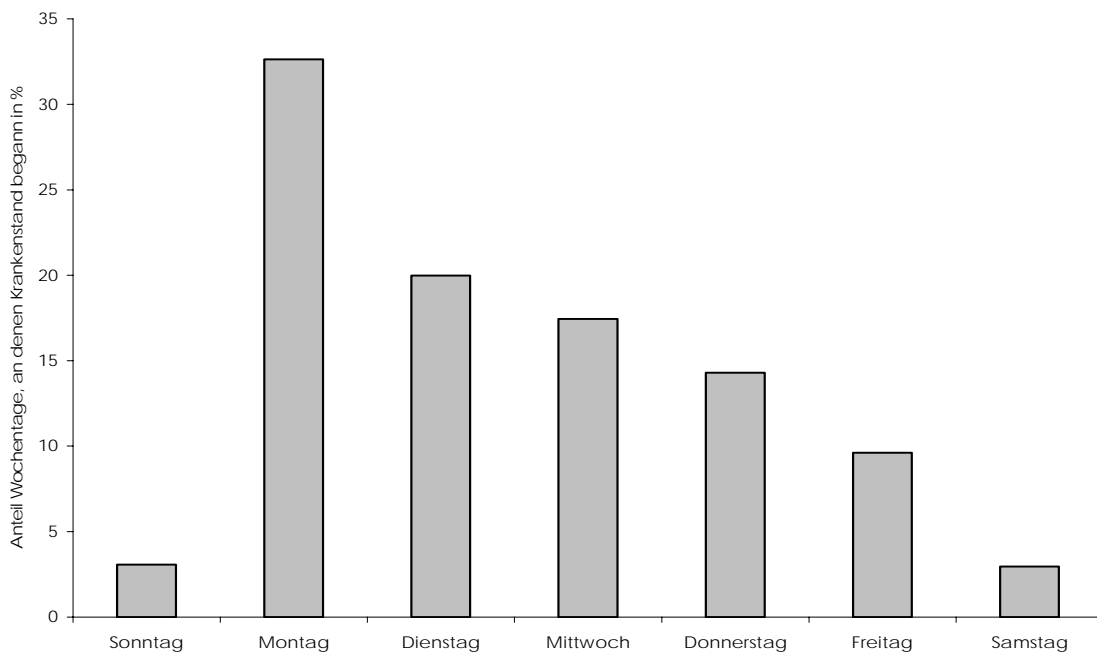
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis  
2001 bis 2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.



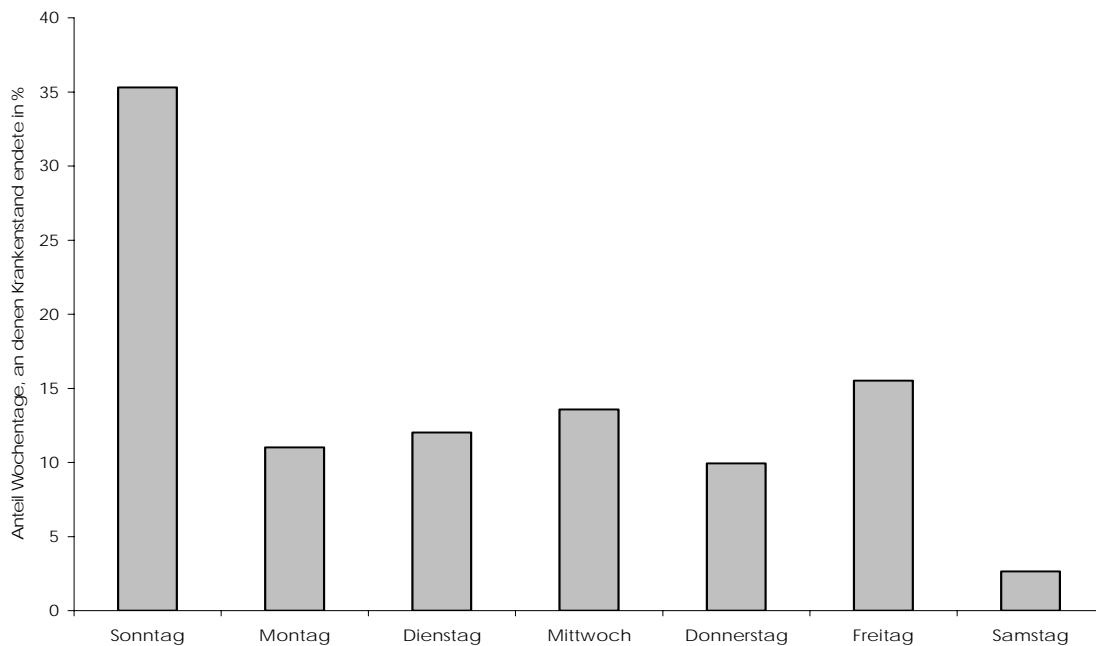
Abbildung 1.10: Krankenstandsbeginn nach Wochentag



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen. – Die Darstellung basiert auf den oberösterreichischen Krankenständen für die Jahre 2003 und 2004.

Der Zugang in und der Abgang aus dem Krankenstand ist 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 fast 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.

Abbildung 1.11: Krankenstandsende nach Wochentag



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen. – Die Darstellung basiert auf den oberösterreichischen Krankenständen für die Jahre 2003 und 2004.

In Österreich ist der Sonntag, mit etwas mehr als zwei Drittel der Fälle, jener Wochentag, an dem der höchste Anteil an Krankenstandsepisoden beendet wird (Abbildung 1.11). Es gibt kaum Fälle, die am Samstag zu Ende gehen, auch die Zahl der Krankenstandsbeendigungen am Donnerstag ist 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 und deshalb nicht den Freitag als ersten Arbeitstag nach dem Krankenstand bestimmt. 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, wird dieser Termin nicht wahrgenommen, die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer geht 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.

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 Wochenendtage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfallen, in die Krankenstandsstatistik ein, obwohl die Krankheit tatsächlich vielleicht schon am Freitag oder Samstag nicht mehr bestand. Die Daten aus dem deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2008*) zeigen eine Verteilung der Krankschreibungen im Wochenverlauf, die sich stark mit der österreichischen deckt. Eine Abweichung ergibt sich dagegen bei der Wahl des Wochentags für das Ende der

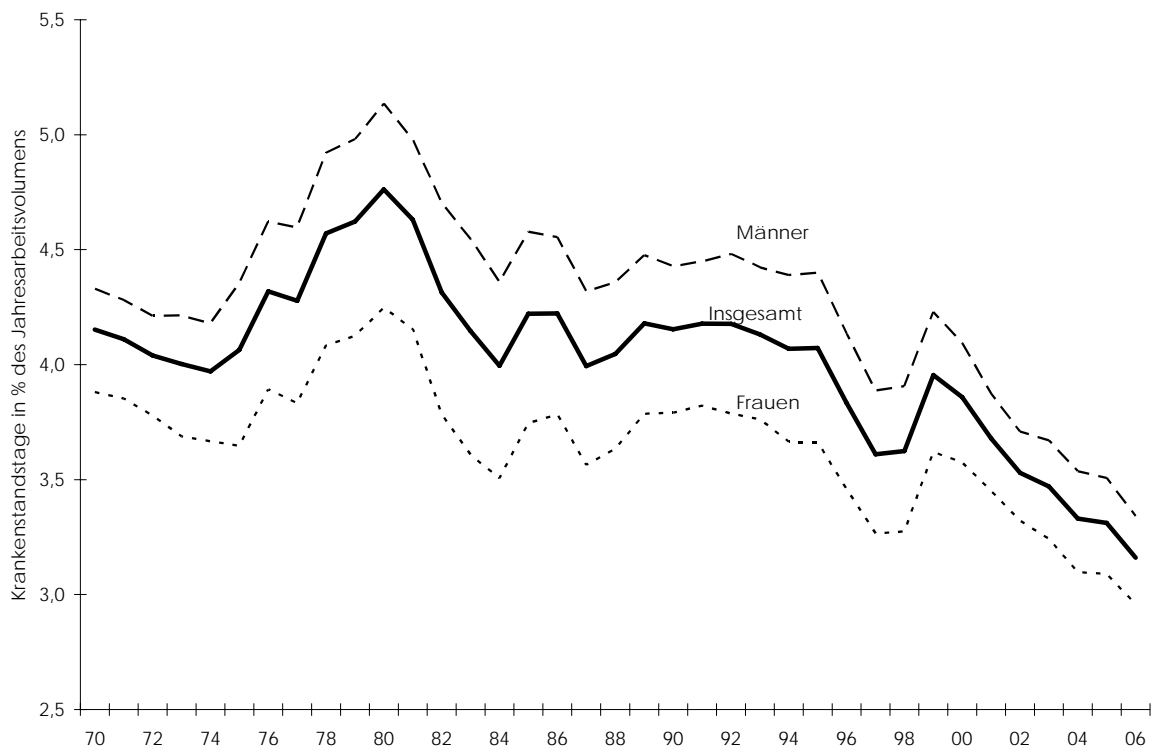
Krankschreibung: In Deutschland endet fast die Hälfte der Krankenstandsepisoden an einem Freitag. Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 14% der Fälle zu Ende gehen, entfallen in Deutschland auf die restlichen Tage jeweils etwa 8% der Krankenstandsbeendigungen. Hinter der Differenz zwischen 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 von unterschiedlicher Belastung durch Risikofaktoren und unterschiedlichen 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.

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 ist<sup>10</sup>): Männer sind hier häufiger wegen Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig als Frauen. Die Krankenstandsquote der Männer ist mit 3,3% (2006) um rund 13% höher als jene der Frauen, die bei 3,0% liegt. Dieser Abstand entspricht jenem der frühen siebziger Jahre; im langfristigen Zeitraum haben sich die Krankenstandsquoten der beiden Geschlechter parallel entwickelt (Abbildung 1.12). An der geschlechtsspezifischen Differenz bei den Krankenständen hat sich nicht viel verändert, ein Anstieg der Krankenstände ist aber im Beobachtungszeitraum immer mit einer Ausweitung des geschlechtsspezifischen Unterschieds einhergegangen. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der achtziger 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 verringert. 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. Es kann schon vorweg angemerkt werden, dass vor allem

<sup>10</sup>) 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.

die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt für die hohen Krankenstände der österreichischen Männer maßgebend ist: Männer sind in Arbeiterberufen, 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 Unfallrisiken überdurchschnittlich ist.

### 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 25 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf Arbeiterberufe in Verbindung gebracht werden kann<sup>11)</sup>. Im Haupterwerbsalter (25 bis 44 Jahre) erreichen die Krankenstandsquoten die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 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 des Haupterwerbsalters. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren Arbeitnehmern und 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: 2006 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 110.000 Männer und 68.000 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 6% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 27.000 Männer und 7.500 Frauen (1,2% der Versicherten).

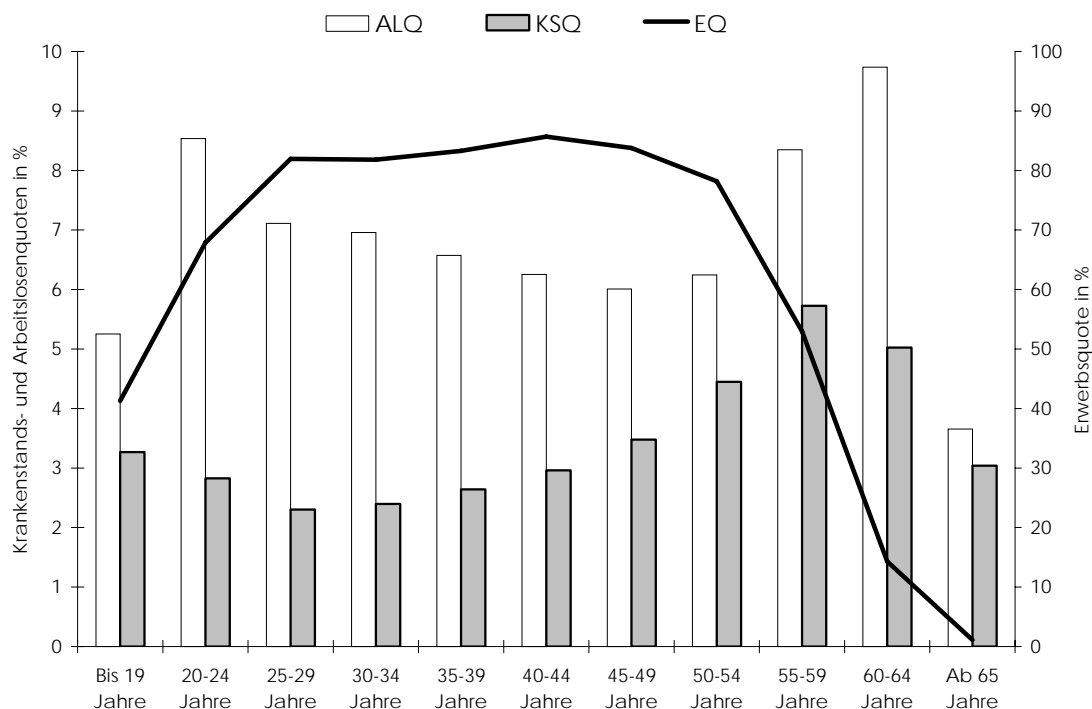
Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren knapp 3.500 über-65-jährige Männer und 2.300 über-65-jährige Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,2% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Erwerbsquote, die bei den 50- bis 54-Jährigen noch 78% beträgt, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 53% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 14% ab (Jahr 2006, siehe Abbildung 1.13). Zudem steigt die Arbeitslosigkeit im Alter stark an: Die Arbeitslosenquoten der 55- bis 59-Jährigen lag 2006 mit 8,3%, jene der 60- bis 64-Jährigen mit 9,7% deutlich über dem Durchschnittswert von 6,8%. 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 2006 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 5.200, in der Altersgruppe

---

<sup>11)</sup> Im Jahr 2006 betrug der ArbeiterInnenanteil an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten knapp 44%, bei den 15- bis 19-Jährigen allerdings 67% und bei den 20- bis 25-Jährigen rund 50%.

der 55- bis 59-Jährigen allerdings rund 13.500 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension<sup>12)</sup>. 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, 2006



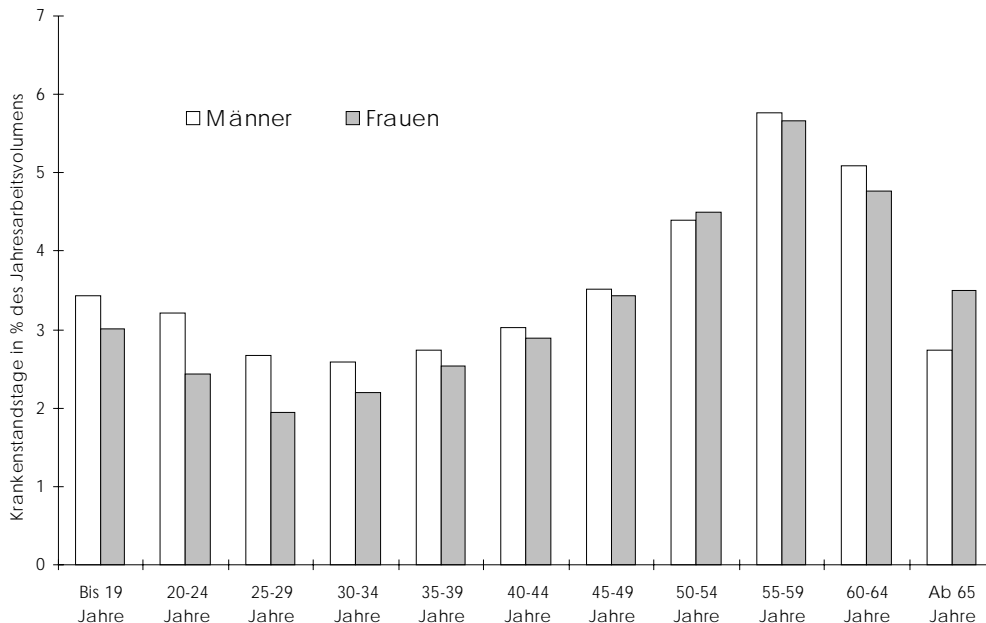
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 Faktoren besonders ins Gewicht fallen (Extremsportarten, risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, usw.). 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

<sup>12)</sup> Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Jahresstatistik der Pensionsversicherung, Berichtsjahr 2006.

Statistik Austria hervorgeht, haben junge Männer zwischen 20 und 30 Jahren eine dreimal so hohe Sterbewahrscheinlichkeit als gleichaltrige Frauen<sup>13)</sup>.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

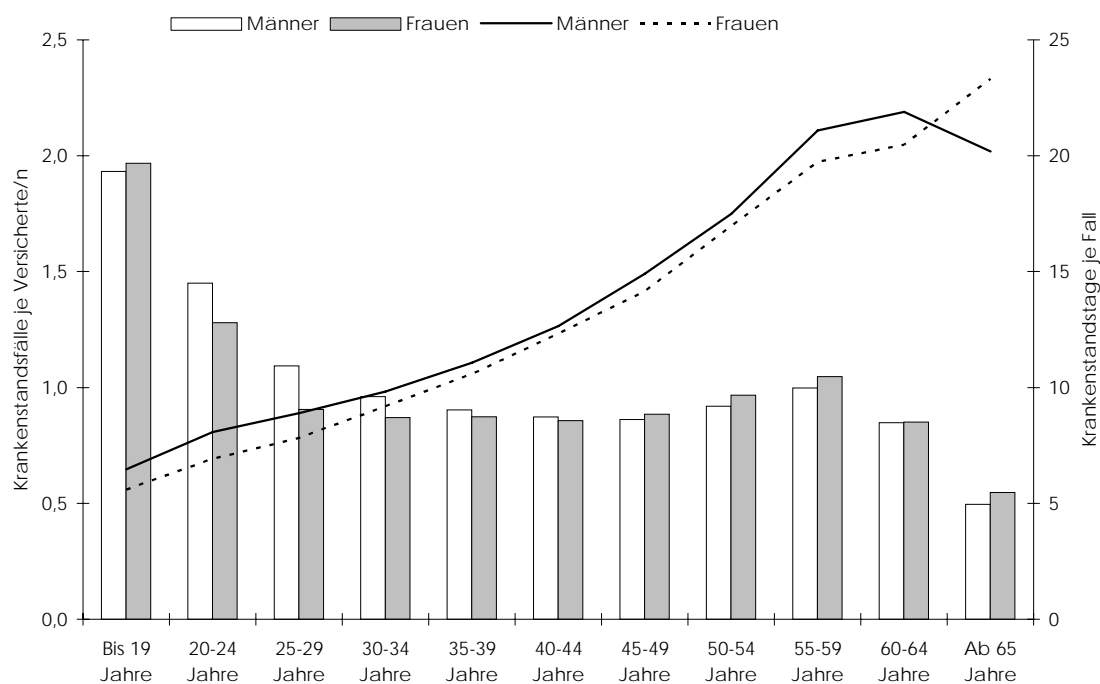
Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle<sup>14)</sup>. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis 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 Haupterwerbssalter 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 Kran-

<sup>13)</sup> 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.

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

kenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 7 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen mehr als drei Mal so lang (2006). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht  
2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildungen 1.16 und 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar.

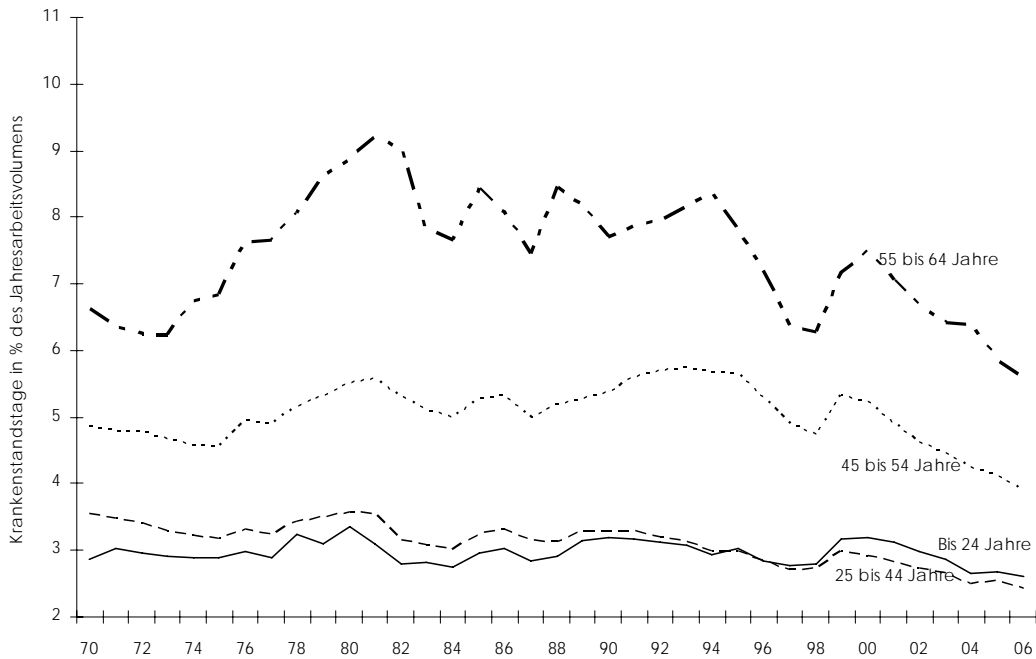


Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass bei den Frauen wie auch bei den Männern die jährlichen Veränderungen der Krankenstandsquote von älteren Altersgruppen im Zeitraum von 1970 bis 2006 deutlich stärker ausfielen als die von jüngeren Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten<sup>15)</sup> 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 – Biffi – Guger, 2008B*).

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 und Arbeitnehmer 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 Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein. Ab Mitte der neunziger 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 Krankenstandsquoten, 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. Übersicht 1.3 zeigt anhand einer Shift-Share-Analyse<sup>16)</sup> den Beitrag von Veränderungen der Besetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen ("Demographie") und der altersgruppenspezifischen Krankenstandsquoten ("Morbidität") zur Entwicklung der Krankenstandsquote in der Periode 1975/2005. Insgesamt wirken sich demographische Veränderungen in den einzelnen 5-Jahres-Perioden mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau aus. Es ist beispielsweise ersichtlich, dass der rapiden Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und

---

<sup>15)</sup> 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.

<sup>16)</sup> Für eine Erklärung der angewendeten Methode siehe Anhang A.

1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. fast 20%) 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.

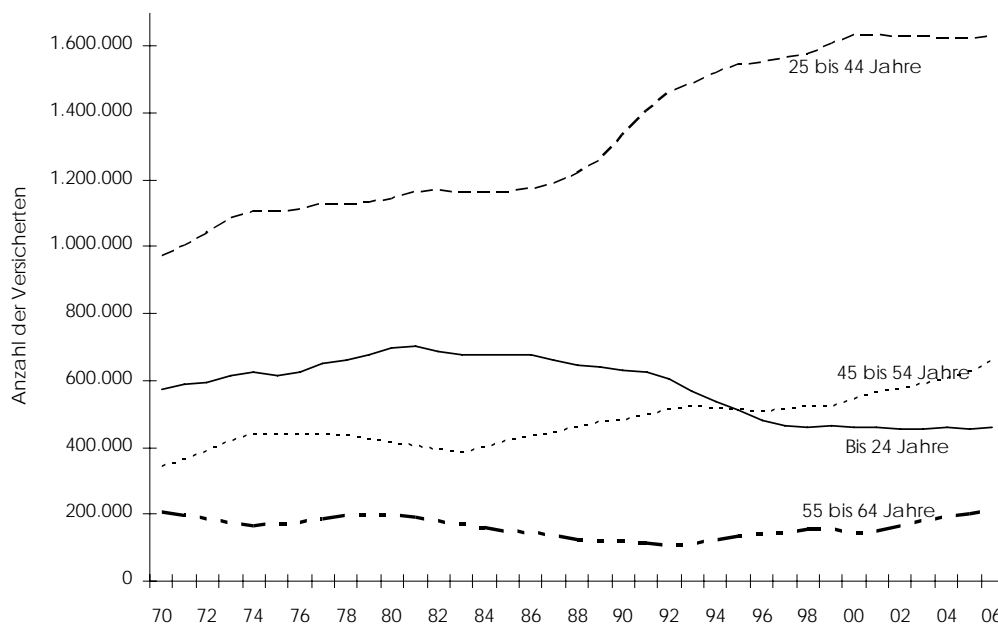
*Übersicht 1.3: Zerlegung der Krankenstandsquote in Komponenten 1975 bis 2005*

Altersgruppen	Jahre 1975/1980		Jahre 1980/1985		Jahre 1985/1990	
	Demographie	Morbidität	Demographie	Morbidität	Demographie	Morbidität
	In Prozentpunkten					
Bis 19 Jahre	0,03	0,07	- 0,06	- 0,05	- 0,08	± 0,00
20 bis 24 Jahre	0,05	0,08	0,05	- 0,07	- 0,05	0,04
25 bis 29 Jahre	- 0,05	0,07	0,06	- 0,07	0,06	0,01
30 bis 34 Jahre	- 0,01	0,08	- 0,03	- 0,06	0,07	- 0,01
35 bis 39 Jahre	0,00	0,05	0,00	- 0,02	- 0,01	- 0,01
40 bis 44 Jahre	0,06	0,02	0,02	- 0,04	0,01	0,02
45 bis 49 Jahre	- 0,07	0,07	0,08	- 0,06	0,01	± 0,00
50 bis 54 Jahre	- 0,04	0,11	- 0,07	0,01	0,07	- 0,03
55 bis 59 Jahre	0,13	0,11	- 0,11	0,01	- 0,11	- 0,01
60 bis 64 Jahre	- 0,09	0,07	- 0,05	- 0,04	- 0,02	- 0,02
Ab 65 Jahre	- 0,02	± 0,00	- 0,02	- 0,01	± 0,00	± 0,00
Insgesamt	- 0,03	0,73	- 0,13	- 0,41	- 0,06	- 0,01
Veränderung in der KSQ	0,70		In Prozentpunkten - 0,54		- 0,07	
Altersgruppen	Jahre 1990/1995		Jahre 1995/2000		Jahre 2000/2005	
	Demographie	Morbidität	Demographie	Morbidität	Demographie	Morbidität
	In Prozentpunkten					
Bis 19 Jahre	- 0,09	0,00	- 0,01	- 0,01	- 0,03	- 0,02
20 bis 24 Jahre	- 0,12	- 0,02	- 0,07	- 0,01	0,00	- 0,05
25 bis 29 Jahre	0,00	- 0,04	- 0,08	- 0,03	- 0,03	- 0,07
30 bis 34 Jahre	0,08	- 0,02	0,00	- 0,03	- 0,07	- 0,07
35 bis 39 Jahre	0,08	- 0,02	0,07	- 0,03	- 0,02	- 0,07
40 bis 44 Jahre	0,00	- 0,02	0,08	- 0,04	0,06	- 0,07
45 bis 49 Jahre	0,01	0,02	0,00	- 0,04	0,07	- 0,07
50 bis 54 Jahre	0,00	0,02	0,03	- 0,03	0,01	- 0,12
55 bis 59 Jahre	0,05	- 0,01	0,00	- 0,02	0,09	- 0,09
60 bis 64 Jahre	- 0,01	0,00	0,01	- 0,01	0,02	- 0,02
Ab 65 Jahre	± 0,00	± 0,00	± 0,00	± 0,00	± 0,00	± 0,00
Insgesamt	0,01	- 0,09	0,03	- 0,25	0,09	- 0,64
Veränderung in der KSQ	- 0,08		In Prozentpunkten - 0,21		- 0,55	

Q: *Leoni – Biffl – Guger* (2008); Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Demographie" = Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigung; "Morbidität" = Veränderung in der altersspezifischen Krankenstandsquote.

Die Berechnungen ergeben, dass der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung dagegen vernachlässigbar war bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkte. 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 leistete die demographische Entwicklung einen vergleichsweise geringen Beitrag zur deutlichen Senkung der allgemeinen Krankenstandsquote (-0,5 Prozentpunkte, d. h. -12%). 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 zwischen 1975 und 2005 zeigt in den ersten drei 5-Jahres-Perioden (1975/1980, 1980/1985 und 1985/1990) eine dämpfende Wirkung der demographischen Verschiebungen auf die Krankenstände, während in den letzten 1½ Jahrzehnten (1990/1995, 1995/2000 und 2000/2005) Verschiebungen der demographischen Zusammensetzung allein eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der achtziger Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Ab 1990 erschöpfte sich dieser positive Effekt, der demographische Wandel schlug sich negativ, d. h. steigernd, auf die Krankenstandsquote nieder.

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe



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 Anstieg begriffen ist. Da die Babyboom-Generation<sup>17)</sup> erst in den nächsten fünf bis zehn Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Dieser demographische Effekt allein wird allerdings begrenzt sein: 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 2 Krankenstandstage pro Kopf und Jahr bewirken werden (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*). Wie auch die Ergebnisse aus der Shift-Share-Analyse bestätigen, spielen die Schwankungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zumindest mittelfristig eine größere Rolle als der demographische Wandel. Die tatsächliche Entwicklung der Krankenstände wird somit maßgeblich davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit 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 in 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

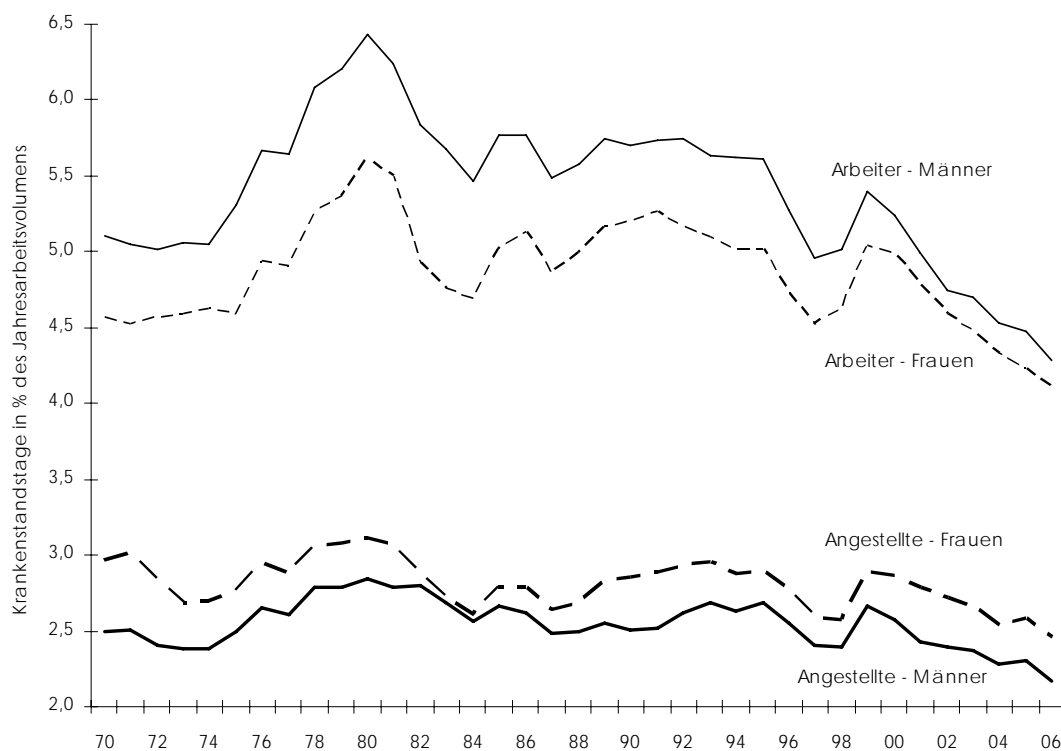
---

<sup>17)</sup> Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der fünfziger Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

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.

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht



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)<sup>18)</sup>. Im Schnitt sind ArbeiterInnen 15½ Tage, Ange-

<sup>18)</sup> Aus statistischer Sicht tragen auch die Kurzkrankenstände, die vor allem in der Vergangenheit bei den ArbeiterInnen vollständiger erfasst wurden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zu dieser Differenz bei.

stellte nur 8½ Tage im Jahr krank geschrieben (2006). Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der siebziger 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 Sektor<sup>19)</sup> 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 merklich niedrigere Krankenstandsquote als Arbeiter haben, sind bei den Angestellten Frauen im Durchschnitt etwas öfters 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.

*Übersicht 1.4: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht 2006*

	Insgesamt	Krankenstandstage		Krankenstandsquote	
		Arbeitsunfälle	Anteil Arbeitsunfälle (in %)	Insgesamt	Um Unfälle bereinigt
Arbeiter, Männer	13.652.786	1.968.718	14,4	4,3	3,7
ArbeiterInnen, Frauen	6.314.119	353.957	5,6	4,1	3,9
Angestellte, Männer	5.530.380	299.533	5,4	2,2	2,0
Angestellte, Frauen	8.690.846	283.641	3,3	2,5	2,4
Männer	19.183.166	2.268.251	11,8	3,3	2,9
Frauen	15.004.965	637.598	4,2	3,0	2,8
ArbeiterInnen	19.966.905	2.322.675	11,6	4,2	3,7
Angestellte	14.221.226	583.174	4,1	2,3	2,2
Insgesamt	34.188.131	2.905.849	8,5	3,2	2,9

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

<sup>19)</sup> Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/1980 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden kann (siehe Abbildung 1.19 und 1.20).

von Krankenstandstagen, dann ergibt sich für die Arbeiter eine geringere Krankenstandsquote als für die Arbeiterinnen (Übersicht 1.4). Daraus lässt sich schließen, dass die Differenz in den Fehlzeiten von Frauen und Männern in Arbeiterberufen 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 2,0%, Frauen von 2,4%. 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 Arbeiterberufen auch nach der Bereinigung höher als jene der Frauen. Diese Berechnungen basieren auf der Krankheitsgruppenstatistik des Hauptverbands<sup>20)</sup>, 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 anerkannt<sup>21)</sup>. 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 werden<sup>22)</sup>. 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 Unfallgeschehen nicht nur unter den Angestellten, sondern auch unter den ArbeiterInnen geringere Fehlzeiten als Frauen haben, findet allerdings Bestätigung (siehe *Leoni – Biffi – Guger*, 2008).

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<sup>23)</sup>. 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

---

<sup>20)</sup> Hierzu wurden die Kategorien "Arbeitsunfälle als Wegunfälle" und "Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)" zusammengefasst.

<sup>21)</sup> 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.

<sup>22)</sup> So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2004 knapp 1,9 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 3 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

<sup>23)</sup> Im zweiten Kapitel der Studie (Abschnitt 2.6) werden multivariate Analysen durchgeführt, die es ermöglichen, die Beschäftigungsstruktur in den einzelnen Branchen bei der Ermittlung der Krankenstände zu berücksichtigen; allerdings beziehen sich diese Berechnungen ausschließlich auf Daten für Oberösterreich.



zwischen Branchen beobachten. Für einen Vergleich nach Branchen<sup>24)</sup> werden die durchschnittlichen Krankenstandsquoten über einen Zeitraum von fünf Jahren (2002/2006) herangezogen (siehe Übersicht 1.5):

- 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 Drittel höher als der Durchschnitt.
- Im Bauwesen und in der Erzeugung von Stein- und Glaswaren ist die Häufigkeit von Fehlzeiten auch stark ausgeprägt. Die Bereiche der Verarbeitung von Holz und Papier und des Druck- und Verlagswesens haben die niedrigsten Krankenstandsquoten im Sachgüterbereich.
- Im Dienstleistungsbereich sind vor allem die Bereiche der öffentlichen Verwaltung und des Verkehrs und der Nachrichtenübermittlung durch hohe Krankenstandsquoten gekennzeichnet.
- Im Unterrichtswesen<sup>25)</sup> und im Kredit- und Versicherungswesen findet man hingegen die geringste Anzahl von Fehlzeiten, die Krankenstandsquote dieser Branchen liegt ein Drittel unter dem Durchschnitt.

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 Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. In Österreich gingen im Bauwesen im Jahr 2005 rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurück (*Leoni – Biffi – Guger, 2008*). Auch in den anderen Branchen des Sachgüter erzeugenden Bereichs verursachen 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 signifikanten 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 bleibt auch nach einer solchen Bereinigung das Gefälle zwischen den Sektoren erhalten: Im Dienstleistungsbereich liegen nur Verkehr, öffentliche Verwaltung und Gesundheitssektor über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt, in der Sachgütererzeugung haben alle Branchen nach wie vor überdurchschnittliche Krankenstandsquoten (*Leoni – Biffi – Guger, 2008*).

---

<sup>24)</sup> Hierzu wird die vom Hauptverband verwendete Einteilung nach 21 ÖNACE-Wirtschaftsklassen eingesetzt.

<sup>25)</sup> Für das Unterrichtswesen liegt die Vermutung nahe, dass es durch die Sommerferien in vielen Fällen zu einer Unterfassung der tatsächlich eintretenden Krankheitsfälle kommt.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht  
Durchschnitt 2002 bis 2006

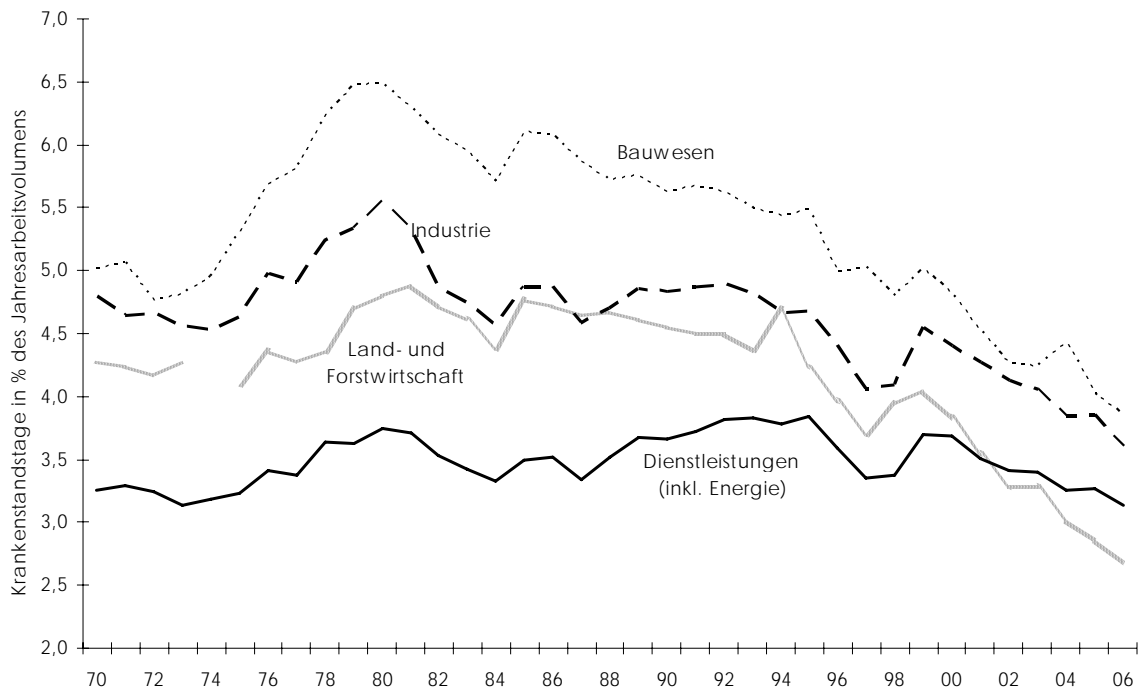
ÖNACE	Branchenbezeichnung	Insgesamt	Männer In %	Frauen
1-5	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Fischzucht	3,0	3,1	2,8
10-14	Bergbau, Steine, Erden	3,7	3,9	2,5
15-16	Nahrungsmittel, Getränke, Tabak	3,7	3,8	3,6
17-19	Textilien, Bekleidung, Leder	4,2	4,1	4,2
20-22	Holz, Papier, Verlag, Druck, Vervielfältigung	3,6	3,7	3,3
23-25	Chemie, Gummi- und Kunststoffwaren	3,8	3,9	3,7
26	Stein- und Glaswaren	4,1	4,2	3,7
27-35	Erzeugung und Verarbeitung von Metallen, Maschinenbau	3,9	3,9	3,9
36-37	Möbel, Schmuck, Musikinstrumente, Sportwaren, Recycling	4,5	4,1	5,7
40-41	Energie- und Wasserversorgung	3,5	3,6	3,3
45	Bauwesen	4,2	4,3	2,9
50-52	Handel, Reparatur	3,1	3,1	3,1
55	Beherbergungs- und Gaststättenwesen	3,1	2,8	3,3
60-64	Verkehr und Nachrichtenübermittlung	4,0	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	2,0	2,4
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	3,3
95-97	Private Haushalte	2,7	2,7	2,7
	Insgesamt	3,4	3,6	3,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branchen sind auf verschiedene Erklärungsfaktoren zurückzuführen. Eine wichtige Rolle spielt in dieser Hinsicht der Tätigkeitsbereich der ArbeitnehmerInnen, der nach Branche, aber auch Geschlecht segmentiert ist. Zugleich 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 2002/2006 lag die Krankenstandsquote der Männer um rund 50% höher als jene der Frauen. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in anderen Branchen des produzierenden Bereichs mit einem hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften (z. B. Bergbau und Stein- und Glaswaren), wo die Krankenstandsquote der Männer die Krankenstandsquote der Frauen deutlich übersteigt. Es überrascht hingegen, dass in der Erzeugung und Verarbeitung von Metallen Frauen und Männer annähernd gleich hohe Krankenstandsquoten aufweisen. Bei einer detaillierten Betrachtung nach Wirtschaftsklassen ist ersichtlich, dass die Krankenstände der Frauen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (ÖNACE 27) und in der Herstellung von Metallerzeugnissen (ÖNACE 28) geringer als jene der Männer sind, im Maschinenbau (ÖNACE 29), und hier insbesondere bei den ArbeiterInnen, das Gegenteil zutrifft. Es gibt auch Branchen, wie jene der Textil- und Bekleidungsherstellung, in denen Frauen höhere Krankenstände als Männer aufweisen. Im Dienstleistungsbereich sind die Differenzen im Krankenstandsgeschehen der Männer und Frauen geringer. Anders als in

der Sachgüterproduktion sind in den Dienstleistungen typischerweise Frauen häufiger als Männer krankheitsbedingt vom Arbeitsplatz fern; dies trifft besonders auf das Beherbergungs- und Gaststättenwesen, auf das Kredit- und Versicherungswesen und auf das Unterrichtswesen zu.

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.

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 erschwert. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Branchen der Sachgütererzeugung, allen voran die Branchen der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, weisen in den siebziger und achtziger Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten Einteilung 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 siebziger Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Sachgüterbereich und Dienstleistungssektor; die Krankenstandsquote im Bauwesen entfernte

sich hingegen stärker von den restlichen Branchen. Zu Beginn der neunziger Jahre glich sich das Krankenstandsgeschehen im Dienstleistungs- und Sachgüterbereich 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 des Sachgüterbereichs. Diese Entwicklung kann anhand einer Zusammenfassung der Branchen in große Wirtschaftszweige, die eine durchgehende, langfristige Betrachtungsweise ermöglicht, dargestellt werden (siehe Abbildung 1.20).

#### 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, 2007*) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamten und Beamtinnen des Bundes (133.312 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten zu Jahresende 2006) zu ergänzen. 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 2006 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 3,5% und jene der Vertragsbediensteten 2,7% betrug (Übersicht 1.6). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,2%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht mit 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 3,0% (2006). 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 2006 um 1 Prozentpunkt (das entspricht fast einem Drittel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,2% gegenüber 3,2%, siehe Übersicht 1.6). Im mittelfristigen Zeitraum (2000 bis 2006) verlief die Entwicklung bei den Bundesbediensteten zwar weniger gleichmäßig, aber doch ähnlich wie bei den Angestellten.

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 Krankenstands-

quote nach oben: 2006 waren 28,4% der Bundesbediensteten, aber nur 16,9% der ASVG-Versicherten älter als 50 Jahre (bei den Angestellten waren es 16,3%<sup>26</sup>). 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 2,4%, der Abstand zu den Bundesbediensteten verringert sich auf 0,8 Prozentpunkte. Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und Beamten spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst, die etwa ein Fünftel des Personals bilden) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. 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 Beamten als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden.

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 der Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (*Oppolzer, 2000*). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (*Marstedt et al., 2001*). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungs-

---

<sup>26</sup>) Informationen zur (breiten) Altersstruktur der Bundesbediensteten können der Publikation zum Personal des Bundes (*Bundeskanzleramt, 2007*) entnommen werden. 2006 waren 10,2% der Bundesbediensteten jünger als 30 Jahre, 23,8% zwischen 30 und 40 Jahren, 37,6% zwischen 40 und 50 Jahren und 28,4% älter als 50 Jahre.

pflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen Arbeitgeber<sup>27)</sup>).

*Übersicht 1.6: Krankenstände der Bundesbediensteten in Vergleich zu denen der Angestellten*

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote
BeamtInnen <sup>1)</sup>	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
ASVG-Versicherte des Bundes <sup>1)</sup>	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
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes <sup>1)</sup>	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
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte <sup>1)</sup>	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
ASVG-versicherte Angestellte <sup>1)</sup>	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

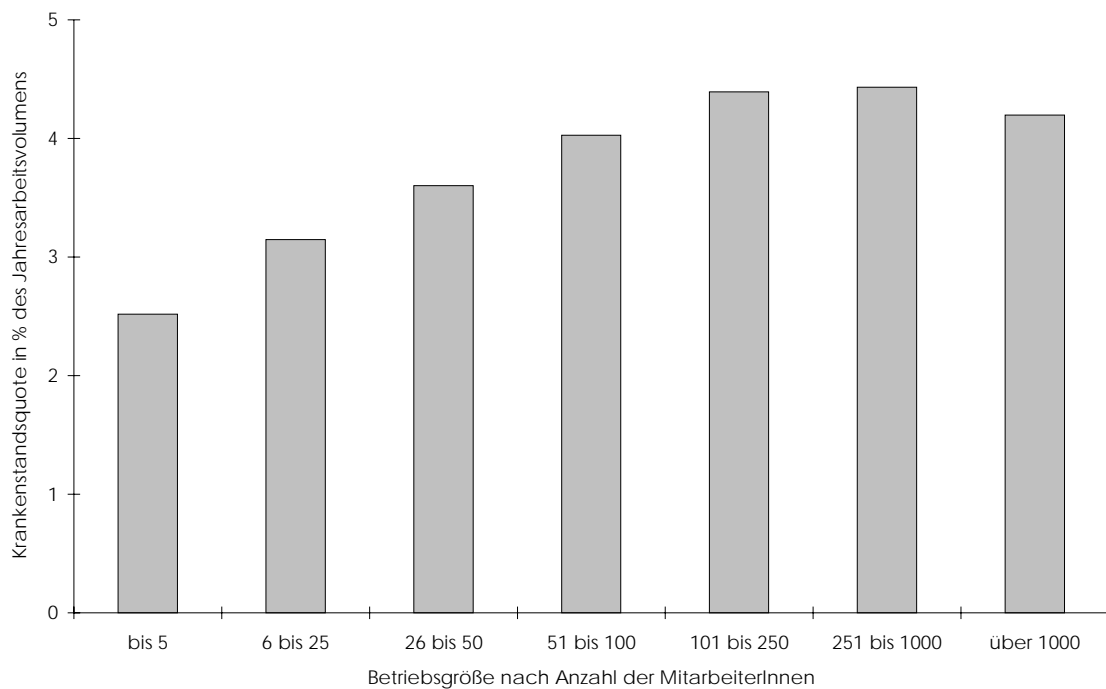
Q: Personalinformationssystem des Bundes, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. –  
<sup>1)</sup> Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren).

<sup>27)</sup> Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (BMSG, 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 Arbeitgeber nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (54.818 von 84.869 Pflichtstellen waren besetzt).

### 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)<sup>28)</sup> gefüllt werden. Eine Einteilung der Dienstgeber 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 liegt die Krankenstandsquote in Betrieben mit 51 bis 250 Beschäftigten um ein Drittel, in Betrieben mit über 250 Beschäftigten rund 40% 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 deutlich zu; Betriebe mit 101 bis 250 und jene mit 251 bis 1.000 Beschäftigten haben die höchste Krankenstandsquote; bei Großbetrieben (über 1.000 Beschäftigte) geht die Quote wieder zurück.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse, Oberösterreich



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen. – Daten für das Jahr 2003.

