

WIFO

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

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

Fehlzeitenreport 2013

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi

Jänner 2014



Fehlzeitenreport 2013

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Jänner 2014

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich,
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Begutachtung: Matthias Firgo • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi

Inhalt

2012 sank die Krankenstandsquote in Österreich etwas gegenüber 2011, die Beschäftigten waren durchschnittlich 3,5% des Jahres im Krankenstand. Der langjährige Trend zu einer Verkürzung der Dauer der Krankenstandsfälle setzte sich 2012 ungebrochen fort, während der Anteil der Unfälle als Krankenstandsursache rückläufig war und jener der psychischen Erkrankungen weiterhin zunahm.

Rückfragen: Thomas.Leoni@wifo.ac.at, Martina.Agwi@wifo.ac.at

2014/014-1/A/WIFO-Projektnummer: 3913

© 2014 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2013

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

| <i>Inhaltsverzeichnis</i> | Seiten |
|---|---------------|
| Hauptergebnisse | 1 |
| 1. Definitionen und Datenbeschreibung | 2 |
| 2. Entwicklung der Krankenstände | 5 |
| 3. Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten | 8 |
| 4. Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag | 14 |
| 5. Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung | 18 |
| 5.1 <i>Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht</i> | 18 |
| 5.2 <i>Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter</i> | 21 |
| 5.3 <i>Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche</i> | 28 |
| 5.4 <i>Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst</i> | 35 |
| 5.5 <i>Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse</i> | 39 |
| 6. Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung | 41 |
| 7. Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen | 46 |
| 8. Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle | 51 |
| 8.1 <i>Die Entwicklung der Arbeitsunfälle</i> | 52 |
| 8.2 <i>Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche</i> | 54 |
| Literaturhinweise | 59 |
| Anhang | 61 |

Verzeichnis der Übersichten

| | | |
|---------------|--|----|
| Übersicht 1: | Verwendete Begriffe und Indikatoren | 4 |
| Übersicht 2: | Entgeltfortzahlungsstatistik 1999 | 9 |
| Übersicht 3: | Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht | 31 |
| Übersicht 4: | Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht | 32 |
| Übersicht 5: | Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten | 36 |
| Übersicht 6: | Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht | 43 |
| Übersicht 7: | Normierung der Krankenstandsquote | 44 |
| Übersicht 8: | Krankheitsgruppenstatistik | 47 |
| | | |
| Übersicht A1: | Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten | 61 |
| Übersicht A2: | Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung | 62 |
| Übersicht A3: | Krankenstandsquote nach Altersgruppen | 63 |
| Übersicht A4: | Krankenstandsquote nach Geschlecht | 64 |
| Übersicht A5: | Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt | 65 |

Verzeichnis der Abbildungen

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1: | Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n | 6 |
| Abbildung 2: | Anteil der Erkrankten an den Versicherten | 7 |
| Abbildung 3: | Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall | 8 |
| Abbildung 4: | Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf | 11 |
| Abbildung 5: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen | 13 |
| Abbildung 6: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte | 13 |
| Abbildung 7: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte | 14 |
| Abbildung 8: | Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis | 15 |
| Abbildung 9: | Krankenstandsbestände auf Monatsbasis | 15 |
| Abbildung 10: | Beginn des Krankenstands nach Wochentag | 16 |
| Abbildung 11: | Ende des Krankenstands nach Wochentag | 17 |
| Abbildung 12: | Krankenstandsquote nach Geschlecht | 19 |
| Abbildung 13: | Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter | 22 |
| Abbildung 14: | Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht | 23 |
| Abbildung 15: | Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht | 23 |
| Abbildung 16: | Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen | 24 |
| Abbildung 17: | Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen | 24 |
| Abbildung 18: | Versichertenstruktur nach Altersgruppe | 27 |
| Abbildung 19: | Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht | 30 |
| Abbildung 20: | Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen | 35 |
| Abbildung 21: | Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse | 40 |
| Abbildung 22: | Krankenstände nach Bundesländern | 42 |
| Abbildung 23: | Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern | 42 |
| Abbildung 24: | Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen | 49 |
| Abbildung 25: | Entwicklung der psychischen Krankheiten | 50 |
| Abbildung 26: | Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten | 53 |
| Abbildung 27: | Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht | 55 |
| Abbildung 28: | Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen | 55 |
| Abbildung 29: | Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle) | 57 |
| Abbildung 30: | Unfallquote nach Betriebsgröße | 58 |

Hauptergebnisse

Im Vergleich zum Vorjahr kam es 2012 in Österreich zu einem geringfügigen Rückgang der gesundheitsbedingten Fehlzeiten. Die unselbständig Beschäftigten waren im Jahresverlauf durchschnittlich 12,8 Tage im Krankenstand (2011 13,2 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,5% (2011 3,6%). Kurzfristige Schwankungen im Krankenstandsgeschehen können zahlreiche Ursachen haben, weshalb der leichte Rückgang der Fehlzeiten in 2012 nicht eindeutig erklärt werden kann. Da die Krankenstände typischerweise parallel zum Konjunkturzyklus sinken und steigen, kann die jüngste Entwicklung mit der spürbaren Verlangsamung des Wirtschaftswachstums und der leichten Zunahme der Arbeitslosigkeit in 2012 gegenüber 2011 in Verbindung gebracht werden. 2012 gingen zudem die durch Atemwegserkrankungen verursachten Fehltage gegenüber 2011 merklich zurück, was darauf schließen lässt, dass auch die Intensität der saisonalen Grippeperiode schwächer ausfiel.

In einer **langfristigen Betrachtung** wirkt sich seit Beginn der 1990er-Jahre die graduelle Verschiebung in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten ungünstig auf die Krankenstandsquote aus. Dieser Effekt, der aus dem Alterungsprozess der Erwerbsbevölkerung resultiert, ist allerdings schwach ausgeprägt. Er bewirkte in einer Betrachtung über die vergangenen beiden Jahrzehnte einen kumulierten Anstieg der Krankenstandsquote um etwa 0,2 Prozentpunkte (das entspricht einem Anstieg um zwei Drittel eines Krankenstandstages). Neben dem demographischen Wandel schlagen sich auch Entwicklungen am Arbeitsmarkt sowie beschäftigungs- und sozialpolitische Eingriffe auf die Fehlzeiten nieder. Darüber hinaus führen Veränderungen in der Wirtschaftsstruktur und in der Arbeitswelt zu veränderten Arbeitsplatzbedingungen und Produktions- und Organisationsstrukturen der Betriebe. Langfristig gesehen ist das Krankenstandsniveau derzeit vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980, als pro Kopf 17,4 Krankenstandstage anfielen und die Krankenstandsquote bei 4,8% lag, ihren Höchstwert. In den Jahren 1990 und 2000 waren die Beschäftigten durchschnittlich 15,2 Tage bzw. 14,4 Tage krankgeschrieben.

Der langjährige Trend zu einer Verkürzung der **Dauer der Krankenstandsfälle** setzte sich 2012 ungebrochen fort. Kurzkrankenstände stellen nunmehr knapp 37% aller erfassten Krankenstandsfälle dar, wobei nach wie vor von einer Untererfassung in der Statistik auszugehen ist. 1990 waren es noch lediglich 16,4%. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – etwa 14% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (61%), während Kurzkrankenstände für die Krankenstandsquote eine untergeordnete Rolle spielen (rund 7% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten). Auch bei den Bundesbediensteten, wo die Erfassung der kurzen Krankenstände vollständig ist, kann zumindest seit 2003 ein spürbarer Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden beobachtet werden. Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch

die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften diese Entwicklung gefördert haben. Darüber hinaus werden die Beschäftigten heute öfter als früher bis Freitag anstatt bis Sonntag krankgeschrieben, wodurch in der Statistik mehr Kurzkrankenstände entstehen.

Der Rückgang der durchschnittlichen Krankenstandsdauer ist auch die Folge einer Verschiebung in den **Krankenstandsursachen**. Der Anteil der Atemwegerkrankungen am Krankenstandsgeschehen, die typischerweise einen kurzen Verlauf haben, ist gegenüber der Vergangenheit gestiegen. 2012 ging jeder fünfte Krankenstandstag auf diese Krankheitsgruppe zurück. Gleichzeitig nahm der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und jenen des Atemsystems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% aller Krankenstandstage. Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich weiterhin für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, die, von einem geringen Niveau ausgehend, sowohl absolut als auch relativ zu den restlichen Krankheitsgruppen deutlich zunahm. Dieser starke Aufwärtstrend dürfte aber zumindest teilweise auf eine Veränderung des Bewusstseins für und der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Gesundheitsproblemen zurückgehen.

Die Evolution der Arbeitswelt zeigt insbesondere an der rückläufigen Entwicklung der **Arbeitsunfälle** ihre positiven Seiten. 2012 lag die Unfallquote bei 351 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Damals waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2012 waren es nur noch die Hälfte. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten. Diese günstige Entwicklung geht auf Verbesserungen der Arbeitsplatzbedingungen, auf die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes aber auch auf den wirtschaftlichen Strukturwandel mit der einhergehenden Verlagerung von arbeitsintensiven Produktionsschritten in Drittländer einher. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren Arbeitskräften. Große Unterschiede in der Unfallhäufigkeit lassen sich auch in einer Betrachtung nach Branchen feststellen, obwohl langfristig eine Konvergenz zwischen den Wirtschaftsbereichen erkennbar ist. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2012 lag die Unfallhäufigkeit auf den Baustellen deutlich höher als im Durchschnitt der österreichischen Wirtschaft, dennoch war auch im Bausektor das Unfallrisiko 2012 nur halb so hoch wie noch Mitte der 1990er-Jahre.

Ältere Arbeitskräfte treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter folgen trotz einiger Abweichungen dem gleichen, leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten und erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab 40 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den

Höchstwert. Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ebenfalls ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber deutlich verringert. 2012 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 16,2 Tagen um 56% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,5 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten ArbeiterInnen noch doppelt so viele Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich weitgehend konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen, zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände. Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken, stellt dennoch einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied dar. In der Vergangenheit verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen.

Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was im letzten Jahrzehnt zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2009 verbrachten Frauen erstmals mehr Zeit im Krankenstand als Männer (durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen), 2012 vergrößerte sich die Differenz auf 13,2 Tage für Frauen und 12,5 Tage für Männer. Hinter dieser Entwicklung stehen einerseits Änderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung: So wuchs das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker als es bei den Männern der Fall war. Andererseits begünstigte der überproportionale Rückgang der Unfälle und Krankenstände im Bauwesen und im Waren erzeugenden Sektor infolge der hohen Männerkonzentration in diesen Branchen die Entwicklung der Fehlzeiten der Männer. Darüber hinaus verursachte eine methodische Änderung, die rückwirkend bis zum Jahr 2000 angewendet wurde, in der *Krankenstandsstatistik* einen Niveausprung in der Krankenstandsquote der Frauen.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2011 bzw. detaillierte Auswertungen auf 2010. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2011 um 7% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Zieht man nur die Angestellten als Vergleichsbasis heran und führt man eine Standardisierung der Altersstruktur aufgrund der Verteilung der BeamtInnen und Vertragsbediensteten durch, dann lagen die Krankenstände im Bundesdienst etwa ein Fünftel höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen an, als bei den ArbeiterInnen und Angestellten. 2010 entfielen fast 64% aller Krankenstandsepisoden und über ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,4 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich:

laut *Krankenstandsstatistik* waren es im selben Jahr bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,8 Tage. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Wie bereits im letzten Fehlzeitenreport aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2012 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,5 Tage im Jahr krank. Die nieder- und oberösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit respektive 14,6 Tagen und 13,6 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Wiener Gebietskrankenkasse mit 13,4 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

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 für die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher **Kostenfaktor**. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Krankenstand und Unfall setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen, die unterschiedlich genau erfassbar sind. Während die direkten Zahlungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger in Form von Entgeltfortzahlung und Krankengeld relativ genau abgeschätzt werden können, gibt es kaum Anhaltspunkte zu den indirekten volkswirtschaftlichen Kosten sowie zu den im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten. Eine grobe Abschätzung der Krankenstandskosten anhand von vereinfachenden Annahmen, die im Fehlzeitenreport 2007 in größerem Detail beschrieben und diskutiert wurden, gibt dennoch einen Hinweis darauf, welche ökonomischen Folgen Reduktionen bzw. Steigerungen der Fehlzeiten haben können (siehe Übersicht).

Im Jahr 2011 zahlten die Arbeitgeber laut Angaben des Sozialministeriums in Summe fast 2,7 Mrd. € an Entgeltfortzahlungen. Weitere 561 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von Krankengeld ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 3,2 Mrd. €, oder 1,1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (z. B. weil die Produktivität sinkt oder Ersatzarbeitskräfte gesucht werden müssen), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten sind schwer quantifizierbar, sie schwanken stark in Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus (d. h. dem Auslastungsgrad der Produktionskapazitäten) und von der betrachteten Branche und Betriebsgröße. Unter vereinfachenden Annahmen ist davon auszugehen, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von 0,8% bis 1,7% des BIP entstehen.

Übersicht: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten
unselbständig Beschäftigter, 2011

| | Mio. € | In % des BIP |
|---|-----------------|--------------|
| Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten | 5.643 bis 8.343 | 1,9 bis 2,8 |
| Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾ | 3.243 | 1,1 |
| Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾ | 2.400 bis 5.100 | 0,8 bis 1,7 |
| Gesundheitsausgaben ³⁾ | 7.195 | 2,4 |
| Direkte öffentliche Kosten | 5.424 | 1,8 |
| Direkte private Kosten | 1.771 | 0,6 |

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni – Biffl – Guger (2008A)*. – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich bis zur Hälfte des krankensstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten.

Die bereits genannten Kostenfaktoren stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankenstand, ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten würde sich entsprechend positiv auf diese Faktoren auswirken. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten würde sich aber nicht nur über die Reduktion von direkten und indirekten wirtschaftlichen Krankenstandskosten, sondern auch durch Kostensenkungen im Gesundheitssystem auswirken. Der Ausgabenrahmen, der mit den Gesundheitsausgaben der unselbständig Beschäftigten in Verbindung gebracht werden kann, belief sich im Jahr 2011 auf rund 2,4% des BIP. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung, BetriebsärztInnen, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht. Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2011 rund 148.000 Männer unter 65 Jahren und 63.000 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 3.176 Mio. € an Invaliditätspensionen. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 284 Mio. € aufgewendet²⁾.

1) Siehe Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012, Tabelle 3.11.

2) Siehe www.bmask.gv.at, Sozialschutzausgaben und deren Finanzierung nach sozialen Risiken, Tabelle 2.4.

Fehlzeitenreport 2013

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Dieser Bericht 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. 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. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig in der *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 gegenüber³⁾.

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt, Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer⁴⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des so genannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

³⁾ 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.

⁴⁾ 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. 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 können wir die Gesamtheit der Abwesenheiten der ArbeitnehmerInnen vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (Schnabel, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen, also Tagen, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die ArbeitnehmerInnen aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgenommen, desgleichen sonstige Fehlzeiten wie beispielsweise Behördenwege, Arztbesuche und unentschuldigte Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte bzw. gesundheitlich bedingte) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Bericht beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVS) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankheitsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffi, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2012 waren 3,09 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 92% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁵⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁶⁾. Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdiener und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen nicht als Beschäftigte gezählt

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2012 gab es laut HVS 3,37 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

⁶⁾ Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (2.773 Personen im Jahr 2010) sind in der Statistik durchgehend enthalten.

werden. Durch diese Bereinigung, die zum Teil rückwirkend bis zum Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche pro-Kopf Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – können die Abweichungen gegenüber der bisherigen Statistik ein signifikantes Ausmaß annehmen. In diesen Fällen geht der Bericht bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung ein. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch zumindest in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2012 bis zum Jahr 1970 zurück⁷⁾.

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 HVS 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 stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2012 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,3% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei Frauen bei 1,5%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. Im Bericht wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.
- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn ArbeitnehmerInnen sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (bis zu drei Tagen) krank melden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Kapitel 3 noch im Detail eingegangen.

⁷⁾ Ab 1970 ist eine durchgehende Darstellung der meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Hauptverbandsdaten möglich. Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen.

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Haydn, 2013).

- 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.

