



Fehlzeitenreport 2020

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

November 2020

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2020

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

November 2020

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich, Dachverband der Sozialversicherungsträger

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Der Fehlzeitenreport vermittelt einen Überblick über Entwicklung und Verteilung der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich. 2019 verbrachten die unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 13,3 Kalendertage im Krankenstand. Diese Zahl war etwas höher als im Vorjahr und entsprach einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,6%. Atemwegserkrankungen verzeichneten gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Rückgang, diesem wirkte aber vor allem Steigerung der psychischen Erkrankungen und der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems entgegen.

Fehlzeitenreport 2020

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Hauptergebnisse	I
Das Krankenstandsgeschehen in Österreich	I
Ausblick	V
1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle	7
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	9
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	15
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	19
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	19
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	29
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	36
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	40
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	45
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	51
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	52
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	54
Literaturhinweise	59
Anhang: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände	61

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1:	Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 2:	Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	9
Übersicht 3:	Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	33
Übersicht 4:	Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten	37
Übersicht 5:	Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	42
Übersicht 6:	Normierung der Krankenstandsquote	43
Übersicht 7:	Krankheitsgruppenstatistik	45
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	8
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:	Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	16
Abbildung 10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	20
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	24
Abbildung 16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	25
Abbildung 17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	26
Abbildung 18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	28
Abbildung 19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	31
Abbildung 20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	35
Abbildung 21:	Krankenstände nach Bundesländern	41
Abbildung 22:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	41
Abbildung 23:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	48
Abbildung 24:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	50
Abbildung 25:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	53
Abbildung 26:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	55
Abbildung 27:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	56
Abbildung 28:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	57
Abbildung 29:	Unfallquote nach Betriebsgröße	58

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die *Krankenstandsstatistik* verzeichnete 2019 gegenüber dem Vorjahr einen leichten Anstieg der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 13,3 Kalendertage im Krankenstand, um 1,5% mehr als 2018 (13,1 Tage). Die **Krankenstandsquote**, ein Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, blieb konstant bei 3,6%. Während in den meisten Krankheitsgruppen die Zahl der Krankenstandstage leicht zunahm, verzeichneten Atemwegserkrankungen gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Rückgang. Diesem wirkten aber Steigerungen der psychischen Erkrankungen sowie der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems entgegen.

Aufgrund der Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2019 dauerten 42% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8,8% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 12% aller Fälle dauerten 2019 länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (knapp 60,0%).

Langfristig gesehen ist das Krankenstandsniveau derzeit vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980 mit 17,4 Krankenstandstagen pro Kopf ihren Höchstwert. Im Jahr 1990 verzeichnete die Statistik durchschnittlich 15,2 Tage pro Kopf, 2000 waren es noch 14,4 Tage. In den vergangenen zehn Jahren schwankte die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf zwischen 12,3 und 13,2. Dieser längerfristige Rückgang lässt sich nicht durch einen einzelnen Faktor erklären. Eindeutig vorteilhaft wirkten sich die Reduktion der Arbeitsunfälle und die Verschiebung der Wirtschaftsstruktur in Richtung Dienstleistungen auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Auch andere langfristige Trends wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen dürften die Krankenstandsquote gedämpft haben. Darüber hinaus zeugt der Anstieg der Krankenstandsquote in Arbeitslosigkeit davon, dass vor allem ältere Erwerbspersonen mit gesundheitlichen Problemen bei Arbeitsplatzverlust große Schwierigkeiten haben, in das aktive Erwerbsleben zurückzukehren.

Muskel-Skelett-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen sind die am weitesten verbreiteten Krankheitsgruppen, der Anteil der psychischen Erkrankungen ist nach einer Stagnation erneut gestiegen.

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und jenen des Atemsystems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen rund 50% der Krankenstandsfälle und 42% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2019

16%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2019 lag die Unfallquote bei 311 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 2019 waren es deutlich weniger als 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.

Die Zahl der **psychischen Erkrankungen**, die in einer langfristigen Betrachtung stark zugenommen hat, blieb 2016 bis 2018 annähernd konstant. 2019 wurde jedoch ein Anstieg um rund 10% verzeichnet. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und wachsendes Bewusstsein für psychische Probleme zurückzuführen sein. Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet. Die verfügbaren empirischen Befunde sprechen eher dafür, dass in den vergangenen Jahrzehnten keine signifikante Zunahme an psychischen Störungen stattgefunden hat. Andererseits ist aufgrund der Kennzahlen aus epidemiologischen Studien von einer deutlich stärkeren Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung auszugehen, als sie bisher in der Statistik der Krankenstände sichtbar wurde.

Nach wie vor ausgeprägte Unterschiede nach sozialrechtlicher Stellung, aber Trend zu Verringerung der Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber ebenfalls deutlich verkleinert. 2019 verbrachten die Arbeiterinnen und Arbeiter laut Statistik mit 16,7 Tagen um 51% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 11,0 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 nahezu konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2018. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände lag die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2018 um 6,6% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lagen die Krankenstände im Bundesdienst 17% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den ArbeiterInnen und Angestellten an. Es lässt

sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Frauen verbringen etwas mehr Tage im Krankenstand als Männer, der geschlechtsspezifische Unterschied ist im Steigen begriffen. Ältere sind nicht öfter, aber länger krank als Jüngere.

Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken stellt 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 zuerst zu einer Angleichung und in den letzten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2019 verbrachten Frauen im Durchschnitt 6,7% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 13,8 Tage, Männer: 12,9 Tage). Der Unterschied ist im Steigen begriffen, einerseits weil die Zahl der über 50-jährigen Frauen unter den Beschäftigten stärker steigt als jene der Männer, andererseits weil Frauen vermehrt in Branchen mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten (wie dem Gesundheits- und Sozialwesen) beschäftigt sind, während gleichzeitig die Krankenstände in männerdominierten Branchen wie Bauwesen und Warenherstellung rückläufig sind.

Die Krankenstandsdaten belegen erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen steigt. Allerdings besteht zwischen Krankenstand und Alter kein einfacher, linearer Zusammenhang. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gehen die altersspezifischen Krankenstandsquoten leicht zurück. Ab 45 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen wieder an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. Ältere Arbeitskräfte treten seltener als junge einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Nicht anders als in den anderen Altersgruppen verzeichnet auch bei den Über-50-Jährigen die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage.

Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2019 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 11,2 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichnete mit 14,8 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen und steirischen Gebietskrankenkasse mit 14,1 bzw. 13,7 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 Beschäftig-

ten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten gehen nicht nur mit menschlichem Leid einher, sie verursachen auch erhebliche Kosten für die Wirtschaft und das Sozialsystem.

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 für Krankheiten und Unfälle der unselbständig Beschäftigten. Eine grobe Abschätzung 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 2018, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die ArbeitgeberInnen laut Schätzungen des Sozialministeriums 3,2 Mrd. € an **Entgeltfortzahlungen**. Weitere 772 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 4,0 Mrd. € oder 1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (Produktivitätsrückgänge, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), 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 stark vereinfachenden Annahmen kann geschätzt werden, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 0,9% bis 1,8% des BIP entstehen.

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 2018 auf rund 2,7% des BIP. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung,

Betriebsärztinnen und -ärzte, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht.

Übersicht: **Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2018**

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 10.914	bis zu 2,8
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	4.014	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 6.900	bis zu 1,8
Gesundheitsausgaben ³⁾	bis zu 10.400	bis zu 2,7
Direkte öffentliche Kosten	7.700	2,0
Direkte private Kosten	2.700	0,7

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni et al.* (2008A). – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich etwa ein Viertel bis zur Hälfte des krankstandsbedingten 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 anhand von Altersprofilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die allgemeine Bevölkerung. Aufgrund der Tatsache, dass Beschäftigte im Schnitt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Nicht-Beschäftigte, sind die hier zugeordneten Kosten leicht überschätzt und bilden eine Obergrenze ab.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2018 rund 106.400 Männer unter 65 Jahren und 46.500 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 2.646 Mio. € an **Invaliditätspensionen**. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 300 Mio. € aufgewendet²⁾. Zudem wurden 364 Mio. € an Rehabilitationsgeld ausbezahlt, das bei vorübergehender Invalidität im Ausmaß von mindestens sechs Monaten zusammen mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

Ausblick

Aufgrund der COVID-19-Pandemie (d. h. der weltweiten Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2) und der damit verbundenen Gegenmaßnahmen dürfte das Krankenstandsgeschehen 2020 deutlich von jenem der vorangegangenen Jahre abweichen. Die vollständigen Krankenstandsdaten für 2020 werden erst Mitte 2021 verfügbar sein. Unterjährig verfügbare Informationen zu den monatlichen Zu- und Abgängen in den Krankenstand ermöglichen aber bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Einblick in die Auswirkungen der Krise auf die gemeldeten Fehlzeiten. Wie aus der nachstehenden Abbildung ersichtlich ist, kam es vor allem im Zusammenhang mit der Stilllegung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten ("Lockdown") im Frühjahr zu einem starken Rückgang der Zugänge in den Krankenstand. Die Zahl der Neuzugänge in den Krankenstand lag im April 2020 fast zwei Drittel unter dem

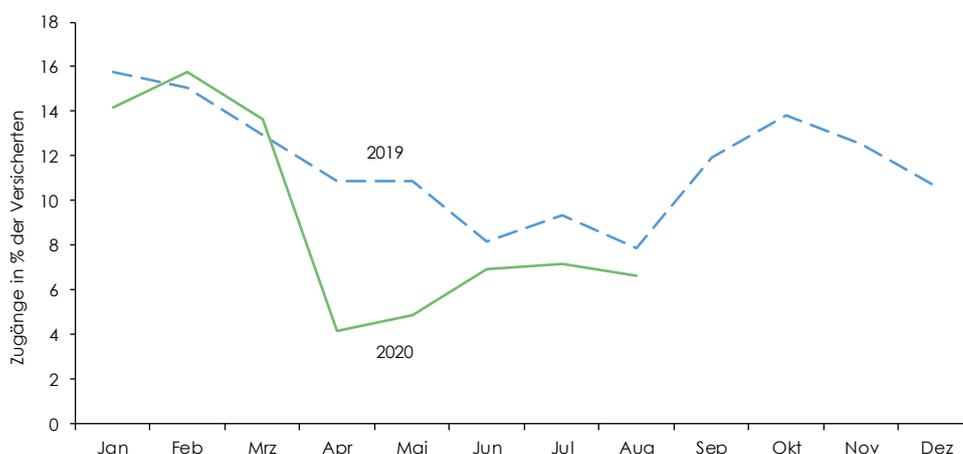
¹⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 3.11.

²⁾ Siehe www.bmask.gv.at, ESSOSS Tabellen, Funktionelle Gliederung der Sozialausgaben, Tabelle 2.4.

Vorjahresniveau, im Mai betrug das Minus 55%. In den Folgemonaten glichen sich die Zahlen etwas stärker an das Vorjahr an, sie lagen im Sommer aber immer noch um ein Fünftel bis ein Viertel unter den Vergleichswerten aus 2019. Die Daten zum monatlichen Bestand an krankgeschriebenen Versicherten (hier nicht abgebildet), die stärker von den vergleichsweise seltenen, aber langen Krankenstandsfällen geprägt sind, zeigen geringere Veränderungen gegenüber dem Vorjahr, als die Zugangsdaten. Davon ausgehend und auch angesichts der Verordnung eines zweiten Lockdowns im Monat November ist aber zu erwarten, dass die statistisch erfasste Krankenstandsquote 2020 gegenüber dem Vorjahr spürbar zurückgehen wird.