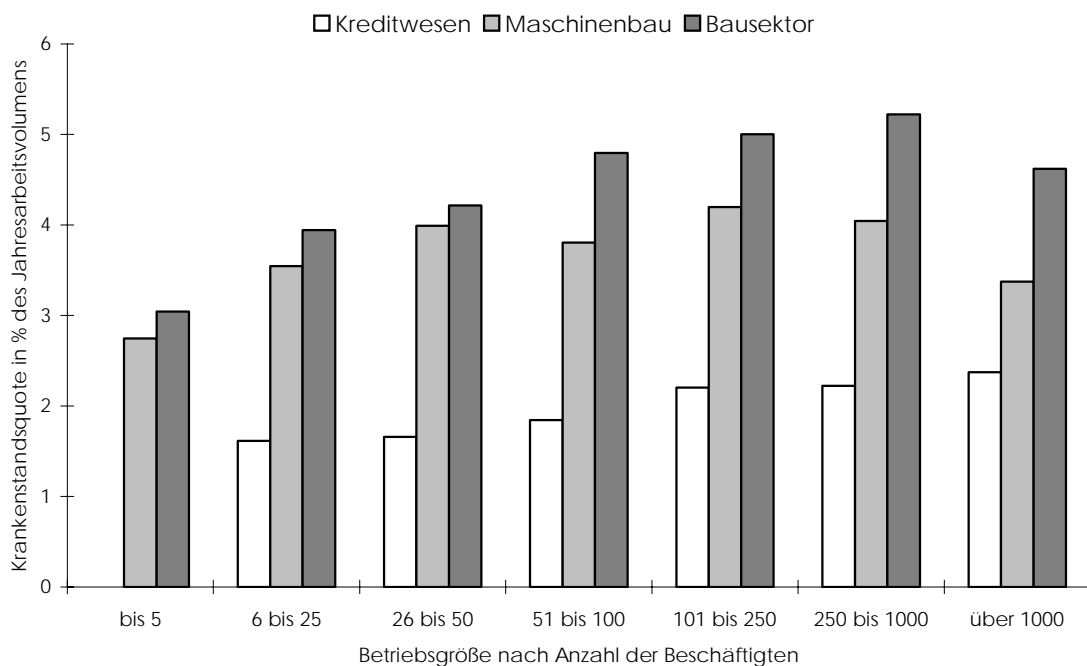
Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2008) anhand der

---

<sup>28)</sup> Dieser Individualdatensatz umfasst die oberösterreichischen Krankenstände der Jahre 2003 und 2004. Er dient als Basis für die Analysen im zweiten und dritten Kapitel des Berichts und wird dort ausführlicher beschrieben.

Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in Betrieben bis 1.000 Beschäftigte ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder geringere Krankenstandsquoten. Die Ergebnisse aus dem deutschen Fehlzeitenreport bestätigen somit, dass die Krankenstandsquote entlang den Betriebsgrößenklassen einem leicht konkaven Muster folgt<sup>29)</sup>. 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 1.22: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse und Branche, Oberösterreich



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen. – Daten für das Jahr 2003. Für das Kreditwesen werden Betriebe mit bis zu 5 Beschäftigten aufgrund der geringen Fallzahl nicht eigens ausgewiesen und zur Größenklasse 6-25 gezählt.

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 (vgl. Abschnitt 1.5.3). Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Bran-

<sup>29)</sup> Die Berechnungsergebnisse in Badura et al. (2006) unterscheiden sich in einigen Hinsichten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, die absoluten Werte sind nicht direkt vergleichbar. 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 10 Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.



chen- und des Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden<sup>30</sup>). Abbildung 1.22 zeigt den Zusammenhang zwischen Krankenstandsquote und Betriebsgröße für drei wichtige Branchen. Sowohl im Bausektor als auch im Maschinenbau und im Kreditwesen ist ein gewisser positiver Zusammenhang zwischen Größe des Unternehmens und Krankenständen erkennbar. Allerdings zeigen sich zwischen den Branchen deutliche Unterschiede. Sowohl im Kreditwesen als auch im Bausektor weisen kleine Betriebe die geringsten Krankenstandsquoten auf, die krankheitsbedingten Fehlzeiten steigen mit zunehmender Betriebsgrößenklasse. Im Bausektor ist der Anstieg stärker, allerdings haben Bauunternehmen mit mehr als 1.000 Beschäftigten wiederum deutlich weniger Krankenstände als Betriebe, die den mittleren Größenklassen zugeordnet werden können, das ist bei Banken nicht der Fall. Im Maschinenbau ist noch deutlicher als im Bausektor ein konkaves Muster entlang der Betriebsgrößenklassen erkennbar. Unternehmen mit mehr als 1.000 Beschäftigten haben in dieser Branche mit Ausnahme der Kleinstbetriebe die geringste Krankenstandsquote, auch in der Betriebsgrößenklasse 250 bis 1.000 Beschäftigte sind die Krankenstände vergleichsweise niedrig. Im Allgemeinen sind die Differenzen nach Betriebsgröße in dieser Branche vergleichsweise klein.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede ergeben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieser Beziehung sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht. Bezüglich dieses letzten Punktes kann grundsätzlich eine Differenzierung zwischen dem Güter produzierenden Sektor und dem Dienstleistungssektor vermutet werden. Man kann davon ausgehen, dass in Großbetrieben aufgrund der Möglichkeit, Skaleneffekte zu erzielen, Formen von betrieblicher Gesundheitsförderung in höherem Maße als in Kleinbetrieben Anwendung finden. Diese Maßnahmen dürften besonders im gewerblichen und industriellen Bereich, wo Arbeitsplatzbelastungen und Unfallgefährdung hoch sind, zu einer signifikanten Reduktion der Krankenstände beitragen. Im Dienstleistungssektor (z B. im Kreditwesen) dürfte dieser Effekt nicht ausreichen, um die ungünstige Wirkung der Betriebsgröße auf die Krankenstände überzukompensieren.

## 1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind<sup>31</sup>), ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von fast 96%. Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen.

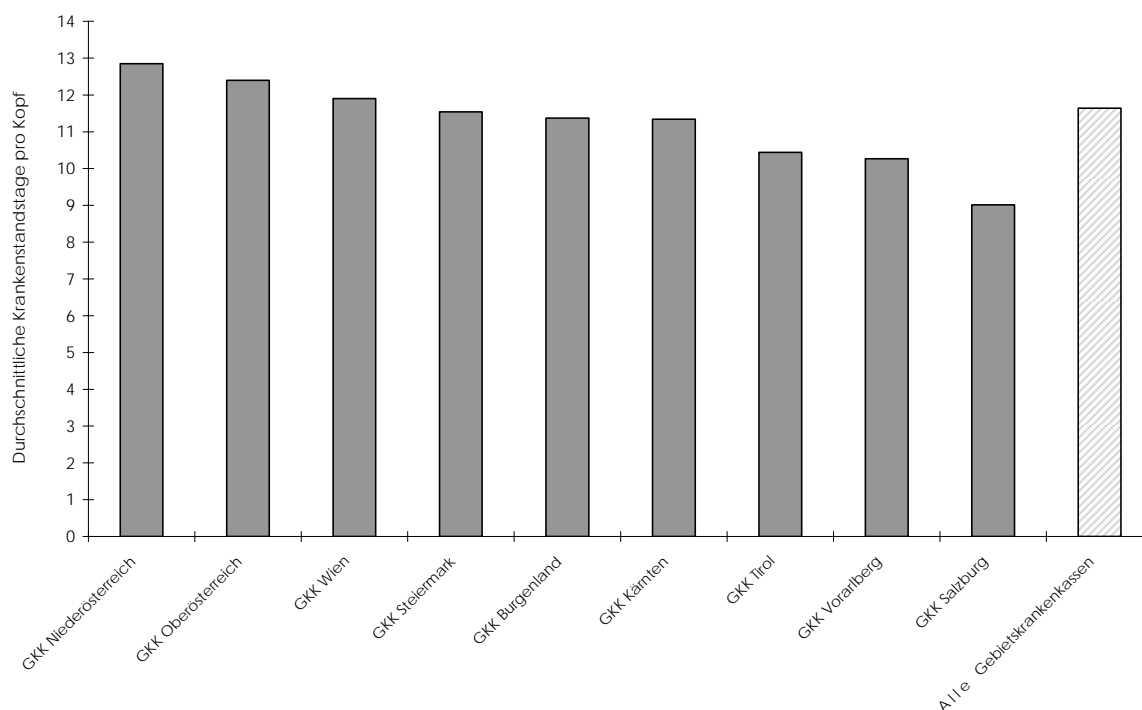
---

<sup>30</sup>) In einem weiteren Schritt, der im zweiten Kapitel der Studie ausgeführt wird, können auch andere relevante Merkmale, wie die Altersstruktur der Beschäftigten im Betrieb, berücksichtigt werden (Abschnitt 2.6).

<sup>31</sup>) Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie 7 Betriebskrankenkassen.

Die Werte aus dem Jahr 2006 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 11,6 Tagen pro Kopf marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Versicherten (11,5) lag (Abbildung 1.23). Die niederösterreichische und die oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 12,9 und 12,4 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr, die Gebietskrankenkasse Wien hatte mit 11,9 Krankenstandstagen pro versicherter Person ebenfalls überdurchschnittlich viele Krankenstände. Steiermark (11,5), Kärnten (11,4) und Burgenland (11,3) lagen nahe am bundesweiten Durchschnitt, während die Versicherten in Tirol (10,4) und Vorarlberg (10,3) gut einen Krankenstandstag weniger als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer hatten. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 9 Tage im Jahr krank geschrieben, sie lagen damit mit einer Krankenstandsquote von 2,5% um 23% unter dem österreichischen (3,2%) und um 30% unter dem niederösterreichischen (3,5%) Wert.

Abbildung 1.23: Krankenstände nach Bundesländern  
2006

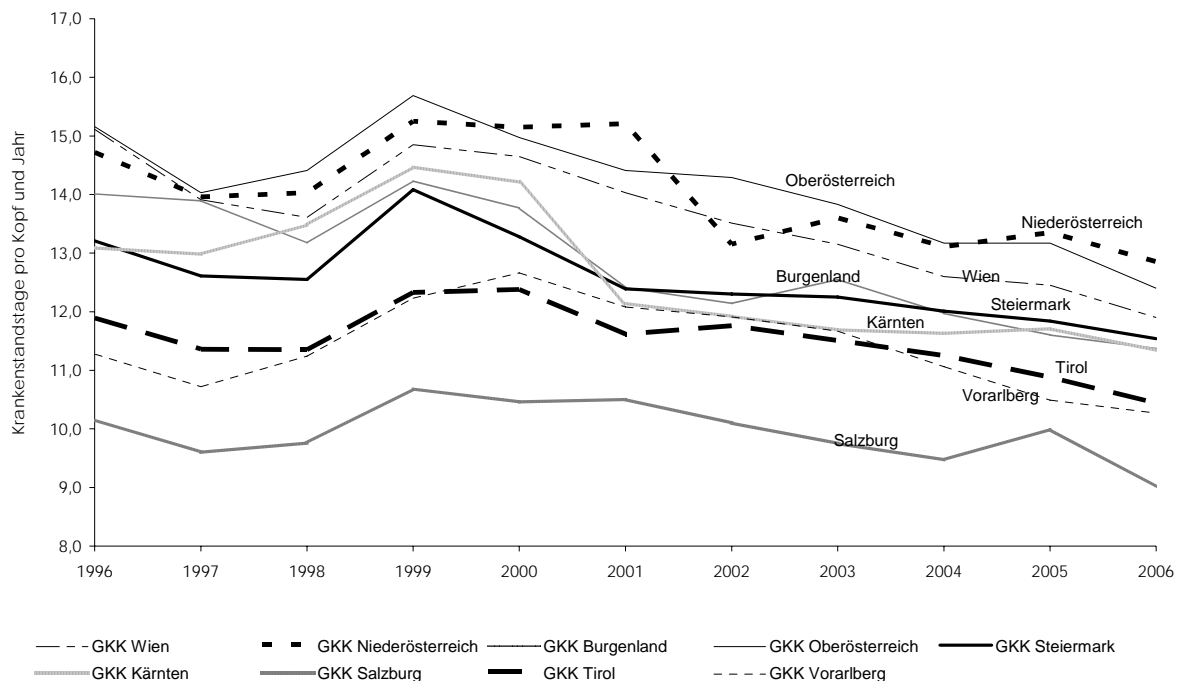


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2006) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.24). 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 2006 etwas stärker als in den restlichen Bundesländern zurückgegangen. Im Allgemeinen verlief die Entwicklung der Krankenstände in allen Bundesländern nach einem ähnlichen Muster: Unabhängig davon, ob man 1996, 1998 oder 2001 als Ausgangsjahr der Betrachtung heranzieht, waren die Krankenstände in allen Bundesländern bis zum Jahr 2006 rückläufig.

Abbildung 1.24: Krankenstandsentwicklung nach Bundesland  
Anzahl der Krankenstandstage pro Kopf und Jahr, 1996 bis 2006



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 Berufen maßgebend auf das Krankenstandsniveau 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 regi-

onalen 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 1.7 veranschaulicht, dass sich die unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen aus einer unterschiedlichen Kombination im Krankenstandslevel der einzelnen Gruppen von Beschäftigten ergeben. So kann beispielsweise die vergleichsweise hohe Krankenstandsquote der Gebietskrankenkasse Wien fast ausschließlich auf die überdurchschnittlichen Krankenstände der weiblichen Beschäftigten zurückgeführt werden: Während 2006 in Wien die männlichen Arbeiter mit einer Quote von 4,4% nur knapp über und die männlichen Angestellten mit 2,2% am bundesweiten Durchschnitt (4,3% und 2,2%) lagen, verzeichneten die Frauen sowohl in Arbeiterinnenberufen (4,9%) als auch in Angestelltenberufen (2,9%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt: 4,1% und 2,5%). Die hohen Krankenstände der Frauen in Wien lassen vermuten, dass sich die hohe Erwerbsbeteiligung und geringe Teilzeitquote der Wienerinnen, die vielfach für die Betroffenen eine doppelte Belastung durch Berufs- und Familienleben bedeutet, eine negative Wirkung auf die Krankenstände hat. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse ging dagegen im Wesentlichen auf die hohen Krankenstände der Arbeiterinnen (4,3%) und Arbeiter (4,6%) zurück, die angestellten Frauen und Männer lagen mit ihren Krankenständen genau im Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Sachgütererzeugung negativ auf das Krankenstandslevel niederschlagen. In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch – in höherem Ausmaß – die Arbeiterinnen und Arbeiter vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Bei der Gebietskrankenkasse Salzburg ist ebenfalls für alle Gruppen das gleiche Muster beobachtbar, auch wenn es sich hierbei um unter- und nicht um überdurchschnittliche Werte handelt: Sowohl die Arbeiterinnen (3,2%) und Arbeiter (3,4%) als auch die weiblichen und männlichen Angestellten (1,8% und 1,7%) hatten 2006 die niedrigsten Quoten aller Bundesländer.

*Übersicht 1.7: Krankenstände nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht  
Krankenstandsquoten (in %), 2006*

Versicherungsträger	Arbeiter und Angestellte			Arbeiter			Angestellte		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
Alle Gebietskrankenkassen	3,2	3,3	3,0	4,2	4,3	4,1	2,4	2,2	2,5
GKK Wien	3,3	3,1	3,4	4,6	4,4	4,9	2,6	2,2	2,9
GKK Niederösterreich	3,5	3,8	3,2	4,6	4,6	4,4	2,5	2,3	2,7
GKK Burgenland	3,1	3,3	2,9	3,9	3,9	3,8	2,4	2,2	2,4
GKK Oberösterreich	3,4	3,7	3,1	4,5	4,6	4,3	2,4	2,2	2,5
GKK Steiermark	3,2	3,5	2,8	4,1	4,3	3,7	2,3	2,1	2,4
GKK Kärnten	3,1	3,3	2,9	3,9	4,0	3,6	2,5	2,3	2,6
GKK Salzburg	2,5	2,7	2,3	3,3	3,4	3,2	1,8	1,7	1,8
GKK Tirol	2,9	3,0	2,7	3,7	3,7	3,6	2,1	1,9	2,2
GKK Vorarlberg	2,8	3,1	2,5	4,0	4,1	3,9	1,8	1,9	1,8

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Gruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.8 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Spalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2006. In der zweiten Spalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte<sup>32)</sup>. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (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 merklich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,5% belaufen, was einem Plus von 7% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung der Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland, in der Steiermark, in Nieder- und Oberösterreich und in Tirol.

*Übersicht 1.8: Normierung der Krankenstandsquote*

*Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2006*

	Tatsächliche Krankenstandsquote	Normierte Krankenstandsquote In %	Veränderung
GKK Wien	3,3	3,5	7,1
GKK Niederösterreich	3,5	3,4	- 2,5
GKK Burgenland	3,1	3,0	- 3,1
GKK Oberösterreich	3,4	3,3	- 2,4
GKK Steiermark	3,2	3,1	- 2,6
GKK Kärnten	3,1	3,1	- 1,0
GKK Salzburg	2,5	2,5	- 0,2
GKK Tirol	2,9	2,8	- 2,6
GKK Vorarlberg	2,8	2,8	- 0,7
<i>Insgesamt</i>	3,2	3,2	

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – Normierte Krankenstandsquote = Krankenstandsquote unter der Annahme einer durchschnittlichen Beschäftigungsstruktur (Arbeiter, Arbeiterinnen, angestellte Männer, angestellte Frauen).

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Niederösterreich und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer, allerdings weist nun Wien den Spit-

<sup>32)</sup> Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (siehe Übersicht 1.7).

zenwert aus. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,5%). 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 Arbeiter- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede<sup>33)</sup>, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle. Die Bedeutung der einzelnen Branchen und Unterbranchen 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 beispielsweise die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Keiner der verfügbaren Indikatoren kann alleine eine ausreichende Erklärungsbasis für die beobachteten Unterschiede auf regionaler Ebene liefern<sup>34)</sup>, was darauf schließen lässt, dass sich die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen aus dem Zusammenspiel von einer Vielzahl von Bestimmungsgründen ergeben.

## 1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Aus der Statistik nach Krankheitsgruppen (Übersicht 1.9) 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 10 häufigsten Diagnosegruppen über vier Fünftel (81,6%) aller Krankenstandsfälle und fast drei Viertel (72,9%) der Krankenstandstage. Betrachtet man die Statistik aus der Perspektive der Krankenstandstage, sind die 10 dominierenden Krankheitsgruppen für mehr als drei Viertel (75,8%) aller gemeldeten Krankenstandstage sowie 81,5% der Fälle verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die

---

<sup>33)</sup> So waren beispielsweise im Jahr 2006 Arbeiter und Arbeiterinnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (ÖNACE Wirtschaftsklasse 27) durchschnittlich 20,5 Tage, im Maschinenbau (28) 17,5 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,5 Tage krankgeschrieben.

<sup>34)</sup> Zu den Indikatoren, die in dieser Hinsicht untersucht wurden, zählen der Beschäftigungsanteil der Älteren (über 50 Jahre) bzw. Jüngeren (unter 25 Jahre), die Arbeitslosenquote sowie der Beschäftigungsanteil des Bauwesens bzw. des produzierenden Sektors insgesamt. Keiner dieser Indikatoren weist eine signifikante (positive oder negative) Korrelation mit den Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen auf.

Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme<sup>35)</sup> handelt es sich aber um die gleichen 10 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 40% der Krankenstandsfälle und knapp 40% der Fehlzeiten. Unfälle<sup>36)</sup> sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten. Die langfristige Entwicklung der Arbeitsunfälle zeigt einen Abwärtstrend, obschon sich der starke Rückgang der neunziger Jahre in den letzten Jahren nicht fortgesetzt hat. Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, 1994 waren es 619, im Jahr 2002 nur noch 408, im Jahr 2006 waren es jedoch 439. Somit waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2006 Jahr waren es 4,4%. 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 2006 3,9%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2006 um 42% reduziert worden, wobei der überwiegende Teil des Rückgangs auf die Jahre zwischen 1994 und 2004 zurückgeht. Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1980 noch 434 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1990 waren es 317, und 2000 220<sup>37)</sup>. Nachdem in den Jahren 2002 und 2003 die bis dahin niedrigste Anzahl an Unfällen registriert wurde (206), kam es nach einem Anstieg in den Jahren 2004 und 2005 (236 bzw. 219) in 2006 zu einem weiteren Rückgang auf 189 Unfälle mit tödlicher Todesfolge.

Sieht man von den Arbeitsunfällen<sup>38)</sup> ab, gingen immer noch 11,6% der Krankenstandstage auf andere Formen von Unfällen zurück. Sportunfälle waren für fast 3% der Fehlzeiten verantwortlich, Verkehrsunfälle verursachten weitere 1,7% der Krankenstandstage. Sonstige Unfälle (Freizeit, Haushalt) sind allerdings wesentlich häufiger, sie stellen 4% der Fälle und knapp 7% aller Krankenstandstage dar. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind Erkrankungen des Verdauungsapparates, des Kreislaufs und der Psyche.

---

<sup>35)</sup> Die Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und des Kiefers gehören zu den 10 häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. Die Sportunfälle sind bei den Krankenstandsfällen nur an 11. Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an 9. Stelle.

<sup>36)</sup> Vergiftungen gewerblicher und nicht gewerblicher Ursache werden auch zu den Unfällen gezählt; ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen ist aber marginal (0,06% der Krankenstandstage im Jahr 2004).

<sup>37)</sup> Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen (inklusive Wegunfälle und ohne Berufskrankheiten) aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (selbständig Erwerbstätige inkludiert), siehe *Allgemeine Unfallversicherungsanstalt* (2007).

<sup>38)</sup> 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 Ersterfassung (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 1.9: Krankheitsgruppenstatistik  
2006

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle Ø Anzahl Tage
	fälle	Anteil in %	
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	14,9	22,1	17,9
Krankheiten der oberen Luftwege	31,5	17,0	6,6
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	5,1	8,0	18,8
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	4,1	6,9	20,4
Psychiatrische Krankheiten	1,8	4,7	31,4
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	6,3	4,4	8,4
Darminfektionen	8,8	3,5	4,9
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	4,1	3,4	10,1
Sportunfälle	1,6	2,9	22,3
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	3,2	2,9	10,9
Krankheiten des Nervensystems	1,6	1,8	14,1
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	0,7	1,7	28,2
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	1,2	1,4	14,7
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,4	1,4	12,0
Ischämische Herzkrankheiten	0,3	1,2	41,7
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	0,8	1,1	17,5
Gutartige Neubildungen	0,5	1,0	22,7
Endokrinopathien, Immun-Krankheiten	0,6	0,9	19,4
Krankheiten der Harnorgane	1,2	0,9	9,3
Krebs der Brust, Harn- und Geschlechtsorgane	0,2	0,9	47,2
Komplikationen der Gravidität, Entbindung, Wochenbett	0,9	0,9	11,9
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	0,4	0,8	26,0
Krankheiten des Ohres	1,0	0,8	10,1
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	0,4	0,8	21,7
Affektionen des Auges	0,9	0,7	10,3
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	1,7	0,7	5,1
Cerebrovaskuläre Krankheiten	0,1	0,6	69,4
Sonstige Herzkrankheiten	0,3	0,6	27,5
Sonstige Neubildungen	0,2	0,5	34,4
Hypertonie	0,4	0,5	15,5
Virusinfektionen	0,5	0,5	10,6
Sonstige exogene Ursachen (z. B. medizinische Komplikationen)	0,3	0,4	17,3
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,4	13,1
Sonstige Kreislaufkrankheiten	0,5	0,3	7,2
Unbekannte exogene Ursachen	0,3	0,3	11,5
Sonstige solide Krebse	0,1	0,3	34,7
Krebs der Verdauungsorgane	0,1	0,3	49,9
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	0,2	0,3	16,7
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	0,2	0,2	13,7
Krankheiten der Arterien	0,1	0,2	29,9
Hämoblastosen	0,1	0,2	40,7
Fehlgeburt, Interruptio	0,2	0,2	11,3
Krebs der Atmungsorgane	0,0	0,2	67,0
Kongenitale Missbildungen	0,1	0,2	22,9
Sonstige bakterielle Infektionen	0,1	0,2	14,3
Absichtliche Verletzungen durch andere Personen, Tötung	0,1	0,2	18,0
Krankheiten des Blutes	0,1	0,1	16,4
Sonstige Infektionskrankheiten	0,1	0,1	18,0
Sonstige Krankheiten	0,2	0,3	21,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.



Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen<sup>39)</sup> 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 Österreich<sup>40)</sup>. 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 11,3 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen typischerweise Darminfektionen (4,9 Tage), Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse und des Kiefers (5,1 Tage) sowie Erkrankungen der oberen Atemwege (6,6 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (17,9 Tage), die Unfälle (zwischen 18,8 und 22,3 Tagen) und vor allem die psychiatrischen Krankheiten (31,4 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. Im anschließenden Kapitel 2 wird eine vertiefende Analyse der Krankenstände nach Diagnosen durchgeführt, dabei ist es möglich, bei der unterschiedlichen Dauer von Krankheitsepisoden auch persönliche Merkmale wie das Alter und die berufliche Stellung stärker zu berücksichtigen.

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 Frauen<sup>41)</sup>. 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 ver-

---

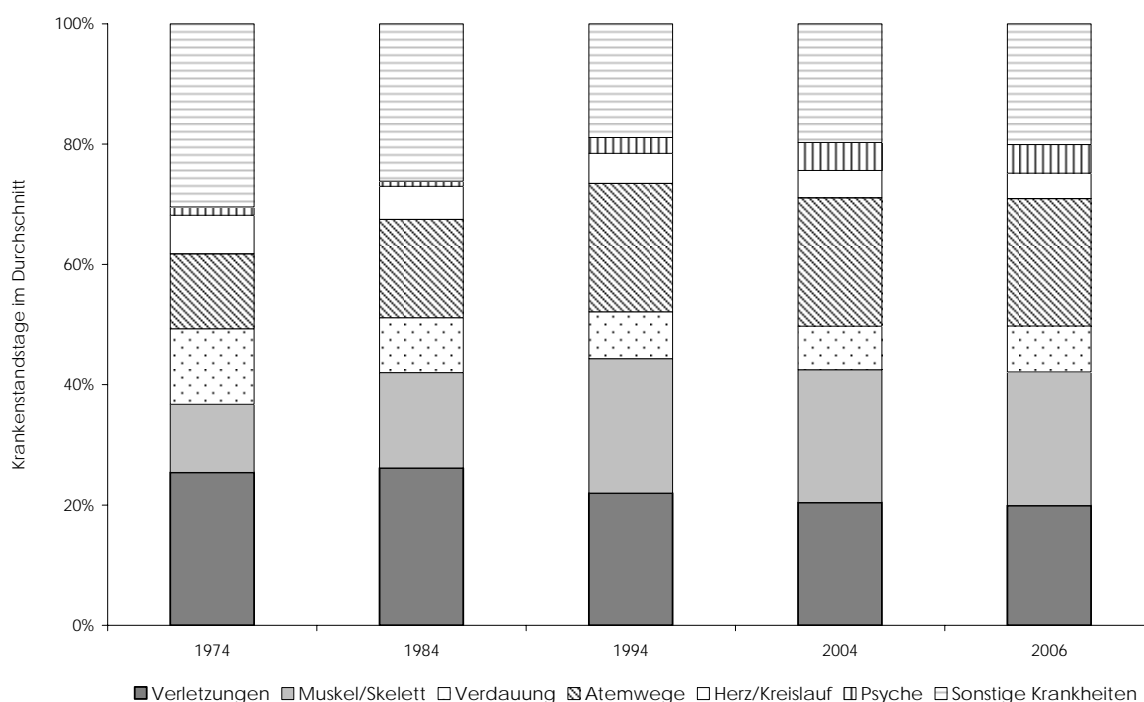
<sup>39)</sup> Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen sowie Zwischenstufen.

<sup>40)</sup> In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems die mit Abstand häufigste Hauptgruppe von Todesursachen dar; 2006 wurden vier von zehn Sterbefällen (43,7% bzw. 32.486 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen\\_ausgewaehlte/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/todesursachen/todesursachen_ausgewaehlte/index.html)).

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

laufen die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt länger, weshalb die Anzahl von Krankenstandstagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen sind, bei Männern nur um ein Achtel höher als bei Frauen ist. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Herz-Krankheiten, Männer sind fast dreimal so oft wie Frauen von ischämischen Herzkrankheiten (die unter anderem 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 2006 auf 100 Männer im Schnitt 1,2 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 2,2 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl von Krankenstandstagen bei Frauen fast 80% 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 1.25: Zusammensetzung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen, Anteile

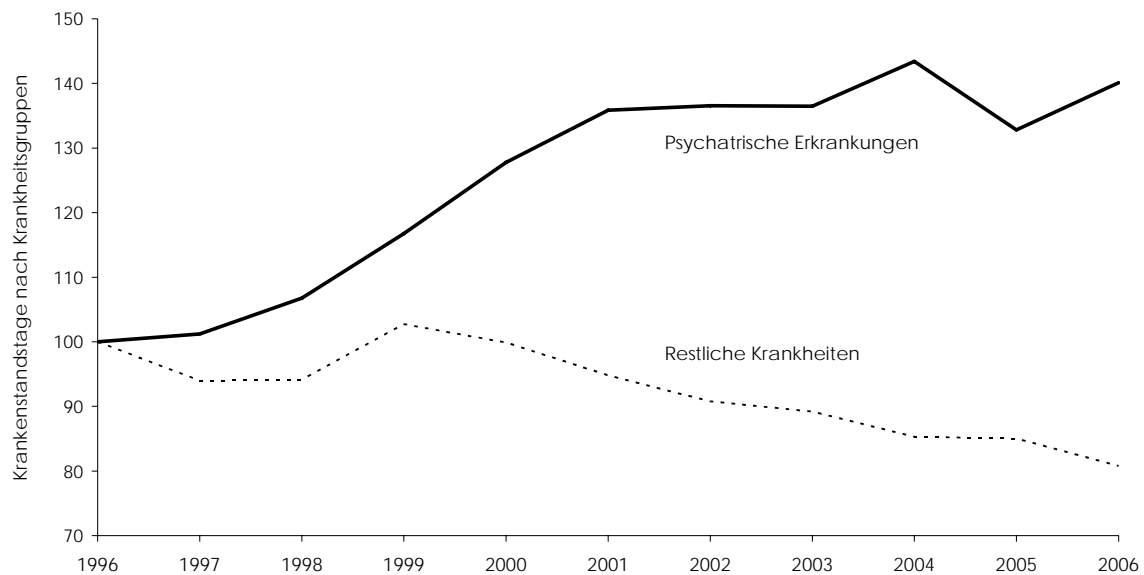


Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Abbildung 1.25 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 zusammen-

fassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich merklich; 1974 fielen im Schnitt pro beschäftigter Person 3,6 Krankenstandstage an, im Jahr 2006 waren es nur noch 2,3 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von mehr als einem Viertel auf knapp ein Fünftel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe zur Senkung der durchschnittlichen Krankheitsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar seit 1994 rückläufig, dieser Rückgang folgt allerdings einer Phase der starken Zunahme dieser Krankheitsgruppe als Ursache von Fehlzeiten: Mit einem Schnitt von 2,6 Tagen je Person gingen 2006 immer noch 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 2006 eine geringere Anzahl an Ausfallzeiten als 1994 (2,4 gegenüber 3,2 Krankenstandstagen), in der längerfristigen Betrachtung vergrößerte sich ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen aber in signifikantem Ausmaß.

Abbildung 1.26: Entwicklung der psychischen Krankheiten  
1996 = 100



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychiatrischen Erkrankungen (Abbildung 1.26), der sich vor allem seit Mitte der neunziger Jahre beschleunigte und auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, beobachtet werden kann. Erkrankungen der Psyche sind die einzige Krankheitsgruppe, die zwischen 1994 und 2006 (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 – Mayrhofer*, 2008).

## 1.8 Arbeitslosigkeit und Krankenstand

Die Krankenstandsquoten der Arbeitslosen sind deutlich höher als jene der Beschäftigten, obwohl durch die Arbeitslosigkeit die Belastungen der Erwerbstätigkeit, insbesondere die Unfallgefährdung, ausbleiben. In den letzten 1½ Jahrzehnten nahmen die Krankenstände der Arbeitslosen außerdem stark zu, während sie in den achtziger Jahren noch rückläufig waren (Abbildung 1.27). Die Krankenstandstage je versicherte/n Arbeitslose/n und NotstandshilfempfängerIn sanken von knapp 25 Tagen im Jahr 1985 auf rund 19 Tage im Jahr 1990 und stiegen seither fast kontinuierlich auf fast 40 Tage an. Im Jahr 1990 waren damit die Arbeitslosen im Durchschnitt um 4 Tage länger krank als die Beschäftigten, im Jahr 2006 aber um 28 Tage.

Für die überdurchschnittlich hohen Krankenstandsquoten der Arbeitslosen können mehrere Hypothesen angeführt werden:

- Die Selektionshypothese ("Healthy-Worker"-Effekt) als Erklärung des Rückgangs der Krankenstandsquote der Beschäftigten bei steigender Arbeitslosigkeit, bedeutet gleichzeitig eine Zunahme des Krankheitsrisikos der Arbeitslosen, da Personen mit Gesundheitsproblemen am Arbeitsmarkt durch höheres Kündigungsrisiko und geringere Aufnahmewahrscheinlichkeit benachteiligt sind;
- Es stellt sich auch die Frage: "Macht Arbeitslosigkeit krank?" (*Stich*, 2005). Arbeitsplatzrisiko und Arbeitslosigkeit sind in der Regel mit erheblichem psychischem Druck verbunden und vergrößern das Krankheits- und Sterberisiko<sup>42</sup>). Eine neuere Studie von *Grobe* (2006), kommt unter dem Titel "Sterben Arbeitslose früher?" zum Schluss, dass das Krankheits- und

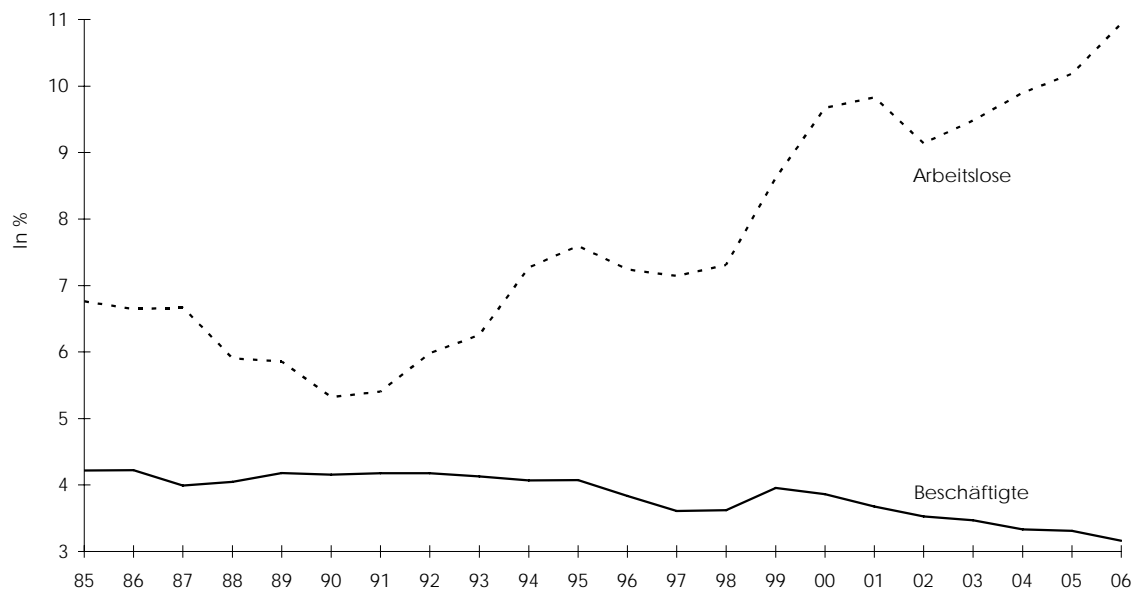
---

<sup>42</sup> Der deutsche Fehlzeiten-Report 2005 (*Badura et al.*, 2006) legt unter dem Gesamttitel "Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit" den Schwerpunkt auf dieses Thema; insbesondere: *Hollederer* (2006) und *Sverke et al.* (2006); vgl. auch *Hollederer – Brand* (2006).

das Mortalitätsrisiko mit der Dauer der Arbeitslosigkeit deutlich ansteigen (*Hollederer, 2006*).

- Dazu kommen institutionelle Faktoren: Zum einen spielt der gesundheitliche Status eine wichtige Rolle für die Vermittelbarkeit der Arbeitslosen; zum anderen unterbricht in Österreich Krankheit den Arbeitslosengeldbezug und die Krankenversicherung übernimmt mit dem Krankengeld die Kosten des Einkommensersatzes. Dadurch werden konkrete Anreize hinsichtlich des Krankmeldeverhaltens der Arbeitslosen gesetzt.

Abbildung 1.27: Krankenstandsquoten der unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen



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

Im deutschen Fehlzeiten-Report 2005 (*Badura et al., 2006*) bildet die Bedeutung der Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit den zentralen Fokus. Dabei werden die Selektionshypothese und die "Arbeitslosigkeit-macht-krank"-These durch eine Reihe von Untersuchungen belegt. In Deutschland ist bezogen auf 1.000 Versichertenjahre und altersstandardisiert die Zahl der Krankenhaustage arbeitsloser Männer 2,3-mal und arbeitsloser Frauen 1,7-mal höher als für Berufstätige. Die gesundheitliche Beeinträchtigung nimmt mit der Dauer der Arbeitslosigkeit rasch zu. Für Personen mit 2 Jahren Arbeitslosigkeit ist die Rate der gesundheitlichen Beeinträchtigung doppelt so hoch (32%) wie bei jenen, die nur bis zu einem Monat arbeitslos waren (16%). Besonders stark sind arbeitslose Männer davon betroffen, nach 2 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 3 Monaten sprunghaft an und später nochmals nach 1 Jahr (*Hollederer et al., 2006*). Am größten ist der Abstand in der gesundheitlichen Beeinträchtigung zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten in der Diagnosegruppe "Psychische Störungen". Meta-Analy-

sen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischem Befinden, die auch internationale Studien miteinbezogen haben und sich auf eine Vielzahl von Indikatoren zur psychischen Gesundheit stützten, zeigten auf, dass der Eintritt in die Arbeitslosigkeit die psychische Gesundheit oft verschlechtert, während umgekehrt der Eintritt in die Beschäftigung das psychische Befinden signifikant verbessert (*ebenda*, S. 220f).

Diese Ergebnisse sind nicht überraschend und haben gerade in Österreich durch die Arbeit von *Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel* zu den "Arbeitslosen von Marienthal" (1933) eine lange und international viel beachtete Tradition. Der Theorie der "psychischen Deprivation" von Marie *Jahoda* (1981) kommt daher auch heute noch große Beachtung zu. *Jahoda* führt die psychosozialen Folgen des Arbeitsplatzverlustes auf dessen Funktionen zurück: Der Arbeitsplatz sichert nicht nur Einkommen, er strukturiert den Tagesablauf, liefert außerfamiliäre Sozialkontakte, ist identitätsstiftend, setzt Ziele und aktiviert (*Hollederer et al.*, 2006). Arbeitslosigkeit mag kurzfristig die Krankenstandsquote aufgrund des Selektionseffektes und aus Angst um den Arbeitsplatz ("Moral-Hazard"-Effekt) verringern, aus längerfristiger Perspektive führt sie aber nach den verfügbaren empirischen Befunden mit zunehmender Dauer vielfach zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die Wiederbeschäftigungsfähigkeit belasten und bei gelungenem Wiedereintritt das durchschnittliche Krankheitsrisiko der Beschäftigten erhöhen.

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 vermittelbar sind. Angesichts der großen beschäftigungspolitischen Bedeutung, die den gesundheitlichen Problemen der Arbeitslosen bei Versuchen der Reintegration am Arbeitsmarkt zukommt, wäre es erforderlich, die Ursachen der hohen Krankenstände von Arbeitslosen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen.

## 2. Struktur- und Ursachenanalyse der Fehlzeiten

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 wurde deshalb bereits im ersten Fehlzeitenreport (*Leoni – Biffli – Guger, 2008*) ein eigens zusammengestellter Individualdatensatz der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) herangezogen. Mit Hilfe dieses Datensatzes konnte eine differenzierte Strukturanalyse der krankheitsbedingten Fehlzeiten durchgeführt und näher auf einzelne Determinanten der Krankenstände eingegangen werden. Für den vorliegenden Bericht konnte erstmals eine Verknüpfung dieser oberösterreichischen Daten, die das Krankenstandsgeschehen der OÖGKK in den Jahren 2003 und 2004 abbilden, mit anonymisierten Individualdaten des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) erstellt werden.

Die Individualdaten des Hauptverbands enthalten sämtliche Sozialversicherungsepisoden, zumeist seit 1972 (mit Ausnahme der Beamten 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 2006<sup>43</sup>). Die Verknüpfung der Daten von Hauptverband und Gebietskrankenkasse ermöglicht somit eine genauere Untersuchung der Krankenstände als bisher<sup>44</sup>), insbesondere kann anhand des verknüpften Datensatzes die Erwerbslaufbahn der Beschäftigten vor und nach dem Krankenstand (ab 1972 und bis 2006) rekonstruiert und eine größere Anzahl von individuellen und betrieblichen Merkmalen als Bestimmungsgrund von Krankenständen in Betracht gezogen werden. In einem weiteren Schritt können diese Daten auch genutzt werden, um die Auswirkung von (langen) Krankenständen auf die Erwerbskarriere der Betroffenen zu untersuchen (siehe Kapitel 3).

### 2.1 Datenbeschreibung

#### 2.1.1 Übersicht der im Datensatz enthaltenen Variablen

Der oberösterreichische Datensatz beinhaltet alle Krankenstandsfälle von Versicherten der OÖGKK<sup>45</sup>) für die Jahre 2003 und 2004. Für die Ausführungen in diesem Kapitel wird der Datensatz auf die unselbständig Beschäftigten im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) ein-

---

<sup>43</sup>) Am WIFO werden anonymisierten Individualdaten aus administrativen Quellen im Rahmen der INDI-DV Gruppe systematisch zum Zweck wissenschaftlicher Analysen organisiert und verarbeitet. Siehe dazu im Detail *Schöberl (2004)*.

<sup>44</sup>) Der OÖGKK Datensatz beinhaltet nur die Teilmenge jener Personen, die im Laufe der Beobachtungsperiode einen Krankenstandsfall zu verzeichnen hatten.

<sup>45</sup>) Versicherte von anderen Gebietskrankenkassen und Versicherte von Sondersicherungsanstalten (Eisenbahn, Gewerbe, öffentlich Bedienstete usw.) sind nicht im Datensatz enthalten.

gegrenzt. Aus dem OÖGKK-Datensatz werden zu jedem einzelnen Krankenstandsfall folgende Informationen entnommen:

- Diagnosegruppe nach ICD-Kodierung<sup>46)</sup>
- Anfangs- und Enddatum des Krankenstands

Aus den anonymisierten Individualdaten des HV wurden mittels einer eindeutigen Verknüpfung und der Festlegung des Krankenstandsbeginns als relevanten Stichtag folgende Ausprägungen dazugespielt:

- Persönliche Merkmale des oder der Versicherten (Alter, Geschlecht)
- Stellung im Beruf (Arbeitern, Angestellte)
- Anzahl an Versicherungstagen mit Krankengeldbezug
- Wirtschaftsklasse des Dienstgebers (ÖNACE)<sup>47)</sup>
- Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten, Einteilung in Betriebsgrößenklassen)
- Lohnniveau im Betrieb<sup>48)</sup>
- Beschäftigungsfluktuation im Betrieb<sup>49)</sup>
- Ausgewählte Merkmale aus der Vorkarriere der Beschäftigten<sup>50)</sup>

### 2.1.2 Merkmale der oberösterreichischen Beschäftigungsstruktur

Im ersten Kapitel wurde gezeigt, dass die Höhe der Krankenstände stark mit dem Tätigkeitsbereich und den soziodemographischen Merkmalen der Beschäftigten korreliert. Bevor die Ergebnisse aus der Untersuchung der oberösterreichischen Daten dargestellt werden, soll deshalb auf strukturelle Merkmale der Beschäftigung im OÖGKK-Datensatz hingewiesen werden. 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 die Herstellung von Fahrzeugen bzw.

---

<sup>46)</sup> 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.

<sup>47)</sup> Die Kodierung nach Branche ist im Individualdatenbestand des HV nicht immer lückenlos.

<sup>48)</sup> Es handelt sich hierbei um Indikatoren, die Median sowie unteres und oberes Quartil der Lohnverteilung im Unternehmen abbilden. Diese Indikatoren beruhen auf Berechnungen auf Basis der vom HV ausgewiesenen Bemessungsgrundlagen. Da die Bemessungsgrundlage nach oben abgeschnitten ist und zudem keine Information zur Arbeitszeit der Beschäftigten vorliegt, können die Ausprägungen zum Lohnniveau nur als Annäherungswert betrachtet werden.

<sup>49)</sup> Hiermit sind Indikatoren gemeint, die Häufigkeit und Ausmaß im Auf- und Abbau von Beschäftigung im Betrieb abbilden.

<sup>50)</sup> Diese Merkmale, zu denen beispielsweise die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses zählt, können u. a. ein Maß für den Grad der Arbeitsmarktintegration der Erwerbsperson liefern.



Fahrzeugteilen sowie der Maschinenbau und die Erzeugung und Verarbeitung von Metall. Die Sachgütererzeugung<sup>51)</sup> trägt in Oberösterreich mit 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 Güter produzierenden Sektors<sup>52)</sup> sank zwar von 40% (1995) auf 36% (2004), liegt jedoch um fast ein Drittel über dem gesamtösterreichischen Durchschnitt (*Palme et al., 1999, Biffl – Leoni, 2006*).

Durch diese industrielle Prägung ergeben sich Faktoren, die sich auf Höhe und Form der Krankenstände auswirken können. Der Arbeiteranteil an den Beschäftigten ist in Oberösterreich deutlich höher als im Durchschnitt der anderen Bundesländer: Im Jahr 2004 waren laut OÖGKK rund 49% der unselbständig Beschäftigten in Arbeiterberufen tätig, in der *Krankenstandsstatistik* waren es für Österreich insgesamt 44%. 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. Hier ergeben sich die größten Differenzen zwischen Oberösterreich und dem Bundesdurchschnitt bei den jüngeren und bei den älteren Beschäftigten (bis 24 Jahre bzw. ab 50 Jahre): In der *Krankenstandsstatistik* beträgt der Anteil der 15- bis 19-Jährigen 6%, die 20- bis 24-Jährigen stellen 10% aller Versicherten dar. In Oberösterreich liegen die entsprechenden Anteile höher, nämlich bei 10% bzw. 12%. Umgekehrt ist die Altersgruppe der Über-50-Jährigen in der *Krankenstandsstatistik* stärker besetzt als im OÖGKK-Datensatz (16% bzw. 14%).

Abweichungen im Krankenstandsgeschehen zwischen Oberösterreich und dem Schnitt der anderen Bundesländer können zu einem guten Teil durch die gerade genannten Differenzen erklärt werden:

- Oberösterreich ist ein Bundesland mit überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Fehlzeiten. In den Jahren 2003 bzw. 2004 lag die Krankenstandsquote der Versicherten der OÖGKK etwa 10% über dem Bundesdurchschnitt (3,8% gegenüber 3,5% bzw. 3,6% gegenüber 3,3%), 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 (siehe Abschnitt 2.4). Auch diese Tatsache kann mit der industriellen Prägung der oberösterreichischen Wirtschaft in Verbindung gebracht werden.
- Der Anteil an kurzen Krankenstandsfällen ist vergleichsweise hoch, der Anteil an Langzeitkrankenstandsfällen leicht unterdurchschnittlich (Abschnitt 2.4), was mit dem hohen An-

---

<sup>51)</sup> ÖNACE-Wirtschaftsklassen 15 bis 37.

<sup>52)</sup> Sachgütererzeugung inklusive Bauwesen sowie Energie- und Wasserversorgung (ÖNACE-Wirtschaftsklassen 15 bis 45).

teil an jungen Beschäftigten und der verhältnismäßig geringen Anzahl an älteren Arbeitskräften erklärt werden kann<sup>53</sup>).