Übersicht 1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

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

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

Die BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die Präsenzdienler. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁹⁾. Mit dem Jahr 2010 wurde die

⁹⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und Präsenzdienler für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar.

Krankenstandsstatistik wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

2. Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2012 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2012 39,7 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2010 etwa gleich groß war wie zu Ende der 1980er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). Seit 2007 (12,5 Tage) kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, 2012 waren die Beschäftigten im Schnitt 12,8 Tage im Krankenstand.

Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter – ist die Verzerrung ausgeprägter, sie kann anhand der verfügbaren Daten allerdings nicht akkurat gemessen werden.

Abbildung 1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Für die hohen Krankenstandswerte in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren und den darauf folgenden Rückgang sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich. Einerseits wurde in der Vergangenheit der Anstieg der Arbeitslosigkeit mit Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes bei älteren Arbeitskräften bekämpft, insbesondere durch einen leichten Übertritt in die Pension aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit. Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein (Meggeneder, 2005). In den 1990er-Jahren kam es dagegen zu einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen. Seit den 1980er-Jahren konnte zudem die Unfallquote in der österreichischen Wirtschaft spürbar gesenkt werden, eine Entwicklung die sich ebenfalls günstig auf die Krankenstände auswirkte. Darüber hinaus dürften weitere Veränderungen in der Arbeitswelt die durchschnittliche pro-Kopf Zahl der Krankenstandstage gedrückt haben: der starke Anstieg der Teilzeitbeschäftigung, die Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse, aber auch die anhaltende Arbeitslosigkeit.

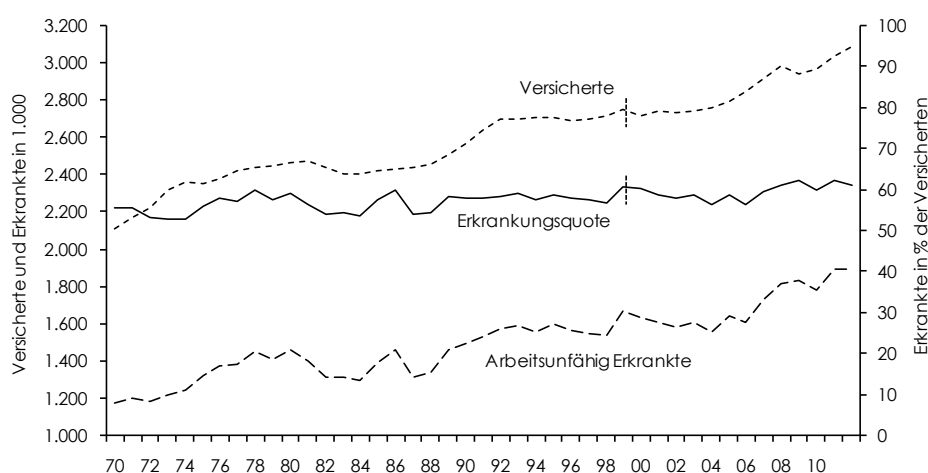
Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjährig und nicht ganzjährig Beschäftigten ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die

Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2012 3,5%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%.

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 2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich

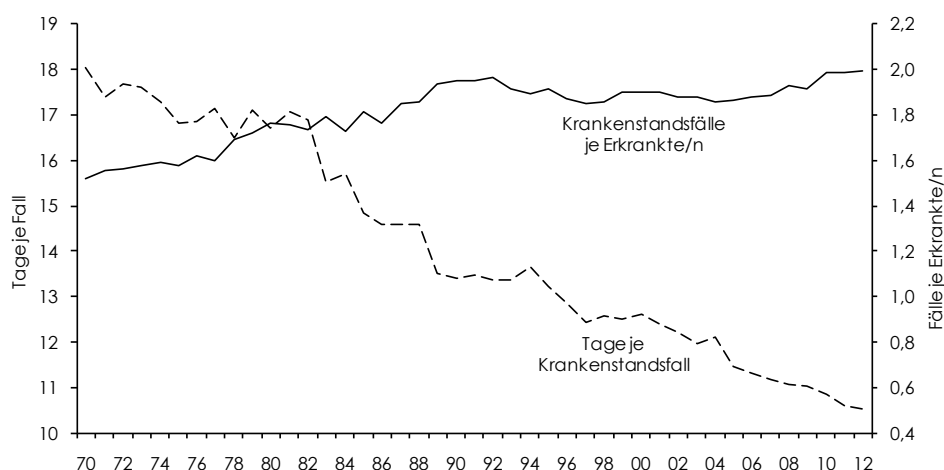


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

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 lag diese Erkrankungsquote im vergangenen Jahrzehnt immer nahe bei 60% (Abbildung 2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn 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. Im Jahr 2011 wurde mit einer Erkrankungsquote von 62,4% der bisher höchste Wert registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der Krankenstandsstatistik die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Im Laufe des Jahres 2012 waren etwas weniger Versicherte (mindestens einmal) im Krankenstand (61,2%). Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Häufigkeit und die Dauer der Krankheitsepisoden haben sich über die Zeit verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich

1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2012 zweimal (Abbildung 3). Das gleiche Bild ergibt sich bei einer Betrachtung, bei der die verzeichneten Krankenstandsfälle durch die Gesamtzahl der Versicherten dividiert werden: 1970 entfielen rein statistisch auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2012 waren es 1,22 Fälle (Übersicht A2).

Abbildung 3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Kapitel 3). 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 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 10,5 Tage im Jahr 2012.

Die relative Bedeutung der einzelnen Komponenten (Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände) für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Zerlegung untersucht werden¹⁰⁾. Das Ergebnis zeigt, dass Veränderungen in der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf die Entwicklung der Fehlzeiten haben: Rund 70% der Varianz in der Krankenstandsquote werden durch Veränderungen in der Dauer der Krankenstandsepisoden erklärt, während die Anzahl der Fälle je erkrankter Person und die Erkrankungsquote die restlichen 30% der Varianz bestimmen.

3. Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände von bis zu drei Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheini-

¹⁰⁾ Für eine Erläuterung der Berechnungsmethode siehe Anhang A im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

gungen seitens der Arbeitgeber für Krankenstände, die nur ein bis drei Tage dauern, nicht immer eingefordert werden, sind Kurzkrankenstände in der Statistik untererfasst. Folgende unterschiedliche Faktoren können sich auf das tatsächliche Ausmaß der Meldung von Kurzkrankenständen auswirken:

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

Übersicht 2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999
Österreich

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

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) und bis zum Jahr 2000 die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen rückerstatteten. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, die bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HVS bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankheitsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 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%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhaltspunkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik.

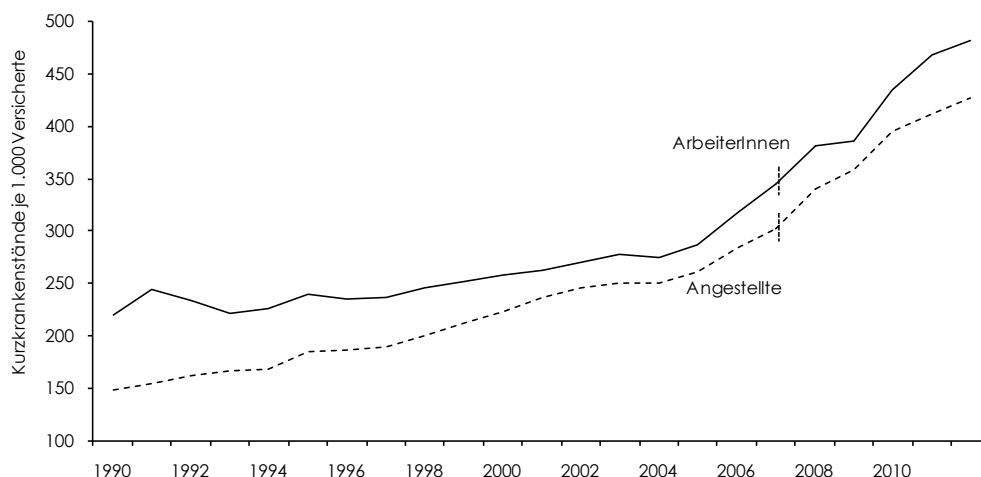
Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, ist zu vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der ArbeiterInnen und der Angestellten eine Rolle spielen. In ArbeiterInnenberufen ist im Regelfall die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz für die Leistungserbringung ausschlaggebend. In zahlreichen Angestelltenberufen, wo auch Informations- und Kommunikationstechnologien sowie flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzgestaltungen verstärkt zum Einsatz kommen, fallen (vor allem kürzere) Abwesenheitszeiten aus Sicht der ArbeitgeberInnen nicht immer stark ins Gewicht. Vor allem bei höher qualifizierten Angestellten ist die erwartete Arbeitsleistung oftmals von der geleisteten Arbeitszeit abgekoppelt, was auch an der Konzentration von Leistungslohnmodellen wie Zielvorgaben und Prämien auf diese Beschäftigtengruppen erkennbar ist. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Unternehmen im Durchschnitt bei ArbeiterInnen stärker auf die ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und somit auf die vollständige Erfassung des Krankenstandsgeschehens bedacht sind als bei Angestellten. Andererseits legen Betriebsräte und ArbeitnehmerInneninteressenvertretungen sowohl den ArbeiterInnen als auch den Angestellten nahe, freiwillig Krankheitsfälle umgehend beim Arzt zu melden, um ihre Absicherung zu garantieren und zu vermeiden, dass im Falle einer Verlängerung des Krankheitsfalles eine rückwirkende Krankschreibung notwendig wird. Obwohl nachträgliche Krankschreibungen von Seiten des niedergelassenen Arztes möglich sind, lässt anekdotische Evidenz darauf schließen, dass solche Krankschreibungen heutzutage seltener vorgenommen werden als früher.

Aus der Entwicklung der Statistik der Krankheitsdauer 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 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹¹⁾. Der steigende Trend in der Häufigkeit von Kurzkrankenständen hält aber weiterhin ungebrochen an: Zwischen 2008 und 2012 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 45,0%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2012 waren es 450 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den beiden Berufsgruppen stark an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankheitsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den

¹¹⁾ 2008 betrug die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände anhand der alten Datenbasis 34,4% und war somit 1,5 Prozentpunkte niedriger als anhand der revidierten Krankheitsdaten (2008 35,8%).

Angestellten entfielen 2012 auf 1.000 Versicherte 427 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 482 (Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Die Zunahme der Kurzkrankenstände folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2010 1,4 Fälle pro Kopf (*Bundeskanzleramt, 2011*).

Zum einen legen Auswertungen nach Wochentag des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten vom Arzt bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Kapitel 4, Abbildung 11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden.

Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹²⁾. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2012 bei den Angestellten 8,5% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 6), die Quote bei Männern liegt nahe am Durchschnitt mit 8,4% (1990 3%), jene der Frauen im Durchschnitt (2012 8,5% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 6,1% in 2012 (Abbildung 5), 2,2% in 1990. Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Anders als bei den Angestellten haben Arbeiterinnen einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2012 5,4% gegenüber 6,4%).

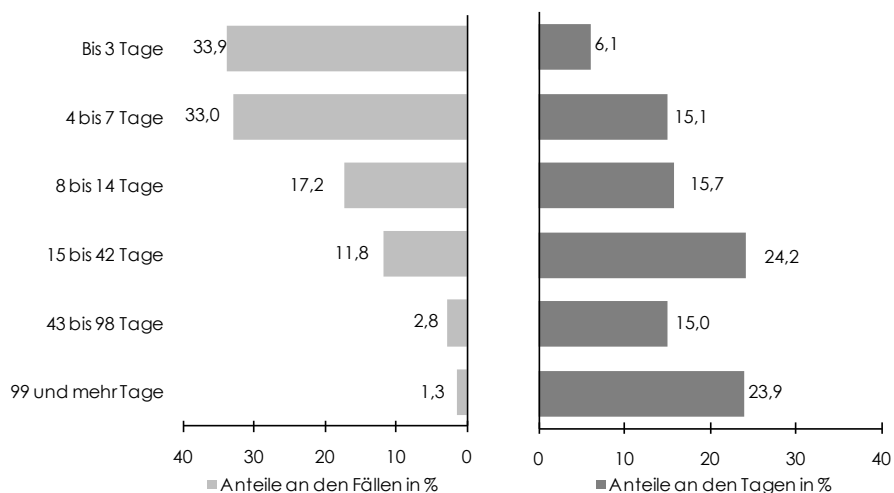
Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2012 waren zwar rund 37% der gemeldeten Krankenstände bis zu drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten haben Kurzkrankenstände trotz ihrer Zunahmen weiterhin eine vergleichsweise geringe Bedeutung, ihr Anteil an der Summe der Krankenstandstage liegt bei 7,2%. Umgekehrt zeigt Abbildung 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 38,9% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 36,5%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2013*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2012 auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 6,1% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 36,3% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da

¹²⁾ Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (die in vollständiger Form als Individualdaten nur für die Periode 2001 bis 2007 vorliegen) für das Jahr 2007 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2001 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Viertel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2001 und 2007 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden könnte.

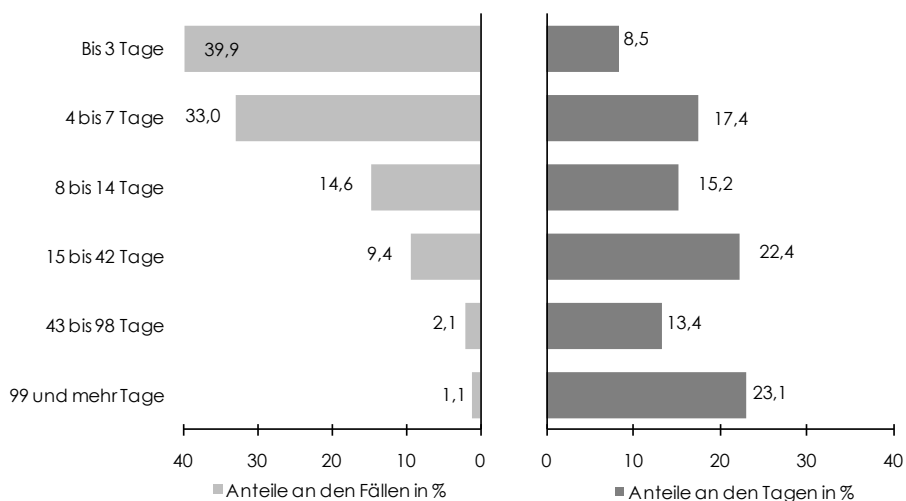
viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Nach einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller, 1998*) liegt der Anteil der Fälle von bis zu drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch wie in der jüngsten offiziellen Statistik (insgesamt durchschnittlich 11,3%).