Abbildung: **Krankenstandsentwicklung der unselbständig Beschäftigten in den Monaten Jänner bis August 2019 und 2020**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Für diesen Rückgang können unterschiedliche Faktoren vermutet werden. Dazu zählt die starke Verbreitung von Kurzarbeit und Homeoffice, wodurch Beschäftigte bei Erkrankung in vielen Fällen keinen Anlass haben, sich krankzuschreiben zu lassen. Ähnlich dazu können Krankenstände durch Quarantäne überlagert sein und deshalb nicht erfasst werden. Auch Einschränkungen im Gesundheitsbetrieb, wie die Verschiebung von nicht dringend notwendigen Eingriffen, wirken sich dämpfend auf die Krankenstandszahlen aus. Die Möglichkeit der telefonischen Krankmeldung erleichtert zwar den Zugang in den Krankenstand, gleichzeitig war die Zahl der Besuche in ärztlichen Praxen auch über die Phase des Lockdowns hinaus rückläufig. Auf epidemiologischer Ebene hat die Pandemie einerseits erhöhte gesundheitliche Belastungen nach sich gezogen, sowohl direkt durch Covid-19-Erkrankungen als auch indirekt, z. B. durch die verzögerte Behandlung anderer Erkrankungen. Andererseits können die Maßnahmen die Krankheitslast in der Bevölkerung in gewissen Bereichen reduziert haben, das gilt z. B. für die reduzierte Ansteckungsgefahr durch saisonale Grippe oder andere weit verbreitete infektiöse Erkrankungen infolge der strikteren Hygienevorschriften und Maßnahmen zur räumlichen Distanzierung ("Social Distancing"). Zur Abgrenzung und Quantifizierung dieser unterschiedlichen Faktoren wären zukünftig gezielte Untersuchungen erforderlich. Unabhängig davon wird

der Fehlzeitenreport 2021 einen vergleichenden Blick auf das Krankenstandsgeschehen für das gesamte Jahr 2020 werfen.

Fehlzeitenreport 2020

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieser Bericht dient einem Überblick über die langfristige 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 über kurz oder lang zwangsläufig 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 Präsentismus, siehe dazu Kapitel 2 in *Leoni – Böheim*, 2018), kann sich positiv auf die

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.

Krankenstandsstatistik niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

Die Begriffe "Krankenstand" und "Fehlzeiten" sind in der Literatur nicht einheitlich definiert, es ist daher notwendig, der Untersuchung eine terminologische Festlegung vorzuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung 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 Tage, 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 Kapitel beschriebenen Daten werden vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- 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 (*Biffli, 2002*). Die Daten des Dachverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2019 waren 3,46 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 93% 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 Kran-

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2019 gab es laut DVSV 3,72 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

kenfürsorgeanstalten 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 Kinderbetreuungsgeldbeziehende nicht als Beschäftigte gezählt 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 – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2019 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 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 DVSV 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 gering und über die Jahre stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2019 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% 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. In diesem Kapitel wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.

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.

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

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der DVSV Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Korn – Firzinger, 2020).

- 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 (ein bis drei Tage) krankmelden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.4 noch im Detail eingegangen.
- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

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 Absenttage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeitenerfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte/n bzw. je Erkrankte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitsdagen 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 Beziehenden 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 *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 Kinderbetreuungsgeldbeziehenden 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%.

1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2019 unterlag die jährliche Anzahl an 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. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. Ab diesem Zeitpunkt ging die Zahl der Krankenstandstage zunächst stark zurück und unterlag in den folgenden Jahrzehnten – bei stets steigenden Versichertenzahlen – einigen Schwankungen. 2019 wurde mit 46,1 Mio. Krankenstandstagen nach 2018 erneut das absolute Niveau aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um 40% höher lag als damals.

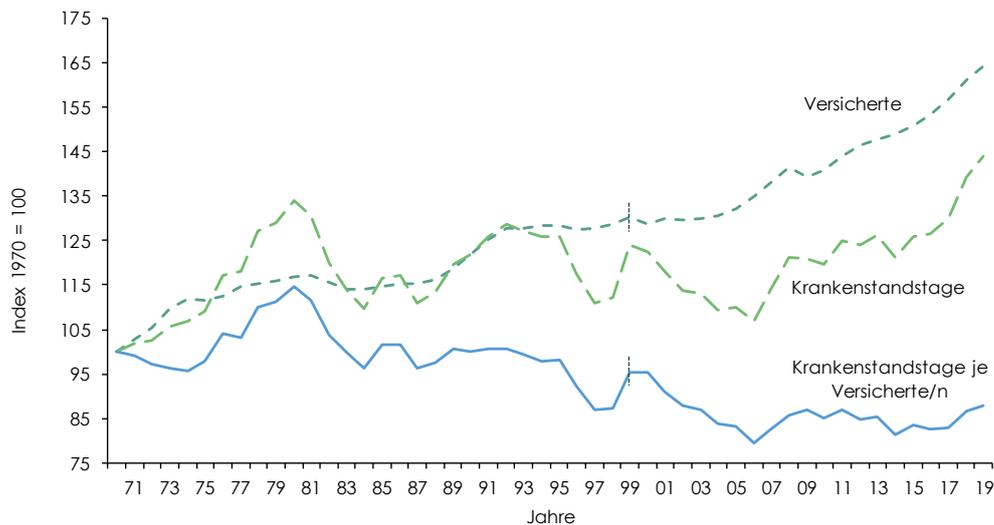
Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im 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). 2007 und in den Folgejahren kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, seither sind jährlich kleinere Schwankungen beobachtbar, ohne dass sich ein klarer Trend abzeichnen

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

würde. Nach geringfügigen Rückgängen in 2016 sowie 2017 und einem Anstieg in 2018, erhöhte sich die Pro-Kopf-Zahl 2019 gegenüber dem Vorjahr von 13,1 auf 13,3 Krankenstandstage.

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

Österreich



Q: Dachverband 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 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 (Biffel, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjähriger und nicht ganzjähriger Beschäftigung 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 2019 3,6%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%. Der Verlauf der Krankenstandsquote ist identisch zu jenem der Krankenstandstage pro Kopf, es handelt sich im Wesentlichen um die gleiche Größe, die in zwei unterschiedlichen Einheiten ausgedrückt wird.

Für die hohen Krankenstandswerte in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren und den darauffolgenden 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. Erwerbsunfähigkeitspen-

sion – 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. Vor allem bei älteren Arbeitskräften gehen schlechte Arbeitsmarktperspektiven oft mit gesundheitlichen Einschränkungen einher, wobei sowohl gesundheitliche Probleme die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit erhöhen als auch Arbeitslosigkeit die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Die Krankenstandsquote der Arbeitslosen verzeichnete längerfristig einen spürbaren Anstieg, was als Hinweis auf eine negative Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit gewertet werden kann (Eppel et al., 2016). Für kurzfristige Schwankungen in der Krankenstandsentwicklung können auch andere Faktoren verantwortlich sein, wie die Dauer und Intensität von Grippe-Wellen, auf die noch in Abschnitt 1.8 eingegangen wird, oder der Konjunkturzyklus.

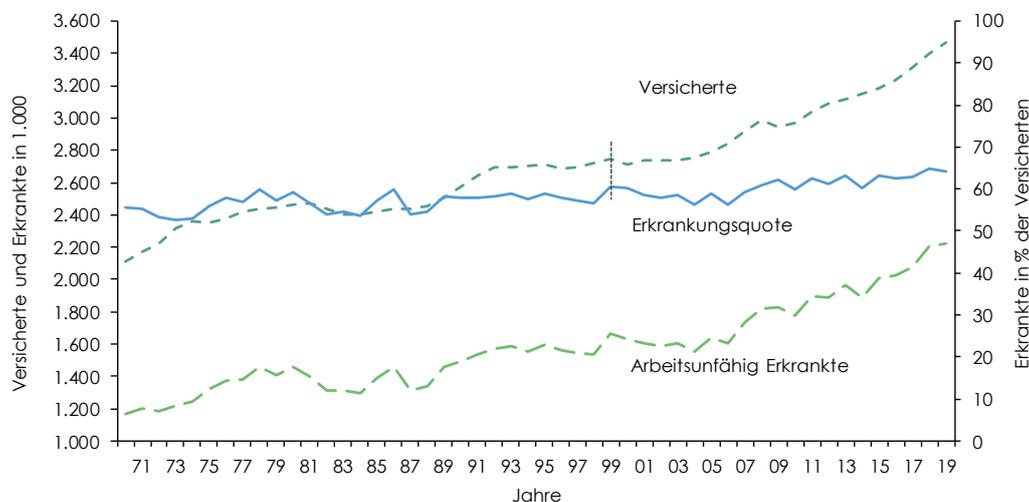
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle

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

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

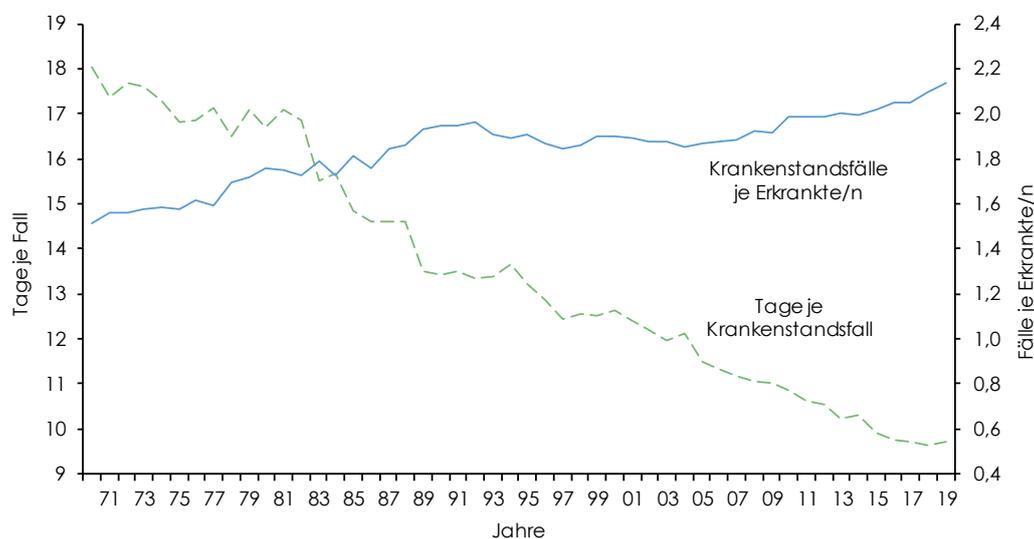
Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte im vergangenen Jahrzehnt zwischen 60% und 65% (Abbildung 2). Somit 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 und 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2019 wurde eine Erkrankungsquote von 64,0% registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. 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 2019 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, 2019 waren es 1,37 Fälle (Übersicht A2).

Abbildung 2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten
Österreich



Q: Dachverband 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.

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



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.4). 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 9,7 Tage im Jahr 2019.

1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

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

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

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: Dachverband 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 ist davon auszugehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des DVSV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankenstandsstatistik*. Ge-

messen 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 entkoppelt, 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 Angestellte 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.

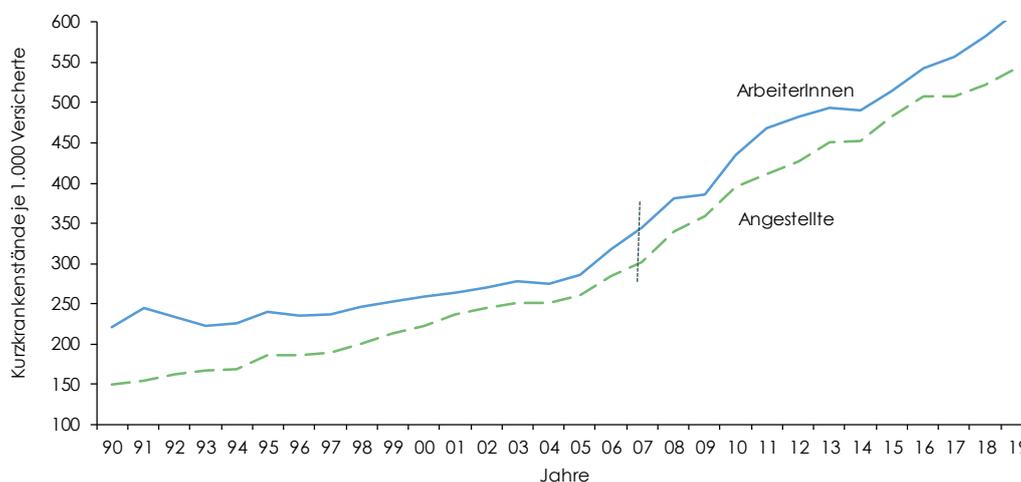
Aus der Entwicklung der Statistik der Krankenstandsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹⁰⁾. 2019 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2018 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 54,7%. 2019 lag der Quotient sogar bei 57,0%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2018 waren es 547 und 2019 570 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen und Angestellten 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

¹⁰⁾ 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 Krankenstandsdaten (2008 35,8%).

14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2019 auf 1.000 Versicherte 543 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 612 (Abbildung 4).

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 (allerdings abgegrenzt nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen) beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2018 1,9 Fälle pro Kopf (Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019A).

Abbildung 4: **Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf**
Österreich



Q: Dachverband 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.

Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von ÄrztInnen bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als

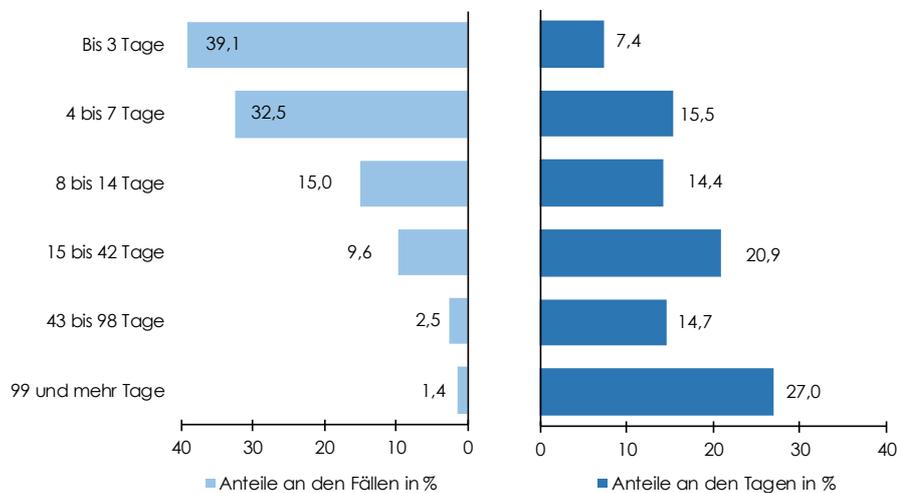
drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹¹⁾. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch 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.

Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den ArbeiterInnen der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2019 bei den Angestellten 10,1% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 6), die Quote bei Männern liegt leicht über dem Durchschnitt (2019 10,2%, 1990 3%), jene der Frauen etwas darunter (2019 10,0 bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 7,4% in 2019 (Abbildung 5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2019 6,7% gegenüber 7,8%).

Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2019 waren 41,7% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 8,8%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor weniger als 10% der Krankenstandstage in der Statistik auf kurze Krankenstandsepisoden zurück. 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 3,4% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 39,1% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 41,7% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 36,4%.

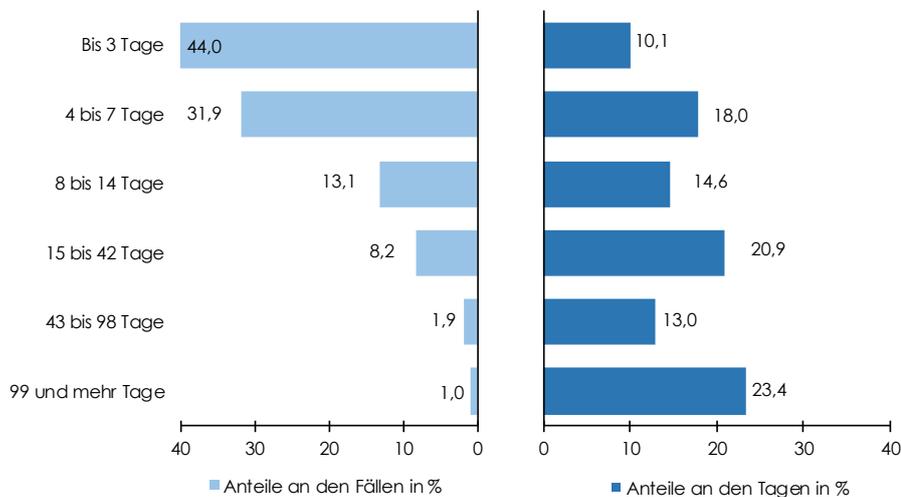
¹¹⁾ Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (für die Periode 2005 bis 2014) für das Jahr 2014 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2005 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Drittel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2005 und 2014 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden kann.

Abbildung 5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen**
Österreich, 2019



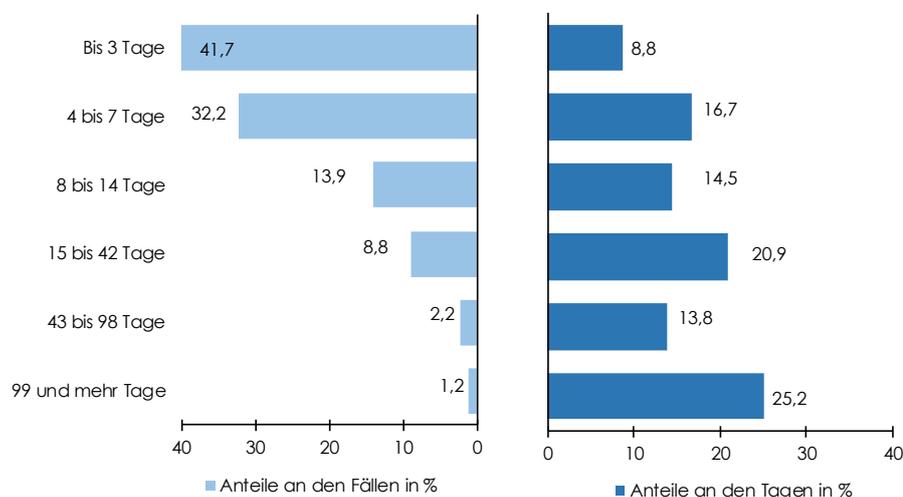
Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte**
Österreich, 2019



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2019**



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2020*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2019 5,9% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35,5% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller, 1998*) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

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 Untererfassung 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 (+6%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 16%.¹²⁾ *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.

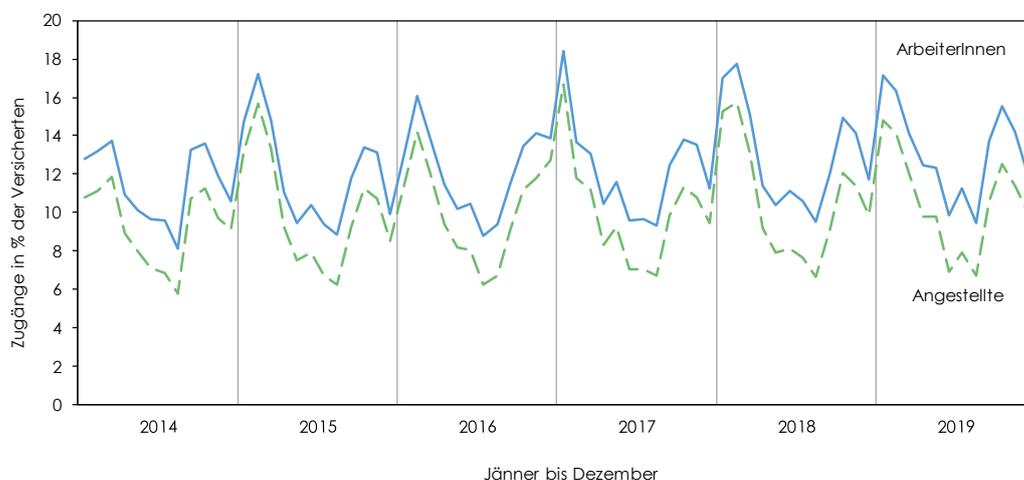
¹²⁾ Diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2018, die sich allerdings auf einer Abgrenzung nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen mit Krankschreibung beziehen (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019A*).

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.

1.5 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 der Zugänge in den Krankenstand und des Krankenstandsbestands 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

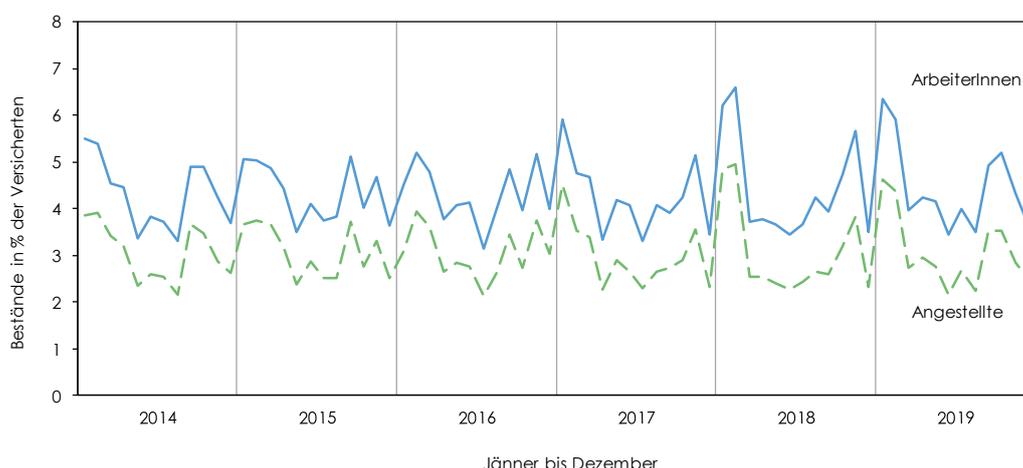


Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 durch die durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfälle 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 sprun-

haften 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. Zu Jahresanfang 2017 gab es eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der ArbeiterInnen und fast 17% der Angestellten einen Krankenstand. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009, 2011, 2015 und 2018 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012 und 2014 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. Im vergangenen Jahr (2019) schlug sich im Jänner eine heftige Grippewelle nieder. In diesem Monat verzeichnete die Statistik hohe Werte mit einem Krankenstand für 17,1% der ArbeiterInnen und 14,8% der Angestellten.

Abbildung 9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



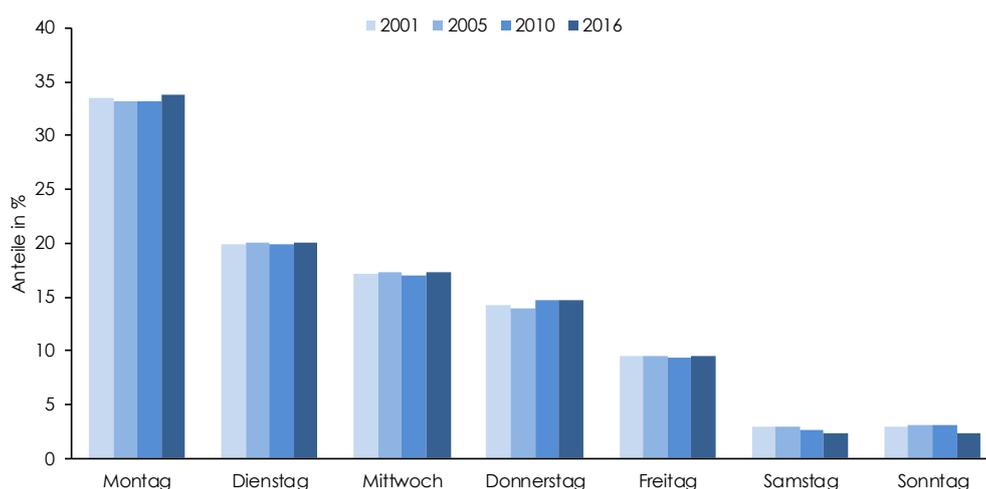
Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 sowie PatientInnen geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstands-meldungen entfallen. Wie Abbildung 10 zeigt, entfallen allerdings kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat

¹³⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011: 66f). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich liegen nicht vor.

weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem Erkrankte ÄrztInnen aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass ÄrztInnen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden 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. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", 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, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. 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 10: **Beginn des Krankenstands nach Wochentag**
Oberösterreich

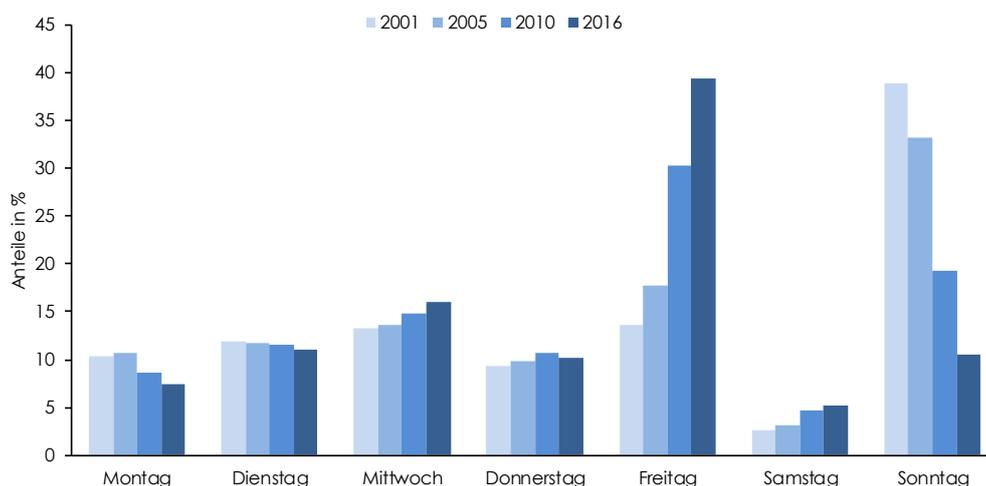


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 11). Im Laufe der letzten Jahre nahm allerdings der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen am Sonntag ebenso stark zurückging. Vermutlich sehen sich ÄrztInnen heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin am Montag zu vereinbaren. Zugleich bzw.

zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.4)¹⁴⁾.