Diese Aspekte müssen bei der Interpretation der Ergebnisse dieses Kapitels mitberücksichtigt werden, sie bedingen allerdings vorwiegend Niveau-Effekte und verändern nicht die wesentlichen Merkmale der Verteilung von Krankenständen auf die Beschäftigten. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse aus Oberösterreich, vor allem hinsichtlich der Unterschiede nach Alter, Geschlecht und beruflicher Stellung, gut auf Österreich übertragbar sind.

## 2.2 Verteilung der Krankenstandstage und Häufigkeit der Erkrankungen

Wie aus den Auswertungen der *Krankenstandsstatistik* hervorgeht, ist ein hoher Anteil der Krankenstandstage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von langen Krankenstandsepisoden zurückzuführen (siehe Kapitel 1.3). Diese hohe Konzentration der Fehlzeiten auf wenige Fälle kann anhand einer Verteilung der Krankenstandstage auf die im Laufe des Jahres erkrankten Personen graphisch dargestellt werden (siehe Abbildung 2.1). In Oberösterreich entfällt ein Viertel des Volumens der Fehlzeiten auf 3% der Erkrankten, die Hälfte der Krankenstandstage geht auf 13% der Erkrankten zurück. Während eine Hälfte der von Krankenstand betroffenen Personen fast 90% der Krankenstandstage verzeichnet, entfallen auf die restlichen 50% der Personen nur etwas mehr als 10% der Tage. Unter der Annahme, dass im Jahr 2004 die Erkrankungsquote (d. h. der Anteil der Erkrankten an der Gesamtheit der Versicherten) in Oberösterreich dem österreichischen Durchschnitt (54%) entsprach, lassen sich diese Werte auf die Gesamtheit der Beschäftigten übertragen. Demzufolge gehen 60% der Fehlzeiten auf 10% der Beschäftigten zurück, 1% der Versicherten verursacht fast 20% der Krankenstandstage und die Hälfte der Tage geht auf 7% der Versicherten zurück. Diese Ergebnisse decken sich mit vergleichbaren Auswertungen für Deutschland; laut *Badura et al.* (2006) entfiel 2004 ein Viertel der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf 1% der Versicherten, fast 60% der Arbeitsunfähigkeitstage auf 10% der Versicherten.

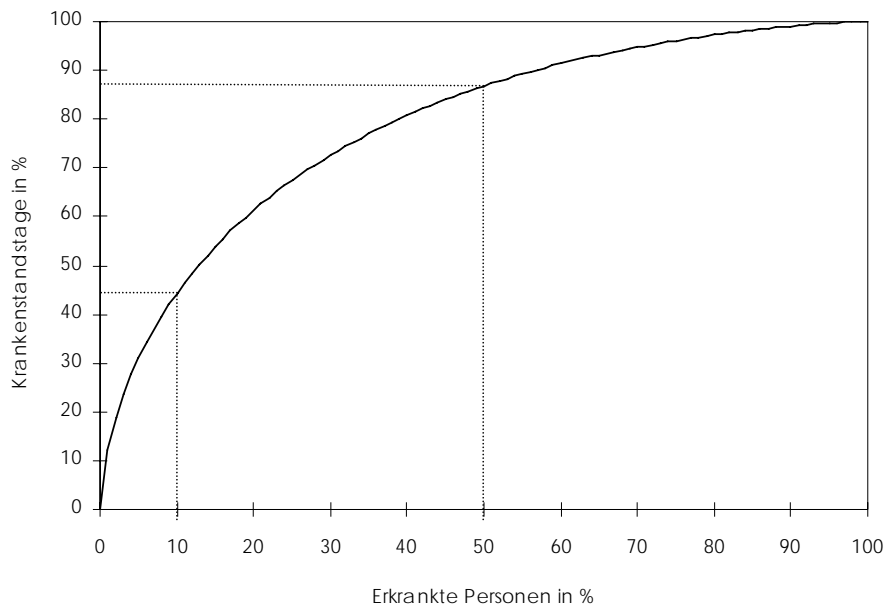
Eine weitere Auswertung zeigt, dass etwas mehr als die Hälfte der im Jahr 2004 erkrankten Personen nur einen Krankenstandsfall anmeldete. Ein Viertel der Personen mit Fehlzeiten war im Laufe des Jahres zweimal krank, während weniger als ein Viertel der Personen mehr als 3 Krankenstandsfälle hatte, 10% hatten mehr als 4 Fälle. Geht man auch hier davon aus, dass fast die Hälfte der Versicherten keinen Krankenstand verzeichnete, dann sind etwa 5% aller Beschäftigten durch eine hohe Krankenstandshäufigkeit (mehr als vier Episoden im Jahr) betroffen. Eine differenzierte Untersuchung nach Geschlecht ergibt keine markanten Unterschiede zwischen Frauen und Männern; Unterschiede sind jedoch bei der Untersuchung nach der Stellung im Beruf erkennbar. Im Personenkreis der Erkrankten sind Angestellte deutlich öfter als ArbeiterInnen nur einmal im Jahr krank (57,2% gegenüber 46,2%). Umgekehrt ist der Anteil an ArbeiterInnen mit mehr als vier Krankenstandsepisoden im Jahr fast doppelt so

---

<sup>53</sup>) Die überdurchschnittliche Bedeutung von Kurzkrankenständen kann auch mit dem höheren Anteil an Beschäftigten in Arbeiterberufen, in denen die Erfassung von Kurzkrankenständen vollständiger als bei den Angestellten ist, in Zusammenhang stehen.

hoch wie bei den Angestellten (12,1% bzw. 6,8%). Eine Gliederung nach beruflicher Stellung und Altersgruppe (siehe Übersicht 2.1) zeigt, dass junge Beschäftigte am häufigsten mehrmals im Jahr infolge von Unfall oder Erkrankung vom Arbeitsplatz abwesend sind. Dies gilt insbesondere für die Personengruppe der 15- bis 29-jährigen ArbeiterInnen: Fast ein Drittel der Beschäftigten dieser Gruppe ist im Laufe des Jahres gleich dreimal oder öfters erkrankt. Auch bei den Angestellten der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen blieben Personen oft mehrmals im Jahr aufgrund von Krankheit oder Unfall dem Arbeitsplatz fern. Im Haupterwerbsalter nimmt das Phänomen der wiederholten Krankenstandsfälle ab. Ältere Beschäftigte haben wiederum eine höhere Krankenstandsfrequenz. Das trifft sowohl auf ArbeiterInnen als auch auf Angestellte zu, bei letzteren bleibt der Anteil an Beschäftigten mit mehr als 3 bzw. 4 Krankenstandsepisoden dennoch deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt. Diese Ergebnisse bestätigen das Bild aus der *Krankenstandsstatistik*, wonach die vergleichsweise hohe Krankenstandsquote der Jugendlichen auf eine hohe Inzidenz von (kurzen) Fehlzeiten zurückzuführen ist (vgl. Abbildung 1.15). Dieses altersspezifische Muster findet sich sowohl bei Angestellten als auch bei ArbeiterInnen, wenn auch auf einem deutlich unterschiedlichen Niveau.

Abbildung 2.1: Verteilung der Krankenstandstage auf die erkrankten bzw. von Unfall betroffenen Personen



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.1: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Häufigkeit

	15 bis 29 Jahre		30 bis 49 Jahre		50 bis 64 Jahre		15 bis 64 Jahre Insgesamt
	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte	
	Anteile in %						
1 Fall	43,3	51,9	48,5	60,2	45,6	57,4	50,9
2 Fälle	26,6	25,9	27,9	25,1	28,6	25,3	26,6
3 Fälle	14,8	12,4	13,7	9,4	14,5	10,8	12,7
4 Fälle und mehr	15,3	9,8	9,9	5,2	11,4	6,6	9,9
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

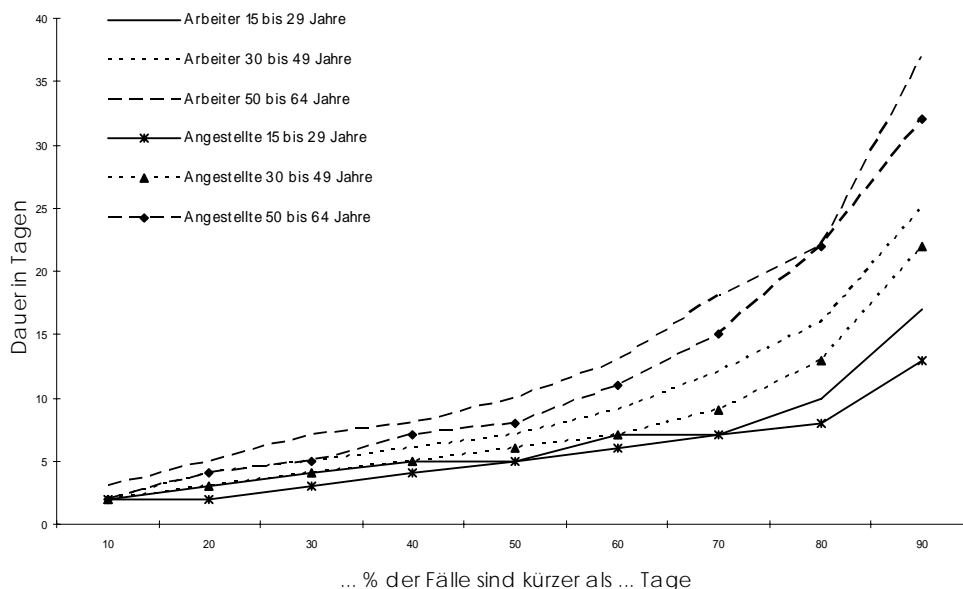
Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Auch hinsichtlich der Dauer der Krankenstände tragen die oberösterreichischen Daten zu einer Bestätigung und Vervollständigung der Auswertungen aus der *Krankenstandsstatistik* bei. Im Durchschnitt betrug im Jahr 2004 die Dauer der Krankenstandsepisoden in Oberösterreich 11,8 Tage (in Österreich: 12,1 Tage). Der Medianwert der Verteilung liegt allerdings weit unter diesem Wert, bei 6 Tagen, und unterstreicht die schiefe Verteilung der Krankenstände nach Dauer. Mit zunehmendem Alter verlängert sich sowohl bei den ArbeiterInnen als auch bei den Angestellten die Krankheitsdauer deutlich. Im Durchschnitt hat ein Krankenstandsfall bei den 15- bis 29-Jährigen eine Dauer von 8 Tagen, in der Altersgruppe zwischen 30 und 49 Jahren sind es 12 Tage, bei den älteren Beschäftigten 19 Tage. Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich zwischen ArbeiterInnen und Angestellten deutliche Unterschiede. Abbildung 2.2 zeigt die Verteilung der Krankenstände einzelner Personengruppen nach Dauer, die Darstellung bildet die Dezile der Verteilung ab<sup>54</sup>). Es ist ersichtlich, dass das Alter der Beschäftigten einen dominanten Einfluss auf die Dauer der Fehlzeiten hat. Die längere Dauer von Krankenständen in Arbeiterberufen ist allerdings ebenfalls deutlich erkennbar und kommt in allen Altersgruppen zum Tragen. Bei den jüngeren Beschäftigten sind die Differenzen nach beruflicher Stellung bei einem Großteil der Fälle nicht sehr ausgeprägt: So sind beispielsweise Krankheitsepisoden der 15- bis 29-jährigen ArbeiterInnen und Angestellten im Median gleich lang (5 Tage). Die Unterschiede zwischen den zwei Gruppen ergeben sich überwiegend aus der Häufigkeit von längeren Krankenstandsfällen. Während mehr als 20% der Fälle von ArbeiterInnen länger als 10 Tage dauern, trifft das bei den Angestellten nur knapp über 15% der Episoden. Langzeitkrankenstände von mehr als 6 Wochen stellen bei den jungen Angestellten etwa 1%, bei den jungen ArbeiterInnen etwa 2% der Fälle dar. Mit zunehmendem Alter nehmen die Differenzen zwischen ArbeiterInnen und Angestellten zu. Anhand der Abbildung ist erkennbar, dass sowohl bei den Beschäftigten im Haupterwerbssalter als auch bei den älteren Beschäftigten zwischen den Berufsgruppen entlang der Verteilung ein Niveauunterschied besteht. Insbesondere bei den 50- bis 64-Jährigen besteht auch in den unteren Dezilen der Verteilung ein ausgeprägter Abstand. Zugleich nimmt bei Älteren die

<sup>54</sup>) Die horizontale Achse gibt an, welcher Anteil der Krankenstandsepisoden kürzer gedauert hat als der entsprechende Wert auf der vertikalen Achse, z. B. haben im Falle der ArbeiterInnen in der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren 10% der Fälle kürzer als 3 Tage gedauert.

Häufigkeit von Langzeitkrankenständen stark zu, sie stellen fast 7% bzw. fast 9% der Krankenstandsfälle von Angestellten bzw. ArbeiterInnen in dieser Altersgruppe dar.

Abbildung 2.2: Verteilung der Dauer von Krankenstandsfällen, nach Stellung im Beruf und Altersgruppen



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

## 2.3 Verteilung nach Diagnosegruppen

Die Daten der OÖGKK ermöglichen bei der Untersuchung des Krankenstandsgeschehens die Analyse des Zusammenhangs zwischen Fehlzeiten und Krankheitstyp. Zu diesem Zweck wird die Information zur Diagnosegruppe des Krankenstands, die in Form von ICD9-Kodierungen im Datensatz enthalten ist, verwertet. Diese international gängige Einteilung der Krankheitsbilder besteht aus 17 zusammengefassten Krankheitsobergruppen<sup>55)</sup>, ein Großteil der Fehlzeiten kann allerdings auf eine Teilmenge dieser Kategorien zurückgeführt werden (vgl. Kapitel 1.7). Die oberösterreichischen Daten bestätigen, dass vor allem Krankheiten der Atmungsorgane und des Muskel-Skelett-Systems zusammen mit den Unfällen<sup>56)</sup> für den überwiegenden Teil der Fehlzeiten verantwortlich sind: Zwei Drittel der Fälle und Tage werden durch diese Krankheiten erfasst. Berücksichtigt man auch infektiöse und parasitäre Erkrankungen, Herz- und Kreislaufstörungen, Krankheiten des Verdauungssystems, die psychiatrischen Krankheiten und die Erkrankungen der Sinnesorgane, ergibt dies 85% der Fälle und 82% der Tage.

<sup>55)</sup> Im Datensatz sind 1,1% der Fälle (die 1,6% der Krankenstandstage entsprechen) nicht kodiert bzw. mit einem Code versehen, der nicht eindeutig einer der 17 Obergruppen zugewiesen werden kann. In den folgenden Darstellungen des Krankenstandsgeschehens nach Diagnosegruppen wurden diese Fälle nicht berücksichtigt.

<sup>56)</sup> Mit diesem Oberbegriff sind hier alle Formen von Unfällen (Arbeit, Freizeit, Sport) gemeint.

Übersicht 2.2: Verteilung der Diagnosegruppen nach Krankenstandstagen und -fällen und medianer Dauer

Krankheitsgruppen nach ICD9-Kodierung	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer in Tagen (Median)
	tage	fälle	
	Anteile in %		
1 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,3	9,2	4
2 Neubildungen	2,4	0,8	13
3 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechsel- erkrankungen, Störungen des Immunsystems	0,6	0,4	7
4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,1	0,0	8
5 Psychiatrische Krankheiten	3,9	1,6	13
6 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	3,2	3,3	6
7 Krankheiten des Kreislaufsystems	3,8	2,4	8
8 Krankheiten der Atmungsorgane	22,1	37,4	6
9 Krankheiten der Verdauungsorgane	3,7	4,8	4
10 Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	2,4	2,3	7
11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	1,0	0,9	10
12 Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,5	1,4	7
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	24,3	16,8	10
14 Kongenitale Anomalien	0,2	0,1	15
15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	0,0	0,0	7
16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	4,8	4,6	6
17 Verletzungen und Vergiftungen	21,8	13,9	10
Insgesamt	100,0	100,0	

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Je nach Altersgruppe zeigen sich bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster (Übersicht 2.3). Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast ein Drittel aller Krankenstandstage dieser Gruppe geht auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab; im Haupterwerbsalter wurde nur jeder fünfte Krankenstandstag durch einen Unfall verursacht, bei älteren Arbeitskräften jeder achte. Auch infektiöse und parasitäre Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane sind für junge Beschäftigte von größerer Bedeutung als für ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt nimmt das Gewicht von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: Weniger als 10% der Krankenstandsfälle und knapp ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte werden durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sind es fast ein Drittel der Fälle und mehr als ein Drittel der Tage. Neben Diagnosegruppen, die mit steigendem Alter ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen vergrößern oder verringern, gibt es auch eine Reihe von Diagnosegruppen, deren Anteil am Fehlzeitenvolumen in allen Altersgruppen konstant bleibt. Die Krankheiten des Blutes, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut sowie die Erkrankungen der Verdauungsorgane können zu dieser Kategorie gezählt werden.

Übersicht 2.3: Verteilung der Diagnosegruppen nach Krankenstandstagen und -fällen und Altersgruppen

Krankheitsgruppen nach ICD9-Kodierung	15 bis 29 Jahre		30 bis 49 Jahre		50 bis 64 Jahre	
	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle
	Anteile in %					
1 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,9	12,1	3,9	8,2	2,3	5,3
2 Neubildungen	0,8	0,4	2,6	0,9	3,7	1,5
3 Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Störungen des Immunsystems	0,2	0,1	0,6	0,5	0,9	1,1
4 Krankheiten des Blutes und der Blutbildenden Organe	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
5 Psychiatrische Krankheiten	2,7	1,1	4,5	1,9	4,0	1,9
6 Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	2,4	2,9	3,5	3,5	3,4	3,6
7 Krankheiten des Kreislaufsystems	1,3	1,5	3,4	2,4	7,1	4,8
8 Krankheiten der Atmungsorgane	29,7	41,4	22,1	37,3	14,1	27,7
9 Krankheiten der Verdauungsorgane	3,9	5,3	3,6	4,6	3,6	4,1
10 Krankheiten der Harn- u. Geschlechtsorgane	2,1	2,2	2,7	2,4	1,9	2,1
11 Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	2,2	1,3	0,8	0,8	0,0	0,0
12 Krankheiten der Haut und der Unterhautzellgewebes	1,7	1,4	1,5	1,5	1,1	1,4
13 Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	11,3	8,7	24,5	18,7	37,1	30,4
14 Kongenitale Anomalien	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
15 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
16 Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	4,6	4,6	4,7	4,3	5,1	5,1
17 Verletzungen und Vergiftungen	29,9	16,9	21,2	12,9	15,4	11,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: ÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Für die weitere Untersuchung werden die wichtigsten Diagnosegruppen fokussiert, wobei die Anzahl der verursachten Krankenstandstage als entscheidende Kennzahl für die Bedeutung einer Krankheitsgruppe gewertet wird<sup>57)</sup>. Abbildung 2.3 stellt den Anteil der 6 wichtigsten Krankheitsgruppen an den Fehlzeiten dar. Aus der graphischen Gegenüberstellung von Tagen und Fällen sind die starken Unterschiede in der Dauer der Krankenstände je nach Krankheitsgruppen klar ersichtlich. Muskel-Skelett-Erkrankungen und Verletzungen sind zwar nur die zweit- bzw. dritthäufigste Ursache für einen Krankenstand, gemessen am Volumen der Fehlzeiten sind sie aber genauso bedeutend wie die deutlich häufigeren Erkrankungen der Atmungsorgane. So wie die Krankheiten der Atemwege sind auch infektiöse Erkrankungen durch vergleichsweise hohe Fallzahlen charakterisiert, während psychiatrische Erkrankungen und Kreislaufkrankheiten im Verhältnis zu ihrer Häufigkeit überproportional viele Krankenstandstage verursachen. Abbildung 2.4 grenzt den Blickwinkel der Betrachtung auf die Langzeitkrankenstandsfälle ein. Fehlzeiten von mehr als 6 Wochen sind in Österreich trotz ihrem vergleichsweise seltenen Auftreten (4,0% der Fälle) für mehr als ein Drittel (35,0%) aller Krankenstandstage verantwortlich (siehe Abschnitt 1.3). In Oberösterreich kann ein ähnliches Verhältnis festgestellt werden, wenn auch die Gewichtung der Langzeitkrankenstände etwas unterdurchschnittlich ist (3,8% der Fälle und 32,0% der Tage). Eine Gegenüberstellung der bei-

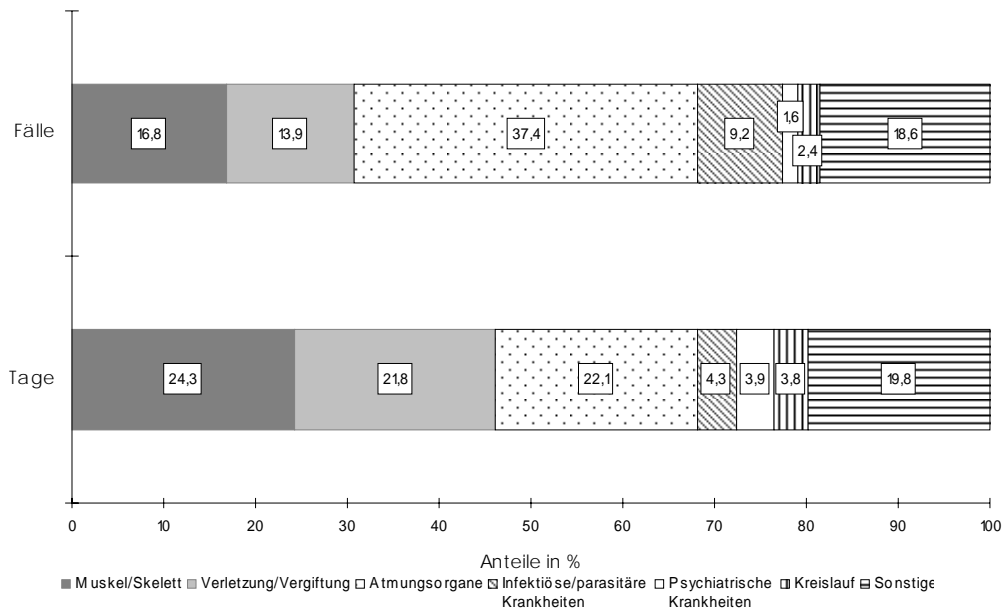
<sup>57)</sup> Für eine ähnliche Vorgehensweise und vergleichbare Auswertungen zu den Krankenständen in Deutschland siehe *Badura et al.* (2006).

den Abbildungen ist hilfreich, um typische Kurz- und Langzeitdiagnosegruppen zu unterscheiden. Unter den Langzeitkrankenständen nehmen Muskel-Skelett-Erkrankungen weiterhin eine prominente Rolle ein, auch Verletzungen sind infolge langer Ausfallzeiten stark vertreten. Weiters wird durch den Fokus auf Langzeiterkrankungen die Bedeutung von psychiatrischen Krankheiten hervorgehoben: 7,5% aller Langzeitkrankenstandsfälle betreffen die Psyche, sie verursachen etwa 8% der Krankenstandstage in dieser Kategorie. Auch Neubildungen, die insgesamt betrachtet bei den Beschäftigten eine eher untergeordnete Rolle spielen, sind Krankheitsbilder, die mit langen Abwesenheiten vom Arbeitsplatz verknüpft sind. Krankheiten der Atmungsorgane nehmen hingegen in der Betrachtung der Langzeitkrankenstände eine untergeordnete Rolle ein, was sie als typische Kurzkrankheiten ausweist.

Der Zusammenhang zwischen Krankheitstyp und Dauer der Krankenstandsepisoden kann anhand der oberösterreichischen Daten noch weiter differenziert werden. Abbildung 2.5 veranschaulicht die Verteilung der Krankenstandsfälle nach Diagnosegruppe und Dauer. Analog zu Abbildung 2.2 sind auf der horizontalen Achse die Dezile und auf der vertikalen Achse die entsprechende Dauer der Episoden in Tagen aufgetragen. In der Verteilung der Krankheitsepisoden sind grundsätzlich drei Muster erkennbar: Neben Krankheitsgruppen mit einem hohen Anteil an langen Krankheitsfällen sind Krankheiten mit einer gleichmäßigen Verteilung und solche, die fast ausschließlich kurze Ausfallzeiten mit sich ziehen, unterscheidbar. Insbesondere psychiatrische Krankheiten und Neubildungen sind durch lange Krankheitsepisoden gekennzeichnet, mehr als die Hälfte der entsprechenden Fälle dauert länger als 12 Tage und hat somit eine überdurchschnittliche Dauer. Für das obere Quintil (also die oberen 20%) beträgt die Dauer der Krankenstandsfälle dieser Diagnosegruppen mehr als 6 Wochen. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems, den Muskel-Skelett-Erkrankungen aber auch bei den Verletzungen liegt der Anteil an Langzeiterkrankungen hingegen unter 10%. Krankheiten der Atmungsorgane sowie infektiöse und parasitäre Erkrankungen sind durch die Abwesenheit von langen Krankenstandsepisoden gekennzeichnet, 90% der Fälle haben eine Dauer von weniger als 12 Tagen und liegen somit unter dem Gesamtdurchschnitt.

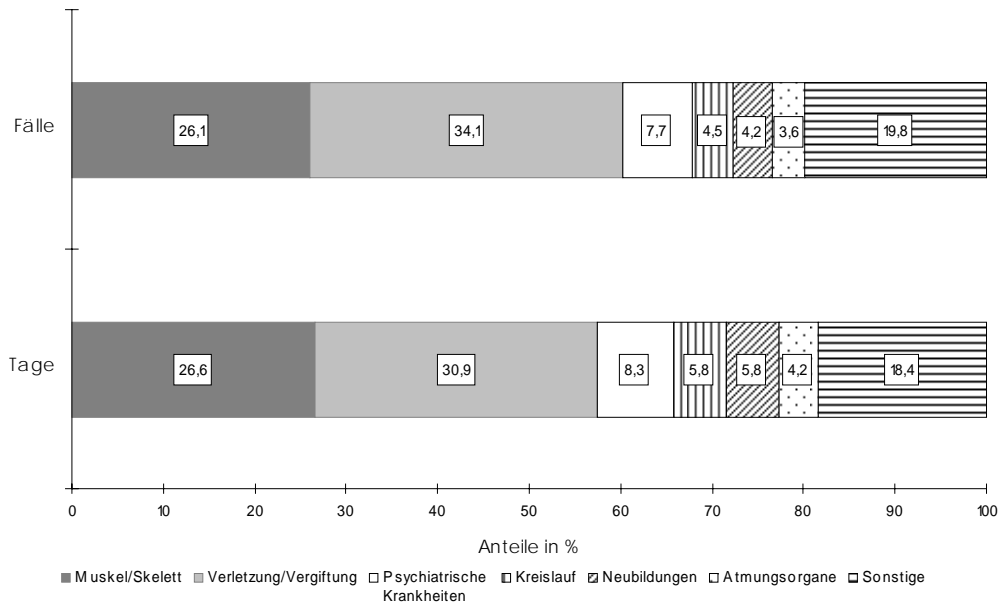


Abbildung 2.3: Verteilung der Krankheitsgruppen



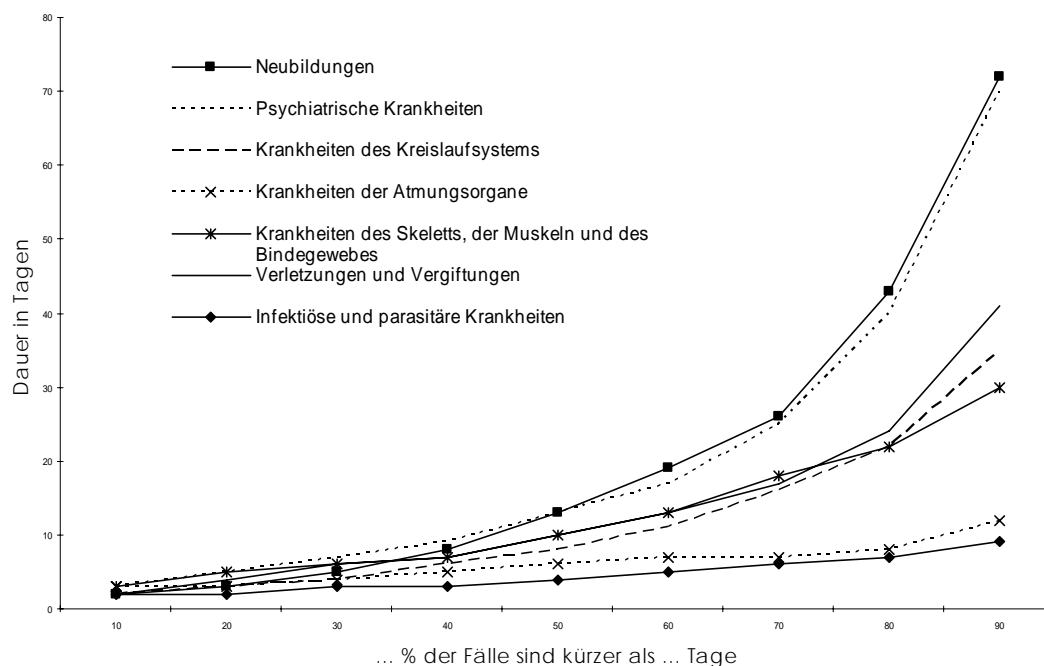
Q: ÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.4: Verteilung der Krankheitsgruppen bei Langzeitkrankenstandsfällen



Q: ÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.5: Verteilung der Dauer von Krankenstandsfällen nach Dezilen, ausgewählte Diagnosegruppen



Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

## 2.4 Verteilung nach Einzeldiagnosen

Nachdem bisher dargestellt wurde, welche Krankheitsgruppen für die Fehlzeiten ausschlaggebend sind, soll nun auf der Ebene der Einzeldiagnosen aufgezeigt werden, welche konkreten Krankheitsbilder innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen relevant sind. Für das Jahr 2004 sind rund 700 verschiedene Einzeldiagnosen im Datensatz der OÖGKK kodiert.

Durch die 30 wichtigsten Einzeldiagnosen<sup>58)</sup> werden 70% aller Krankenstandsfälle und fast zwei Drittel der Krankenstandstage der oberösterreichischen Beschäftigten erfasst. Übersicht 2.4 zeigt die 30 häufigsten Diagnosecodes für Fehlzeiten der unselbständig Beschäftigten, auch hier wurde der Anteil am Fehlzeitenvolumen (d. h. an den Krankenstandstagen) als ausschlaggebende Maßzahl herangezogen. Die große Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen einerseits und von Krankheiten der Atemwege andererseits findet auf der Ebene der Einzeldiagnosen Korrespondenz mit zwei spezifischen Krankheitsbildern: Die akuten Infektionen der oberen Luftwege, die rund ein Viertel aller Fälle und 14% der Krankenstandstage ausmachen, und die Affektionen des Rückens (Rückenschmerzen), auf die jeder zehnte Krankenstand und 13% der Krankenstandstage zurückzuführen sind. Neben diesen beiden

<sup>58)</sup> Hier wurden die Einzeldiagnosen in der Form übernommen, in der sie von der Gebietskrankenkasse erfasst bzw. vom Arzt kodiert wurden. Auf die Zusammenführung von ähnlichen Diagnosebildern (z. B. verschiedene Formen von Verletzungen oder von Bronchitis), die in mancherlei Hinsicht sinnvoll, aber auch mit medizinischen Fragestellungen verknüpft wäre, wurde verzichtet.

Einzel Diagnosen sind auch viele andere der häufigsten Krankheitsbilder den beiden wichtigsten Diagnoseobergruppen zuzuordnen. Bei den Atemwegerkrankungen sind neben den Infektionen der Luftwege vor allem Bronchitis, Nebenhöhlenentzündung, Rachen- und Mandelentzündung stark präsent. Neben den Rückenschmerzen sind vor allem eine Reihe weiterer Erkrankungen der Wirbelsäule und der Gelenke von Relevanz: Bandscheibenschäden (Diskopathien), Störungen im Bereich der Sehnenansätze (Enthesopathien) und sonstige Erkrankungen an den Gelenken (Kniegelenksschädigung, Artropathien).

*Übersicht 2.4: Die 30 wichtigsten Einzeldiagnosen, Anteil an den Krankenstandstagen und -fällen, mediane Dauer*

ICD9	Bezeichnung	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer in Tagen (Median)
		tage	fälle	
		Anteile in %		
465	Akute Infektionen der oberen Luftwege	13,9	25,0	6
724	Affektionen des Rückens	12,9	10,1	10
959	Sonstige Verletzungen	4,4	2,9	9
009	Infektion des Verdauungssystems	3,2	7,6	4
296	Affektive Psychosen	2,3	0,8	14
490	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch	1,9	3,0	6
836	Luxation des Knies	1,8	0,8	15
726	Periphere Enthesopathien	1,8	1,1	10
722	Intervertebrale Diskopathien	1,5	0,6	21
882	Offene Wunde der Hand, ausgenommen Finger allein	1,5	1,3	11
845	Verstauchung und Zerrung des Fußgelenkes und des Fußes	1,4	1,0	9
461	Akute Nebenhöhlenentzündung	1,2	2,0	6
780	Allgemeine Symptome	1,1	1,2	5
727	Affektionen der Synovialis, Sehne, Bursa	1,0	0,8	10
799	Sonstige mangelhaft bezeichnete und unbekannte Ursachen von Krankheit und Tod	1,0	0,5	14
462	Akute Rachenentzündung	1,0	2,0	5
466	Akute Bronchitis und Bronchiolitis	1,0	1,5	6
919	Oberflächliche Verletzung an sonstigen, mehreren, nicht näher bezeichneten Stellen	0,9	0,8	8
738	Sonstige erworbene Deformitäten	0,9	0,8	7
789	Symptome, die das Abdomen und das Becken betreffen	0,9	0,9	6
V58	Sonstige und nicht näher bezeichnete Nachsorgemaßnahmen	0,8	0,6	7
535	Gastritis und Duodenitis	0,6	1,2	4
913	Oberflächliche Verletzung des Ellenbogens, Unterarms und Handgelenks	0,6	0,6	8
911	Oberflächliche Verletzung des Rumpfes	0,6	0,5	8
463	Akute Mandelentzündung	0,6	1,0	6
879	Offene Wunden sonstiger Körperteile	0,5	0,6	8
525	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	0,5	1,5	2
784	Symptome Kopf und Hals betreffend	0,4	0,7	4
599	Sonstige Krankheiten der Harnröhre und der Harnwege	0,4	0,6	5
464	Akute Laryngitis und Tracheitis	0,4	0,7	5
008	Intestinale Infektionen durch sonstige Erreger	0,3	0,9	4
346	Migräne	0,2	0,5	2

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung wird von einer Reihe von Faktoren wie beispielsweise individuelle Veranlagungen, persönliche Lebensumstände und Verhaltensweisen, medizinische Versorgung, Umweltfaktoren, gesellschaftliche Rahmenbedingungen usw. beeinflusst, die aufgrund der bestehenden Datenlage nicht beobachtbar sind. Auf Basis der im Individualdatensatz enthaltenen Ausprägungen ist es dennoch möglich zwischen Gruppen von Beschäftigten mit einer unterschiedlich ausgeprägten Betroffenheit von Erkrankung zu differenzieren. Die Übersichten 2.5 und 2.6 zeigen die Häufigkeit bestimmter Krankheitsbilder nach Alter und beruflicher Stellung. Liegt der Wert oberhalb des Indexwertes 100, ist die entsprechende Personengruppe überproportional häufig von Krankenstandsfällen betroffen, liegt der Wert unter 100, entfallen vergleichsweise wenige der auftretenden Krankenstandsfälle auf die entsprechende Gruppe.

Da eine Analyse aller oder auch nur eines größeren Teils der Einzeldiagnosen den Rahmen dieser Studie sprengen würde, werden nur die Ergebnisse für die 6 wichtigsten Krankheitsbilder angeführt. Diese Krankheitsbilder verursachten in Oberösterreich im Jahr 2004 fast die Hälfte aller Krankenstandsfälle (49,4%). Beschäftigte in Arbeiterberufen weisen für alle Einzeldiagnosen eine höhere Wahrscheinlichkeit der Erkrankung als Personen in Angestelltenberufen auf. Die Differenz ist besonders bei den Affektionen des Rückens (ICD9 724) und den sonstigen Verletzungen (959) ausgeprägt, ArbeiterInnen sind rund dreimal so oft wie Angestellte infolge dieser Ursachen vom Arbeitsplatz fern. Auch akute Infektionen der oberen Atemwege (465), Bronchitiserkrankungen (490) und Infektionen des Verdauungssystems (009) sind bei ArbeiterInnen stärker verbreitet als bei Angestellten, allerdings ist die Differenz nicht so deutlich ausgeprägt. Der geringste Unterschied zwischen ArbeiterInnen und Angestellten kann in der Betroffenheit von affektiven Psychosen beobachtet werden (296). Hier liegt die Wahrscheinlichkeit eines Krankenstandfalls bei den Beschäftigten in Arbeiterberufen nur 15% höher als bei den Angestellten.

*Übersicht 2.5: Selektierte Einzeldiagnosen, Verteilung der Fälle nach Alter und Stellung im Beruf*

	Infektionen oberer Luftwege		Affektionen des Rückens		Sonstige Verletzungen	
	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte
	Index = 100 = Durchschnitt					
15 bis 19 Jahre	166,5	159,5	53,5	26,4	280,5	108,7
20 bis 24 Jahre	147,9	129,8	93,7	29,5	218,4	66,4
25 bis 29 Jahre	130,3	108,4	117,8	30,2	170,8	55,2
30 bis 34 Jahre	118,2	93,9	138,5	33,9	138,3	43,3
35 bis 39 Jahre	105,3	81,8	158,0	43,7	122,1	40,9
40 bis 44 Jahre	90,2	69,6	162,5	50,7	110,6	41,7
45 bis 49 Jahre	83,0	69,0	175,1	65,7	108,2	41,5
50 bis 54 Jahre	80,5	65,7	224,9	93,0	103,3	51,7
55 bis 59 Jahre	79,0	62,3	287,9	126,2	112,0	53,3
60 bis 64 Jahre	62,1	37,3	258,2	92,5	65,7	46,6
Alle Altersgruppen	112,0	88,3	149,6	51,7	150,8	50,5
Insgesamt	100,0		100,0		100,0	

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Für fast alle Krankheitsbilder besteht zwischen Alter und Häufigkeit der Erkrankung ein klarer Zusammenhang, die Korrelation hat aber je nach Diagnose ein unterschiedliches Vorzeichen. Die Infektionen der Atemwege und des Verdauungssystems (465 und 009) sind bei den Jugendlichen am stärksten verbreitet, die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung nimmt in beiden Berufsgruppen mit steigendem Alter ab. Jugendliche bis zu 19 Jahren erkranken doppelt so oft wie der Durchschnitt der Beschäftigten an Infektionen des Verdauungssystems und mehr als 1½-mal so oft an den oberen Luftwegen. In dieser Altersgruppe sind die Unterschiede nach beruflicher Stellung am geringsten. Schon ab der Kohorte der 20- bis 24-Jährigen sinkt die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung deutlich, wobei der Rückgang bei den Angestellten stärker als bei den ArbeiterInnen ist. Bei den (sonstigen) Verletzungen (009) zeigt sich ein ähnliches Muster, auch hier sind Jugendliche überproportional oft von Krankenstandsfällen betroffen. Allerdings verdeutlicht die Verteilung nach beruflicher Stellung in hohem Ausmaß die Bedeutung des Tätigkeitsbereichs bzw. der Arbeitsplatzbedingungen: In allen Altersgruppen ist die Wahrscheinlichkeit, infolge einer Verletzung vom Arbeitsplatz fernzubleiben, bei ArbeiterInnen zwei bis dreimal so hoch wie bei Angestellten.

Übersicht 2.6: Selektierte Einzeldiagnosen, Verteilung der Fälle nach Alter und Stellung im Beruf

	Infektionen des Verdauungssystems		Affektive Psychosen		Bronchitis	
	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte	ArbeiterInnen	Angestellte
	Index = 100 = Durchschnitt					
15 bis 19 Jahre	211,4	190,4	41,1	44,9	159,9	149,4
20 bis 24 Jahre	199,0	149,7	82,5	71,6	136,4	103,5
25 bis 29 Jahre	159,3	105,9	82,3	81,6	119,1	84,4
30 bis 34 Jahre	124,1	84,6	126,0	81,8	114,8	79,5
35 bis 39 Jahre	103,8	69,4	118,8	88,0	111,1	75,5
40 bis 44 Jahre	82,3	54,6	124,9	98,4	107,8	66,4
45 bis 49 Jahre	68,3	45,2	115,0	102,4	106,5	68,5
50 bis 54 Jahre	63,9	47,6	147,6	138,3	112,3	73,6
55 bis 59 Jahre	55,1	43,7	137,1	131,7	120,8	74,0
60 bis 64 Jahre	42,4	16,8	113,8	61,5	122,7	60,4
Alle Altersgruppen	120,5	80,0	107,5	92,7	120,0	80,5
Insgesamt	100,0		100,0		100,0	

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Rückenschmerzen sind als Ursache von Krankenständen mit zunehmendem Alter stärker verbreitet, auch hier ist die berufliche Stellung ein wichtiger Bestimmungsfaktor<sup>59)</sup>. Bronchitis ist vor allem bei jungen Beschäftigten beider Berufsgruppen eine häufig auftretende Ursache für Fehlzeiten. Die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung stabilisiert sich ab der Kohorte der 25- bis 29-Jährigen und bewegt sich in einer verhältnismäßig schmalen Schwankungsbreite. ArbeiterInnen sind allerdings überproportional oft von Bronchitis betroffen, die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung von Angestellten ist hingegen in allen Altersgruppen ab 30 Jahren unterdurchschnittlich. Die Betroffenheit von affektiven Psychosen ist bei älteren Arbeitskräften höher als im Haupterwerbssalter und bei Jugendlichen. Differenzen zwischen den Berufsgruppen erge-

<sup>59)</sup> Auf Rückenschmerzen und Muskel-Skelett-Erkrankungen wird in Abschnitt 2.5 detailliert eingegangen.

ben sich vorwiegend im Haupterwerbsalter, wo ArbeiterInnen häufiger als Angestellte erkranken. Bei den Jugendlichen und den älteren Arbeitskräften sind die affektiven Psychosen etwa gleichmäßig auf ArbeiterInnen und Angestellte verteilt, der hohe Wert bei den über-60-jährigen ArbeiterInnen muss aufgrund der geringen Fallzahl mit Vorsicht betrachtet werden. Im Allgemeinen ist aus den dargestellten Daten auch der "Healthy-Worker"-Effekt ersichtlich: Für alle Krankheitsbilder<sup>60)</sup> nimmt die Wahrscheinlichkeit eines Krankenstandes in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen gegenüber den 55- bis 59-Jährigen ab, was darauf hinweist, dass Personen mit einem schlechteren Gesundheitsstatus oft früher aus dem Erwerbsprozess ausscheiden.

## 2.5 Untersuchung zu den Muskel-Skelett-Erkrankungen

Nicht alle Krankheitsbilder werden in gleichem Ausmaß von Faktoren, die mit der Arbeitswelt in Zusammenhang stehen (Tätigkeitsbereich, Belastungen am Arbeitsplatz, betriebliches Umfeld usw.), beeinflusst. Aus gesundheitspolitischen Gründen ist vor allem eine Untersuchung gerade jener Krankenstände, die einen hohen arbeitsbedingten Anteil aufweisen, von prioritärer Bedeutung. Neben den Verletzungen, die durch Unfälle am Arbeitsplatz verursacht werden, ist besonders bei Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes der arbeitsbedingte Verursachungsanteil sehr hoch. *Bödeker et al.* (2002) dokumentieren in einer Studie die Auswirkungen von Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz auf die Krankenstände in Deutschland. Dabei kommen sie zu dem Schluss, dass Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes die Diagnosegruppe mit dem höchsten Kostenanteil aus arbeitsbedingten Belastungen darstellen. Dieser Studie zufolge könnte durch einen (hypothetischen) vollständigen Abbau der Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz das Krankheitsgeschehen in dieser Diagnosegruppe um fast 40% reduziert werden. Bereits durch eine Verringerung der hohen Belastungen wäre es laut Berechnungen möglich, die Ausfallzeiten infolge von Muskel-Skelett-Erkrankungen um 11% zu reduzieren. Rückenerkrankungen (Dorsopathien), die von *Bödeker et al.* (2002) eigens untersucht werden, weisen einen noch leicht höheren arbeitsbedingten Verursachungsanteil aus. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sind nicht nur durch einen direkten kausalen Zusammenhang mit der Arbeitswelt verknüpft, sie verursachen infolge ihrer starken Verbreitung in der erwerbstätigen Bevölkerung und ihrer großen Bedeutung für das Invaliditätsgeschehen auch einen signifikanten Anteil der volkswirtschaftlichen Kosten von Fehlzeiten<sup>61)</sup>.

Die Erkrankungen der Muskeln, des Skelettes und des Bindegewebes umfassen fast 30 einzelne Diagnosebilder. Die meisten dieser Krankheitsbilder spielen jedoch für die Fehlzeiten der Beschäftigten nur eine untergeordnete Rolle. Mehr als die Hälfte der Krankenstandsfälle wird als sonstige und nicht näher bezeichnete Affektionen des Rückens (ICD9 724) diagnostiziert.

---

<sup>60)</sup> Eine Ausnahme in dieser Hinsicht bilden lediglich die Bronchitisfälle bei den ArbeiterInnen, wo die 60- bis 64-Jährigen in etwa die gleiche Erkrankungswahrscheinlichkeit wie die 55- bis 59-Jährigen aufweisen.

<sup>61)</sup> Für eine detaillierte Untersuchung zu den volkswirtschaftlichen Kosten von Muskel-Skelett-Erkrankungen siehe z. B. *Bouter et al.* (1995), wo auf Basis von Daten für das Jahr 1991 ermittelt wird, dass die Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Niederlanden die teuerste Krankheitsgruppe im Hinblick auf Fehlzeiten und Invalidität sind.

Übersicht 2.7: Muskel-Skelett-Erkrankungen nach Einzeldiagnose und Altersgruppe

ICD9	Muskel-Skelett-Erkrankungstage			Insgesamt
	15 bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	
	Anteil in %			
<b>Arthropathien</b>				
710	1,3	0,9	0,4	0,8
711	1,1	1,4	2,1	1,6
712	0,0	0,0	0,0	0,0
713	0,0	0,0	0,0	0,0
714	0,3	0,3	0,6	0,4
715	1,8	3,9	8,6	5,4
716	3,3	2,4	2,9	2,7
717	6,9	4,9	3,3	4,5
718	0,4	0,1	0,0	0,1
719	1,6	1,1	1,4	1,2
<b>Dorsopathien</b>				
720	0,0	0,1	0,0	0,0
721	1,0	1,0	1,4	1,1
722	2,8	7,3	6,5	6,5
724	50,6	55,1	54,0	54,2
<b>Rheumatismus</b>				
726	5,2	8,4	7,2	7,6
727	10,9	4,4	2,3	4,4
728	0,5	0,5	0,8	0,6
729	3,5	2,3	2,3	2,5
<b>Osteopathien</b>				
730	0,1	0,1	0,0	0,1
731	0,1	0,1	0,0	0,1
732	1,0	0,4	0,1	0,4
733	0,9	0,6	0,7	0,7
735	0,9	0,9	1,5	1,1
736	0,5	0,1	0,1	0,2
737	0,2	0,1	0,1	0,1
738	4,9	3,8	3,3	3,7
739	0,1	0,1	0,1	0,1
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Berücksichtigt man alle Rückenerkrankungen (720-724), erfasst man dadurch beinahe zwei Drittel aller Krankenstandsfälle in dieser Kategorie; der Anteil an den Krankenstandstagen liegt ebenfalls über 60%. Rheumatismen (725-729) und Arthropathien (Gelenkerkrankungen, 710-719) bilden im Wesentlichen die anderen relevanten Krankheitsbilder. Wie Übersicht 2.7 verdeutlicht, werden die Muskel-Skelett-Erkrankungen in allen Alterslagen überwiegend von Rückenschmerzen (724) verursacht: Sowohl bei den 15- bis 29-Jährigen als auch bei den 30- bis 49-Jährigen und den Über-50-Jährigen beträgt der Anteil der Affektionen des Rückens an den Muskel-Skelett-Erkrankungen mehr als 50%, ihr Anteil an den Krankenstandstagen liegt bei 60%. Auch andere vergleichsweise häufige Erkrankungen wie Enthesopathien (726) und sonstige erworbene Deformitäten (738) haben in den unterschiedlichen Altersgruppen einen ähnlich hohen Anteil am Gesamtvolumen der Muskel-Skelett-Erkrankungen. Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen sich beispielsweise bei den Erkrankungen der Gelenkschleimhaut, Sehne und Bursa (727), wo der relative Anteil bei Jugendlichen deutlich höher

als bei älteren Personen ist, und den Fällen von Osteoarthritis (715), die vor allem für ältere Arbeitskräfte relevant sind.