Abbildung 5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2012



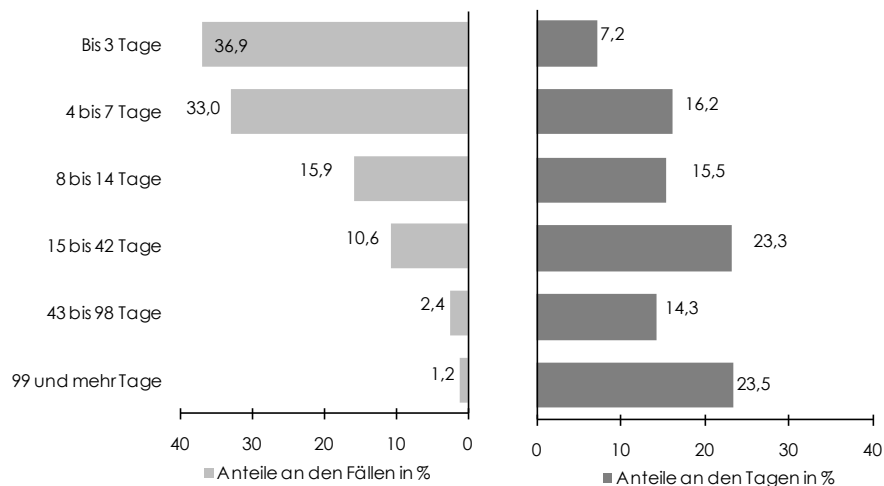
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2012



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2012



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

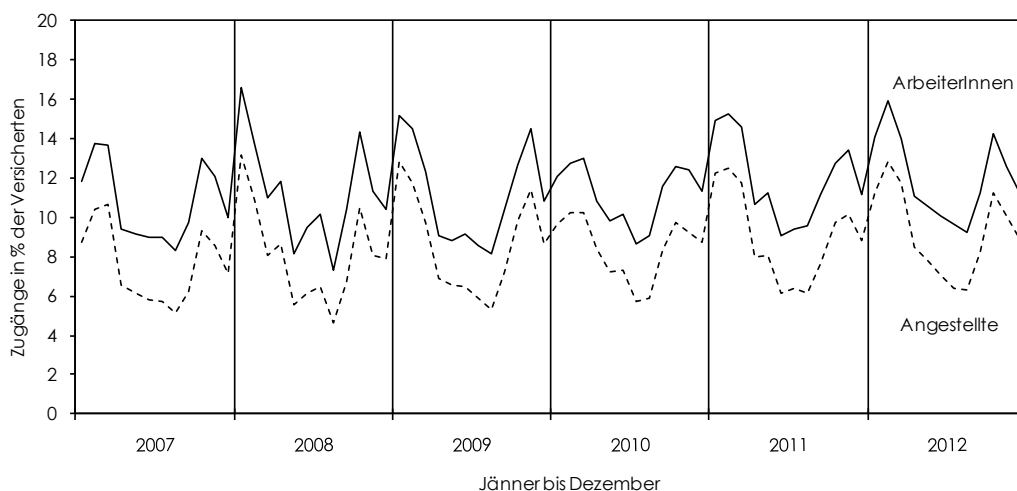
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der Krankenstandsstatistik erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Unterfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwas weniger als einem Krankenstandstag pro Jahr und Beschäftigten (das entspricht einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 7%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 11% (diese Schätzungen basieren auf Werte für das Jahr 2010). *Badura et al. (2008)* kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstands abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den Betriebsablauf und können hohe Folgekosten verursachen. Das betrifft insbesondere Kleinbetriebe, die weniger flexibel als Großbetriebe auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können sowie jene Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit einem hohen Sachkapitalaufwand (z. B. teure Maschinen) ausgestattet sind.

4. Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigen den Jahresverlauf von Zugängen in den Krankenstand und den Krankenstandsbestand zum jeweiligen Monatsende. Um die saisonalen Schwankungen im Beschäftigten- und Versichertenstand zu berücksichtigen, wurden die

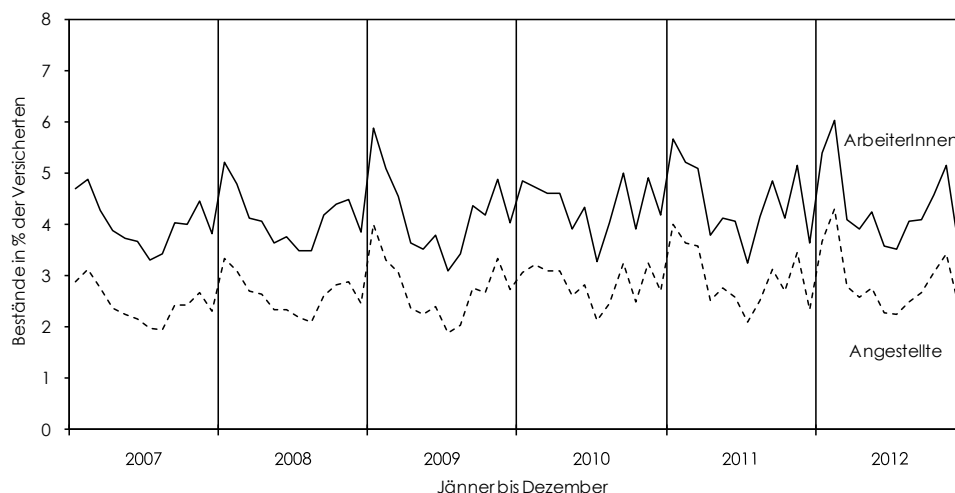
Krankenstände auf die Versicherten im entsprechenden Monat (Stichtag Monatsende) umgelegt. Je nach Jahr treffen die meisten Krankenstandsfälle im Jänner oder Februar ein. Während des Frühlings und des Sommers nimmt die Anzahl der Neuzugänge in den Krankenstand ab, der Herbstanfang verzeichnet regelmäßig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

Abbildung 8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

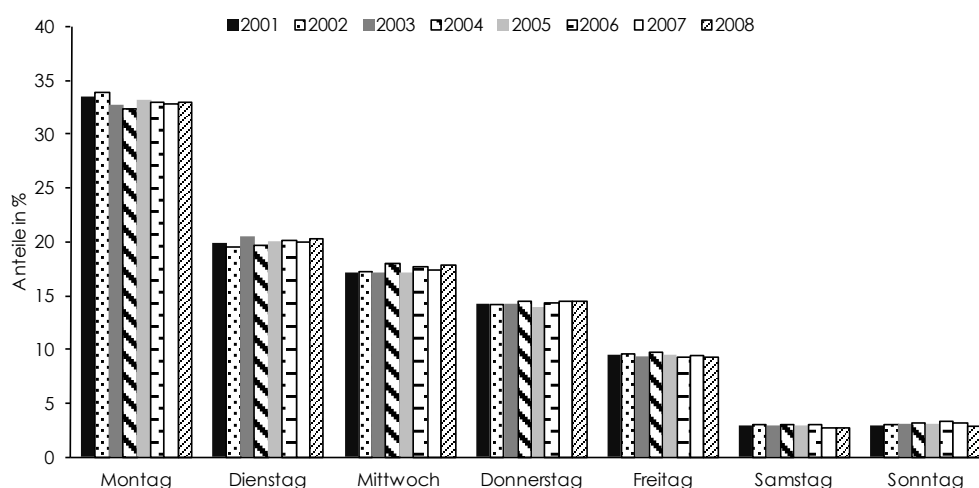
Abbildung 9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2008 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner 2008 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller ArbeiterInnen und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009 und 2011 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesem Jahr sein dürfte. Im Jahr 2012 ist im Februar ein Spitzenwert zu verzeichnen.

Abbildung 10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



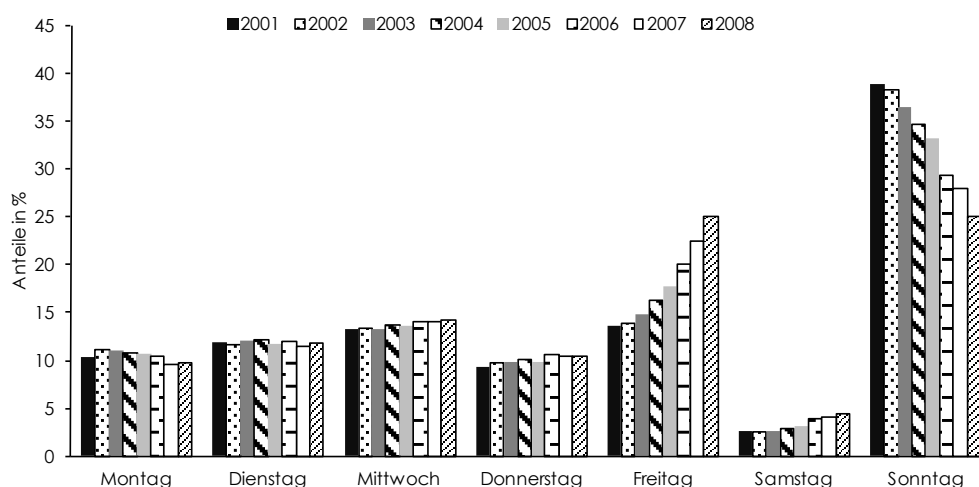
Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹³⁾. 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 ÄrztInnen und PatientInnen 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 10 zeigt, entfallen allerdings kaum

¹³⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen des Individualdatensatzes der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011, S. 66f). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich sowie neuere Daten für Oberösterreich liegen nicht vor.

Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte einen Arzt bzw. eine Ärztin aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, 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 knapp 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 eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

Abbildung 11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die meisten Krankenstandsepisoden werden entweder an einem Freitag oder an einem Sonntag (je ein Viertel aller Fälle) beendet (Abbildung 11). Es gibt kaum Fälle, die am Samstag zu Ende gehen, auch die Zahlen der Krankenstandsbeendigungen am Montag und Donnerstag sind unterdurchschnittlich. Dieses Muster lässt sich vermutlich mit der Tatsache erklären, dass sich der Arzt bei Krankheitsfällen, die in die zweite Wochenhälfte fallen, oftmals veranlasst sieht, das Wochenende als Genesungsperiode zu inkludieren. Zudem ist es nicht unüblich, 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, ArbeitnehmerInnen gehen direkt wieder in die Arbeit. Da der Montag für die Mehrheit der Beschäftigten der erste tatsächliche Arbeitstag ist, wird der vorangehende Sonntag als Ende der Krankheitsepisode auf der Krankmeldung festgehalten. Im Laufe der letzten Jahre nahm der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, allerdings deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen bis Sonntag zurückging¹⁴). Das trifft besonders auf Krankenstandsepisoden von ein oder zwei Wochen zu. Vermutlich sehen sich die Ärzte heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin zu vereinbaren. Zugleich hat auch der Anteil an Kurzkrankenständen, die sich naturgemäß nur selten auf das Wochenende erstrecken, zugenommen (siehe Kapitel 3)¹⁵).

Für Österreich kann pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingehen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent ist: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende beginnen, wird die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt fließen die Wochentage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfallen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die Krankheit tatsächlich vielleicht schon am Samstag nicht mehr bestand. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2008 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) würde allerdings dazu führen, dass der statistisch erfasste Krankenstand die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzt. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, würden mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst werden, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt werden würde. Ein solches Muster prägt die statistische Erfassung von Krankenständen in Deutschland. Die Daten aus dem deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2013*) zeigen hinsichtlich des Krankenstandbeginns eine Verteilung, die sich stark mit der österreichischen deckt. In Deutschland endet aber fast die Hälfte (44,2%) der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gehen, ist nicht höher als an anderen Tagen. Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 13,5% der Fälle zu Ende gehen, entfallen in Deutschland auf die restlichen Tage jeweils etwa 6% bis 9% der Krankenstandsbeendigungen.

5. Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

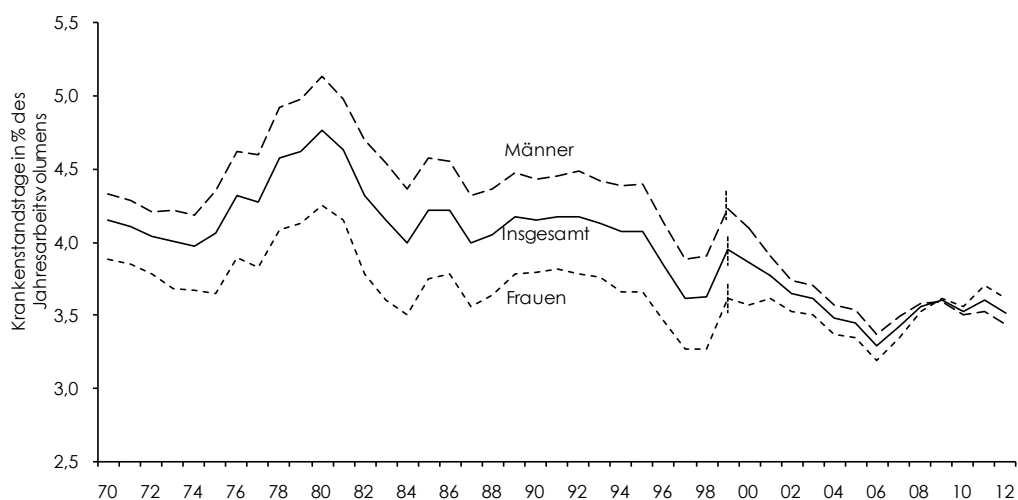
Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen.

¹⁴) In dieser Periode zwischen 2001 und 2008 sank in Oberösterreich der Anteil der Krankenstandsbeendigungen am Sonntag von 39% auf 25%, jener am Freitag stieg von 14% auf 25%.

¹⁵) Das legt den Schluss nahe, dass die Zunahme der Kurzkrankenstände zum Teil auf eine Verkürzung von Krankenstandsepisoden zurückzuführen ist, die früher infolge der Krankschreibung über das Wochenende mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen.

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

Abbildung 12: Krankenstandsquote nach Geschlecht
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem statistischen Bruch und vor allem in der Datenreihe der Frauen zu einem Niveausprung.

In Österreich waren – genauso wie in Deutschland – in der Vergangenheit die Krankenstandsquoten der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet und dann wieder verringert. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote

der Männer etwa 25% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden Jahren deutlich reduziert. Wie aus Abbildung 12 hervorgeht, näherten sich die beiden Quoten vor allem in den jüngsten Jahren weiter an. 2009 waren erstmals die Fehlzeiten von Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)¹⁶⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer geringfügig unter jener der Frauen. 2012 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,4%, jene der Frauen 3,6%. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versicherungszahlen ohne Präsenzdiener und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und Frauen für das Jahr 2009 mit respektive 3,6% und 3,3% noch deutlich auseinander. Dennoch war bereits vor der Revision der geschlechtsspezifische Unterschied in den Krankenständen stark rückläufig, von 14,5% in 2000 auf 6,4% in 2009.

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. Die langfristige Angleichung der Fehlzeiten von Männern und Frauen muss jedenfalls vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse sowie des Strukturwandels am Arbeitsmarkt und in der Wirtschaft insgesamt betrachtet werden. Die starke Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen hat die Zusammensetzung der Beschäftigung nach Geschlecht aber auch nach Alter stark verändert. Die Zunahme an Frauen am Arbeitsmarkt macht sich nunmehr auch in jenen Altersgruppen bemerkbar, in denen überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten verzeichnet werden: So ist das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker gewachsen als es bei den Männern der Fall war. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen in den Güter produzierenden Bereichen gekommen. Wie noch in Abschnitt 5.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008, Abschnitt 2.6*), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) waren Frauen bereits in der Vergangenheit nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand. Auch

¹⁶⁾ Frauen waren in diesem Jahre bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)¹⁷⁾.

5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁸⁾. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 40 Jahren steigt die Quote wieder leicht an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 45 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der 25- bis 39-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation zur Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen müssen deshalb vor dem Hintergrund der geringen Besetzung dieser Kohorten betrachtet werden: 2012 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 119.600 Männer und 89.200 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 6,8% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 31.300 Männer und 9.100 Frauen (1,3% der Versicherten).

Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 5.400 Männer und 3.100 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Erwerbsquote, die bei den 50- bis 54-Jährigen 83,2% beträgt, fällt in der nächsten Altersgruppe auf gut 60% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf knapp 16% ab (Jahr 2012; Abbildung 13). Zudem steigt die Arbeitslosigkeit im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2012 mit 8,1%, jene der 60- bis 64-Jährigen mit 11,0% deutlich über dem Durchschnittswert von 7,0%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten ein starker Selektionsmechanismus am Werk ist, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁹⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 57 und 58 Jahren, für Frauen

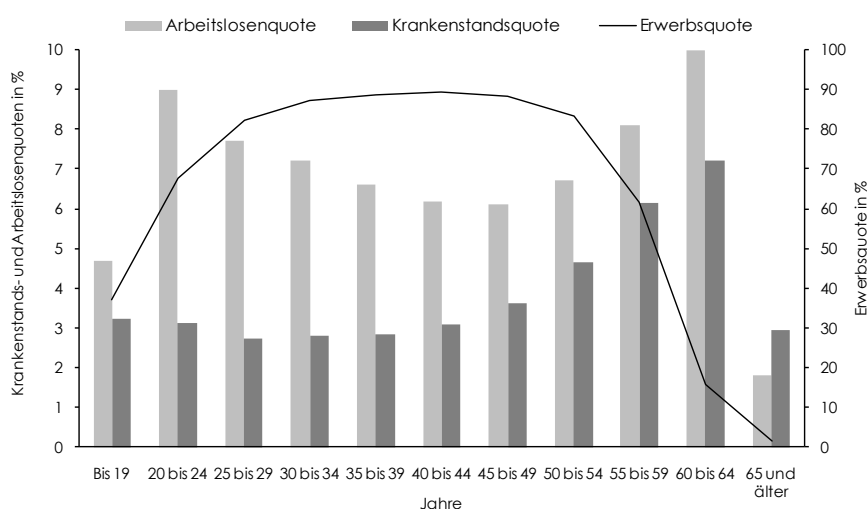
¹⁷⁾ Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen, wie die *Arbeitskräfteerhebung* und den *European Community Household Panel*, die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁸⁾ Im Jahr 2012 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 42%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 66%.