Abbildung 11: **Ende des Krankenstands nach Wochentag**
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Für Österreich konnte in der Vergangenheit pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingingen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent waren: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende begannen, wurde die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt flossen die Wochenendtage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfielen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die betroffene Person tatsächlich vielleicht schon am Samstag genesen war. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2016 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) führt allerdings dazu, dass der statistisch erfasste Krankenstand die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzt. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, werden oft mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt wird. Gleichzeitig verkleinert sich dadurch die Diskrepanz zwischen den in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Kalendertagen und den infolge von Krankenständen tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen.

¹⁴⁾ Es ist naheliegend, 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.

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankenschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (*Badura et al.*, 2005). Dieses Muster blieb in unserem Nachbarland weitgehend konstant: 2019 endeten in Deutschland rund 44,4% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 9,0% (*Badura et al.*, 2020). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 13,3% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 11% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

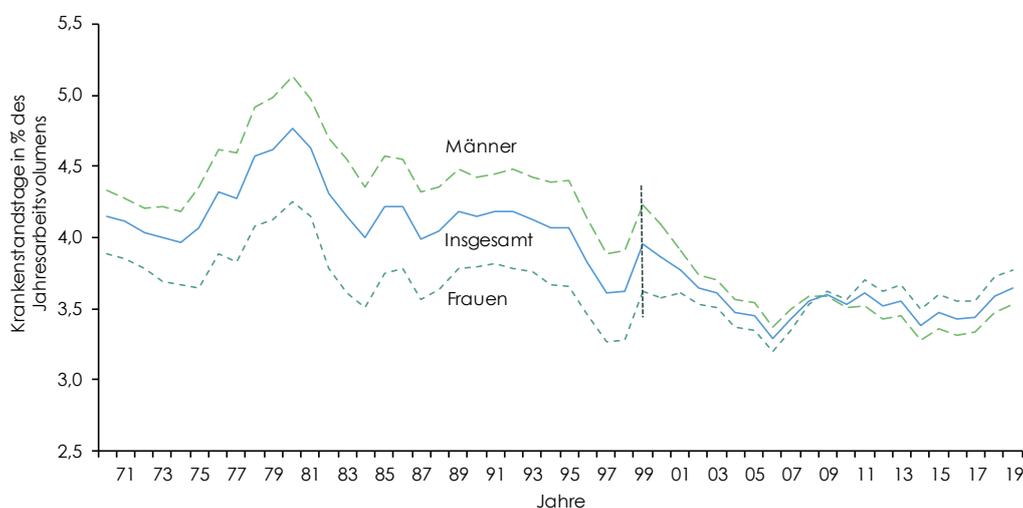
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Männer sterben im Vergleich zu Frauen häufiger an den Folgen schwerer organischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungen- oder Leberkrebs (*Macintyre et al.*, 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 betrifft. *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.

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, dann verringert und zuletzt umgekehrt. 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%)¹⁵⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer unter jener der Frauen. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf *Versichertenzahlen ohne Präsenzdiener und Kinderbetreuungsgeldbeziehenden* 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% im Jahr 2000 auf 6,4% im Jahr 2009. 2019 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,5%, jene der Frauen 3,8%.

Abbildung 12: **Krankenstandsquote nach Geschlecht**
Österreich



Q: Dachverband 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.

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

¹⁵⁾ Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker gewachsen als es bei den Männern der Fall war: 2019 fielen 26,2% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 21,9% der Männer; im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 11,9% bei den Frauen und 14,7% bei den Männern. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen im Güter produzierenden Bereich gekommen. Wie noch in Abschnitt 1.6.3 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 im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)¹⁶).

1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

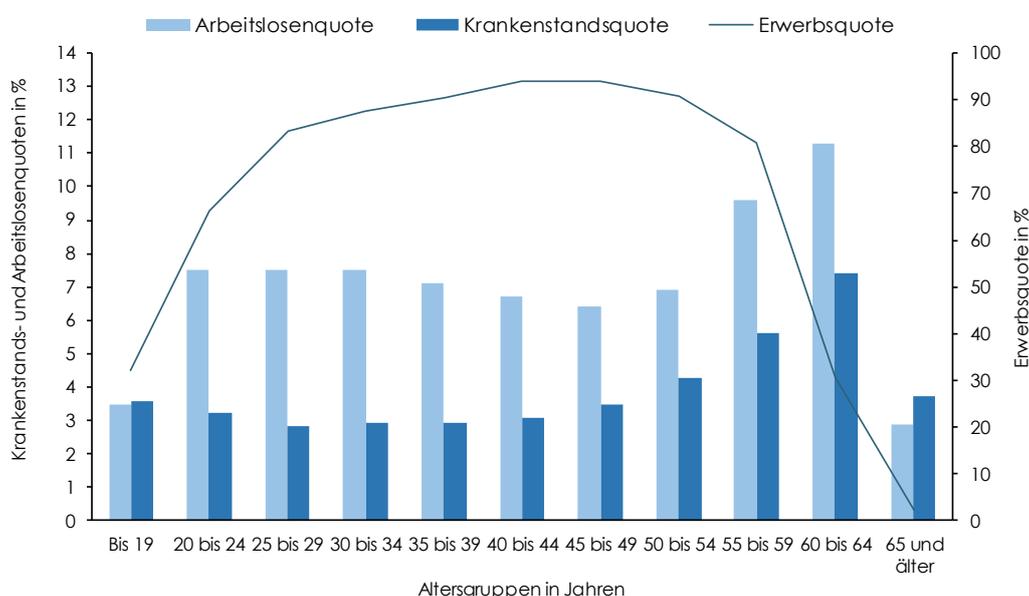
Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁷). Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 45 Jahren steigt die Quote wieder an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 50 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,4%). In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der Bis-19-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote der älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines sehr starken Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten

¹⁶) 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.

¹⁷) Im Jahr 2019 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 40%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 66%.

betrachtet werden: 2019 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 183.600 Männer und 179.100 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 10,5% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 70.600 Männer und 19.300 Frauen (insgesamt 2,6% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 8.700 Männer und 4.900 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,4% an der gesamten Beschäftigung dar.

Abbildung 13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2019



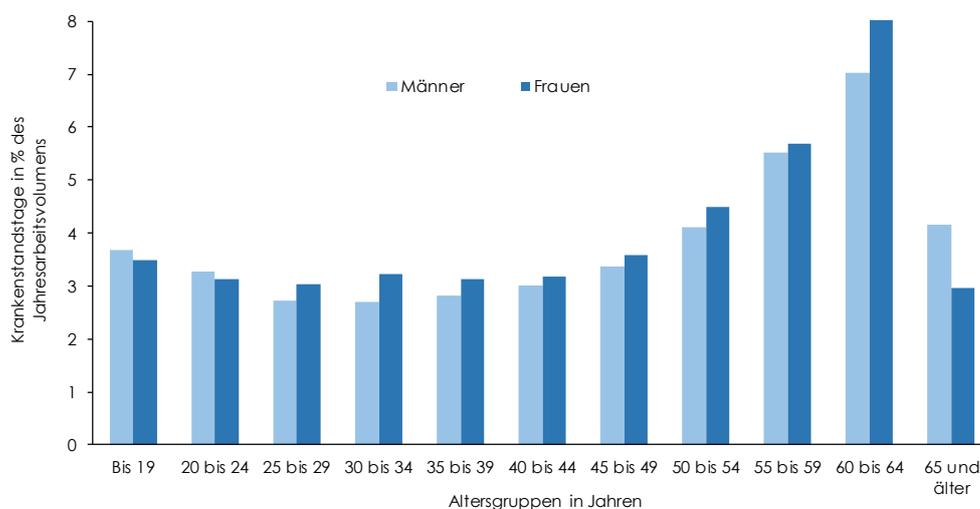
Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2019 bei den 50- bis 54-Jährigen 90,7% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 80,7% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 30,8% ab (Abbildung 13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2019 mit 9,6% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 11,3% deutlich über dem Durchschnittswert von 7,4%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁸⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 60 Jahren, für Frauen mit 58 Jahren beobachtet werden.

¹⁸⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalls 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.

Insgesamt gab es 2018 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 2.509, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 5.828 und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 3.027 Neuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen¹⁹⁾. Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**
Österreich, 2019



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

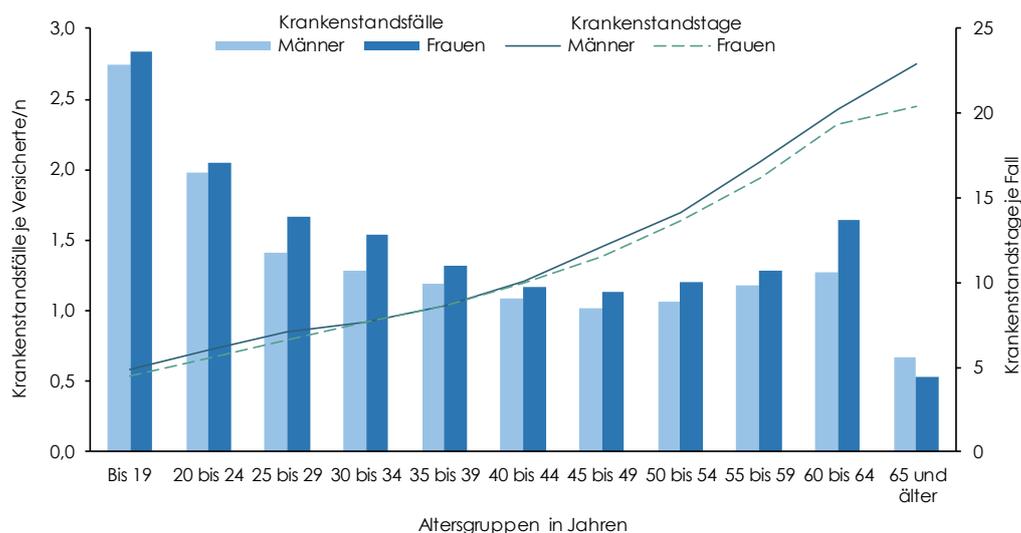
Wie man Abbildung 14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle. 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 an 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

¹⁹⁾ Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 3.31.

vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (Biffli, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

Abbildung 15: **Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht**

Österreich, 2019



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

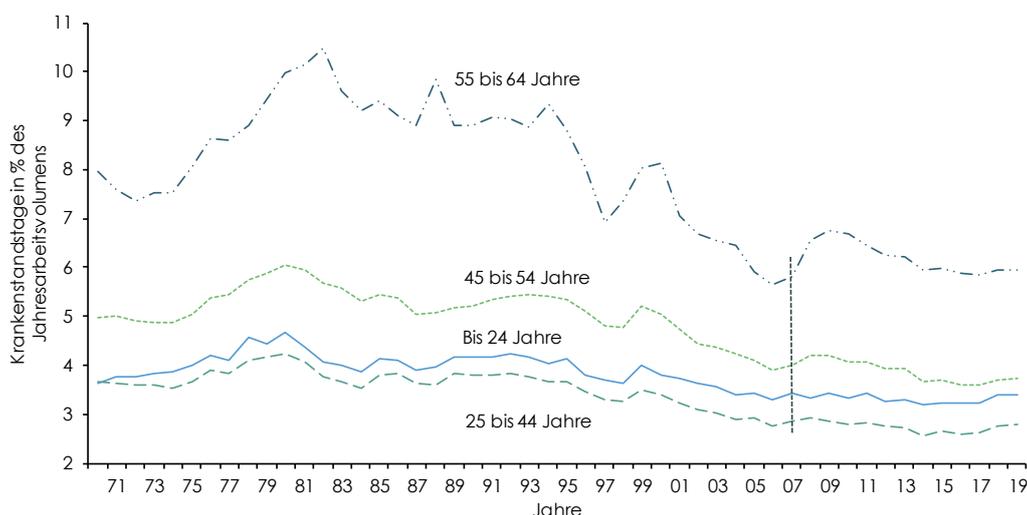
Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 5,4 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen knapp 4-mal so lang (20,3 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den Über-50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf eine Woche oder länger krankgeschrieben. Der überwiegende Teil der Fehlzeiten konzentriert sich in allen Altersgruppen auf einen anteilmäßig etwa gleich großen Personenkreis: Bei den Jüngeren in Form einer höheren Zahl an kurzen Krankenständen, bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen (Leoni – Schwinger, 2017).