Übersicht 2.8 setzt die Muskel-Skelett-Erkrankungen mit der Gesamtheit der Krankenstände in Verhältnis. Die Belastung durch Muskel-Skelett-Erkrankungen im Allgemeinen und durch Rückenschmerzen im Spezifischen nimmt mit dem Alter stark zu. Während bei den jungen ArbeitnehmerInnen Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes insgesamt knapp über 11% aller Fehlzeiten verursachen, steigt dieser Anteil bei den 30- bis 49-Jährigen auf fast 25%. In der Gruppe der älteren Arbeitskräfte kann jeder dritte Krankenstandstag auf eine Muskel-Skelett-Erkrankung zurückgeführt werden. Allein die Rückenschmerzen (724), die bei den Jungen noch 5,7% der Fehlzeiten verursachen, stellen hier 20% aller Krankenstandstage dar.

Während eine Unterscheidung nach Geschlecht nicht sehr aussagekräftig ist, wird der starke Einfluss, der von der beruflichen Tätigkeit bzw. den Arbeitsplatzbelastungen auf das Muskel-Skelett-System der Beschäftigten ausgeht, bei einer Betrachtung der Verteilung dieser Erkrankungen nach beruflicher Stellung deutlich. In der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren ist die Quote der Muskel-Skelett-Krankheiten an den Fehlzeiten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in Arbeiterberufen um fast zwei Drittel höher als in Angestelltenberufen. Im Haupterwerbssalter (30 bis 49 Jahre) ist es das 1½-fache, bei den älteren ArbeiterInnen ist der Anteil der Muskel-Skelett-Krankheiten an den Fehlzeiten 20% bis 25% höher als bei den Angestellten. *Meggeneder* (2005) zeigt anhand einer Auswertung, die sich ebenfalls auf Oberösterreich bezieht (allerdings für das Jahr 2003), dass die Verteilung der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes auch in den einzelnen Branchen unterschiedlich stark ausfällt. Einem Durchschnitt von 2,9 Krankenstandstagen in der Gesamtwirtschaft stehen beispielsweise in der Sachgütererzeugung 3,7 Tage, im Bauwesen 3,4 Tage und in der Öffentlichen Verwaltung 4,2 Tage gegenüber.



Übersicht 2.8: Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen an allen Krankenstandstagen

ICD9	Krankenstandstage insgesamt			Insgesamt
	15 bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	
	Anteil in %			
<b>Arthropathien</b>				
710	0,1	0,2	0,2	0,2
711	0,1	0,3	0,8	0,4
712	0,0	0,0	0,0	0,0
713	0,0	0,0	0,0	0,0
714	0,0	0,1	0,2	0,1
715	0,2	0,9	3,2	1,3
716	0,4	0,6	1,1	0,7
717	0,8	1,2	1,2	1,1
718	0,0	0,0	0,0	0,0
719	0,2	0,3	0,5	0,3
<b>Dorsopathien</b>				
720	0,0	0,0	0,0	0,0
721	0,1	0,2	0,5	0,3
722	0,3	1,8	2,4	1,6
724	5,7	13,5	20,0	13,1
<b>Rheumatismus</b>				
726	0,6	2,0	2,7	1,8
727	1,2	1,1	0,9	1,1
728	0,1	0,1	0,3	0,1
729	0,4	0,6	0,9	0,6
<b>Osteopathien</b>				
730	0,0	0,0	0,0	0,0
731	0,0	0,0	0,0	0,0
732	0,1	0,1	0,0	0,1
733	0,1	0,1	0,3	0,2
735	0,1	0,2	0,6	0,3
736	0,1	0,0	0,0	0,0
737	0,0	0,0	0,0	0,0
738	0,6	0,9	1,2	0,9
739	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Insgesamt</b>	<b>11,3</b>	<b>24,5</b>	<b>37,1</b>	<b>24,2</b>

Q: OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

## 2.6 Ursachen und Bestimmungsfaktoren der Krankenstände

Die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten stellen eine komplexe Größe dar, sie werden von zahlreichen individuellen und strukturellen Faktoren mitbestimmt. Auf individueller Ebene sind demographische und sozioökonomische Merkmale der Erwerbstätigen sowie die Art der von ihnen ausgeübten Tätigkeit von großer Bedeutung. Auch das betriebliche Umfeld, das über die spezifischen Arbeitsplatzbedingungen hinausgehend auch Unternehmenskultur und Arbeitsorganisation umfasst, wirkt sich stark auf die Häufigkeit und Länge von Krankenständen aus. Institutionelle und externe Faktoren, wie gesamtwirtschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen, sind ebenfalls von Bedeutung und leisten vor allem bei der Erklärung von langfristigen Schwankungen und internationalen Unterschieden im Krankenstandsgeschehen einen wichtigen Beitrag. Der vorliegende Abschnitt soll dazu dienen, einen detaillierten Überblick dieser Bestimmungsfaktoren zu geben. In einem ersten Schritt werden die Ergebnisse aus

einer empirischen Untersuchung der Krankenstände in Oberösterreich präsentiert (Abschnitt 2.6.1). Das Bild, das sich aus dieser empirischen Analyse ergibt, wird in Abschnitt 2.6.2 um eine Darstellung weiterer Bestimmungsfaktoren ergänzt, die in anderen Studien untersucht wurden und in der einschlägigen Literatur dokumentiert sind.

### 2.6.1 Ergebnisse aus der Analyse der oberösterreichischen Krankenstände

Die hier zusammengefassten Ergebnisse sind das Produkt von Regressionsanalysen auf Basis des Individualdatensatzes, der sich aus Daten der OÖGKK und des Hauptverbands zusammensetzt (siehe Datenbeschreibung in Abschnitt 2.1). Der Datensatz wurde auf die Krankenstände eingeschränkt, die im Jahr 2003 begonnen haben<sup>62</sup>), weiters wurde der Kreis der untersuchten Beschäftigten auf die Altersgruppe von 20 bis einschließlich 59 Jahre eingegrenzt<sup>63</sup>). Der multivariate Charakter der verwendeten Untersuchungsmethode ermöglicht es, gleichzeitig den Einfluss zahlreicher persönlicher und betrieblicher Merkmale auf die Krankenstände zu berücksichtigen. Angesichts der Tatsache, dass fast die Hälfte der Beschäftigungsverhältnisse im Jahresverlauf durch keinen einzigen Krankenstand unterbrochen ist, 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 Beschäftigungsverhältnissen unterschieden, die durch keinen und solchen, die mindestens durch einen Krankenstand unterbrochen wurden<sup>64</sup>). In einem weiteren Schritt fokussiert die Analyse die Dauer der Krankenstandsfälle. Die Zahl der Krankenstandstage einer Episode ist hier die zu erklärende Größe, es wird untersucht, welchen Einfluss die beobachteten Variablen auf diese Größe haben.

In der Folge wird der Einfluss der einzelnen Merkmale im Detail beschrieben, wobei nach Möglichkeit die Erkenntnisse aus der multivariaten Regressionsanalyse dazu dienen, die Ergebnisse aus den deskriptiven Statistiken im ersten Kapitel anzureichern und zu präzisieren. Die vollständigen Regressionsergebnisse, mit der Unterscheidung der beiden Analyseschritte, sind im Anhang angeführt. Um ihre Interpretation zu erleichtern und die Übersichtlichkeit ihrer Darstellung zu gewährleisten, werden an dieser Stelle nur die wichtigsten Ergebnisse in zusammengefasster Form präsentiert (Übersicht 2.9). 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 Krankenstands-

---

<sup>62</sup>) Diese Einschränkung ermöglicht es, neben dem Krankenstandsbeginn auch eine möglichst lange Nachkarriere zu beobachten. Der Datensatz ist zudem so konstruiert, dass alle Fälle darin enthalten sind, die in den Jahren 2003 und 2004 zu Ende gegangen sind. Fälle, die 2004 begonnen, aber nach dem 31. Dezember 2004 zu Ende gegangen sind, sind darin nicht inkludiert.

<sup>63</sup>) Der Ausschluss der jüngsten und der älteren Beschäftigten erleichtert die Interpretation der Ergebnisse. In beiden Altersgruppen ist die Beschäftigungsquote gering. Bei den jüngsten Beschäftigten sind die Überschneidungen mit dem Bildungssystem sehr groß, zudem ist es schwierig, eine Vorkarriere zu beobachten. Bei den älteren Beschäftigten spielt der Übergang in den Ruhestand eine entscheidende Rolle.

<sup>64</sup>) Die abhängige Variable nimmt somit entweder den Wert 0 oder den Wert 1 an, die Untersuchung wird anhand eines Logit-Modells durchgeführt (für eine ähnliche Anwendung siehe *Frick – Malo, 2008*).

tagen einer beschäftigten Person im Jahresverlauf erwarten lässt<sup>65</sup>). Auf die Unterscheidung zwischen der Wahrscheinlichkeit, einen Krankenstand anzutreten und der Dauer dieses Krankenstandes wird hingegen nur an einigen Stellen explizit eingegangen.

*Übersicht 2.9: Überblick Ergebnisse aus dem Regressionsmodell*

*Abhängige Variable: Zahl der Krankenstandstage innerhalb eines Jahres, Oberösterreich 2003*

	Marginaler Effekt	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
<b>Geschlecht</b>				
Frauen	0,740	0,052	14,12	0,000
Männer	Basiskategorie			
<b>Alter</b>				
20 bis 24 Jahre	-1,260	0,055	- 22,88	0,000
25 bis 29 Jahre	-0,479	0,059	- 8,15	0,000
30 bis 34 Jahre	Basiskategorie			
35 bis 39 Jahre	0,305	0,065	4,71	0,000
40 bis 44 Jahre	0,891	0,073	12,21	0,000
45 bis 49 Jahre	1,735	0,090	19,22	0,000
50 bis 54 Jahre	3,630	0,127	28,70	0,000
55 bis 59 Jahre	5,317	0,186	28,63	0,000
<b>Lohnniveau <sup>1)</sup></b>				
0 bis 1.000	Basiskategorie			
1.001 bis 1.500	0,519	0,080	6,45	0,000
1.501 bis 2.000	0,707	0,088	8,01	0,000
2.001 bis 2.500	0,632	0,100	6,35	0,000
2.501 bis 3.250	0,372	0,112	3,32	0,001
über 3.250	- 0,396	0,126	- 3,14	0,002
<b>Dauer Beschäftigungsverhältnis <sup>2)</sup></b>	0,027	0,004	6,87	0,000
<b>Krankengeldbezug <sup>3)</sup></b>	1,132	0,031	36,50	0,000
<b>Sozialrechtlicher Status</b>				
Arbeiter	1,325	0,068	19,49	0,000
Angestellte	Basiskategorie			
<b>Betriebsgröße</b>				
bis 5 Beschäftigte	Basiskategorie			
6 bis 25 Beschäftigte	0,275	0,096	2,86	0,004
26 bis 50 Beschäftigte	0,393	0,103	3,81	0,000
51 bis 100 Beschäftigte	0,726	0,107	6,80	0,000
101 bis 250 Beschäftigte	0,955	0,103	9,29	0,000
251 bis 1.000 Beschäftigte	1,277	0,106	12,05	0,000
über 1.000 Beschäftigte	1,323	0,119	11,15	0,000
<b>Beschäftigungsfluktuation</b>	- 0,328	0,009	- 35,87	0,000

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. – <sup>1)</sup> Monatliche Beitragsgrundlage in € inkl. Sonderzahlungen. – <sup>2)</sup> In Jahren. – <sup>3)</sup> Versicherungsstage mit Krankengeldbezug (in Monaten ausgedrückt). – Weitere Kontrollvariablen (20 Branchen; 6 Einkommenskategorien; medianes Lohnniveau im Betrieb; Veränderung des Personalstands gg. Vorjahr) werden hier nicht angeführt (siehe Anhang A).

<sup>65)</sup> Bei metrischen Variablen ergibt sich der marginale Effekt aus der Steigerung um eine Einheit ausgehend vom Mittelwert. Bei binären Variablen (Dummy-Variablen) drückt der angezeigte Wert den Effekt einer diskreten Steigerung von 0 auf 1 aus.

### **Gesundheitlicher Zustand (frühere Krankenstände)**

Erwartungsgemäß ist der gesundheitliche Zustand der Beschäftigten eine der wichtigsten Kenngrößen für die Krankenstandswahrscheinlichkeit. Die Ergebnisse aus zahlreichen Studien, wie beispielsweise *Vistnes* (1997), bestätigen, dass Personen, die ihr gesundheitliches Befinden schlecht einstufen, öfter im Krankenstand sind als Erwerbstätige, die ihre Gesundheit positiv beurteilen. Da sich die vorliegende Untersuchung auf administrative Daten der Sozialversicherungsträger stützt, liegt keine detaillierte Information zum (subjektiv empfundenen) Gesundheitszustand der Beschäftigten vor. Neben der subjektiven Einschätzung des gesundheitlichen Zustands können vor allem frühere gesundheitliche Probleme Aufschluss über den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand einer Person geben. Die verfügbaren Krankenstandsdaten aus Oberösterreich sind auf einen vergleichsweise kurzen Zeitabschnitt eingeschränkt, es sind keine genauen Rückschlüsse hinsichtlich der vor dem Jahr 2003 angefallenen Krankenstände möglich. Allerdings enthalten die Daten des Hauptverbands Informationen zum Krankengeldbezug in der Vergangenheit. Krankengeld wird von den Beschäftigten bezogen, sobald der gesetzliche Anspruch auf Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers erschöpft ist. Somit kann der Krankengeldbezug als ein Indikator für das Auftreten von längeren Krankenstandsepisoden in der Vergangenheit interpretiert werden.

Es muss berücksichtigt werden, dass der Bezug von Krankengeld nicht immer zum gleichen Zeitpunkt einsetzt und über die gleiche Zeitspanne aufrecht erhalten bleibt. Zeitpunkt und Dauer des Krankengeldbezugs variieren vielmehr in Abhängigkeit von der sozialrechtlichen Stellung, vom Dienstal und von vorangegangenen Krankenständen des Beschäftigten bzw. der Beschäftigten. Die Länge der Entgeltfortzahlung wird durch das Arbeitsrecht bestimmt, für die Angestellten gilt diesbezüglich der § 8 des Angestelltengesetzes, für die Arbeiterinnen und Arbeiter das Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG). Grundsätzlich gilt, dass im Fall von Krankheit (bzw. Unglücksfall) ArbeitnehmerInnen einen Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts bis zur Dauer von sechs Wochen haben. Dieser Anspruch erhöht sich auf die Dauer von acht Wochen, wenn das Arbeitsverhältnis fünf Jahre, von zehn Wochen, wenn es 15 Jahre und von zwölf Wochen, wenn es 25 Jahre ununterbrochen gedauert hat. Durch jeweils weitere vier Wochen besteht ein Anspruch auf die Fortzahlung des halben Entgelts. Im Rahmen des Arbeitsrechtsänderungsgesetzes kam es seit 2000 zu einer Angleichung der Bestimmungen für Arbeiter und Angestellte. Die im Angestelltengesetz und im Entgeltfortzahlungsgesetz geregelten Systeme der Fortzahlung des Entgeltes unterscheiden sich nach wie vor in einigen (kleineren) Punkten<sup>66</sup>).

---

<sup>66</sup>) Bei wiederholter Arbeitsverhinderung durch Krankheit innerhalb eines Arbeitsjahres haben ArbeiterInnen nur insoweit Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts, als die oben genannte Anspruchsdauer noch nicht erschöpft ist. Das Angestelltengesetz sieht hingegen vor, dass bei Wiedererkrankungen auch nach Ausschöpfung des Grundanspruchs ein zweiter, halbiertes Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts besteht (halbiert wird dabei nicht die Länge, sondern die Höhe der Fortzahlung, also für 6 Wochen das halbe Entgelt und für weitere 4 Wochen ein Viertel des Entgelts). Vergleichbares ist im Entgeltfortzahlungsgesetz für Arbeiter nicht vorgesehen. Das Entgeltfortzahlungsgesetz sieht andererseits vor, dass bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ein eigener Anspruch auf Entgeltfortzahlung gilt, der unabhängig von einer bereits geleisteten Entgeltfortzahlung aufgrund von Krankheit oder Unglücksfall, für die Dauer von 8 Wochen besteht. Wenn die Arbeiterin bzw. der Arbeiter bereits ununterbrochen 15 Jahre für denselben Arbeitgeber arbeitet, erhöht sich dieser Anspruch auf 10 Wochen.

Infolge der Unterschiede zwischen Beschäftigten bei der Inanspruchnahme von Krankengeld kann dieser Indikator nur ein grobes Bild der vorangegangenen Krankenstandshistorie liefern. Er erfüllt jedoch die Funktion, Fälle, in denen die gesundheitliche Situation der Beschäftigten aus der Vergangenheit auf Grund von langen Krankenständen vorbelastet war, zu kennzeichnen. Die Regressionsergebnisse zeigen, dass zwischen dem Krankengeldbezug in der Vergangenheit und den Krankschreibungen in der Gegenwart (hier das Jahr 2003) ein statistisch deutlich signifikanter Effekt besteht. Ein Krankengeldbezug von einem Monat in den vorangegangenen beiden Jahren wirkt sich demnach, *ceteris paribus*, in der Gegenwart mit einer Erhöhung der erwarteten Krankenstände um 1,1 Tage im Jahr aus (zum Vergleich: ArbeiterInnen und Angestellten weisen nach Berücksichtigung aller Merkmale eine Differenz von 1,3 Krankenstandstagen aus).

### **Geschlecht**

In Österreich haben Männer insgesamt eine höhere Krankenstandsquote als Frauen, dies gilt auch in einer langfristigen Betrachtung (Abbildung 1.12). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind vor allem bei jungen Beschäftigten ausgeprägt, im Haupterwerbsalter und bis zum gesetzlichen Pensionsalter (der Frauen) sind dagegen nur geringere Abweichungen feststellbar. Männer verzeichnen in einer Durchschnittsbetrachtung häufiger als Frauen Krankenstände, zudem sind ihre Krankenstandsepisoden länger als jene der Frauen. Im internationalen Umfeld weist Deutschland ein ähnliches Bild auf, in vielen anderen Ländern sind dagegen die Krankenstände der Frauen höher als jene der Männer (*Bonato – Lusinyan, 2004, Askildsen – Bratberg – Nilsen, 2005, Drago – Wooden, 1992, Ichino – Moretti, 2006*). Als mögliche Ursachen für die höheren Krankenstandsquoten der Frauen können im Wesentlichen zwei Faktoren angenommen werden: Zum einen sind Frauen in deutlich höherem Ausmaß als Männer durch Beruf und Familie einer Doppelbelastung ausgesetzt. Kumuliert man die Stunden aus (bezahlter) Erwerbsarbeit und (unbezahlter) Haushalts- und Betreuungsarbeit, bewältigen Frauen im Durchschnitt ein höheres Arbeitspensum als Männer<sup>67)</sup>. Es hat sich beispielsweise gezeigt, dass die Präsenz von Kleinkindern im Haushalt und die damit einhergehende Belastung und Betreuungsarbeit für erwerbstätige Frauen zu erhöhten Krankenständen führt (*Dionne – Dostie, 2007*). *Vistnes (1997)* hat diesen Effekt auch bei Männern nachweisen können, deren Kinder in einer Kinderbetreuungseinrichtung sind – ein Befund, der die Bedeutung der familiären Verpflichtungen für das Krankenstandsgeschehen besonders hervorhebt. Zum anderen dürften sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede im Gesundheitsverhalten und im Umgang mit Krankheitssymptomen auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen:

---

<sup>67)</sup> Für Österreich liefert eine Sonderauswertung aus dem Mikrozensus 2002 Informationen zum relativen Anteil von Erwerbsarbeit und (unbezahlter) Arbeit im Haushalt. Die Höhe der wöchentlichen Arbeitsbelastung durch Erwerbsarbeit, Haushalt und Kinderbetreuung hängt wesentlich vom Geschlecht und von den individuellen Lebensumständen, also vom Alter, der Kinderzahl im eigenen Haushalt, der Größe dieses Haushalts und der Erwerbssituation ab (*Statistik Austria, 2003*). Allen Altersgruppen gemeinsam ist jedoch die Tatsache, dass Frauen durchschnittlich eine höhere Gesamtarbeitszeit als Männer haben. Im Durchschnitt aller Männer und Frauen beträgt die durchschnittliche wöchentliche Arbeitsbelastung der Männer 35,1 Stunden, jene der Frauen hingegen 45,2 Stunden.

Frauen sind eher als Männer dazu geneigt, beim Auftreten von Symptomen einen Arzt aufzusuchen und gesundheitlichen Problemen nachzugehen (*Küsgens et al., 2008*).

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass die vergleichsweise niedrigen Krankenstandszahlen der Österreicherinnen mit der geschlechtsspezifischen Segmentierung nach Branchen und Berufen am Arbeitsmarkt in Verbindung stehen (z. B. *Biffi, 2002*). Die Analyse anhand der Daten von OÖGKK und Hauptverband ermöglicht es, diese Vermutung empirisch zu belegen. Laut *Krankenstandsstatistik* sind Männer durchschnittlich 1,3 Tage im Jahr mehr krank als Frauen<sup>68</sup>). Wie jedoch aus Übersicht 2.9 hervorgeht, sind Frauen unter Berücksichtigung der restlichen persönlichen und betrieblichen Merkmale nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand (im Durchschnitt um 0,7 Krankenstandstage pro Jahr). Eine genauere Zerlegung dieses Effekts nach der Wahrscheinlichkeit und Dauer von Krankenständen zeigt, dass Frauen vor allem eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, im Jahresverlauf mindestens einmal zu erkranken (siehe Anhang). Hinsichtlich der Länge von Krankenständen kann hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern beobachtet werden. In der jüngsten Ausgabe des deutschen Fehlzeitenreports (*Badura et al., 2008*) wird ein ähnliches Bild aufgezeigt. Die Krankenstandsquote der Frauen lag im Jahr 2006 um 0,2 Prozentpunkte niedriger als die der Männer<sup>69</sup>). Die männlichen Beschäftigten zeichneten sich im Durchschnitt sowohl durch häufigere, als auch durch etwas längere Krankenstands-episoden aus. Nach einer Standardisierung, bei der die geschlechtsspezifische Verteilung nach Branchen, Berufen und Art der ausgeübten Tätigkeit berücksichtigt werden, kehrt sich allerdings das Verhältnis der Krankenstände von Frauen und Männern um: Nach der Standardisierung ergibt sich bei Frauen eine um 0,2 Prozentpunkte höhere Krankenstandsquote als bei Männern. Die höheren Krankenstände der Männer sind somit, genauso wie im österreichischen Fall, auf die geschlechtsspezifischen Beschäftigungsstrukturen zurückzuführen.

## Alter

Die Ausführungen im ersten Kapitel haben einen positiven Zusammenhang zwischen Alter und Krankenstand aufgezeigt. Die Krankenstandsquote steigt unabhängig vom Geschlecht und der beruflichen Stellung mit zunehmendem Alter stark an (Abschnitt 1.5.2). Junge Arbeitskräfte, insbesondere Männer, weisen ebenfalls eine höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit als ArbeitnehmerInnen im Haupterwerbsalter auf, wodurch sich für die Krankenstandsquote entlang des Lebenszyklus' ein leicht U-förmiger Verlauf ergibt (Abbildung 1.14). Diese Ergebnisse decken sich gut mit jenen aus anderen Studien, die internationale Vergleiche durchführen (z. B. *Drago – Wooden, 1992; Bergendorff, 2003*). Altersspezifische Disparitäten im Niveau der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten sind durch Unterschiede in der Frequenz, Dauer und letztendlich Ursache von Krankenständen bedingt. Während junge Arbeitskräfte

---

<sup>68</sup>) Dieser Wert bezieht sich auf die Altersgruppe der 20- bis 59-Jährigen, die für die vorliegende Analyse als Referenzgruppe gilt. Bei Betrachtung aller in der Statistik erfassten Altersgruppen entspricht die Differenz zwischen Männern und Frauen 1,4 Krankenstandstagen im Jahr.

<sup>69</sup>) Die Daten beziehen sich allerdings ausschließlich auf den Versichertenbestand der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), der etwa 26% der erwerbstätigen Bevölkerung Deutschlands erfasst (*Badura et al., 2008*).

typischerweise eine hohe Anzahl an kurzen Krankenstandsepisoden verzeichnen, steigt mit zunehmendem Alter die Länge der Krankenstände stark an (Abbildung 1.15 und 2.2). Jugendliche haben neben einem hohen Anteil an weit verbreiteten Krankheiten mit einem kurzen Verlauf (z. B. Infektionen der oberen Luftwege oder des Verdauungssystems) auch viele Krankenstände infolge von Verletzungen, die sowohl auf die Tätigkeit am Arbeitsplatz als auch außerhalb zurückgeführt werden können (Übersicht 2.3). Schwere und chronische Erkrankungen führen vor allem bei älteren ArbeitnehmerInnen zu einer Zunahme der Langzeitkrankenstände.

Die Ergebnisse aus der Regressionsanalyse bestätigen und ergänzen dieses Bild. Demnach sinkt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf mindestens einen Krankenstand zu verzeichnen (siehe Anhang). Umgekehrt zeigt der positive und deutlich signifikante Koeffizient im zweiten Teil der Analyse, dass bei steigendem Alter längere Krankenstände anfallen. Zusammengenommen steigen mit dem Alter auch nach Berücksichtigung der übrigen Variablen über alle Altersgruppen die krankheitsbedingten Fehlzeiten kontinuierlich an. In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen fallen durchschnittlich pro Kopf 5,3 mehr Krankenstandstage als in der Altersgruppe der 30- bis 35-Jährigen an, im Vergleich mit den 20- bis 24-Jährigen beträgt die Steigerung 6½ Tage (unter Ausschluss der Information zu den vorangegangenen Krankengeldbezügen vergrößern sich diese Abstände auf 6,0 und 7,3 Tage)<sup>70)</sup>. Anders als die *Krankenstandsstatistik* zeigt das Ergebnis der multivariaten Analyse kein U-förmiges Muster nach Altersgruppen, die Krankenstände sind in der jüngsten Altersgruppe am niedrigsten. Das hängt zum einen damit zusammen, dass der Datensatz auf die 20- bis 59-Jährigen eingeschränkt und dass somit die jüngsten Beschäftigten in der Untersuchung nicht berücksichtigt wurden. Zum anderen ist dieses Ergebnis ein klarer Hinweis darauf, dass die hohen Krankenstände der Jungen mit anderen im Individualdatensatz erfassten Faktoren, vor allem mit der Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufen, zusammenhängen. Die hohe Konzentration der jungen Beschäftigten auf Arbeiterberufe signalisiert, dass diese Altersgruppe überdurchschnittlich stark mit körperlichen Arbeitsplatzbelastungen und Unfallrisiken konfrontiert ist.

### **Branchenzugehörigkeit und sozialrechtliche Stellung**

Die Zuordnung der Beschäftigten nach beruflicher (sozialrechtlicher) Stellung und Wirtschaftszweig besitzt einen hohen Erklärungswert für das Krankenstandsgeschehen. Die Sachgüterproduktion und das Bauwesen sind, auch nach einer Berücksichtigung von Unterschieden in der Altersstruktur, durch höhere Krankenstandsquoten als die Dienstleistungsbereiche gekennzeichnet. *Barmby et al.* (2002) zeigen in einer Auswertung der europäischen Arbeitskräfteerhebung, dass auch im internationalen Umfeld ein ähnliches Muster in der Verteilung der Krankenstände nach Wirtschaftsbereichen erkennbar ist. Unterschiede im branchenspezifischen Niveau der Fehlzeiten decken sich zu einem guten Teil mit Unterschieden in der Verteilung der Krankenstandsursachen. Muskel-Skelett-Krankheiten und Verletzungen verursachen in

---

<sup>70)</sup> Dadurch, dass die Untersuchung auf die Beschäftigten im Alter zwischen 20 und 59 Jahren eingegrenzt ist, wirkt sich der "Healthy-Worker"-Effekt nicht spürbar aus.

Österreich mehr als 40% aller Fehlzeiten, die Häufigkeit dieser Diagnosegruppen schwankt auch am stärksten zwischen den einzelnen Branchen. Wirtschaftsbereiche mit einer hohen Anzahl an Muskel-Skelett-Erkrankungen sind typischerweise auch jene mit einer insgesamt überdurchschnittlichen Krankenstandsquote – ein Anzeichen für den starken Einfluss, den Arbeitsplatzbedingungen auf die Krankenstände ausüben (*Leoni – Biffi – Guger, 2008*).

Die Regressionsergebnisse zeigen, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Branchen erheblich schrumpfen, wenn zusätzlich zur Altersstruktur auch berufliche Stellung und weitere persönliche und betriebliche Merkmale mit in die Untersuchung einbezogen werden. Neben den Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Risiken sind auch andere branchenspezifische Merkmale für das Krankenstandsgeschehen relevant. So zeigt sich beispielsweise eine der geringsten Krankenstandswahrscheinlichkeiten im Bereich der Leiharbeit, hier liegt die durchschnittliche Krankenstandsquote auch nach Berücksichtigung aller anderen Merkmale um 0,4 Tage niedriger als in der Referenzgruppe. Dieser Effekt dürfte darauf zurückzuführen sein, dass LeiharbeiterInnen unter erhöhtem Druck stehen, Fehlzeiten zu vermeiden, bzw. bei Eintritt eines Krankenstandes erhöhte Gefahr laufen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Auch im Gaststätten- und Beherbergungswesen liegt die auf Grund des Modells geschätzte Krankenstandshäufigkeit um einen halben Tag unter dem Referenzwert. In diesem Sektor spielt neben der geringen Arbeitsplatzsicherheit auch die saisonale Komponente der Beschäftigung eine Rolle. Arbeiterinnen und Arbeiter haben auch nach Berücksichtigung der Branche und der restlichen beobachteten betrieblichen und persönlichen Merkmale höhere Krankenstände als Angestellte.

### **Lohnniveau**

Das Einkommen kann unter unterschiedlichen Gesichtspunkten mit der Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Zahlreiche internationale Studien konnten einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Sterblichkeit nachweisen. Demnach sind höhere Einkommen sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit geringeren Mortalitätsraten verbunden. Eine aktuelle Studie für Deutschland zeigt beispielsweise, dass die mittlere Lebenserwartung ab 18 Jahren bei Männern der höchsten Einkommensgruppe (über 150% des Medians) 14 Jahre höher ist als für Männer, die in die unterste Einkommensgruppe fallen (weniger als 60% des Medianeinkommens); für Frauen beträgt der Unterschied 8 Jahre (*Kroll – Lampert, 2005*). Ähnliche Ergebnisse konnten auch für andere europäische Länder festgestellt werden<sup>71</sup>). Allerdings konnte bisher nicht restlos geklärt werden, welche Faktoren den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit herstellen. Diesbezüglich spielt einerseits die negative Korrelation zwischen Einkommen und gesundheitsrelevanten Faktoren wie Ernährung und Erholungsmöglichkeiten eine Rolle. Das Einkommen, das in hohem Maße mit dem Bildungsgrad korreliert, ist andererseits auch im Hinblick auf das gesundheitliche Verhalten (z. B. Rauchen und sportliche Betätigung) sowie auf die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungseinrichtungen relevant.

---

<sup>71</sup>) Ein guter Überblick zu den wichtigsten Studienergebnissen ist in *Böheim – Knittler – Mahringer (2008)* zu finden.



Zudem haben BezieherInnen von geringen Einkommen am Arbeitsmarkt typischerweise eine Position inne, die körperliche Belastungen und ungünstige Arbeitsplatzbedingungen mit sich bringt. Es könnte somit erwartet werden, dass ein hohes Einkommens- bzw. Lohnniveau mit einem guten gesundheitlichen Zustand und mit einer unterdurchschnittlichen Zahl an Krankenständen assoziiert ist. Aus Sicht der ökonomischen Theorie führt – im Rahmen eines Arbeit-Freizeit-Modells – ein höheres Lohnniveau zu geringen Krankenständen, weil es einen positiven Anreiz zur Arbeit vermittelt. Dabei wird jedoch angenommen, dass mit einer Fehlzeit auch eine Einkommenseinbuße einhergeht. Angesichts der Gestaltung des Entgeltfortzahlungs- und Krankengeldsystems ist diese Annahme in Österreich unrealistisch und spielt in der Praxis nur eine untergeordnete Rolle. Es gibt allerdings auch andere ökonomische Hypothesen, die zur Erwartung führen, dass ein hohes Lohnniveau mit überdurchschnittlicher Produktivität und unterdurchschnittlichen Fehlzeiten zusammenfällt. Aus der Sicht der Effizienzlohntheorie besitzen Unternehmen nicht genug Information, um die Produktivität einzelner ArbeitnehmerInnen genau einzuschätzen. Das Lohnniveau wird als Instrument eingesetzt, um gegenüber den ArbeitnehmerInnen Anreize zu setzen (*Akerlof – Yellen, 1986*). Höhere Löhne werden demnach sowohl bei der Einstellung als auch zu einem späteren Zeitpunkt geboten, um Arbeitskräfte mit hoher Produktivität anzuziehen und diese zu einem hohen Arbeitseinsatz zu motivieren.

Empirische Studien zum Effekt von Löhnen und Einkommen auf den Krankenstand kamen zu keinem eindeutigen Ergebnis. Zwar findet *Winkelmann (1999)* anhand von Daten des Sozio-ökonomischen Panels für Deutschland einen deutlichen Zusammenhang zwischen Lohnniveau und Krankenstand – seinen Berechnungen zufolge ist ein um 10% höheres Lohnniveau mit einer Reduktion von 0,3 Krankenstandstagen im Jahr assoziiert. *Frick – Malo (2008)*, die sich auf europäische Daten des *European Working Conditions Survey* stützen, konnten allerdings keine signifikante Beziehung zwischen der Höhe des Lohns und der Krankenstandswahrscheinlichkeit der Erwerbstätigen feststellen. *Vistnes (1997)* kommt in einer Untersuchung von amerikanischen Krankenständen auch nach einer Unterscheidung von Männern und Frauen zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Analyse der oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigt, dass Personen mit einem niedrigen Lohnniveau (unter € 1.000 Bruttolohn)<sup>72)</sup> eine geringere Anzahl an Krankenstandstagen als andere Beschäftigtengruppen erwarten lassen. Es ist wichtig hervorzuheben, dass es sich bei dieser Einkommensgruppe fast ausschließlich um Beschäftigte handelt, die Teilzeit arbeiten und deshalb hinsichtlich ihres Krankenstandsverhaltens nur bedingt mit den restlichen Beschäftigten verglichen werden können. Mit zunehmendem Lohnniveau steigt auch die Anzahl der Krankenstandstage, allerdings nur bis zur Beschäftigtengruppe mit einem Bruttolohn von bis zu € 2.000. Bei einem Lohnniveau zwischen € 1.500 und € 2.000 sind durchschnittlich 0,7 Krankenstandstage mehr im Jahr zu erwarten als bei Löhnen unter € 1.000. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten nehmen dann bei zunehmendem Lohn ab, Personen mit einem Einkommen über € 3.250 haben die geringste Anzahl an Krankenstandstagen (umgerechnet rund 1,1 Tage weniger als die Gruppe mit Löhnen von € 1.500 bis € 2.000). Hier gilt es zu bedenken, dass die Daten bei der Höchstbeitragsgrundlage enden und somit der

---

<sup>72)</sup> Es handelt sich hierbei um die durchschnittliche monatliche Bemessungsgrundlage inklusive Sonderzahlungen.

Zusammenhang zwischen Lohn und Krankenstand nicht vollständig abgebildet wird. Variablen, die das vorangegangene Einkommen der Beschäftigten erfassen, zeigen ebenfalls für Personen in der niedrigsten Einkommensgruppe die geringste Anzahl an Krankenstandstagen (siehe Anhang). Diese nimmt sukzessive zu und ist in den mittleren Einkommensgruppen am höchsten. Ähnlich wie beim gegenwärtigen Lohn (wenn auch nicht in gleichem Maße) kehrt sich auch bei hohen vorangegangenen Einkommen das Verhältnis zu den Krankenständen um.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Analysen eine nicht-lineare Beziehung zwischen Lohnniveau und Krankenstand zeigen. Demnach haben sowohl Beschäftigte mit den niedrigsten als auch solche mit den höchsten (vergangenen und gegenwärtigen) Löhnen vergleichsweise geringe krankheitsbedingte Fehlzeiten. Das Ergebnis zu den BezieherInnen von niedrigen Löhnen kann dadurch erklärt werden, dass diese Personen nur ein geringes Beschäftigungsausmaß (Teilzeit) und/oder eine schwache Arbeitsmarktbindung haben. Flexibilität bei der Einteilung der Arbeitszeit und/oder erhöhte Arbeitsplatzunsicherheit könnten demnach für die geringe Krankenstandshäufigkeit dieser Personengruppe verantwortlich sein.

### **Dienstalter bzw. Dauer des Beschäftigungsverhältnisses**

Unterschiedliche Hypothesen können hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Dienstalter und Krankenstand formuliert werden. Einerseits kann erwartet werden, dass mit steigendem Dienstalter die Zahl der Krankenstandstage sinkt. Zum einen signalisiert ein langes Beschäftigungsverhältnis eine starke Bindung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Diese Bindung kann ihrerseits zu erhöhter Verantwortung bzw. zu erhöhtem Verantwortungsbewusstsein führen. Beides, sowohl die objektive Rolle, die man am Arbeitsplatz einnimmt, als auch die subjektive Wahrnehmung, die man davon hat, kann sich senkend auf die erwartete Anzahl an Krankenstandstagen auswirken. Zudem ergibt sich bei langen Dienstverhältnissen ein positiver Selektionsmechanismus, der dem "Healthy-Worker"-Effekt gleichkommt<sup>73</sup>). Andererseits haben Untersuchungen gezeigt, dass mit steigendem Dienstalter die Zahl der Krankenstandstage tendenziell zunimmt. *Drago – Wooden* (1992) setzten sich mit Daten für vier angelsächsische Länder (Australien, Neuseeland, Kanada, USA) auseinander und stellten dabei fest, dass Beschäftigte mit niedrigem Dienstalter auch nach Berücksichtigung von Altersunterschieden geringere Krankenstände aufweisen. *Dionne – Dostie* (2007) kommen in ihrer auf aktuelleren Daten basierenden Untersuchung zum gleichen Ergebnis. Dieser Effekt dürfte auf die Beziehung zwischen Dauer des Beschäftigungsverhältnisses und Arbeitsplatzsicherheit zurückzuführen sein. Bei hoher Arbeitsplatzunsicherheit erhöht sich der Druck auf den Arbeitnehmer bzw. die Arbeitnehmerin, Krankenstände zu vermeiden und unter Umständen trotz Krankheitssymptome bei der Arbeit zu erscheinen (Präsentismus). Dieser Konnex zeigt sich bei prekären Arbeitsverhältnissen mit besonderer Deutlichkeit: So wiesen *Bonato – Lusinyan* (2004) nach, dass Personen mit einem befristeten Arbeitsverhältnis

---

<sup>73</sup>) So ist zu erwarten, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen und häufigen Krankenständen seltener als solche mit einem guten Gesundheitszustand lange, ununterbrochene Dienstverhältnisse aufweisen.

eine geringere Wahrscheinlichkeit im Krankenstand zu sein haben als Arbeitskräfte, die ein unbefristetes Arbeitsverhältnis und somit eine höhere Absicherung ihres Arbeitsplatzes haben<sup>74</sup>).

Wie aus Übersicht 2.9 zu entnehmen ist, bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass mit steigendem Dienstalter und unter Berücksichtigung aller anderen Merkmale, die Krankenstände zunehmen. Dieser Effekt ist allerdings vergleichsweise gering, umgerechnet kann bei einer Verlängerung des Dienstalters um 10 Jahre eine Steigerung der Krankenstandstage um knapp 0,3 Tage im Jahr erwartet werden. Bei einer Betrachtung der zwei Analyseschritte, die zu diesem Ergebnis führen, ist ersichtlich, dass das Dienstalter zwei entgegen gesetzte Effekte hat: Während mit der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, im Jahresverlauf zumindest einen Krankenstandstag zu verzeichnen, wirkt sich das Dienstalter reduzierend auf die Dauer des Krankenstandes aus (siehe Anhang). Der positive Effekt ist quantitativ geringer als der zuerst angeführte negative Effekt, woraus sich insgesamt ein ungünstiger Einfluss von der Beschäftigungsdauer auf die Gesamtzahl der Krankenstandstage ergibt.

### **Betriebsgröße**

Aus theoretischer Sicht können sowohl für einen positiven als auch für einen negativen Konnex zwischen Betriebsgröße und Krankenstand Argumente gefunden werden. Es kann vermutet werden, dass in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer ist, was bei steigender Betriebsgröße eine zunehmende Zahl an Krankenstandstagen erwarten lässt (*Barnby et al.*, 1994; *Winkelmann*, 1999). Doch nicht nur der externe Druck, nach Möglichkeit Fehlzeiten zu vermeiden, dürfte in kleinen Betrieben stärker ausgeprägt sein. Während in einem großen Unternehmen der Ausfall einer Arbeitskraft besser durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkraftet werden kann, ist es in einem kleinen Unternehmen oft unmöglich, eine ausgefallene Arbeitskraft zu ersetzen. Damit dürfte in Kleinbetrieben auch die individuelle (subjektive) Motivation, soweit wie möglich Fehlzeiten zu vermeiden, besonders stark sein<sup>75</sup>). Tatsächlich konnten empirische Untersuchungen wiederholt feststellen, dass in kleinen Betrieben durchschnittlich weniger Krankenstände als in Großbetrieben anfallen (z. B. *Frick – Malo*, 2008). Dabei konnte sichergestellt werden, dass dieser Zusammenhang nicht auf andere Einflussfaktoren, wie die Altersstruktur der Beschäftigten oder Schichtarbeit, zurückzuführen ist, sondern unabhängig davon gilt (siehe *Badura et al.*, 2008).

Auf der anderen Seite kann auch ein entgegengesetzter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand vermutet werden. Großbetriebe weisen ein überdurchschnittliches

---

<sup>74</sup>) "Moreover, there is evidence that temporary workers, who enjoy lower employment protection, tend to be less sickness prone than permanent workers." (*Bonato – Lusinyan*, 2004, S. 10). Dieser Befund bezieht sich auf eine Auswahl von EU-Ländern (Frankreich, Deutschland, Finnland, Schweden, Großbritannien). Daten für 2004 zeigen, dass Personen mit einem unbefristeten Arbeitsverhältnis zwischen 1,4 und 3,8-mal häufiger in den Krankenstand gehen als solche mit befristetem Vertrag.

<sup>75</sup>) "[...] previous research has suggested that workers in larger firms feel a sense of alienation and may be more likely to be absent from work than workers in small firms." (*Vistnes*, 1997).

Lohnniveau auf (vgl. z. B. *Brown – Medoff*, 1989), hohe Löhne sind ihrerseits mit einer hohen Motivation der Beschäftigten und einer starken Bindung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer assoziiert, das dürfte dazu führen, dass in Großbetrieben Anreize zur Vermeidung von Fehlzeiten bestehen. Zusätzlich kann man davon ausgehen, dass in Großbetrieben mehr Ressourcen für betriebliche Gesundheitsförderung aufgewendet und Auflagen hinsichtlich der Sicherheit und des gesundheitlichen Schutzes der ArbeitnehmerInnen strikter gehandhabt werden. Diese Vorkehrungen und Maßnahmen dürften besonders im gewerblichen und industriellen Bereich, wo Arbeitsplatzbelastungen und Unfallgefährdung hoch sind, zu einer signifikanten Reduktion der Krankenstände beitragen. Auch diese positiven Effekte konnten empirisch zum Teil nachgewiesen werden. *Winkelmann* (1999) stellt allerdings fest, dass diese Effekte nicht ausreichen, um den negativen Zusammenhang zwischen Größe des Betriebs und Krankenstand zu kompensieren.

Die multivariate Analyse der oberösterreichischen Daten bestätigt, dass Betriebsgröße und Krankenstand positiv zusammenhängen. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind in der untersten Betriebsgrößenklasse am geringsten und steigen bei zunehmender Größe sukzessive an. So fallen in den kleinsten Betrieben pro MitarbeiterIn im Schnitt etwa 1,3 Krankenstandstage weniger als in Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten an. Die Hypothese, dass vor allem im Güter produzierenden Bereich die Vorteile von Großbetrieben hinsichtlich der Krankenstände zum Tragen kommen, kann anhand von detaillierten Auswertungen der wichtigsten Branchen überprüft werden<sup>76)</sup>. Je nach Branche zeigt sich mit unterschiedlicher Stärke eine nicht-lineare Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenstand. Ab einer bestimmten Größe nimmt die Zahl der erwarteten Krankenstandstage ab, dieser Effekt ist im Bausektor, im Maschinenbau und im Bereich der Metallerzeugnisse deutlich ausgeprägt. Im Einzelhandel und im Kreditwesen bleibt der Zusammenhang zwischen Größe und Krankenstand auch für die größten Betriebe weitgehend erhalten.

### **Beschäftigungsfluktuation**

Die betriebliche Situation und die Gestaltung der Arbeitsbeziehung spielen für das Krankenstandsgeschehen eine entscheidende Rolle. Obschon es nicht möglich ist, anhand der Sozialversicherungsdaten ein differenziertes Bild der Arbeitsplatzqualität in den Betrieben zu erhalten, kann die Beschäftigungsentwicklung in den Betrieben als ein wichtiger Indikator für den Krankenstand gewertet werden. Aus theoretischer Sicht besteht die Erwartung, dass eine hohe Beschäftigungsfluktuation im Betrieb mit niedrigeren Krankenständen assoziiert ist. Hier können zwei Effekte zum Tragen kommen: Einerseits erhöht eine hohe Beschäftigungsfluktuation die Arbeitsplatzunsicherheit der Beschäftigten; diese Unsicherheit dürfte die Krankenstände dämpfen und den Druck zum Präsentismus erhöhen. Zugleich kann vermutet werden, dass Arbeitgeber die hohe Fluktuation nutzen, um Beschäftigte mit häufigen Fehlzeiten abzubauen. Veränderungen im Personalstand der Betriebe können anhand der Sozialversiche-

---

<sup>76)</sup> Hierzu wurden für die wichtigsten Branchen eigene Schätzungen durchgeführt, die Betriebsgröße wurde durch eine metrische Variable (Jahresdurchschnitt Personalstand) und nicht durch eine Kategorisierung in Größenklassen erfasst. Die nicht-lineare Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenstand wurde, wie in solchen Fällen üblich, durch die zusätzliche Inklusion des quadrierten Betriebsgrößenvariable in das Modell abgebildet.

rungsdaten sehr gut beobachtet werden. Für die vorliegende Studie wurde ein Indikator konstruiert, der den Auf- und Abbau von Beschäftigung mit dem Beschäftigungsstand in Beziehung setzt und somit ein Maß für die Beschäftigungssituation liefert. Der Beschäftigungsumschlag misst, wie stark der Zu- und Abgang an Beschäftigung im Betrieb im Laufe des vorangegangenen Jahres war. Die Ergebnisse aus den Regressionsanalysen bestätigen, dass bei steigender Fluktuation die Krankenstandsquote tendenziell abnimmt. Der Effekt ist statistisch sehr signifikant, er weist darauf hin, dass auch innerhalb der Branchen die Heterogenität in der Personalpolitik einen Beitrag zur Erklärung der Unterschiede im Krankenstandsgeschehen zwischen Betrieben leistet.