¹⁹⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet.

mit 57 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2011 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 4.877, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 9.106 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension²⁰). Diese Zahlen weisen mit Nachdruck darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlässt oder arbeitslos wird.

Abbildung 13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2012



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

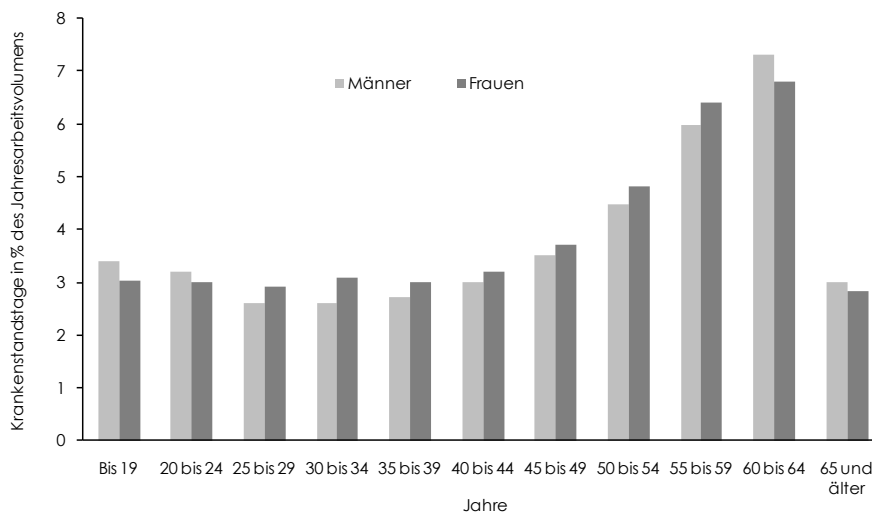
Wie man Abbildung 14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle²¹). Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 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 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Österreich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel – Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens

²⁰) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012*, Tabelle 3.31.

²¹) Die Möglichkeit eine dritte Dimension – jene der altersspezifischen Erkrankungsquoten – zu untersuchen, ist bei der vorliegenden Datenbasis nicht gegeben.

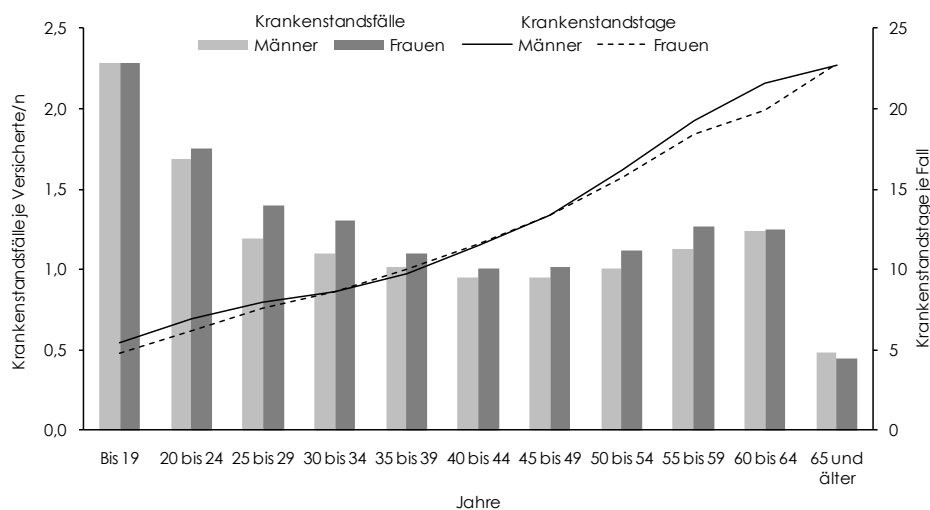
eine Rolle (Biffi, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

Abbildung 14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht Österreich, 2012



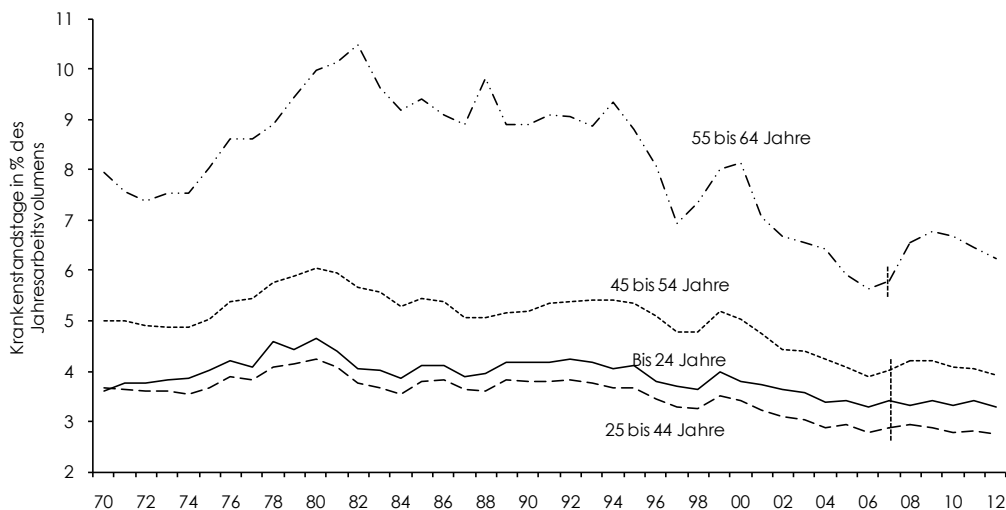
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht Österreich, 2012



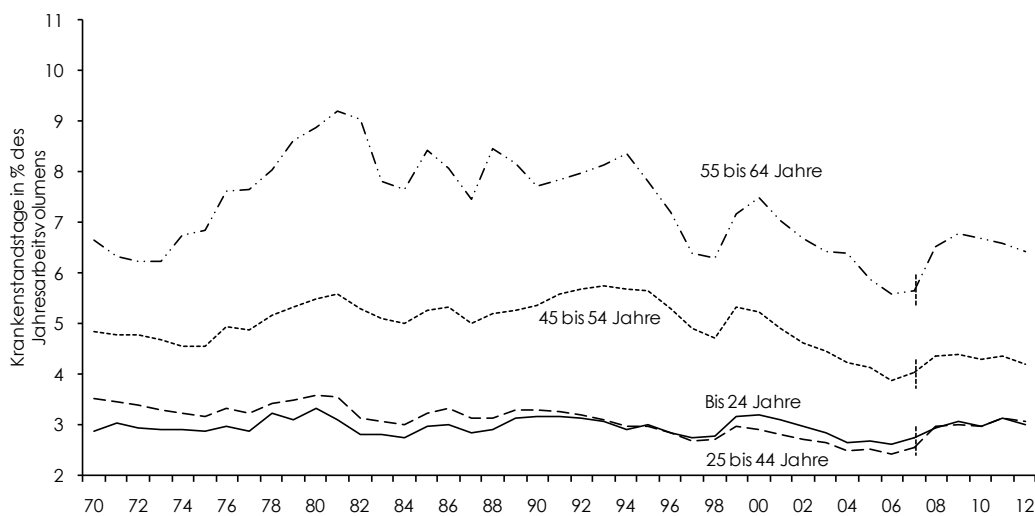
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Abbildung 17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbssalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen weitgehend konstant, und sinkt in den höchsten Altersgruppen weiter. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter merklich. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 6,0 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen mehr als dreimal so lang (21,2 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 16 und Abbildung 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. Leichte Abweichungen von diesem gemeinsamen Muster sind dabei durchaus möglich: So waren beispielsweise im Krisenjahr 2009 die Krankenstandsquoten der 25- bis 44-Jährigen gegenüber 2008 bei den Frauen konstant und bei den Männern leicht rückläufig, während jene der jüngeren und insbesondere der älteren Kohorten deutlich zunahm. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten²²⁾ 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, 2008A).

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich auf Ältere stärker als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (Bergendorff, 2003). 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.

²²⁾ 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.

Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinander gehalten werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²³). Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben.

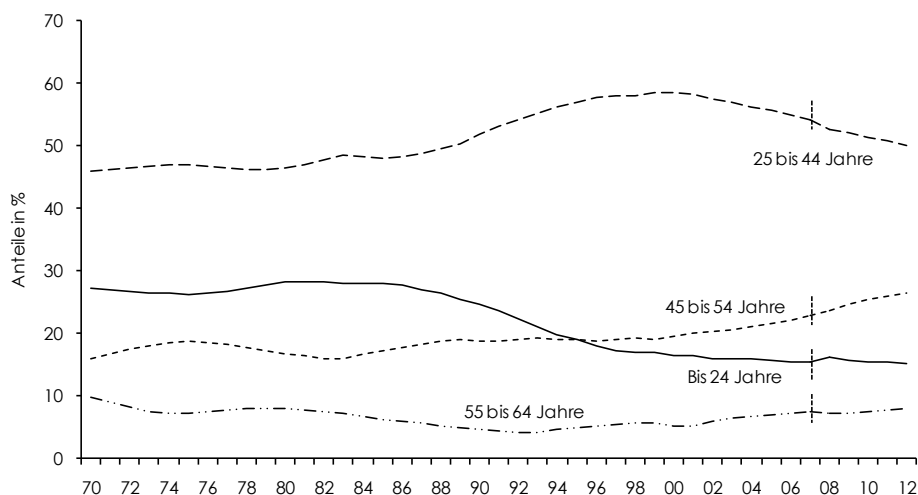
Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken (siehe *Leoni – Mahringer, 2008, S. 34ff.*). Die Berechnungen ergeben beispielsweise, dass der rapide Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und 1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. 17%) im Wesentlichen auf Änderungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen ist. Mit Ausnahme der Über-65-Jährigen verzeichneten alle Kohorten eine Steigerung der Krankenstandsquote, was sich aufgrund der Besetzung unterschiedlich stark auf das Gesamtbild auswirkte. Der relativ gesehen größte Beitrag zur Steigerung der Krankenstandsquote kam allerdings von der Personengruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung war dagegen vernachlässigbar bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkend.

Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten zwei Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 50,1%. Gleichzeitig ist der Anteil der Über-55-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2012 bei 8,1%. Dieser Trend wird sich, nicht zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der

²³) Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008*).

45- bis 54-Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der Unter-25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 15,1% (2012).

Abbildung 18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung die Krankenstandsquote um etwa ein Fünftel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um zwei Drittel eines Krankenstandstages (2012 gab es durchschnittlich 12,8 Krankenstandstage pro Kopf). Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2009 und 2010, zum Beispiel, hatte die Verschiebung der demographischen Struktur einen leichten negativen Effekt auf die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen und Angestellten. Dieser wurde allerdings durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2010 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. Auch für 2012 hätte die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung für sich genommen zu einer leichten Erhöhung der Krankenstandsquote geführt. Ein fünfmal so starker Effekt infolge einer Senkung der altersspezifischen Krankenstandsquoten ergab aber letztendlich einen Rückgang der Fehlzeiten gegenüber dem Vorjahr um etwa 2,5%.

Der negative Beitrag der demographischen Entwicklung nahm in den letzten Jahren zu, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation²⁴⁾ erst in den kommenden Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleich bleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und der Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in den kommenden Jahrzehnten einen durchschnittlichen Anstieg um zwei Krankenstandstage pro Kopf und Jahr bewirken werden (Leoni – Biffi – Guger, 2008A). Damit würden die durchschnittlichen Fehlzeiten zwar höher als gegenwärtig, aber noch deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und frühen 1990er-Jahre liegen.

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten entwickeln werden und inwiefern Verbesserungen im gesundheitlichen Zustand der älteren Beschäftigten die negativen Auswirkungen des demographischen Trends entschärfen können. Eine Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und eine stärkere Verbreitung von gesundheitlich förderlichen Verhaltensmustern können in diesem Hinblick eine positive Rolle spielen. Die zukünftige Entwicklung der Krankenstände wird aber auch davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz gestaltet. 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.

5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

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

²⁴⁾ Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

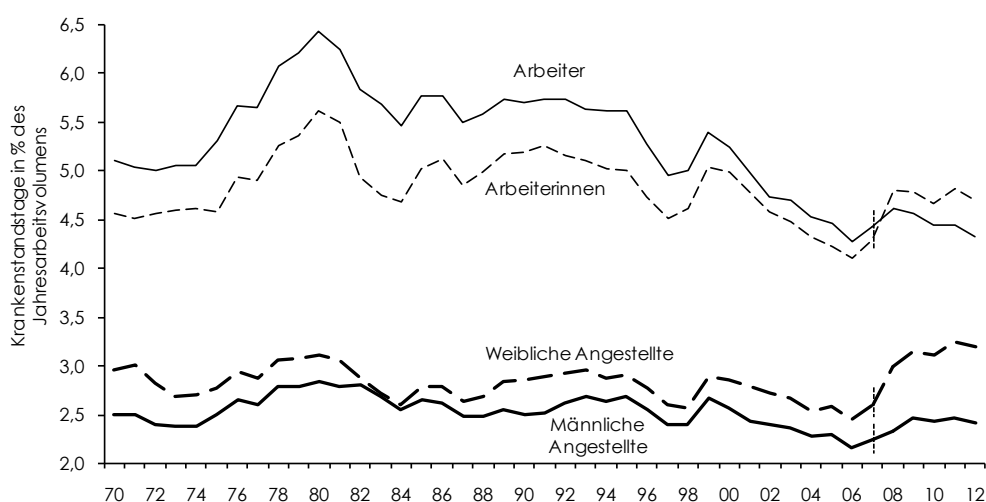
- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*);
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni, 2008*) bestätigen dieses Bild;
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- *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. Das niedrigere Einkommensniveau der ArbeiterInnen weist eine negative Korrelation mit Faktoren wie Ernährung und Erholungsmöglichkeiten auf, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den ArbeiterInnen vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zur Differenz in den Krankenstandsquoten der beiden Berufsgruppen bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit, als durch den Entgeltfortzahlungsfonds ein Anreiz zur vollständigen Erfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen gegeben war, eine größere Rolle gespielt haben als heute (siehe Abbildung 4).

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher als jene der Angestellten war (Abbildung 19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von ArbeiterInnen und Angestellten gekommen. Während vor zwanzig Jahren die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte und 90% Differenz. Im letzten verfügbaren Jahr (2012) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um 56% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen gut 16 Tage, die Angestellte

10½ Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,6 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁵⁾ spürbar waren.

Abbildung 19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in ArbeiterInnen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (8,8%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (32,2%). Für dieses Muster dürfte die Tatsache von entscheidender Bedeutung sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind. Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen kann diesbezüglich als Indikator für die Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Kranken-

²⁵⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der ArbeiterInnen an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/80 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden kann.

standsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 3)²⁶⁾. Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle nur geringfügig stärker bei den Männern als bei den Frauen aus.

Übersicht 3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich, 2011

| | Insgesamt | Krankenstandstage | | Krankenstandsquote | |
|---------------|------------|-------------------|--------------|--------------------|----------------------|
| | | Arbeitsunfälle | | Insgesamt | Um Unfälle bereinigt |
| | | Anzahl | Anteile in % | | |
| Insgesamt | 39.977.321 | 2.616.195 | 6,5 | 3,6 | 3,4 |
| Männer | 21.214.046 | 2.003.898 | 9,4 | 3,5 | 3,2 |
| Frauen | 18.763.275 | 612.297 | 3,3 | 3,7 | 3,6 |
| ArbeiterInnen | 21.360.302 | 2.057.686 | 9,6 | 4,6 | 4,1 |
| Männer | 14.361.666 | 1.731.919 | 12,1 | 4,4 | 3,9 |
| Frauen | 6.998.636 | 325.767 | 4,7 | 4,8 | 4,6 |
| Angestellte | 18.617.019 | 558.509 | 3,0 | 2,9 | 2,8 |
| Männer | 6.852.380 | 271.979 | 4,0 | 2,5 | 2,4 |
| Frauen | 11.764.639 | 286.530 | 2,4 | 3,3 | 3,2 |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 anerkannt²⁷⁾. 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 werden²⁸⁾. 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 in Arbeiterberufen die höchste Konzentration an unfallbedingten Fehlzeiten aufweisen, findet allerdings Bestätigung (Leoni – Biffl – Guger, 2008A).