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 zunahmen. 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 Variationskoeffizienten²⁰⁾ 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.

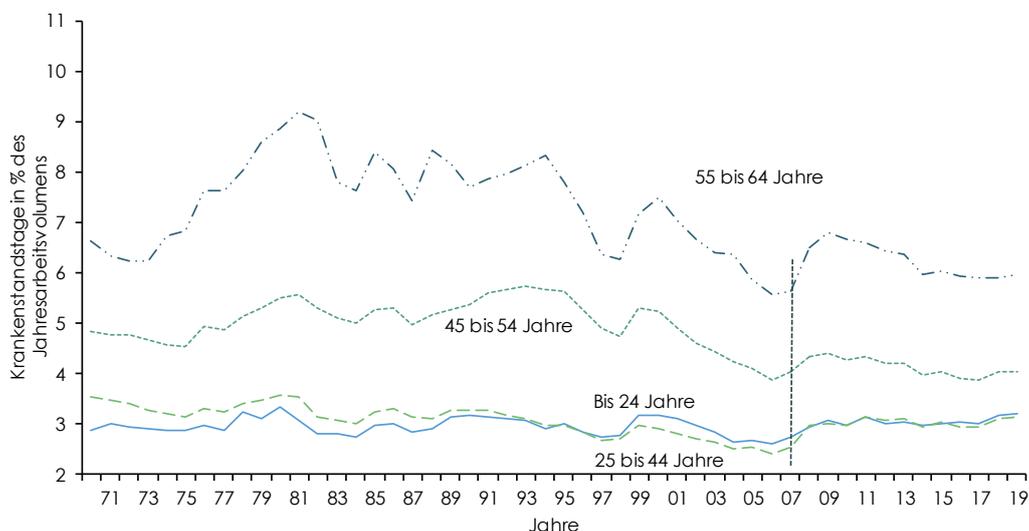
Abbildung 16: **Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen**
Österreich



Q: Dachverband 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.

²⁰⁾ 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.

Abbildung 17: **Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen**
Österreich



Q: Dachverband 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.

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich stärker auf Ältere 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 prägen die Optionen und Beschäftigungschancen der Erwerbspersonen, sie setzen Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Einschneidende Veränderungen in diesem Bereich wie z. B. die Pensionsreformen der Jahre 2003/04 oder die Reform der Invaliditätspension im Jahr 2012 sowie andere Maßnahmen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik haben dazu beigetragen, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergehalten 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

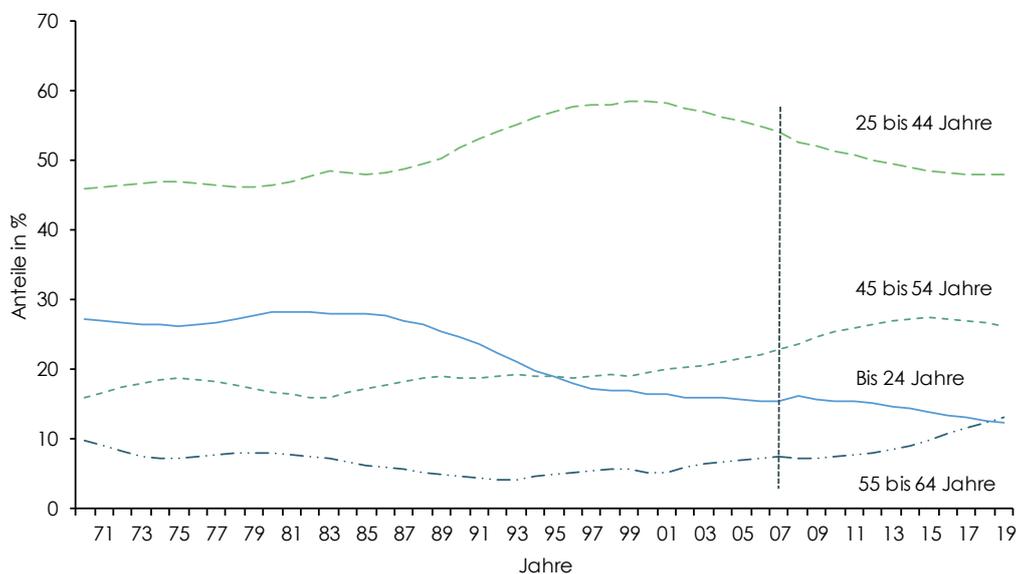
hatten²¹⁾. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, 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 (*Leoni – Mahringer, 2008: 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 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 48,0%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2019 bei 13,1%. 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 50- 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 12,4% (2019).

²¹⁾ Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008*).

Abbildung 18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



Q: Dachverband 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 gut einen Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 1 Krankenstandstag (2019 gab es durchschnittlich 13,3 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 2013 und 2014, zum Beispiel, wurde der leichte, steigernde Effekt der demographischen Verschiebung auf die Krankenstandsquote durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2014 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2015 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2019 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Durch den Anstieg der Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen, die in Summe die Krankenstandsquote um 0,03 Prozentpunkte erhöhte, ergab sich gemeinsam mit dem demographischen Effekt ein Anstieg um 0,05 Prozentpunkte.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da

die Babyboom-Generation²²⁾ in den kommenden Jahren vermehrt zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankenstands-entwicklung 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. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2017, 2018 und 2019)²³⁾ linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,2 Prozentpunkte, d. h. knapp 1 Krankenstandstag pro Kopf. Auch frühere Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten durch den Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und einen Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in 2030 die Fehlzeiten höher als gegenwärtig, aber deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und 1990er-Jahre liegen werden (Leoni et al., 2008A).

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 beeinträchtigte Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.6.3 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

²²⁾ Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

²³⁾ Durchschnittlich +0,020 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

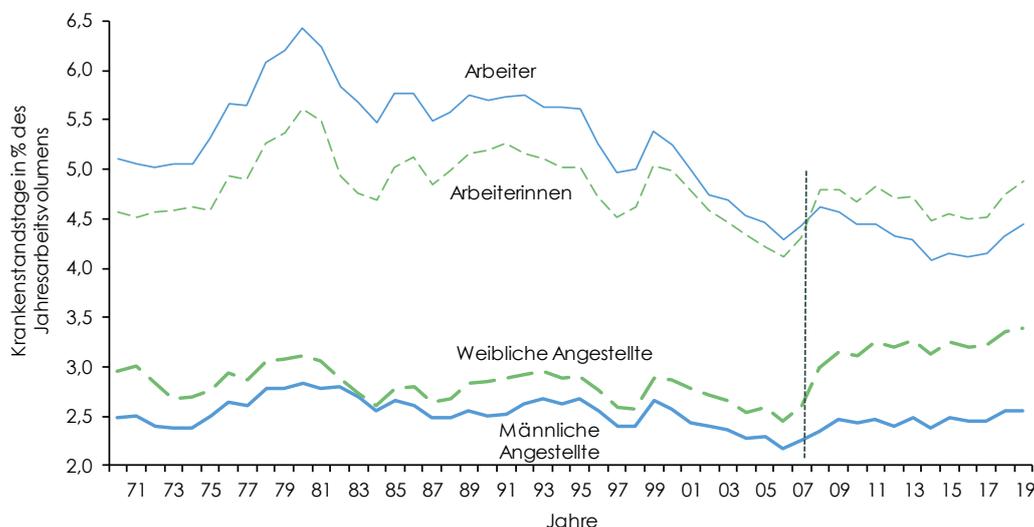
Österreich, sondern auch in Deutschland der Fall. Hier können einige Erklärungsgründe für diese Unterschiede in der Krankenstandsquote nach Statusgruppe angeführt werden:

- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*).
- 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. ArbeiterInnen haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozio-ökonomischer Stellung (siehe z. B. *Marmot et al., 1991; Deaton – Paxson, 1998*)²⁴).

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).

²⁴) Diese Korrelation darf nicht als einseitiger kausaler Zusammenhang verstanden werden, da sowohl ein niedriges Einkommen die Gesundheit negativ beeinflussen kann, als auch umgekehrt ein schlechter Gesundheitszustand die Beschäftigungsmöglichkeiten einschränken und ein niedriges Einkommen zur Folge haben kann.

Abbildung 19: **Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht**
Österreich



Q: Dachverband 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 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 Anfang der 1990er-Jahre 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 (2019) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um 50% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen rund 16 Tage, die Angestellten 11 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.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind

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 konnte.

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 (9,6%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (32,8%)²⁶⁾. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen Angestellten auf Branchen und Berufen und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 3)²⁷⁾.

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 dieser 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 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 18,1% bzw. 16,0% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,6% 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 jeweils 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.

²⁶⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (6,7%, siehe Abschnitt 1.6.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten haben (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote).

²⁷⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche als bisher, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

Übersicht 3: **Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht**
Österreich, 2019

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

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

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2019 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 3,9%, sie betrug für Männer 3,8% und für Frauen 4,0%.
- 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 (2,4%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (4,6%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich Gesundheits- und Sozial-

wesen (4,3%). Auch Verkehr und Lagerei sowie die Wasserwirtschaft liegen mit einer Krankenstandsquote von 4,2% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen (3,9%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (3,7%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,4%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung verzeichnete ebenfalls eine hohe Krankenstandsquote (4,0%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,7%) lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.

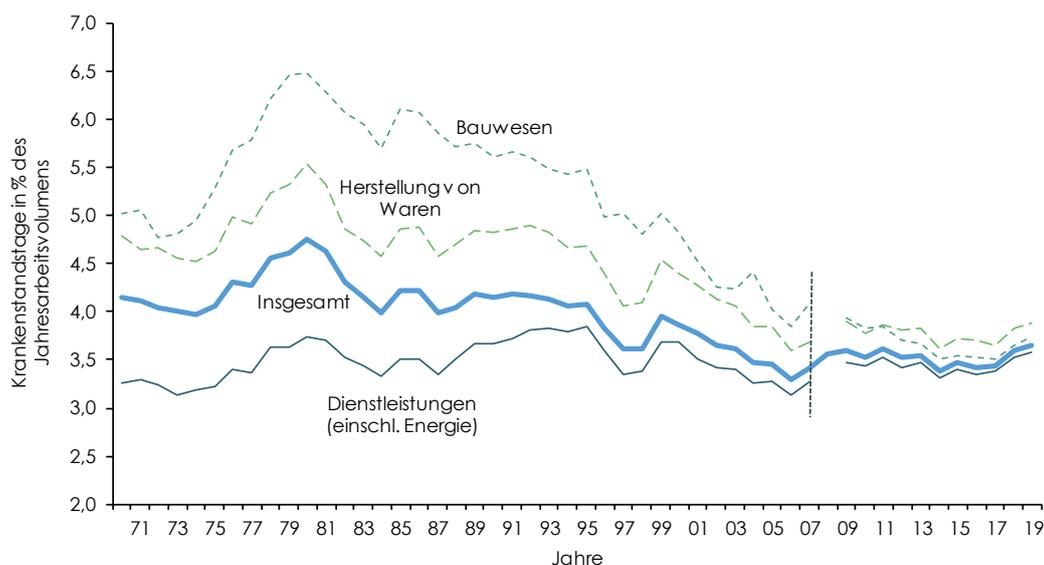
Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al. (2020)* zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Energie- und Wasserwirtschaft, öffentliche Verwaltung sowie verarbeitendes Gewerbe die höchsten 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. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005²⁸⁾ zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (*Leoni et al., 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%).

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 2019 lag die Krankenstandsquote der Männer um 60% 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 Information und Kommunikation sowie Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie weisen Frauen deutlich höhere Krankenstände als Männer auf. Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt bzw. nach sozialrechtlicher Stellung sind neben den Krankenstandsquoten der Frauen und Männer auch die Besetzungszahlen in den einzelnen Branchen entscheidend. Ein gutes Beispiel

²⁸⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

dafür ist das Gesundheits- und Sozialwesen, wo der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote in einer relativen Betrachtung weniger stark ausgeprägt ist, als in anderen Branchen. Aufgrund der hohen Beschäftigtenzahl und des hohen Frauenanteils wirkt sich die überdurchschnittliche Quote in diesem Sektor viel stärker auf die Gesamt-Krankenstandsquote der Frauen als auf jene der Männer aus (mehr als 15% aller Krankenstandstage der Frauen, gehen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern sind es weniger als 4%).