### 2.6.2 Weitere Bestimmungsgründe von Krankenständen

Eine Reihe von Faktoren, die das Krankenstandsgeschehen beeinflussen, können anhand der verfügbaren Daten nicht beobachtet werden. Ihre Wirkung auf die Krankenstände ist aus anderen Studien und der einschlägigen Literatur bekannt.

#### **Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen**

- Im Allgemeinen schwanken Krankenstände mit dem Konjunkturmuster bzw. mit der Arbeitsmarktlage, es wird ein negatives Verhältnis zwischen Arbeitslosigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten vermutet. Hierzu sind vor allem zwei Erklärungsansätze von Bedeutung. Zum einen verändert sich die Zusammensetzung der Erwerbstätigen durch den Konjunkturzyklus: Bei Senkung der Arbeitslosigkeit kommen vermehrt gesundheitlich schwächere Personen zu einem Beschäftigungsverhältnis, durch den Selektionsprozess während eines Wirtschaftsabschwungs sind es auch diese Personen, die dann als erste ihren Arbeitsplatz verlieren. Andererseits besteht die Hypothese, dass auch die Stammbeschäftigten zum Teil mit verminderten Krankenstandstagen auf steigende Arbeitslosigkeit und schlechte konjunkturelle Entwicklungen reagieren (siehe auch *Drago – Wooden, 1992, André, 2001*).
- Längerfristige Veränderungen im Krankenstandsniveau hängen weiters mit dem Strukturwandel der Wirtschaft zusammen. Der technologische Fortschritt, die Tertiärisierung der Wirtschaft und die globale Reallokation von Produktionsfaktoren führen zu einer dynamischen Veränderung der Berufsbilder und Arbeitsplatzbedingungen. In Österreich ist beispielsweise eine langfristige Tendenz zur Angleichung der Krankenstandsquoten zwischen den einzelnen Wirtschaftssektoren feststellbar (Abbildung 1.20); auch die rückgängige Entwicklung des Unfallgeschehens am Arbeitsplatz kann mit diesen strukturellen Veränderungsprozessen in Zusammenhang gebracht werden. Der wirtschaftliche Strukturwandel muss aber nicht zwingend zu einer Reduktion der Arbeitsplatzbelastungen führen, sondern kann auch zu Veränderungen in den Belastungsformen und somit in den gesundheitlichen Risiken führen (z. B. Zunahme von psychisch belastenden Faktoren wie Zeitdruck).

## Institutionelle Rahmenbedingungen

- Die Entwicklung der Krankenstände hängt überdies mit der Gestaltung der Übergänge zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pension zusammen. Häufig kranke oder chronisch kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung abgedrängt werden. Die Entwicklung der Fehlzeiten in den frühen achtziger Jahren und die starken Schwankungen in der Krankenstandsquote der Über-50-Jährigen heben die Bedeutung dieser arbeitsmarktpolitischen Faktoren hervor (Abbildung 1.16 und 1.17). *Meggeneder* (2005) weist darauf hin, dass in Österreich bei steigender Arbeitslosigkeit eine größere Bereitschaft bestand, Pensionen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit zu gewähren. Der gleiche Zusammenhang konnte auch für andere Länder, beispielsweise die Niederlande, festgestellt werden (*Bergendorff*, 2003).
- Die gesetzliche Gestaltung des Krankenversicherungssystems ist für die Anreizsetzung von Bedeutung und beeinflusst das Verhalten aller am Krankenstandsgeschehen Beteiligten. *Drago – Wooden* (1992) finden beispielsweise in einem internationalen Vergleich einen positiven Zusammenhang zwischen Höhe des Krankengeldes und Krankenstände. Weiters hat die Aufteilung der Kosten von Krankenständen zwischen Unternehmen, ArbeitnehmerInnen und öffentlicher Hand Einfluss auf die Fehlzeiten (*Bonato – Lusinyan*, 2004)<sup>77</sup>). Zusätzlich wird das Ausmaß krankheitsbedingter Fehlzeiten durch rechtliche Rahmenbedingungen, welche die Eingliederungsmöglichkeiten von wieder Gesundeten, die aufgrund von Krankheit arbeitslos wurden, bestimmt (z. B. Arbeitsmarktförderungsgesetz) sowie durch die Formen des Vorladesystems und der Entgeltfortzahlung beeinflusst (*Meggeneder*, 2005).
- Zu den institutionellen Rahmenbedingungen, die sich auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten der Beschäftigten auswirken, gehört auch das Verhalten der niedergelassenen Ärzte. Ärzte tragen die Verantwortung für die Krankschreibung der ArbeitnehmerInnen; ihre Einschätzungen und Einstellungen beeinflussen die Häufigkeit und Länge der Krankenstände. Hinsichtlich der komplexen Zusammenhänge, die sich hinter diesem Tätigkeitsbereich verbergen, können in der einschlägigen Literatur bestenfalls Erklärungsansätze gefunden werden. *Alexanderson – Söderberg* (2003) belegten in einem Literaturüberblick anhand unterschiedlicher Forschungsergebnisse, dass die Länge der Krankschreibung von ähnlichen Patiententypen von Seiten verschiedener Ärzte stark schwanken kann. Sowohl Eigenschaften der Patienten und der Ärzte als auch die gesetzlichen Bestimmungen wurden als signifikante Bestimmungsfaktoren festgehalten.

---

<sup>77</sup>) "Absence declines when employers bear larger costs of sickness insurance. Measured by the product of the cash benefit replacement rate with the period that falls under the employers' responsibility, these costs have a clear negative impact. This result suggests that higher costs, by changing employers' incentives and behaviour, may indeed reduce absence." (*Bonato – Lusinyan*, 2004, S. 25).

## Betriebliches Umfeld und Beschäftigungsform

- Weitere Faktoren, die sich stark auf Inzidenz und Dauer von Krankenständen auswirken, hängen mit dem betrieblichen Umfeld (Betriebsklima, Strategien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, Führungsstil, Arbeitsabläufe, Umgang mit den Fehlzeiten) zusammen. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten werden in internationalen Untersuchungen auch als Indikator für die Entwicklung der Arbeitsbedingungen und die Zufriedenheit der Arbeitskräfte herangezogen (*Biffi*, 2002). *Drago – Wooden* (1992) haben festgestellt, dass in diesem Zusammenhang auch Gruppennormen eine Rolle spielen und dass sich bei starkem Zusammenhalt der Belegschaft die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit am Arbeitsplatz stärker auf die Fehlzeiten auswirkt, als in einem Umfeld, wo dieser Zusammenhalt fehlt.
- *Oppolzer* (2000) untersucht die Bedeutung der Arbeitsplatzzufriedenheit in der öffentlichen Verwaltung in Deutschland und findet dabei für die Höhe der Krankenstände deutliche und statistisch signifikante Unterschiede nach Arbeitsplatzbedingungen. Aus dieser Untersuchung leitet der Autor die Empfehlung ab, dass vor allem im öffentlichen Dienst, in dem Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten von besonderer Bedeutung für die Effektivität und Effizienz der Arbeitsergebnisse sind, Strategien, die durch betriebliche Veränderungen auch die inneren Einstellungen und die Zufriedenheit der Beschäftigten verbessern, für eine Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten förderlich sind.
- Sowohl *Bonato – Lusinyan* (2004) als auch *Drago – Wooden* (1992) finden in ihren Untersuchungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Fehlzeiten und Beschäftigungsausmaß (d. h. Anzahl an gearbeiteten Stunden). Demnach sind flexible Arbeitszeitmodelle und Teilzeitarbeit mit niedrigeren Krankenstandsquoten assoziiert, während eine hohe Anzahl an Überstunden bzw. eine lange Normalarbeitszeit die Häufigkeit von Arbeitsabsenz wegen Krankheit oder Unfall erhöht. Ergebnisse für Österreich stimmen zum Teil mit diesem Befund überein: Auf Basis einer Auswertung des Mikrozensus 1995 konnte ermittelt werden, dass auch in Österreich mit zunehmender Anzahl von Überstunden die Häufigkeit der Krankenstandsfälle steigt (*Biffi*, 1999). Teilzeitkräfte (und besonders Personen mit einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis) erkrankten aber ebenfalls überdurchschnittliche oft<sup>78)</sup>. Vermutlich wirkt sich Teilzeitbeschäftigung dennoch dämpfend auf die Statistik der Krankenstände aus: Teilzeitbeschäftigte dürften im Jahresverlauf weniger Krankenstandstage melden als Vollzeitbeschäftigte (weil sie auch eine geringere Arbeitszeit haben und somit seltener krankgeschrieben werden müssen); allerdings werden sie als Versicherte vollständig im Nenner der Krankenstandsquote berücksichtigt.

---

<sup>78)</sup> Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass das Fehlen von Angaben zur Dauer der jeweiligen Krankenstände es nicht ermöglichte, mit diesem Datensatz nach Beschäftigungsausmaß differenzierte Krankenstandsquoten zu berechnen.

### 3. Die Auswirkungen von Krankenständen auf die Erwerbskarriere

Wie in den Kapiteln 1 und 2 gezeigt, ist ein hoher Anteil der Krankenstandstage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von langen Krankenstandsepisoden zurückzuführen. Diesen Langzeitkrankenständen kommt schon aufgrund der damit verbundenen Fehlzeiten in der gesundheitspolitischen Diskussion eine besondere Bedeutung zu. Krankenstände mit einer Dauer von über 2 Wochen halten einen Anteil von 17% an allen Krankenständen. Zugleich sind diese langen Krankenstände aber für 60% der Krankenstandstage verantwortlich.

Für die betroffenen Arbeitskräfte stellen länger dauernde Erkrankungen – neben der unmittelbaren Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden – ein Risiko für ihre Erwerbskarriere dar. Schwere Erkrankungen können mit längerdauernden Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit verbunden sein, sei es durch eine verringerte Einsatzfähigkeit (Produktivität) oder wegen eines erhöhten Wiedererkrankungsrisikos. Die Untersuchung der Bestimmungsgründe von Eintritt und Dauer der Krankenstände des Jahres 2003 zeigen, dass zwischen dem Krankengeldbezug in der Vergangenheit und der späteren Krankenstandswahrscheinlichkeit ein signifikant positiver Zusammenhang besteht (vgl. Abschnitt 2.6). Früherer Krankengeldbezug (eigentlich die dahinter liegende Erkrankung) erhöht somit, *ceteris paribus*, das Krankenstandsrisiko.

Für einen Arbeitgeber kann eine länger dauernde Erkrankung eine Information (zumindest als Signal) für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Arbeitskraft darstellen, die sich in weiteren Fehlzeiten oder in einer Verringerung der Einsatzfähigkeit und Produktivität niederschlägt. Ist der Arbeitgeber nicht bereit, diese tatsächlichen oder befürchteten Einschränkungen der Einsatzfähigkeit der Arbeitskraft zu tragen, wären als Konsequenzen eine Auflösung der Arbeitsbeziehung oder eine Reduktion der Entlohnung (im Vergleich zur sonst vorgesehenen Entwicklung) zu erwarten. Sollten sich Arbeitgeber in dieser Weise verhalten, sollten sich Krankenstände im Durchschnitt in einer kürzeren weiteren Beschäftigungsdauer oder in einer (im Vergleich zum erwartbaren Verlauf) geringeren Entlohnung niederschlagen.

Auch für Arbeitskräfte, die von schweren Erkrankungen mit längerfristigen Folgen betroffen sind, verändern sich Entscheidungsgrundlagen für die Gestaltung ihrer Erwerbstätigkeit. Erkrankungen und ihre Folgen können die Bewältigung von Arbeiten erschweren und so zu einer höheren Präferenz für Freizeit (Erholung) auch auf Kosten von Einkommenseinbußen führen (etwa durch geringere Überstundenleistung). Im Extremfall kann durch gesundheitliche Probleme die Ausübung eines Berufs verunmöglicht werden. Auch diese Erwägungen seitens der Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Problemen sollten sich in einer geringeren Stabilität des Arbeitsverhältnisses oder einer (im Vergleich zum erwartbaren Verlauf) geringeren Entlohnung niederschlagen.

Diese Erwägungen der Betriebe und der Arbeitskräfte sollten damit in die gleiche Richtung wirken und lassen Effekte auf die nachfolgende Erwerbskarriere erwarten. Jeweils sollten schwerere und damit vermutlich länger dauernde Erkrankungen stärkere Wirkungen nach sich ziehen als kürzere und leichtere. In der nachfolgend dargestellten Untersuchung soll beispielhaft überprüft werden, ob sich diese erwarteten Effekte empirisch stützen lassen. Dies



geschieht in zwei Schritten: In einem ersten Schritt werden die Beschäftigte, die in einem Zeitraum Krankenstände zu verzeichnen hatten, mit Beschäftigten ohne Krankenstände verglichen: Festgestellt soll werden, ob sich diese beiden Gruppen hinsichtlich der Weiterführung ihres Beschäftigungsverhältnisses (bei dem Arbeitgeber, bei dem der Krankenstand eintrat) unterscheiden. Diese Analyse wird für unterschiedliche Kategorien von Krankheitsdauern durchgeführt. In einem zweiten Schritt werden Unterschiede in der Erwerbskarriere zwischen Beschäftigten ohne Krankenstände und mit Krankenständen aufgrund von Muskel-, Skelett- und Bindegewebserkrankungen betrachtet, da diese Erkrankungen eine besonders große Bedeutung im Krankenstandsgeschehen und vor allem bei langen Krankenständen spielen: Sie sind in Oberösterreich für 16,8% der Krankenstände und – aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Dauer – für 24,3% der Krankenstandstage verantwortlich (vgl. Übersicht 2.2 in Kapitel 2).

### 3.1 Datenbasis

Die hier zusammengefassten Ergebnisse werden auf Basis des Individualdatensatzes errechnet, der sich aus Daten der OÖGKK und des Hauptverbands zusammensetzt (siehe Datenbeschreibung in Abschnitt 2.1). Der Datensatz wurde auf Beschäftigte im ersten Quartal des Jahres 2003 eingeschränkt. Für diese Beschäftigten kann beobachtet werden, ob sie in diesem Quartal auch einen Krankenstand angetreten haben. Für Beschäftigte mit und ohne Krankenstände ist damit die im Datensatz maximal mögliche Nachbeobachtungszeit (knapp über 4 Jahre) für die dem Krankheitseintritt nachfolgende Erwerbskarriere verfügbar<sup>79)</sup>.

Der Kreis der untersuchten Beschäftigten wurde auf die Altersgruppe von 25 bis einschließlich 54 Jahre eingegrenzt. Diese Einschränkung hat zwei Gründe:

- Für einen aussagekräftigen Vergleich von Personen mit und ohne Krankenstände muss berücksichtigt werden, inwieweit die Zusammensetzung dieser Gruppen (nach Alter, Geschlecht, bisheriger Erwerbskarriere etc.) für Unterschiede in der nachfolgenden Erwerbskarriere verantwortlich ist (Selektion). Personen ab 25 Jahren verfügen bereits über eine bis zu 10-jährige Arbeitsmarktkarriere, deren Charakteristika bei der Gegenüberstellung von erkrankten und nicht erkrankten Beschäftigten berücksichtigt werden können.
- In der Altersgruppe ab 55 Jahren nimmt die Bedeutung von Pensionsübertritten stark zu. Da hier die Auswirkungen auf die Erwerbskarriere untersucht werden, soll durch eine Einschränkung der Altersgruppe eine Vermischung mit der Fragestellung des Zeitpunkts eines Pensionsübertritts vermieden werden<sup>80)</sup>.
- Wie bereits in den Analysen zu den Ursachen und Bestimmungsgründen von Krankenständen erläutert wurde (siehe Abschnitt 2.6), liegen auch für die hier vorgenommenen Analysen Daten zu folgenden Merkmalen vor: zu persönlichen Merkmalen des

---

<sup>79)</sup> Informationen zu Krankenständen in Oberösterreich stehen dieser Untersuchung nur für die Jahre 2003 und 2004 zur Verfügung.

<sup>80)</sup> Die Rolle des Gesundheitszustandes bei der Pensionierungsentscheidung stellt jedoch eine interessante Fragestellung für weiterführende Forschungsarbeiten dar.

oder der Versicherten (Alter, Geschlecht), zur Stellung im Beruf (ArbeiterIn, Angestellte), zur Anzahl an Versicherungstagen mit Krankengeldbezug, zur Wirtschaftsklasse des Dienstgebers (ÖNACE), zur Betriebsgröße (Anzahl der Beschäftigten), zum Lohnniveau der Beschäftigten und im Betrieb insgesamt, zur Beschäftigungsfluktuation im Betrieb und zu Merkmalen der Vorkarriere der Beschäftigten (z. B. Zahl der in Beschäftigung verbrachten Tage innerhalb des letzten Jahres).

### **3.2 Einfluss von Krankenständen und Krankheitsdauer auf die weitere Erwerbskarriere**

Ziel der Schätzungen ist es aufzuzeigen, welche Krankenstände Einfluss auf die Erwerbskarriere der betroffenen Personen haben. Dazu werden zunächst zwei Gruppen von Beschäftigten unterschieden: die Krankenstandsgruppe, mit einem Krankenstandseintritt im ersten Quartal des Jahres 2003 und die Gruppe der nicht Erkrankten, ohne Eintritt eines Krankenstandes im gleichen Zeitraum.

Im Vergleich der weiteren Erwerbskarrieren dieser beiden Gruppen kann nun gezeigt werden, ob Krankenstandseintritte mit unterschiedlichen "Erfolgen" am Arbeitsmarkt verbunden sind. Diese Unterschiede sind jedoch nicht unmittelbar als (kausale) Auswirkungen von Krankenständen zu interpretieren, da das Krankenstandsrisiko (wie in Kapitel 2 gezeigt) für Beschäftigtengruppen sehr unterschiedlich sein kann.

#### **Deskriptiver Vergleich zwischen Beschäftigten mit und ohne Krankenstand**

Wie zuvor argumentiert, ist zu erwarten, dass Krankenstände – zumindest wenn sie mit längerfristigen gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit in Verbindung stehen – die Wahrscheinlichkeit einer Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses erhöhen und damit die erwartete Dauer der Weiterführung der Beschäftigung reduzieren.

In den Abbildungen 3.1 bis 3.5 wird für unterschiedliche Krankheitsdauern gezeigt, welcher Anteil der Beschäftigungsverhältnisse der in Krankenstand gegangenen Beschäftigten im Ablauf der Zeit noch aufrecht ist (rote Linie). Im Vergleich dazu wird der Anteil der noch aufrechten Dienstverhältnisse der im ersten Quartal 2003 nicht erkrankten Beschäftigtengruppe dargestellt (gemessen ab Mitte des Quartals). Die Darstellungen unterscheiden jeweils nach Geschlecht. Dabei zeigt sich insgesamt eine geringere Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse der Beschäftigtengruppe mit einem Krankenstand als dies bei der nicht erkrankten Gruppe zu beobachten ist.

Zudem ist ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Krankheitsdauer und der Wahrscheinlichkeit der Fortführung des Beschäftigungsverhältnisses erkennbar: Je länger der Krankenstand, desto geringer ist der Anteil der weitergeführten Beschäftigungsverhältnisse (d. h. desto höher ist der Anteil der zu einem Zeitpunkt bereits beendeten Beschäftigungsverhältnisse). In der Gruppe der Beschäftigten, die im ersten Quartal 2003 keinen Krankenstand hatten, waren 80% der Frauen und 82% der Männer ein Jahr später noch am selben Arbeitsplatz. In der Gruppe der Beschäftigten mit Krankheitsdauern bis maximal 2 Wochen (Abbil-

dung 3.2) waren es 75% der Frauen und 78% der Männer. Dieser Abstand beträgt auch im weiteren Zeitverlauf zwischen 3 und 5 Prozentpunkte.

Die Gruppe mit einer Krankenstandsdauer von über 3 Monaten (Abbildung 3.5) liegt mit einem Anteil von 61% weiterhin aufrechter Beschäftigungsverhältnisse bei Frauen und 64% bei Männern hinsichtlich der Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse deutlich (rund -14 Prozentpunkte) hinter den kürzeren Krankenständen bis 2 Wochen zurück.

Lediglich kurz nach Beginn der Krankenstände scheinen die Beschäftigungsverhältnisse der in Krankenstand Getretenen stabiler als jene der nicht Erkrankten (vgl. Abbildung 3.4): Hier dürfte sich der Umstand auswirken, dass während der Dauer eines laufenden Krankenstandes in der Regel keine Beendigung des Dienstverhältnisses registriert wird.

Abbildung 3.1: Verbleibsdauer am Arbeitsplatz, insgesamt

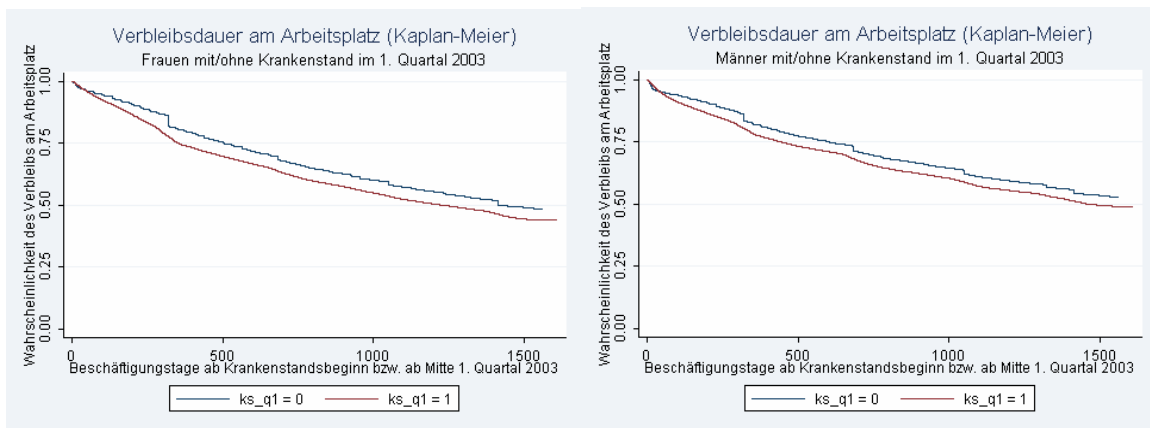


Abbildung 3.2: Verbleibsdauer am Arbeitsplatz bis zu 15 Tagen

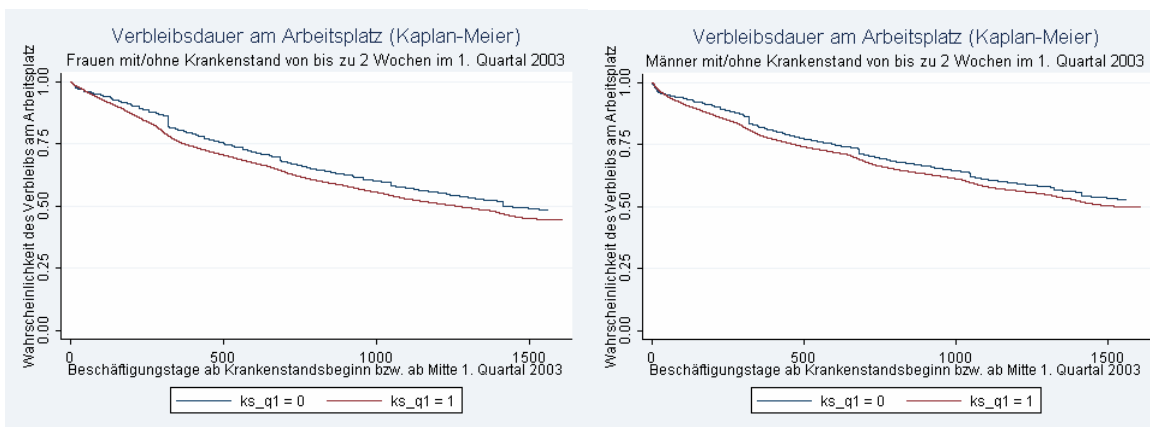


Abbildung 3.3: Verbleibsdauer am Arbeitsplatz zwischen zwei Wochen bis zu einem Monat

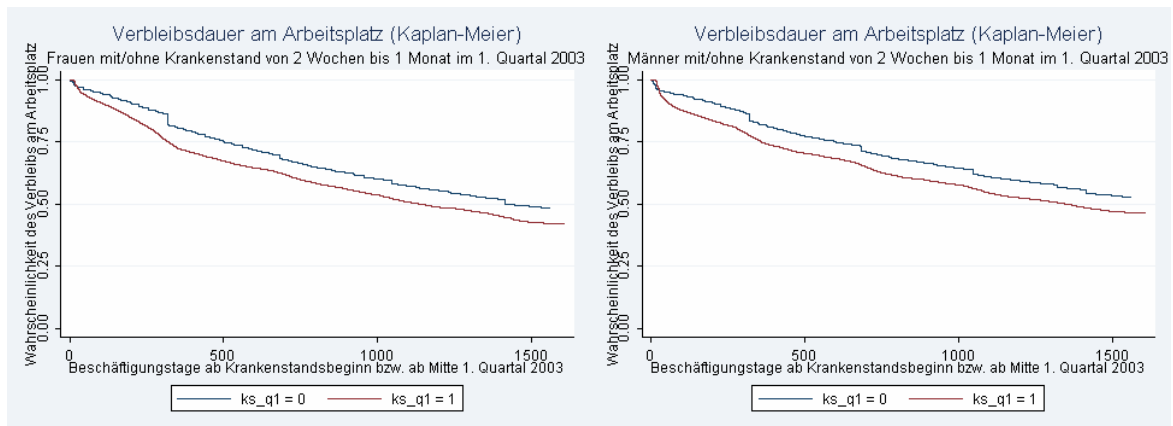


Abbildung 3.4: Verbleibsdauer am Arbeitsplatz zwischen einem und drei Monaten

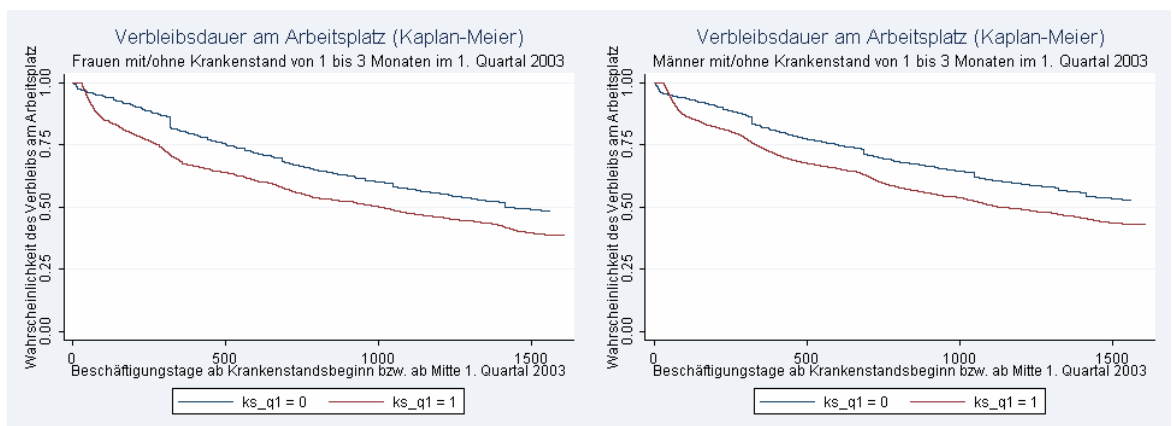
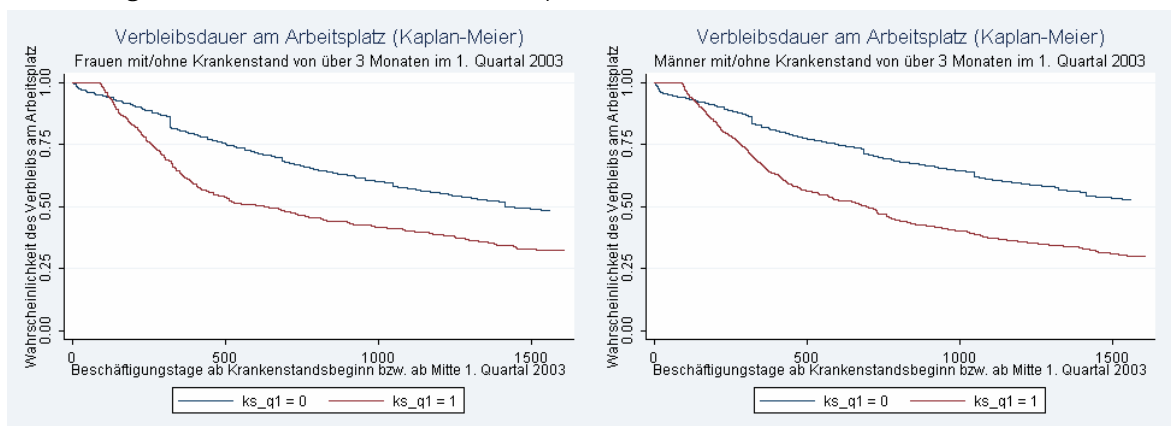


Abbildung 3.5: Verbleibsdauer am Arbeitsplatz über drei Monate



Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Insgesamt zeigt sich der erwartete Zusammenhang zwischen Krankenständen und der Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse. Unter der Annahme, dass schwerere Erkrankungen zu längeren Krankenständen führen, ist auch ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung und dem Risiko den Arbeitsplatz zu verlieren bzw. zu verlassen erkennbar.

Diese Analysen berücksichtigen jedoch nicht, dass weitere Faktoren die Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen beeinflussen, die in den Gruppen der Erkrankten und der nicht Erkrankten von unterschiedlicher Bedeutung sein können: Beispielsweise ist das Krankenstandsrisiko in Altersgruppen unterschiedlich, das Alter beeinflusst zugleich aber das Risiko der Beendigung eines Beschäftigungsverhältnisses. In den nachfolgend dargestellten multivariaten Analysen wird für wichtige weitere Bestimmungsfaktoren der Beschäftigungsstabilität kontrolliert.

### **Vergleich zwischen Beschäftigten mit und ohne Krankenstand in multivariaten Modellen**

Zur Ermittlung des Einflusses von Krankenständen auf die Dauer von Beschäftigungsverhältnissen werden *Verweildauermodelle*<sup>81)</sup> geschätzt. Dabei wird der Beitrag einzelner Bestimmungsfaktoren auf das Risiko geschätzt, ein Beschäftigungsverhältnis zu beenden. Die Information über den Antritt eines Krankenstandes im ersten Quartal 2003 wird als eine erklärende Variable in der Schätzung berücksichtigt; daneben gehen auch die Hauptdiagnosegruppen in die Schätzung ein. Ermittelt wird wie sich – am Beispiel der Krankenstandsvariablen erklärt – durch den Antritt eines Krankenstandes das Risiko einer Beendigung des Dienstverhältnisses ändert. In Übersicht 3.1 ist ersichtlich, dass dieses Risiko im Durchschnitt aller Krankenstände von Männern gegenüber einer Situation ohne Krankenstand um rund 14% steigt<sup>82)</sup>, bei Frauen um 18%.

Wie schon die deskriptive Analyse nahe legt, ist mit zunehmender Dauer der Krankenstände eine deutliche Steigerung des Risikos verbunden, den Arbeitsplatz (freiwillig oder unfreiwillig)<sup>83)</sup> zu verlieren. Männer mit 3 bis 6 Monate dauernden Krankenständen weisen ein um rund 64% höheres Risiko auf, ihr Beschäftigungsverhältnis zu beenden, bei Frauen beträgt der entsprechende Wert 63%. Bei länger als ein halbes Jahr dauernden Krankenständen liegt das Risiko den Arbeitsplatz zu verlieren bzw. zu kündigen bei +167% (Männer) bzw. +131% (Frauen) über jenem von Beschäftigten ohne Krankenstand. Sämtliche dieser Schätzungen sind statistisch klar signifikant.

---

<sup>81)</sup> Verweildauermodelle zur Erklärung der Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen, ohne Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte der Arbeitskräfte, wurden beispielsweise für die USA (*Gottschalk – Moffitt, 1999*), die BRD (*Bergemann – Mertens, 2004*) und Österreich (*Mahringer, 2005*) geschätzt.

<sup>82)</sup> Die in einer *Cox-Regression* ermittelte *Hazard Ratio* von 1,136 ist als Zunahme des Risikos einer Beendigung eines Dienstverhältnisses um 13,6% zu interpretieren, falls ein Krankenstand angetreten wurde (Ausprägung der Variable Krankenstand aufgetreten ja=1 im Vergleich zu nein=0). Allgemein gibt eine *Hazard Ratio* kleiner 1 eine Reduktion des Risikos infolge einer um eine Einheit höhere Ausprägung der erklärenden Variable an, eine *Hazard Ratio* größer 1 eine Erhöhung des Risikos.

<sup>83)</sup> In den Daten ist keine Information darüber verfügbar, von wem die Initiative zur Beendigung eines Dienstverhältnisses ausgegangen ist.

Übersicht 3.1: Verweildauermodell zum Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses  
Abhängige Variable: Dauer bis zur Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, Oberösterreich 2003

		Krankenstandsdauer											
		Alle Krankheiten	Bis 2 Wochen	2 Wochen bis 1 Monat	1 Monat bis 3 Monate	3 Monate bis 6 Monate	Über 6 Monate						
		Hazard Ratio											
<b>Männer</b>													
Krankenstand im Untersuchungszeitraum (I. Quartal 2003)													
Krankenstand aufgetreten		1.136	***	1.108	***	1.255	***	1.368	***	1.637	***	2.757	***
<b>Art der Erkrankung</b>													
Krankheiten der Atmungsorgane	Basiskategorie												
Infektiöse und parasitäre Krankheiten		0.956	***	0.959	***	0.914	***	0.913	***	0.914	***	0.915	***
Neubildungen		1.182	***	1.134	***	1.144	***	1.152	***	1.136	***	1.143	***
Endokrinopathien u. ä.		0.939		0.923	**	0.906	**	0.914	*	0.906	**	0.904	**
Krankheiten des Blutes		1.078		1.019		1.055		0.922		0.949		1.015	
Psychiatrische Krankheiten		1.621	***	1.570	***	1.480	***	1.501	***	1.494	***	1.490	***
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane		0.952	**	0.946	***	0.912	***	0.917	***	0.913	***	0.913	***
Krankheiten des Kreislaufsystems		1.051	**	1.034		1.039		1.041		1.048	*	1.057	**
Krankheiten der Verdauungsorgane		0.965	**	0.965	**	0.945	***	0.929	***	0.937	***	0.937	***
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane		0.958		0.938	*	0.924	**	0.911	**	0.912	**	0.914	**
Krankheiten der Haut		0.915	***	0.906	***	0.876	***	0.871	***	0.872	***	0.872	***
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes		1.094	***	1.082	***	1.043	***	1.044	***	1.043	***	1.044	***
Kongenitale Anomalien		1.151		1.246	*	1.228		1.293	*	1.356	**	1.357	**
Affektionen, mit Ursprung in Perinatalzeit		2.134		2.145		2.123		2.131		2.139		2.140	
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen		1.029		1.016		1.008		0.999		0.996		1.000	
Verletzungen, Vergiftungen		0.922	***	0.913	***	0.876	***	0.875	***	0.879	***	0.878	***

Fortsetzung von Übersicht 3.1: Verweildauermodell zum Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses  
Abhängige Variable: Dauer bis zur Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, Oberösterreich 2003

	Krankenstandsdauer											
	Alle Krankheiten		Bis 2 Wochen		2 Wochen bis 1 Monat		1 Monat bis 3 Monate		3 Monate bis 6 Monate		Über 6 Monate	
<b>Frauen</b>	Hazard Ratio											
Krankenstand im Untersuchungszeitraum (I. Quartal 2003)												
Krankenstand aufgetreten	1.182	***	1.149	***	1.290	***	1.516	***	1.631	***	2.308	***
<b>Art der Erkrankung</b>												
Krankheiten der Atmungsorgane	Basiskategorie											
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.053	***	1.053	***	1.028		1.025		1.027		1.026	
Neubildungen	1.084	**	1.068	*	1.016		1.039		1.078	*	1.071	*
Endokrinopathien u. ä.	0.970		0.925		0.932		0.971		0.944		0.936	
Krankheiten des Blutes	1.189		1.168		1.070		1.095		1.075		1.076	
Psychiatrische Krankheiten	1.607	***	1.554	***	1.574	***	1.596	***	1.576	***	1.578	***
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1.081	***	1.070	***	1.070	***	1.061	***	1.071	***	1.072	***
Krankheiten des Kreislaufsystems	1.151	***	1.162	***	1.089	***	1.089	***	1.110	***	1.110	***
Krankheiten der Verdauungsorgane	1.013		1.013		0.984		0.992		0.992		0.990	
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	1.037	**	1.037	*	1.005		0.998		1.012		1.010	
Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett	2.784	***	2.754	***	2.690	***	2.715	***	2.698	***	2.706	***
Krankheiten der Haut	0.969		0.965		0.946		0.939		0.946		0.945	
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1.202	***	1.180	***	1.185	***	1.201	***	1.192	***	1.192	***
Kongenitale Anomalien	1.060		1.080		1.149		1.199		1.233	*	1.200	
Affektionen, mit Ursprung in Perinatalzeit	1.728		1.705		1.705		1.704		1.703		1.703	
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1.192	***	1.182	***	1.180	***	1.176	***	1.179	***	1.177	***
Verletzungen, Vergiftungen	1.000		0.993		0.974	*	0.973	*	0.982		0.986	

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. – Weitere Kontrollvariablen (6 Altersgruppen, sozialrechtliche Stellung, 20 Branchen, 6 Einkommenskategorien, medianes Lohnniveau im Betrieb, 5 Kategorien des betrieblichen Wachstums, 4 Kategorien des betrieblichen Beschäftigungsumschlags, Beschäftigungszeiten, Arbeitslosigkeitszeiten, atypische Beschäftigungszeiten, sonstige nicht erwerbsbezogene Versicherungszeiten innerhalb des letzten, des vorletzten und der davor liegenden 7 Jahre sowie Krankengeldbezug in den letzten 9 Jahren vor dem I. Quartal 2003) werden hier nicht angeführt (siehe Anhang A).

Erheblichen Einfluss auf die Auswirkungen von Krankenständen auf die weitere Beschäftigung hat die Art der Erkrankung: In Übersicht 3.1 sind die geschätzten *Hazard Ratios* für das mit unterschiedlichen Erkrankungen (eingeteilt in 17 Diagnosegruppen) verbundene Risiko den Arbeitsplatz zu verlieren (bzw. zu verlassen) angegeben. Dabei zeigt sich, dass besonders die Diagnosegruppen *psychiatrische Erkrankungen*, *Neubildungen* und *Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes* ein zusätzliches Risiko bedeuten, das zur Zeit der Erkrankung aufrechte Beschäftigungsverhältnis früher zu beenden (verglichen mit der Basiskategorie: den besonders häufigen *Erkrankungen der Atmungsorgane*). Bei *Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes* liegt das Risiko eines Arbeitsplatzverlustes um rund 20% (Frauen) bzw. 8% (Männer) höher als bei *Erkrankungen der Atemwege*, bei *psychiatrischen Erkrankungen* liegt dieses zusätzliche Risiko bei beiden Geschlechtern bei 60% und bei *Neubildungen* bei etwa 8% (Frauen) und 18% (Männer). Den *Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes* kommt, wie zuvor erwähnt, ein besonders großes quantitatives Gewicht für die Krankenstandsfälle und aufgrund ihrer überdurchschnittlichen Dauer noch mehr für die Krankenstandstage zu. Aus diesem Grund werden sie nach dem folgenden Abschnitt in einer Vergleichsgruppenanalyse getrennt analysiert.

#### **Vergleichsgruppenanalyse: Erwerbskarriere von Beschäftigten mit/ohne Krankenständen**

In einer Vergleichsgruppenanalyse werden auf Basis der verfügbaren Informationen zu den Beschäftigten mit Krankenständen Personen aus der Gruppe der Beschäftigten ohne Krankenstände gesucht, die hinsichtlich von Faktoren, die sowohl das Erkrankungsrisiko als auch die weitere Erwerbskarriere beeinflussen, möglichst ähnlich sind. Es werden quasi "statistische Zwillinge" zu den Personen mit Krankenstandsfällen gesucht, die nicht erkrankt sind. Im Vergleich zwischen der Krankenstandsgruppe und der Vergleichsgruppe (aus "statistischen Zwillingen") ohne Krankenstände soll dann ermittelt werden, ob im Durchschnitt Unterschiede in der weiteren Erwerbskarriere beobachtbar sind. Ist die Informationsbasis sehr gut, sodass sämtliche Informationen, die für das Erkrankungsrisiko und zugleich für die weitere Erwerbskarriere Relevanz besitzen, beobachtbar sind, so können diese Unterschiede als kausale Effekte der Krankenstände bezeichnet werden. In unserem Fall kann jedoch davon nicht ausgegangen werden. Zwar ist über die Information zur Vorkarriere (frühere Erwerbsbeteiligung, Arbeitslosigkeit, Krankengeldbezug), zum Alter, zur Art des Beschäftigungsverhältnisses und des Betriebes, in dem gearbeitet wird, einiges bekannt. Wesentliche Risikofaktoren für die Gesundheit, die auch die Erwerbskarriere beeinflussen können (z. B. Übergewicht, mangelndes Gesundheitsbewusstsein etc.) sind jedoch allenfalls indirekt beobachtbar, falls sie sich bereits in der bisherigen Erwerbslaufbahn manifestiert haben. Insofern sind die hier ermittelten Resultate nur als Annäherung an einen kausalen Effekt zu beurteilen. Mit einer verbesserten Datengrundlage (etwa mehr Information über frühere Krankenstände, über gesundheitliche Probleme oder ärztliche Behandlungen) wäre aber in Zukunft eine deutliche Verbesserung der Qualität und Genauigkeit der ermittelten Ergebnisse erwartbar.



Die Vergleichsgruppenanalyse erfolgte mehrstufig (*Leuven – Sianesi, 2003*):

- Im ersten Schritt werden die Beschäftigten mit Krankenständen von den Beschäftigten ohne Krankenstände als potenzielle Vergleichsgruppe abgegrenzt.
- Im zweiten Schritt wird die Krankenstandswahrscheinlichkeit geschätzt. In das Probit-Modell zur Schätzung des "Propensity Score" gehen persönliche, soziodemographische, betriebliche und Vorkarrieren-Merkmale ein, die Einfluss auf die Krankenstandswahrscheinlichkeit und auf die nachfolgende Erwerbskarriere haben können. Die Schätzung wird getrennt für Frauen und Männer durchgeführt.
- Im dritten Schritt werden jene Personen als Vergleichsgruppe ausgewählt, deren Krankenstandswahrscheinlichkeit jener der Beschäftigten mit Krankenständen am nächsten kommt. Durch dieses *Matching-Verfahren* wird gesichert, dass die beobachtbaren Merkmale der Vergleichsgruppe im Durchschnitt jenen der Erkrankten entsprechen.
- Im vierten Schritt wird der durchschnittliche Effekt der Krankenstände als Differenz zwischen der jeweiligen Ergebnisvariable für die Gruppen mit und ohne Krankenstände ermittelt.

Die Ergebnisse bestätigen das bisher gezeichnete Bild; Krankenstände haben Einfluss auf die nachfolgende Erwerbskarriere indem sie:

- die Beschäftigungsstabilität reduzieren (gemessen an der Dauer der Beschäftigungsverhältnisse),
- die Beschäftigungsintegration reduzieren (gemessen an den in Beschäftigung verbrachten Tagen, unabhängig vom Wechsel des Arbeitsplatzes)
- die in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit erhöhen (gemessen an den in Arbeitslosigkeit verbrachten Tagen),
- die erzielten Einkommen schmälern (gemessen an der Summe der Beitragsgrundlagen zur Sozialversicherung in einem Kalenderjahr).

In einer Nachbeobachtungszeit von 3 Jahren liegen die in unselbständiger Beschäftigung verbrachten Tage in der Krankenstandsgruppe mit 11 Tagen bei Frauen bzw. 12 Tagen bei Männern um rund 1% unter jener der Vergleichsgruppe der nicht Erkrankten (der Vergleich erfolgt zwischen den Beschäftigten der Krankenstandsgruppen und deren "statistischen Zwillingen" aus der nicht erkrankten Gruppe). Die in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit ist in diesem Vergleich mit +8 Tagen (Frauen und Männer) um 22% (Frauen) bzw. 24% (Männer) höher (vgl. Übersicht 3.2). Auch die erzielten Einkommen (Summe der Beitragsgrundlagen zur Sozialversicherung eines Kalenderjahres) sind für die Krankenstandsgruppe geringer als für die nicht Erkrankten ("statistischen Zwillinge"): Im Jahr 2003, in dem auch der betrachtete Krankenstand lag, beträgt der Unterschied für Männer -2,5% und für Frauen -2,7%; im Jahr 2006 sind es noch -1,4% bei Männern und -1,6% bei Frauen.

Auch die Verbleibsdauer am Arbeitsplatz ist für die Krankenstandsgruppe mit –66 Tagen (–4%) für Frauen und –50 Tagen (–6%) deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe. Dies bedeutet aber gleichzeitig, dass die frühere Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses sich nur teilweise in geringeren Beschäftigungszeiten in der dreijährigen Nachkarriere niederschlägt (siehe oben die geringere Differenz zwischen Krankenstands- und Vergleichsgruppe von –11 bzw. –12 Tagen)

### **Vergleichsgruppenanalyse: Erwerbskarriere von Beschäftigten mit/ohne Krankenständen wegen Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen**

Dieselbe Vergleichsgruppenanalyse wie im vorangegangenen Abschnitt wird nun für die Beschäftigten mit Krankenständen der Hauptdiagnose *Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes* im Vergleich zu Beschäftigten ohne Krankenstand im ersten Quartal 2003 durchgeführt. Wiederum zeigen sich die Zusammenhänge zwischen Krankenstand und der nachfolgenden Erwerbskarriere deutlich in reduzierter Beschäftigungsstabilität, geringerer Erwerbsintegration und geringeren Einkommen (Beschreibung des Matching Verfahrens siehe den voranstehenden Abschnitt). Die Beschäftigten mit Krankenständen wegen *Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen* weisen gegenüber der Vergleichsgruppe ohne Krankenstand ("statistische Zwillinge") um –2% oder –22 Tage (Frauen) und –3% oder –28 Tage (Männer) geringere Beschäftigungszeiten in den folgenden 3 Jahren nach dem ersten Quartal 2003 auf (vgl. Übersicht 3.3). Die in diesen drei Jahren in Arbeitslosigkeit verbrachte Zeit steigt gegenüber der Vergleichsgruppe um +16 Tage (38%) bei Frauen und +21 Tage (+50%) bei Männern. Die Einkommensverluste gegenüber der Vergleichsgruppe betragen im Jahr des Krankenstandes (2003) –4,5% bei Frauen und –4,1% bei Männern. Im Jahr 2006 liegen die Einkommensdifferenzen bei –2,5% Frauen bzw. –2,3% Männer.

Die weitere Beschäftigungsdauer beim selben Arbeitgeber sinkt in der Krankenstandsgruppe (*Skeletts-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen*) gegenüber der Vergleichsgruppe um –81 Tage oder –7% (Frauen) bzw. um –114 Tage oder –10% (Männer). Wie schon bei den Krankenständen insgesamt zeigt sich auch hier, dass die Beschäftigungsstabilität (gemessen an der Weiterbeschäftigungsdauer beim selben Arbeitgeber) deutlich stärker ausfällt als die Reduktion der Beschäftigungsintegration. Dies kann als Hinweis auf die Notwendigkeit oder den Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel gewertet werden, der bei Personen mit Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes stärker ausgeprägt ist als bei vergleichbaren Personen ohne Krankenstand (wiederum Krankenstände bzw. Krankenstandsfreie Periode: erstes Quartal 2003).

Insgesamt sind die Verschlechterungen der Beschäftigungsstabilität, der Einkommen und der weiteren Erwerbsintegration bei *Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen* deutlich stärker als im Durchschnitt aller Krankenstände.