²⁶⁾ Aufgrund einer Umstellung der Gliederung nach Krankenstandsursachen in der *Krankenstandsstatistik* 2012 kann diese Bereinigung nur noch bis zum Jahr 2011 durchgeführt werden.

²⁷⁾ 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.

²⁸⁾ So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2011 etwa 1,56 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 2,62 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

Übersicht 4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2012

| | Insgesamt | Männer In % | Frauen |
|---|-----------|----------------|--------|
| <i>Wirtschaftsklassen der ÖNACE 2008</i> | | | |
| A Land- und Forstwirtschaft, Fischerei | 2,3 | 2,4 | 2,2 |
| B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden | 3,7 | 3,8 | 2,5 |
| C Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren | 3,8 | 3,8 | 3,9 |
| D Energieversorgung | 3,5 | 3,5 | 3,1 |
| E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| F Baugewerbe, Bau | 3,7 | 3,9 | 2,6 |
| G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen | 3,3 | 3,1 | 3,5 |
| H Verkehr und Lagerei | 4,2 | 4,2 | 4,3 |
| I Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie | 3,0 | 2,5 | 3,3 |
| J Information und Kommunikation | 2,3 | 2,0 | 2,8 |
| K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen | 2,6 | 2,3 | 2,9 |
| L Grundstücks- und Wohnungswesen | 3,2 | 2,6 | 3,6 |
| M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen | 2,1 | 1,8 | 2,3 |
| N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen | 4,6 | 4,5 | 4,8 |
| O Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung | 4,0 | 3,8 | 4,1 |
| P Erziehung und Unterricht | 2,4 | 1,9 | 2,8 |
| Q Gesundheits- und Sozialwesen | 4,1 | 3,9 | 4,2 |
| R Kunst, Unterhaltung und Erholung | 2,9 | 2,9 | 3,0 |
| S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen | 3,2 | 2,9 | 3,4 |
| T Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt | 2,5 | 1,8 | 2,6 |
| Insgesamt | 3,5 | 3,4 | 3,6 |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Die Branche "Extraterritoriale Organisationen und Körperschaften" sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, werden nicht angeführt.

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen für das Jahr 2012 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 4)²⁹⁾. Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote der Branche aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte

²⁹⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk als bisher auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise knapp 19% bzw. 17% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,5% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen, wie die Land- und Forstwirtschaft, die Energieversorgung, die Wasserversorgung und der Bergbau umfassen weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2012 können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage fällt im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 3,8%, sie betrug für Männer 3,8% und für Frauen 3,9%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,7%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,9%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,6%).
- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen lag die Krankenstandsquote im Durchschnitt (3,5%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,1%).
- Sowohl der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung als auch das Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten sehr hohe Krankenstandsquoten (4,0% bzw. 4,1%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,4%) lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.

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. So gingen beispielsweise im österreichischen Bauwesen 2005 rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurück (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den

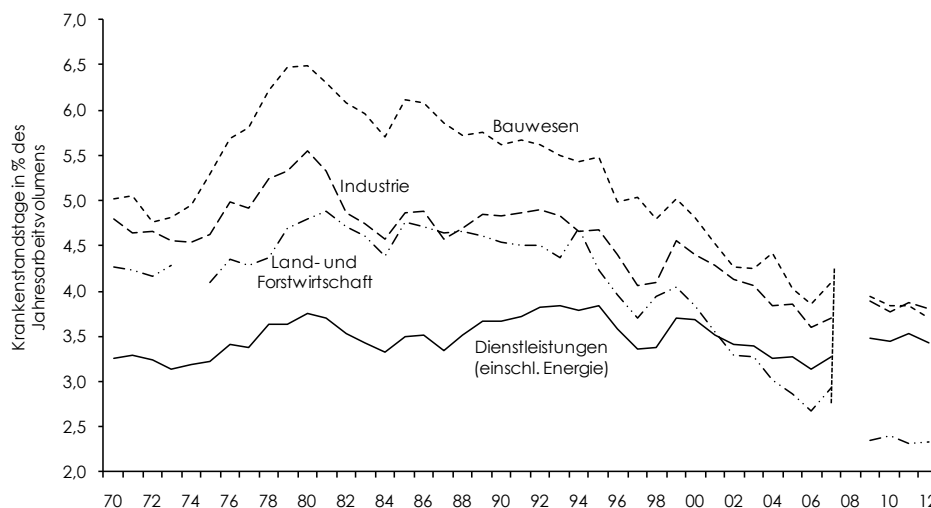
Dienstleistungen hatte nur der Bereich "Verkehr- und Nachrichtenübermittlung" einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%). Eine Bereinigung um die Arbeitsunfälle führt erwartungsgemäß zu einer Reduktion der Abstände zwischen den Branchen im Dienstleistungsbereich und im Güter produzierenden Sektor. Dennoch zeigen die Berechnungen, dass auch nach einer solchen Bereinigung das Gefälle zwischen den Sektoren erhalten bleibt (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*).

Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Jahr 2012 lag die Krankenstandsquote der Männer um 50% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen, wie Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation, weisen Frauen höhere Krankenstände als Männer auf. Im Bereich Kunst, Unterhaltung, Erholung sind Frauen und Männer dagegen annähernd gleich viel im Krankenstand.

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Branchen der Industrie, allen voran die Branchen der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, weisen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor; die Krankenstandsquote im Bauwesen entfernte sich hingegen stärker von den restlichen Branchen. Seit Beginn der 1990er-Jahre glich sich das Krankenstandsgeschehen im Dienstleistungs- und Industriebereich weiter an, die entsprechenden Zeitreihen haben einen ähnlichen, leicht konvergierenden Verlauf. In der Zwischenzeit ging die Krankenstandsquote im Bauwesen deutlich

stärker als in den anderen Sektoren zurück und näherte sich damit erneut dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Abbildung 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. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 liegen für 2008 keine Werte vor. Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

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*, 2012) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (132.357 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) zumindest bis zum Jahr 2011 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst veröffentlicht, dieser Bericht bezieht sich allerdings auf das Jahr 2010 (*Bundeskanzleramt*, 2011). 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 Bundeskanzleramts geht hervor, dass 2011 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,2% und jene der Vertragsbediensteten 2,9% betrug (Übersicht 5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,6%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssek-

toren 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 3,4% (2011). 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 2011 um fast einen Prozentpunkt (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,7% gegenüber 3,6%, Übersicht 5).

Übersicht 5: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

| | | Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle | Krankenstands- tage | Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen | Krankenstands- quote in % |
|---|------|---|------------------------|---|------------------------------|
| BeamtInnen | 2008 | 940 | 14.334 | 15,3 | 3,9 |
| | 2009 | 1.000 | 14.849 | 14,9 | 4,1 |
| | 2010 | 962 | 14.905 | 15,5 | 4,1 |
| | 2011 | 978 | 15.471 | 15,8 | 4,2 |
| ASVG-Versicherte des Bundes | 2008 | 726 | 10.610 | 14,6 | 2,9 |
| | 2009 | 769 | 10.659 | 13,9 | 2,9 |
| | 2010 | 696 | 10.263 | 14,7 | 2,8 |
| | 2011 | 703 | 10.585 | 15,1 | 2,9 |
| BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes | 2008 | 856 | 12.827 | 15,0 | 3,5 |
| | 2009 | 908 | 13.104 | 14,4 | 3,6 |
| | 2010 | 850 | 12.892 | 15,2 | 3,5 |
| | 2011 | 860 | 13.298 | 15,5 | 3,6 |
| ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte ¹⁾ | 2008 | 816 | 12.247 | 15,0 | 3,4 |
| | 2009 | 823 | 12.387 | 15,0 | 3,4 |
| | 2010 | 777 | 12.043 | 15,5 | 3,3 |
| | 2011 | 805 | 12.269 | 15,2 | 3,4 |
| ASVG-versicherte Angestellte ¹⁾ | 2008 | 659 | 9.150 | 13,9 | 2,5 |
| | 2009 | 699 | 9.639 | 13,8 | 2,6 |
| | 2010 | 647 | 9.453 | 14,6 | 2,6 |
| | 2011 | 673 | 9.774 | 14,5 | 2,7 |

Q: *Bundeskanzleramt* (2012). Die Werte in dieser Übersicht decken sich nur zum Teil mit jenen aus den entsprechenden Übersichten früherer Fehlzeitenreports. Die Zahlen für den ASVG-Bereich wurden rückwirkend angepasst, um die Änderung in der Erfassung der Versicherten (d. h. die Bereinigung um Präsenzdienler und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen) zu berücksichtigen. Die Auswertungen des Personalinformationssystems des Bundes beinhalteten diese Personengruppen auch in Vergangenheit nicht, wodurch keine Anpassung der Krankenstandsquoten von BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes notwendig war. – ¹⁾ WIFO-Berechnungen.

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 5.2 geht hervor, dass das Alter der Beschäftigten einen wesentlichen Erklärungsfaktor für die Höhe der Fehlzeiten darstellt. Das überdurchschnittliche Alter der Beschäftigten im Bundesdienst verzerrt die Krankenstandsquote nach oben: 2011 waren 36% der Bundesbediensteten³⁰⁾, aber nur 19,2% der ASVG-Versicherten älter als 50 Jahre (bei den Angestellten waren es ebenfalls 19,1%). 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 3,0%, der Abstand zu den Bundesbediensteten verringert sich auf 0,6 Prozentpunkte.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankheitsmuster auf (*Bundeskanzleramt*, 2011). Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die etwa ein Fünftel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2010 eine Krankenstandsquote von 5,2% bzw. 4,5%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflegedienst (6,5%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,6%), LehrerInnen (2,2%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (1,9%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 5,0% auf.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitenauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2010 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 647 Arbeitstage³¹⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote

³⁰⁾ Informationen zur Altersstruktur der Bundesbediensteten können der Publikation zum Personal des Bundes (*Bundeskanzleramt*, 2012) bzw. dem dazu gehörenden Kurzfolder entnommen werden. 2011 waren 10,5% der Bundesbediensteten jünger als 30 Jahre, 18,7% zwischen 30 und 39 Jahren, 34,6% zwischen 40 und 49 Jahren und 36% älter als 50 Jahre.

³¹⁾ Die Auswertungen des Bundeskanzleramts beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedingungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (*Oppolzer, 2000*). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (*Marstedt et al., 2001*). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen ArbeitgeberInnen³²).

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (*Bundeskanzleramt, 2011*) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2010 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 15,4 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits

³²) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009*) wurde im Jahr 2006 die Beschäftigungsquote von begünstigten Behinderten im Bund zu 95,6% erfüllt (5.834 von 6.102 Pflichtstellen waren besetzt), in einer Durchschnittsbetrachtung kamen sämtliche einstellungspflichtige ArbeitgeberInnen nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (60.053 von 92.551 Pflichtstellen waren besetzt).

bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. Die 55- bis 59-Jährigen sind am häufigsten im Krankenstand, während in Folge des "Healthy-Worker"-Effekts die Krankenstandsquote bei älteren Kohorten wieder sinkt. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer um gut 13% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2010 entfielen fast 64% aller Krankenstandsepisoden und über ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,4 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* waren es bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,8 Tage³³). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

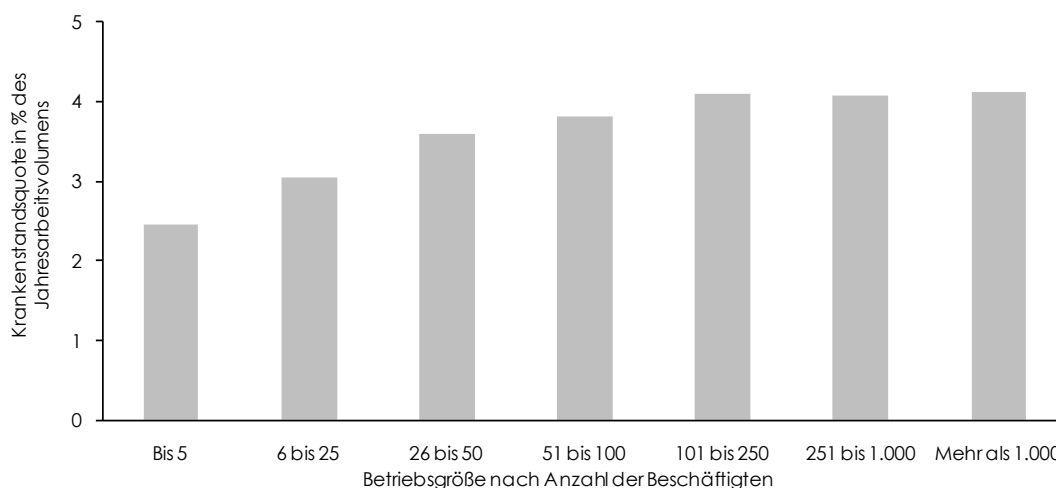
Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden. Diese Lücke konnte zumindest teilweise mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)³⁴ gefüllt werden, wobei sich die Auswertungen auf das Jahr 2007 beschränken. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Demnach lag 2007 die Krankenstandsquote in Betrieben mit 51 bis 250 Beschäftigten bei 3,1%, in Betrieben mit über 250 Beschäftigten rund ein Drittel höher als in Betrieben mit maximal 50 Beschäftigten. Abbildung 21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und

³³) Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von bis zu drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstage und Kalendertage hier unberücksichtigt bleiben kann.

³⁴) Für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni* (2011, S. 66f.).

Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings bleibt sie in den höheren Betriebsgrößeklassen weitgehend konstant.

Abbildung 21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößeklasse
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2008) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in Betrieben bis 1.000 Beschäftigte ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder geringere Krankenstandsquoten³⁵. *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. In einem großen Unternehmen kann der Ausfall einer Arbeitskraft besser als in einem kleinen durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkraftet werden, die Kosten eines einzelnen Krankenstandtages sind *ceteris paribus* in einem großen Unternehmen geringer als in einem kleinen (*Barmby – Stephan*, 2000, *Weiss*, 1985). Damit dürfte in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer sein als in Kleinbetrieben.

Der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenständen muss aber auch vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Vor allem die Sachgüter erzeugenden Bereiche der Wirtschaft weisen eine großbetriebliche

³⁵ Die Berechnungsergebnisse in *Badura et al.* (2008) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die Autoren die Betriebsgröße an der Zahl der AOK-Mitglieder im Betrieb, wodurch in der Regel nur ein Teil der gesamten Belegschaft erfasst wird. Zudem schließen sie Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.

Struktur auf, Klein- und Kleinstbetriebe spielen dort nur eine untergeordnete Rolle. In diesen Branchen sind die Beschäftigten allerdings infolge der höheren Arbeitsbelastungen und Unfallgefährdung auch einem höheren Krankenstandsrisiko ausgesetzt als jene im Dienstleistungssektor (siehe Abschnitt 5.3).

Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Branchen- und Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden. Entsprechende Auswertungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008) haben gezeigt, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede ergeben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieser Beziehung sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht.

6. Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

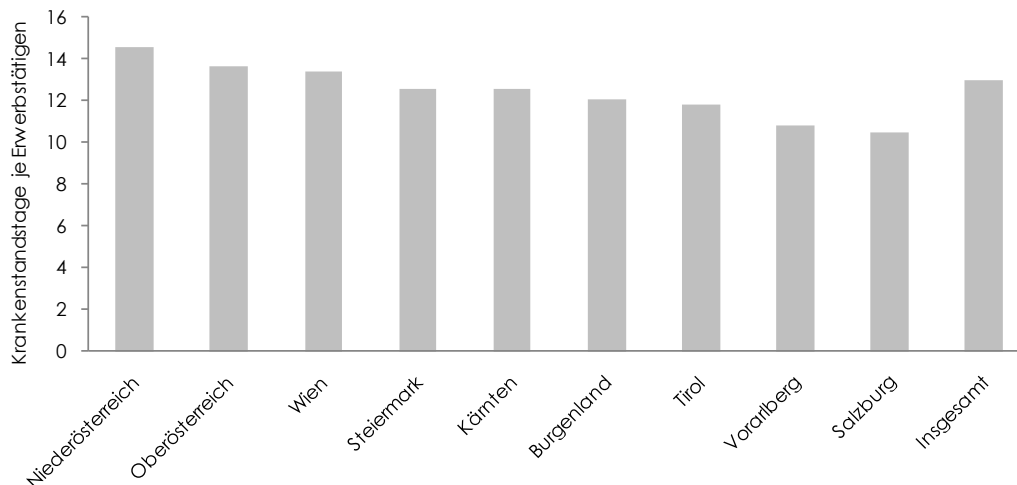
Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 94% (2012)³⁶). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³⁷).