Abbildung 20: **Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe**



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 liegen für 2008 keine Werte vor. Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen nach Branchenobergruppen zwischen 2007 und 2009 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

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 Industriebranchen, allen voran die Bereiche der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, wiesen 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 verharrte dagegen deutlich oberhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts.

Nach Beginn der 1990er-Jahre kam es zu einer stärkeren Konvergenz in den Krankenstandsquoten aller Wirtschaftssektoren. Während der Krankenstand im Durchschnitt der Dienstleistungsbranchen weitgehend konstant blieb, verzeichneten die Beschäftigten in der Warenherstellung einen spürbaren Rückgang der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten. Noch stärker ging die Krankenstandsquote allerdings im Bauwesen zurück: In den späten 1980er-Jahren hatten die Beschäftigten der Bauwirtschaft etwa 40% mehr Krankenstandstage als im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. 2019 betrug die Differenz nur noch 2%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich weniger Krankenstandstage je Versicherte/n anfallen als in der Herstellung von Waren.

1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Dachverbands 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 Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019A*) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (135.581 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2018 zu ergänzen. Zudem wurde auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2018 veröffentlicht (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019B*). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen geht hervor, dass 2018 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,5% und jene der Vertragsbediensteten 2,7% betrug (Übersicht 4). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,5%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,3% (2018). 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 2018 um 0,8 Prozentpunkte (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,7% gegenüber 3,5%, Übersicht 4).

Übersicht 4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

Vergleich mit ArbeiterInnen und Angestellten; ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote in %
BeamtInnen	2011	978	15.471	15,8	4,2
	2012	970	15.473	16,0	4,2
	2013	1.029	15.899	15,4	4,4
	2014	947	15.104	16,0	4,1
	2015	1.070	15.277	14,3	4,2
	2016	1.063	15.139	14,2	4,1
	2017	1.031	15.571	15,1	4,3
	2018	1.153	16.336	14,2	4,5
Vertragsbedienstete des Bundes	2011	703	10.585	15,1	2,9
	2012	661	9.937	15,0	2,7
	2013	702	10.095	14,4	2,8
	2014	652	9.671	14,8	2,6
	2015	703	9.763	13,9	2,7
	2016	677	9.466	14,0	2,6
	2017	672	9.424	14,0	2,6
	2018	720	9.790	13,6	2,7
BeamtInnen und Vertrags- bedienstete des Bundes ¹⁾	2011	860	13.298	15,5	3,6
	2012	833	12.941	15,5	3,5
	2013	880	13.178	15,0	3,6
	2014	808	12.488	15,4	3,4
	2015	896	12.579	14,0	3,4
	2016	878	12.320	14,0	3,4
	2017	852	12.420	14,6	3,4
	2018	933	12.922	13,8	3,5
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte ²⁾	2011	805	12.269	15,2	3,4
	2012	768	11.916	15,5	3,3
	2013	796	11.985	15,1	3,3
	2014	731	11.374	15,6	3,1
	2015	780	11.642	14,9	3,2
	2016	759	11.430	15,1	3,1
	2017	761	11.461	15,1	3,1
	2018	813	11.983	14,7	3,3
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾	2011	673	9.774	14,5	2,7
	2012	644	9.525	14,8	2,6
	2013	686	9.756	14,2	2,7
	2014	630	9.302	14,8	2,5
	2015	686	9.663	14,1	2,6
	2016	666	9.456	14,2	2,6
	2017	664	9.466	14,3	2,6
	2018	710	9.914	14,0	2,7

Q: Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (2019A). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, PraktikantInnen). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die fast ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2018 eine Krankenstandsquote von 5,7% bzw. 4,3%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflegedienst (7,5%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (2,2%), LehrerInnen (2,3%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (2,9%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 5,4% auf (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019A, 2019B*).

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 Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport wissen wir, dass im Jahr 2018 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 767 Arbeitstage²⁹⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote 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

²⁹⁾ Die Auswertungen beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

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 ArbeitgeberInnen³⁰).

Die detaillierten Auswertungen (Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019B) 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: 2018 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,8 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 13,9 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. In der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen steigt die Krankenstandsquote merklich an und erreicht bei den 60- bis 64-Jährigen den höchsten Wert. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer allerdings um 1,8% über jenen der Frauen. Frauen sind gleich oft, aber geringfügig kürzer im Krankenstand als Männer.

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 Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport 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. 2018 entfielen gut zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und knapp ein Drittel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede/r Beschäftigte im Laufe des Jahres 3,1 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich:

³⁰) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017) erfüllt der Bund seit 2007 die Beschäftigungspflicht nach dem BEinstG vollständig. Nur 22% aller einstellungspflichtigen DienstgeberInnen erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag³¹). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

1.7 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 91,9% (2019)³²). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³³).

Die Werte aus dem Jahr 2019 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 13,4 Tagen je Erwerbstätige/n nur marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Krankenversicherungsträger (13,3) liegt. Die niederösterreichische und die oberösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit respektive 14,8 und 14,1 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 21). Die Versicherten in der Steiermark (13,7), Burgenland (13,3), Wien (13,1), Tirol (13,1), Vorarlberg (12,2) und Kärnten (12,0) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 11,2 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,1% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,7%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (4,0%) Wert.

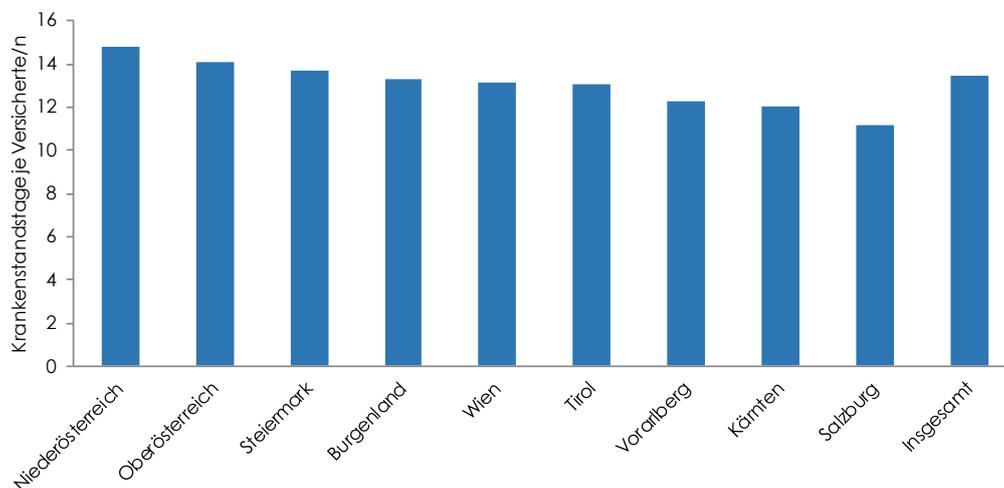
³¹) Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

³²) 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 zuordenbar.

³³) Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gebietskrankenkassen inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal von jener der Summe der Gebietskrankenkassen abweichen.

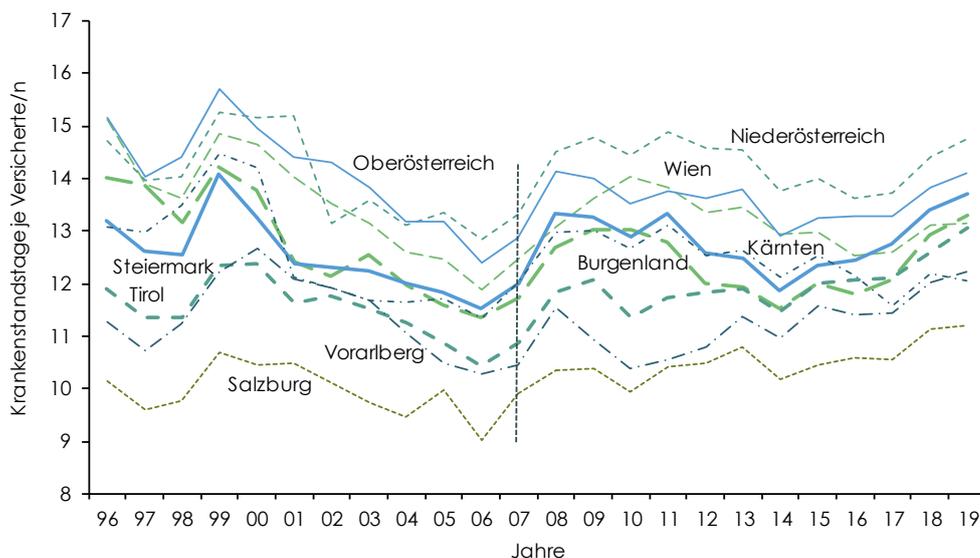
Abbildung 21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gebietskrankenkassen, 2019



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 22: **Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern**



Q: Dachverband 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 (1996/2019) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 22). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den

gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Oberösterreich und Wien 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 darauffolgenden 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. In Abschnitt 1.6.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstandsniveau Einfluss nehmen. 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 (ArbeiterInnen und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

Übersicht 5: **Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht**

2019

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

Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 5 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 (5,1%) und Arbeiter (4,7%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen nahe bzw. am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,3% bzw. 2,6% leicht unter bzw. über dem bundesweiten

Durchschnitt, die Frauen lagen dagegen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,3%) als auch in Angestelltenberufen (3,7%) deutlich über den entsprechenden Durchschnittswerten (4,9% und 3,4%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen insgesamt mit 3,6% am Durchschnitt aller Bundesländer liegt. In Niederösterreich dagegen verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote der Gebietskrankenkasse Salzburg (3,1%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2019

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

Q: Dachverband 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 6 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 2019. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁴). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere

³⁴) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 5).

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 gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,8% belaufen, was einem Plus von 4,9% entspricht. Die Krankenstandsquote der Vorarlberger Gebietskrankenkasse bleibt nahezu unverändert. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so in Tirol und im Burgenland.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Die stärkste prozentuelle Anpassung erfolgt für Wien, wo eine Angleichung an den bundesweiten Durchschnitt in der Verteilung der ArbeiterInnen und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 4,9% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich, Oberösterreich und Wien über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (3,0%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise in Tirol und im Burgenland) auf die Krankenstände auswirkt. Jedoch liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁵⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

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

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

gründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom DVSV auf die Klassifizierung nach ICD-10³⁶⁾ 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.

Übersicht 7: Krankheitsgruppenstatistik

Österreich, 2019

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,4	21,3	15,5
Krankheiten des Atmungssystems	36,5	20,3	5,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,0	16,3	19,9
Psychische und Verhaltensstörungen	2,6	9,4	35,2
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	16,1	7,1	4,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	6,2	4,2	6,6
Neubildungen	0,8	3,8	43,8
Krankheiten des Verdauungssystems	4,8	3,8	7,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,7	3,6	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	2,1	8,9
Krankheiten des Nervensystems	2,2	2,0	8,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,2	10,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9	1,1	12,0
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,1	0,8	7,8
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	7,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,7	18,8
Übrige Ursachen	0,5	0,7	13,8
Diagnose nicht feststellbar	0,4	0,4	10,2
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	20,3
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	18,3
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	17,6

Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

³⁶⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 7). 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 (80,2%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (69,3%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für drei Viertel (76,6%) aller gemeldeten Krankenstandstage und -fälle (74,5%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme³⁷⁾ handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen³⁸⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 16,3% 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).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen³⁹⁾ 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 Österreich⁴⁰⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,7 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,3 Tage), Krankheiten des Atmungs-

³⁷⁾ "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 siebter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

³⁸⁾ 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).

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

⁴⁰⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2019 wurden vier von zehn Sterbefällen (38,6% bzw. 32.100 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

systems (5,4 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,7 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,5 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,9 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (35,2 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei 43,8 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 aber auch durch ihr Freizeitverhalten im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern um 75% häufiger als bei Frauen⁴¹⁾. Konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sind bei Männern um ein Fünftel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 2,4 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 um 4% weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um 60% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2019 auf 100 Männer im Schnitt 2,5 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich fast fünf Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf fast 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 beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 2 im Fehlzeitenreport 2017, *Leoni – Schwinger*, 2017). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast 25% aller Krankenstandstage dieser Gruppe gingen 2014 auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab, bei älteren Arbeitskräften gingen nur noch 15% der Fehlzeiten auf Unfälle zurück.