*Übersicht 3.2: Ergebnisse der Vergleichsgruppenanalyse*

*Alle Beschäftigten mit Krankenständen im I. Quartal 2003 in Oberösterreich gegenüber Beschäftigten ohne Krankenstand im selben Zeitraum*

	Vor oder nach Matching	Beschäftigte		Differenz: (1)-(2)=(3)	Standard Fehler (4)	t-Statistik (5)
		Mit Krankenständen (1)	Ohne Krankenstände (2)			
<b>Frauen</b>						
Tage in Beschäftigung, Ab I. Quartal 2003	Vor	1.025,00	1.040,61	- 15,62	0,8	- 18,69
	Nach	1.025,00	1.035,81	- 10,81	1,5	- 7,06
Tage in Arbeitslosigkeit Ab I. Quartal 2003	Vor	42,35	30,51	11,83	0,6	21,34
	Nach	42,35	34,59	7,75	1,0	7,46
Summe der Beitragsgrundlagen 2003	Vor	17.255,30	17.676,57	- 421,27	50,0	- 8,42
	Nach	17.255,30	17.743,20	- 487,90	81,9	- 5,96
Summe der Beitragsgrundlagen 2006	Vor	18.666,91	18.978,63	- 311,72	55,6	- 5,61
	Nach	18.666,91	18.964,77	- 297,86	94,6	- 3,15
Weitere Beschäftigungsdauer	Vor	1.124,25	1.184,25	- 60,00	2,8	- 21,43
	Nach	1.124,25	1.174,11	- 49,86	5,0	- 10,04
<b>Männer</b>						
Tage in Beschäftigung, Ab I. Quartal 2003	Vor	1.028,88	1.041,00	- 12,12	0,7	- 17,53
	Nach	1.028,88	1.041,44	- 12,55	1,4	- 9,13
Tage in Arbeitslosigkeit Ab I. Quartal 2003	Vor	43,21	31,62	11,59	0,4	26,11
	Nach	43,21	34,75	8,46	0,9	9,09
Summe der Beitragsgrundlagen 2003	Vor	26.702,95	28.534,97	- 1.832,03	57,4	- 31,92
	Nach	26.702,95	27.390,43	- 687,49	100,5	- 6,84
Summe der Beitragsgrundlagen 2006	Vor	29.211,28	30.832,82	- 1.621,55	57,9	- 27,99
	Nach	29.211,28	29.634,99	- 423,72	106,2	- 3,99
Weitere Beschäftigungsdauer Am selben Arbeitsplatz	Vor	1.097,82	1.154,39	- 56,57	2,4	- 23,39
	Nach	1.097,82	1.164,10	- 66,28	4,8	- 13,85

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Detaillierte Informationen über die Schätzung des "Propensity Scores" werden aus Platzgründen nicht dargestellt, sind aber auf Anfrage erhältlich.

*Übersicht 3.3: Ergebnisse der Vergleichsgruppenanalyse*

*Alle Beschäftigten mit Krankenständen der Hauptdiagnose Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen im I. Quartal 2003 in Oberösterreich gegenüber Beschäftigten ohne Krankenstand im selben Zeitraum*

	Vor oder nach Matching	Mit Krankenständen (1)	Ohne Krankenstände (2)	Differenz (3)	Standard Fehler (4)	t-Statistik (5)
<b>Frauen</b>						
Tage in Beschäftigung, Ab I. Quartal 2003	Vor	1.013,97	1.040,61	- 26,64	2,1	- 12,42
	Nach	1.013,97	1.036,13	- 22,16	3,7	- 5,98
Tage in Arbeitslosigkeit Ab I. Quartal 2003	Vor	57,29	30,51	26,77	1,4	18,95
	Nach	57,29	41,49	15,79	2,8	5,60
Summe der Beitragsgrundlagen 2003	Vor	16.337,09	17.676,57	- 1.339,48	134,6	- 9,95
	Nach	16.337,09	17.107,53	- 770,44	192,2	- 4,01
Summe der Beitragsgrundlagen 2006	Vor	17.634,69	18.978,63	- 1.343,93	148,3	- 9,06
	Nach	17.634,69	18.088,90	- 454,20	202,2	- 2,25
Weitere Beschäftigungsdauer Am selben Arbeitsplatz	Vor	1.101,79	1.184,25	- 82,46	7,3	- 11,32
	Nach	1.101,79	1.182,64	- 80,86	11,7	- 6,94
<b>Männer</b>						
Tage in Beschäftigung, Ab I. Quartal 2003	Vor	1.007,29	1.041,00	- 33,71	1,6	- 21,53
	Nach	1.007,29	1.035,35	- 28,05	2,8	- 9,86
Tage in Arbeitslosigkeit Ab I. Quartal 2003	Vor	62,02	31,62	30,40	1,0	30,74
	Nach	62,02	41,44	20,58	2,0	10,05
Summe der Beitragsgrundlagen 2003	Vor	24.979,10	28.534,97	- 3.555,87	136,1	- 26,12
	Nach	24.979,10	26.037,54	- 1.058,44	169,0	- 6,26
Summe der Beitragsgrundlagen 2006	Vor	27.367,70	30.832,82	- 3.465,12	136,1	- 25,46
	Nach	27.367,70	28.011,07	- 643,37	181,8	- 3,54
Weitere Beschäftigungsdauer Am selben Arbeitsplatz	Vor	1.023,15	1.154,39	- 131,24	5,5	- 23,86
	Nach	1.023,15	1.136,81	- 113,67	9,4	- 12,12

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Detaillierte Informationen über die Schätzung des "Propensity Scores" werden aus Platzgründen nicht dargestellt, sind aber auf Anfrage erhältlich.

### 3.3 Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden die Zusammenhänge zwischen Krankenständen und der nachfolgenden Entwicklung der Erwerbskarriere der Betroffenen untersucht. Theoretische Überlegungen stützen die Hypothese, dass Krankenstände einerseits zu einer geringeren Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse führen, da Erkrankungen die Erwerbsfähigkeit beeinflussen und Arbeitgebern mehr Information über zukünftig zu erwartende gesundheitsbedingte Einschränkungen

kungen der Arbeitskräfte geben können. Eine Destabilisierung der Karriereentwicklung kann sich in weiterer Folge auch in den längerfristigen Erwerbschancen niederschlagen: Arbeitsplatzwechsel führen zu Verlust von betriebspezifischem Humankapital. Erkrankungsbedingt häufigere Arbeitsplatzwechsel und geringere Erwerbsfähigkeit lassen auch geringere Entlohnung im Vergleich zu einer ohne Erkrankung erwartbaren Entwicklung vermuten. Auch sind Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Einschränkungen eher geneigt Einkommensnachteile – etwa zugunsten von mehr Freizeit – zu akzeptieren als gesunde Arbeitskräfte.

Sowohl die geringere Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse von Beschäftigten mit Krankenständen gegenüber Beschäftigten ohne Krankenstand als auch eine niedrigere Einkommensentwicklung sind in den empirischen Untersuchungen festzustellen. Auch wenn nicht alle gesundheits- und beschäftigungsrelevanten Faktoren (wie beispielsweise die Krankenstandsgeschichte) berücksichtigt werden können, so sind die erzielten Resultate doch ein deutlicher Hinweis darauf, dass Krankheit sich negativ auf Ausmaß und Qualität der Erwerbsintegration auswirkt. Das gilt besonders für längere Krankenstände und für bestimmte Erkrankungen, die besonders hinderlich für die Arbeitsmarktintegration zu sein scheinen: Dies sind psychische Erkrankungen, aber auch Neubildungen und – mit hoher quantitativer Relevanz – die Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen. Besonders für den letztgenannten Bereich sind daher Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation sowie Maßnahmen zur Arbeitsplatzgestaltung für vorgeschädigte Personengruppen von großer Bedeutung: Immerhin sind beinahe ein Viertel der Krankenstandstage dieser Diagnosegruppe zuzurechnen.

## 4. Die österreichischen Krankenstände im internationalen Vergleich

Das Ziel, Niveau und Entwicklung der österreichischen Krankenstände<sup>84)</sup> im internationalen Kontext einzuordnen, kann aufgrund der lückenhaften Datenlage nur zum Teil erreicht werden. In der einschlägigen Literatur mangelt es an umfassenden und konsistenten Vergleichsdaten zu den Krankenständen (*Bergendorff, 2003*). Die Ursache für diesen Mangel liegt darin, dass die administrativen Daten aus der Sozialversicherung bzw. aus anderen offiziellen Quellen unterschiedlicher Länder nur sehr schwer miteinander vergleichbar sind (*Europäische Stiftung, 1997*). Zum einen bestehen zwischen den einzelnen Ländern große Unterschiede in der Wirtschaftsstruktur und in der alters- und geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung. Diese Merkmale stellen wichtige Bestimmungsgründe für das Krankenstandsniveau dar und müssen bei der Gegenüberstellung von Krankenstandsdaten berücksichtigt werden. Institutionelle Aspekte und Regelungen üben allerdings auf die Entstehung und vor allem auf die Erfassung von Krankenständen einen noch größeren Einfluss aus. Administrative Statistiken, die zwar als einzige einen hohen Abdeckungsgrad der Erwerbsbevölkerung haben und über längere Zeiträume verfügbare Informationen liefern können, spiegeln diese Unterschiede, die nicht nur die Krankenstands- und Krankengeldregelung, sondern auch andere Bereiche der Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik, wie beispielsweise die Gestaltung von Invaliditätspensionen und die Definition von Berufskrankheiten betreffen, in hohem Maße wider.

Das vorliegende Kapitel gibt in einem ersten Schritt einen Überblick der verfügbaren Informationen zu den Krankenständen in den EU- und OECD-Ländern. Hierzu wurden bereits erschiene Studien und Statistiken herangezogen und anschließend eigene Berechnungen auf Basis der europäischen Umfrage zu den Arbeitsplatzbedingungen (*European Working Conditions Survey*) durchgeführt. Die Ergebnisse und Auswertungen geben einen fundierten Einblick in die teils sehr ausgeprägten internationalen Krankenstandsunterschiede und ermöglichen eine Analyse der Bestimmungsgründe dieser Unterschiede. Sie dokumentieren anhand einiger Widersprüche und Ungereimtheiten zugleich auch den fragmentarischen, unvollständigen Charakter der Informationen, die uns zu den krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in einer komparativen Perspektive vorliegen.

### 4.1 Überblick der verfügbaren Daten

#### 4.1.1 Administrative Datenquellen

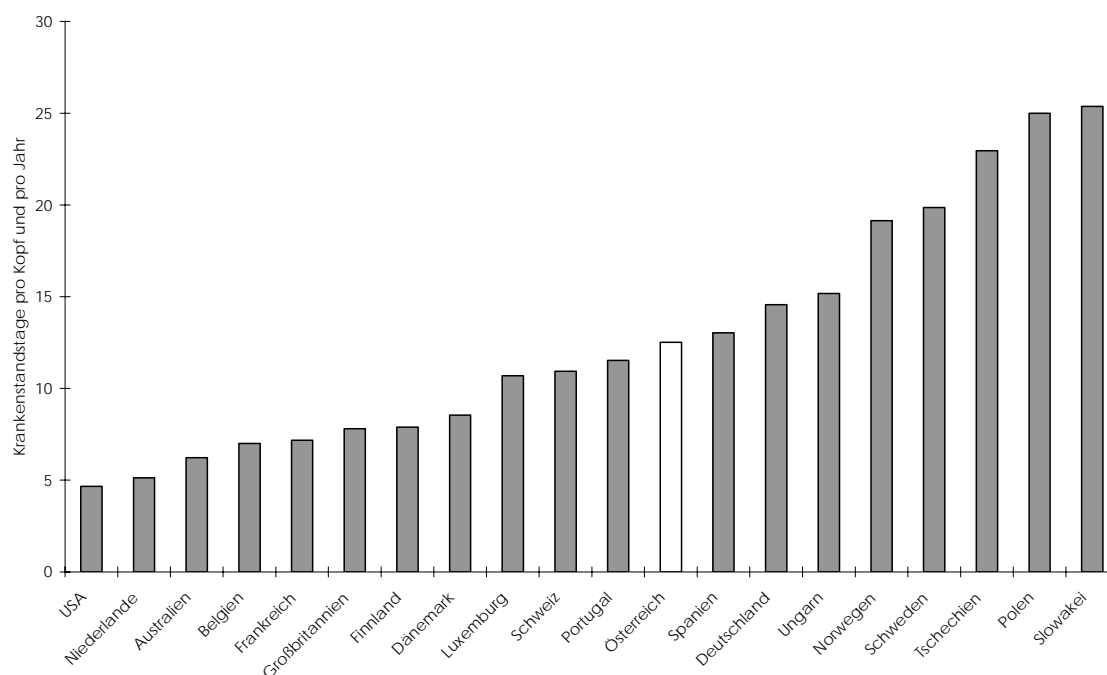
Die OECD veröffentlicht in ihrer Gesundheitsdatenbank Zeitreihen aus den Krankenstandsdaten der Mitgliedsländer. Diese Statistiken weisen einige Lücken und datentechnische Unschärfen auf, sie stellen allerdings die umfangreichste Quelle für einen Vergleich von offiziell-

---

<sup>84)</sup> Da es in diesem Kapitel um einen internationalen Vergleich geht, kann nicht von einem einheitlich definierten und scharf abgegrenzten Krankenstandsbegriff ausgegangen werden. Der Gebrauch der Begriffe "Krankenstand" sowie "krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten" ist hier weitläufiger als in den restlichen Kapiteln der Studie zu verstehen.

len (bzw. administrativen) Krankenstandsdaten dar. *Osterkamp – Röhn* (2007) haben die Lücken in den OECD-Zeitreihen mit Informationen aus der Datenbank der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgefüllt und durchschnittliche Krankenstandsniveaus für die Periode 1996/2002 berechnet (siehe Abbildung 4.1). Es ist ersichtlich, dass es zwischen den Ländern mitunter sehr große Abweichungen in der Zahl der Krankenstandstage gibt. Tschechien, Slowakei und Polen weisen demnach die höchsten Krankenstandsquoten auf, sie liegen mit Werten von über 20 Krankenstandstagen pro Jahr und Beschäftigten um ein Vielfaches über dem Niveau der Länder, die die niedrigsten Krankenstände haben. Zu letzteren zählen neben USA und Großbritannien auch einige kontinentaleuropäische Länder. Die skandinavischen Länder sind sowohl am unteren Ende (Finnland, Dänemark) als auch am oberen Ende (Norwegen, Schweden) der Reihung zu finden. Österreich befindet sich in dieser Darstellung, gemessen an den durchschnittlichen Krankenstandstagen der Beschäftigten, ziemlich genau im Mittelfeld der OECD-Länder. Wie sich in der Folge zeigen wird, finden diese OECD-Daten allerdings in anderen Datenquellen nur zum Teil Bestätigung.

Abbildung 4.1: Krankenstände in der OECD, administrative Statistiken  
Jährliche Krankenstandstage pro Kopf, Durchschnitt der Jahre 1996 bis 2002

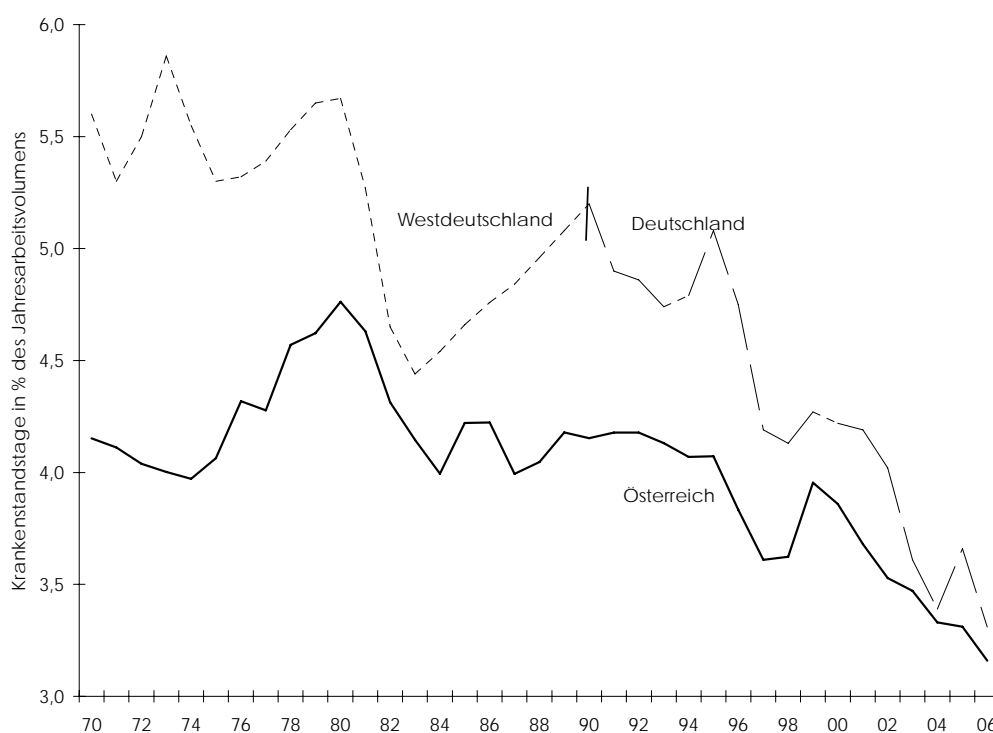


Q: *Osterkamp – Röhn* (2007); OECD Health Data, WHO Health for all Database.

Im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern, die sich hinsichtlich der Krankenstandsregelungen und institutionellen Rahmenbedingungen stark voneinander unterscheiden, können Österreich und Deutschland ohne weitere Schwierigkeiten auch über

einen längeren Zeitraum miteinander verglichen werden (Biffi, 2002)<sup>85</sup>). Wie aus der nächsten Abbildung (4.2) ersichtlich ist, weist die Entwicklung der österreichischen und der deutschen Krankenstände einige interessante Parallelen auf. Diese Parallelen lassen erkennen, dass Konjunktur und Lage am Arbeitsmarkt einen signifikanten Beitrag zur Erklärung von Schwankungen und Entwicklungen in der Krankenstandsquote leisten. Historisch waren die siebziger Jahre in beiden Ländern durch hohe Krankenstandsquoten gekennzeichnet; die deutsche Krankenstandsquote lag in diesen Jahren etwa um 1 Prozentpunkt höher als die österreichische. Sowohl in Österreich als auch in Deutschland kam es mit dem Beginn der achtziger Jahre zu einem rapiden Rückgang der Krankenstände. Trotz eines erneuten Anstiegs, der allerdings in Deutschland bis zu Beginn der neunziger Jahre (und auch nach der Wiedervereinigung) deutlich stärker ausfiel als in Österreich, setzte sich langfristig eine Reduktion der Fehlzeiten durch. In den letzten 1½ Jahrzehnten verzeichnete der Verlauf der Krankenstandsquoten in den beiden Ländern nicht nur ein ähnliches Muster, es kam auch niveaumäßig zu einer Angleichung der österreichischen und deutschen Fehlzeiten. 2006 betrug die Krankenstandsquote in Deutschland 3,3%, in Österreich 3,2%.

Abbildung 4.2: Krankenstandsquote in Deutschland und Österreich, 1970 bis 2006



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Bundesministerium für Gesundheit; WIFO-Berechnungen.

<sup>85</sup>) Die Möglichkeit, diesen Vergleich durchzuführen, ist auch durch die Verfügbarkeit von längerfristigen, konsistenten Datenreihen gegeben.



Auch jenseits der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandsquoten können zwischen den beiden Ländern Ähnlichkeiten gefunden werden. So weisen in beiden Ländern Männer höhere Krankenstände als Frauen auf, im internationalen Umfeld ist das Gegenteil meistens der Fall. Auch hinsichtlich der Dauer von Krankenständen und der Verteilung nach Diagnosegruppen zeigen die österreichischen und deutschen Daten ein konsistentes Bild (vgl. *Badura et al.*, 2008 für Deutschland).

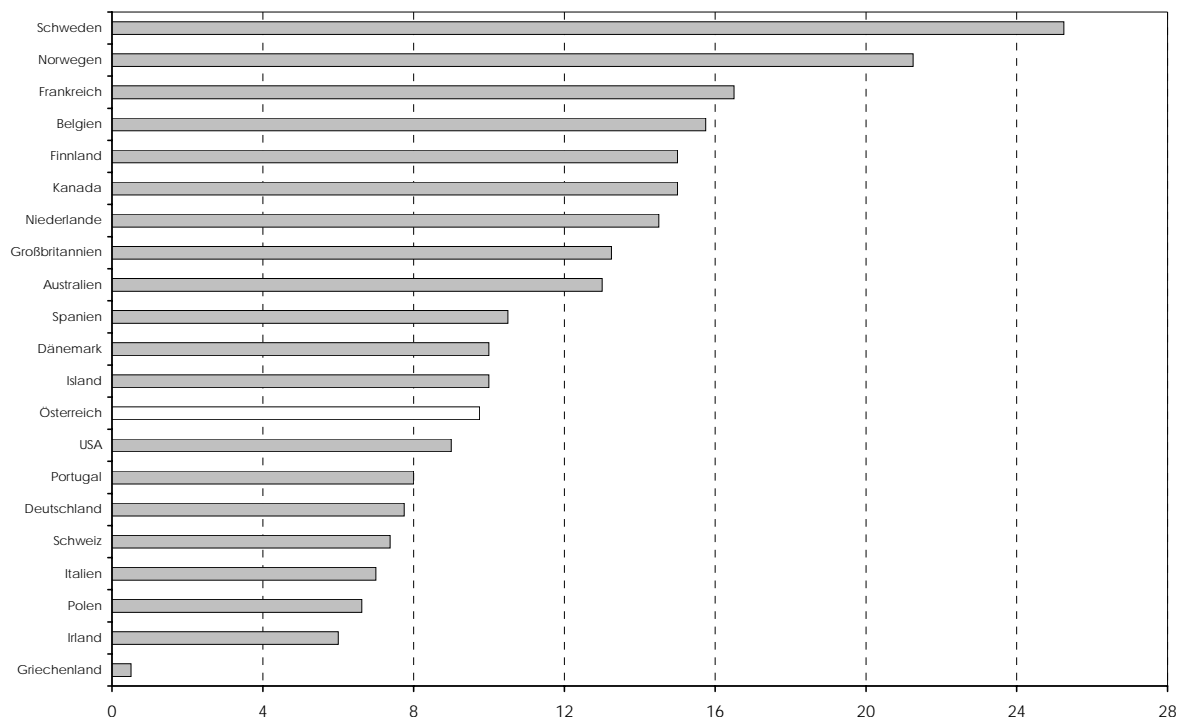
#### 4.1.2 Umfrageergebnisse

Da administrative Statistiken stark von unterschiedlichen Regelungen, institutionellen Eigenheiten in der Erfassung von Krankenständen und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen geprägt sind, ist es hilfreich, bei internationalen Vergleichen auch die Ergebnisse aus Stichprobenerhebungen, die sich auf Befragungen stützen, zu berücksichtigen. Zwar spiegeln auch international standardisierte Befragungen länderspezifische Unterschiede in der Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik wider: So können beispielsweise, in Abhängigkeit von den geltenden Bestimmungen zu den Invaliditätspensionen, die gleichen Personen, die in einem Land aus gesundheitlichen Gründen frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden und somit nicht mehr zu den Erwerbstätigen zählen, in einem anderen Land weiterhin beschäftigt sein und somit in einer Erhebung der Erwerbstätigen mit einbezogen werden. Dennoch fallen bei Befragungen institutionelle Eigenheiten, wie z. B. nationale Regelungen bei der Meldung von Krankenständen und vieles mehr, weitaus weniger ins Gewicht als bei administrativen Statistiken.

Die Arbeitskräfteerhebung, die umfangreichste internationale Erhebung zu arbeitsmarktrelevanten Themen, eignet sich aufgrund des hohen Grads an Standardisierung besonders gut für internationale Vergleiche. Problematisch ist allerdings die Tatsache, dass in der Arbeitskräfteerhebung nur ein partieller Aspekt des Krankenstandsgeschehens abgebildet wird: Die Erhebungspersonen werden gefragt, ob sie in der Referenzwoche der Befragung aufgrund von Krankheit, Unfall oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit die ganze Zeit vom Arbeitsplatz fern geblieben sind. Kurze Krankenstände, bzw. die Länge der Krankenstände, die über diese einwöchige Periode hinausgehen, bleiben in den Antworten der Befragten und somit in den Ergebnissen unberücksichtigt. Für die Darstellung der im Laufe des Jahres verloren gegangenen Arbeitszeit ist es notwendig, Schätzungen durchzuführen. Entsprechende Berechnungen der OECD für das Jahr 2004 zeigen ein Bild, das viele Ähnlichkeiten, aber auch einige signifikante Abweichungen von den Statistiken aus der administrativen Gesundheitsdatenbank aufweist (Abbildung 4.3): Schweden und Norwegen zählen nach wie vor zu den Ländern mit den höchsten Krankenständen, sie werden von Frankreich, Belgien und Finnland gefolgt. Großbritannien und Niederlande sind ebenfalls, anders als in Abbildung 4.1, im oberen Mittelfeld der Reihung zu finden. Polen ist hingegen von der obersten in eine der niedrigsten Positionen gerutscht. Österreich ist in dieser Darstellung im unteren Mittelfeld

angesiedelt<sup>86</sup>), Deutschland zählt mit einem Durchschnitt von weniger als 8 Krankenstandstagen im Jahr zu den Ländern mit der niedrigsten Krankenstandsquote.

Abbildung 4.3: Krankenstände in der OECD, Schätzung auf Basis der Arbeitskräfteerhebung Krankenstandstage pro Vollzeitäquivalent, 2004



Q: Rae (2005); OECD.

Weitere Anhaltspunkte für die internationale Entwicklung der Krankenstände können dem *European Working Conditions Survey* (EWCS) entnommen werden, der in Abständen von 5 Jahren in allen EU-Mitgliedsländern erhoben wird. Der EWCS stellt eine sehr informative Datenquelle dar, da er spezifisch den Zusammenhang zwischen Arbeitsplatz und Gesundheit untersucht und die Erhebungspersonen ausführlich über die Zahl der im Erhebungsjahr eingetretenen Fehlzeiten, die eine gesundheitliche Ursache hatten, Auskunft geben. Die Erhebung wurde primär dafür konzipiert, Ergebnisse für die gesamte EU abzubilden, die Stichprobengröße je Land ist allerdings limitiert<sup>87</sup>), was Aussagen auf nationaler Ebene nur einge-

<sup>86</sup>) Die Zahl der Krankenstandstage liegt für Österreich in der Arbeitskräfteerhebung unter den Werten aus der administrativen Statistik, unter anderem da die Arbeitskräfteerhebung im Gegensatz zu den Daten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht Kalendertage, sondern tatsächlich verloren gegangene Arbeitstage misst.

<sup>87</sup>) So wurden beispielsweise bei der Umfrage des Jahres 2000 pro Land etwa 1.500 Beschäftigte interviewt (mit Ausnahme Luxemburgs, wo die Zahl der befragten Personen 527 betrug), in der letzten Erhebungswelle (2005) waren es 1.000 Beschäftigte pro Land.

schränkt ermöglicht<sup>88</sup>). Diese Einschränkung führt dazu, dass Auswertungsergebnisse aus dem EWCS auf nationaler Ebene mit Vorsicht interpretiert werden müssen. Hinsichtlich der Angaben zu den Fehlzeiten gilt es zudem zu berücksichtigen, dass die Beschäftigten über eine vergleichsweise ausgedehnte Periode (1 Jahr) Auskunft geben müssen und somit das Erinnerungsvermögen und die subjektive Wahrnehmung eine wichtige Rolle spielen.

Anhand des EWCS kann die durchschnittliche Anzahl an gesundheitlich bedingten Fehlzeiten pro unselbständig Beschäftigten für die Jahre 2000 und 2005 in den 15 "alten" EU-Mitgliedsländern ermittelt werden. Demnach gaben im Durchschnitt der EU 15 unselbständig Beschäftigte an, im Jahresverlauf 2000 insgesamt 7,6 Tage und im Jahresverlauf 2005 5 Tage aus gesundheitlichen Gründen vom Arbeitsplatz gefehlt zu haben. Der auffällig große Unterschied im Krankenstandsniveau zwischen den Jahren 2000 und 2005 spiegelt zumindest teilweise eine geringfügige, aber in ihren Auswirkungen bedeutsame Veränderung im Umfragedesign wider. Im Fragebogen des EWCS 2000 wurden die Erhebungspersonen aufgefordert, zu jeder Typologie von Fehlzeiten einzeln Auskunft zu geben. Die Angaben zu Fehltagen aufgrund von Arbeitsunfällen, von arbeitsbedingten Erkrankungen und von anderen gesundheitlichen Ursachen, die einzeln erfasst wurden, können nachträglich zusammenaddiert werden und ergeben somit die Gesamtzahl der Fehlzeiten, die eine gesundheitliche Ursache hatten. Demgegenüber war der Fragebogen 2005 – trotz Beibehaltung der gleichen Fragestellungen – etwas anders strukturiert: Die Beschäftigten wurden aufgefordert, zuerst die Zahl der Fehltag zu nennen, die gesundheitlich motiviert waren, erst anschließend wurde diese Gesamtzahl auf die unterschiedlichen Kategorien (Arbeitsunfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen, andere gesundheitliche Ursachen) aufgeteilt. Es kann vermuten werden, dass diese Änderung die Befragten dazu verleitet hat, die Zahl ihrer unfall- und krankheitsbedingten Fehlzeiten im vorangegangenen Jahr tiefer einzuschätzen, als bei der Erhebungswelle im Jahr 2000<sup>89</sup>).

Die Abbildungen 4.4 und 4.5 verdeutlichen anhand von standardisierten Quoten<sup>90</sup>) der im EWCS erfassten Krankenstände die Entwicklung zwischen 2000 und 2005. Die Auswertungen zeigen, zumindest für die Länder, die weit über bzw. deutlich unter dem Durchschnitt liegen, ein konsistentes Muster. Die Niederlande und Finnland hatten in beiden Jahren im Schnitt die höchste Zahl an gesundheitlich bedingten Fehlzeiten, auch Belgien und Schweden zählen zu den Ländern mit deutlich überdurchschnittlichen Werten. Dagegen zeigen beide Auswertungen, dass Griechenland und Spanien merklich unter dem Durchschnitt der anderen EU-15-Länder liegen. Irland und Großbritannien befinden sich ebenfalls am unteren Ende der Reihung.

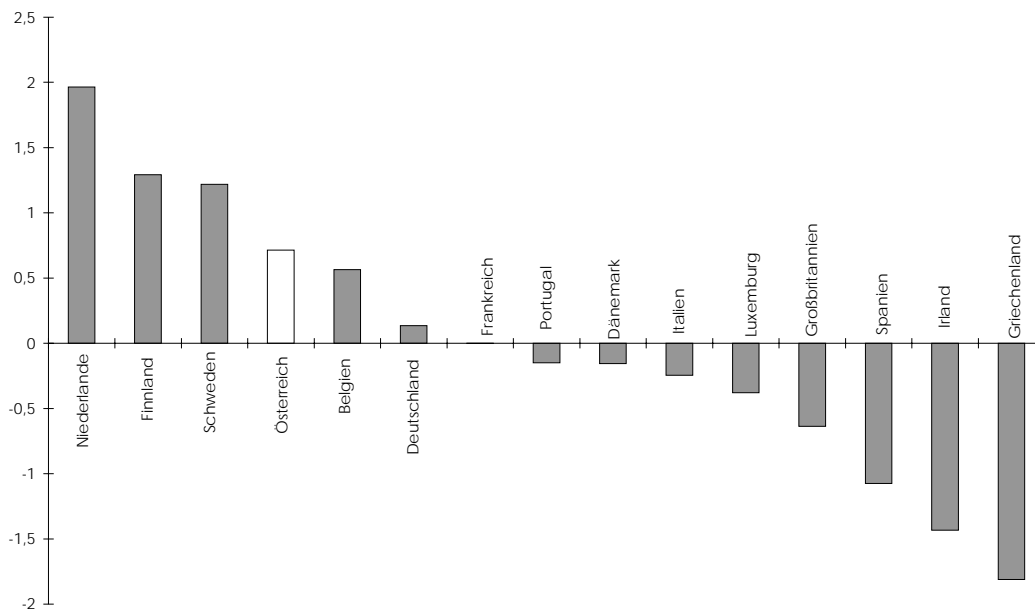
---

<sup>88</sup>) "[...] breakdowns at country level may result in subgroups with an insufficient number of cases to draw conclusions. Similarly, the number of cases in each group for each country may be too small to allow conclusions to be drawn" (*European Foundation*, 2001, S. 3).

<sup>89</sup>) Das könnte erklären, weshalb mit Ausnahme Portugals in allen 15 Ländern die Zahl der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten zwischen 2000 und 2005 stark rückläufig war. Zwischen 2000 und 2005 hätten sich, den Ergebnissen aus dem EWCS zufolge, die Krankenstandstage in den Niederlanden und Finnland um ein Viertel, in Schweden und Großbritannien um ein Drittel und in Deutschland und Österreich um mehr als die Hälfte reduziert.

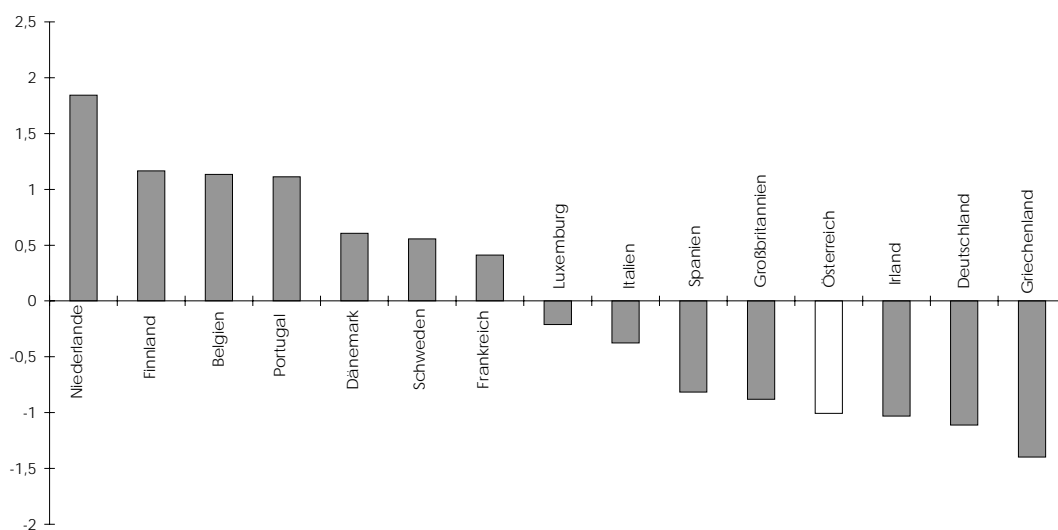
<sup>90</sup>) Die Standardisierung erfolgte, indem von der Krankenstandsquote der einzelnen Länder der Mittelwert über alle Länder abgezogen und das Ergebnis durch die Standardabweichung dividiert wurde.

Abbildung 4.4: Krankenstände in der EU 15, 2000  
Standardisierte<sup>1)</sup> Anzahl von Krankenstandstagen pro Kopf



Q: European Working Conditions Survey 2000; WIFO-Berechnungen. Standardisierung erfolgte durch Mittelwertzentrierung und Division durch die Standardabweichung.

Abbildung 4.5: Krankenstände in der EU 15, 2005  
Standardisierte<sup>1)</sup> Anzahl von Krankenstandstagen pro Kopf



Q: European Working Conditions Survey 2005; WIFO-Berechnungen. Standardisierung erfolgte durch Mittelwertzentrierung und Division durch die Standardabweichung.

Bei den Ländern, die in einem weiten Sinne das Mittelfeld bilden, kommt es zwischen 2000 und 2005 zu teils signifikanten Positionsverschiebungen. Besonders stark sind diese Verschiebungen im Falle von Österreich und Deutschland: Beide Länder hatten 2000 eine (leicht) überdurchschnittliche Zahl an krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten und beide haben bei der jüngsten Erhebung ihre Position im Vergleich mit den restlichen EU-15-Ländern merklich verbessert. Sieht man von den absoluten Niveaus der Fehlzeiten ab, zeigen diese Zahlen, dass der Rückgang der Krankenstände, der in Österreich und Deutschland seit 2000 registriert wurde, stärker als im internationalen Durchschnitt war.

Die neuen Mitgliedsländer, die erst ab 2005 in die Erhebung inkludiert wurden und hier nicht eigens ausgewiesen werden, haben vergleichsweise geringe Krankenstände: Polen, Tschechien, Slowakei und Ungarn lagen 2005 mit Krankenstandswerten zwischen 5,2 und 6,2 Tagen leicht über dem Durchschnitt der EU 27, die baltischen Republiken hatten genauso wie Bulgarien eine unterdurchschnittliche Anzahl an krankheitsbedingten Fehltagen pro Beschäftigten. Rumänien wies unter allen EU-Mitgliedsländern die niedrigste Krankenstandsquote auf, nur Slowenien, wo das Krankenstandsniveau gleich hoch wie in Finnland und den Niederlanden war, bildet in dieser Hinsicht eine Ausnahme. Sowohl diese Auswertungen, als auch die Ergebnisse aus der Arbeitskräfteerhebung zeigen im Gegensatz zu den Daten aus der administrativen Statistik für Österreich ein leicht höheres Fehlzeitenniveau als für Deutschland auf. Diese Diskrepanz verdeutlicht, dass administrative Daten und Stichprobenumfragen zum Teil unterschiedliche Dimensionen des Geschehens am Arbeitsmarkt widerspiegeln. Insbesondere ist die Tatsache von Bedeutung, dass die Grundgesamtheit der Beschäftigten, die den Statistiken der Sozialversicherungsträger zugrunde liegt, nicht deckungsgleich mit der Erhebungsbevölkerung aus Stichprobenumfragen ist und dass das Verhältnis der beiden Größen je nach Land ein unterschiedliches sein kann.

#### **4.2 Bestimmungsgründe der internationalen Unterschiede**

Die Bestimmungsgründe der soeben aufgezeigten internationalen Unterschiede in den krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten umfassen ein breites Spektrum. Angesichts der Tatsache, dass in Abhängigkeit von nationalen Eigenheiten nicht in allen Ländern die gleichen Einflussgrößen auf die Krankenstände einwirken, konnte bisher kein theoretisches Erklärungsmodell gefunden werden, das flexibel genug ist um alle Aspekte zu berücksichtigen (*Audas – Treble, 2001*). Zu den Faktoren, die sich auf die Krankenstände auswirken und in bereits erschienenen Studien eindeutig identifiziert werden konnten, zählen vor allem soziodemographische Merkmale der Beschäftigten, Charakteristika der Wirtschaftsstruktur und des Arbeitsmarkts sowie institutionelle Regelungen und Rahmenbedingungen (siehe *Bonato – Lusinyan, 2004; Frick – Malo, 2008; Osterkamp – Röhn, 2007*). Indikatoren zum allgemeinen Niveau der gesundheitlichen Versorgung in einem Land (gemessen an den Gesundheitsausgaben) und epidemiologische Indikatoren zum Gesundheitszustand der Bevölkerung (z. B. die Lebenserwartung) scheinen in keinem klaren Zusammenhang zum Krankenstandsgeschehen zu

stehen (vgl. auch *Bergendorff, 2003*)<sup>91</sup>). Ohne im Detail auf alle einzelnen Bestimmungsgründe eingehen zu wollen (hierzu siehe auch Abschnitt 2.6), sollen an dieser Stelle vor allem zwei Aspekte, die für die Einschätzung der österreichischen Krankenstände im internationalen Kontext von Bedeutung sind, aufgegriffen und diskutiert werden: Die Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung (bzw. die Altersstruktur der Beschäftigten) und die Beschaffenheit des Krankenversicherungssystems.

Die hohen Krankenstandsquoten, die von den meisten skandinavischen Ländern, allen voran Schweden und Norwegen, verzeichnet werden, können mit der Zusammensetzung der Erwerbsbevölkerung in diesen Ländern in Verbindung gebracht werden. Das betrifft vor allem die hohe Erwerbsquote der älteren Personen. Länder mit einer geringen Erwerbsbeteiligung der Älteren, wie Griechenland und Spanien, haben hingegen unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten. In Schweden waren im Jahr 2006 69,6% der Personen zwischen 55 und 64 Jahren am Erwerbsleben beteiligt, in Norwegen waren es 67,4%. Zum Vergleich dazu: In Österreich betrug die Erwerbsquote der Älteren im selben Jahr 35,5%, in Griechenland 42,3% und in Spanien 44,1%. Übersicht 4.1 zeigt für eine Selektion von Ländern die Inzidenz von Krankenstandsepisoden, die mindestens eine Woche gedauert haben. Es ist ersichtlich, dass in allen Ländern die Inzidenz von Krankenständen mit dem Alter ansteigt<sup>92</sup>). Die nach Ländern unterschiedlich starke Erwerbsbeteiligung der Älteren trägt somit zum Verständnis von internationalen Unterschieden in der Krankenstandsquote bei. Allerdings kann dieser Struktureffekt allein genommen nur einen Teil dieser internationalen Unterschiede erklären. *Rae (2005)* zeigt beispielsweise anhand von ökonometrischen Berechnungen, dass etwa ein Fünftel der Differenz in der Krankenstandsquote zwischen Schweden und dem Durchschnitt der EU auf die demographische Zusammensetzung der Erwerbstätigen zurückzuführen ist. Das würde bedeuten, dass bei einer Angleichung der Altersstruktur der schwedischen Erwerbsbevölkerung an den europäischen Durchschnitt die Krankenstandsquote in Schweden etwa 10% niedriger ausfallen würde<sup>93</sup>).

Es ist zu erwarten, dass die Anhebung der Erwerbsquoten von älteren Personen, die mittel- und langfristig angestrebt wird, in Österreich die Krankenstände erhöhen wird. *Leoni – Biffi – Guger (2008B)* haben gezeigt, dass der rein demographische Effekt, bei Beibehaltung der bestehenden altersspezifischen Morbidität, eine überschaubare Größenordnung haben wird

---

<sup>91</sup>) So zeigen beispielsweise die in Abbildung 4.3 dargestellten Krankenstandswerte keinen Zusammenhang mit den Gesundheitsausgaben (gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) in diesen OECD-Ländern. Der Korrelationskoeffizient zwischen den beiden Indikatoren beträgt -0,065.

<sup>92</sup>) Eine Ausnahme bilden in dieser Hinsicht nur die Niederlande, wo die Krankenstandsinzidenz der 60- bis 64-Jährigen geringer war als jene der 50- bis 59-Jährigen. Dieses Phänomen ist auf den "Healthy-Worker"-Effekt zurückzuführen, der vor allem die Frauen betrifft (*Bergendorff, 2003; Rae, 2005*).

<sup>93</sup>) Die Berechnungen beziehen sich auf den Zeitraum 1996 bis 2003. Hierzu wurde nicht nur die altersspezifische, sondern auch die geschlechtsspezifische Struktur der Beschäftigten berücksichtigt. Allerdings hat die hohe Erwerbsquote der Frauen für die Krankenstandsquote nur einen geringen Erklärungswert. *Rae (2005)* kommt zudem zur Schlussfolgerung, dass im Falle Schwedens diese Merkmale von anderen, für die Krankenstände vorteilhaften Charakteristika (Arbeitszeit; Lebenserwartung), ausgeglichen werden.

(etwa +17% in den nächsten 1½ Jahrzehnten)<sup>94)</sup>. Allerdings kann vermutet werden, dass mit einer erhöhten Erwerbsbeteiligung der Älteren neben einem strukturellen Effekt auch ein Selektionseffekt eintreten wird: Während bei geringer Erwerbsbeteiligung (bzw. bei entsprechend häufigem Abgang in den frühzeitigen Ruhestand) die Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten positiv durch einen "Healthy-Worker"-Effekt beeinflusst wird, bleiben durch eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung und einen späteren Eintritt in den Ruhestand auch Personen in Beschäftigung, die gesundheitlich schwächer sind und höhere Krankenstände verzeichnen. Dieser Effekt, der sich auf die altersspezifischen Krankenstandsquoten auswirkt, ist allerdings nur schwer prognostizierbar. Sein Ausmaß wird maßgeblich von anderen Faktoren bestimmt, insbesondere von Art und Ausmaß der Beschäftigung älterer Personen sowie von der Gestaltung der Übergänge zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Ruhestand.

*Übersicht 4.1: Krankenstände von mehr als einer Woche, nach Alter*

*Anteil der Personen (in %), die während der Umfragewoche vom Arbeitsplatz fern geblieben sind, Durchschnitt der Jahre 1983 bis 2001*

Land	Altersgruppen					Alle
	20 bis 29	30 bis 39	40 bis 49	50 bis 59	60 bis 64	
	Anteil in %					
Finnland	1,3	1,8	2,5	4,4	5,3	2,3
Frankreich	1,8	2,1	2,5	3,9	4,0	2,4
Dänemark	1,5	1,6	1,7	2,3	2,7	1,7
Deutschland	0,9	1,1	1,4	2,7	3,2	1,4
Niederlande	3,2	3,9	4,5	5,9	4,9	4,1
Norwegen <sup>1)</sup>	2,4	2,7	3,1	4,3	7,2	3,2
Schweden <sup>2)</sup>	2,5	3,1	3,9	4,4	9,1	4,2
Großbritannien	1,8	2,1	2,5	3,9	4,0	2,2
Insgesamt	1,5	1,8	2,2	3,3	4,1	2,1

Q: *Bergendorff* (2003). – <sup>1)</sup> Seit 1989. – <sup>2)</sup> Seit 1987.

Länder wie Schweden, in denen die Krankenstände insgesamt hoch sind, weisen bei einer Betrachtung nach Alter für jede Altersgruppe im Vergleich zu anderen europäischen Ländern überdurchschnittlich hohe Krankenstandswahrscheinlichkeiten auf (Übersicht 4.1; siehe auch *Rae*, 2005). Bei den älteren Beschäftigten dürfte der soeben erwähnte Selektionseffekt, wonach mit einer erhöhten Erwerbsbeteiligung auch vermehrt gesundheitlich schwächere Arbeitskräfte länger beruflich tätig bleiben, eine große Rolle spielen. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass dieser Effekt bei den jüngeren Personengruppen, wo internationale Unterschiede in den Erwerbsquoten geringer sind, nur von geringfügiger Bedeutung ist<sup>95)</sup>. Empirische Untersuchungen zeigen, dass institutionelle Aspekte für die Erklärung dieser internationalen Unterschiede einen relevanten Beitrag leisten. Besonders die

<sup>94)</sup> Die Berechnung erfolgte unter der Annahme einer graduellen Anhebung der Beschäftigungsquote der Über-50-Jährigen auf 65% und unter Berücksichtigung des demographischen Wandels der Erwerbsbevölkerung.

<sup>95)</sup> Schweden und die anderen skandinavischen Länder heben sich auch hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung von Frauen deutlich vom europäischen Durchschnitt ab. Allerdings zeigen Berechnungen, dass diese Unterschiede in der Erwerbsquote von Frauen, nach Berücksichtigung der restlichen demographischen und strukturellen Merkmale, keine statistisch signifikante Bedeutung für den internationalen Krankenstandsvergleich haben (*Osterkamp – Röhn*, 2007).

Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems befindet sich immer wieder im Mittelpunkt von Untersuchungen und Reformdebatten (Rae, 2005; Palmer, 2004). Vom Krankenversicherungssystem und insbesondere von der Höhe und Dauer von Krankengeldleistungen können konkrete Anreize ausgehen, die das Krankenstandsgeschehen beeinflussen (Bonato – Lusinyan, 2004). Höhere Entgeltfortzahlungs- bzw. Krankengeldleistungen erhöhen, *ceteris paribus*, den Anreiz vom Arbeitsplatz fernzubleiben und somit auch die Krankenstandswahrscheinlichkeit (Henrekson – Persson, 2004). Allerdings ist dieser Zusammenhang für sich genommen nicht ausreichend, um den Einfluss des Krankenversicherungssystems auf die Krankenstände zu beschreiben.