Die Werte aus dem Jahr 2012 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 13,0 Tagen je Erwerbstätigen marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Versicherten (12,8) liegt. Die niederösterreichische, oberösterreichische und Wiener Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,6, 13,6 und 13,4 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 22). Die Gebietskrankenkassen Steiermark (12,6) und Kärnten (12,5) lagen nahe am bundesweiten Durchschnitt, während die Versicherten in Burgenland (12,0), Tirol (11,8) und Vorarlberg (10,8) weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer verzeichneten. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 10,5 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,9% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,6%) und um 30% unter dem niederösterreichischen (4,0%) Wert.

³⁶) Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie sieben Betriebskrankenkassen. Diese Versicherungsträger sind nicht bzw. nur mit Einschränkungen regional zuordnenbar.

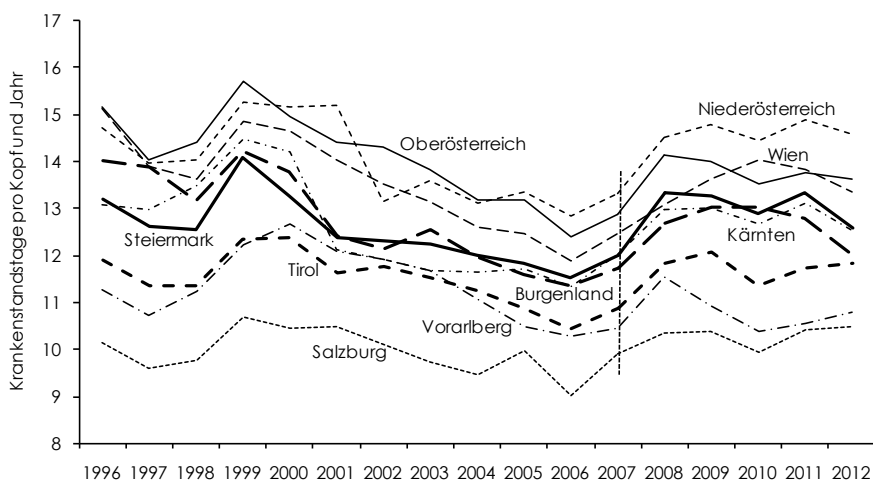
³⁷) Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gebietskrankenkassen inkludiert sind, weicht die Krankenstandsquote für Österreich (2012 3,5%) marginal von jener der Summe der Gebietskrankenkassen (2012 3,6%, siehe Übersicht 6) ab.

Abbildung 22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2012



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2012) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Wien 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 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauf folgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

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, Oberösterreich und Wien. In Abschnitt 5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe 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 regionalen Differenzen. Einerseits kann dadurch aufgezeigt werden, wie hoch die Krankenstände der einzelnen Gruppen von Beschäftigten in den Bundesländern sind; andererseits ist die Bedeutung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten in den Gebietskrankenkassen zu berücksichtigen.

Übersicht 6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2012

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,8%) und Arbeiter (4,6%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Frauen und Männer lagen mit ihren Krankenständen am

Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen zwar auch die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,4% bzw. 2,5% über dem bundesweiten Durchschnitt (4,3% und 2,4%), aber vor allem die Frauen verzeichneten sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,6%) als auch in Angestelltenberufen (3,7%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,7% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt mit 3,7% nur eine um 0,1 Prozentpunkt höhere Krankenstandsquote hatte als der Durchschnitt aller Bundesländer (3,6%). In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Bei der Gebietskrankenkasse Salzburg ist ebenfalls für alle Gruppen (mit Ausnahme der weiblichen Angestellten, die etwas öfter als in Vorarlberg krank waren) das gleiche Muster beobachtbar, auch wenn es sich hierbei um unter- und nicht um überdurchschnittliche Werte handelt: Sowohl die Arbeiterinnen (3,7%) und Arbeiter (3,6%) als auch die männlichen Angestellten (1,9%) hatten 2012 die niedrigste Quote aller Bundesländer.

Übersicht 7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2012

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2012. In der zweiten Datenspalte wird dagegen an-

geführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁸⁾. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,9% belaufen, was einem Plus von knapp 6% entspricht. In den anderen Bundesländern (mit Ausnahme von Vorarlberg) führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland und in Tirol.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Wien, Niederösterreich und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und in Oberösterreich) auf die Krankenstände auswirkt. Andererseits liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁹⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbpendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den

³⁸⁾ Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 6).

³⁹⁾ So waren beispielsweise ArbeiterInnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

7. Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom HVS auf die Klassifizierung nach ICD-10⁴⁰⁾ umgestellt, dadurch wurden die Diagnosegruppen stärker zusammengefasst und manche Detailgruppen werden nicht mehr gesondert ausgewiesen (z. B. Unfälle). Für Vergleichszwecke wurden die Krankheitsgruppen der letzten 20 Jahre vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 8). 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 fünf häufigsten Krankheitsgruppen vier Fünftel (79,9%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (70,1%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage, sind die fünf dominierenden Gruppen für knapp drei Viertel (74,5%) aller gemeldeten Krankenstandstage (sowie 76,8% der Fälle) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme⁴¹⁾ handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen knapp 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen⁴²⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 17,3% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie "bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten" (zu denen unter anderem infektiöse Darmkrankheiten zählen).

⁴⁰⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

⁴¹⁾ "Symptome und abnorme klinische Laborbefunde" gehören zu den fünf häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. "Psychische und Verhaltensstörungen" sind bei den Krankenstandsfällen nur an 8. Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an 4. Stelle.

⁴²⁾ Rund 50% der Fälle und Tage dieser Krankheitsgruppe waren 2011 auf Arbeitsunfälle als Wegunfälle, Nicht-Arbeitsunfälle und Sportunfälle zurückzuführen. Vergiftungen, die in der alten Gliederung ebenfalls eigens ausgewiesen wurden, haben einen marginalen Anteil am Krankenstandsgeschehen (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2011).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁴³⁾ und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, 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 Österreich⁴⁴⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

*Übersicht 8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2012*

| Krankheitsgruppen | Krankenstands- | Krankenstands- | Dauer der Fälle |
|--|----------------|----------------|-----------------|
| | fälle | tage | Ø Anzahl Tage |
| | Anteile in % | | |
| Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 14,3 | 22,3 | 16,5 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 35,4 | 19,6 | 5,8 |
| Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 9,6 | 17,3 | 19,0 |
| Psychische und Verhaltensstörungen | 2,3 | 8,6 | 39,1 |
| Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten | 15,2 | 6,6 | 4,6 |
| Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 5,4 | 4,2 | 8,2 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 5,2 | 3,8 | 7,9 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 2,0 | 3,7 | 19,0 |
| Neubildungen | 0,9 | 3,2 | 38,5 |
| Krankheiten des Urogenitalsystems | 2,4 | 2,3 | 10,0 |
| Krankheiten des Nervensystems | 2,0 | 1,9 | 10,1 |
| Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 1,0 | 1,3 | 13,8 |
| Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 1,2 | 1,2 | 11,2 |
| Übrige Ursachen | 0,5 | 1,2 | 26,4 |
| Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 0,4 | 0,8 | 21,0 |
| Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 0,9 | 0,8 | 8,7 |
| Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 0,9 | 0,7 | 8,5 |
| Diagnose nicht feststellbar | 0,3 | 0,2 | 6,1 |
| Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 0,1 | 0,1 | 20,8 |
| Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 0,1 | 0,1 | 17,5 |
| Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 0,0 | 0,0 | 16,4 |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 10,5 Tagen je Fall gibt nur

⁴³⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

⁴⁴⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2012 wurden vier von zehn Sterbefällen (42,7% bzw. 33.931 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,6 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (5,8 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,9 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (16,5 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (39,1 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei knapp 40 Tagen.

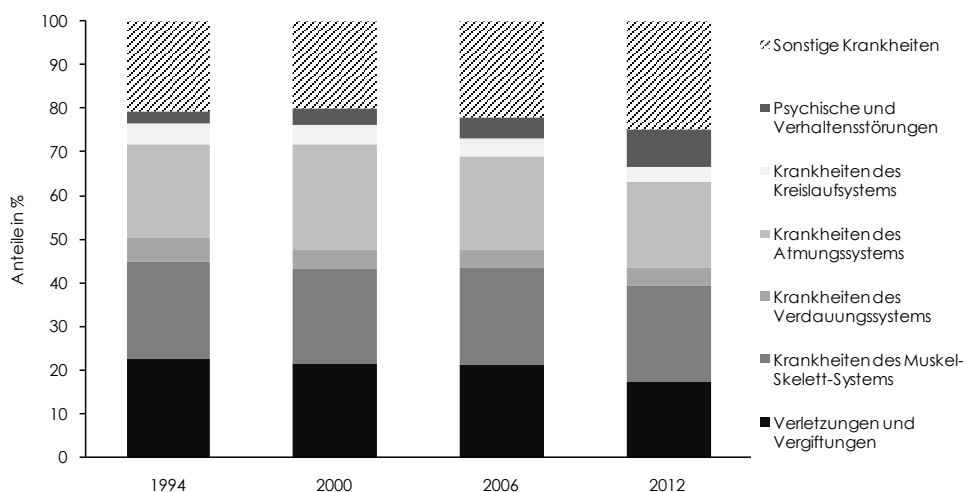
Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern 2-mal so häufig wie bei Frauen⁴⁵). 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 ein Sechstel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt gut zwei Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen), Männer sind knapp ein Siebtel weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um ein Drittel höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2012 auf 100 Männer im Schnitt 2 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 3,8 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf doppelt so hoch wie 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 wie die des Atmungssystems.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber bereits in der Vergangenheit anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe *Leoni – Biffl – Guger, 2008A*). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. 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

⁴⁵) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

konstant ab; im Haupterwerbssalter 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 ein Zehntel der Krankenstandsfälle und der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte wird 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.

Abbildung 24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich



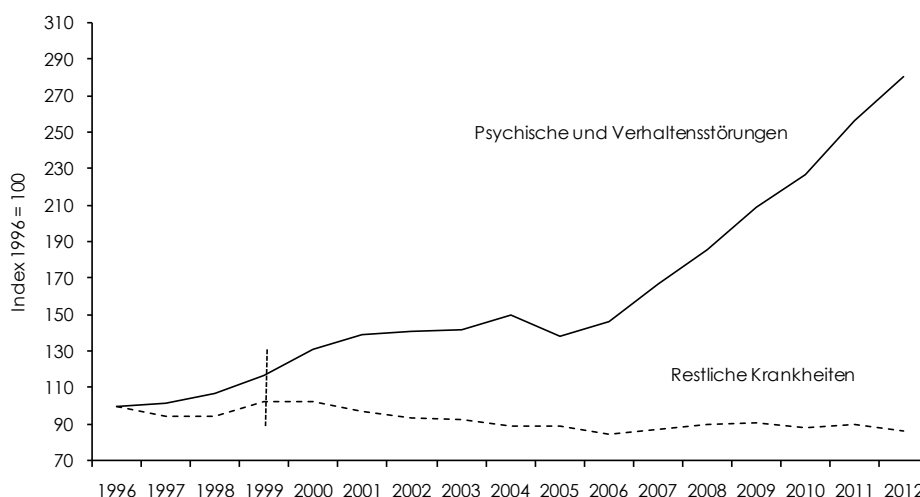
Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 24 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die ÄrztInnen beeinflusst wird. Die Bedeutung von Verletzungen und Vergiftungen, die u. a. alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten zusammenfassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigter Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2012 waren es nur noch 2,2 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Kranken-

standsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die allerdings einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (jeweils knapp 4%), gingen dagegen leicht zurück.

Ähnlich wie die eben beschriebenen Gruppen entwickelten sich auch die Krankheiten des Atmungssystems. Ihr Anteil nahm seit 1994 leicht ab (1994 21,3%, 2012 19,6%), was sich deutlich in der durchschnittlichen Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf widerspiegelt (1994 3,2 Tage, 2012 2,5 Tage). Die Entwicklung der Krankenstandstage, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, ist auch im kurzfristigen Vergleich von Interesse, weil sie einen Anhaltspunkt zur Intensität von Grippewellen geben kann. Zwischen 2012 und 2011 ging die Zahl der Krankenstandsfälle in dieser Krankheitsgruppe in einer absoluten Betrachtung um fast 34.000 Einheiten zurück, was einem Rückgang um 2,5% (bzw. um 4,2% pro Kopf) entspricht. Aufgrund einer leichten Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer in dieser Kategorie, war der Rückgang der Krankenstandstage noch etwas stärker ausgeprägt (-7,8% pro Kopf). Verglichen mit 2010 hatten die Erkrankungen des Atmungssystems 2011 dagegen absolut betrachtet um 4,2% und pro Kopf um 2,1% zugenommen. Die Entwicklung der Atemwegserkrankungen deckt sich somit mit dem Muster der allgemeinen Krankenstandsquote der vergangenen beiden Jahre, ein Zeichen dafür, dass jährliche Schwankungen in der Krankenstandsquote auch die Folge von Schwankungen in der Intensität und Verbreitung von grip-palen Infekten und anderen wiederkehrenden, ansteckenden Erkrankungen der Atemwege sind.

Abbildung 25: Entwicklung der psychischen Krankheiten
Krankenstandstage pro Kopf, Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen (Abbildung 25). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen fast verdreifacht, auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. 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 nach wie vor 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 (2011).

8. Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

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

Als Basis für die vorliegende Zusammenstellung dienen Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur

Verfügung gestellt wurden. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2012 waren 2,9 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 87% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 102.226 anerkannten Arbeitsunfällen und 12.252 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2011 wurden 92.311 (90%) bzw. 10.665 (87%) bei der AUVA erfasst⁴⁶. Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

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

8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

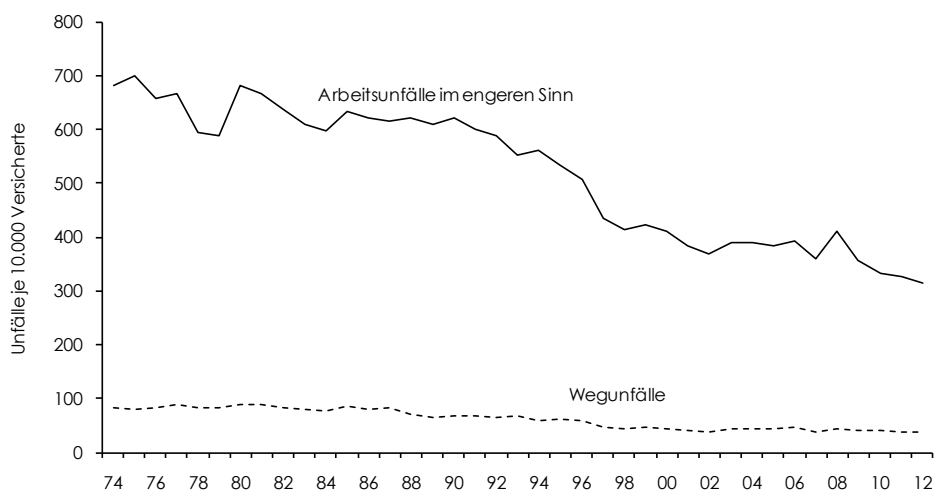
Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, so dass 2012 die Unfallquote mit 351 Unfällen auf 10.000 Versicherte ihren tiefsten Stand seit 1974 erreichte. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2012 waren es 3,5%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2012 3,1%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2012 um 50% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant

⁴⁶) Diese Daten stammen dem "Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2012", Tabelle 4.02. Die entsprechenden Werte für 2012 erscheinen in der nächsten Ausgabe des Handbuchs und sind derzeit noch nicht verfügbar.

geblieben, zuletzt waren etwa 11% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 auf 38 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2012, was einer Verringerung von knapp 55% entspricht.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴⁷⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt: Für 2012 weist die Statistik der AUVA 155 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz aus.