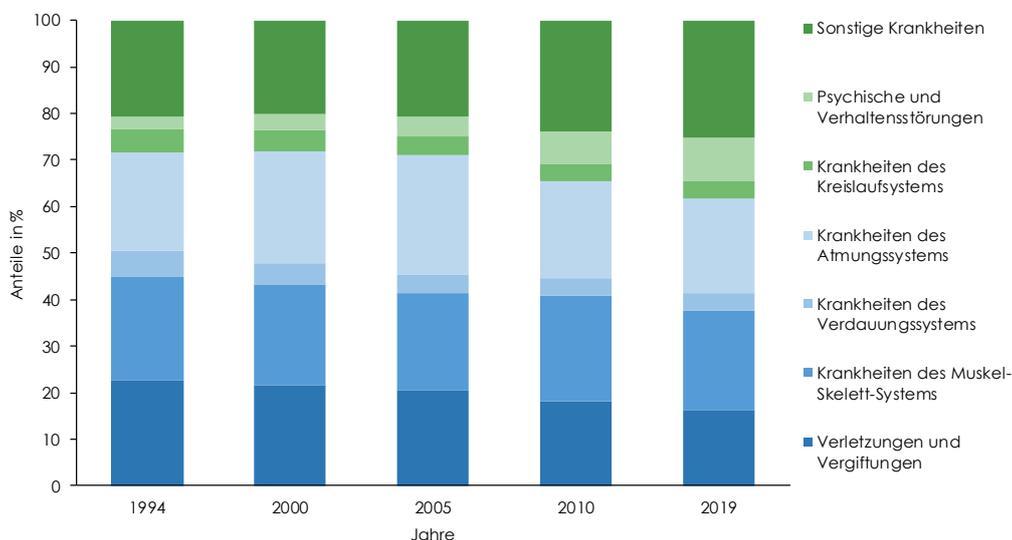
⁴¹⁾ Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

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 Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: 2014 wurde in Oberösterreich etwa ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen war es rund ein Drittel aller Tage.

Abbildung 23 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.

Verletzungen und Vergiftungen sind als Krankenstandsursache in einer längerfristigen Betrachtung rückläufig. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2019 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 Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,6% bzw. 3,8%), gingen dagegen leicht zurück.

Abbildung 23: **Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen**
Österreich



Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 17 Jahren (2000 24%, 2019 20,3%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000 3,5 Tage, 2019 2,7 Tage). Kurzfristig unterliegt die Entwicklung der Krankenstandstage, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, mitunter starken Schwankungen. Diese Schwankungen sind auch deshalb von Interesse, weil sie einen Anhaltspunkt zur Intensität von Grippewellen geben können. Zwischen 2018 und 2019 sank die Zahl der Atemwegserkrankungen in einer absoluten Betrachtung um rund 34.000 Fälle bzw. um rund 469.000 Tage nach einem hohen Anstieg in 2018. Das entspricht einem Rückgang an Fehlzeiten pro Kopf in dieser Krankheitsgruppe von 6½%. In fast allen anderen Krankheitsgruppen ist die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf gegenüber dem Vorjahr gestiegen, in keiner anderen Gruppe war der absolute Rückgang annähernd gleich groß. Dem Rückgang bei Atemwegserkrankungen haben aber Steigerungen in den Gruppen psychische und Verhaltensstörungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes entgegengewirkt, die zu der leichten Erhöhung der Krankenstandquote führten.

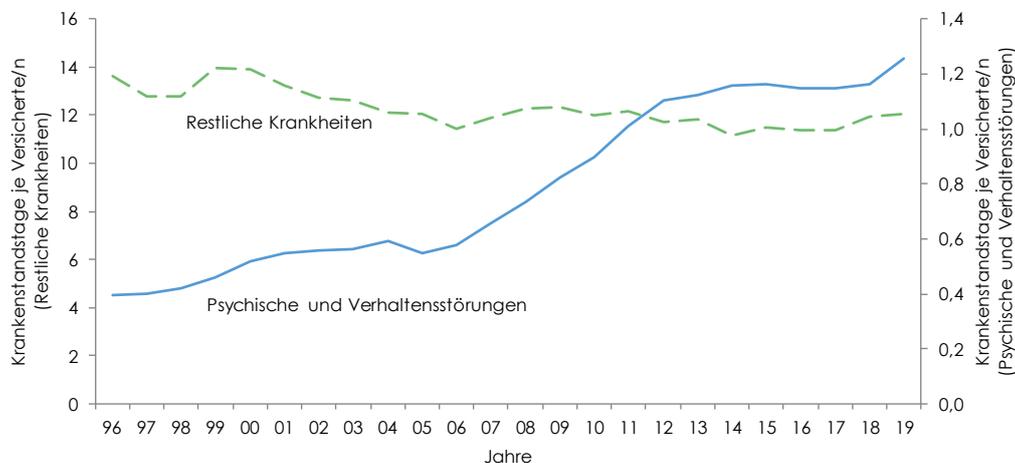
Für die Vergangenheit können wir eine starke Übereinstimmung in der Entwicklung der Atemwegserkrankungen und der allgemeinen Krankenstandsquote beobachten. In den vergangenen beiden Jahrzehnten bewegten sich die Pro-Kopf-Zahlen der Atemwegserkrankungen und die Krankenstandsquoten insgesamt fast ausnahmslos in die gleiche Richtung. Aufgrund der starken jährlichen Schwankungen in der Inzidenz von Atemwegserkrankungen und ihres hohen Gewichts am Fehlzeitenvolumen (mehr als ein Fünftel aller Tage) erhöht diese Krankheitsgruppe die Volatilität der Krankenstandsquote in erheblichem Maße. Berechnungen zeigen, dass unter Ausschluss der Atemwegserkrankungen die längerfristige Varianz der Zeitreihe zur Krankenstandsquote um etwa ein Drittel geringer wäre⁴²).

In einer längerfristigen Sicht ist ein klarer Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen beobachtbar (Abbildung 24). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, mehr als verdreifacht. Auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. Seit 2012 ist der Anstieg der psychisch bedingten Krankenstände in Österreich allerdings abgeflacht, 2016 kam es erstmals seit Mitte der 2000er-Jahre zu einem leichten Rückgang der Pro-Kopf-Quoten in dieser Krankheitsgruppe. 2017 verharrte die Quote auf demselben Wert wie im Vorjahr, 2018 ist ein geringfügiger Anstieg und 2019 ein merklicher Anstieg um rund 10% feststellbar. Damit einhergehend erhöhte sich auch der Anteil dieser Krankheitsgruppe am gesamten Fehlzeitenvolumen.

⁴²) Der Variationskoeffizient für die Krankenstandsquote ohne Atemwegserkrankungen beträgt für die Jahre 2000 bis 2018 0,004, einschließlich der Atemwegserkrankungen 0,006.

Abbildung 24: **Entwicklung der psychischen Krankheiten**

Österreich; rechte Achse: psychische und Verhaltensstörungen, linke Achse: restliche Krankheiten



Q: Dachverband 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 tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits sind im Zeitverlauf das Bewusstsein und das medizinische Wissen rund um psychische Störungen gewachsen, was auch das ärztliche Diagnose- und Verschreibungsverhalten verändert haben dürfte (Jacobi, 2009). 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. Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2018)⁴³.

Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa 5% der Bevölkerung sind durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (OECD, 2015). Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der

⁴³) Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 3.34.

Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (Heyde – Macco, 2010; Zach, 2014). Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen⁴⁴), deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. Richter et al. (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Zwei neuere Versionen dieser Untersuchung, die auch die Erkenntnisse aus weiteren Studien berücksichtigen, bestätigen dieses Ergebnis (Richter – Berger, 2013) bzw. finden für die vergangenen Jahrzehnte nur einen geringen Anstieg in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, der vorwiegend durch demographische Verschiebungen erklärt werden kann (Richter et al., 2019).

Demzufolge scheint das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der *Krankenstandsstatistik* in erster Linie auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und die erhöhte Wahrnehmung psychischer Probleme zurückzuführen zu sein. Diese Trends dürften dazu beitragen, dass die wahre Tragweite der Krankheitslast durch psychische Erkrankungen verstärkt zum Vorschein kommt, ein signifikanter Anteil davon allerdings nach wie vor unbehandelt bleibt (Wittchen et al., 2011; Mack et al., 2014). Auch Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigung haben aufgrund des steigenden Anteils von Frauen und älteren Erwerbspersonen, die eine überdurchschnittliche Anzahl an Krankenstandstagen mit psychischer Krankheitsdiagnose aufweisen, den Aufwärtstrend der psychischen Erkrankungen in der Statistik begünstigt. Dieser demographische Effekt dürfte allerdings eine beschränkte Größenordnung haben (Leoni, 2019).

1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Seit einigen Jahren weist die *Krankenstandsstatistik* Arbeitsunfälle nicht als gesonderte Krankheitsursache aus, weshalb die Zahl der Fehlzeiten infolge von Arbeitsunfällen nicht quantifiziert werden kann. Auch in früheren Jahren, als Arbeitsunfälle eine eigene Kategorie der Auswertung nach Krankheitsgruppen darstellten, bestand in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmten, wies die Statistik des DSVS alle Krankheitsfälle 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 definier-

⁴⁴) Die hier angesprochene Verstärkung von psychosozialen Risikofaktoren kann laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich dabei neben der Intensivierung der Arbeitsprozesse um die Zunahme von flexiblen Beschäftigungsformen, um das Altern der Erwerbsbevölkerung, um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

ten 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 fernbleiben muss. Aus diesen Gründen lag 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.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. 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 2019 waren 3,2 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 86% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 109.997 anerkannten Arbeitsunfällen und 14.494 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2019 wurden 86.836 (80%) bzw. 11.757 (81%) bei der AUVA erfasst⁴⁵). 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 Versicherte wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

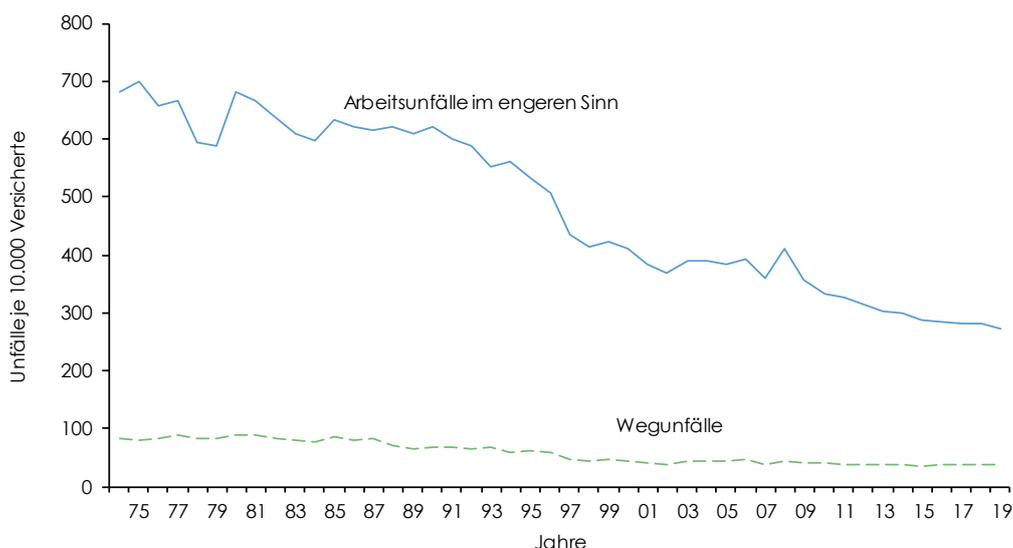
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 25). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu

⁴⁵) Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2019*, Tabelle 4.02.

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, sodass 2019 die Unfallquote mit 311 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 2019 waren es 3,1%. 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 2019 2,7%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2019 um 60% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 12% 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 37 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2019, was einer Verringerung um 55% entspricht.

Abbildung 25: **Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴⁶⁾. 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

⁴⁶⁾ 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.

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. 2019 wurde mit 95 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik ein Minimum erreicht.

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 verschob 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 auswirken könnte, ist rein statistischer Natur: Durch die 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 verteilen⁴⁷⁾.