Übersicht 4.2: Übersicht der Hauptmerkmale der Regelungen zum Krankengeldbezug  
OECD-Mitgliedsländer

Länder	Wartefrist In Tagen	Krankengeld in % des Letztverdienstes <sup>1)</sup> nach ungefähr			Maximale Anspruchsdauer In Jahren	Entgeltfortzahlung Arbeitgeber In Wochen	Index für die Großzügigkeit des Systems <sup>2)</sup> (OECD = 100)
		1 Woche	1 Monat	6 Monaten			
Schweden	1	80	80	80	kein Limit	2 <sup>3)</sup>	130
Norwegen	0	100	100	100	1	2	130
Niederlande	0	70	70	70	2	104	111
Belgien	1	100	60	60	1	4	99
Finnland <sup>4)</sup>	0	70	70	70	1	0	..
Frankreich	3	50	50	51	3	0	95
Kanada	..	55	55	0	0,3	..	50
<b>Österreich</b>	<b>3</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>95</b>
Großbritannien	3	flat 24	flat 26	0	1	28	80
Australien	..	flat 22	flat 22	flat 22	..	..	122
Dänemark	0	50	50	50	1	0	103
Island	14 <sup>5)</sup>	flat 23	flat 23	flat 23	1	0	..
Schweiz	3	80	80	80	2	3	126
Spanien	3	51	64	64	1,5	2	115
Portugal	3	65	65	65	3	0	118
Vereinigte Staaten	7	100	60	60	1	..	80
Deutschland	0	90	90	70	1,5	6	115
Polen	..	80	100	0	0,5	..	115
Italien	3	50	67	0	0,5	12	84
Irland	3	flat 53	flat 53	flat 53	kein Limit	0	..
Griechenland	3	flat 29 <sup>6)</sup>	flat 54	flat 54	1	0	..

Q: Rae (2005); EU MISSOC database ([http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/missoc/missoc2004\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc2004_en.pdf)), OECD (2003) (Transforming Disability into Ability). – <sup>1)</sup> Aufgrund der Komplexität der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall werden hier näherungsweise die Ersatzraten des öffentlichen Versicherungssystems für den "typischen" Vollzeitbeschäftigten dargestellt. In manchen Ländern beträgt die Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers für eine bestimmte Periode bis zu 100% des Letztverdienstes, so beispielsweise in Schweden und in Österreich. Die ausgewiesenen flat-rate-Vergütungen beziehen sich auf ein durchschnittliches Alleinverdienerhaushaltseinkommen mit zwei Kindern. Details zu den unterschiedlichen Schemata sind den Quellen zu entnehmen. – <sup>2)</sup> Dieser zusammenfassende Index der Großzügigkeit im Entgeltfortzahlungsfall basiert auf zehn Dimensionen, u. a. Abdeckungsgrad, Zugangsbeschränkungen, Ersatzrate, Anspruchsdauer und medizinische Voraussetzungen (siehe OECD, 2003, Anhang 2, Transforming Disability into Ability). – <sup>3)</sup> Seit 2005 bezahlen Arbeitgeber 15% während der Gesamtdauer der Krankenstandsepisode. – <sup>4)</sup> Die finnischen Zahlen berücksichtigen den Arbeitgebermaximalbetrag, bei dem die Arbeitgeber während der ersten drei Krankenstandstage 100% bezahlen, wodurch faktisch die Wartefrist eliminiert wird. – <sup>5)</sup> Die Wartefrist beginnt erst nach ärztlicher Bestätigung. – <sup>6)</sup> Streng genommen keine flat-rate, ist jedoch bei einem niedrigen Niveau gedeckelt, sodass die meisten Beschäftigten den Maximalbetrag erhalten: 29% des branchenübergreifenden durchschnittlichen Arbeitereinkommens während der ersten 15 Tage und 54% für den Zeitraum danach.



Wie die Übersicht 4.2 zeigt, bestehen hinsichtlich der Regelung von Krankengeldbezug im Falle von Krankenstand beträchtliche Unterschiede innerhalb der OECD. Das Bild, das durch diese Zusammenstellung gegeben wird, ist zwangsläufig unvollständig. Es erlaubt dennoch die Zuordnung der einzelnen Länder in ein breites Schema, das zwischen Ländern mit einem überdurchschnittlichen Leistungsspektrum und solchen, in denen Krankengeldleistungen unterdurchschnittlich ausgebaut bzw. an restriktivere Auflagen gebunden sind, unterscheidet. Neben der Höhe und Dauer der Krankengeldzahlungen (bzw. der Entgeltfortzahlungen) zählen die Existenz von Wartefristen, die Aufteilung der Kosten zwischen Unternehmen, Beschäftigten und Versicherungsträgern sowie die medizinischen Voraussetzungen für den Eintritt in und die Verweildauer im Krankenstand zu den wichtigsten Elementen der einzelnen Systeme. Letztendlich entscheiden nicht alleine das Ausmaß von Zahlungen, sondern das Zusammenspiel der Bestimmungen und deren Umsetzung seitens der involvierten Akteure über die tatsächliche Inanspruchnahme von Leistungen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass das Krankengeldsystem in einen breiteren institutionellen Rahmen eingebettet ist und dass unterschiedliche Bereiche der Sozial- und Gesundheitspolitik sowie der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße" darstellen.

Die OECD hat auf Basis der unterschiedlichen Dimensionen der Krankengeldregelung einen Index konstruiert, der die Großzügigkeit der einzelnen nationalen Systeme in der Auszahlung von Krankengeldleistungen messen soll (siehe Übersicht 4.2, letzte Spalte). Österreich liegt in dieser Reihung nahe am Durchschnittswert der OECD-Länder (95 Punkte bei einem Durchschnitt von 100). Die skandinavischen Länder mit den höchsten Krankenständen (Norwegen, Schweden), die Niederlande, aber auch die Schweiz und einige südeuropäische Länder liegen deutlich oberhalb von diesem Wert. Länder, die hingegen ein weniger ausgebautes System besitzen, können fast ausnahmslos der angelsächsischen Welt zugeordnet werden (Großbritannien, USA, Kanada). Es ist ersichtlich, dass sich aus dieser Darstellung zwar einige Übereinstimmungen zwischen der Großzügigkeit des Systems und der Höhe der Krankenstände ableiten lassen, dennoch ist dieser Zusammenhang nicht immer eindeutig: So weisen beispielsweise Spanien und Portugal vergleichsweise großzügige Systeme, aber unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten auf. Auch Deutschland gehört zu den Ländern mit einem ausgebauten Krankengeldsystem und geringen Krankenständen. In einer statistischen Betrachtung zeigen Großzügigkeit des Krankengeldsystems und Krankenstände zwar eine positive, doch nur sehr geringe und nicht signifikante Korrelation<sup>96)</sup>.

*Frick – Malo* (2008) haben anhand von Daten aus dem EWCS den positiven Zusammenhang zwischen Großzügigkeit des Krankengeldsystems und Krankenstände empirisch nachgewiesen. Dabei kamen sie zu der Schlussfolgerung, dass institutionelle Faktoren zwar signifikant sind, ihre Bedeutung jedoch gegenüber Indikatoren, die persönliche Merkmale der Beschäftigten und Arbeitsplatzbedingungen widerspiegeln, vergleichsweise gering ist<sup>97)</sup>. *Rae*

---

<sup>96)</sup> Zieht man die Krankenstandsquoten aus dem EWCS heran, beträgt die Korrelation mit dem Index für 2000 0,335 und für 2005 0,331; verwendet man die OECD-Krankenstandsdaten für das Jahr 2004 beträgt sie 0,156.

<sup>97)</sup> *Frick – Malo* (2008) haben neben der Großzügigkeit der Krankengeldleistungen auch die Stärke der Arbeitnehmerschutzbestimmungen (Kündigungsschutz usw.) in ihre Untersuchung einbezogen. Ihre Ergebnisse zeigen, dass institutionelle Faktoren zusammen im Schnitt Schwankungen von höchstens 3 Krankenstandstagen im Jahr

(2005) argumentiert, dass sich die Großzügigkeit des Krankengeldsystems nicht unmittelbar auf die Höhe der Krankenstände auswirkt. Je großzügiger ein System ist, umso größer die potenziellen Anreize, die aus ihm ausgehen und der Spielraum für "Moral-Hazard", der sich darin eröffnet. Länder, die ein großzügiges System besitzen, müssen deshalb stärker darauf achten, Mechanismen einzubauen, um eine gezielte Nutzung der Leistungen zu gewährleisten und Missbrauchmöglichkeiten zu minimieren<sup>98</sup>). Zu den Aspekten, die diesbezüglich in Zusammenhang mit dem Krankenstand von Bedeutung sind, zählen beispielsweise die Form und Frequenz der ärztlichen Bescheinigung für das Fortwähren von (vorübergehender) Arbeitsunfähigkeit und die Existenz von Maßnahmen zur Rehabilitation und Reintegration von (langzeitig) Erkrankten.

### 4.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Aus unterschiedlichen Quellen lässt sich belegen, dass die Krankenstandshäufigkeit im internationalen Vergleich weit auseinander liegt. Sowohl administrative Statistiken als auch standardisierte Stichprobenerhebungen zeigen, dass sogar innerhalb der EU 15 die höchsten Krankenstandsquoten etwa drei mal so hoch wie die niedrigsten Quoten sind. Obwohl die bestehende Datenlage in einzelnen Fällen widersprüchlich ist und keine genaue Reihung der Länder – gemessen an der durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage – ermöglicht, kann man einige Eckpunkte als abgesichert betrachten und folgendermaßen zusammenfassen:

- Unter den EU-Mitgliedsländern haben Schweden und die Niederlande die höchsten Krankenstandsquoten, Norwegen ist ebenfalls ein europäisches Land, das durch hohe Krankenstände gekennzeichnet ist. Im weitesten Sinne kann in der EU von einem Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden: Die höchsten Krankenstandsquoten werden neben skandinavischen Ländern von einigen kontinentaleuropäischen Ländern (Niederlande, Belgien, Frankreich) verzeichnet; die Länder im Mittelmeerraum, insbesondere Griechenland, weisen hingegen unterdurchschnittliche Krankenstände auf.
- Österreich befindet sich im Lichte von längerfristigen Betrachtungen im Mittelfeld der EU- und OECD-Länder. Die Daten aus der Sozialversicherung zeigen starke Parallelen zwischen Österreich und Deutschland auf. Nachdem Österreich in der Vergangenheit niedrigere Krankenstände als das Nachbarland verzeichnet hatte, kam es seit Mitte der neunziger Jahre zu einer starken Angleichung im Krankenstandsniveau zwischen den beiden Ländern.

---

erklären. *Osterkamp – Röhn* (2007), die allerdings aggregierte Daten der OECD und WHO verwendet haben, betonen die Rolle von institutionellen Faktoren etwas stärker. Allerdings sind auch ihre Ergebnisse durchaus mit denen von *Frick – Malo* (2008) vergleichbar: So würde beispielsweise laut ihren Berechnungen eine Anhebung der Großzügigkeit des Schweizer Systems auf das deutsche Niveau in der Schweiz zu einer Erhöhung der Krankenstände um 2 Tage pro Kopf und Jahr führen.

<sup>98</sup>) "A major challenge is to find the right balance between minimising both the exclusion error (refusing the benefit for people who need it) and the inclusion error (granting benefits to those who do not need them)", *Rae* (2005), S. 13.

- Die jüngsten Daten belegen, dass der Rückgang in den österreichischen und deutschen Krankenständen in der Periode 2000/2005 (in diesem Zeitraum sank die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen pro Kopf in beiden Ländern um etwa 15%) stärker war als im internationalen Durchschnitt, wodurch sowohl Österreich als auch Deutschland zur Zeit deutlich unter dem Durchschnitt der Vergleichsländer im OECD- und EU-Raum liegen. Allerdings muss bedacht werden, dass die österreichischen Krankenstände durch die sehr geringe Beschäftigungsquote der Älteren im internationalen Vergleich deutlich gedämpft werden.

Die ausgeprägten Unterschiede in den internationalen Krankenstandsdaten können nicht restlos geklärt werden, was teilweise auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass in Abhängigkeit von institutionellen Rahmenbedingungen und nationalen Eigenheiten nicht in allen Ländern die gleichen Einflussgrößen auf die Krankenstände einwirken. Für Österreich kann erwartet werden, dass eine Anhebung der Erwerbsquoten von älteren Personen (die Über-55-Jährigen) zu einer Erhöhung der Krankenstände führen wird. Neben dem demographischen Effekt, der aus der Veränderung der Altersstruktur der Beschäftigten zu erwarten ist, wird das Ausmaß dieser Erhöhung in entscheidendem Maße davon abhängen, in welcher Form und unter welchen Arbeitsplatzbedingungen ältere Beschäftigte am Erwerbsleben beteiligt sein werden. Weiters wird die Gestaltung der Übergänge zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Ruhestand die Entwicklung der krankheitsbedingten Fehlzeiten dieser Personengruppe entscheidend prägen.

Das Krankenversicherungssystem und insbesondere die Großzügigkeit der Krankengeldregelungen üben zwar nachweislich einen direkten Einfluss auf das Krankenstandsvolumen aus, sie können internationale Krankenstandsunterschiede allerdings nur unzureichend erklären. Auf institutioneller Seite befindet sich Österreich, gemessen an der Großzügigkeit des Krankengeldsystems, knapp unter dem Durchschnitt der OECD-Länder. Empirischen Untersuchungen zufolge können großzügigere Krankengeldregelungen zu höheren Krankenstandsquoten führen, bzw. umgekehrt restriktivere Regelungen zu einer Senkung der Krankenstände beitragen. Das Ausmaß solcher Effekte hängt aber wesentlich davon ab, inwiefern begleitende Maßnahmen und Kontrollmechanismen möglichen "Moral-Hazard"-Problemen begegnen. Zudem dürfen Regelungen zu Krankenstand und Krankengeldbezug nicht isoliert von anderen Bereichen des Sozialversicherungssystems sowie der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik betrachtet werden.

## 5. Instrumente der Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene

### 5.1 Einführung

Aus Sicht der Gesundheitspolitik stellt der Arbeitsplatz – und somit die betriebliche Ebene – eine zentrale Schnittstelle dar, an der angesetzt werden kann, um ein umfassendes Konzept zur Förderung von Gesundheit und Reduktion von Krankenständen umzusetzen. Das kann einerseits damit begründet werden, dass ein beträchtlicher Anteil der Erkrankungen und gesundheitlichen Beschwerden, die Beschäftigte treffen, am Arbeitsplatz selbst seine Wurzeln hat<sup>99)</sup>. Arbeit ist nicht nur eine wesentliche Quelle unserer Wohlfahrt, sie bringt auch Belastungen mit sich, die Auslöser für Krankheiten sein können. Je nach beruflicher Tätigkeit, Arbeitsorganisation und Arbeitstechnologie sowie persönlicher Konstitution – die u. a. mit dem Alter und Geschlecht in Verbindung steht – artikulieren und entwickeln sich diese Krankheitsbilder unterschiedlich (*Biffi – Leoni – Mayrhuber, 2008*). Die hohen Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen lassen erkennen, dass in Programmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein großes Einsparungspotenzial für Betriebe, die Gesellschaft und die Einzelpersonen liegt. Die Determinanten der Gesundheit am Arbeitsplatz umfassen andererseits nicht nur physische und psychosoziale Belastungsfaktoren, die mit der beruflichen Tätigkeit im Zusammenhang stehen. Auch das Arbeitsumfeld in weiterem Sinne (Unternehmenskultur und Unternehmensorganisation) und die (individuellen) Verhaltensmuster der Beschäftigten, sowohl am Arbeitsplatz als auch außerhalb davon, sind Teil des komplexen Zusammenhangs zwischen Arbeitswelt und Gesundheit, die sich positiv im Sinne der Ressourcen bzw. negativ im Sinne von Belastungen auswirken können.

Zudem schlagen sich die Folgen von gesundheitlich belastenden Bedingungen am Arbeitsplatz nicht nur in Form von Krankenständen nieder. Jenseits der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten geht es dabei auch um das Phänomen des Präsentismus, d. h. um die Anwesenheit von kranken Personen am Arbeitsplatz. Wenn Beschäftigte bei der Arbeit erscheinen, obwohl sie gesundheitlich angeschlagen oder krank sind, können zahlreiche negative Konsequenzen daraus resultieren: einerseits kann in solchen Fällen die Anwesenheit am Arbeitsplatz das gesundheitliche Befinden der Betroffenen verschlechtern, andererseits besteht im Falle von infektiösen Erkrankungen die konkrete Gefahr, dass andere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ebenfalls erkranken. Den Betrieben können zudem durch die verminderte Produktivität der Beschäftigten, die trotz Krankheitssymptome zur Arbeit gehen, Schäden entstehen. Aktuelle Zahlen aus dem deutschen Fehlzeitenreport belegen, dass Präsentismus eine weite Verbreitung hat. Eine repräsentative Befragung aus dem Jahr 2007 zeigt, dass 6 von 10 Beschäftigten im Laufe des vorangegangenen Jahres mindestens einmal trotz Krankheit

---

<sup>99)</sup> Befragungen der Beschäftigten ergeben – in Österreich wie in der EU –, dass aus Sicht der Betroffenen zwischen 40% und 50% der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten arbeitsbedingt sind. Untersuchungen, die auf epidemiologischen Ansätzen basieren, ergeben ebenfalls, dass körperliche und psychosoziale Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt bis zur Hälfte der Krankenstandskosten der Menschen im erwerbsfähigen Alter verursachen (siehe z. B. *Bödeker, 2002*).

arbeiten gegangen sind (Zok, 2008)<sup>100</sup>). Die häufigsten Begründungen, die für dieses Verhalten genannt wurden, waren "zu viel Arbeit" und "Angst um den Arbeitsplatz". Weiters wurden "Verantwortung, Pflichtgefühl", "die Vermeidung von Ärger mit den Kollegen" und "Probleme mit dem Arbeitgeber bei Krankmeldung" von den Beschäftigten als Grund für Präsentismus genannt. Bei der Entscheidung für oder gegen eine Krankmeldung spielen für den Erkrankten bzw. für die Erkrankte somit die Arbeitsplatzsicherheit, der Umgang mit Gesundheits- und Arbeitsinteressen am Arbeitsplatz sowie das Verhältnis zu Vorgesetzten und Kollegen eine zentrale Rolle.

Gesundheitspolitische Maßnahmen, die auf betrieblicher Ebene ansetzen, haben die Möglichkeit, ressourcenstärkend und belastungsreduzierend auf alle Dimensionen der Gesundheit und des Krankenstandes Einfluss zu nehmen und somit auch über den Arbeitsplatz hinausgehend Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein zu fördern (Abbildung 5.1). Die große Bedeutung der betrieblichen Ebene für die Gesundheitspolitik ergibt sich zudem daraus, dass sich neben Arbeitgebern und Arbeitnehmern auch die gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungsträger mit Ressourcen und Fachwissen an dieser Schnittstelle einbringen können. Genauso wie die Unternehmen, die sich aus gesundheitlichen Verbesserungen sowohl kurzfristig (weniger Krankenstände und Arbeitsunfälle) als auch langfristig (über die Lohnnebenkosten) Vorteile erhoffen können, haben die Kranken- und Unfallversicherer Interesse daran, dem Kostenanstieg für die Gesundheitsversorgung durch eine Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten entgegenzuwirken. Dadurch, dass betriebliche Gesundheitsförderung ein breites Spektrum an unterschiedlichen Maßnahmen umfasst, liegen Ergebnisse von Kosten-Nutzen-Analysen zum Teil weit auseinander. Es besteht allerdings ein Konsens, dass betriebliche Gesundheitsförderung bei einer systematischen Durchführung rein ökonomisch sehr lohnend ist<sup>101</sup>).

Die folgenden Abschnitte dienen dazu, Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (SGM) und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), zwei innovative Instrumente der Gesundheitsförderung in den Betrieben, die in Österreich in den letzten Jahren verstärkt Fuß gefasst haben, darzustellen<sup>102</sup>). Ein SGM ist ein Führungssystem, das eingesetzt werden kann, um die Zielsetzung der Förderung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in allen betrieblichen Bereichen und Abläufen zu verankern. Unter dem Begriff BGF verstehen wir konkrete Maßnahmen, die gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz ergriffen werden. Sowohl Managementsys-

---

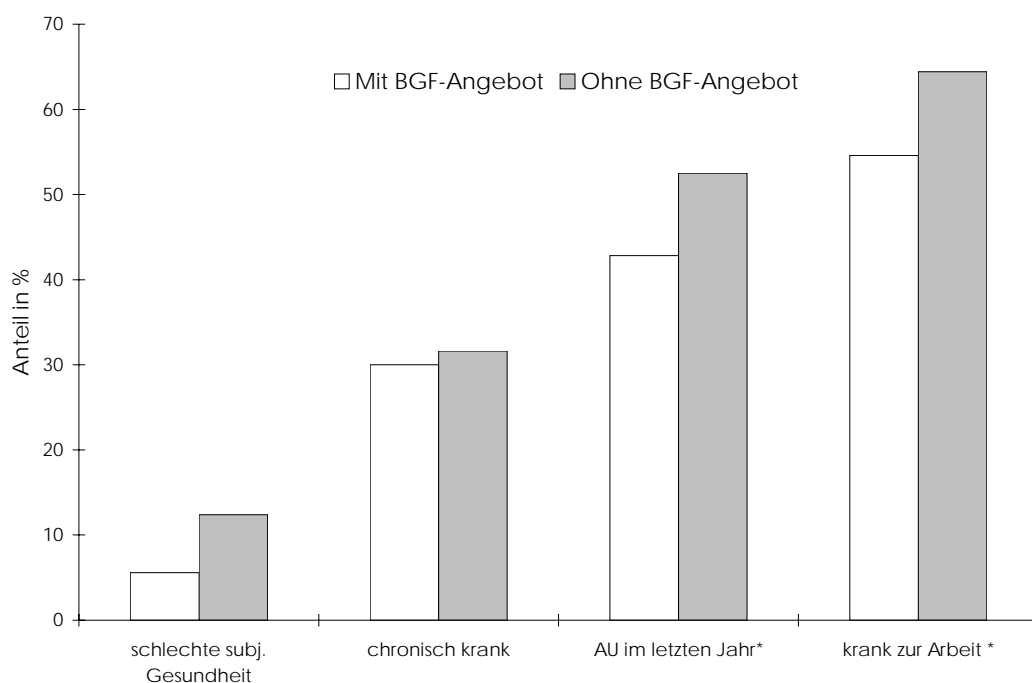
<sup>100</sup>) Die entsprechende Frage, auf die 61,8% der Befragten mit "ja" antwortete, lautete: "Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben?".

<sup>101</sup>) Die tatsächliche Höhe der Einsparungen hängt letztendlich von der konkreten Maßnahme aber auch von betrieblichen Merkmalen (wie beispielsweise der Betriebsgröße) ab. *Sockoll et al.* (2008) kommen in einem detaillierten Überblick von Evaluierungsstudien zum Ergebnis, dass der "Return on Investment" (d. h. das Kosten-Nutzen-Verhältnis) von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, bezogen auf die Krankheitskosten zwischen 1 : 2,3 bis 1 : 5,9 und in Bezug auf die Fehlzeiten, zwischen 1 : 2,5 bis 1 : 10,1 liegt.

<sup>102</sup>) Diese Darstellung basiert zum Teil auf Unterlagen, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und vom Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) zur Verfügung gestellt wurden. Es handelt sich hier insbesondere um *Kiesewetter – Hirtenlehner* (2008), *Meggeneder – Hirtenlehner* (2006) und *Libowitzky* (2008).

teme für Sicherheit und Gesundheit (zumindest in ihrer engeren Definition) als auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind durch einen Ansatz gekennzeichnet, der über Prävention und Schutz am Arbeitsplatz hinausgeht und das Ziel hat, alle gesundheitsrelevanten Dimensionen der Arbeitsbedingungen sowie der Arbeits- und Lebensweisen der Beschäftigten zu beeinflussen<sup>103</sup>). SGM und BGF stehen in engem Zusammenhang miteinander: Zwar gibt betriebliche Gesundheitsförderung kein normiertes Managementsystem vor, die Integration der BGF in bestehende Managementsysteme ist für einen nachhaltigen Erfolg jedoch unumgänglich. In welcher Form SGM und BGF verknüpft werden (müssen), hängt allerdings auch davon ab, wie die entsprechenden Begriffe abgegrenzt und definiert werden.

Abbildung 5.1: Häufigkeit von Krankheitsmerkmalen bei Erwerbstätigen in Betrieben mit und ohne BGF-Angebot



Q: Zok (2008). – \*) Unterschied zwischen den Betrieben signifikant auf 95%-Niveau.

<sup>103</sup>) "Die Hereinnahme des Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung und die Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu einem Führungsinstrument sind die Kernelemente eines neuen Verständnisses des ArbeitnehmerInnenschutzes. Nicht nur die Gestaltung einzelner Arbeitsplätze, die Organisation insgesamt nimmt Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter." (BMWA, 2004; S. 3).

## 5.2 Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (SGM)

### 5.2.1 Definition

Die Entwicklung von Managementsystemen, die sich mit Sicherheit und Gesundheit befassen, kann mit der Entstehung von Qualitäts- und Umweltmanagementsystemen in den siebziger und achtziger Jahre in Verbindung gebracht werden (*Libowitzky, 2008*). In Anlehnung an eine gängige Definition sind Managementsysteme:

"[...] formalisierte und institutionalisierte Führungssysteme, die von der Organisationsleitung zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele in allen betrieblichen Hierarchie- und Organisationsebenen eingeführt und bei allen Tätigkeiten, insbesondere zur Optimierung von Betriebs- und Verfahrensabläufen, zugrunde gelegt werden können (gesamte Ablauforganisation). Sie legen Verantwortung, Zuständigkeiten und Aufgaben fest und dienen dazu, die konsequente betriebliche Umsetzung der Ziele der Organisation sowie der genannten Anforderungen auch im Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung dauerhaft zu gewährleisten. Managementsysteme enthalten Selbstüberwachungs- und Bewertungselemente, mit denen organisatorische Schwachstellen ermittelt und Verbesserungsprozesse eingeleitet werden." (*BMWA, 2004*).

Genauso wie beispielsweise ein Umweltmanagementsystem es einer Organisation bzw. einem Unternehmen ermöglichen soll, durch bestimmte Prozeduren und Prozesse die eigene Effizienz (in ökologischem Sinne) ständig zu verbessern, so zielt ein SGM darauf ab, die Sicherheit im Betrieb und das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten kontinuierlich zu steigern. Sicherheit und Gesundheit sollen mindestens gleichwertig neben anderen Zielsetzungen (Qualität, Umweltschutz) in das Managementsystem integriert werden. Typischerweise ist die Vorgehensweise bei allen SGM ähnlich. Zu Beginn setzt man sich mit der Analyse des Ist-Zustandes auseinander. Der Statuserhebung folgt die Festlegung der künftigen Ziele und Indikatoren im Rahmen der Unternehmenspolitik. Ein weiterer Schritt ist die Implementierung des Systems mittels entsprechender vereinbarter Maßnahmen zur Zielerreichung. Es folgen die Kontrolle der Zielerreichung anhand der Indikatoren sowie eine neue Statuserhebung und die Planung der weiteren Vorgehensweise, um den Verbesserungsprozess fortzusetzen.

Erste Versuche, die Frage des betrieblichen Sicherheit- und Gesundheitsschutzes strukturiert anzugehen, wurden in den achtziger Jahre in den skandinavischen Ländern sowie in Großbritannien und Deutschland unternommen. Während in den skandinavischen Ländern dabei die Erfüllung rechtlicher Anforderungen im Vordergrund stand, knüpften sie in den anderen Ländern an bestehende Normen aus anderen Bereichen und waren freiwillig (*Libowitzky, 2008*). Es kam in den Folgejahren, insbesondere seit Mitte der neunziger Jahre, weltweit zu einer starken Vermehrung von SGM-Modellen, wobei sowohl von einzelnen Ländern als auch auf Branchenebene entsprechende Modelle initiiert wurden. Die Dachorganisation nationaler Arbeitshygiene-gesellschaften (IOHA)<sup>104</sup> stellte Ende der neunziger Jahre in einem Bericht

---

<sup>104</sup>) International Occupational Hygiene Association.

an die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) fest, dass die Koexistenz von zahlreichen unterschiedlichen Modellen Verwirrung stifte und dass entsprechender Handlungsbedarf zur Vereinheitlichung der bestehenden Modelle vorliege (*IOHA*, 1998). Obwohl im Laufe der vergangenen Jahre auch von anderen Seiten Versuche gestartet wurden, eine einheitliche internationale Norm auszuhandeln, wurde ein solcher Vereinheitlichungsprozess letztendlich abgelehnt<sup>105</sup>).

### 5.2.2 SGM in Österreich

In Österreich wird der Einsatz von Managementsystemen für Sicherheit und Gesundheit vor allem seit Ende der neunziger Jahre verstärkt von institutioneller Seite forciert. Das Zentralarbeitsinspektorat bekannte sich 1997 zu einer grundsätzlichen Befürwortung der Einführung von Managementsystemen für Sicherheit und Gesundheit. Bei der Formulierung seines Standpunktes achtete das Inspektorat darauf, das Konzept von SGM näher zu definieren und Rahmenbedingungen für den Einsatz von SGM festzulegen, so beispielsweise die Anforderung, dass SGM-Modelle freiwillig zur Anwendung kommen und in bestehende Managementsysteme (Qualitätssicherung, Umweltschutz) integrierbar sein sollen (*Libowitzky*, 2008). Kennzeichnend für dieses Verständnis von SGM ist unter anderem das Prinzip, wonach die Beschäftigten sowohl bei der Entwicklung und Implementierung als auch bei der Weiterentwicklung des SGM eingebunden werden sollen. 2004 veröffentlichte das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern, der AUVA und dem österreichischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung einen österreichischen Leitfaden für SGM. In diesem Leitfaden, der sich an den von der ILO und der EU ausgearbeiteten Leitfäden<sup>106</sup>) orientiert und der Betriebe bei der Auswahl und dem Einsatz von SGM unterstützen soll, werden folgende Grundsätze von SGM festgehalten (*BMWA*, 2004):

- Beschäftigte an den Arbeitsplätzen vor Gefahren und Belastungen zu schützen
- die Arbeitsfähigkeit in Hinblick auf das zunehmende Alter der Beschäftigten zu erhalten – alter(n)sgerechte Arbeitswelt
- Unfälle und Beinaheunfälle im Betrieb zu vermeiden
- arbeitsbedingte Verletzungen und arbeitsbedingte Erkrankungen zu verhindern
- Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten an den Arbeitsplätzen kontinuierlich weiter zu entwickeln
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu treffen, zu unterstützen und auszubauen<sup>107</sup>).

---

<sup>105</sup>) Begründet wurde diese Haltung damit, dass es im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes in allen Ländern ausreichende gesetzliche Grundlagen gäbe (*Libowitzky*, 2008).

<sup>106</sup>) Siehe z. B. ILO-Leitfaden für Arbeitsschutzmanagementsysteme ([http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/managmnt/download/guide\\_de.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/managmnt/download/guide_de.pdf)).

<sup>107</sup>) Dieser letzte Punkt ist für die vorliegende Darstellung von großer Bedeutung, weil er das Bindeglied zwischen SGM und BGF darstellt.



Übersicht 5.1: Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme in Österreich

SCC	OHSAS 18001	AUVA-SGM
Schwerpunkt: Sicherheit	Schwerpunkt: Sicherheit, Gesundheit wird "mitgedacht"	Schwerpunkte: Sicherheit sowie Gesundheit
2007 (Erstversion 1997)	2007 (Erstversion 1999)	2002 Zertifikat möglich seit 2006
1 fixer Indikator	Eigene Indikatoren	Eigene Indikatoren Einbeziehung der Beschäftigten
Kein Managementsystem, sondern Audit-Instrument	Eigene Norm	Eigenständiges Managementsystem
Checkliste	Keine Prozessorientierung	Prozessorientiert Entspricht sämtlichen internationalen Leitfäden zum Thema sowie der österreichischen SGM Leitlinie
International bekannt (EUROPA)	International bekannt	Entspricht sämtlichen internationalen Leitfäden zum Thema
V. a. Petrochemie und Chemische Industrie	V. a. Großkonzerne	Alle Branchen
V. a. Zulieferbetriebe	Konzerne oder Unternehmen, die bereits ein Managementsystem implementiert haben	Organisationen jeder Größe

Q: Libowitzky (2008).

In Österreich sind vor allem drei zertifizierbare Modelle verbreitet, die zum Teil nur branchenspezifische Anwendung finden. Übersicht 5.1 stellt einen Vergleich dieser Modelle anhand der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale dar, wobei nicht übersehen werden darf, dass diese Modelle die soeben erwähnten Grundsätze in unterschiedlichem Maße erfüllen. Von besonderer Relevanz ist diesbezüglich der inhaltliche Schwerpunkt des Modells, also die Frage, inwiefern nicht nur die Sicherheit am Arbeitsplatz, sondern auch die Gesundheit der Beschäftigten in einem weiteren Sinne als Zielgröße angesprochen wird. Das erste Modell, das SCC (Sicherheits-Certifikat-Contractoren), ist eigentlich kein eigenständiges Managementsystem, sondern vielmehr ein Zertifizierungsverfahren für bestehende Sicherheitsmanagementsysteme unter Berücksichtigung relevanter Gesundheits- und Umweltschutzaspekte<sup>108</sup>). Dieses Verfahren ist Anfang der neunziger Jahre in den Niederlanden vor dem Hintergrund der Tatsache entstanden, dass Industrieunternehmen im Zuge von Auslagerungsprozessen immer öfter auf technische Dienstleister und Personaldienstleister (Contractoren) zurückgriffen. Contractoren beeinflussen durch ihr Managementsystem und durch das Verhalten ihrer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen implizit den Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltschutzstandard ihrer Auftraggeber, das SCC soll diesen eine standardisierte und somit effiziente Prüfung ihrer Auftragnehmer ermöglichen. Das SCC wurde von einer Firmengruppe der petrochemischen Industrie im Raum Rotterdam entwickelt und ist vor allem in der Mineralölindustrie verbreitet.

<sup>108</sup>) Siehe hierzu auch die Information im Folder "Zertifizierungsverfahren Sicherheits-Certifikat-Contractoren – SCC" unter [portal.wko.at/wk/dok\\_detail\\_file.wk?AnglID=1&DocID=196271&DstID=7161](http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AnglID=1&DocID=196271&DstID=7161).

### *Fallstudie für die Implementierung des SGM der AUVA*

Hier soll anhand eines Beispiels die Implementierung eines Managementsystems für Sicherheit und Gesundheit dargestellt werden. Es handelt sich dabei um ein Unternehmen mit ca. 800 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, das in der Autozulieferindustrie tätig ist. Der Projektverlauf erstreckte sich über eine Periode von 2 Jahren, von Jänner 2005 bis Dezember 2006. Zielsetzungen des Projekts waren neben einer Senkung der Arbeitsunfälle (um mindestens 30%) und der Krankenstände (um mindestens 15%) die Erhöhung der Zufriedenheit und Identifikation der MitarbeiterInnen mit dem Unternehmen, die Integration von SGM in das Qualitäts- und Umweltmanagementsystem, die Reduktion der betrieblichen Bürokratie sowie die Zertifizierung des Managementsystems. Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Ziele des Projekts konnten erreicht werden. Hierzu wurden im Wesentlichen folgende Schritte vollzogen:

1. Ist-Stand-Analyse
2. Zusammenstellung eines Projektteams (11 Personen aus dem Unternehmen, 2 aus der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt) und Zuteilung der Arbeitspakete
3. Information der MitarbeiterInnen und Führungskräfte über geplante Einführung, Ziele und Ansprechpersonen
4. Aufnahme der Ziele in die Managementpolitik und Zielvereinbarungen
5. Überarbeitung der sicherheitstechnisch und arbeitsmedizinisch relevanten Abläufe
6. Installation von Beauftragten und Unterstützung bei deren Tätigkeit
7. Gesundheitstage im Unternehmen als freiwillige interne Informationsmesse
8. Mitarbeiterbefragung, Ableitung von Maßnahmen und Einleiten der Verbesserungen
9. Workshop zur Verbesserung von körperlich belastenden Arbeitssituationen und Durchführung von Kursen zur Schulung von Sicherheitsvertrauenspersonen
10. Änderung des Regelwerks von AUVA-SGM auf OHSAS
11. Dokumentation der Strukturen und Abläufe sowie Integration in das Qualitäts- und Umweltmanagementsystem
12. Vorbereitung zur Auditierung nach OHSAS 18001: 1999
13. Aufbau der Strukturen, um weitere Verbesserungen zu ermöglichen

---

Q: AUVA.

Anders als das SCC, das seinen Schwerpunkt im Bereich der Sicherheit am Arbeitsplatz hat und nur bedingt als Managementsystem bezeichnet werden kann, handelt es sich bei OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Standard) um ein eigenständiges System, das in Großbritannien als Norm publiziert wird und zudem stärker als das SCC auch Gesundheit als breiteres Thema berücksichtigt. OHSAS wird vor allem von international tätigen Unternehmen, die bereits ein anderes Managementsystem wie ISO 9001 (Qualitätsmanagement) oder ISO 14001 (Umweltmanagement) eingeführt haben, verwendet. Während OHSAS für international tätige Großkonzerne attraktiv ist, bleibt es für Kleinbetriebe tendenziell zu aufwendig. Aus der Perspektive des österreichischen Leitfadens zu SGM fehlt bei OSHAS ein ausdrücklicher Verweis auf die Beteiligung der Beschäftigten bei der Einführung und Umsetzung des Managementsystems und der Gesundheitsförderung. Das dritte und jüngste SGM-Modell, das in Österreich Anwendung findet, wurde von der AUVA entwickelt und spiegelt stark das Verständnis und die Entwicklungsgeschichte von SGM (und BGF) in Österreich wider. Das AUVA-SGM setzt sich gleichermaßen mit Arbeitssicherheit und Gesundheit auseinander und

legt zwölf Prozesse fest, die von der Aufrechterhaltung der Rechtssicherheit über die Analyse von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen bis zur betrieblichen Gesundheitsförderung reichen. Wesentlicher Bestandteil des AUVA-SGM ist die Einbindung der Beschäftigten in den Prozess der Einführung des Managementsystems, da davon ausgegangen wird, dass nur in Kooperation mit den Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen die Themen Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz aktiv angegangen werden können. Die Einführung des AUVA-SGM kann in einer Zertifizierung münden, diese ist jedoch nicht verpflichtend; wie die angeführte Fallstudie zeigt, kann im Rahmen des Sicherheits- und Managementsystems der AUVA auch ein anderes Zertifikat angestrebt werden (siehe Kasten).

Die Verbreitung der einzelnen SGM-Modelle in Österreich und ihre Verteilung auf unterschiedliche Branchen und Betriebstypen hängt stark mit den Merkmalen der Systeme und dem Zeitpunkt ihrer Einführung zusammen. Das SCC, das Ende der neunziger Jahre erstmals in Österreich eingeführt wurde, zählt derzeit 325 zertifizierte Betriebe<sup>109</sup>). Das OHSAS 18001 kam in den letzten Jahren verstärkt zur Anwendung und zählt ebenfalls mehr als 300 Zertifikate (vgl. *Wirnsperger et al.*, 2008). Anders als das SCC, das vorwiegend (auch kleinere) Zulieferbetriebe der Mineralölindustrie abdeckt, ist OHSAS in unterschiedlichen Branchen verbreitet, dort aber stets bei größeren Unternehmen, die international tätig bzw. Teil eines internationalen Konzerns sind. Das seit 2006 zertifizierbare Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem der AUVA umfasst etwa 30 zertifizierte Betriebe.

### 5.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

#### 5.3.1 Definition und institutionelle Verankerung

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU aus dem Jahr 1997 definiert betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als Oberbegriff für alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Arbeitgebern zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (*ENWHP*, 1997). Gesundheit wird dabei in Anlehnung an das Gesundheitsverständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden begriffen. Wie die WHO zusammen mit der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) in einem gemeinsamen Bericht schon in den achtziger Jahren feststellte, reduziert sich der Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und Gesundheit bei weitem nicht auf Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle. Im Falle von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen wird ein klarer kausaler Zusammenhang zwischen Beruf und Erkrankung sowohl medizinisch erkannt als auch auf institutioneller (gesetzlicher) Ebene festgehalten. Arbeitsbedingte Erkrankungen umfassen jedoch auch jene Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden, die vorwiegend oder auch nur zum Teil durch das Arbeitsumfeld bzw. die Arbeitstätigkeit bedingt werden (*WHO*, 1989). In diesen Fällen werden gesund-

---

<sup>109</sup>) Für Personaldienstleister ist seit 2002 auch das mit dem SCC verwandte SCP Zertifikat in Österreich präsent. Dieses hat durch den spürbaren Trend, zunehmend auch Leihpersonal in das Betriebsgeschehen einzugliedern, eine schnelle Verbreitung gefunden: 2007 waren 37 Betriebe zertifiziert (*Wirnsperger et al.*, 2008).

heitliche Probleme auch durch außerbetriebliche Faktoren, persönliche Prädispositionen und Verhaltensweisen und die sozialen Verhältnissen mitbestimmt (Meggeneder, 2005). Der Begriff BGF leitet sich von diesem differenzierten Verständnis des Zusammenhangs zwischen Arbeitswelt und Gesundheit ab und setzt sich das Ziel, dem komplexen gesundheitlichen Belastungsgeschehen ein breites Paket von Maßnahmen entgegenzusetzen. Um diese Zielsetzung zu erreichen, nimmt BGF eine Perspektive ein, die über jene von Prävention und Arbeitnehmerschutz am Arbeitsplatz hinausgeht (siehe Übersicht 5.2).

*Übersicht 5.2: Merkmale von BGF*

Prävention und Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
	<i>Menschenbild</i>
Schutzbedürftiges Wesen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defizitmodell</li> <li>• Schwächenorientiert</li> <li>• Pathogenetisches Grundverständnis</li> </ul>	Autonom handelndes Subjekt <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenzialmodell</li> <li>• Stärkenorientiert</li> <li>• Salutogenetisches Grundverständnis</li> </ul>
	<i>Strategien</i>
Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schutzperspektive</li> <li>• Belastungsorientiert</li> </ul>	Schaffen und Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklungsperspektive</li> <li>• Ressourcenorientiert</li> </ul>

Q: Adaptiert aus *Sozialpartner* (2002).

Ganz in diesem Sinne befasst sich BGF sowohl mit dem individuellen Gesundheitsverhalten (Verhalten) als auch mit Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufen und Arbeitsumwelten (Verhältnisse). Im Wortlaut der Luxemburger Deklaration bedeutet das, dass Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden können:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

BGF kann somit im Wesentlichen als eine Organisations- und Unternehmensentwicklungsstrategie begriffen werden (Meggeneder, 2005), also eine Beeinflussung von Unternehmensgrundsätzen, Unternehmenskultur, Arbeitsorganisation und Personalpolitik in Richtung einer gesundheitsfördernden Organisation (ENWHP, 1997). BGF erfordert eine fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit aller involvierten Akteure und kann ihre Zielsetzungen nur erreichen, wenn sie die gesamte Belegschaft einbezieht (Partizipation), bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt wird (Integration) und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen beinhaltet. Die theoretische Begründung für die beteiligungsorientierte Grundausrichtung der BGF ist der Befund, dass krankmachende Faktoren im Arbeitsalltag oftmals ohne Einbeziehung der Betroffenen nicht erkannt werden können, "Organisationsentwicklung im Sinne einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Organisationsmitglieder kann hier an der 'Laienkompetenz' der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht vorbei." (Meggeneder – Hirtenlehner, 2006). Daraus folgt ein "bottom up"-Ansatz, der der weitreichenden Einbindung und Beteiligung der

Beschäftigten in BGF-Maßnahmen, beispielsweise in Form von Gesundheitszirkeln, einen hohen Stellenwert einräumt<sup>110</sup>).

Diese Definition von BGF ist im breiteren Kontext der Bemühungen eingebettet, die seit Mitte der neunziger Jahre auf europäischer Ebene unternommen wurden, um die Verbreitung von BGF institutionell zu verankern und zu fördern. In Anlehnung an Artikel 129 des EU-Vertrages von Maastricht<sup>111</sup>) hat die Europäische Kommission 1996 die Gründung des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion) veranlasst. Das Netzwerk wird von nationalen Kontaktstellen der Mitgliedsländer getragen und hat die Zielsetzung, BGF zu verbreiten und ihr einen höheren Stellenwert einzuräumen. Nachdem in einem ersten Schritt mit der Luxemburger Deklaration ein gemeinsames Verständnis von BGF geschaffen und anschließend europäische Qualitätskriterien festgelegt wurden, verfolgt das Netzwerk die Ziele, BGF in allen Mitgliedsstaaten der EU zu verankern, einen systematischen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Ländern zu etablieren sowie gemeinsame Aktionsprogramme ins Leben zu rufen und umzusetzen. Die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung rekrutieren sich aus den Mitgliedsländern der Europäischen Union, deren Beitrittsaspiranten sowie aus den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums. Derzeit umfasst das Netzwerk 30 Mitgliedsländer (alle 27 EU-Mitgliedsstaaten mit Ausnahme von Malta, plus Island und Norwegen) und zwei assoziierte Mitglieder (Kanada, Schweiz); die deklarierte Zielsetzung des Netzwerkes ist es, bis 2010 in allen Ländern eine ausgebaute unterstützende Infrastruktur für den Einsatz von BGF zu erreichen und die Zahl der europäischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die in Unternehmen arbeiten, die sich zu Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verpflichten, "deutlich" zu erhöhen<sup>112</sup>).

### 5.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Betriebliche Gesundheitsförderung begann in Österreich 1993 mit dem Start eines Pilotprojektes in einem Linzer Verlagsunternehmen unter der Leitung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) (*Kiesewetter – Hirtenlehner, 2008*). Im Jahr 1996, als das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung gegründet wurde, wurde bei der OÖGKK auch die österreichische Kontaktstelle des ENWHP errichtet. Im März 2000 wurde das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) ins Leben gerufen, dessen Koordinationsstelle wiederum bei der OÖGKK liegt. Gleichzeitig wurden in sechs Bundesländern (Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Wien und Steiermark) Regionalstellen des Netzwerkes eingerichtet. Mit der Gründung der Regionalstellen in Burgenland und Tirol (2001) sowie in Vorarlberg (2002) wurde das ÖNBGF vervollständigt, Österreich war damit das erste EU-Land

---

<sup>110</sup>) Gesundheitszirkel können folgendermaßen definiert werden: "[...] institutionalisierte Kleingruppe[n] von Personen, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbstständig zu bearbeiten. Die Umsetzung der Lösungen oder Verbesserungsvorschläge erfolgt durch die Gruppe, sofern sie nicht externe Unterstützung benötigt." (*BMWA, 2004*).

<sup>111</sup>) "Die Gemeinschaft leistet durch Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten und erforderlichenfalls durch Unterstützung ihrer Tätigkeit einen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus."

<sup>112</sup>) Siehe Homepage des ENWHP unter <http://www.enwhp.org/>.

mit einem flächendeckenden nationalen Netzwerk. Auch die Regionalstellen sind vorwiegend bei Krankenversicherungsträgern angesiedelt, lediglich in Vorarlberg wird die Regionalstelle von einer seitens der Vorarlberger Gebietskrankenkasse beauftragten Einrichtung geführt (Fonds Gesundes Vorarlberg). Mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beteiligt sich auch die Dachorganisation der gesetzlichen Krankenversicherung am Netzwerk. Als überregional tätige Sozialversicherungsträger haben sich die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter dem Netzwerk angeschlossen. Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer, der Österreichische Gewerkschaftsbund und die Österreichische Industriellenvereinigung sind als Partner ebenfalls am Netzwerk beteiligt.