Abbildung 26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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

⁴⁷⁾ Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

verschiebte sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen und hohem Technologieeinsatz, während arbeitsintensive und somit gefährlichere Produktionsprozesse in Drittländer verlagert wurden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte.

Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken. Ein weiterer Faktor, der sich günstig auf die Unfallquote auswirkt, ist rein statistischer Natur: Durch die starke Zunahme der Teilzeitbeschäftigung ist die Zahl der Versicherten stärker gestiegen als jene der geleisteten Arbeitszeit, wodurch sich die erfassten Arbeitsunfälle statistisch auf eine größere Zahl von Köpfen verteilen.

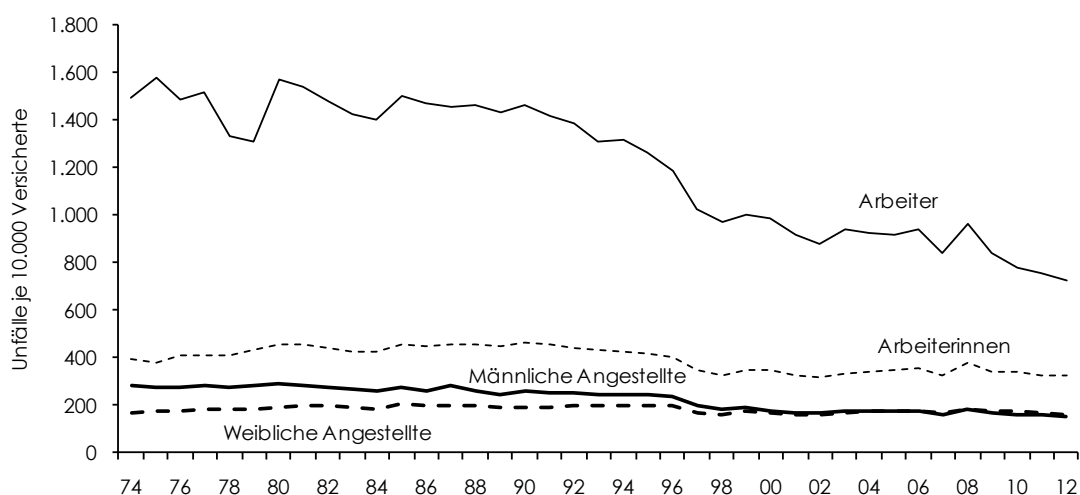
8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2012 für Männer 4,7%, für Frauen lag sie bei 2,1%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallohäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2012 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2012 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 605 (–46%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 158 (–30%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 150 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestellten-

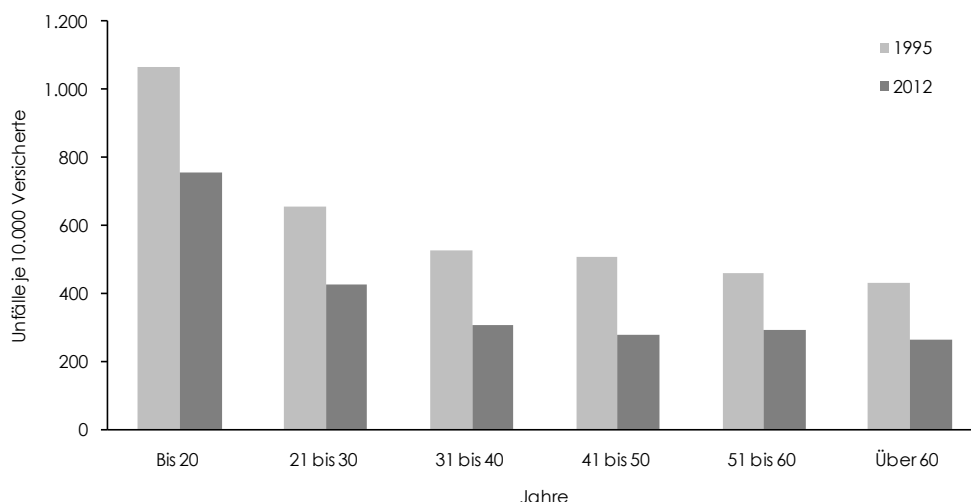
berufen 2012 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (164 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern mehr als die Hälfte (-57%), bei den Frauen gut ein Viertel.

Abbildung 27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 28: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen
Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



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

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2012 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Die einzelnen Branchen⁴⁸⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben das höchste Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2012 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Verkehr und Lagerei" und "Kunst, Unterhaltung und Erholung" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Der Bereich mit dem geringsten Unfallrisiko ist das Finanz- und Versicherungswesen, wo die Unfallquote unter 1% lag und somit ein Fünftel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

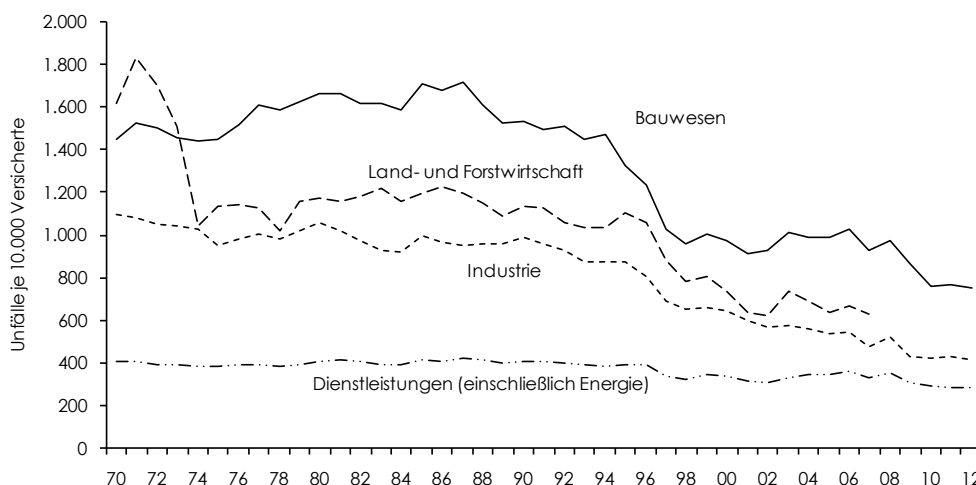
Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Wirtschaftsklassen-Gliederung zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Herstellung von Waren bzw. Industrie, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in

⁴⁸⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um mehr als ein Viertel zurückgegangen, in der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (-18%).

Langfristig ist es zu einer Angleichung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen, als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des Waren produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2012 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,5-Fache, im Bauwesen das 2,7-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Abbildung 29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)

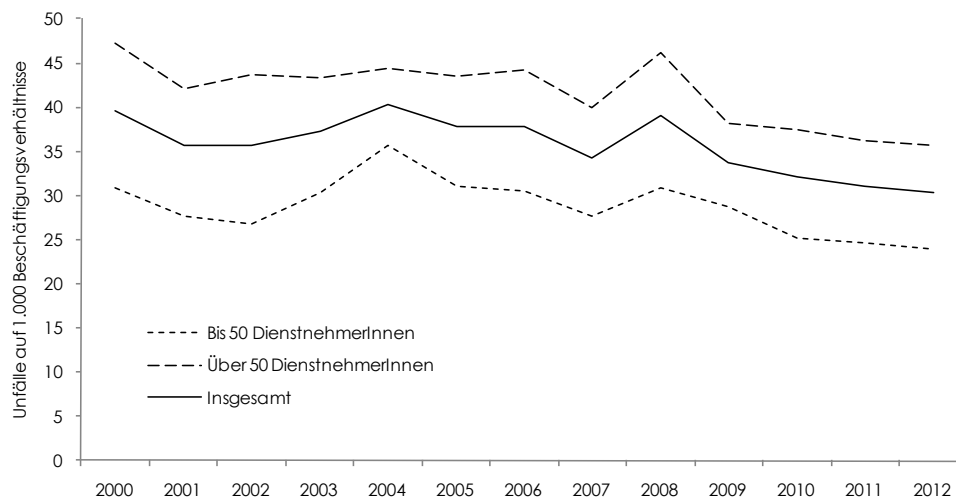


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE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

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 30). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2012 im Durchschnitt knapp 50% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Unterschied ist im letzten Jahrzehnt über die Zeit weitgehend konstant geblieben. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen allerdings Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben den Sachgüter erzeugenden Branchen auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in

den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

Abbildung 30: Unfallquote nach Betriebsgröße



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Darstellung. Die Unfallquoten in dieser Abbildung wurden anhand von Beschäftigungsverhältnissen, nicht von Versichertenzahlen, berechnet und sind daher nicht mit den restlichen Unfallquoten in diesem Abschnitt ident.

Literaturhinweise

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2011, S. 3-13.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin-Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin-Heidelberg, 2008.
- Barmby, T. and G. Stephan (2000), Worker absenteeism: Why firm size may matter, *The Manchester School*, 68 (5), S. 568-577.
- Bergendorff, S., Sickness absence in Europe – a comparative study, National Social Insurance Board Sweden, 2003, <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>.
- Biffl, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffl, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", WIFO Working Paper, 1999, (124).
- Biffl, 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.
- Biffl, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, [http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099$.PDF).
- Bundeskanzleramt, Fehlzeiten 2011 und Gesundheitsförderung im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2011, <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=36433>.
- Bundeskanzleramt, Das Personal des Bundes 2012. Daten und Fakten, Wien, 2012.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich, Wien, 2003.
- Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).
- 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.
- Eppel, R., Leoni, Th., New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2012", Österreichische Sozialversicherung, Soziale Sicherheit Online, Februar 2013, https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/955156_SoSi_Haydn_Personenbezogene_Statistiken_2012.pdf.
- Ichino, A., Moretti, E., Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display_mode=2.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankensstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, http://www.wifo.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display_mode=2&language=1.
- Leoni, T., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment, CESifo Working Paper, März 2006, (1697).

- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", *Social Science and Medicine*, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., *Fehlzeiten-Report 2004, 2005*, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*, Berlin-Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Meggeneder, O., *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*, Wien, 2005.
- 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.
- Schnabel, C., *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten*, Köln, 1997.
- Weiss, A. (1985), Absenteeism and Wages, *Economics Letters*, 19, S. 277-279.
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", *Applied Economics Letters*, 1999, 6(6), S. 337-341.

Anhang

Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

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

| | Krankenstandstage | Versicherte | Krankenstandstage je Versicherte/n | Krankenstandsquote je Versicherte/n in % |
|------|-------------------|-------------|---------------------------------------|---|
| 1970 | 31.974.312 | 2.109.513 | 15,2 | 4,2 |
| 1971 | 32.588.616 | 2.171.881 | 15,0 | 4,1 |
| 1972 | 32.796.717 | 2.224.438 | 14,7 | 4,0 |
| 1973 | 33.787.387 | 2.312.976 | 14,6 | 4,0 |
| 1974 | 34.175.647 | 2.357.968 | 14,5 | 4,0 |
| 1975 | 34.918.804 | 2.354.164 | 14,8 | 4,1 |
| 1976 | 37.432.753 | 2.374.765 | 15,8 | 4,3 |
| 1977 | 37.804.988 | 2.421.101 | 15,6 | 4,3 |
| 1978 | 40.620.453 | 2.434.896 | 16,7 | 4,6 |
| 1979 | 41.285.187 | 2.447.039 | 16,9 | 4,6 |
| 1980 | 42.848.487 | 2.465.244 | 17,4 | 4,8 |
| 1981 | 41.804.312 | 2.473.578 | 16,9 | 4,6 |
| 1982 | 38.403.745 | 2.439.412 | 15,7 | 4,3 |
| 1983 | 36.367.784 | 2.403.182 | 15,1 | 4,1 |
| 1984 | 35.092.561 | 2.406.846 | 14,6 | 4,0 |
| 1985 | 37.254.734 | 2.418.155 | 15,4 | 4,2 |
| 1986 | 37.502.356 | 2.433.107 | 15,4 | 4,2 |
| 1987 | 35.487.121 | 2.434.512 | 14,6 | 4,0 |
| 1988 | 36.262.093 | 2.455.234 | 14,8 | 4,0 |
| 1989 | 38.223.904 | 2.505.830 | 15,3 | 4,2 |
| 1990 | 38.991.163 | 2.571.783 | 15,2 | 4,2 |
| 1991 | 40.260.567 | 2.640.092 | 15,2 | 4,2 |
| 1992 | 41.115.688 | 2.696.645 | 15,2 | 4,2 |
| 1993 | 40.643.743 | 2.695.419 | 15,1 | 4,1 |
| 1994 | 40.211.264 | 2.707.421 | 14,9 | 4,1 |
| 1995 | 40.280.958 | 2.709.693 | 14,9 | 4,1 |
| 1996 | 37.591.022 | 2.686.645 | 14,0 | 3,8 |
| 1997 | 35.511.390 | 2.694.743 | 13,2 | 3,6 |
| 1998 | 35.917.354 | 2.716.316 | 13,2 | 3,6 |
| 1999 | 39.659.222 | 2.748.270 | 14,4 | 4,0 |
| 2000 | 39.204.749 | 2.714.231 | 14,4 | 3,8 |
| 2001 | 37.722.076 | 2.738.890 | 13,8 | 3,6 |
| 2002 | 36.381.849 | 2.734.495 | 13,3 | 3,6 |
| 2003 | 36.158.004 | 2.740.817 | 13,2 | 3,5 |
| 2004 | 34.978.228 | 2.755.760 | 12,7 | 3,5 |
| 2005 | 35.172.049 | 2.790.597 | 12,6 | 3,5 |
| 2006 | 34.188.131 | 2.844.623 | 12,0 | 3,3 |
| 2007 | 36.485.062 | 2.916.015 | 12,5 | 3,4 |
| 2008 | 38.762.041 | 2.983.582 | 13,0 | 3,6 |
| 2009 | 38.699.956 | 2.941.047 | 13,2 | 3,6 |
| 2010 | 38.275.808 | 2.969.677 | 12,9 | 3,5 |
| 2011 | 39.977.321 | 3.036.107 | 13,2 | 3,6 |
| 2012 | 39.671.833 | 3.089.268 | 12,8 | 3,5 |

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Erkrankungsquote in % | Krankenstandsfälle je Versicherte/n | Krankenstandsfälle je Erkrankte/n | Krankenstandstage je Fall |
|------|--------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|
| 1970 | 55,5 | 0,8 | 1,5 | 18,0 |
| 1971 | 55,4 | 0,9 | 1,6 | 17,4 |
| 1972 | 53,3 | 0,8 | 1,6 | 17,7 |
| 1973 | 52,6 | 0,8 | 1,6 | 17,6 |
| 1974 | 52,8 | 0,8 | 1,6 | 17,3 |
| 1975 | 56,0 | 0,9 | 1,6 | 16,8 |
| 1976 | 57,8 | 0,9 | 1,6 | 16,9 |
| 1977 | 57,1 | 0,9 | 1,6 | 17,1 |
| 1978 | 59,7 | 1,0 | 1,7 | 16,5 |
| 1979 | 57,4 | 1,0 | 1,7 | 17,1 |
| 1980 | 59,1 | 1,0 | 1,8 | 16,7 |
| 1981 | 56,4 | 1,0 | 1,8 | 17,1 |
| 1982 | 53,9 | 0,9 | 1,7 | 16,9 |
| 1983 | 54,5 | 1,0 | 1,8 | 15,5 |
| 1984 | 53,7 | 0,9 | 1,7 | 15,7 |
| 1985 | 57,3 | 1,0 | 1,8 | 14,8 |
| 1986 | 60,0 | 1,1 | 1,8 | 14,6 |
| 1987 | 54,0 | 1,0 | 1,8 | 14,6 |
| 1988 | 54,5 | 1,0 | 1,9 | 14,6 |
| 1989 | 58,4 | 1,1 | 1,9 | 13,5 |
| 1990 | 58,0 | 1,1 | 1,9 | 13,4 |
| 1991 | 58,1 | 1,1 | 1,9 | 13,5 |
| 1992 | 58,2 | 1,1 | 2,0 | 13,4 |
| 1993 | 59,0 | 1,1 | 1,9 | 13,4 |
| 1994 | 57,5 | 1,1 | 1,9 | 13,7 |
| 1995 | 58,8 | 1,1 | 1,9 | 13,2 |
| 1996 | 58,0 | 1,1 | 1,9 | 12,9 |
| 1997 | 57,3 | 1,1 | 1,8 | 12,4 |
| 1998 | 56,6 | 1,1 | 1,9 | 12,6 |
| 1999 | 60,6 | 1,2 | 1,9 | 12,5 |
| 2000 | 60,2 | 1,1 | 1,9 | 12,6 |
| 2001 | 58,5 | 1,1 | 1,9 | 12,4 |
| 2002 | 57,9 | 1,1 | 1,9 | 12,2 |
| 2003 | 58,7 | 1,1 | 1,9 | 12,0 |
| 2004 | 56,4 | 1,0 | 1,9 | 12,1 |
| 2005 | 58,9 | 1,1 | 1,9 | 11,5 |
| 2006 | 56,4 | 1,1 | 1,9 | 11,3 |
| 2007 | 59,4 | 1,1 | 1,9 | 11,2 |
| 2008 | 60,9 | 1,2 | 1,9 | 11,1 |
| 2009 | 62,3 | 1,2 | 1,9 | 11,0 |
| 2010 | 59,8 | 1,2 | 2,0 | 10,8 |
| 2011 | 62,4 | 1,2 | 2,0 | 10,6 |
| 2012 | 61,2 | 1,2 | 2,0 | 10,5 |