1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

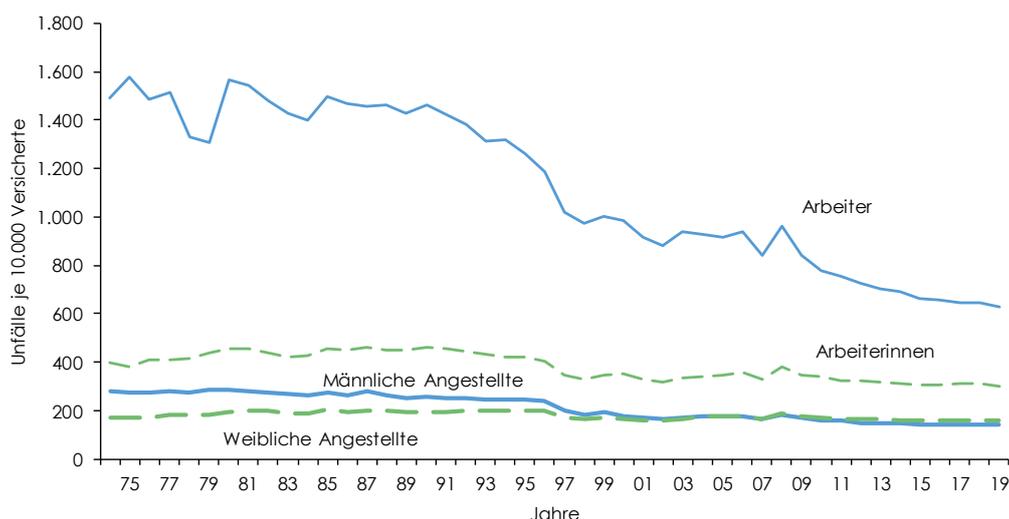
Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2019 für Männer 4,0%, für Frauen

⁴⁷⁾ Dieser Effekt dürfte jedoch nur eine untergeordnete Rolle in der von der AUVA veröffentlichten Statistik spielen, da sich die darin enthaltenen Versichertenzahlen auf Personen (und nicht Beschäftigungsverhältnisse) beziehen und geringfügig Beschäftigte aus der Betrachtung ausgenommen sind. Eine Gegenüberstellung dieser Versichertenzahlen mit der Entwicklung des Arbeitsvolumens aller unselbständig Beschäftigten in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung von Statistik Austria zeigt, dass sich die beiden Reihen über die Zeit gleich parallel entwickeln.

lag sie bei 2,0%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 26 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 Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2019 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 2019 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 533 (-52%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 151 (-33%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 143 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2019 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (158 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 Annäherung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern fast zwei Drittel (-63%), bei den Frauen 31%.

Abbildung 26: **Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht**

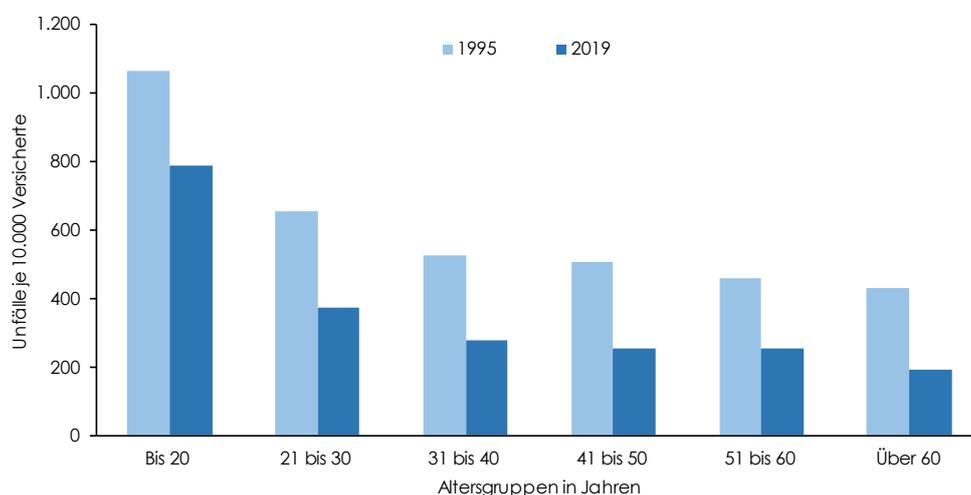


Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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 2019 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 27). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Abbildung 27: **Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen**

Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



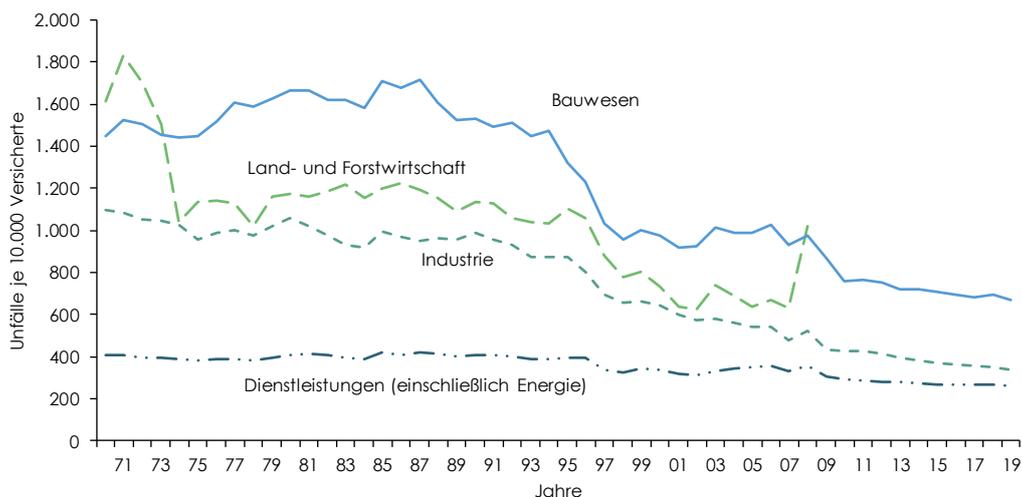
Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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 ein hohes Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2019 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, etwa ein Sechstel 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 "Wasserversorgung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie

⁴⁸⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

die Bereiche "Kunst, Unterhaltung und Erholung" und "Verkehr und Lagerei" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur weniger als ein Viertel des Durchschnitts und etwas mehr als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 28: **Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)**



Q: Dachverband 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.

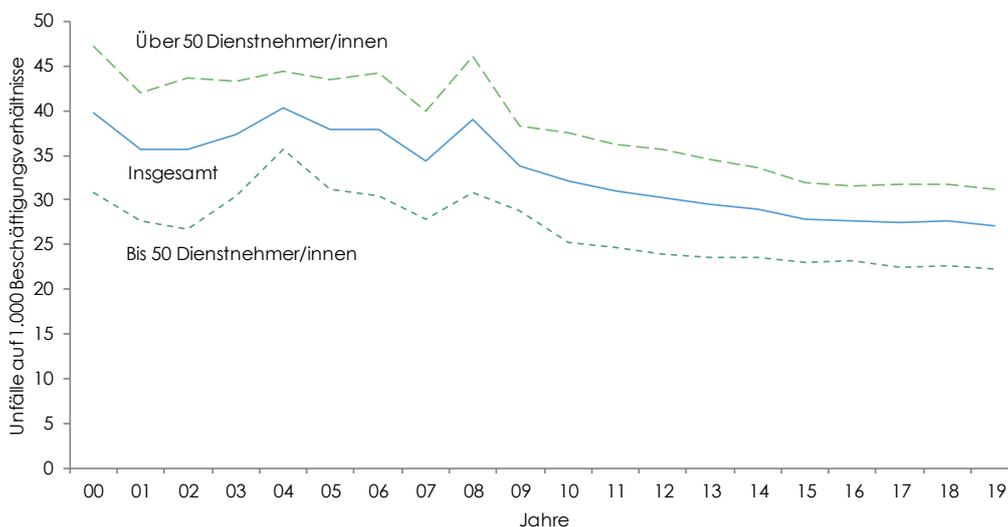
Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Gliederung der Wirtschaftsklassen 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 28) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um 50% bzw. 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 Annäherung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen, als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2019 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,3-Fache, im Bauwesen das 2,6-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 29). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichneten 2019 im Durchschnitt 40% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen 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 der Warenherstellung 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 29: 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., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin Heidelberg, 2005.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin Heidelberg, 2008.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2020. Gerechtigkeit und Gesundheit, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2020.
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", WIFO Working Paper, 1999, (124).
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, Link zum Dokument.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016, Wien, 2017.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (2019A), Das Personal des Bundes 2019. Daten und Fakten, Wien, 2019.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (2019B), Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2019 im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2019, Link zum Dokument.
- Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).
- Deaton, A. S., Paxson, C. H., "Aging and inequality in income and health", American Economic Review, 1998, 88(2), S. 248-253.
- 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).
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven, WIFO, Wien, 2016, Link zum Dokument.
- European Agency for Safety and Health at Work, Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxemburg, 2007.
- Heyde, K., Macco, K., "Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008", in Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 31-40.
- Ichino, A., Moretti, E., Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Jacobi, F., "Nehmen psychische Störungen zu?", Report Psychologie, 2009, 34(1), S. 16-28.
- Korn, G., Firzinger, K., "Personenbezogene Statistiken 2019", Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, Februar 2020, Link zum Dokument.
- Leoni, Th., Biffi, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, Link zum Dokument.
- Leoni, Th., Biffi, G., Guger, A. (2008B), "Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, Link zum Dokument.

- Leoni, Th., Böheim, R., Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus, WIFO, Wien, 2018.
- Leoni, Th., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Leoni, Th., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, Th., Schwinger, J., Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt, WIFO, Wien, 2017.
- Leoni, Th., Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich, WIFO, Wien, 2019.
- 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.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., Wittchen, H.-U., "Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH)", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2014, 23(3), S. 289-303.
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", *The Lancet*, 1991, 337(8754), S. 1387-1393.
- 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.
- OECD, Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, 2015.
- 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.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht", *Psychiatrische Praxis*, 2008, 35(7), S. 321-330.
- Richter, D., Berger, K., "Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien", *Psychiatrische Praxis*, 2013, 40, S. 176–182.
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., Whittington, R., "Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta analysis", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2019, 140(5), S. 393-407.
- Schnabel, C., Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercher, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C., "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010", *European Neuropsychopharmacology*, 2011, 21(9), S. 655–679.
- Zach, M., Psychische Erkrankungen und Invalidität, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

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
2013	40.363.946	3.116.306	13,0	3,5
2014	38.793.698	3.145.893	12,3	3,4
2015	40.270.601	3.179.857	12,7	3,5
2016	40.458.342	3.236.840	12,5	3,4
2017	41.522.418	3.310.869	12,5	3,4
2018	44.577.692	3.401.960	13,1	3,6
2019	46.081.242	3.464.704	13,3	3,6

Q: Dachverband 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
2013	63,1	1,3	2,0	10,2
2014	60,1	1,2	2,0	10,3
2015	63,1	1,3	2,0	9,9
2016	62,5	1,3	2,0	9,8
2017	62,7	1,3	2,1	9,7
2018	64,9	1,4	2,1	9,6
2019	64,0	1,4	2,1	9,7

Q: Dachverband 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	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
	In %								
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
2013	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,3	3,0	3,1	5,3
2014	2,9	2,8	5,0	2,9	3,1	5,1	2,9	2,9	5,0
2015	2,9	2,8	5,0	3,0	3,2	5,1	2,9	3,0	5,1
2016	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2017	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2018	3,0	2,9	5,0	3,1	3,3	5,1	3,1	3,1	5,1
2019	3,1	3,0	5,1	3,1	3,3	5,2	3,1	3,1	5,1

Q: Dachverband 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
2013	4,3	2,5	3,4	4,7	3,3	3,7	3,5
2014	4,1	2,4	3,3	4,5	3,1	3,5	3,4
2015	4,1	2,5	3,4	4,5	3,3	3,6	3,5
2016	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2017	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2018	4,3	2,6	3,5	4,7	3,4	3,7	3,6
2019	4,4	2,5	3,5	4,9	3,4	3,8	3,6

Q: Dachverband 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
2013	2,2	3,8	3,7	3,5
2014	2,1	3,6	3,5	3,3
2015	2,2	3,7	3,5	3,4
2016	2,2	3,7	3,5	3,4
2017	2,1	3,7	3,5	3,4
2018	2,4	3,8	3,7	3,5
2019	2,4	3,9	3,7	3,6

Q: Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Für das Jahr 2008 sind aufgrund der Einführung einer neuen ÖNACE Nomenklatur keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar. Durch diese Veränderung sowie durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem statistischen Bruch.