In den letzten Jahren kann in Österreich eine starke Zunahme von Maßnahmen und Initiativen beobachtet werden, die in weiterem Sinne als betriebliche Gesundheitsförderung verstanden werden. Um ein akkurates Bild der Verbreitung von BGF (im Sinne der Luxemburger Deklaration) geben zu können, ist es allerdings notwendig, das Blickfeld auf jene Maßnahmen bzw. Projekte einzugrenzen, die bestimmten Qualitätsmindestmerkmalen entsprechen. In Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich wurde vom ÖNBGF ein mehrstufiges Modell entwickelt, welches einen einheitlichen Standard und qualitative Merkmale von BGF gewährleisten soll (*Kiesewetter – Hirtenlehner, 2008*). Die erste Stufe des Modells zur Qualitätssicherung hat die Form einer BGF-Charta. Diese Charta markiert eine unverbindliche Absichtserklärung eines Unternehmens, sich den Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verpflichten und die Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren. Die Regionalstellen des ÖNBGF halten zu diesen Betrieben regelmäßigen Kontakt und bieten ihnen Beratungen und Informationen an. Wenn es innerhalb von zwei Jahren zu keiner betriebsinternen Realisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen kommt, wird das betroffene Unternehmen von der Liste der "Charta-Betriebe" gestrichen. Die zweite Stufe besteht in der Vergabe des Gütesiegels "Gesundheitsförderndes Unternehmen". Dieses Siegel, das ein nach außen hin sichtbares Zeichen darstellt und für eine Laufzeit von jeweils drei Jahren verliehen wird, setzt voraus, dass im betreffenden Unternehmen Konzepte und Maßnahmen der BGF Anwendung finden. Das Gütesiegel signalisiert, dass das betreffende Unternehmen bereits BGF in den Regelbetrieb integriert hat bzw. ein BGF-Projekt kürzlich abgeschlossen hat und eine Implementierung in den Arbeitsalltag anstrebt<sup>113</sup>).

Die Übersichten 5.3 und 5.4 geben einen Überblick zur Verbreitung von BGF in Österreich. Bis Jahresanfang 2008 hatten rund 200 Betriebe die BGF-Charta unterzeichnet, damit sind fast 110.000 Beschäftigte in Betrieben tätig, die sich nach den Grundsätzen der BGF orientieren. Die Zahl der Betriebe, die BGF-Maßnahmen implementiert und ein Gütesiegel zuerkannt bekommen haben, ist erwartungsgemäß geringer (62 Betriebe). Dadurch, dass bei den Gütesiegel-Betrieben Großbetriebe überproportional stark vertreten sind, ist die Zahl der Personen, die in einem solchen Unternehmen beschäftigt sind, verhältnismäßig hoch (knapp 58.000 Personen).

---

<sup>113</sup>) Das Qualitätssicherungsmodell des ÖNBGF umfasst auch eine dritte Stufe, es handelt sich hierbei um den Österreichischen Preis für betriebliche Gesundheitsförderung, der in zweijährigen Abständen vergeben wird.

*Übersicht 5.3: Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben und/oder ein BGF-Gütesiegel erhalten haben*

Betriebsgrößenklasse nach Anzahl der MitarbeiterInnen	Charta-Betriebe	MitarbeiterInnen in Summe	Gütesiegel-Betriebe	MitarbeiterInnen in Summe <sup>1)</sup>
1 bis 9	29	146	0	0
10 bis 49	44	1.089	5	145
50 bis 249	58	6.380	19	2.269
Ab 250	73	101.052	38	55.295
Gesamt	204	108.667	62 <sup>1)</sup>	57.709

Q: Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. – <sup>1)</sup> Von diesen Unternehmen bekamen 6 Unternehmen das Gütesiegel "2008 bis 2010" wieder verliehen. In Summe wurden daher 68 Gütesiegel an 62 Unternehmen verliehen.

*Übersicht 5.4: Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben nach Jahren/Unternehmen, die für den vorgegebenen Zeitraum ein Gütesiegel zuerkannt wurde*

Jahr der Charta-Unterzeichnung	Charta-Betriebe	Zeitraum der Zuerkennung: Gütesiegel	Gütesiegel-Betriebe
2005	6	2005 bis 2007	26
2006	141	2006 bis 2008	16
2007	24	2007 bis 2009	9
2008 (Stand Jänner 2008)	8	2008 bis 2010	11 <sup>2)</sup>
Gesamt	179 <sup>1)</sup>		62

Q: Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. – <sup>1)</sup> Differenz zu 204 Unternehmen (siehe Übersicht 5.3): Unterzeichnungsjahr bei 25 Unternehmen nicht bekannt. – <sup>2)</sup> Plus 6 Wiederverleihungen.

## 5.4 Schlussbemerkung

Setzt man die Zahlen zur Verbreitung von BGF mit den österreichischen Beschäftigungszahlen in Bezug, so sieht man, dass gegenwärtig betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen des ÖNBGF nur einen sehr geringen Anteil der österreichischen Beschäftigten erreicht. Ähnliches gilt auch für die Verbreitung von SGM. Beide Instrumente sind erst vor vergleichsweise kurzer Zeit auf institutioneller Ebene verankert und an enger definierten Qualitätsmerkmalen geknüpft worden. Es ist somit noch zu früh, um aus der bisherigen Entwicklung einen klaren Trend hinsichtlich der Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung ablesen zu können. Zudem steht zurzeit noch keine breite Wirkungsanalyse von BGF-Maßnahmen und von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen zur Verfügung. Es ist dennoch absehbar, dass die Förderung von Gesundheit und Gesundheitsbewusstsein auf betrieblicher Ebene in Zukunft eine zentrale Rolle für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Österreicher und Österreicherinnen und für die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen Unternehmen spielen wird. Die weitere Verbreitung von Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung sollte mit der Schaffung von Instrumenten zu deren Evaluierung einhergehen. Für die Zukunft erscheint es zudem wichtig, dass bei der Konzeption von gesundheitsfördernden Maßnahmen auf betrieblicher Ebene gezielt Schwerpunkte

gesetzt werden. Wie auch die Analysen im vorliegenden Bericht belegen, stellt die alter(n)sgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und die alter(n)orientierte betriebliche Gesundheitsförderung notwendigerweise einen solchen Schwerpunkt dar. Gesundheitsförderung in den Betrieben muss allerdings neben dem Alter auch den anderen wesentlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit gerecht werden (*Ritter et al., 2008*). Hierzu gehört beispielsweise die geschlechtsspezifische Komponente der Gesundheit: Frauen haben zum Teil andere Probleme und Risikolagen in der Arbeitswelt als Männer, auch hinsichtlich der Belastungen und Verpflichtungen außerhalb der Arbeit unterscheiden sich die Geschlechter. Weitere Schwerpunkte ergeben sich durch eine Fokussierung der Krankheitsbilder, die sich längerfristig am stärksten auf die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen auswirken (siehe Kapitel 3).



## Literaturhinweise

- Akerlof, G., Yellen, J., Efficiency Wage Models of the Labor Market, Cambridge, 1986.
- Alexanderson, K., Söderberg, E., "Sickness certification practices of physicians: a review of the literature", Scandinavian Journal of Public Health, 2003, 31(6).
- Andrén, D., "Exits form long-term sickness in Sweden", Scandinavian Working Papers in Economics, Mai 2001, 48.
- Askildsen, J., Bratberg, E., Nilsen, O., "Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study", Health Economics, 14, 2005, 14, S. 1087-1101.
- Audas, R., Treble, J., 'The psychology and economics of worker absenteeism', in: Grosbard-Schectman, S. und Clague, C.,(Hrsg.), The Expansion of Economics, 2001.
- AUVA – Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Jahresbericht 2006, Wien, 2007, <http://www.auva.at/mediaDB/126918.PDF>.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin–Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin–Heidelberg, 2001.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin–Heidelberg, 2005.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin–Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin–Heidelberg, 2008.
- Barmby, T., Sessions, J., Treble, J., "Absenteeism, efficiency wages, and shirking", Scandinavian Journal of Economics, 1994, 96 (4), S. 561-566.
- Barmby, T., Ercolani, M., Treble, J., "Sickness Absence: An international comparison", The Economic Journal, Juni 2002, S. 315-331.
- Bergemann, A., Mertens, A., Job Stability trends, Layoffs and Transitions to Unemployment – An Empirical Analysis for West Germany, CEPR Discussion Paper, No. 4792, December 2004.
- 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., "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](http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30062&typeid=8&display_mode=2).
- Biffi, G., Isaac, J., Lassnigg, L., Steiner, P., Fersterer, J., Winter-Ebmer, R., Kosten-Nutzen-Analyse des Bildungssystems am Beispiel der Sekundarstufe II. Teil A/B, WIFO-Monographien (Studie im Auftrag des bm:bwk), Wien, 2002.
- Biffi, G., Leoni, T., Handlungsoptionen für eine Erhöhung der Einkommensgerechtigkeit und Chancengleichheit für Frauen in Oberösterreich, WIFO, Wien, 2006, [http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo\\_search.get\\_abstract\\_type?p\\_language=1&pubid=26424](http://publikationen.wifo.ac.at/pls/wifosite/wifosite.wifo_search.get_abstract_type?p_language=1&pubid=26424).
- Biffi, G., Leoni, T., Mayrhuber, C., Arbeitsbedingte Erkrankungen und Invalidität. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, unveröffentlichte Studie, 2008.
- BMSG – Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich, Wien, 2003. <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/5/3/2/CH0055/CMS1057914735913/behindertenbericht310703b1.pdf>.

- BMWA – Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben, Wien, Oktober 2004. [http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/78314BFB-16F8-4274-9450-E2BCE8F36DA2/0/oe\\_sgms.pdf](http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/78314BFB-16F8-4274-9450-E2BCE8F36DA2/0/oe_sgms.pdf).
- Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C., Schröer, A., "Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen", Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, 2002.
- Böheim, R., Knittler, K., Mahringer, H., Einfluss von Erwerbslaufbahn und Nachtschwerarbeit auf die Lebenserwartung. Sterberisiko der Männer der Kohorten 1924 bis 1949 in Österreich, WIFO Monographie, März 2008.
- Bonato, L., Lusinyan, L., "Work Absence in Europe", IMF Working Paper, 2004.
- Bouter, L. M., Koes, B. W., Van Tulder, M., "A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands", Pain, 1995, 62(2), S. 233-240.
- Brown, C., Medoff, J., "The Employer Size-Wage Effect", Journal of Political Economy, 1989, 97, S. 1027-1059.
- Bundeskanzleramt, Das Personal des Bundes 2005. Daten und Fakten, Wien, 2005. <http://www.bka.gv.at/Docs/2007/4/26/Personaljahrbuch2006.pdf>.
- Bundeskanzleramt, Das Personal des Bundes 2006. Daten und Fakten, Wien, 2007. <http://www.austria.gv.at/DocView.axd?CobId=27331>.
- Case, A., Paxson, C., "Sex Differences in Morbidity and Mortality", NBER Working paper, 2004, 10653.
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH), Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development, World Health Organisation, Genua, 2001.
- Dionne, G., Dostie, B., New Evidence on the Determinants of Absenteeism Using Linked Employer-Employee Data, Industrial and Labor Relations Review, 61(1), 2007.
- 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.
- ENWHP – Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 1997.
- Europäische Stiftung zur Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen, Die Verhinderung von Absentismus am Arbeitsplatz. Zusammenfassender Bericht einer Forschungsstudie, Luxemburg, 1997.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Third European Survey on Working Conditions 2000, Luxemburg, 2001.
- Frick, B., Malo, M., "Labour Market Institutions and Individual Absenteeism in the European Union", Industrial Relations, forthcoming 2008.
- Gottschalk, P., Moffitt, R., Changes in Job Instability and Insecurity Using Monthly Survey Data, Journal of Labor Economics, Vol. 17 No. 4, Pt. 2, 1999.
- Grobe, T., "Sterben Arbeitslose früher?", in Hollederer et al., Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2006.
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2006", in: Soziale Sicherheit Online, Februar 2007, [http://www.hauptverband.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=219&p\\_menuid=65232&p\\_id=2](http://www.hauptverband.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=219&p_menuid=65232&p_id=2).
- Henrekson, M., Persson, M., "The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System", Journal of Labor Economics, 2004, 22(1), S. 87-114.
- Hollederer, A., "Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung", in Badura et al., Fehlzeiten-Report 2005, 2006, S. 219-239.
- Hollederer, A., Brand, H. (Hrsg.), Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2006.
- Ichino, A., Moretti, E., "Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap", NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).

- Jahoda, M., Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 1981, 36 (2), S. 184-191.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., Zeisel, H., *Die Arbeitslosen von Marienthal*, 1933, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1975.
- Kiesewetter, E., Hirtenlehner, H., *Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung*, noch unveröffentlichter Beitrag, 2008.
- Kroll, L., Lampert, T., Einfluss der Einkommensposition auf die Gesundheit und Lebenserwartung, DIW Discussion Paper 227, Berlin, Oktober 2005.
- Küsgens, I., Macco, K., Vetter, C., "Krankheitsbedingte Fehlzeiten bei Frauen und Männern – Geschlechtsspezifische Unterschiede im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2008, S. 97-120.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A., Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, [http://www.wifo.ac.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display\\_mode=2](http://www.wifo.ac.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display_mode=2).
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A., Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick, WIFO-Monatsberichte, 2008B, 81(1), S. 63-76, [http://www.wifo.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display\\_mode=2&language=1](http://www.wifo.at/wwwa/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display_mode=2&language=1).
- Leuven, E., Sianesi B., "PSMATCH2: Stata Module to Perform full Mahalanobis and Propensity Score Matching, Common Support Graphing, and Covariate Imbalance Testing", *Statistical Software Components S432001*, Boston College Department of Economics, 2003, revidierte Fassung vom 28. Dezember 2006, <http://ideas.repec.org/c/boc/bocode/s432001.html>.
- Libowitzky, B., Sicherheits- und Gesundheitsmanagement, in: *Brandschutzjahrbuch 2008*, Schwechat, 2008, S. 152-155.
- Limboung, M., Raithel, J., Reiter, K., Jugendliche im Straßenverkehr, in Raithel, J. (Hrsg.), *Risikoverhalten im Jugendalter*, Opladen, 2000, [http://www.uni-essen.de/traffic\\_education/alt/texte.ml/risiko-jugend.html](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.
- Mahringer, H., *Essays on Child Care Costs and Mothers' Employment Rates and on Trends in Job Stability*, Linz, 2005.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", Berlin, 1998, zitiert von Badura et al., *Fehlzeiten-Report 2004, 2005*, S. 279.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*, Berlin–Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Meggeneder, O., *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*, Wien, 2005.
- Meggeneder, O., Hirtenlehner, H., Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Chocholous, J., Hinger, A. und Winker, N. (Hrsg.): *Ausbildung zur Sicherheitsfachkraft*, Band 4, 2006, Wien, S. 345-363.
- 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.
- Osterkamp, R., Röhn, O., "Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries", in *CESifo Economic Studies*, Vol. 53(1), 2007.
- Palme, G., Huber, P., Köppl, A., Mayerhofer, P., *Regionalwirtschaftliches Entwicklungsleitbild Oberösterreich*, Studie des WIFO im Auftrag des Amtes der Oberösterreichischen Landesregierung, Wien, 1999.
- Palmer, E., "A Reform of Sweden's Public Sickness Insurance" (En reform av sjukförsäkringen) in *Arbetskraftsutbudet i Sverige* in L. Berg och A. Björklund (Hrsg.) *Ekonomisk Debatt* Temanummer 2004, 4, S. 63-70.
- Rae, D., "How to reduce sickness absence in Sweden: lessons from international experience", *OECD Economics Department Working Paper*, Paris, 2005, (442).

- Ritter, M., Elsigan, G., Kittel, G., "Projekt 'Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung'", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin, Heidelberg, 2008, S. 193-210.
- Schnabel, C., Betriebliche Fehlzzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.
- Schöberl, M., Aufbau eines Individualdatenverarbeitungssystems zur Analyse des österreichischen Arbeitsmarktgeschehens, in: Arbeitsplatzreallokation und Arbeitskräftemobilität, WIFO, 2004, Wien.
- Sockoll, I., Kramer, I., Bödeker, W., Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006, iga Report 13, April 2008.
- Sozialpartner für Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesunde ArbeitnehmerInnen – Erfolgreiche Betriebe, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) – eine Unternehmensstrategie der Zukunft, Wirtschaftskammer Österreich, 2002.
- Statistik Austria, Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege, Ergebnisse des Mikrozensus September 2002, Wien, 2003.
- Stich, K., Macht Arbeitslosigkeit krank?, Magisterarbeit an der TU-Berlin, 2005.
- Sverke, M., Hellgren, H., Näswall, K., "Arbeitsplatzunsicherheit: Überblick über den Forschungsgegenstand", in Badura et al., Fehlzzeiten-Report 2005, Kapitel 4, 2006, S. 59-92.
- The International Occupational Hygiene Association (IOHA), Occupational Health and Safety Management Systems Review and Analysis of International, National, and Regional Systems and Proposals for a New International Document, Report prepared for the ILO, August 1998, <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cis/managmnt/ioha/index.htm>.
- Vetter, C., Küsgens, I., Bonkass, F., "Krankheitsbedingte Fehlzzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2004", in Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin, 2006.
- Vistnes, J., "Gender differences in days lost from work due to illness", Industrial and Labor Relations Review, 50(2), 1997, S. 304-323.
- WHO 1978, Declaration of Alma Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 1978, [http://www.who.int/chronic\\_conditions/primary\\_health\\_care/en/almaata\\_declaration.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/almaata_declaration.pdf).
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", Applied Economics Letters, 6, 1999, S. 337-341.
- Wirnsperger, J., Piringer, R. und F. Pawlowitsch, Zehn Jahre SGM-Systeme in Österreich, Sichere Arbeit, Heft 2, 2008, S. 30-33, [http://www.sicherearbeit.at/downloads/download\\_3616.pdf](http://www.sicherearbeit.at/downloads/download_3616.pdf).
- World Health Organization (WHO), Epidemiology of work-related diseases and accidents. Tenth Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, Genf, 1989.
- Zok, K., "Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz", in: Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2008, S. 121-144.

## Anhang A: Methodischer Hintergrund und Berechnungsergebnisse

### Abschnitt 1.2 – Komponenten der Krankenstandsentwicklung

Die relative Bedeutung von Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Analyse untersucht werden. Folgende Identität:

$$KST_i = V_i * EQ_i * (KSF_i / E_i) * (KST_i / F_i)$$

drückt aus, dass sich die Zahl der Krankenstandstage (KST) in einem Jahr  $i$  (1970 bis 2006) aus dem Produkt der Versicherten ( $V$ ), der Erkrankungsquote ( $EQ$ ), der durchschnittlichen Anzahl von Fällen je erkrankter Person ( $KSF/E$ ) und der durchschnittlichen Dauer der Fälle ( $KST/F$ ) ergibt. Da wir von der Veränderung des Versichertenstandes absehen, bzw. die relative Bedeutung von Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer ermitteln wollen, kann durch Umformung folgende Gleichung bestimmt werden:

$$\ln(KST_i / V_i) = \ln EQ_i + \ln(KSF_i / E_i) + \ln(KST_i / F_i)$$

Durch das Logarithmieren ist die ursprüngliche Multiplikation in eine Addition umgewandelt worden. Die Gleichung drückt eine Identität aus, die Entwicklung der Krankenstandstage je Versicherte/n wird vollständig erklärt ( $r^2=100\%$ ). Durch eine Zerlegung der Varianz der abhängigen Variablen ( $KST/V$ ) mit einem Regressionsverfahren kann man den Beitrag bestimmen, den die einzelnen Größen zur Veränderung der Krankenstandstage im Beobachtungszeitraum geleistet haben.

### Abschnitt 1.5.2 – Shift-Share-Analyse

Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Krankenstandsquoten, 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. Formal lässt sich die allgemeine Krankenstandsquote ( $KSQ$ ) als mit dem Beschäftigungsanteil der einzelnen Untergruppen ( $S_j$ ) gewichtete Summe der Krankenstandsquoten der einzelnen Untergruppen ( $ksq_j$ ) definieren. Die Krankenstandsquote in einem gegebenen Jahr ( $t$ ) ergibt sich demnach aus:

$$KSQ_t = \sum_j (ksq_{j,t} * S_{j,t})$$

Änderungen in der Quote zwischen zwei Jahren lassen sich demnach folgendermaßen definieren:

$$KSQ_t - KSQ_{t-1} = \sum_j (ksq_{j,t} * S_{j,t}) - \sum_j (ksq_{j,t-1} * S_{j,t-1})$$

Diese Gleichung kann durch eine Umformung, die hier nicht angeführt wird, zu folgendem Ausdruck erweitert werden:

$$KSQ_t - KSQ_{t-1} = [\sum_j ksq_{j,t} * (S_{j,t} - S_{j,t-1})] + [\sum_j S_{j,t-1} * (ksq_{j,t} - ksq_{j,t-1})]$$

Wobei die erste Komponente der Gleichung  $\sum_j ksq_{j,t} * (S_{j,t} - S_{j,t-1})$  den Anteil des demographischen Wandels erfasst, während der zweite Teil der Gleichung,  $\sum_j S_{j,t-1} * (ksq_{j,t} - ksq_{j,t-1})$  den Effekt beschreibt, der durch die Veränderung der Krankenstandsquote der einzelnen Altersgruppen zustande gekommen ist.

## Abschnitt 2.6 – Ergebnisse der Regressionsanalyse

*Übersicht A1: Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Jahres einen Krankenstand zu verzeichnen (Logit-Modell)*

	Marginaler Effekt	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
<b>Geschlecht</b>				
Frauen	0,319	0,009	34,72	0,00
Männer	Basiskategorie			
<b>Alter</b>				
20 bis 24 Jahre	0,034	0,013	2,57	0,01
25 bis 29 Jahre	0,101	0,013	7,69	0,00
30 bis 34 Jahre	Basiskategorie			
35 bis 39 Jahre	- 0,095	0,012	- 7,88	0,00
40 bis 44 Jahre	- 0,213	0,012	-17,58	0,00
45 bis 49 Jahre	- 0,263	0,013	-20,36	0,00
50 bis 54 Jahre	- 0,184	0,014	-13,20	0,00
55 bis 59 Jahre	- 0,172	0,017	-10,31	0,00
<b>Lohnniveau 2003 <sup>1)</sup></b>				
0 bis 1.000 €	Basiskategorie			
1.001 bis 1.500 €	0,266	0,013	20,96	0,00
1.501 bis 2.000 €	0,362	0,014	26,47	0,00
2.001 bis 2.500 €	0,298	0,015	19,32	0,00
2.501 bis 3.250 €	0,119	0,018	6,77	0,00
über 3.250 €	- 0,226	0,021	-10,94	0,00
<b>Einkommen 2001, 2002 <sup>2)</sup></b>				
0 bis 5.000 €	Basiskategorie			
5.001 bis 10.000 €	0,504	0,013	39,77	0,00
10.001 bis 15.000 €	0,610	0,013	45,68	0,00
15.001 bis 20.000 €	0,697	0,014	48,92	0,00
20.001 bis 25.000 €	0,711	0,016	44,07	0,00
über 25.000 €	0,609	0,018	34,51	0,00
<b>Dauer Beschäftigungsverhältnis <sup>3)</sup></b>	0,020	0,001	26,18	0,00
<b>Krankengeldbezug <sup>4)</sup></b>	0,088	0,007	12,98	0,00
<b>Sozialrechtlicher Status aktuell</b>				
Angestellte	Basiskategorie			
Arbeiter	0,250	0,012	20,14	0,00
<b>Sozialrechtlicher Status Vergangenheit <sup>5)</sup></b>				
Angestellte	Basiskategorie			
Arbeiter	0,289	0,012	24,17	0,00
Sonstiger Status	- 0,244	0,037	- 6,64	0,00
<b>Betriebsgröße</b>				
bis 5 Beschäftigte	Basiskategorie			
6 bis 25 Beschäftigte	0,372	0,013	28,87	0,00
26 bis 50 Beschäftigte	0,593	0,015	39,63	0,00
51 bis 100 Beschäftigte	0,728	0,015	48,16	0,00
101 bis 250 Beschäftigte	0,750	0,014	54,31	0,00
251 bis 1.000 Beschäftigte	0,801	0,014	58,01	0,00
über 1.000 Beschäftigte	0,721	0,016	46,52	0,00
<b>Veränderung Personalstand</b>	0,177	0,010	17,10	0,00

<b>Medianes Lohnniveau im Betrieb</b>	0,000	0,000	13,53	0,00
<b>Beschäftigungsfuktuation</b>	- 0,139	0,002	-64,60	0,00
<b>Wirtschaftsklassen (ÖNACE)</b>				
Landwirtschaft, Bergbau	- 0,010	0,026	- 0,36	0,72
Energie, Wasser	0,101	0,040	2,55	0,01
Chemie, Kunststoff	0,153	0,025	6,15	0,00
Metall, Maschinen- und Fahrzeugbau	0,230	0,018	12,87	0,00
Nahrungsmittel	- 0,256	0,022	-11,53	0,00
Textil- und Bekleidung	0,127	0,042	3,06	0,00
Holz, Papier, Druck	- 0,069	0,025	- 2,72	0,01
Sonstige Sachgüter	- 0,015	0,038	- 0,40	0,69
Bauwirtschaft	- 0,171	0,017	- 9,95	0,00
Handel	0,041	0,016	2,56	0,01
Beherbergung und Gaststätten	- 0,458	0,022	-20,59	0,00
Verkehr, Nachrichten	- 0,442	0,019	-22,80	0,00
Kreditwesen und Versicherung	- 0,099	0,025	- 4,01	0,00
Unternehmensbezogene Dienstleistung(ex 72,74,5)	- 0,070	0,019	- 3,78	0,00
Datenverarbeitung (72)	0,092	0,041	2,26	0,02
Leiharbeit (74,5)	- 0,115	0,024	- 4,72	0,00
Sonstige öffentliche und private Dienstleistung	- 0,125	0,021	- 5,92	0,00
Entsorgung	- 0,225	0,047	- 4,78	0,00
Öffentliche Verwaltung, Unterricht <sup>6)</sup>	- 0,090	0,018	- 5,01	0,00
Gesundheitswesen	- 0,071	0,021	- 3,30	0,00
<b>Konstante</b>	- 1,420	0,026	-55,22	0,00



*Übersicht A2: Einflussfaktoren auf die Anzahl von Krankenstandstagen  
(Negatives Binomial-Modell)*

	Marginaler Effekt	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
<b>Geschlecht</b>				
Frauen	- 0,005	0,010	- 0,52	0,61
Männer				
<b>Alter</b>				
20 bis 24 Jahre	- 0,279	0,013	- 21,01	0,00
25 bis 29 Jahre	- 0,141	0,013	- 11,25	0,00
30 bis 34 Jahre	Basiskategorie			
35 bis 39 Jahre	0,102	0,012	8,31	0,00
40 bis 44 Jahre	0,264	0,013	20,78	0,00
45 bis 49 Jahre	0,425	0,014	30,61	0,00
50 bis 54 Jahre	0,638	0,015	41,74	0,00
55 bis 59 Jahre	0,804	0,018	44,24	0,00
<b>Lohnniveau 2003 <sup>1)</sup></b>				
0 bis 1.000 €	Basiskategorie			
1.001 bis 1.500 €	- 0,021	0,015	- 1,41	0,16
1.501 bis 2.000 €	- 0,028	0,017	- 1,70	0,09
2.001 bis 2.500 €	- 0,014	0,019	- 0,76	0,45
2.501 bis 3.250 €	0,016	0,022	0,72	0,47
über 3.250 €	0,032	0,028	1,14	0,25
<b>Einkommen 2001, 2002 <sup>2)</sup></b>				
0 bis 5.000 €	Basiskategorie			
5.001 bis 10.000 €	0,051	0,016	3,32	0,00
10.001 bis 15.000 €	0,059	0,016	3,61	0,00
15.001 bis 20.000 €	0,069	0,017	3,98	0,00
20.001 bis 25.000 €	0,067	0,019	3,53	0,00
über 25.000 €	0,052	0,021	2,42	0,02
<b>Dauer Beschäftigungsverhältnis <sup>3)</sup></b>	- 0,004	0,001	- 5,09	0,00
<b>Krankengeldbezug <sup>4)</sup></b>	0,176	0,006	30,41	0,00
<b>Sozialrechtlicher Status aktuell</b>				
Angestellte	Basiskategorie			
Arbeiter	0,141	0,014	9,92	0,00
<b>Sozialrechtlicher Status Vergangenheit <sup>5)</sup></b>				
Angestellte	Basiskategorie			
Arbeiter	0,124	0,014	8,85	0,00
Sonstiger Status	0,040	0,043	0,94	0,35
<b>Betriebsgröße</b>				
bis 5 Beschäftigte	Basiskategorie			
6 bis 25 Beschäftigte	- 0,110	0,019	- 5,92	0,00
26 bis 50 Beschäftigte	- 0,168	0,020	- 8,59	0,00
51 bis 100 Beschäftigte	- 0,155	0,019	- 8,00	0,00
101 bis 250 Beschäftigte	- 0,129	0,019	- 6,97	0,00
251 bis 1.000 Beschäftigte	- 0,094	0,019	- 5,06	0,00
über 1.000 Beschäftigte	- 0,055	0,020	- 2,72	0,01
<b>Veränderung Personalstand</b>	0,015	0,013	1,14	0,25
<b>Medianes Lohnniveau im Betrieb</b>	0,000	0,000	- 6,25	0,00
<b>Beschäftigungsfuktuation</b>	0,001	0,002	0,78	0,44
<b>Wirtschaftsklassen (ÖNACE)</b>				
Landwirtschaft, Bergbau	0,053	0,026	2,05	0,04

Energie, Wasser	0,036	0,035	1,05	0,30
Chemie, Kunststoff	- 0,004	0,022	- 0,17	0,86
Metall, Maschinen- und Fahrzeugbau	- 0,017	0,016	- 1,03	0,30
Nahrungsmittel	0,115	0,024	4,78	0,00
Textil- und Bekleidung	- 0,050	0,034	- 1,46	0,14
Holz, Papier, Druck	0,053	0,025	2,14	0,03
Sonstige Sachgüter	- 0,017	0,039	- 0,43	0,67
Bauwirtschaft	0,143	0,018	8,07	0,00
Handel	0,036	0,016	2,22	0,03
Beherbergung und Gaststätten	0,137	0,028	4,96	0,00
Verkehr, Nachrichten	0,174	0,022	7,82	0,00
Kreditwesen und Versicherung	- 0,043	0,025	- 1,76	0,08
Unternehmensbezogene Dienstleistung (ex 72,74,5)	0,017	0,019	0,90	0,37
Datenverarbeitung (72)	- 0,156	0,038	- 4,13	0,00
Leiharbeit(74,5)	- 0,023	0,026	- 0,88	0,38
Sonstige öffentliche und private Dienstleistung	- 0,032	0,022	- 1,44	0,15
Entsorgung	0,048	0,052	0,92	0,36
Öffentliche Verwaltung, Unterricht <sup>6)</sup>	0,084	0,018	4,55	0,00
Gesundheitswesen	0,060	0,023	2,56	0,01
<b>Konstante</b>	2,091	0,031	68,53	0,00
<b>In <math>\alpha</math></b>	0,303	0,005	60,33	0,00
<b><math>\alpha</math></b>	1,354	0,007		
<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	12.253,25			
<b>Prob &gt; <math>\chi^2</math></b>	0,00			
<b>Zahl der Beobachtungen</b>	809.111			
<b>Log pseudolikelihood</b>	-1.305.321			

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. – <sup>1)</sup> Monatliche Beitragsgrundlage in €. – <sup>2)</sup> Durchschnittliches Bruttojahreseinkommen in €. – <sup>3)</sup> In Jahren. – <sup>4)</sup> Versicherungsmonate mit Krankengeldbezug in den beiden vorangegangenen Jahren (2001 und 2002). – <sup>5)</sup> Schwerpunkt der sozialrechtlichen Stellung in der Periode 1994 bis 2002. – <sup>6)</sup> Ohne Beamte.

## Abschnitt 3.2 - Ergebnisse der Regressionsanalyse

Übersicht A3: Verweildauermodell zum Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses  
Abhängige Variable: Dauer bis zur Beendigung von Beschäftigungsverhältnissen, Oberösterreich 2003

	Hazard Ratio	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
<b>Männer</b>				
<b>Geschlecht</b>				
Männer				
	Basiskategorie			
<b>Alter</b>				
25 bis 29 Jahre				
	Basiskategorie			
30 bis 34 Jahre	1,065	0,011	5,93	0,00
35 bis 39 Jahre	1,030	0,011	2,85	0,00
40 bis 44 Jahre	0,974	0,010	- 2,60	0,01
45 bis 49 Jahre	0,929	0,010	- 7,16	0,00
50 bis 54 Jahre	0,903	0,010	- 9,39	0,00
<b>Lohnniveau 2003</b>				
0 bis 1.000 €				
1.001 bis 1.500 €	1,024	0,020	1,20	0,23
1.501 bis 2.000 €	0,843	0,015	- 9,61	0,00
2.001 bis 2.500 €	0,732	0,013	-17,17	0,00
2.501 bis 3.250 €	0,662	0,013	-21,61	0,00
über 3.250 €	0,641	0,013	-21,61	0,00
<b>Wirtschaftsklassen (ÖNACE)</b>				
<b>Handel</b>				
keine Branchenzuordnung	1,010	0,015	0,65	0,52
Landwirtschaft, Bergbau	0,993	0,018	- 0,40	0,69
Energie, Wasser	1,221	0,028	8,63	0,00
Chemie, Kunststoff	1,192	0,018	11,86	0,00
Metall, Maschinen- und Fahrzeugbau	0,954	0,010	- 4,35	0,00
Nahrungsmittel	0,936	0,016	- 3,75	0,00
Textil- und Bekleidung	1,001	0,039	0,02	0,98
Holz, Papier, Druck	0,830	0,015	-10,53	0,00
Sonstige Sachgüter	0,977	0,015	- 1,52	0,13
Bauwirtschaft	1,186	0,013	15,82	0,00
Beherbergung und Gaststätten	0,988	0,022	- 0,55	0,58
Verkehr, Nachrichten	0,987	0,013	- 0,99	0,32
Kreditwesen und Versicherung	0,887	0,020	- 5,40	0,00
<b>Unternehmensbezogene Dienstleistung</b>				
(ex 72,74,5)	1,023	0,014	1,63	0,10
Datenverarbeitung (72)	0,995	0,029	- 0,18	0,86
Leiharbeit(74,5)	1,241	0,020	13,12	0,00
Sonstige öffentliche und private Dienstleistung	0,876	0,018	- 6,57	0,00
Entsorgung	0,676	0,028	- 9,57	0,00
Öffentliche Verwaltung, Unterricht	0,930	0,014	- 4,96	0,00
Gesundheitswesen	0,885	0,021	- 5,21	0,00
<b>Betriebsgröße</b>				
Bis 5 Beschäftigte				
6 bis 25 Beschäftigte	0,847	0,011	- 12,80	0,00
26 bis 50 Beschäftigte	0,780	0,011	- 17,60	0,00
51 bis 100 Beschäftigte	0,806	0,011	- 15,14	0,00
101 bis 250 Beschäftigte	0,752	0,010	-21,17	0,00
251 bis 1.000 Beschäftigte	0,802	0,011	- 16,08	0,00
Über 1.000 Beschäftigte	0,649	0,010	-27,87	0,00
<b>Beschäftigungsentwicklung im Betrieb <sup>1)</sup></b>				
Weitgehend gleicher Beschäftigungsstand				
Stark schrumpfend	1,614	0,016	46,82	0,00

Schrumpfend	1,183	0,010	20,50	0,00
Wachsend	0,891	0,007	– 14,41	0,00
Stark wachsend	0,843	0,008	– 18,21	0,00
<b>Medianes Lohnniveau im Betrieb</b>				
<b>Beschäftigungsumschlag <sup>2)</sup></b>	1,000	0,000	14,62	0,00
Geringer Beschäftigungsumschlag				
Mittlerer Beschäftigungsumschlag	1,485	0,016	37,75	0,00
Hoher Beschäftigungsumschlag	1,714	0,019	49,77	0,00
Sehr hoher Beschäftigungsumschlag	3,182	0,035	104,05	0,00
<b>Monate im Krankengeldbezug</b>	1,006	0,003	1,83	0,07
<b>Sozialrechtlicher Status Vergangenheit</b>				
Angestellte				
Arbeiter	1,078	0,008	10,09	0,00
<b>Krankenstand im Untersuchungszeitraum (I. Quartal 2003)</b>				
Krankenstand ist aufgetreten	1,136	0,007	20,82	0,00
<b>Art der Erkrankung</b>				
Krankheit der Atmungsorgane				
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,956	0,012	– 3,58	0,00
Neubildungen	1,182	0,047	4,17	0,00
Endokrinopathien u. ä.	0,939	0,036	– 1,63	0,10
Krankheiten des Blutes	1,078	0,211	0,38	0,70
Psychiatrische Krankheiten	1,621	0,045	17,49	0,00
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	0,952	0,018	– 2,58	0,01
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,051	0,023	2,26	0,02
Krankheiten der Verdauungsorgane	0,965	0,013	– 2,54	0,01
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,958	0,032	– 1,26	0,21
Krankheiten der Haut	0,915	0,025	– 3,27	0,00
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	1,094	0,009	10,91	0,00
Kongenitale Anomalien	1,151	0,134	1,21	0,23
Affektionen, mit Ursprung in Perinatalzeit	2,134	1,233	1,31	0,19
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1,029	0,018	1,60	0,11
Verletzungen, Vergiftungen	0,922	0,008	– 8,93	0,00
Nicht zugeordnet	0,947	0,047	– 1,09	0,28
<b>Bisherige Erwerbskarriere</b>				
<b>Jahre 1995 bis 2000</b>	0,997	0,000	– 18,70	0,00
Monate in Beschäftigung	1,006	0,000	17,11	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	1,000	0,001	– 0,01	1,00
Monate ohne Erwerbsbeteiligung (mit Sozialversicherung)	1,005	0,001	4,38	0,00
Monate in atypischer Beschäftigung				
<b>Jahr 2001</b>	0,997	0,002	– 1,74	0,08
Monate in Beschäftigung	1,037	0,003	13,16	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	0,994	0,004	– 1,36	0,18
Monate ohne Erwerbsbeteiligung (mit Sozialversicherung)	1,000	0,006	– 0,06	0,96
Monate in atypischer Beschäftigung				
<b>Jahr 2002</b>	0,980	0,003	– 6,69	0,00
Monate in Beschäftigung	1,038	0,004	10,34	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	0,979	0,006	– 3,55	0,00
Monate ohne Erwerbsbeteiligung (mit Sozialversicherung)	0,989	0,009	– 1,24	0,22
Monate in atypischer Beschäftigung				
<b>Bisherige Beschäftigungsdauer am Arbeitsplatz</b>				
1 bis 2 Jahre	1,311	0,015	23,76	0,00
Bis ½Jahr	1,356	0,014	29,55	0,00

Über ½Jahr bis 1 Jahr	0,877	0,009	- 12,48	0,00
2 bis 3 Jahre	0,756	0,008	- 27,76	0,00
3 bis 5 Jahre	0,622	0,006	- 47,01	0,00
5 bis 10 Jahre	0,483	0,005	- 65,31	0,00
über 10 Jahre	1,065	0,011	5,93	0,00

<b>Number of Subjects</b>	292.326
<b>Number of failures</b>	138.792
<b>Time at risk</b>	4.929.878.533
<b>Log pseudolikelihood<math>\alpha</math></b>	- 1.666.891,40
<b>Zahl der Beobachtungen</b>	292.326
<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	80.912,45
<b>Prob &gt; <math>\chi^2</math></b>	0,00

	hazard ratio	Standardfehler	z-Wert	Signifikanzniveau
<b>Frauen</b>				
<b>Geschlecht</b>				
Männer	Basiskategorie			
<b>Alter</b>				
25 bis 29 Jahre	Basiskategorie			
30 bis 34 Jahre	1,649	0,019	43,21	0,00
35 bis 39 Jahre	1,332	0,015	24,79	0,00
40 bis 44 Jahre	0,968	0,011	- 2,88	0,00
45 bis 49 Jahre	0,789	0,009	- 20,72	0,00
50 bis 54 Jahre	0,757	0,009	- 23,39	0,00
<b>Lohnniveau 2003</b>				
0 bis 1.000 €	0,912	0,008	- 10,37	0,00
1.001 bis 1.500 €	0,975	0,010	- 2,57	0,01
1.501 bis 2.000 €	0,930	0,011	- 5,98	0,00
2.001 bis 2.500 €	1,041	0,015	2,74	0,01
2.501 bis 3.250 €	1,134	0,021	6,72	0,00
über 3.250 €				
<b>Wirtschaftsklassen (ÖNACE)</b>				
Handel	0,992	0,019	- 0,42	0,68
keine Branchenzuordnung	0,851	0,028	- 4,99	0,00
Landwirtschaft, Bergbau	0,911	0,045	- 1,89	0,06
Energie, Wasser	1,192	0,027	7,82	0,00
Chemie, Kunststoff	0,988	0,016	- 0,77	0,44
Metall, Maschinen- und Fahrzeugbau	1,064	0,018	3,64	0,00
Nahrungsmittel	1,273	0,031	9,79	0,00
Textil- und Bekleidung	1,050	0,026	2,01	0,05
Holz, Papier, Druck	1,226	0,022	11,60	0,00
Sonstige Sachgüter	0,821	0,018	- 9,19	0,00
Bauwirtschaft	1,178	0,018	10,55	0,00
Beherbergung und Gaststätten	0,758	0,015	- 13,83	0,00
Verkehr, Nachrichten	0,857	0,018	- 7,51	0,00
Kreditwesen und Versicherung	1,059	0,013	4,75	0,00
Unternehmensbezogene Dienstleistung (ex 72,74,5)	1,041	0,044	0,94	0,35
Datenverarbeitung (72)	1,386	0,048	9,44	0,00
Leiharbeit(74,5)	0,961	0,014	- 2,83	0,01
Sonstige öffentliche und private Dienstleistung	0,734	0,044	- 5,11	0,00
Entsorgung	0,951	0,010	- 4,64	0,00
Öffentliche Verwaltung, Unterricht <sup>5)</sup>	1,007	0,012	0,59	0,55
Gesundheitswesen				
<b>Betriebsgröße</b>				
Bis 5 Beschäftigte	0,821	0,010	- 16,24	0,00
6 bis 25 Beschäftigte	0,788	0,012	- 16,28	0,00
26 bis 50 Beschäftigte	0,737	0,011	- 21,02	0,00

51 bis 100 Beschäftigte	0,724	0,010	– 24,58	0,00
101 bis 250 Beschäftigte	0,733	0,010	– 23,35	0,00
251 bis 1.000 Beschäftigte	0,849	0,012	– 11,71	0,00
über 1.000 Beschäftigte				
<b>Beschäftigungsentwicklung im Betrieb <sup>1)</sup></b>				
Weitgehend gleicher Beschäftigungsstand	1,380	0,015	29,26	0,00
Stark schrumpfend	0,891	0,008	– 12,56	0,00
Schrumpfend	0,822	0,007	– 23,21	0,00
Wachsend	0,717	0,008	– 31,33	0,00
Stark wachsend	1,000	0,000	7,02	0,00
<b>Medianes Lohnniveau im Betrieb</b>				
<b>Beschäftigungsumschlag <sup>2)</sup></b>				
Geringer Beschäftigungsumschlag	1,459	0,017	32,91	0,00
Mittlerer Beschäftigungsumschlag	1,560	0,017	39,99	0,00
Hoher Beschäftigungsumschlag	2,811	0,032	92,22	0,00
Sehr hoher Beschäftigungsumschlag	1,042	0,004	10,19	0,00
<b>Monate im Krankengeldbezug</b>				
<b>Sozialrechtlicher Status Vergangenheit</b>				
Angestellte	1,074	0,008	9,68	0,00
Arbeiter				
<b>Krankenstand im Untersuchungszeitraum</b>				
<b>(I. Quartal 2003)</b>				
Krankenstand ist aufgetreten	1,182	0,008	24,75	0,00
<b>Art der Erkrankung</b>				
Krankheit der Atmungsorgane				
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,053	0,014	3,77	0,00
Neubildungen	1,084	0,036	2,45	0,01
Endokrinopathien u. ä.	0,970	0,056	– 0,53	0,59
Krankheiten des Blutes	1,189	0,172	1,20	0,23
Psychiatrische Krankheiten	1,607	0,036	20,92	0,00
Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane				
	1,081	0,021	4,10	0,00
Krankheiten des Kreislaufsystems				
	1,151	0,024	6,63	0,00
Krankheiten der Verdauungsorgane				
	1,013	0,016	0,80	0,43
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane				
	1,037	0,019	2,04	0,04
Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett				
	2,784	0,052	54,50	0,00
Krankheiten der Haut				
	0,969	0,032	– 0,95	0,34
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes				
	1,202	0,012	18,13	0,00
Kongenitale Anomalien				
	1,060	0,100	0,62	0,53
Affektionen, mit Ursprung in Perinatalzeit				
	1,728	0,864	1,09	0,27
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen				
	1,192	0,020	10,37	0,00
Verletzungen, Vergiftungen				
	1,000	0,014	– 0,03	0,97
Nicht zugeordnet				
	1,314	0,054	6,64	0,00
<b>Bisherige Erwerbskarriere</b>				
<b>Jahre 1995 bis 2000</b>				
Monate in Beschäftigung	0,999	0,000	– 7,48	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	1,006	0,000	16,90	0,00
Monate ohne Erwerbsbeteiligung				
(mit Sozialversicherung)	0,992	0,000	– 24,02	0,00
Monate in atypischer Beschäftigung	0,996	0,000	– 9,60	0,00
<b>Jahr 2001</b>				
Monate in Beschäftigung	0,994	0,002	– 3,40	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	1,026	0,003	10,01	0,00
Monate ohne Erwerbsbeteiligung				
(mit Sozialversicherung)	0,992	0,003	– 2,92	0,00
Monate in atypischer Beschäftigung	1,001	0,003	0,40	0,69
<b>Jahr 2002</b>				

Monate in Beschäftigung	0,982	0,003	- 5,92	0,00
Monate in Arbeitslosigkeit	1,029	0,004	7,68	0,00
Monate ohne Erwerbsbeteiligung (mit Sozialversicherung)	0,991	0,004	- 2,17	0,03
Monate in atypischer Beschäftigung	0,991	0,005	- 1,83	0,07
<b>Bisherige Beschäftigungsdauer am Arbeitsplatz</b>				
1 bis 2 Jahre				
Bis ½Jahr	1,345	0,018	21,97	0,00
Über ½Jahr bis 1 Jahr	1,134	0,014	10,01	0,00
2 bis 3 Jahre	0,935	0,011	- 5,60	0,00
3 bis 5 Jahre	0,812	0,009	- 18,01	0,00
5 bis 10 Jahre	0,699	0,008	- 31,16	0,00
über 10 Jahre	0,641	0,008	- 33,66	0,00
<b>Number of Subjects</b>	222.032			
<b>Number of failures</b>	114.449			
<b>Time at risk</b>	3.737.006.669			
<b>Log pseudolikelihood<math>\alpha</math></b>	- 1.348.078,40			
<b>Zahl der Beobachtungen</b>	222.032			
<b>Wald <math>\chi^2</math></b>	49.812,10			
<b>Prob &gt; <math>\chi^2</math></b>	0,00			

Q: OÖGKK, WIFO INDI-DV auf Basis Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. – 1) Ab einer Beschäftigungsveränderung von +/-2% werden Betriebe als wachsend/schrumpfend bezeichnet, ab einer Beschäftigungsveränderung von +/-10% werden Betriebe als stark wachsend/schrumpfend bezeichnet. – 2) Beschäftigungsumschlag misst die Aufnahme und Beendigungen von Beschäftigungsverhältnissen innerhalb eines Jahres im Verhältnis zum durchschnittlichen Beschäftigungsstand. Geringer Beschäftigungsumschlag: bis 25%, mittlerer Beschäftigungsumschlag über 25% bis 50%, hoher Beschäftigungsumschlag über 50% bis 100%, sehr hoher Beschäftigungsumschlag über 100%.

## Anhang B: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

*Übersicht B1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten  
Arbeiter und Angestellte*

Jahr	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	2.877.382	12,2	3,3
2005	35.172.049	2.910.452	12,1	3,3
2006	34.188.131	2.963.475	11,5	3,2

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.



*Übersicht B2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung, 1970 bis 2006  
Arbeiter und Angestellte*

Jahr	EQ Erkrankungsquote in %	KSF/V Krankenstandsfälle je Versicherte/n	KSF/E Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	KST/F 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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

*Übersicht B3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen  
Arbeiter und Angestellte*

Jahr	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29	30 bis 49	50 bis 64	Bis 29	30 bis 49	50 bis 64	Bis 29	30 bis 49	50 bis 64
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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

*Übersicht B4: Krankenstandsquote nach Geschlecht  
Arbeiter und Angestellte*

Jahr	Männer			Arbeiter In %	Frauen		Männer und Frauen
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt		Angestellte	Insgesamt	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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

*Übersicht B5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt  
Arbeiter und Angestellte*

Jahr	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.