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Männer | | | Frauen | | | Insgesamt | | |
|------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-------------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|
| | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre | 50 bis 64 Jahre | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre In % | 50 bis 64 Jahre | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre | 50 bis 64 Jahre |
| 1970 | 3,5 | 4,0 | 7,1 | 2,9 | 4,0 | 6,1 | 3,3 | 4,0 | 6,7 |
| 1971 | 3,6 | 4,0 | 6,7 | 3,0 | 3,9 | 5,8 | 3,3 | 3,9 | 6,3 |
| 1972 | 3,6 | 3,9 | 6,5 | 3,0 | 3,8 | 5,7 | 3,3 | 3,9 | 6,2 |
| 1973 | 3,7 | 3,8 | 6,4 | 2,9 | 3,7 | 5,5 | 3,4 | 3,8 | 6,0 |
| 1974 | 3,7 | 3,8 | 6,4 | 2,9 | 3,6 | 5,7 | 3,4 | 3,7 | 6,1 |
| 1975 | 3,8 | 3,9 | 6,7 | 2,9 | 3,5 | 5,7 | 3,4 | 3,8 | 6,2 |
| 1976 | 4,0 | 4,2 | 7,2 | 3,0 | 3,7 | 6,3 | 3,6 | 4,0 | 6,8 |
| 1977 | 4,0 | 4,1 | 7,2 | 2,9 | 3,6 | 6,3 | 3,5 | 3,9 | 6,8 |
| 1978 | 4,4 | 4,4 | 7,5 | 3,2 | 3,8 | 6,8 | 3,9 | 4,1 | 7,2 |
| 1979 | 4,3 | 4,4 | 7,9 | 3,1 | 3,9 | 7,2 | 3,8 | 4,2 | 7,6 |
| 1980 | 4,5 | 4,5 | 8,2 | 3,3 | 3,9 | 7,5 | 4,0 | 4,3 | 7,9 |
| 1981 | 4,2 | 4,4 | 8,3 | 3,1 | 3,9 | 7,7 | 3,7 | 4,2 | 8,0 |
| 1982 | 3,9 | 4,0 | 8,3 | 2,8 | 3,5 | 7,4 | 3,4 | 3,8 | 8,0 |
| 1983 | 3,8 | 4,0 | 7,9 | 2,8 | 3,5 | 6,7 | 3,3 | 3,7 | 7,5 |
| 1984 | 3,7 | 3,8 | 7,6 | 2,7 | 3,4 | 6,7 | 3,2 | 3,6 | 7,3 |
| 1985 | 3,9 | 4,0 | 7,9 | 2,9 | 3,7 | 7,2 | 3,5 | 3,9 | 7,7 |
| 1986 | 3,9 | 4,1 | 7,8 | 3,0 | 3,8 | 7,2 | 3,5 | 4,0 | 7,6 |
| 1987 | 3,7 | 3,9 | 7,5 | 2,8 | 3,6 | 6,7 | 3,3 | 3,7 | 7,2 |
| 1988 | 3,8 | 3,8 | 7,9 | 2,8 | 3,6 | 7,3 | 3,3 | 3,7 | 7,7 |
| 1989 | 4,0 | 4,1 | 7,3 | 3,1 | 3,8 | 6,9 | 3,6 | 3,9 | 7,1 |
| 1990 | 4,0 | 4,0 | 7,1 | 3,1 | 3,7 | 6,7 | 3,6 | 3,9 | 6,9 |
| 1991 | 4,0 | 4,0 | 7,1 | 3,1 | 3,7 | 6,9 | 3,5 | 3,9 | 7,0 |
| 1992 | 4,0 | 4,1 | 7,0 | 3,0 | 3,7 | 6,9 | 3,5 | 3,9 | 7,0 |
| 1993 | 3,9 | 4,0 | 7,0 | 2,9 | 3,7 | 7,0 | 3,4 | 3,9 | 7,0 |
| 1994 | 3,8 | 3,9 | 7,3 | 2,7 | 3,5 | 7,1 | 3,3 | 3,8 | 7,2 |
| 1995 | 3,9 | 3,9 | 7,2 | 2,8 | 3,5 | 7,0 | 3,4 | 3,7 | 7,1 |
| 1996 | 3,6 | 3,7 | 6,8 | 2,7 | 3,3 | 6,6 | 3,1 | 3,5 | 6,7 |
| 1997 | 3,5 | 3,5 | 6,1 | 2,6 | 3,1 | 6,0 | 3,0 | 3,3 | 6,0 |
| 1998 | 3,4 | 3,5 | 6,3 | 2,7 | 3,0 | 5,8 | 3,1 | 3,3 | 6,1 |
| 1999 | 3,7 | 3,7 | 6,9 | 2,9 | 3,4 | 6,6 | 3,4 | 3,6 | 6,8 |
| 2000 | 3,6 | 3,6 | 6,8 | 2,9 | 3,3 | 6,6 | 3,2 | 3,5 | 6,7 |
| 2001 | 3,5 | 3,4 | 6,1 | 2,8 | 3,2 | 6,1 | 3,2 | 3,3 | 6,1 |
| 2002 | 3,4 | 3,3 | 5,8 | 2,7 | 3,1 | 5,8 | 3,0 | 3,2 | 5,8 |
| 2003 | 3,3 | 3,2 | 5,7 | 2,6 | 3,0 | 5,6 | 2,9 | 3,1 | 5,7 |
| 2004 | 3,1 | 3,1 | 5,6 | 2,4 | 2,9 | 5,5 | 2,8 | 3,0 | 5,6 |
| 2005 | 3,2 | 3,1 | 5,2 | 2,4 | 2,9 | 5,1 | 2,8 | 3,0 | 5,2 |
| 2006 | 3,0 | 3,0 | 5,0 | 2,3 | 2,8 | 4,9 | 2,7 | 2,9 | 4,9 |
| 2007 | 3,1 | 3,1 | 5,1 | 2,4 | 2,9 | 5,0 | 2,8 | 3,0 | 5,1 |
| 2008 | 3,2 | 3,1 | 5,3 | 2,5 | 3,1 | 5,1 | 2,9 | 3,1 | 5,2 |
| 2009 | 3,1 | 3,1 | 5,7 | 3,0 | 3,3 | 5,7 | 3,1 | 3,2 | 5,7 |
| 2010 | 3,0 | 3,0 | 5,6 | 2,9 | 3,2 | 5,5 | 3,0 | 3,1 | 5,6 |
| 2011 | 3,1 | 3,1 | 5,4 | 3,1 | 3,4 | 5,5 | 3,1 | 3,2 | 5,5 |
| 2012 | 3,0 | 3,0 | 5,3 | 3,0 | 3,3 | 5,4 | 3,0 | 3,1 | 5,3 |

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Männer | | | Frauen | | | Insgesamt |
|------|----------|-------------|-----------|------------------|-------------|-----------|-----------|
| | Arbeiter | Angestellte | Insgesamt | Arbeiter In % | Angestellte | Insgesamt | |
| 1970 | 5,1 | 2,5 | 4,3 | 4,6 | 3,0 | 3,9 | 4,2 |
| 1971 | 5,0 | 2,5 | 4,3 | 4,5 | 3,0 | 3,9 | 4,1 |
| 1972 | 5,0 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,8 | 3,8 | 4,0 |
| 1973 | 5,1 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,7 | 3,7 | 4,0 |
| 1974 | 5,0 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,7 | 3,7 | 4,0 |
| 1975 | 5,3 | 2,5 | 4,4 | 4,6 | 2,8 | 3,6 | 4,1 |
| 1976 | 5,7 | 2,6 | 4,6 | 4,9 | 2,9 | 3,9 | 4,3 |
| 1977 | 5,6 | 2,6 | 4,6 | 4,9 | 2,9 | 3,8 | 4,3 |
| 1978 | 6,1 | 2,8 | 4,9 | 5,3 | 3,1 | 4,1 | 4,6 |
| 1979 | 6,2 | 2,8 | 5,0 | 5,4 | 3,1 | 4,1 | 4,6 |
| 1980 | 6,4 | 2,8 | 5,1 | 5,6 | 3,1 | 4,2 | 4,8 |
| 1981 | 6,2 | 2,8 | 5,0 | 5,5 | 3,1 | 4,2 | 4,6 |
| 1982 | 5,8 | 2,8 | 4,7 | 4,9 | 2,9 | 3,8 | 4,3 |
| 1983 | 5,7 | 2,7 | 4,5 | 4,8 | 2,7 | 3,6 | 4,1 |
| 1984 | 5,5 | 2,6 | 4,4 | 4,7 | 2,6 | 3,5 | 4,0 |
| 1985 | 5,8 | 2,7 | 4,6 | 5,0 | 2,8 | 3,7 | 4,2 |
| 1986 | 5,8 | 2,6 | 4,6 | 5,1 | 2,8 | 3,8 | 4,2 |
| 1987 | 5,5 | 2,5 | 4,3 | 4,9 | 2,6 | 3,6 | 4,0 |
| 1988 | 5,6 | 2,5 | 4,4 | 5,0 | 2,7 | 3,6 | 4,0 |
| 1989 | 5,7 | 2,6 | 4,5 | 5,2 | 2,8 | 3,8 | 4,2 |
| 1990 | 5,7 | 2,5 | 4,4 | 5,2 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1991 | 5,7 | 2,5 | 4,4 | 5,3 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1992 | 5,7 | 2,6 | 4,5 | 5,2 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1993 | 5,6 | 2,7 | 4,4 | 5,1 | 3,0 | 3,8 | 4,1 |
| 1994 | 5,6 | 2,6 | 4,4 | 5,0 | 2,9 | 3,7 | 4,1 |
| 1995 | 5,6 | 2,7 | 4,4 | 5,0 | 2,9 | 3,7 | 4,1 |
| 1996 | 5,3 | 2,6 | 4,1 | 4,7 | 2,8 | 3,5 | 3,8 |
| 1997 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,5 | 2,6 | 3,3 | 3,6 |
| 1998 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,6 | 2,6 | 3,3 | 3,6 |
| 1999 | 5,4 | 2,7 | 4,2 | 5,0 | 2,9 | 3,6 | 4,0 |
| 2000 | 5,2 | 2,6 | 4,1 | 5,0 | 2,9 | 3,6 | 3,9 |
| 2001 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,8 | 2,8 | 3,4 | 3,7 |
| 2002 | 4,7 | 2,4 | 3,7 | 4,6 | 2,7 | 3,3 | 3,5 |
| 2003 | 4,7 | 2,4 | 3,7 | 4,5 | 2,7 | 3,2 | 3,5 |
| 2004 | 4,5 | 2,3 | 3,5 | 4,3 | 2,5 | 3,1 | 3,3 |
| 2005 | 4,5 | 2,3 | 3,5 | 4,2 | 2,6 | 3,1 | 3,3 |
| 2006 | 4,3 | 2,2 | 3,3 | 4,1 | 2,5 | 3,0 | 3,2 |
| 2007 | 4,4 | 2,3 | 3,5 | 4,3 | 2,6 | 3,1 | 3,3 |
| 2008 | 4,6 | 2,3 | 3,6 | 4,8 | 3,0 | 3,5 | 3,6 |
| 2009 | 4,6 | 2,5 | 3,6 | 4,8 | 3,1 | 3,6 | 3,6 |
| 2010 | 4,4 | 2,4 | 3,5 | 4,7 | 3,1 | 3,6 | 3,5 |
| 2011 | 4,4 | 2,5 | 3,5 | 4,8 | 3,3 | 3,7 | 3,6 |
| 2012 | 4,3 | 2,4 | 3,4 | 4,7 | 3,2 | 3,6 | 3,5 |

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Land- und Forstwirtschaft | Industrie | Bauwesen | Dienstleistungen (einschließlich Energie) |
|------|---------------------------|-----------|----------|--|
| | In % | | | |
| 1970 | 4,3 | 4,8 | 5,0 | 3,3 |
| 1971 | 4,2 | 4,6 | 5,1 | 3,3 |
| 1972 | 4,2 | 4,7 | 4,8 | 3,2 |
| 1973 | 4,3 | 4,6 | 4,8 | 3,1 |
| 1974 | 3,4 | 4,5 | 4,9 | 3,2 |
| 1975 | 4,1 | 4,6 | 5,3 | 3,2 |
| 1976 | 4,4 | 5,0 | 5,7 | 3,4 |
| 1977 | 4,3 | 4,9 | 5,8 | 3,4 |
| 1978 | 4,4 | 5,2 | 6,2 | 3,6 |
| 1979 | 4,7 | 5,3 | 6,5 | 3,6 |
| 1980 | 4,8 | 5,5 | 6,5 | 3,7 |
| 1981 | 4,9 | 5,3 | 6,3 | 3,7 |
| 1982 | 4,7 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1983 | 4,6 | 4,7 | 6,0 | 3,4 |
| 1984 | 4,4 | 4,6 | 5,7 | 3,3 |
| 1985 | 4,8 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1986 | 4,7 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1987 | 4,6 | 4,6 | 5,9 | 3,3 |
| 1988 | 4,7 | 4,7 | 5,7 | 3,5 |
| 1989 | 4,6 | 4,9 | 5,8 | 3,7 |
| 1990 | 4,5 | 4,8 | 5,6 | 3,7 |
| 1991 | 4,5 | 4,9 | 5,7 | 3,7 |
| 1992 | 4,5 | 4,9 | 5,6 | 3,8 |
| 1993 | 4,4 | 4,8 | 5,5 | 3,8 |
| 1994 | 4,7 | 4,7 | 5,4 | 3,8 |
| 1995 | 4,2 | 4,7 | 5,5 | 3,8 |
| 1996 | 4,0 | 4,4 | 5,0 | 3,6 |
| 1997 | 3,7 | 4,1 | 5,0 | 3,4 |
| 1998 | 3,9 | 4,1 | 4,8 | 3,4 |
| 1999 | 4,0 | 4,6 | 5,0 | 3,7 |
| 2000 | 3,8 | 4,4 | 4,8 | 3,7 |
| 2001 | 3,5 | 4,3 | 4,5 | 3,5 |
| 2002 | 3,3 | 4,1 | 4,3 | 3,4 |
| 2003 | 3,3 | 4,1 | 4,2 | 3,4 |
| 2004 | 3,0 | 3,8 | 4,4 | 3,3 |
| 2005 | 2,9 | 3,8 | 4,0 | 3,3 |
| 2006 | 2,7 | 3,6 | 3,8 | 3,1 |
| 2007 | 2,9 | 3,7 | 4,1 | 3,3 |
| 2008 | - | - | - | - |
| 2009 | 2,4 | 3,9 | 3,9 | 3,5 |
| 2010 | 2,4 | 3,8 | 3,8 | 3,4 |
| 2011 | 2,3 | 3,9 | 3,8 | 3,5 |
| 2012 | 2,3 | 3,8 | 3,7 | 3,4 |

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Für das Jahr 2008 sind keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherten-zahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.